



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Enfermería

“Evaluación de los resultados NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) en el tratamiento de pacientes con ansiedad, relacionado con dolor, tras intervención de enfermería, manejo de la fitoterapia e intervenciones conductuales”

Autor:

Ovidio Céspedes Tuero

Directores:

Dra. Dña. Paloma Echevarría Pérez

Dr. D. Albert Sala Llinares

Murcia, 16 de noviembre de 2015



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS PARA SU PRESENTACIÓN

La Dra. Dña. Paloma Echevarría Pérez y el Dr. D. Albert Sala Llinares como Directores(1) de la Tesis Doctoral titulada “Evaluación de los resultados NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) en el tratamiento de pacientes con ansiedad, relacionado con dolor, tras intervención de enfermería manejo de la fitoterapia e intervenciones conductuales”.

realizada por D. Ovidio Céspedes Tuero
en el Departamento de Enfermería, autoriza su presentación a trámite dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento a los Reales Decretos 99/2011, 1393/2007, 56/2005 y 778/98, en Murcia a 20 de Noviembre de 2015.

Dra. Dña. Paloma Echevarría Pérez

Dr. D. Albert Sala Llinares

⁽¹⁾ Si la Tesis está dirigida por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.

DEDICATORIA

A mi mujer, Estrella, y a mis hijas, Carlota y Alejandra, reconociéndoles lo afortunado que soy de estar cerca de ellas y agradeciéndoles lo generosas que han sido de permitirme la oportunidad de desarrollar este trabajo, cediéndome su tiempo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la consciencia.

A mis padres.

Quiero agradecer también en esta parte del camino que ha durado 30 años de estudio, docencia y ejercicio de las medicinas no convencionales, a todos los que me han ayudado, personas y familia, a crecer interiormente **facilitándome o dificultándome el camino, por igual**, dado que en ambos casos me han inducido a reflexionar para avanzar, desvelar mi papel y mostrar a los demás ese mundo que no puede caer en el olvido en la asistencia al ser humano cuya pincelada de color aparece en este estudio.

A mis **pacientes**, mis verdaderos maestros y artífices de mi aprendizaje, que se ofrecieron en cuerpo, mente y espíritu, generosamente, para que yo aprendiese con la excusa de su queja o disfunción, así como estimular mi consciencia de crecimiento personal.

A mi **Tutora y Directora de Tesis, Prof^a. Dra. Dña. Paloma Echevarría**. Agradecimiento muy especial porque nos hemos encontrado no casualmente, y ha derrochado paciencia, entrega y generosidad sin límites no pidiendo nada a cambio más que la satisfacción de ayudar a que la profesión enfermera mejore en todas sus facetas, ésta una de ellas. Contextualizando los cuidados naturales con el mismo rigor científico que el resto de los cuidados enfermeros. Pulcra en metodología y en

método científico, consciente de que solo produciremos y consumiremos ciencia si conocemos las herramientas. Por supuesto, a la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Murcia por darme la oportunidad poniendo a mi disposición todos sus medios disponibles.

A mi **Tutor y Codirector, Dr. D. Albert Sala Llinares**. Dr. en Farmacia y sabio conocedor del Mundo de la botánica, ocupando puestos de máxima responsabilidad e importancia en esta disciplina. Su generosidad y su colaboración desinteresada desde hace años en la docencia, con rigor científico, a cuyo lado he tenido la suerte de realizar algún proyecto y en particular este trabajo, representando un estímulo no para terminar aquí, sino para seguir investigando a partir de ahora.

A la **Prof^a. Dra. Dña. Pilar Fernández**, con gran cariño personal, por luchar incansablemente durante las tres décadas que duró mi preparación a su lado, apoyando la integración deontológica en el arte de cuidar de la enfermería holística, en el cuidado general que concibe al ser humano como cuerpo, mente y espíritu, facilitándonos el acercamiento hacia una regulación normativa y preocupada siempre en las garantías de la salud para el paciente. Por tantas horas de escucha, trabajo, discusión y estudio a su lado, así como su preocupación por ofrecer una formación de calidad para que esta parcela tuviese rigor metodológico en su ejercicio y ocupase el lugar que merece.

A mi presidente de la Organización Colegial, **Prof. Dr. D. Máximo Antonio González Jurado**, que facilitó en estos años toda escucha y proceso de estudio, poniendo a nuestra disposición medios, análisis y crecimiento de esta parcela especializada de enfermería, siempre como premisa que estuviese desarrollada bajo los cauces legales y en el contexto de debate y discusión propio de una organización de tal envergadura. Ha puesto en escena una regulación organizativa interna que fortaleciese los vacíos pendientes en las intervenciones no codificadas y con evidencia científica, llevando éstas hasta una resolución normativa colegialmente consensuada, sin precedentes.

A todos mis compañeros de las diferentes Asociaciones, Secciones Colegiales Provinciales y Vocalía del Pleno del Consejo General en estas disciplinas que se han sucedido en los cuidados holísticos por el trabajo en todo este tiempo, para que les sirva como otro punto más de referencia al lado de los realizados preceden-

temente como estímulo y desarrollo pleno de esta parcela desde estos contenidos.
A todos mis maestros.

A la Escuela de Enfermería del Hospital de Cabueñes y a la Escuela Internacional de Ciencias de la Salud, por lo aprendido estos años como alumno y como profesor para poder llevar a cabo este trabajo

A quienes no salen en los papeles, anónimos, pero que impregnan el sentir y han supuesto un eslabón en la evolución.

Además de los que siguen por su ayuda en este trabajo:

Dña. Eloina Muiña Méndez, Enfermera Auxiliar.

Dr. D. José Manuel Cela López, Biólogo e Investigador.

Dra. Dña. María Teresa Lluch Canut, Catedrática de la Universidad de Barcelona, Enfermera.

Dña. Isabel López Aguirreamalloa, Periodista.

MSc. D. José Luis Cobos Serrano, Enfermero.

D. Jesús Martínez, Estadístico con quien trabajamos horas para acercar la metodología a la práctica comprensible.

Dr. D. Joan Guardia, Prof. Psicología de la Universidad de Barcelona.

Dña. María José García Antuña, Intérprete.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN.	23
1.1. HIPÓTESIS	34
1.2. OBJETIVOS	34
1.2.1. Objetivo principal	35
1.2.2. Objetivos específicos	35
CAPÍTULO 2. MARCO CONCEPTUAL	37
2.1. EL MODELO HOLÍSTICO FRENTE AL MODELO BIOMÉDICO.	37
2.2. DE LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS AL CUIDADO NATURAL	46
2.3. DEMANDA SOCIAL DE LOS CUIDADOS NATURALES	50
2.4. RESEÑA HISTÓRICA	53
2.5. LA CUESTIÓN DE LA EVIDENCIA	57
CAPÍTULO 3. LA DISCIPLINA ENFERMERA Y EL CUIDADO NATURAL	63
3.1. PARADIGMAS EN ENFERMERÍA HOLÍSTICA.	63
3.2. MODELOS ENFERMEROS. ENFERMERAS PRECURSORAS DE CUIDADOS NATURALES	70
3.3. LA EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS NATURALES EN ENFERMERÍA A NIVEL NACIONAL Y AUTONÓMICO	73
3.4. MARCO JURÍDICO	95
CAPÍTULO 4. PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO NATURAL	107
4.1. ETAPAS DEL PROCESO	107
4.2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	108
4.3. OTROS SISTEMAS COMPLEMENTARIOS DE VALORACIÓN	112
4.4. LA TAXONOMÍA ENFERMERA NANDA-INTERNACIONAL.	113
4.5. INTERVENCIONES (NIC), UTILIZADAS HABITUALMENTE EN CUIDADOS NATURALES	117
4.6. RESULTADOS NOC MÁS FRECUENTES EN CUIDADOS NATURALES	119

CAPÍTULO 5. ANSIEDAD Y DOLOR DESDE EL CUIDADO NATURAL.	121
5.1. DOLOR.	130
5.1.1. Dolor agudo	132
5.1.2. Dolor crónico	133
5.2. MODULACIÓN DEL DOLOR: TEORÍA DE LA COMPUERTA (GATE CONTROL).	136
5.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) RELACIONANDO ANSIEDAD CON EL DOLOR.	138
5.3.1. Diagnóstico enfermero de ansiedad (NANDA, 2012)	138
5.3.2. Las interrelaciones o vínculos NNN.	142
CAPÍTULO 6. MANEJO DE LA FITOTERAPIA EN EL CONTEXTO DEL CUIDADO ENFERMERO.	149
6.1. PROPUESTA DE NORMALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN NIC: “MANEJO DE LA FITOTERAPIA”	149
6.2. NI TAN DAÑINOS LOS MEDICAMENTOS NI TAN INOCUAS LAS PLANTAS	150
6.3. PLANTAS MEDICINALES CON EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO	153
6.4. PLANTAS MÁS UTILIZADAS Y CON MAYOR EVIDENCIA PROBADA PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD	154
6.5. LAS PLANTAS MEDICINALES ESTÁN CADA VEZ MÁS PRESENTES EN LAS OFICINAS DE FARMACIA	156
6.6. LA PLATAFORMA DE PRESCRIPCIÓN E-NURSING EN PLANTAS MEDICINALES	159
CAPÍTULO 7. INTERVENCIONES CONDUCTUALES COMO INSTRUMENTO DE DISMINUCIÓN DE ANSIEDAD Y DOLOR	163
7.1. INTRODUCCIÓN A LA COMUNICACIÓN NO VERBAL: CONTACTO Y ENERGÍA	163
7.2. OTRAS INTERVENCIONES NIC CONDUCTUALES	167
7.3. RELACIÓN ENTRE FITOTERAPIA E INTERVENCIONES CONDUCTUALES	175

CAPÍTULO 8. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	177
8.1. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	177
8.1.1. Diseño	177
8.1.2. Población de estudio, muestra y ámbito de estudio.	177
8.2. FITOTERAPIA CON LA QUE REALIZAMOS ESTE ESTUDIO	179
8.3. PROCEDIMIENTO	179
8.4. PROPUESTA DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA ESCALA DEL NOC, NIVEL DE DOLOR	185
8.5. VARIABLES.	186
8.5.1. Dependiente.	186
8.5.2. Demográficas.	186
8.6. TRATAMIENTO DE LOS DATOS.	186
8.7. CUESTIONES ÉTICAS.	188
CAPÍTULO 9. RESULTADOS	189
9.1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS	189
9.2. INDICADORES DE DOLOR EN LOS CUATRO MOMENTOS DE MEDIDA	190
9.3. PRUEBAS EJECUTADAS	194
9.3.1. Análisis de la normalidad. Kolmogorov-Smirnov	194
9.3.2. Correlaciones. Spearman	195
9.3.3. Prueba no paramétrica de Fridman	196
9.3.4. Prueba de Wilconson para dos muestras relacionadas	197
9.3.5. T de Student para muestras relacionadas	197
9.4. ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA.	199
9.4.1. Fiabilidad. Alpha de Cronbach	199
9.4.2. Validez.	199
9.5. ANÁLISIS FACTORIAL. ESFERICIDAD DE BARTLETT Y EL KMO.	200

CAPÍTULO 10. DISCUSIÓN	203
CAPÍTULO 11. CONCLUSIONES.....	215
11.1. PROPUESTAS PARA LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS	216
BIBLIOGRAFÍA	221

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Asignaturas impartidas en Terapias Naturales en Grado	75
Tabla 2. Asignaturas impartidas en Terapias Naturales en Postgrado en Enfermería. Universidades Españolas, 2015.	79
Tabla 3. Algunos hospitales de sanidad pública con cuidados naturales, 2015.	81
Tabla 4. Centros de Salud de la sanidad pública con cuidados naturales, 2015.	86
Tabla 5. Guía práctica clínica de manejo de pacientes con trastorno de ansiedad en AP	128
Tabla 6. Escalas de Ansiedad. Teresa Lluch Canut.	129
Tabla 7. Opiáceos Endógenos	134
Tabla 8. Características definitorias de la ansiedad	138
Tabla 9. Factores relacionados de la Ansiedad	139
Tabla 10. Características definitorias y factores relacionados del dolor agudo.	140
Tabla 11. Características definitorias y factores relacionados del dolor crónico.	141
Tabla 12. Asociación entre indicadores NOC, factores relacionados y características definitorias NANDA para dolor	143
Tabla 13. Asociación entre indicadores NOC, factores relacionados y características definitorias de la NANDA para ansiedad	144
Tabla 14. Nueva intervención enfermera “Manejo de la fitoterapia”	150
Tabla 15. Intervención NIC, Contacto	167
Tabla 16. Intervención NIC, Presencia	170
Tabla 17. Intervención NIC, escucha activa.	171
Tabla 18. Intervención NIC, relajación simple	172
Tabla 19. Intervención NIC Tacto curativo	173

Tabla 20. Indicadores seleccionados coincidentes NOC, Nivel de Ansiedad NOC, Nivel de Dolor	181
Tabla 21. Indicadores seleccionados del Resultado NOC Nivel de Dolor	182
Tabla 22. Indicadores seleccionados del Resultado NOC Nivel de Ansiedad	182
Tabla 23. Estadísticos descriptivos de la variable dolor-ansiedad, en los cuatro momentos de medida	191
Tabla 24. Dolor-ansiedad visita 0	192
Tabla 25. Dolor-ansiedad visita 1	192
Tabla 26. Dolor-ansiedad visita 2	193
Tabla 27. Dolor-ansiedad visita 3	193
Tabla 28. Análisis de la Normalidad	194
Tabla 29. Correlación de Spearman entre las variables de dolor en los cuatro momentos de medida	195
Tabla 30. Rangos obtenidos en la prueba de Friedman	196
Tabla 31. Estadístico de contraste prueba de Friedman	196
Tabla 32. Resultados de comparación, prueba de Wilconson	197
Tabla 33. Coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach	199
Tabla 34. Pruebas de KMO y prueba de Bartlett	200
Tabla 35. Relación entre matriz de componentes e indicadores	201
Tabla 36. Factor de cada uno de los cuatro momentos de medida	201
Tabla 37. Matriz de correlaciones en los cuatro momentos de medidas	202

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1.	Formación Universitaria en MTChina en el seno de la UE . . .	32
Ilustración 2.	Reglamentos sobre profesionales de MTC	32
Ilustración 3.	Centros Hospitalarios que realizan Terapias Naturales	49
Ilustración 4.	Etapas del Proceso de Enfermería.	107
Ilustración 5.	Portada de la Revista American Holistic Nurses Association.	118
Ilustración 6.	Plan de cuidados, por la NANDA.es	123
Ilustración 7.	Etapas del cuidado.	123
Ilustración 8.	Cartel conmemorativo de la Sociedad Española de dolor. . .	125
Ilustración 9.	Esquema de la ansiedad relacionada con el Dolor. Jenny Moix Queraltó	127
Ilustración 10.	Nocicepción.	131
Ilustración 11.	Visión del dolor por el autor.	133
Ilustración 12.	Teoría del Gate Control (teoría de la compuerta)	137
Ilustración 13.	Diagnóstico NANDA, ansiedad. Alguna intervención principal NNN Consult.	145
Ilustración 14.	Diagnóstico NANDA, ansiedad. Alguna intervención sugerida y opcional NNN Consult	146
Ilustración 15.	Alguna intervención principal para el dolor agudo. Plataforma NNN Consult	146
Ilustración 16.	Alguna intervención opcional para dolor agudo. NNN Consult	147
Ilustración 17.	Alguna intervención principal para dolor crónico. NNN Consult	147
Ilustración 18.	Alguna intervención sugerida y opcional para dolor crónico. NNN Consult.	148
Ilustración 19.	Prescripción de fitofármacos	157
Ilustración 20.	Uso de productos herbales en el este y oeste de Europa	158

Ilustración 21. Plantas medicinales de acción analgésica. Plataforma e-nursing	160
Ilustración 22. Plantas medicinales con propiedades antidepresivas. Plataforma e-nursing	160
Ilustración 23. Plantas medicinales con acción sedante. Plataforma e-nursing	161
Ilustración 24. Intervenciones para el presente estudio	178
Ilustración 25. Proceso de tratamiento de datos por visitas.	184
Ilustración 26. Base original de datos en sistema Acces	187
Ilustración 27. Base original de datos en sistema Acces	187
Ilustración 28. Diagrama de Sectores de la variable, Género.	189
Ilustración 29. Diagrama de Sectores de la variable, Profesión.	189
Ilustración 30. Media dolor-ansiedad, diagrama de barras	190

ÍNDICE DE ECUACIONES

Ecuación 1. Media NOC	190
Ecuación 2. Intensidad del dolor-ansiedad. Media pre y post	198
ANEXO 1. Intervenciones NIC más frecuentes en cuidados naturales, recopiladas por el autor de la tesis	243
ANEXO 2. Resultados NOC más frecuentes en cuidados naturales, recopiladas por el autor de la tesis	259
ANEXO 3. Publicación en la revista Holistic Nursing Practice del Nuevo NIC PHYTOTHERAPY MANAGEMENT	267
ANEXO 4. Informe Lannoye	275
ANEXO 5. Resolución 14/14 del Consejo General de Enfermería de España por el que se regulan algunos aspectos del ejercicio de las denominadas Terapias Alternativas, cuidados naturales	301

GLOSARIO DE TÉRMINOS

AHNA	American Holistic Nurses Association
ANA	American Nurses Association
ANOVA	Análisis de la Varianza con un factor
ARN	Ácido Ribonucleico
BOE	Boletín Oficial del Estado
BUSCAM	Buscador de la Universidad Católica de Murcia
CAM	Complementary and Alternative Medicine (Medicinas Alternativas y Complementarias)
CDC	Centro de Control y Prevención de Enfermedades
CE	Comunidad Europea
CECOVA	Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
CINHAL	Access the Best and Most Current Nursing and Allied Health Literature (Base de datos sobre literatura de enfermería)
COCHRANE	Cochrane Database of Systematic Reviews
COFENAT	Asociación de Profesionales Autónomos de las Terapias Naturales
CONAMAD	Profesionales de las Terapias Naturales y no convencionales
CONE	Cuidados Opcionales en la Práctica Enfermera
CSIC	Centro Superior de Investigaciones Científicas
CUIDEN	Base de Datos Bibliográfica
DECS	Descriptores en Ciencias de la Salud
DHA	Ácido Docosahexaenoico
DHHS	U.S. Department of Health & Human Services (Instituto Nacional de la Salud Norteamericano)
DUE	Diplomado Universitario en Enfermería

DIALNET	Buscador de Tesis, Revistas, Congresos
EECH	Enfermería Española en Cuidados Holísticos
EEUU	Estados Unidos de América
ELSEVIER	Publicaciones Médicas y Ciencias de la Salud
ENFISPO	Base de datos de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ESCOF	European Scientific Cooperative on Phytotherapy (Cooperativa Científica Europea en Fitoterapia)
EVA	Escala Visual Analógica
EXCEL	Sistema de hojas de Cálculo de Microsoft
FESCDE	Federación de Sociedades Científicas de Enfermería
HPA	Hipertensión Arterial
ISRA	Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad
LOPS	Ley Ordenación de las Profesiones Sanitarias
MBE	Medicina Basada en la Evidencia
MEDLINE	Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina
MESH	MeSH (Medical Subject Headings) es el diccionario de sinónimos
MNT	Medicina Natural Tradicional
MRP	Mecanismo Respiratorio Primario
MTCH	Medicina Tradicional China
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (Asociación Americana de Diagnósticos Enfermeros)
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine (Centro Nacional para la Medicina Alternativa y Complementaria)
NHIS	National Health Interview Survey (Encuesta de Entrevista Nacional de Salud)
NIC	Nursing Interventions Classification

	(Clasificación de Intervenciones Enfermeras)
NIPE	Normalización de Intervenciones para la Práctica Enfermera
NNN	Nanda-Nic-Noc
NOC	Nursing Outcomes Classification (Clasificación de Resultados de Enfermería)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PUBMED	US National Library of Medicine National Institutes of Health (Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina)
RTV	Radio Televisión
SEAS	Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés
SEEHNA	Sociedad Española de Enfermería Holística y Naturista
TENACAT	Federación de Asociaciones Profesionales de Terapias
TENS	Estimulación Eléctrica Transcutánea Nerviosa
TGS	Teoría General de Sistemas
UAB	Universidad Autónoma de Barcelona
UB	Universidad de Barcelona
USA	United States of America
WHO	World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

Los evidentes y plausibles avances en medicina han desembocado en una mayor esperanza de vida y en una mejor calidad de ésta. Las medicinas populares que habían quedado relegadas merced a esos avances tecnológicos en desarrollo desde la revolución industrial han vuelto a adquirir protagonismo por la bondad e inocuidad de los componentes naturales, aunque sea preciso conocer sus límites. Desde Nightingale (Mariner & Raile, 2007) hasta Krieger (Cugelman, 1998), la enfermería, que siempre ha estado en *contacto directo* con el paciente, con sus costumbres, con sus culturas, ha sido sensible a los cambios de paradigmas que han inducido en la manera de pensar y actuar de la medicina y de la enfermería como ciencias de la salud, adaptando los cuidados a la realidad asistencial, conviviendo con los cuidados modernos (Villar, Pulido, Jiménez, Cruz & García, 2007) y reflejando esta propuesta en la tímida creación de planes de estudio universitarios, muy especialmente en los estudios de enfermería.

La fitoterapia, tal vez por ser la medicina más antigua y probada del mundo, es una de las primeras materias que integran cualquier formación académica en cuidados naturales y la disciplina que mayor evidencia posee. Estudiada por biólogos y farmacéuticos y administrada por médicos, enfermeros y profesionales parasanitarios (Universitat de Barcelona. Instituto de Formación Continua, 2015), cada día es más demandada y su producción y consumo tienen un peso significativo en la economía de nuestro país, en la Unión Europea y en el mundo entero.

El tiempo no cambia ni se mueve, somos nosotros los que cambiamos en el tiempo. Cambian las culturas y los distintos enfoques filosóficos con los que pretendemos interpretar la vida. Otros paradigmas, otros modelos explicativos ahora rechazados por ser considerados pseudocientíficos, aguardan “en lista de espera” para que sean aceptados por la ciencia, tal es el caso de la homeopatía (Smith, 2013). Sabemos ya que son métodos empíricos, resolutivos y que se han ganado una resolución de la propia Organización Mundial de la Salud (OMS), para su utilización regulada, la denominada Estrategia 2002-2005 (Organización Mundial de la Salud, 2002). Del mismo modo se potencia ésta con una resolución posterior de la misma OMS para los años 2014-2023 (Organización Mundial de la Salud, 2013), donde se

vuelve a evaluar y desarrollar la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, y señala el rumbo de la medicina tradicional y complementaria (MTC) para el próximo decenio. Precisamente en la puesta en escena de esta regulación es donde existen mayores discrepancias por parte de los colectivos que ven invadidas sus funciones, así como por la propia ley a la hora de acotar éstas.

Pretendemos evidenciar los resultados de intervenciones enfermeras clínicas reguladas, normalizadas y mundialmente aceptadas por la comunidad profesional a través de la Nursing Intervention Classification o Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Bulechek, Butcher, McCloskey & Dochterman), Clasificación de Intervenciones de Enfermería ([NIC], 2014). Como complemento a esta investigación se propuso una nueva intervención para dicha clasificación. Se trata de *Manejo de la fitoterapia*, propuesta por el grupo de investigación del Departamento de Enfermería de la Universidad Católica de Murcia “Pensamiento y lenguajes enfermeros en un contexto social”, cuya investigadora principal es la directora de la presente tesis doctoral y donde participó el doctorando. Y que fue aceptada para su inclusión en la 7ª edición del NIC por el consejo editorial del NIC de la Universidad de Iowa (USA). Además de ser igualmente aceptado para publicación en la revista *Holistic Nursing Practice*, incluida en el *Journal Citation Report* (Echevarría, Céspedes, Rojas, Sánchez-Ayllón, Giménez & Morales, 2014) (**ANEXO 1**).

Esta intervención puesta en práctica en este estudio al lado de intervenciones conductuales ya incluidas en la clasificación como son (005340) Contacto, (005340) Presencia, (004920) Escucha activa o (006040) Terapia de Relajación Simple, pretende analizar si la fitoterapia es efectiva en pacientes con ansiedad y dolor, pudiendo modular éste si tratamos con plantas medicinales específicas la ansiedad que acompaña al dolor en aquellas situaciones que la patología lo requiera. Se pretende demostrar también que la evaluación de estas intervenciones puede realizarse siguiendo la metodología, el procedimiento y las normas que regulan el ejercicio profesional del colectivo enfermero, en este caso a través de la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification), Clasificación creada a tal efecto por las investigadoras americanas de la misma Universidad de Iowa (Moorhead, Johnson, Meridean & Swanson, 2013).

Podemos poner como ejemplo de aproximación el proyecto desarrollado recientemente sobre la técnica de relajación muscular en el cuidado de la ansiedad y

el dolor en el paciente oncológico, que ha llevado a Paula Perás en el 2015 a obtener el XVI Premio Nacional de Investigación en Enfermería de Valdecilla.

“La idea de llevar a cabo esta investigación surgió de la necesidad de desarrollar un proyecto factible, metodológicamente competitivo y que pudiera mejorar la calidad de vida del paciente oncológico y uno de los aspectos más incapacitantes que les produce la enfermedad como son los trastornos de ansiedad” (Gregoris, 2015).

El estudio, inicialmente desarrollado con casos-control, evolucionará hacia un estudio mayor de carácter multicéntrico, se desarrollará en varios hospitales españoles y llegará a entre 400 y 500 pacientes que padecen o han padecido cáncer y que presentan ansiedad, según informó el Gobierno de Cantabria.

Como autor material de este estudio tengo que exponer que he dedicado mi vida casi entera al desarrollo de las denominadas terapias alternativas y complementarias o medicinas no convencionales en el ejercicio libre, con 14.000 pacientes tratados, de cuya población universal he extraído una muestra que cumplía los criterios para este estudio. Los pacientes que acuden a consulta podemos agruparlos en tres categorías:

- a) Los que vienen diagnosticados médicamente.
- b) Los que acuden por potenciación y estimulación natural de su salud.
- c) Aquellos que acudiendo por este último motivo, tras la valoración se entiende que deben de acudir a otro profesional de la salud en primer término, bien porque se prevea una alteración de salud que requiere el diagnóstico médico o bien porque se entienda que la que presentan debe de ser tratada multidisciplinariamente por otro profesional, con cualificación específica.

Hemos trasladado nuestro bagaje de años de trabajo tomando la fitoterapia como eje central del estudio y que hemos ido acercando hacia la regulación y normalización en todas aquellas ocasiones que nos fue posible. Así, partiendo de la base de que el grupo CONE (Cuidados Opcionales en la Práctica Enfermera) fue creado en el año 2002 por un grupo interdisciplinar de trabajo, al cual perteneció el autor de esta tesis, dentro del proyecto NIPE (Normalización de Intervenciones para la Práctica Enfermera) del Consejo General de Enfermería de España (2000), acercamos la fitoterapia como una de las herramientas experimentadas a someter a

cuidado enfermero regulado. Este proyecto para toda la enfermería española donde los holísticos estuvimos presentes, ha permitido a expertos de varias provincias españolas consensuar mediante un estudio transversal las terapias y técnicas que conformaban los cuidados naturales, que iban a someterse posteriormente a estudio para su normalización.

Posteriormente esta iniciativa se llevó a cabo a través de un panel de expertos Delphi. Entre los grupos de materias consensuados, decimos, figuraba la fitoterapia, en cuyo proceso de normalización participaron enfermeros expertos de 10 provincias españolas, pertenecientes a Colegios Provinciales de Enfermería, coordinados por el propio NIPE, en el mismo año. Era un esperanzador proyecto.

Hemos comprobado en este tiempo, con miles de “actos” enfermeros e inmerso en la consciente evolución del ser humano, que la sociedad, plural y libre, demanda esos métodos y técnicas, y los gobiernos, lejos de regularlos con determinación ofertando y requiriendo por tanto la formación adecuada del profesional en beneficio de la seguridad de los pacientes, optan por permitir su uso, obligando a los profesionales a su cumplimiento con la Hacienda pública a través de la cotización mediante el Impuesto de Actividades Económicas y el correspondiente IRPF sin tan siquiera estar regulada su práctica. O “tiran por la calle del medio” y permiten mediante decreto la apertura de centros para profesionales parasanitarios y su ejercicio profesional siempre que un médico dirija éste, como consta en el **Real Decreto 1.277/2003**, sobre la traba final para el ejercicio desde apertura de centros y establecimientos sanitarios. Por tanto la atención está puesta más en el aspecto administrativo y jurídico que en el deontológico y asistencial. La regulación estatal mediante una normativa clara y definitoria, realizada con valentía y determinación, vendría a resolver los problemas derivados por la falta de normalización de unos métodos y prácticas que, todos debemos admitirlo, han existido, existen y existirán en el futuro y en los que la enfermería, pilar determinante de cualquier política sanitaria como cuidadores de la salud del ciudadano, desempeña un rol fundamental.

Para comprender que hay un cambio subyacente de fondo y/o de forma basta observar la evidencia en fitoterapia que ya existe en bases de datos científicas como Medline o la Biblioteca Cochrane, a pesar de persistir el mito de la supuesta falta de evidencia de estas prácticas. Por ejemplo, la revista *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, incluida en el *Journal Citation Report*, con un índice de impacto

alto, habla del interés en la comunidad internacional. Existen autores conocidos y productores de ciencia en el concepto holístico del ser humano tales como el Dr. Andrew Weil, quien hace un análisis de la situación de la medicina integrativa en EEUU y en el Mundo Occidental (Weil, 2011) al mismo tiempo que ha enriquecido con multitud de libros y artículos publicados el conocimiento de las disciplinas complementarias, o como también gusta denominar actualmente la medicina integrativa. Se da también en la actualidad un sentir enfermero creciente en el culto al cuerpo, mente y espíritu como una manera de cuidar naturalmente en salud, que puede verse en los trabajos realizados por enfermeras especialistas del sector (Pinto, 2003), visitar la web de la medicina biológica en manos de Arturo O'Byrne y de su profesor Hans Heinrich Reckeweg (Obyrne, 2008), así como tantos y tantos profesionales Universitarios y Graduados en Ciencias de la Salud, artífices de la aproximación al método y evidencia científica, que han venido observando lo que ocurre en la calle por las crecientes demandas de atenciones alternativas en salud. La formación universitaria creciente en estas materias, así como las progresiones en investigación, son clave en esta visión global del nacimiento posteriormente de asociaciones fuertes en el sector tales como la *American Holistic Nurses Association (AHNA)* y la *National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)*.

Cualquier búsqueda en Google con palabras relacionadas con estos cuidados nos lleva a millones de hallazgos, y si buscamos a través de descriptores en Ciencias de la Salud tales como DeCS y MeSH palabras clave que utilizamos en este estudio, tales como: *terapias alternativas, terapias complementarias, enfermería holística, fitoterapia, relajación y tacto terapéutico*, obtendremos hallazgos para cada expresión.

La demanda crece y se pone de manifiesto en las ofertas de eventos, cursos o formación de postgrado universitario. El número de revistas, de libros, crece cada año, así como la creación de blogs profesionales, las consultas en Internet y las peticiones de consultas especializadas tal y como reconoce la OMS (2014). Tal es la demanda que la propia Farmaindustria adapta las normativas para vender plantas medicinales y preparados a base de ellas desde las oficinas de farmacia.

Como vemos, la medicina académica, avalada por el conocimiento y la evidencia científica y eficazmente respaldada por la industria farmacéutica, deja poco espacio a técnicas y terapias avaladas por el empirismo y por unos resultados no contrastados con ensayos clínicos tradicionales, no obstante la propia industria farmacéutica

investiga también en plantas medicinales y fitopreparados (Sala, 2013) y las regula por decreto. La Unión Europea desarrolla un trabajo concienzudo en el sector organizado y en constante evolución y desarrollo acerca de la utilización comercial de los productos medicinales a base de hierbas y otros derivados naturales: marco general europeo y algunos estudios de casos (Chinou, Knoess & Galapai, 2014).

Con fuerza creciente, esas técnicas y terapias son demandadas por los ciudadanos, por los pacientes. Por tanto, no podemos ni esconderlas ni ignorarlas ya que, precisamente por sus resultados, están entretejiéndose cada vez más en el tejido sociosanitario, donde los éxitos y los pocos efectos secundarios son valorados cada vez más por los pacientes que buscan potenciar la salud y prevenir las enfermedades, demandando al profesional en Ciencias de la Salud una adecuación curricular académica a sus necesidades y demandas.

En la actualidad nadie puede negar que las investigaciones científicas hayan permitido el avance de la humanidad, la cura de enfermedades y el aumento de las expectativas y de la esperanza de vida. Junto a esta evidencia conviven esas otras técnicas y terapias, y esta “convivencia” es muy importante porque fortalece la relación y el vínculo paciente-profesional de la salud (Martínez, Logroño & Palacín, 2012) aunque aún en la oscuridad o a media luz.

Según (Rojas, Silva, Alonso & Sansó, 2013) la medicina natural y tradicional y la medicina convencional pretenden desprenderse de una pugna existente y que debe de tomar fin a medida que la aplicación del método científico se aplique a la medicina no convencional y tradicional.

La disparidad entre los presupuestos teórico-conceptuales de esas modalidades (“Medicina Convencional y Medicina Natural y Tradicional”) y que no concuerdan con la llamada ciencia constituida, y cierta incapacidad procesal para rebasar los criterios de eficacia de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) son factores explicativos de las descalificaciones. Otro factor estaría en que esta campaña encubre los intereses de las transnacionales farmacéuticas y oculta la falta de evidencia de prácticas terapéuticas de la medicina convencional”.

Aunque tratándose de la integración de ambas medicinas, García Salman (2013) en análisis sobre los contenidos de Rojas Ochoa reconoce la necesidad de salvar estas diferencias.

La teoría se inserta en un determinado paradigma, que es el sistema de pautas a las cuales debe circunscribirse la comunidad de científicos que comparten sus postulados. Artiles expone la existencia de un paradigma positivista, de carácter racionalista y cuantitativo, que pretende explicar y predecir hechos a partir de relaciones causa-efecto en condiciones objetivas, y otro paradigma interpretativo o hermenéutico, de carácter naturalista y cualitativo, que pretende comprender e interpretar la realidad, los significados y las intenciones de las personas. La Biomedicina, con un desarrollo explosivo a raíz de los descubrimientos de la segunda mitad del siglo XX, se inserta en el primer caso, mientras que la MNT, cuyas primeras manifestaciones comenzaron a nacer desde la edad antigua, resulta afín al segundo. Por tanto, podríamos sugerir que la polémica citada por Rojas Ochoa corresponde con un encuentro entre paradigmas que pugnan por resaltar la validez de sus argumentos. Algunas reflexiones recientes revelan la necesidad de sobrepasar una etapa de hegemonía teórico-metodológica de la Biomedicina dentro del resto de la Medicina, y de, al mismo tiempo, darle el lugar que les corresponde a otras concepciones.

Esta tesis pretende demostrar que se pueden medir científicamente los resultados obtenidos en pacientes por la aplicación de la fitoterapia y otras intervenciones conductuales perfectamente reguladas en enfermería a través de la normalización NOC, y que esa evaluación se puede realizar siguiendo la metodología, el procedimiento y las normas que regulan el ejercicio profesional de ese colectivo. Pretende, también, invitar al resto de profesionales de Ciencias de la Salud a consensuar democráticamente en torno a la ciencia desde la propia ciencia, utilizando además los canales que nos hacen progresar a través de un lenguaje común: los estudios con evidencia. La convivencia está siendo posible pero proponemos un mayor entendimiento entre las partes.

Señalábamos antes que la sociedad demanda terapias y técnicas englobadas en las denominadas Medicinas Alternativas y Complementarias, como refleja el estudio en el 2013 sobre las terapias alternativas y complementarias en el paciente oncológico de Martínez Peralta (2013), el cual solicita la aplicación de “algo más” que los tratamientos médicos convencionales aunque estos estén aún en proceso de demostrar su evidencia (Vickers, 2004).

Ya concluía el Dr. Cañigueral en 2002 (Cañigueral, 2002) que en el mundo se utilizaban 10.000 especies vegetales con fines medicinales, la medicina tradicional

China utiliza 9.905 y 2.000 actualmente en Europa con un volumen de 20.000 tinturas madres anuales, que puede verse categorizado por tablas. Actualmente las cifras han ido aumentando y evolucionando, pues en el 2007 un estudio de la Dra. Hernando Pertierra, reflejado en el libro blanco de los herbolarios y plantas medicinales (Hernando, 2007), señala que se venden en España 4.000 plantas censadas, pudiendo además comprobar en papel uno de los estudios más importantes realizados del sector.

Según figura en este libro blanco:

“según la Unión de Profesionales Trabajadores Autónomos podemos estar hablando de unos 50.000 profesionales dedicados a las Terapias Naturales en España y de un sector con un volumen de negocio alrededor de 4.500 millones de euros al año”.

En España se desprende en el sector de plantas medicinales:

“una cifra anual en torno a los trescientos sesenta millones de euros, de los que el 45% son efectuadas a través de las oficinas de farmacia y el 55% en herbolarios y tiendas especializadas de productos naturales”.

Por otra parte, la venta de plantas medicinales por herbolario ronda los 36.500 euros anuales. Se calcula que en España el volumen de ventas del sector de plantas medicinales y preparados a base de plantas, excluyendo medicinas que deben venderse necesariamente en farmacias, se acercaba, según los últimos datos disponibles en el año 2000, a los 210 millones de euros, con una tasa de crecimiento interanual del 30%, tal y como publica la ya citada Fundación y Naturaleza en el libro blanco referido. Al margen de la red de Oficinas de Farmacia, existen en España en torno a 4.600 establecimientos herbolarios y especializados en venta de plantas medicinales y productos naturales, con un empleo directo en torno a 25.000 personas.

En cuanto a la tasa de habitantes por herbolario, la media nacional, 9.593, es superada ampliamente en Andalucía, 17.800, o resulta muy inferior en Cataluña, 6.858. No obstante, si observamos la irregular implantación del mercado de plantas medicinales, se llega a conclusiones poco optimistas sobre el volumen económico de venta de plantas medicinales por herbolario, ya que la media no superaría los 36.500 euros anuales. Hay que concluir que la subsistencia de estas empresas se basa, sobre todo, en la venta adicional de otros productos y servicios (Eco Multimedia, SL, 2015).

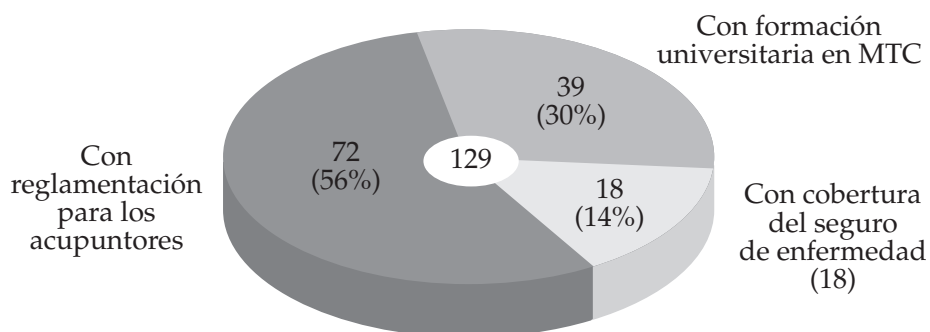
Por realizar una comparación con otra medicina no convencional, diremos que igualmente se venden productos homeopáticos en casi todas las oficinas de farmacia de España, pese a la legislación incompleta dado que la ley para los productos homeopáticos no es clara como nada lo es de las Medicinas No Convencionales a falta de regulación en este país. La ley del medicamento (25/1990) como el Real Decreto 767/1993 sobre evaluación y autorización de los medicamentos, establecen que deben ser eficaces para las indicaciones terapéuticas para las que se ofrecen. (Ley 25/1990, art. 10, 1-b), pero no como especialidad farmacéutica, que requiere estudios referentes a la toxicidad, farmacodinamia y farmacocinesis. Los medicamentos homeopáticos de fabricación industrial están regulados a través del Real Decreto 2.208/1994, pero solo se les exige que no sean peligrosos, o sea inocuos, aunque sin indicaciones terapéuticas aprobadas, encontrándose a caballo entre el producto dietético y cosmético y el fármaco.

Al mismo tiempo, universidades españolas, públicas y privadas, pilar imprescindible de conocimiento y crecimiento, incluyen en sus estudios de grado asignaturas relacionadas con esas terapias y técnicas pendientes aún de regulación, siendo Enfermería quien más presencia académica posee en los estudios de Grado con asignaturas específicas opcionales de cuidados naturales, desarrollado por el autor y colaboradores en un estudio inédito sin publicar.

En nuestro país y en muchos otros se realizan anualmente congresos, cursos de formación continuada y prácticas asistenciales, y esas terapias se han introducido en el contexto sanitario, en atención primaria, en atención especializada y en el ejercicio libre de los profesionales de la salud. Igualmente hay otras experiencias indicativas en otros países, como demuestra el experimento de Brasil, donde se realizó un estudio en Atención Primaria de Salud sobre la inserción de la fitoterapia en la atención básica de salud. Un estudio cualicuantitativo con 8 gestores y 68 profesionales en la estrategia de salud de una población, de los que constan 36 enfermeros entre otros profesionales tales como 18 médicos y 14 odontólogos, llega a la conclusión de un fortalecimiento mutuo entre la fitoterapia y la moderna medicina, llegando a la experiencia de una atención integral (Fontenele, de Sousa, Carvalho & Oliveira, 2013).

La OMS facilita la información del número creciente de profesionales con alguna formación universitaria en numerosos países, habiendo aumentado hasta un 30% (OMS, 2014).

Ilustración 1. Formación Universitaria en MTChina en el seno de la UE

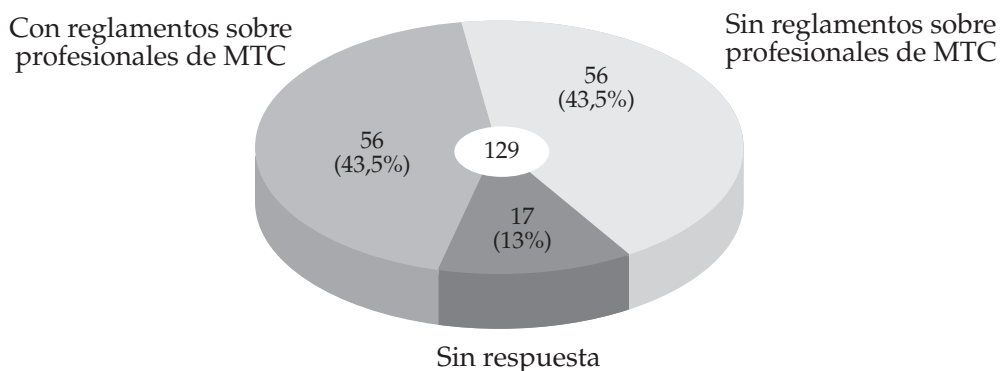


Fuente: datos provisionales de la segunda encuesta global de la OMS, al 11 de junio de 2012

En el gráfico siguiente vemos la reglamentación que se ha llevado a cabo por parte de los estados miembros, donde solamente el 30% (39 países) tienen formación universitaria.

“Por ejemplo, en muchos países de Europa y América del Norte, los profesionales quiroprácticos, naturópatas, fitoterapeutas y osteópatas deben recibir formación en el marco de programas de nivel universitario. Asimismo, en China, la República de Corea, India y Vietnam, los médicos que practican determinados tipos de MTC deben ser graduados universitarios. Además de las normas de formación/capacitación, muchos Estados Miembros han elaborado reglamentos para los profesionales de MTC (OMS, 2013).

Ilustración 2. Reglamentos sobre profesionales de MTC



Fuente: datos provisionales de la segunda encuesta global de la OMS, sobre medicina tradicional, al 11 de junio de 2012

Documento de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023

El interés de la Enfermería como profesión también se observa a través de la creación de distintas Asociaciones y Sociedades Científicas de enfermería natural y holística. De hecho, al lado de las Secciones Colegiales y Vocalía del Pleno del Consejo General de Enfermería en Terapias Alternativas (Cuidados Naturales), como ampliaremos en el capítulo de legislación, aquellas tales como AUTAC (Asociación Universitaria de Terapias Alternativas y Complementarias), SEEHNA (Sociedad Científica Española de Enfermería Holística y Naturista ADEATA (Asociación de Acupuntura y Terapias Alternativas, así como las que se encuentran en fase de creación tales como EECH (Enfermería Española en Cuidados Holísticos), que integrará al resto de Asociaciones con carácter nacional.

No digamos el boom de las terapias naturales en Medicina Deportiva, entre otras cosas por la “bondad” y no ser conducentes al dopaje. Esta es la realidad social, la forma en que se ha ido materializando la necesidad creada, pero quienes creemos en la convivencia y compatibilidad de tradición y modernidad en la atención sanitaria queremos más. Profesionales universitarios en Ciencias de la Salud y profesionales denominados “parasanitarios”, practicantes y transmisores de estas disciplinas sin formación universitaria previa vamos trabajando, aprendiendo y recopilando unos de otros, aunque es preciso estructurar un diseño de formación académica para todos, con el fin de seguir avanzando. De momento no se ha evolucionado en esta línea aunque la OMS lo indica como estrategia. Donde sí ha habido cambios es en la cuestión administrativa, como hemos señalado.

La enfermería ha codificado sus técnicas de actuación a través de la *Nursing Interventions Classification (NIC)*; son las denominadas intervenciones de enfermería. Y ha sido principalmente la *American Holistic Nurses Association (AHNA)* la que ha inducido los patrones de registro de esas prácticas. Aunque cada día los profesionales del sector de distintos países van aportando estudios y nuevos registros, quedan aún muchas intervenciones pendientes de inclusión, como era el caso de la fitoterapia, objeto de esta tesis, pero que en el transcurso del desarrollo de ésta, como hemos comentado, el grupo de Investigación en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, con cuyo equipo ha colaborado el autor de esta tesis, han propuesto

y finalmente ha sido aceptado por la NIC la etiqueta “Manejo de la fitoterapia”, que será incluida en la publicación para la próxima edición del 2017. Esta nueva edición del NIC sale a la luz cuando la prescripción de medicamentos y determinadas plantas medicinales por parte de los profesionales de la enfermería está ya reconocida y en vías de regulación jurídica. El 23 de octubre de 2015, el Consejo de Ministros, a propuesta del titular de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Alfonso Alonso, ha aprobado hoy el Proyecto de Real Decreto por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Aunque éste RD, aún sin publicar a día de la fecha en el B.O.E. (Boletín Oficial del Estado), permite la prescripción de plantas medicinales al profesional de enfermería, por no necesitar de prescripción en sí, es absolutamente rechazado por todo el colectivo por la discriminación frente a la esencia de la prescripción en la práctica enfermera.

El manejo de la fitoterapia es una *técnica y terapia* que consiste en la administración y pauta de plantas medicinales a través de diferentes presentaciones galénicas. Actualmente esta forma de tratamiento tiene abundante evidencia científica, puesta de manifiesto sobre todo a través de estudios universitarios de diferentes facultades de Farmacia. Y son muchos los profesionales médicos, farmacéuticos, enfermeros, naturistas, naturalistas y herbolarios los que recetan o recomiendan la utilización de plantas medicinales con fines terapéuticos. A modo de otro ejemplo también aproximativo diremos que hoy pretendemos contextualizarlo en el paciente con ansiedad y con dolor (Venegas et al, 2008).

1.1. HIPÓTESIS

Implementar la intervención **NIC de Manejo de la fitoterapia** mediante un tratamiento con un Preparado de *Valeriana officinalis* en dosis equivalentes a 1/3 gramos de la droga seca diaria, según ESCOP 2009, y otras intervenciones conductuales (Contacto, Presencia, Escucha activa y Terapia de relajación simple), en el tratamiento de la ansiedad relacionada con el dolor, mejora los resultados de enfermería **NOC, 001211 Nivel de Ansiedad y 002102 Nivel de Dolor**, evidenciados por la evolución de los indicadores seleccionados.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo principal

Evaluar la eficacia de la implementación del manejo de la fitoterapia y de otras intervenciones conductuales (Contacto, Presencia, Escucha activa y Terapia de relajación simple) como intervención enfermera en pacientes con ansiedad relacionada con el dolor, a través de los indicadores seleccionados de los resultados NOC (Nursing Outcomes Classification): 002102 Nivel de Dolor y 001211 Nivel de Ansiedad.

1.2.2. Objetivos específicos

- Evaluar el tratamiento del componente de ansiedad que acompaña el dolor con un Preparado de *Valeriana officinalis* en dosis equivalentes a 1/3 gramos de la droga seca diaria, según ESCOP 2009.
- Proponer como nueva intervención en la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) “Manejo de la fitoterapia”, definiendo sus actividades.
- Describir el uso y efectividad del manejo de la fitoterapia como intervención enfermera.
- Proponer y analizar una operacionalización de la escala del NOC “Nivel de ansiedad”.
- Identificar los indicadores clave o “*Gold estándar*” de los NOC, Nivel de Ansiedad y Nivel de Dolor, con los que mediremos la muestra.

CAPÍTULO 2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. EL MODELO HOLÍSTICO FRENTE AL MODELO BIOMÉDICO

El modelo biomédico dual, fue establecido por Brighth en el S. XIX a partir de las ideas de Descartes y se caracteriza porque excluye los factores psicológicos y socioculturales y separa la mente del cuerpo. La persona desde el estudio médico biológico es seccionada según la enfermedad que padezca.

Es evidente que este modelo tiene una hegemonía y arraigo presente en nuestra cultura. Lo que ocurre es que la demanda social del médico cercano y próximo, que escucha al paciente, no se da.

“El médico no se adecúa a la imagen tradicional arquetípica del sanador y esto puede decepcionar e irritar a los enfermos. Las respuestas terapéuticas de la medicina científica dejan sin atender áreas tradicionales importantes”:

En el campo humano: la necesidad de integración y afecto.

En el campo filosófico: la necesidad de comprensión y sentido.

En el ámbito de lo mágico y religioso: la necesidad de aceptación, perdón, sublimación, espiritualidad, misticismo y redención (Sánchez, 2012, pp. 109-110).

Vaticina el Dr. Sánchez González, en el mismo libro, que el futuro del holismo es impredecible y dependerá de su capacidad para ofrecer respuestas decididamente sensatas, coherentes y susceptibles de validación científica.

Por otro lado,

La biomedicina limita la comprensión holística de la enfermedad, concepción esta de la persona como un todo, distinto de la suma de las partes que lo componen. A menudo la enfermera reproduce en su práctica un mundo moral de valores propios de la sociedad a la que pertenece, lo cual se materializa en la práctica. En el mundo occidental se ha desarrollado a lo largo del tiempo un sistema sanitario biomédico y cosmopolita basado principalmente en una eficacia biológica y donde aparece como valor más característico la separación entre cuerpo y mente (Gómez & Palacios, 2010).

Asimismo, y siguiendo a Menéndez en su definición de modelo biomédico como “Modelo Médico Hegemónico”, y a estudiosos de la Antropología de la salud, Gómez y Palacios afirman:

El modelo biomédico se ha centrado más en el objeto enfermedad. Esto ha derivado en un modelo hegemónico que por esa visión cartesiana entre cuerpo y mente no ha sido capaz de encontrar las respuestas adecuadas desde el punto de vista de los agentes/actores al proceso global de su salud/enfermedad/atención, lo cual ha traído consigo la búsqueda de estos de nuevas respuestas a través de medicinas alternativas o complementarias (Gómez & Palacios, 2009).

La American Holistic Nurses Association y la American Nurses Association, AHNA y ANA (2014), dejan entrever con su dilatada experiencia como sociedad científica que el concepto global y holístico de la persona pasa por una adecuada educación en salud donde aprendamos a cuidarnos a nosotros mismos, para lo cual debemos de adquirir esas habilidades de nuestra propia cultura y de los profesionales que nos cuidan directamente, caso de la enfermería.

Las enfermeras holísticas pueden integrar modalidades complementarias / alternativas (CAM) en la práctica clínica para el tratamiento de las necesidades fisiológicas, psicológicas y espirituales de las personas. Si lo hace, no niega la validez de las terapias médicas convencionales, sino que sirve para complementar, ampliar y enriquecer el alcance de la práctica de enfermería y para ayudar a las personas a acceder a su mayor potencial de curación.

La práctica de la enfermería holística requiere enfermeras para integrar el autocuidado, auto-responsabilidad, la espiritualidad y la reflexión en sus vidas. Esto puede conducir a la enfermera a una mayor conciencia de la interconexión con uno mismo, otras personas, la naturaleza y el espíritu. Esta toma de conciencia puede mejorar aún más la comprensión de las enfermeras de todos los individuos y sus relaciones con la comunidad humana y global, y permite a las enfermeras usar este conocimiento para facilitar el proceso de curación (American Holistic Nurses Association, 2014).

El modelo biopsicosocial u holístico fue creado por Engel en 1977, ofrecía la visión sistémica, global, holística del enfermo, entendiendo que además de la

integración médico-biológica en las causas de enfermar del individuo también es preciso considerar factores psicológicos y sociales.

“El modelo dominante de la enfermedad es hoy biomédica, y no deja lugar dentro de este marco para las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales de la enfermedad. Se propone un modelo biopsicosocial que proporciona un modelo para la investigación, un marco para la enseñanza, y un diseño para la acción en el mundo real de la atención sanitaria” (Engel, 1977).

Del mismo modo, Rafael Sales habla de un núcleo formado por la integración en mayor o menor medida de cada una de las partes que integran el ser humano. Factores biológicos, psicológicos y sociales, recordándonos el concepto sobre la persona que tenía Callista Roy.

“Según el sistema adaptativo humano, Roy destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento.

Sus principios científicos se basan en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy y en la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson. Considera que los seres humanos son holísticos y trascendentes. La persona busca, en la autorrealización, una razón de ser para su existencia” (Díaz et al, 2002).

Estos factores están agrupados y en equilibrio dentro de un denominado *nicho ecológico* al que llegan y salen cargas diferenciadas, “*inputs y outputs*” que inducen a cambios en el individuo en búsqueda de autoequilibrio. Estos tres factores potenciales integrados determinan la dirección de la intervención enfermera profesionalizada, para ayudar a la recuperación (Sales, 1991).

Puede que en esta búsqueda de equilibrio aparezca un factor estresante que haga inestable dicho “nicho ecológico”, como sigue definiendo el Dr. Rafael Sales y la respuesta adaptativa lleve al nacimiento de un nuevo nicho ecológico inestable, en pseudoequilibrio regulador. También, por el contrario, puede aparecer una respuesta inadaptativa y surja el proceso de enfermedad.

Este puede ser el denominado “modelo ecológico” donde se concibe al ser humano como integrante del propio cosmos.

El paso de los siglos ha modificado la visión científica del “cosmos” y en esa evolución la enfermedad se ha convertido solamente en un “desorden orgánico”, sin que se valore su unión con el medio y con el cosmos. Esa visión que hoy reclamamos como la salud holística o integradora del ser humano, como un ser biopsicosocial, ya fue defendida a mediados del siglo XX por la enfermera estadounidense Virginia Henderson. Su libro, *Principios básicos de los cuidados de enfermería*, publicado por el Consejo Internacional de Enfermeras en 1960, recoge las 14 necesidades básicas de toda persona, enferma o sana, que incluyen desde el plano fisiológico hasta aspectos psicológicos de la comunicación y el lenguaje y la espiritualidad (Bello, 2006).

Algunos tratamientos resolutivos e invasivos aplicados para combatir determinadas enfermedades son hoy cuestionados, incluso la manera de abordar clínicamente el cáncer. Surgen voces sobre que la vía no es la de tratar las consecuencias sino la de prevenirlas, una posición conocida desde el biólogo y filósofo austríaco Ludwig von Bertalanffy (Drak, Pouvrea & Apfalter, 2007). Igualmente conocido y sumatorio es el importante papel que desempeña la mente sobre el control del sistema somático, puesto en evidencia por los estudios de la Universidad de Rochester sobre neurología, que más tarde darían lugar a la psiconeuroinmunoendocrinología (Tecoma & Huey, 1985).

La persona debe de ser concebida como un todo holístico más allá de la suma de las partes. Aunque la Teoría General de Sistemas (TGS) puede remontarse a los orígenes de la ciencia y la filosofía, solo en la segunda mitad del siglo XX adquirió tonalidades de una ciencia formal gracias a los valiosos aportes teóricos de Bertalanffy. Al buscar afanosamente una explicación científica sobre el fenómeno de la vida, el austríaco descubrió y formalizó algo que ya habían intuido Aristóteles y Heráclito y que Hegel tomó como la esencia de su *Fenomenología del Espíritu*: **todo tiene que ver con todo** en busca de la visión global, sintética, universal (sinopsis) (Feilg & Bonet, 1989). Un principio hoy evidenciado por la física cuántica.

De hecho, la sinergia (el todo es mayor que la suma de sus partes) y la homeostasis (nivel de respuesta y de adaptación al cambio) son términos utilizados habitualmente en el lenguaje enfermero.

La sociedad actual, motivada por razones filosóficas y conceptuales de la vida y también por la manera de responsabilizarse sobre el propio cuidado de la salud, busca alternativas cuando la medicina académica falla y no encuentra soluciones a

problemas básicos. Las personas vuelven su mirada hacia las tradiciones, buscan lo resolutivo, el arte de curar (Echevarría, 2008).

Pero las críticas sobrevienen al carecer este modelo naturalista y tradicional, aún en gestación y al que podemos denominar de tinte ecologista, de evidencia en cuanto a modelo y ciencia se refiere.

Kant hablaba de los universos sin fundamento científico, lo que suscitó algunas críticas, y a día de hoy nos encontramos ante los albores de contrastar sus teorizaciones. Es decir, que el empirismo observacional en materia de medicina natural fundamenta posteriormente, en determinados casos, los postulados teóricos de la propia evidencia científica para integrarse en ésta, buscando su desarrollo en el propio sistema sanitario de salud (Saz, 2000).

Como bien señala el enfermero y catedrático José Siles González junto con Solano en el magnífico análisis que plantean sobre la antropología educativa de los cuidados, existe una interacción innegable entre mente, biología y sociedad (Siles & Solano, 2007).

Según estos autores, lo primero que cambia es el pensamiento, y luego nos adaptamos a él. Quizás el factor o factores psicológicos a los que se refieren deberían ser objeto de un mayor análisis: son consecuencia de los factores biológicos, el pensamiento deviene de combinaciones químicas sin que por ello deje de evolucionar en el tiempo, bien entendido bajo la perspectiva de Darwin o bien en un enfoque más causal a modo de “motor inmóvil”. En ambas posibilidades, independientemente o no, ha ido creciendo el lóbulo frontal para adaptar el cerebro a la evolución, hacia la expresión física de la evolución del pensamiento. Las reacciones químicas pueden ser modificadas o evolucionar por la acción del pensamiento o por el contrario es el pensamiento el que modifica las rutas neurales.

“La evolución del sistema límbico es la historia de la evolución de los mamíferos, mientras que la historia de la evolución de los mamíferos es la historia de la evolución de la familia” (Newman & Harris, 2009).

Interesa experimentar esta verdad como un binomio inseparable, **arte y ciencia**, desde la evidencia y desde los aspectos cualitativos y cuantitativos que albergan esa verdad. Por esta razón los profesionales que trabajamos desde la concepción holística del ser humano deseamos implementar con fuerza los hallazgos metodológicos de nuestra manera de hacer arte acoplados a los descubrimientos

de la ciencia tanto cuantitativa como cualitativamente, para lo cual ciertamente es preciso investigar. De esa manera de hacer surge el objeto de nuestro trabajo.

Buscar alternativas eficaces con una visión paradigmática diferente no implica dejar de lado el conservacionismo. Así es que las noticias sobre hallazgos y avances de la ciencia se suceden, tal es el caso de los científicos de la Universidad de Oregón (EEUU), que logran la clonación terapéutica. Obtienen células madre embrionarias humanas a partir de una célula adulta.

“Un equipo científico en Oregón (EEUU) ha anunciado que ha reprogramado células de piel humana para que actúen como células madre, lo que puede abrir la vía a la clonación con fines terapéuticos de órganos humanos” (EFE: Salud, 2013).

Del mismo modo, y en la línea de consideración sobre avances científicos, es cierto que los estudios de campo del catedrático de la Universidad de Oviedo Carlos López Otín, uno de los mejores investigadores de nuestro tiempo en biología molecular, sobre las alteraciones químicas que se producen en las células, como unidades estructurales, requieren profundas y especializadas investigaciones por parte de profesionales muy cualificados. Con investigaciones anteriores se atajaron ya alteraciones y patologías desencadenadas por multitud de factores diversos, y con futuros estudios se conseguirá frenar otras enfermedades. Los últimos resultados de las investigaciones llevadas a cabo por el equipo del profesor Otín, publicados en la revista *Nature Genetics*, suponen un avance en la lucha contra el cáncer, y ponen en evidencia que nuestro propio progreso no se debe a la rápida evolución exclusiva de nuestro genoma sino a “las mutaciones culturales” (López Otín, 2012). “Cada paciente y su cáncer son únicos”, “La vida necesitó inventar la muerte para ser posible” (López Otín, 2014), dijo el científico de la Universidad de Oviedo durante una charla en la ciudad de Moreda, Asturias.

Por otra parte, el investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) Fernández Fraga añade en *La Nueva España*:

Tras la comparación de la secuencia del exoma de las células tumorales de los pacientes con la secuencia correspondiente a las células sanas del mismo paciente, concluyendo que les ha permitido identificar las mutaciones que se producen durante el desarrollo de la leucemia linfática. Este hallazgo de mutaciones recurrentes en el gen SF3B1, implicado en la maduración del ARN mensajero, es un proceso esencial en la vida de las células (Fernández Fraga, 2012).

Sin obviar esta evidencia, debemos mirar hacia otras investigaciones posteriores publicadas en *Nature Reviews Genetics* por este mismo investigador del CSIC, donde remarca que el entorno tiene un papel importante a la hora de moldear nuestro fenotipo. Y nuestro fenotipo es nuestro carnet de identidad. El propio autor del estudio explicó las conclusiones de su estudio en una entrevista al diario *La Nueva España*, de Oviedo.

“Sabemos que el medio ambiente tiene un efecto importante sobre nuestros genes tanto en el estado embrionario como en la vida adulta, aunque nos queda aún un largo camino para descifrar con precisión los mecanismos moleculares.

Los genes no lo determinan todo, pues el entorno tiene un papel importante a la hora de moldear nuestro fenotipo. En Gambia los niños gestados en época de lluvias, tiempo con menor acceso a los alimentos, presentan alteraciones metabólicas y epigenéticas en relación con los gestados en época seca. El feto tiene mecanismos moleculares que le preparan para el ambiente que se va a encontrar. Las plantas para que florezcan en primavera deben de haber pasado frío en invierno. El tabaco, el alcohol y los ambientes laborales de la madre, también determinan características del feto.”

El “medio ambiente” al que se refiere el profesor Fernández Fraga incluye ese “todo que va desde las condiciones en los primeros momentos de la gestación hasta nuestros hábitos alimentarios y de vida ya en la edad adulta”. Algo tan sencillo como que el día que los padres gestan al niño marca el metabolismo para toda la vida.

Goleman (1998) fortalece esta afirmación añadiendo que la influencia de nuestra mente es, en consecuencia, determinante, decisiva, no solamente sobre nuestras relaciones y la manera de actuar sobre los demás individuos de una manera intelectual, sino que además existen condicionantes mentales que en determinados casos clínicos pueden inducir procesos patológicos.

Fue en el contexto de descubrimientos sobre las conexiones nerviosas e inmunológicas desarrollado en 1974 en un laboratorio de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Rochester que llevó a reescribir el mapa biológico del organismo por el psicólogo Robert Ader, quien descubrió que el sistema inmunológico, al igual que el cerebro, podía aprender. Su conclusión causó gran impacto: el saber predominante en la medicina había sido que solo el cerebro y el

sistema nervioso central podían responder a la experiencia cambiando su manera de comportarse (López, 2011).

El descubrimiento de Ader llevó a la investigación de lo que resulta ser una infinidad de modos en los que el sistema nervioso central y el sistema inmunológico se comunican: sendas biológicas que hacen que la mente, las emociones y el cuerpo no estén separados sino íntimamente interrelacionados. El sistema inmunológico es el “cerebro del organismo”, como dice el neurólogo chileno Francisco Varela, de la *Ecole Polytechnique* de París, al definir la noción que el organismo tiene de sí mismo, de lo que le pertenece y de lo que no le pertenece. Las células del sistema inmunológico se desplazan en el torrente sanguíneo por todo el organismo, poniendo prácticamente en contacto a todas las otras células. Al encontrar células que reconocen “las dejan en paz”, cuando encuentran células que no reconocen, atacan. Al mismo tiempo se van investigando cada vez más estas conexiones a nivel de órganos y tejidos de todo el organismo. Algunos de estos estudios sugieren que los procesos afectivo-emocionales tienen también una acción directa sobre la salud cardíaca (Roest, Martens, De Jonge & Denollet, 2010).

David L. Felten trabajando con su esposa, Suzanne Felten, y otros colegas detectó un punto de reunión en el que el sistema nervioso autónomo se comunica directamente con los linfocitos y los macrófagos, células del sistema inmunológico. Su equipo descubrió, en estudios realizados con microscopio electrónico, contactos semejantes a sinapsis en los que las terminales nerviosas del sistema autónomo tienen terminaciones que se apoyan directamente en estas células inmunológicas; es decir, que linfocitos y macrófagos envían y reciben señales (Ader, 1995).

Es cierto que a nivel científico esta relación entre el sistema nervioso y la inmunidad ha sido estudiada tímidamente por la ciencia con respecto a otras entidades como el cáncer y actualmente el sida (Arbizu, 2000). De esta manera ha podido ponerse de manifiesto la influencia de la práctica de la meditación yóguica en la lucha contra el cáncer, como afirmó en 2011 el director del Instituto Canario de Investigación del Cáncer y jefe del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital, Dr. Negrín Pedro Lara (Hernández, 2011).

Yendo más allá en esta línea de pensamiento e investigación como investiga Pablo Pérez García (Pérez, 2014), experto en Psicopatología y Psicooncología, actualmente en el Hospital de Cabueñes, Asturias, Unidad de Patología Mamaria,

quien afirma tras sus investigaciones que “quienes han vivido un trauma psíquico tienen más posibilidades de desarrollar cáncer”, aunque dice que “hay que tener cuidado con los manuales de autoayuda sin la colaboración de profesionales”.

Inédito, realizó una revisión bibliográfica muy importante de 700 estudios con evidencia científica entre disfunciones emocionales y cáncer tales como traumas psíquicos, estrés crónico y depresión nerviosa, y el efecto demostrado de éstos sobre el cortisol, la glucosa, sistema endocrino y sistema inmune. Se ha relacionado la evolución y curación con un adecuado estilo de vida.

La realidad vivida y experimentada, así como la manera de vivirla, repercuten directamente en el funcionamiento celular. No experimenta la misma funcionalidad el aparato digestivo de un enamorado que quien acaba de ser abandonado por su profundo amor. Y existen evidencias de apoptosis celular en personas que han sufrido un tremendo *shock* emocional (Cubedo, 2005). Los cambios bioquímicos no solo van a ser determinados por el genoma.

Es evidente que el ser humano está en constante cambio, y debemos ser conscientes de ello, de nuestro crecimiento interior. Estos cambios se producen en todo ser humano a nivel mental y repercuten en el plano físico. El profesional sanitario puede actuar positivamente sobre los demás respetando su ideología y sus propios ritmos. Recordemos la importancia del medioambiente en las relaciones interpersonales. Nos comunicamos mediante señales químicas, como hacen igualmente las abejas y las aves (Bloom, 2011). Somos capaces de intercambiar mensajes químicos de alerta y de estrés, pero igualmente de tranquilidad. La androstadienona, un esteroide, podría recibir la designación de feromona humana una vez demostrado que influye en la cognición, las hormonas del estrés y las respuestas emotivas. Estas hormonas pueden, en pequeñas cantidades, ser eliminadas al aire con la complicidad entre seres humanos.

Zafar Khan, investigador de la Universidad de Málaga, ha encontrado una molécula que multiplica por mil la memoria. Los ratones normales recuerdan un objeto durante 45 minutos pero al administrarles la proteína RGS14 son capaces de recordarlo durante 27 semanas. El laboratorio de Alberto Ferrús, en Madrid, trabaja con una enzima que incrementa el número de sinapsis en moscas y ratones. Mediante la inyección de la quinasa PI3K, el cerebro de una mosca de la fruta rejuvenece creando más conexiones neuronales. Cuando se inyecta en ratas de laboratorio el tiempo de recuerdo del reflejo condicionado por miedo se multiplica por dos. En

cualquier caso, “educar” la actitud mental, mejorar la memoria e incluso potenciar un grupo social más que otro en educación del comportamiento podría acarrear dilemas morales. El propio dolor tiene muchas vertientes de interpretación asociado a factores como ansiedad, miedo y estrés (García, Castel & Vidal, 2006).

Hemos hablado del medio, pero ¿hasta dónde llega el medio? Solo se consideran medio las interacciones con el entorno físico, social. ¿Y la fuerza de la gravedad y las vibraciones cósmicas en el sentido más físico-cuántico?. El concepto multiconceptual de Dios o la relación mente-cuerpo-espíritu. Son los campos de energía establecidos por la enfermera Martha E. Rogers (Raile, 2014), puestos en entredicho por el físico y matemático Alan Sokal (Sokal, 2008).

¿Y el espíritu?, por denominarlo con un determinante conceptual. Es cierto que la ciencia y la filosofía también analizan los hechos sin condicionantes emocionales, pero no es menos cierto que el conocimiento es un camino que debemos recorrer con la *experimentación individual*. No podemos olvidar los avances en la antioxidación y el alargamiento de la vida, pero ¿con respecto a quién y a cuánto? Es decir, se ha logrado alargar la vida física pero existen otras dimensiones. La forma de sentir, pensar y, finalmente, actuar determinan la manera de estimular la salud para inducir calidad de vida y expectativas de futuro hacia dicho crecimiento personal. ¿Cómo vamos a poder separar en un cuidado enfermero las intervenciones conductuales del resto?

2.2. DE LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS AL CUIDADO NATURAL

Las denominadas terapias alternativas, complementarias, medicinas tradicionales, medicinas ancestrales, medicinas blandas y terapias naturales, ahora parece ser que toma potencia la nueva denominación de integrativas, representan el conjunto de técnicas y terapias, en otro tiempo empíricas, reivindicadas social y profesionalmente por los distintos grupos profesionales parasanitarios y graduados en Ciencias de la Salud, quienes guardaron celosamente y nos transmitieron estas disciplinas sociales socialmente demandadas cada vez más en Europa por los usuarios (Echevarría, 2010).

Kleinman (1980) divide los sistemas de salud en tres grupos: popular, profesional y folk, situando en el primero la amalgama de componentes diferentes sobre la salud, donde los herbolarios conviven con la farmacia a modo de equivalencia

con los productos farmacéuticos del modelo biomédico. Es la historia: la convivencia ha venido existiendo desde tiempos atrás. Las terapias naturales, por otro lado, se encuentran también en el sector profesional, aunque encontramos según el país y según la terapia un mayor o menor grado de profesionalización.

Muchas han sido las formas de denominar los cuidados que prestamos los enfermeros en el campo de las conocidas socialmente como “*Terapias Alternativas*” y que hemos ido adaptando a nuestro contexto y aplicando metodología científica al empirismo que poseen, sin por ello obviar la resolutivez que han demostrado. Así, en el proceso de este recibir de conocimientos y transmisión en el paso del tiempo por parte de los profesionales parasanitarios, hemos ido denominado: Medicinas alternativas, enfoques holísticos de cuidados, técnicas complementarias de cuidados, medicina tradicional (López & Arqué, 2009) y también enfermería holística, cuidados holísticos en enfermería, etc.

Poco a poco el cuidado natural en salud se abre paso en la sociedad como una ciencia de la salud en sí misma, como parte integrante de la prestación de cuidados y cada vez más con cuerpo científico y ciencia resolutivez, que en realidad no ha dejado de serlo nunca. A todas estas terapias proponemos designarlas como cuidados naturales por pertenecer al mundo de los cuidados enfermeros generales. Y por cuidados para la enfermera generalista el marco de competencias del CIE define la Medicina o prácticas de curación tradicionales que en su apartado de promoción de la salud, apartado h, demuestra comprensión de las prácticas de curación tradicionales que se siguen según las creencias de las personas, las familias o las comunidades. En el glosario de dicho documento (Alexander & Runciman, 2003) hacen referencia a un documento de la OMS del 2002:

“La suma total de conocimientos, capacidades y prácticas basadas en la teorías, creencias y experiencias propias de las distintas culturas, explicables o no, que se emplean para mantener la salud y para prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar la enfermedad física y mental” (Organización Mundial de la Salud)”.

Desde el siglo XVI al siglo XVIII fue el periodo de referencia para el desarrollo de la enfermería independiente de la medicina, con el arte de cuidar como legado. Partiendo de los principios de atención de enfermería, y a través de las etapas que configuran su desarrollo, determinaremos las alteraciones de los patrones concretos y la elaboración de un plan de cuidados o atenciones en especial, para

establecer después planes de cuidados tendentes a recuperar o mejorar la calidad de vida o la salud perdida.

La educación para la salud es el pilar fundamental para informar a la población de los recursos que tiene a su disposición y sobre cómo utilizarlos para tener una mejor calidad de vida. Podríamos compararlo con un aprendizaje escolar previo a su utilización por los ciudadanos. Los cuidados naturales ofrecen un abanico de elementos de gran valor pero aún no han sido incorporados suficientemente por los profesionales de la salud en su cartera asistencial para mejorar esa deseada calidad de vida, pese a los beneficios que se derivan de su aplicación.

La diferencia integradora y enriquecedora que se desprende de este enfoque de la salud es, sin duda, la implicación del propio paciente/cliente en su propio cuidado, en su salud. Los enfermos, en muchas ocasiones, se recuperan con la observación de las leyes naturales, lo que requiere de su participación directa para potenciar y recuperar la salud perdida. Ya no se espera solamente a que una pastilla te recupere en unas horas de tus excesos o tus desequilibrios físicos, psíquicos o emocionales. Eres tú, consciente y bien educado en salud, quien toma las riendas del propio destino apoyado por los profesionales en ciencias de la salud. Es la diferencia entre poner tu salud en manos de los demás o implicarse uno mismo en el proceso recuperativo.

Las taxonomías enfermeras fueron recopilando los cuidados naturales en su mayor parte propuestos por la AHNA:

...¿Incluye la NIC terapias alternativas? Suponemos que esta pregunta hace referencia a los tratamientos que no forman parte de la práctica médica habitual en EEUU. Las intervenciones de la NIC que pueden figurar en terapias alternativas incluyen la Acupresión, Aromaterapia, Biorretroalimentación, Contacto Terapéutico, Entrenamiento autogénico, Facilitar la meditación, Hipnosis, Imaginación simple dirigida, Llevar un diario y Terapia de relajación simple. Muchas de estas intervenciones están incluidas en "Fomento de la comodidad psicológica". "A medida que formen parte de la práctica aceptada de enfermería, se añadirán otras terapias alternativas a la NIC; en la cuarta edición hemos incluido, por primera vez, la Aromaterapia. Las intervenciones de la NIC también están incluidas en los códigos ABC de Alternative Link para su uso por parte de otros proveedores (proveedores distintos a los médicos alopáticos), para documentar los cuidados para su retribución". (Bulechek, Butcher & McCloskey, 2010).

Estas técnicas y terapias elementales integran las actividades de las intervenciones enfermeras en el cuidado de la propia salud; algunas son ancestrales, otras más modernas, pero con resultados contrastados.

Muchos profesionales en ciencias de la salud practican ya estos cuidados naturales en la sanidad pública y en la privada. Y muchos centros de salud los han incluido en su oferta asistencial: acupuntura, homeopatía, fitoterapia y tacto terapéutico son algunas de ellas. Y en atención especializada se ofrece, en ocasiones, en las unidades de dolor, acupuntura, reflexología podal o técnicas de yoga y respiración y actualmente toma presencia el Reiki, codificada como intervención NIC. La ilustración adjunta muestra alguna referencia de las que existen publicadas por el Ministerio de Sanidad.

Ilustración 3. Centros Hospitalarios que realizan Terapias Naturales

Nivel asistencial	Centro	Unidades en las que se proporcionan tratamientos de acupuntura	Provincia
Hospitalario	Hospital Infanta Elena	Rehabilitación	Huelva
	Hospital Infanta Margarita	Rehabilitación	Córdoba
	Hospital de Valme	Unidad del dolor	Sevilla
	Hospital Virgen del Rocío	Unidad del dolor	Sevilla
	Hospital Puerta del Mar	Rehabilitación	Cádiz
	Hospital Puerto Real	Rehabilitación	Cádiz
Centro de especialidades	C.A.R.E. José Estada de Málaga	Rehabilitación	Málaga
	Centros de Salud de Dos Hermanas ("A", Santa Ana y San Hilario)	Consulta de acupuntura	Sevilla
	Centro de Salud Castilleja	Consulta de acupuntura	Sevilla
	Centro de Salud Alcalá de Guadaira ("A" y "B")	Programa	Sevilla
	Centro de Salud Distrito Málaga	Consulta de acupuntura	Málaga
	Centro de Salud El Greco	Programa	Sevilla

Fuente: (Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2011)

2.3. DEMANDA SOCIAL DE LOS CUIDADOS NATURALES

Como hemos comentado, la OMS habla de un aumento significativo de la demanda. También en España se ha incrementado. TENACAT, la Federación de Asociaciones Profesionales de Terapias Naturales y de la Cultura de la Salud, estudió ese consumo en España a lo largo de 2008 y proporcionó una aproximación real de la situación (COFENAT, CONAMAD & TENACAT, 2008). Al mismo tiempo, a modo comparativo, observamos una encuesta a pacientes con neoplasia avanzada para saber si utilizaban las terapias complementarias, y los resultados mostraron que entre el 60 y el 88% de esas personas habían recurrido en algún momento después del diagnóstico a alguna de las terapias complementarias, con variaciones en el porcentaje, dependiendo del área geográfica y del tipo de cáncer.

Otro estudio de Bernárdez Ferrán, publicado en 2012, indicó que las vitaminas y los suplementos de hierbas son los productos más consumidos por los enfermos de cáncer al margen de los tratamientos médicos convencionales, con un 63% de demanda. Un 60% de estos pacientes recurren también a las terapias manuales y entre el 9 y 24% siguen dietas especiales (macrobióticas y vegetarianas, entre otras) con la esperanza de mejorar su calidad de vida ante los efectos secundarios propios del cáncer y de su tratamiento. A pesar del uso de las terapias complementarias por un porcentaje tan significativo de personas con cáncer en nuestro país, existe una gran brecha entre la decisión de consumir productos y terapias no prescritas en el sistema sanitario y su comunicación a los médicos encargados del seguimiento de los enfermos: entre el 63 y el 72% de las personas que usan terapias complementarias no lo comunica a su médico, especialmente porque no creen que sea necesario en un 61% de los casos, o porque en el 60% de los casos el médico tampoco se lo ha preguntado. Quizás influya también en ese silencio el temor del paciente al rechazo por parte del médico (Bernárdez, 2012).

Una investigación realizada en el 2000 en Estados Unidos revela que:

“El gasto total de los norteamericanos en salud alternativa (productos dietarios naturales + terapias) en el 2000 alcanzaron los 31.000 millones de dólares, lo que significa que en las nuevas terapias gasta 17.000 millones” (citada por GEOCITIES, 2009).

Un total de 31.000 personas adultas, escogidas para ser representativas de la población de Estados Unidos, participaron en el estudio, promovido por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (el CDC) y el National Health Interview Survey (NHIS). El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) forma parte del Instituto Nacional de la Salud norteamericano (DHHS), dedicado a explorar las medicinas alternativas y complementarias en un contexto científico riguroso con el fin de aportar y divulgar información autorizada para los profesionales de la medicina, así como para el público en general.

Un estudio posterior de 2002 sobre la implantación de las medicinas alternativas y complementarias, y cuyos resultados se dieron a conocer en 2004, establece que el 36% de la población norteamericana recurre a estas terapias, sobre todo para resolver dolores musculares o superar la ansiedad y la depresión (Martínez, 2004).

Comparativamente, y contextualizando un sector próximo, comprobamos que según el I Estudio sobre Conocimiento y Uso de la Homeopatía de Laboratorios Boirón y publicado por el diario Región Canarias (Europa Press, 2012):

“la homeopatía es una opción terapéutica cada vez más demandada en Canarias, ya que el 42% de los canarios ha utilizado medicamentos homeopáticos alguna vez y el 30% de ellos sigue siendo usuario ocasional o regular. El uso de esta terapia en Canarias se sitúa por encima de la media nacional, donde uno de cada tres españoles ha recurrido a los tratamientos homeopáticos en alguna ocasión. Por encima de ella están Navarra, Aragón, Cataluña, Murcia y País Vasco como las comunidades con mayor porcentaje de usuarios ocasionales y regulares. De todas ellas, Navarra se sitúa a la cabeza, ya que un 50% de los navarros ha utilizado alguna vez medicamentos homeopáticos. Por el contrario, son los gallegos los que menos utilizan esta terapéutica.

A la mayoría de la población canaria (89%) le suena la palabra ‘Homeopatía’ y, de éstos, el 68 por ciento reconoce la descripción de este sistema curativo. Esta última cifra es superior al 61 por ciento de la media de la población española que identifica adecuadamente la Homeopatía”.

En cuanto a las afecciones tratadas con Homeopatía:

“En cuanto a las patologías en las que los españoles usan más los medicamentos homeopáticos, los usuarios las emplean principalmente para el manejo de

afecciones víricas como gripes y resfriados (52%), además del tratamiento de la ansiedad, el insomnio y el estrés (39%) y el aumento de defensas (34%)”.

No existe en Europa un documento a modo de libro blanco del ejercicio profesional de las denominadas Medicinas No Convencionales, por los profesionales en Ciencias de la Salud y en España tan siquiera el documento del Ministerio de Sanidad sobre el análisis de situación de las Terapias Naturales. Actualmente las Organizaciones Colegiales elaboran censos en los colegios con secciones colegiales en las disciplinas referidas, pero no existen cifras reales excepto estudios de pequeña incidencia.

Por citar algunas cifras referenciadas en Latinoamérica destacamos por ejemplo Chile, un dato interesante a tener en cuenta al margen de cifras es la creciente presencia de profesionales de Ciencias de la Salud. El 43% de quienes practican estas terapias alternativas son profesionales de la salud. Según catastro del Ministerio de Sanidad (Minsal) 1.614 profesionales de un total de 3.773 terapeutas son especialistas en acupuntura, reiki o flores de Bach. La cifra muestra un aumento respecto del primer Censo Nacional de Medicinas Complementarias, hecho por la Universidad de Talca para el Minsal, en 2010, que encuestó a 2.071 terapeutas de diversas disciplinas y donde el 37% tenía un título del área de la salud, revelando además que el 55% de la población reconocía haber usado al menos una terapia complementaria para tratar un problema de salud. Las más usadas según el informe eran el yoga (11,6%), la fitoterapia (11,4%) y la homeopatía (10,2%) (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2012).

Relacionando ansiedad y dolor en cuidados naturales, nos encontramos con una encuesta nacional realizada a los australianos mayores que arroja que el 8,8% de los encuestados informó haber visitado un practicante CAM (Complementary and Alternative Medicine) en los últimos tres meses, el 12,1% de las mujeres y el 3,9% de los hombres, la gran mayoría también consulta a los médicos en el mismo período. Los encuestados fueron más propensos a consultar a un profesional de CAM si tenían enfermedades musculoesqueléticas (osteoporosis, artritis), dolor o depresión / ansiedad. Un número considerable de los australianos mayores con enfermedades crónicas buscan el asesoramiento de profesionales de la CAM, especialmente aquellos con condiciones relacionadas con el dolor (Yen, Jowsey & McRae, 2013).

No obstante, referido a productos fitofarmacéuticos, en el año 2010 ya se podía objetivar el crecimiento y la apuesta de los productos farmacéuticos a base de

plantas medicinales, que se reflejaron en el contexto de las Primeras Jornadas Internacionales de Fitoterapia Farmavital (Mundo Cofares, 2010).

“Javier Cuevas, gerente de Farline, se refirió a la situación del mercado español de fitoterapia, comparativamente muy inferior al de Alemania y Francia. En nuestro país, añadió, el mercado de la fitoterapia está valorado en 625 millones de euros y citó el ejemplo de las isoflavonas, cuyo incremento de ventas en las oficinas de farmacia en un año ha sido del 29 por ciento”.

“El médico Bernat Vanaclocha, vicepresidente de la Sociedad Española de Fitoterapia (SEFIT) y director del Vademécum de Fitoterapia, hizo hincapié en que la Fitoterapia es una terapéutica suave, poco agresiva, dotada de márgenes terapéuticos amplios y con un bajo porcentaje de efectos secundarios; en este sentido –explicó–, su coincidencia con la libertad de elección terapéutica en la que influye en la adhesión al tratamiento y por tanto en su efectividad. Por su parte, Salvador Cañigüeral, profesor titular de Farmacognosia y Fitoterapia de la Universidad de Barcelona, resaltó que es importante contar con empresas que trabajen la fitoterapia y que aseguren con controles exhaustivos la calidad de los productos, ya que ésta influye directamente en su eficacia”.

No podemos obviar la petición del mismo Carlos de Inglaterra, Príncipe de Gales, en su discurso pronunciado ante la 59^a Asamblea Mundial de la Salud:

“Por ejemplo, en el Reino Unido, investigaciones realizadas en los últimos años han demostrado que el 50% de los médicos generalistas remiten a sus pacientes a prácticos de medicinas complementarias, y, según algunas encuestas de la BBC, más del 75% de los pacientes desearían poder elegir el tratamiento complementario además del tratamiento ortodoxo para su problema” (Príncipe de Gales, 2006).

2.4. RESEÑA HISTÓRICA

Cuatro han sido los modos de tratar al enfermo desde la existencia del hombre.

Ante la enfermedad y el tratamiento, el hombre pone en práctica actitudes que hoy denominamos magias. Desde que el hombre existe sobre el planeta ha puesto en práctica distintas actuaciones ante la enfermedad y el tratamiento, a las

que hoy denominamos magias, y producido cuatro métodos terapéuticos: espontáneo, empírico, mágico y técnico (De Andrés, 2009).

- **El espontáneo:** protección de la madre al niño que está febril, por ejemplo.
- **El empírico:** cuando realizamos una práctica que ha sido resolutive en situaciones semejantes.
- **El mágico:** cuando existía convicción de que los fenómenos que ocurrían, por ejemplo los atmosféricos, eran obra bien de los dioses o de los demonios, invisibles para el hombre y evidentemente superiores, y que afectaban a la salud; el tratamiento consistía en rituales que ahuyentasen a los malos espíritus.
- **El técnico:** consiste en realizar algo, sabiendo realmente lo que se hace, en función del conocimiento racional de la enfermedad y su remedio.

Nos recuerda Xavier Zubiri, en su libro *El Hombre y Dios*, que... *"la historia es el curso temporal y trascendente de las acciones del género humano, curso en el cual los hombres van creando u olvidando posibilidades intelectuales técnicas o políticas y por tanto incrementando o empobreciendo su capacidad para vivir como tales hombres"*... (Zubiri, 1971).

Podemos comenzar recordando que los Vedas o los libros sagrados del hinduismo, así como los libros blancos de Kung-Fu, escritos 3.000 años a. C., tienen ya registros de prácticas de cuidados naturales. Esos libros blancos fueron traducidos al francés en el siglo XVIII, y en ellos se inspiraría el médico, militar y profesor de esgrima Pier Henrich Ling para crear la gimnasia sueca. Sumeria, Acadia, Asiria y Babilonia unos 4.000 a. C. proporcionan noticias sobre la medicina de este período. (Scurlok & Andersen, 2005).

De todos los documentos hallados es sin duda en el papiro de Ebers (1.900 años a. C.) donde encontramos más justificaciones de cuidados en recetas y descripciones médicas.

Otros papiros egipcios hacen referencia también a esas prácticas, y entre ellos cabe destacar los siguientes:

- Papiro de Ramesseum (1.900 a. C.) sobre relajación de los miembros, recetas y fórmulas mágicas.
- Papiro de Kahoun (1.850 a. C.), que trata sobre ginecología, obstetricia y veterinaria.

- Papiro de Edwin Smith (1.500 a. C.) con descripciones quirúrgicas.
- Papiro de Hearts (1.550 a. C.) con fórmulas terapéuticas.
- Papiro de Londres (1.350 a. C.) con recetas y fórmulas magistrales.
- Papiro de Berlín (1.300 a. C.), con ampliación de conocimientos sobre el corazón.
- Papiro de Chester Beatty (1.300 a. C.) con recetas y fórmulas mágicas.
- Papiro de Calsberg, relativo a enfermedades obstétricas y de los ojos.

No es nada novedoso decir que la enfermería es ciencia anterior a la medicina, en cuanto a cuidados se refiere, y ha utilizado las manos, la energía, la naturaleza y las “creencias” como instrumentos básicos. Por tanto, no podemos hablar de la evolución de la enfermería situando los cuidados naturales en un apartado aislado, sino que hemos de considerarlos como parte integral del propio cuidado. El profesor Pedro Laín Entralgo aporta evidencias que demuestran el comienzo de esta profesión desde el año 1500 a. C., a través del Papiro de Ebers (Laín Entralgo, 2006).

En el Antiguo Egipto, la asistencia al parto estaba reconocida como una ocupación femenina, tal y como queda registrado en el papiro de Ebers, datado entre el 1900 y 1550 a.C., comprende cinco columnas de papiro que tratan sobre ginecología y obstetricia, hablando específicamente de la aceleración del parto y la realización de pronósticos sobre la supervivencia del recién nacido.

Usaron la farmacopea y la cirugía. Solo el papiro de Ebers contiene unas mil recetas, cuyos componentes no son aún conocidos del todo. Sin embargo, se puede deducir que de los remedios más en uso, entre los antiguos egipcios, se encontraban la miel, la cerveza, la levadura, el aceite, los dátiles, los higos, la cebolla, los ajos, la semilla de lino, el hinojo, en un documento inédito histórico precioso (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, 2012)

La medicina Ayurvédica (años 327 a. C. al 750 d. C.) comporta la teoría de los cinco elementos, en los que se basaría la Medicina Tradicional China (MTCh), cuya filosofía está orientada a curar los desórdenes energéticos causantes de la enfermedad.

De la Grecia clásica interesan nombres como Alcmeón de Crotona, con la idea de la physis o naturaleza; entonces Homero, que, posteriormente, habla del masaje en la Odisea; Heródico, Sócrates, Platón, Hipócrates (450 a. C.) y Galeno (130 a. C.), tan sugestivo en sus tratamientos a partir de agentes naturales. Platón daba más

importancia a la curación del alma que del cuerpo. Hipócrates, sin embargo, pensaba que era necesario un equilibrio entre los cuatro humores del cuerpo (Guerrero & León, 2008).

En la Edad Media cayó en el olvido todo lo que fuese atracción o gusto por el cuerpo. Prevalecía el espíritu sobre la materia y era el pecado el culpable de todos los males que aquejaban al hombre. La tríada de las culturas monoteístas (cristiano-bizantina, islámica y cristiano-occidental) mantenía en esa época terapéuticas artesanales tradicionales pero se dejaron de usar más tarde.

En el Renacimiento, Descartes, como hemos comentado, crea el modelo dualista en el que comienzan a convivir biología y medicina. Así, se comienza a ver la enfermedad como consecuencia de alteraciones químicas que ocurren en el organismo humano, y eso nos va llevando al modelo positivista biomédico que aleja y olvida los aspectos tanto emocionales como comportamentales (Oblitas, 2008).

Otro ejemplo puede ser la balneoterapia, con gran tradición desde los romanos. Basta recordar los baños de Pompeya o las termas de Caracalla. El cristianismo cuestionó esas prácticas por cuestiones de moralidad, pero resurgieron durante las cruzadas y volvieron a hacerlo en el Renacimiento por el aumento de las infecciones. Finalmente, la balneoterapia fue aceptada a partir de la Ilustración (San José, 2000).

En este repaso de las fuentes que nos fortalecen este estudio, hay que recordar y hacer mención por méritos al médico y botánico Dioscórides, de cuya obra se hicieron multitud de traducciones y a quien se considera artífice de lo que podríamos llamar la base de la farmacología, en especial por la trascendencia y aplicaciones posteriores de sus estudios (Wang, 2013) (Adams, Schneider, Kluge, Kessler & Hamburger, 2012) (Pormann, 2011).

Sobre el año 1500 de nuestra era comienzan las investigaciones serias sobre el masaje y el drenaje linfático manual, aunque hasta la década de los 70 del siglo XX no se realizarían estudios en profundidad.

La escuela de Salerno, considerada el punto de partida de la medicina moderna, arranca en esa ciudad en 1180. Evolucionó en tres períodos consecutivos: Salerno primitivo (desde los orígenes del *Collegium* hasta la aparición de Constantino el Africano); alto Salerno (desde Constantino el Africano hasta el siglo VIII) y, finalmente, Salerno tardío (época en la que decae la *Civitas Hippocratica*, desplazada por las nacientes universidades). Esta escuela tuvo muy en cuenta a Galeno, Hipócrates, Plinio y Dioscórides.

En definitiva, a lo largo de la historia de la humanidad se han registrado distintas tendencias cronológicamente desarrolladas: Pretécnica, Physis Helénica, Monoísmo, Mecanicismo-Vitalismo-Empirismo y Evolucionismo (Laín Entralgo, 2006).

La humanidad ha evolucionado a través de la ciencia, experimentación y mística, como sugiere José Diez Faixat, arquitecto y autor de varios libros sobre crecimiento personal y de comparación de postulados filosóficos en la historia, que atraviesan diferentes épocas y nos sitúan en los albores de lo que podríamos denominar como época del ecologismo (Díaz Faixat, 1996). Si acabamos de mostrar el Papiro de Calberg, relativo a enfermedades obstétricas y de los ojos con contenido casi mágico, hoy, dentro de la evolución científica del holismo y de la era ecologista, observamos el tratamiento de enfermedades oculares también a partir de sintetizaciones moleculares de elementos básicos de consumo, tal es el caso del DHA (Ácido docosaexaenoico), extraído de aceite de salmón complementario en el tratamiento moderno de la retinitis pigmentaria o de las necesidades de crecimiento pediátrico desarrolladas por el Dr. José Manuel Cela López (European Medicines Agency, 2009).

2.5. LA CUESTIÓN DE LA EVIDENCIA

Desde la década de los 80 del siglo pasado, las terapias alternativas y las medicinas no convencionales, también denominadas complementarias, están siendo objeto de estudio en proyectos y tesis doctorales, en algunos casos financiados por asociaciones privadas.

El Ministerio de Sanidad desarrolla, por fin, en 2011 (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) un estudio metodológicamente no exhaustivo, pero al menos hace un primer esfuerzo de aproximación aún “subjetiva” aunque sin el propósito inmediato de regular el ejercicio de estas disciplinas. El informe del Ministerio de Sanidad pretende evidenciar acerca del uso y aplicación de estas terapias complementarias por parte de los distintos grupos y sobre cómo se incluyen en el tejido sanitario de salud con la intención de regular el funcionamiento de dichas terapias.

Farmaindustria, con potencial económico e influencia política y social, también ha avanzado en la inclusión definitiva de los fitofármacos, plantas medicinales y suplementación relacionada (Weeks, 2009), para justificar la necesidad de que estén presentes en las farmacias, aunque quizás en esa defensa de la intervención

de los farmacéuticos influyan también aspectos económicos o de competitividad, ya que las cifras de venta de esos productos en herbolarios aumentan cada año.

Es posible que en esa mayor sensibilidad hacia las terapias complementarias por parte de las autoridades sanitarias, la industria farmacéutica y la clase médica pese también el hecho de que los profesionales de la salud ven los resultados de los terapeutas que aplican acupuntura, osteopatía o reflexología, entre otros tratamientos. También debe considerarse el temor de los médicos a perder el control sobre su jerarquía profesional, especialmente en el campo preventivo, si quedan totalmente al margen de estas terapias, demandadas por muchos de sus pacientes. Por eso ha dejado de ser extraño o testimonial que algunos médicos tengan en cuenta este arsenal terapéutico a la hora de prescribir tratamientos, si bien es cierto que la oposición de los médicos más clásicos aún no ha permitido incluir las enseñanzas sobre esas terapias complementarias en la carrera profesional como asignatura establecida, aunque fuese de libre elección. Existe numerosa literatura científica, aunque debe de seguir continuando con la realización de investigación para justificar una reivindicación de peso en la implantación de las medicinas no convencionales. La demanda social hace su papel puesto que la sociedad a través del uso extendido también regula por defecto.

Por otra parte, la evidencia científica es común para todos los grupos de profesionales que reivindicamos estas materias, y todos tenemos que continuar potenciándola como consumidores y como productores. Porque tampoco la clase médica posee un alto grado de evidencia y, sin embargo, desde hace un tiempo pretende erigirse como el garante de calidad y seguridad asistencial en el mundo de las terapias naturales y no convencionales, no pudiendo, sin embargo, obviar la multidisciplinaridad existente en todas las etapas del proceso de atención en Ciencias de la Salud.

El cuerpo profesional encargado de transmitir el conocimiento regulado de esta materia a nivel de Escuelas Universitarias de Enfermería para la obtención del Diplomado Universitario en Enfermería (DUE) es la propia enfermería, que impartió inicialmente enseñanzas sobre cuidados naturales en 40 escuelas universitarias de grado en España (Céspedes, 2009) a través de asignaturas relacionadas sin que formen parte de ninguna especialidad. Actualmente los datos han cambiado con la adaptación al grado, como veremos.

Como comentamos al inicio de este estudio, el Gobierno español no regula la práctica de estas terapias complementarias pero, en cambio, permite su ejercicio

como profesión con unas normas laborales, como en el resto de profesiones. No regula el ejercicio pero exige la cotización a las arcas públicas, lo que en la práctica implica que las autoridades del país consienten ese ejercicio, eso sí, con la cotización del correspondientes Impuesto de Actividades Económicas (IAE) por ejercer como “profesiones no reguladas”. Si estudiamos la situación en el continente europeo encontramos una Europa de varias velocidades de crecimiento y a merced de la interpretación sesgada de los juristas, ya que falta doctrina jurídica. Comprensible por la evolución de los ritmos y mercados, pero incomprensible desde la libre circulación de profesionales y los mínimos académicos y asistenciales en salud.

El modelo biomédico, el *padre* de todas las doctrinas, se fundamenta como decimos en la realización de estudios clínicos a partir de estudios cuantitativos, pero no se ha interesado por el desarrollo y la aplicación de una búsqueda de los aspectos cualitativos amparados en la misma ciencia. Tampoco se ha creado un modelo paralelo con la suficiente ciencia y metodología para medirse a la ciencia a un mismo nivel y que pueda dar lugar a otro paradigma alternativo. Sabemos que el empirismo es la base de datos sobre el que bucea la ciencia para encontrar modelos que se presten a sus estudios, en muchos casos con respuesta incluida, lo que significa que en muchas ocasiones “la demostración” conduzca a donde se espera de antemano.

Hemos repasado hasta ahora las actitudes de los profesionales de la salud y del Gobierno con respecto a las terapias complementarias, pero la sociedad bebe de las fuentes de sus culturas, del cuidar de manera tradicional de aquellas formas de sanar que le sirvieron en el pasado, salud y equilibrio. Las personas circulamos libremente en el mundo actual, exceptuando las que no pueden hacerlo por distintas circunstancias, y todas utilizamos recursos de la cultura de los pueblos, del nuestro también, que nos ayudan en la preservación y mejora de nuestra salud. Muchas veces esas fuentes de cultura, de tradición que conocemos o hemos heredado a lo largo de generaciones, están alejadas incluso de las formas clásicas de curación. Dentro de esa educación, la conveniencia de acudir a recursos naturales y a formas de vida sana es cada vez más aconsejada por los profesionales parasanitarios, que ejercen las terapias alternativas en España y en el resto de Europa, pero también por los profesionales de las ciencias de la salud, caso de Enfermería.

Estas culturas se han ido entretejiendo en los sistemas de salud público y privado, aunque más en este último, con lo que las terapias complementarias forman

parte cada vez más del abanico asistencial del acto terapéutico en sí mismo o como complemento técnico de éste. Es la multi o interdisciplinaridad en salud.

Es cierto que la convivencia entre las formas clásicas de la medicina y las terapias complementarias choca con reticencias del modelo cientificista por no estar las segundas cargadas de evidencia, especialmente porque se alejan del modelo biomédico clásico, pero también porque conceptos como *energía* son difíciles de cuantificar y someter a ensayos al uso.

Al mismo tiempo, surgen dudas sobre la fiabilidad de algunos estudios realizados sobre productos y terapias de las medicinas alternativas y complementarias referentes al concepto energía. De hecho, hemos tenido que desestimar trabajos aparentemente científicos en esta tesis, porque al seguir la ruta de aproximación científica mediante evidencia contrastada, carecían de ella. Por ejemplo, en *"The Touchstone Process: an ongoing critical evaluation of Reiki in the scientific literature"*, la profesora de psicología en la Universidad de Arizona Ann Linda Baldwin determinó en 2010 que solo una mínima o pequeña parte de los artículos analizados tenían un diseño experimental robusto (Korotkov. et al, 2011). También otro estudio señala que determinados modelos y procesos utilizados en la investigación de los cuidados naturales en el contexto de terapias de contacto no son lo suficientemente complejos como para captar la "experiencia" de los profesionales participantes en éstos (Engebretson & Wardell, 2002).

Pero no nos hemos rendido. Enfocando la fitoterapia como elección diremos que ésta es susceptible de una mejor evaluación al estar más en línea con la farmacología y la farmacopea y por sus principios inmediatos y su efecto sobre la salud. Sin embargo, no podemos obviar que el empirismo es la madre de la evidencia cuando pueden demostrarse científicamente los postulados, como es el caso de la fitoterapia. La cultura popular salvaguarda el uso de las plantas medicinales para prevenir y tratar problemas de salud, y mantiene su vigencia en el tiempo por la capacidad resolutive demostrada por las plantas.

Actualmente los "curiosos" y los "especialistas" han aprendido a convivir con diferencias en la forma pero no en el fondo. Los resultados de técnicas, terapias y sistemas dependen de las habilidades técnicas para aplicar disciplinas y/o para prescribir cuidados. Y con cuerpo doctrinal se convierten en ciencia. Los profesionales que trabajan en este campo se encuentran en una situación "borderline", de difícil demarcación por la falta de regulación asistencial.

En este contexto, la enfermería ha trabajado más el campo de las terapias naturales por su proximidad a la realidad individual, familiar y social, y también porque algunos aspectos que confieren esas terapias forman parte de su praxis y su bagaje profesional a través del tiempo. Los profesionales de la enfermería hemos aplicado el método científico a esas prácticas, y los hemos implementado en nuestro quehacer diario en el desarrollo asistencial, docente, investigativo y de gestión de los recursos sanitarios a través del desarrollo profesional constante.

Así lo ve la Dra. Echevarría:

“Hay quienes piensan que es imposible hablar el mismo lenguaje y que el punto de encuentro entre las dos medicinas nunca podrá hacerse a través de la ciencia porque consideran que ciencia es igual a metodología positivista, algo que no puede encajar con los estrictos criterios de la metodología científica...” (Echevarría, 2008).

Para Morales Asencio:

...“Como es habitual en el marco positivista, cuando el modelo biomédico no encuentra explicaciones en sus límites paradigmáticos, recurre al socorrido cajón de sastre de “lo emocional” o lo “psicosocial”. El desenmascaramiento de estas incógnitas muestra los mecanismos de afrontamiento, las creencias y valores de la persona, su capacidad de aprendizaje, el soporte de los cuidadores, en definitiva, las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad a los distintos procesos vitales o de alteración de la salud, como serios factores de influencia en los resultados finales. Enfermería es la encargada del diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas corrientes o potenciales”... (Morales, 2004).

El capital público no se presta tampoco a invertir fuera del modelo biomédico por temor a que los responsables de ese modelo puedan “castigarle” en toda la cadena y en todo el proceso de productividad. ¿Qué conllevaría el hecho de que se destinara financiación pública al estudio de las medicinas complementarias? Supondría, cuando menos, cambiar el paradigma, atreverse a desmontar la ciencia ad hoc y ver mediante ciencia si verdaderamente la ciencia es ciencia. No cabe duda de que sería un trabajo interesante, al menos experimentalmente. Por supuesto que las propuestas deberían de estar muy bien fundamentadas desde el punto de vista

metodológico pero podría ser el momento para que la ciencia hiciese un autochequeo de salud ante sí misma.

Una cosa es el avance de la industria de la salud y otra lo que avanza el ser humano hacia el encuentro consigo mismo, con su espíritu, que es precursor de cambios en la salud. Deberíamos de enfocar más nuestras perspectivas de salud hacia la comprensión de las causas de enfermar y no tanto de las manifestaciones sintomatológicas que acompañan a los procesos de enfermar, si bien es cierto que ambas están en íntima unión.

Este enfoque de salud debería de tener unas garantías de implantación y desarrollo dentro del tejido sociosanitario en España y toda la Unión Europea por igual, y no a velocidades diferentes. No obstante, en relación con los Cuidados Naturales (Terapias Alternativas y Complementarias) y como se desprende de los contenidos de ponencias defendidas en la sede del Consejo General de Enfermería de España en 1997, el magistrado Ventura Pérez Mariño manifestaba que sería la propia sociedad la que forzase esa normalización por su demanda constante y creciente... "*la norma viene como consecuencia del uso extendido*"... Es cierto que es la sociedad la que acaba empujando, marcando las líneas que se deben de seguir en la demanda de los productos, de técnicas, de terapias y en la elección de los profesionales en cuyas manos pone su salud. De hecho, hemos visto correr igualmente a profesionales de la salud hacia terapeutas alternativos que a terapeutas alternativos hacia servicios de urgencia de hospitales. Todos somos necesarios, y los distintos enfoques asistenciales de salud deben de integrarse y fijar un estándar normalizado, ofreciendo conocimientos a todos aquellos que eligen el cuidado de la salud. Ampliar el abanico de técnicas y terapias asistenciales con todas las herramientas que puedan tener a su disposición y, lo que es mejor, hacia un enfoque de salud basado en el autocuidado y autoconocimiento, donde cada uno de los seres humanos sea capaz de ser responsable del cuidado de su propia salud.

La primera implicada en el concepto de salud holística es la enfermera, quien debe de empezar por ella misma a aplicar la filosofía del autocuidado. Cuestiones tales como una demanda excesiva, el aumento de la percepción de estrés, la falta de sueño, el agotamiento por turnos, la mala alimentación, el insuficiente trabajo en equipo y de comunicación, y la ausencia de la práctica reflexiva están precisando atención profesional (McElligot, Siemers, Thomas & Khon, 2009).

CAPÍTULO 3. LA DISCIPLINA ENFERMERA Y EL CUIDADO NATURAL

3.1. PARADIGMAS EN ENFERMERÍA HOLÍSTICA

La segunda mitad del siglo XVI fue considerada el “siglo de oro para la enfermería española”, según se desprende de los análisis realizados por los hermanos García Martínez y Valle (1998). Los autores datan en esa época el enunciado de las primeras funciones de la enfermería, que se desarrollarán más tarde y que a día de hoy equivalen a la prestación de cuidados, docencia, investigación y gestión-administración.

Los análisis de mayor relevancia realizados en la Edad Media dependían siempre de estudios médicos. Fue en los años 1970 y 1980 del siglo pasado cuando comenzaron en nuestro país las investigaciones sobre el papel de la enfermería y vieron la luz las primeras publicaciones acerca del *cuidador*, del enfermero (García, García & Valle, 1977).

A partir de ese momento comienza la verdadera investigación en enfermería en España, aunque aún se carezca de sistemas teóricos sólidos. De esos años data la utilización del concepto de paradigma, aunque no será hasta los 80 cuando aparezcan los verdaderos paradigmas, los modelos (Sanabria, Otero & Urbina, 2002).

“Para el desarrollo adecuado de la disciplina enfermera en una sociedad multicultural es preciso implementar modelos que adopten enfoques antropológicos y consideren el factor cultural e ideológico como objeto de estudio” (Siles et al, 2001).

Los **paradigmas** más diferenciados son **categorización** (la naturaleza cura), **integración** (prevención, fomento y recuperación de la salud) y **transformación** (relación persona-enfermera-universo) (Barragán, 2014), a partir de los cuales se crea el pensamiento enfermero, tal y como extraemos de los modelos de enfermería que plantearon, entre otras, Henderson, Rogers y Roy.

Si obviamos la fundamentación teológica en la interpretación y tratamiento de los problemas de salud se pueden señalar tres grandes paradigmas que han influido de forma determinante en la manera de pensar y practicar las ciencias

y las profesiones y en la forma de interpretar tanto el papel de la enfermería en la comunidad como el rol de la propia comunidad en el proceso de atención de salud: los paradigmas racional tecnológico, el hermenéutico y el sociocrítico, principalmente.

a) Paradigma Racional Tecnológico. También denominado Paradigma positivista, empírico, cuantitativo, empírico-analítico racionalista

Pretende plantear una hipótesis y luego comprobar qué sucedió: explicación, predicción y control. Solo existe una forma de generar conocimiento científico, utilizando el método científico. Lo que no es demostrable con el método no es ciencia. El conocimiento de lo ocurrido se apoyará en la estadística para conseguir exactitud y rigor (Quiroga, 2007).

La enfermera es una mera dispensadora de técnicas, que ejerce su profesión de forma totalmente subordinada a la figura del médico, con categoría de auxiliar del mismo.

Este período se corresponde históricamente con el comprendido entre la Ley Moyano (1857) y la inclusión de la enfermería en la universidad en 1977.

b) Paradigma Hermenéutico ó Paradigma interpretativo, fenomenológico-naturalista o humanista

Pretende comprender el significado de las acciones humanas y de la práctica social. La entrevista, la observación sistemática y el estudio de casos son los modelos de obtención del conocimiento, es decir, comprensión, significado y acción.

El paradigma interpretativo busca la conexión entre los elementos que están influyendo en algo para que resulte de determinada manera. Cuestiona que el comportamiento de los sujetos esté regido por leyes generales.

El papel de la enfermera no se reduce a la mera aplicación de procedimientos, sino que toma en consideración la situación del paciente, el cual le transmite sus percepciones, inquietudes y expectativas.

c) Paradigma sociocrítico

El **paradigma sociocrítico** analiza las transformaciones sociales dando respuesta a los problemas que de ahí se derivan. El participante reflexiona, observa y saca conclusiones. La investigación es autorreflexiva y se orienta a la práctica. En salud la relación paciente enfermero es de igual a igual.

La enfermera se considera un agente educativo de cambio sociosanitario en cuyo proceso implica al individuo/la comunidad.

Este período se inicia a partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986.

Según Monti este paradigma concibe al ser humano como un organismo vivo, holístico, mayor que la suma de las partes y se considera un sistema abierto.

A partir de 1986 comienza la verdadera investigación en enfermería en España, aunque aún se carezca de sistemas teóricos sólidos. De esos años data la utilización del concepto de paradigma, aunque no será hasta los 80 cuando aparezcan los verdaderos paradigmas, los modelos. Paradigmas de conocimiento hubo siempre, se suceden y se necesitan siempre (Dias & Gama, 2014). Otra cosa es que hasta los 80 en España no se utilizara una metodología científica en enfermería y una práctica basada en la evidencia.

Pero va a tener gran importancia un denominado cuarto paradigma, el ecológico.

El Paradigma ecológico, considerado el cuarto paradigma, emergente, busca producir cambios para una revolución científica. Su fundamento es la visión renovada de la relación del hombre con la sociedad y el medio y su argumentación tiene parte de los paradigmas interpretativo y sociocrítico. Del primero porque también se centra en las prácticas, los sujetos, el medio y las interacciones entre ellos y le da gran importancia a la flexibilidad. Y está dentro del interpretativo porque cuestiona que el comportamiento de los sujetos esté gobernado por leyes generales, centrándose en lo único de cada situación para estudiarla y luego generalizar.

El conocimiento no es una verdad absoluta sino construida de la realidad cotidiana.

Es preciso recordar que para producir ciencia y poder consumirla más tarde es fundamental el conocimiento de una visión global del momento y esa visión la aportan los paradigmas, el ecológico no puede implementarse en la ciencia de otro modo.

“El estudio de los paradigmas... Es lo que prepara principalmente al estudiante para entrar a formar parte como miembro de la comunidad científica particular con la que trabajará más tarde”, citando a Kuhn (Sequeiros, 2012).

Para la enfermera Delia Oberto Betancourt, entre los paradigmas que han marcado la pauta en los modelos de enfermería destaca el ecológico.

“De manera que el paradigma significa o se traduce en un trabajo que surge de la percepción y posterior constatación de fenómenos o hechos en el mundo natural y social, los cuales deben ser abordados, explicados y solucionados a través de una actividad racional que se conoce hoy con el nombre de ciencia”.

“El paradigma ecológico es la primera referencia en la construcción teórica de la Enfermería, pasando más de un siglo para que se presentaran otras teorizaciones” (Oberto, 2010)

Dentro de este paradigma, que podríamos comparar con el hermenéutico de Siles (1977), se define la labor de la enfermera como un agente que propicia la comunicación de manera comprensiva e interactiva con la persona a la que cuida. El concepto de salud se elabora entre la enfermera y el paciente; así la enfermera construye su conocimiento a través de la sociología interaccionista, es decir, interpreta, estudia los fenómenos que ocurren en el eje del cuidado a través de técnicas etnográficas donde se obtengan significados y/o acciones concretas.

“El papel de la enfermera no se reduce a la mera aplicación de procedimientos, sino que toma en consideración la situación del paciente, el cual le transmite sus percepciones, inquietudes y expectativas” (Siles 1999).

Esther Massó Guijarro, de la Universidad de Granada, citando a Morín (1995) refiere que el método de la complejidad es generado por Morín en aras de lograr la reforma del pensamiento que, juzga él, necesitamos hoy a fin de corregir los enfoques y visiones reduccionistas y simplificadores; el paradigma complejo que debe distinguir y relacionar a la vez. Hay tres teorías fundamentales en las que se apoya Morín para desarrollar este método: la teoría de la información, la teoría cibernética y la teoría de sistemas, cada una aportando diferentes herramientas heurísticas. Finalmente, Morín hablará de tres principios fundamentales para su propio “sistema”: el principio dialógico (“pone en relación dos términos o nociones antagónicas que a la vez se repelen y son indisociables para comprender una misma realidad”), el principio de recursión (“supone un bucle generador en el cual el producto/efecto se convierte en productor/causa de lo que lo produce”) y el principio hologramático (“resalta la característica paradójica de algunos sistemas donde no solo está la

parte en el todo, sino que está el todo en la parte”, ésta apela directamente a la idea del holismo, como se verá. La antropología, pues, es decir, la concepción. Por otro lado, no puede comprenderse el principio rector del paradigma de la complejidad sin la noción de holismo, que viene a ser casi su médula espinal conceptual. Lo que nos hace falta comprender no es la cultura excluyendo la naturaleza, no es el espíritu excluyendo el cerebro; por el contrario, no podemos comprender nuestra naturaleza si excluimos nuestra cultura, nuestro cerebro si excluimos nuestro espíritu; nos hace falta concebir la “unidualidad” compleja de nuestro ser natural-cultural, de nuestro cerebro-espíritu, nuestra realidad a la vez natural y meta-natural (Massó, 2009).

Precursora de este enfoque filosófico antes que holístico de la salud citamos a Florence Nightingale, continúa Massó Guijarro:

“Florence Nightingale, la madre de la enfermería moderna, afirmaba ya en 1856 reflexiones tan ciertamente revolucionarias como la siguiente: Se tiene la tendencia a creer que la medicina cura. No es cierto; la medicina es la cirugía de las funciones, igual que la verdadera cirugía es la cirugía de los órganos y de los miembros; ni la medicina ni la cirugía pueden hacer otra cosa que quitar los obstáculos; ni la una ni la otra curan, solo la naturaleza puede curar [...]. Lo que hacen los cuidados de enfermería en los dos casos es poner al enfermo en las mejores condiciones para que la naturaleza haga en él su obra. Y según la definición contemporánea de la enfermería, ésta se ocupa de la promoción, conservación y restablecimiento de la salud con atención especial a los factores biológico y psicosocial, y con absoluto respeto a las necesidades y derechos de la persona atendida”.

En el contexto enfermero que nos ocupa en el momento actual, podríamos partir de un enfoque antropológico de análisis sobre estos paradigmas que nos han venido definiendo a través de los años. Podríamos partir del paradigma de transformación (1975 hasta la actualidad de Kerouac) para comenzar la vuelta a la naturaleza y a los principios y postulados de Nightingale.

Las diferentes corrientes de pensamiento de la disciplina enfermera nos escriben escuelas con modelos conceptuales en los cuales las terapias naturales pueden integrarse, ya que poseen en común una visión de cuidados con valores humanistas.

“El respeto, la comprensión, la empatía, la autenticidad, la congruencia, la aceptación incondicional del otro, la solidaridad, el pensamientos positivo, son algunos de los valores que han de inspirar y guiar a la enfermera en el desarrollo de su actividad profesional” (González & Quindós, 2010), citan a Kerouac S. Pepín J.

El fenómeno se describe como único, complejo y global, siendo la enfermera partícipe junto a la persona a quienes se prestan los cuidados (Siles, 1977), del que partiríamos para comenzar con el “cambio” que sostiene como eje la integración en el ser humano de mente, cuerpo y espíritu. Ambos postulados nos contextualizarían en un punto actual de nuestra historia como el renacer de la era ecológica. Según Monti, este paradigma concibe al ser humano como un organismo vivo, holístico, mayor que la suma de las partes y se considera un sistema abierto.

Por otra parte, también hemos de analizar la propia “ciencia” a la hora de contextualizar los cuidados naturales. La ciencia hace uso del método científico de forma materialista, reduccionista y mecanicista. La mayoría de los científicos no cree en preguntas sin respuesta pero sí en preguntas formuladas de forma errónea. La revista Science publicó un número especial de aniversario que incluía 125 preguntas para las que los científicos no tienen aún respuesta. ¿De qué está hecho el universo? y ¿cuál es la base biológica de la conciencia? Eran dos de las cuestiones (Science, 2005).

El filósofo de la ciencia norteamericano Thomas Kuhn afirma que:

“La mayor parte de los científicos todavía tratan de conciliar la teoría con los hechos en el campo del paradigma materialista, aceptando de forma rutinaria lo que se describe en esencia como una serie de artículos de fe compartidos por los propios científicos” (en Van Lommel, 2012).

Todos los resultados de investigaciones realizadas al margen de los parámetros establecidos por la ciencia de las prácticas que se realizan sin estar regladas son según Keruac siguiendo a Kuhn (Kérouac, Jacinthe, Ducharme, Duquette & Major, 1995) los resultados de las investigaciones que no se ajustan a los parámetros establecidos por la ciencia y son rechazados por el mundo científico por, entre otras razones, mantener el statu quo vigente, en este caso el referido a la forma de ejercer las ciencias de la salud.

Como refiere Kuhn, la transición hacia una ciencia extraordinaria supone un movimiento entre paradigmas inconmensurables y éste.

“No puede llevarse a cabo paso a paso, forzada por la lógica y la experiencia neutral. Como el cambio de forma... debe tener lugar de una sola vez (aunque no sea necesariamente en un instante) o no ocurrir en absoluto” (Irigibel, 2010).

Inicialmente, en el despertar de la enfermería como tal hay quienes hablan de la época de los neandertales para centrar el origen de los cuidados enfermeros que propiciaban las madres observadoras y cuidadoras de la prole, donde esos cuidados practicados de manera intuitiva y empírica eran simplemente las terapias de elección, la “práctica clínica habitual”: observación, naturaleza e imitación. De hecho, Siles los vertebró históricamente desde las culturas arcaicas.

“El cuidado es un concepto cuyo gran potencial epistemológico puede contribuir al proceso de vertebración de la disciplina enfermera” (Siles & Solano, 2007).

Posteriormente, como consecuencia de los propios avances sociales y tecnológicos, cayeron en desuso como tal, adaptándose poco a poco a una metodología creciente y más tarde, ante la demanda social, están siendo reclamadas de nuevo gracias al renacer del cuidado basado en el respeto por las tradiciones de los pueblos en materia de salud. Las terapias alternativas, o como nos gusta denominarlas, cuidados naturales en enfermería, son una forma de hacer profesión arrastrada naturalmente desde el comienzo de los tiempos, desde la primera madre sobre la tierra, en los distintos pueblos, cuando los únicos elementos de que disponía el ser humano eran los del propio medio.

Hoy renacemos con fondo, forma y método a estos cuidados pero con el sentido que se ha dado a la tradición. Las medicinas *no convencionales*, como han sido denominadas en el estudio realizado por el Parlamento Europeo, siendo ponente Paul Lannoye (Parlamento Europeo, 1996), engloban un conjunto de técnicas y terapias que unas veces son complementarias al enfoque clínico-terapéutico alopático habitual, y por tanto de una parte importante de nuestros cuidados básicos de enfermería, y que en otras ocasiones suponen un enfoque alternativo a la práctica al uso. Se adjunta como **ANEXO 2** las formulaciones al informe Lannoye por la comisión creada a tal fin, así como las cartas enviadas y aceptadas por los ponentes del Parlamento Europeo, que las llevaron a cabo, Paul Lannoye (Verdes) y Laura González Álvarez (IU).

Lógicamente no podemos ni queremos obviar los avances científicos que se fueron sucediendo y que dieron paso a otras formas de terapia, relegando aquellas derivadas de la mera observación natural a un segundo plano. Para situarnos en el tiempo, insistiremos en que la enfermería realiza sus cuidados desde la aparición de la vida sobre el planeta, con el primer parto y la primera madre. Ambas han de convivir.

Cabe decir que la historia de la medicina natural comienza con el primer hombre sobre la tierra, a caballo entre el vegetarianismo y el canibalismo, dualismo compensador que los chinos de hace 4.000 años justificaban como las dos caras de una misma moneda.

Hoy volvemos la vista atrás movidos por las demandas de una sociedad que evoluciona imparablemente hacia la “era ecologista” concebida bajo estos paradigmas y que con mayor educación para la salud, en parte por nuestro trabajo enfermero, demanda un estilo de vida que conlleve otras formas de curación. Estas formas, sin desestimar la actuación del profesional y de los fármacos más eficaces, suponen una cultura de la salud que lleva consigo la implicación activa del individuo en el proceso de curación.

El tránsito entre los siglos XVI al XVII como del periodo cumbre del nacimiento de la enfermería en el cuidado de la salud fue sin duda un momento clave de la historia, en el que los recursos naturales verían la luz en la prestación de cuidados al ser humano. Dos siglos largos después, en 1858, cuando Florence Nightingale demostró la importancia de la utilización de los recursos naturales, como el agua, la luz o el aire, en la curación del individuo enfermo, y de la necesidad de una dieta adecuada. Nightingale, creadora del primer modelo conceptual de enfermería como hemos comentado, fue también pionera en utilizar como concepto el control del gasto energético. **Nace así el concepto de energía como precursor de una terminología con la que hemos venido trabajando hasta la actualidad.** Hoy forma parte de nuestros diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería.

3.2. MODELOS ENFERMEROS. ENFERMERAS PRECURSORAS DE CUIDADOS NATURALES

Los modelos de enfermería suponen una referencia para el ejercicio de la profesión, a la hora de “hacer”, tanto por el modelo que representa en sí mismo como por la manera de poner en práctica las técnicas y habilidades propias de la

profesión enfermera en el contexto de la prestación de cuidados. Influenciados por el contexto socioeconómico, político y filosófico del momento histórico que nos ha tocado vivir, aún seguimos directamente influidos por el modelo biomédico, aunque otro modelo u otra forma de “hacer” esté llamando a la puerta desde hace al menos dos décadas.

Parte importante del desarrollo asistencial de la enfermería desde su comienzo ha sido, como declara Florence Nightingale, la prioridad de crear un ambiente curativo, así como la importancia de terapias tales como la música en el proceso de sanación (Yáñez, 2011). En esta tesis quisiéramos destacar a algunas de esas mujeres pioneras, citando a algunas de las más representativas:

- **Florence Nightingale:** Como hemos comentado, fue la primera teórica de la enfermería en cuidar, de forma natural. *“Solo la naturaleza cura, y lo que ha de hacer la enfermera es poner a la persona en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe”* (López, 2008), de esta manera se puede controlar el gasto energético referido en la autorecuperación y la utilización de los citados recursos naturales. Ventilación, luz, calor, ruido...
- **Betty Neuman:** Enfermera y psicóloga, unió estas dos profesiones resaltando la importancia que tiene la *“reducción de la tensión”*. En su opinión, el medio ambiente interactuaba con la persona como un sistema abierto, debiendo de estar éste en armonía y equilibrio con la persona. No difiere de los postulados de Bertalanffy sobre sistema medio-huésped cuando se refería a que es preciso tener en cuenta al invasor pero sin olvidarnos del terreno, entendido este como la capacidad de autodefensa del propio organismo (Espinoza, Valverde & Vindas, 2011).

La intervención de la enfermería, según Neuman, debe de ir encaminada a reducir esa tensión, actuando sobre los factores estresantes sobre el paciente.

- **Martha Rogers:** Quien concibe al ser humano unitario, conceptuado homeodinámicamente, e identificado por tres principios: helicidad, resonancia e integración. Interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales y medio ambiente, todo equilibrio materia-energía.

“El concepto holista y homeodinámico de la persona propuesto por M. Rogers implica una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, identi-

ficando cuatro principios básicos para el proceso asistencial; estos principios son: reciprocidad, sincronía, evolución y resonancia" (Sales, 1991).

"Todo lo que ocurre en los campos interferentes de energía interactúa y repercute en los otros" (Burrell, 2008).

- Sería **Dolores Krieger**, discípula avanzada de la anterior, quien difundiría esta práctica holística en el contexto enfermero a través del tacto terapéutico, basado en el método en que la fuerza vibratoria que motoriza al cuerpo se encuentra en equilibrio y libre de obstrucciones cuando se ha regularizado y goza de buena salud.

El tacto terapéutico permite al profesional de enfermería detectar las alteraciones del campo perturbado del paciente y corregirlas con la acción de sus manos, logrando así reorganizar la energía general del cuerpo tratado.

- **Rosette Poletti**: Enfermera de cuidados generales y psiquiatría, influyó en la cultura del cuidador mediante la visualización positiva y la técnica de relajación.
- **Marie-Françoise Collière**: Defiende que la enfermera debe *"Proporcionar cuidados utilizando las manos, su propio cuerpo, las plantas, los aceites, los masajes"*. *"Las manos de la enfermera han sido siempre uno de los principales instrumentos del cuidado"* (Marriner & Raile, 2006).
- **Madeleine Leininger**: Rechaza la tendencia del personal sanitario a imponer sus creencias y valores a las personas de otras culturas, con la convicción de que son superiores, ejerciendo el etnocentrismo.

Entiende que la cultura está presente en las costumbres y creencias de salud, que determinan el uso de los recursos naturales, ya que en ellos persiste la cultura de la Medicina Tradicional derivada de sus valores y la forma de vida del entorno social al que pertenecen, que les permite tener su propia cosmovisión. Leininger, con su modelo de enfermería transcultural, nos sugiere que se deben considerar las diferentes culturas respecto a las convicciones de la salud y la enfermedad, que permita una práctica de la atención sanitaria específica, ya que los patrones y estilos de vida tienen influencia en las decisiones de las personas, además considera de gran importancia los puntos de vista étnicos, la esencia interna del ser, y sugiere que al combinar estos con el

conocimiento profesional se podrán adoptar acciones y decisiones coherentes a la cosmovisión (Piñones, Siles & Lagarriga, 2009).

- **Margarita Newman:** Defiende “*El concepto holístico de la salud como expansión de la conciencia*”.
- **Jean Watson:** Teoría del Caring “*Un grado superior de armonía entre mente, cuerpo y el alma, que dé lugar a procesos de autoconocimiento, autocuración*”. Se basa en concepciones filosóficas existenciales y fenomenológicas, pero también da cuenta de una influencia espiritual y ecológica, recogidas de la filosofía oriental hinduista. Watson intenta, a lo largo de su trabajo, fundamentar el cuidado como una forma de habitar en el mundo, en un mundo que no nos es ajeno, mundo al que hemos venido para desarrollar un proyecto, que nos permitirá trascender y cuya expresión más primitiva es el cuidado genuino, un mundo con los otros donde somos invocados e interpelados, desde la desnudez propia de la vulnerabilidad humana, aspecto que aporta y da contenido ético a nuestro proyecto de corte existencialista (Urra, Jana & García, 2011).
- No podemos olvidarnos de otras enfermeras que han contribuido con el espíritu de estos principios en la práctica como **Eunice Inghan**, que trabajó con las zonas reflejas (experiencias de la que nació la reflexología podal).

Las investigadoras Elisabeth González y Ana Isabel Quindós citan en su trabajo *La incorporación de terapias naturales en los servicios de salud* (2010) a las enfermeras que consideran precursoras de cuidados naturales: en Florence Nightingale, Marie Françoise Collière, Dolores Krieger, Rosette Poletti, Barbara Dobbs, Eunice Ingham, Hanne Marquardt y Doreen Bayly.

3.3. LA EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS NATURALES EN ENFERMERÍA A NIVEL NACIONAL Y AUTONÓMICO

Los cuidados naturales en enfermería han evolucionado en España gracias a los cursos de formación que cada profesional ha realizado de forma independiente y voluntaria conforme a las necesidades detectadas en el ejercicio de su labor enfermera, siendo la oferta muy diversa, desde congresos a cursos impartidos por profesionales no sanitarios (denominados parasanitarios), o los organi-

zados por las universidades a través de formación continuada o los impartidos por instituciones de ámbito internacional. La falta de regulación y, por tanto, de formación reglada ha llevado también a los profesionales a buscar respuesta a esas necesidades en las fuentes populares del saber, no menos importantes pero consideradas para la ciencia ad hoc de insuficiente evidencia, diferencias con otros países de la UE como Suiza, donde se ha aprobado en referéndum la incorporación de estas disciplinas, entre las que se incluyen la fitoterapia, y por tanto obliga al Estado a incluirlo en su oferta asistencial en el ejercicio público de la salud.

La demanda de los profesionales ha llegado a los colegios profesionales, que han considerado la necesidad de adaptar a la normativa del ejercicio de la medicina y la enfermería las disciplinas relativas a los cuidados naturales, básicamente por la seguridad del paciente y para que estas prácticas, como cualesquiera otras, estén cubiertas por la póliza de seguro de responsabilidad civil. Así, médicos y enfermeros crean sus secciones colegiales en buena parte del territorio nacional.

Los médicos ponen en marcha secciones colegiales de acupuntura, naturismo y fitoterapia y los enfermeros, instados por el Consejo General de Enfermería de España, se organizaron por disciplinas dentro de secciones en sus colegios profesionales en 1997. Asentada esta base, los colegios provinciales y regionales de enfermería de España empiezan a incluir los contenidos relativos a los denominados cuidados naturales en el NIPE (Normalización de Intervenciones para la Práctica de Enfermería) y a divulgarlos de manera organizada a través de congresos nacionales, que han celebrado ya siete ediciones: Congreso Nacional de Enfermería en Terapias Alternativas y Complementarias (Colegio de Enfermería de Asturias 1996, Consejo General de Enfermería de España 1997, C. E. Barcelona, C. E. Guipúzcoa, C. E. Sevilla, C. E. Teruel), que ha ido evolucionando en denominación hacia Cuidados Naturales (CECOVA, Alicante 2012).

La formación reglada de los Diplomados Universitarios de Enfermería (DUE) en España, con nivel de grado desde la implantación del Plan Bolonia, se realiza en 40 escuelas universitarias de enfermería, en las que en su mayoría se imparten asignaturas optativas con contenidos relativos a los cuidados naturales, como expusimos con anterioridad. El dato procede de un estudio, realizado

por este autor y algunos colaboradores, con el objetivo de conocer la realidad de la formación reglada de los cuidados naturales en las escuelas universitarias de enfermería, además de su incorporación en los servicios de Salud (Céspedes, 2009).

Posteriormente, según se desprende de un estudio coordinado por los enfermeros Tomás Fernández Fortún y Ana Belén Fernández Cervilla, inédito y no publicado, referente a las facultades de enfermería y escuelas universitarias que imparten formación en la carrera y grado en el año 2013, y actualizando el citado trabajo anterior del autor, ya instaurado el grado, enumeran las siguientes universidades impartidoras de Cuidados Naturales, aún en fase de completarse y que se citará en cuadros con posterioridad.

Del mismo modo, y en plena fase de desarrollo en el momento actual, el enfermero y compañero Tomás Fernández Fortún coordinando el grupo de Cuidados Naturales, y naciente asociación profesional, EECH (Enfermería Española en Cuidados Holísticos), ha recopilado información actualizada de la realidad asistencial en medicinas no convencionales en centros de salud y hospitales, que ha cedido para poder completar este trabajo de investigación.

Tabla 1. Asignaturas impartidas en Terapias Naturales en Grado en Enfermería. Universidades Españolas, 2014

UNIVERSIDAD	POBLACIÓN	CONTENIDOS DE MATERIA IMPARTIDA
UNIVERSIDAD DE ALICANTE, Facultad de Enfermería	ALICANTE	Asignatura de Terapias Naturales OPTATIVA
UNIVERSIDAD ISLAS BALEARES	BALEARES	Técnicas de Relajación en Psiquiatría y S.M. OPTATIVA
UNIVERSIDAD RAMÓN LLUL	BARCELONA	Asignatura Curas Paliativas, 4º curso (Talleres de la Muerte y Espiritualidad). OPTATIVA

UNIVERSIDAD	POBLACIÓN	CONTENIDOS DE MATERIA IMPARTIDA
STA PAU, UAB	BARCELONA	Se llevan a cabo actividades formativas en temas de cuidados naturales desde hace 10 años tanto en el grado como en los másteres. Asignatura Cuidados Enfermeros al Adulto de 2º curso, Técnicas de Relajación OPTATIVA
UNIVERSIDAD DE VIC	BARCELONA	Actividades relacionadas con la Enfermería en Cuidados Naturales OPTATIVA
GIMBERNAT	BARCELONA	Actividades relacionadas con la Enfermería en Cuidados Naturales OPTATIVA
UNIVERSIDAD DE BARCELONA	BARCELONA	Actividades relacionadas con la Enfermería en Cuidados Naturales OPTATIVA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA, Escuela Universitaria de Vall D'Ebrón	BARCELONA	Actividades relacionadas con la Enfermería en Cuidados Naturales OPTATIVA
TECNOCAMPUS DE MATARÓ	BARCELONA	Asignatura de terapias aplicadas, obligatoria en el tercer trimestre del segundo curso. Con 4 ECTS OPTATIVA

UNIVERSIDAD	POBLACIÓN	CONTENIDOS DE MATERIA IMPARTIDA
ESCUELA DEL MAR	BARCELONA	Asignatura de terapias aplicadas, obligatoria en el tercer trimestre del segundo curso. Con 6 ECTS OPTATIVA
UNIVERSIDAD DE CÁDIZ, Facultad de Enfermería y Fisioterapia, tanto en Cádiz como en la Delegación de Jerez de la Frontera	CÁDIZ	Asignatura de Terapias Naturales OPTATIVA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA Escuela Universitaria de Valdecillas	CANTABRIA	Asignatura de Terapias Naturales OPTATIVA
LAS PALMAS de GC	GRAN CANARIA, LANZAROTE Y FUERTEVENTURA	Asignatura de Terapias Complementarias y Enfermería OPTATIVA
Centro de Enfermería Virgen de las Nieves de la UNIVERSIDAD DE GRANADA	GRANADA	Asignatura de Terapias Naturales OPTATIVA
UNIVERSIDAD DE HUELVA, Facultad de Enfermería	HUELVA	Asignatura de Terapias Naturales OPTATIVA
UNIVERSIDAD DE JAÉN, Facultad de Ciencias de la Salud	JAÉN	Asignatura de Terapias Naturales OBLIGATORIA
UNIVERSIDAD DE MURCIA	MURCIA	Técnicas de Relajación en 2 Asignaturas

UNIVERSIDAD	POBLACIÓN	CONTENIDOS DE MATERIA IMPARTIDA
UCAM (Universidad Católica de Murcia) Facultad de Enfermería	MURCIA	Optativa denominada "Terapias Complementarias". Dentro de ella se "analiza" la Fitoterapia OPTATIVA
UNIVERSIDAD PAÍS VASCO	SAN SEBASTIÁN	Práctica Enfermera en Terapias No Convencionales OPTATIVA
UNIVERSIDAD DE SEVILLA, Centro de Estudios Universitarios Francisco Maldonado	SEVILLA	Asignatura de Terapias Naturales OPTATIVA
FACULTAD VIRGEN DEL ROCÍO	SEVILLA	Terapias Alternativas Asig. Psicosociales: T. Relajación, T. Psicocorporales, Meditación y Autocuidados OPTATIVA
UNIVERSIDAD DE SEVILLA, Centro de Enfermería San Juan de Dios	SEVILLA	Asignatura de Terapias Naturales OPTATIVA
UNIVERSIDAD DE SEVILLA, Facultad de Fisioterapia y Podología	SEVILLA	Asignatura de Terapias Naturales OBLIGATORIA
UNIVERSIDAD ROVIRA I VIRGILI DE TARRAGONA	TARRAGONA	Asignatura de Terapias Naturales. OPTATIVA
UNIVERSIDAD SAGRADO CORAZÓN	VALENCIA	Asignatura Farmacia: (Módulo de Terapias Alternativas), Enfermería de Salud Infantil (Talleres de Masaje, Relajación, Cólico Lactante) OPTATIVA

Tabla de elaboración propia a partir de datos cedidos por Fernández Fortún y Fernández Cer-
villa (2012)

Tabla 2. Asignaturas impartidas en Terapias Naturales en Postgrado en Enfermería. Universidades Españolas, 2015

ESTUDIOS DE POSTGRADO	FORMACIÓN EN ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE ALMERÍA	Especialista en Micronutrición y Dietoterapia. Tanto presencial como On-Line. 12,5 Créditos de Libre Configuración
BARCELONA	UNIV. AUTÓNOMA+Colegio de Enfermería y Médico Máster en Medicina Naturista y Enfermería Naturista
BARCELONA	Universitat Oberta de Catalunya. Postgrado en diseño para la sostenibilidad. (Sostenibilidad Social, Ecológica, Espiritual y Cultural)
UNIVERSIDAD DE BARCELONA	(UAB) Máster en Fitoterapia (On Line) 60 ECTS
BARCELONA UNIVERSIDAD. RAMÓN LLUL	Experto Universitario en Coaching. Experto Universitario en el Tratamiento Nutricional de Patologías del Aparato Digestivo superior, 18 ECTS. EJ Fisiología e Inmunidad.
BARCELONA, VIC	No tenemos ningún Postgrado específico en Cuidados Naturales, aunque SÍ se ofrece algún curso, Taller o Jornada de Formación Continuada relacionado
BARCELONA, STA. PAU	Máster de Enfermería Oncológica, se incluyen contenidos sobre Alimentación, Musicoterapia, Técnicas de Relajación, Masajes Bioenergéticos y Programación Neuro Lingüística. Máster de Atención de Enfermería al Niño y Adolescente, se incluyen contenidos sobre alimentación, Tacto Terapéutico, Masaje general, Hidroterapia, Terapia Floral de Bach y Reflexoterapia
UNIVERSIDAD DE BARCELONA	Experto Universitario en Terapias Naturales para Enfermería (On Line) 20 ECTS

ESTUDIOS DE POSTGRADO	FORMACIÓN EN ENFERMERÍA
BARCELONA UNIV. SANT JOAN DE DEU	Máster en MTC
ISEP-UNIVERSIDAD VIC	Máster en Musicoterapia Presencial o a Distancia
CASTELLÓN	Diploma en Técnicas de Medicina Naturista, Acupuntura y Homeopatía en Enfermería
UNIVERSIDAD DE CÁDIZ	Experto Universitario en Terapias Naturales (On Line) 260 Hs
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA	Desde Extensión Universitaria se han organizado cursos de Terapias Alternativas y de Mindfulness
UNIVERSIDAD EUROPEA MIGUEL de CERVANTES+UNIVERSIDAD LEÓN	Máster en Medicina Biológica-Naturista. 900 hs. Curso de Especialización en Fitoterapia, Aromaterapia y Nutrición (On Line) 350 hs.
UNIVERSIDAD DE LLEIDA	Expert universitari en Teràpies Naturals. Previsió de la malaltia, millora de la salut i del benestar personal. 2ª edició (UdL) 2014/15. 32 ECTS, Profesora Sara Solans Benavent
MADRID, ALCALÁ DE HENARES	Facultad de Medicina. Curso de Especialización en Musicoterapia. (Semipresencial) Cod 74806, 7 meses. Experto en Ozonoterapia. 25 Créditos. Máster en Terapias Naturales (On Line) 40 ECTS
UNIVERSIDAD PANAMERICANA	(On Line) Diploma de Postgrado en Terapias Naturales. 20 ECTS
TARRAGONA, ROVIRA I VIRGILI	Diploma de Especialización en Reflexología Podal. 30 ECTS. Profesora Neus Esmel Esmel
UNIVERSIDAD DE VALENCIA+ Fundación Universidad-Empresa Adeit	Postgrado Diploma en Terapias Asistidas con Animales. 12 ECTS

ESTUDIOS DE POSTGRADO	FORMACIÓN EN ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD UDIMA	Univ. Madrid a Distancia. (Esc. Intern de Ciencias de la Salud) Postgrado en Terapias Alternativas y Complementarios. 20 ECTS (500 Hs). Tb Curso Formación Continuada en Cuidados Complementarios en Enfermería Holística
UNIVERSIDAD DE VALENCIA	Profesor Silamán. Mainfullnes
UNIV. SANTIAGO de COMPOSTELA	Máster de Medicina Natural. Curso de Especialización en Psiconeuroinmuniología Clínica
UNED	Máster en Terapéutica Homeopática y Plantas Medicinales para Profesionales de la Salud. 60 ECTS
ZARAGOZA, UNIZAR	Postgrado en Medicina Naturista, Máster en Acupuntura y Moxibustión, Máster en Mindfulness, Máster en Homeopatía. Máster en Ciencias de la Salud (1 Bloque)

ALGUNOS HOSPITALES DE SANIDAD PÚBLICA CON CUIDADOS NATURALES

Tabla 3. Algunos hospitales de sanidad pública con cuidados naturales, 2015

REGIÓN	DESARROLLO DE ACTIVIDADES
ALICANTE	
Hospital de Elche	T. Floral ambiental en Servicio de Urgencias. Eugenio Alfaro
Hospital de Elda	Terapia Floral en Medicina Interna. M ^a Formación al Personal en Cromoterapia, Reiki, Reflexología, Auriculoterapia y Terapia Floral. Jesús Blázquez
Hospital de La Plana	Paritorio Naturista, Piscina, Homeopatía, Acupuntura, Moxibustión
Gandía y Orihuela	Homeopatía para dilatación y borrado del útero. Matronas

REGIÓN	DESARROLLO DE ACTIVIDADES
ALMERÍA	
Hospital de Huer-cal-Overa	Parto s/Consejos O.M.S. (No tumbadas, No Oxitocina, No romper bolsa, No episiotomía, como rutina)
ASTURIAS	
Hospital de Jarrio	Parto Desmedicalizado
Hospital Carmen y Severo Ochoa, Cangas de Narcea	Parto Desmedicalizado
BARCELONA	
Clínica Corachan	Yoga y respiración en la Salud Maternal e Infantil. Carmen Albareda y Gloria Borrás
Hospital Clínic	Parto Natural. Dr. Fernández Sola. Parto s/Consejos O.M.S. (No tumbadas, No Oxitocina, No romper Bolsa, No episio-tomía, como rutina). Reiki
Hospital de Mataró	Servicio de Urgencias. Acupuntura en Lumbalgias y Fibro-mialgias. Dr. Mateu Serra. Remedio de Rescate de Flores de Bach
Hospital del Mar	Homeopatía en parto y postparto. Laura García y Montse Sacristán
Hospital Universitario de Terrassa	Cirugía Oncológica por Ultrasonidos de Alta Energía. Dr. Joan Vidal-Juvé
Hospital Valle de Ebrón	Reiki
CÁDIZ	
Hospital Universitario Puerto Real	Apiterapia. Uso de miel en úlceras. DUE, Manuel Castañeda Romero
Hospital Jerez de la Frontera	Reiki
CASTELLÓN	
Hospital de La Plana	Parto en el agua, acupuntura y moxibustión en el parto, Hospital Amigo de los Niños
Hospital Los Montalvos. Unidad de Paliativos	Terapia Neural, Reflexología, Respiración, DUE, Gema Hernández

REGIÓN	DESARROLLO DE ACTIVIDADES
GIRONA	
Hospital Santa Caterina	Parto s/Consejos O.M.S. (no tumbadas, no oxitocina, no romper bolsa, no episiotomía, como rutina)
GRANADA	
Hospital Universitario Virgen de las Nieves	Desayuno y merienda ecológicos. Antonio Jesús Pérez de la Cruz. Reiki
Hospital Clínico Universitario San Cecilio	Unidad de dolor. Reiki
HUESCA	
Hospital de Barbastro. Hospital IHAN	Parto desmedicalizado. Método Canguro
Hospital Provincial de Huesca	Arcilla Verde en rehabilitación y terapia ocupacional. M ^a Martínez-Losa
Hospital S. Jorge Unidad de Dolor	Acupuntura y Meditación (Monjes del Templo Budista de Panillo). En cartera de Servicios de la Unidad
JAÉN	
Complejo Hospitalario de Jaén. Oncología	Técnicas de Relajación para Pacientes
Hospital de Alta Resolución de Alcaudete	Adiestramiento en Reiki para cuidadoras de grandes dependientes
Hospital Alto Guadalquivir. Andújar	Taller de Yoga para Niños y Familias. Aula de Formación del Hospital
MADRID	
Hospital Ramón y Cajal	Terapias alternativas en oncología. Arteterapia, Reiki...
Hospital Gregorio Marañón	Terapia y Deporte. Fundación R. Madrid. Baloncesto (Dra. Teresa Gonzalo)
Hospital Niño Jesús, Ramón y Cajal, Gregorio Marañón de Madrid	Risoterapia. Dr. Humor. Payasos sin Fronteras

REGIÓN	DESARROLLO DE ACTIVIDADES
Hospital Clínico de Madrid	Alimentación, nutrición, ejercicio físico, escritura y poesía. Dra. María Sainz
Hospital S. Rafael	Reforma de oncología Infantil s/criterios de Geobiología, Bioconstrucción y Salud
Hospital La Paz, U.C.I. Pediátrica	Shiatsu en los niños. Fin de Jornada con Método Feldenkrais. Rosa Calvo. Juegoterapia (www.juegoterapia.org). Santiago Moraleda/Arturo Valenzuela Reiki
Hosp. 12 de Octubre, Unidad de Neonatología	Método Canguro. Reiki. Araceli Fernández
Hospital Policlínico	Psiconeuroinmunología. Dr. Mario Alonso Puig
Hosp. Universitario Puerta de Hierro de Majalahonda	Reiki y tratamiento de Fibromialgia
Gregorio Marañón	Alergología con criterios naturistas. Dr. Roberto Pelta. Reiki
Hospital San José. Sede de SEMEFARTE (Sociedad Médico-Farmacéutica de Terapias Emergentes)	Alegroterapia/Risoterapia
San Sebastián de los Reyes, Hosp. Sta. Sofía	Fin de Jornada con Método Feldenkrais. Rosa Calvo
Hospital de Asepeyo Público-Concertado, San Fernando de Henares	Cromoterapia en Postoperatorio y Reanimación. DUE, M ^a Cruz Martínez Loredó. Ahora también Módulo Móvil para Plantas Hospital
Hospital de Guadarrama	Reiki
Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares	Reiki
Hospital Universitario Santa Cristina	Reiki

REGIÓN	DESARROLLO DE ACTIVIDADES
Hospital Universitario Princesa	Reiki
Hospital de Carabanchel	Reiki
Hospital Fundación Jiménez Díaz	Reiki
NAVARRA	
Hospital de Pamplona	Partos respetuosos según criterio de la OMS. Matrona, Laura Lecumberri
Fundación Educación, Salud y Sociedad Sist. Público Sanitario	Programa del paciente Experto "Tomando control de tu Salud". Dr. Manuel Serrano
SEVILLA	
Hospital Universitario de Valme	Humanización de los cuidados en Neonatología.(Método canguro, solo lactancia, Juntos 24 hs). Josefa Aguayo
Hospital Concertado Sierra de Este	Acupuntura en Hemodiálisis y fístulas
Hospital Virgen Macarena	Reiki
Hospital San Juan de Dios	Reiki
TARRAGONA	
Hosp. Juan XXIII	Hipnosis con terminales. Hospital Amigo de los Niños: Método Canguro. Dr. Salas, Comisión de Lactancia Materna. Dr. Adolfo Gómez Pi, Meditación e Inmunología. Dr. Tomás Álvaro, Patólogo y Psicólogo
VALLADOLID	
Hospital Dr. Javier Mata. Unidad del Dolor y Rehabilitación	Acupuntura

REGIÓN	DESARROLLO DE ACTIVIDADES
ZARAGOZA	
Hospital Miguel Servet	Dr. Capablo, Musicoterapia en Neurología. Voluntariado de Ayuda a la Muerte pacientes oncológicos. Formación en Reiki para el personal (Asociación Aragonesa de Reiki para todos) ya se usa en algunos servicios como en Neonatología. Constelaciones Familiares, Servicio de Oncología (Charo Cuenca de AEPS), Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Dra. Carmen Latorre. Recomendación de No usar Parabenes. EIR en Pediatría, Comunitaria y Tutores, con Formación en Terapias Alternativas, Unidad Docente Multidisciplinar (Amparo Forés).
Hospital Clínico	Terapia Floral en Neurocirugía, 6 meses (Carmen Martín). Formación en Reiki para el personal sanitario (Asociación Aragonesa de Reiki para todos). Neurología Dr. López de Val, estudios de Climatología/Biorritmos. Victoria Esteban, Matrona, Biodanza. Constelaciones Familiares, Servicio de Oncología (imparte Charo Cuenca de AEPS), Drenaje Linfático Manual por Fisioterapia a orden de Médico rehabilitador
Hospital Royo Villanova	Dr. Juan José Sebastián, especialista en digestivo. Utiliza también criterio naturista. Publicaciones sobre la materia
Hosp. Provincial	DUE, José Luis Lorente. Sofrología y Grafología
Hospital Militar de Zaragoza público-concertado	Consultas de homeopatía públicas gratuitas

Fuente: Tomás Fernández Fortún y miembros de la EECH (Enfermería Española en Cuidados Holísticos)

CENTROS DE SALUD DE LA SANIDAD PÚBLICA CON CUIDADOS NATURALES

Tabla 4. Centros de Salud de la sanidad pública con cuidados naturales, 2015

ASTURIAS	
Centro de Salud del Natahoyo, Gijón	Terapia del Reencuentro. Ardisano

CUENCA	
Centro de Salud Talayuelas	Anestesia Psíquica. DUE, Dori
HUESCA	
Centro de Salud Ayerbe	Terapia Floral y cromopuntura en consulta médica y de enfermería. Dr. José M ^a Calvo y DUE, Amparo López
Centro de Salud Barbastro	Consulta de Enfermería: Criterio Naturista. Pilar Lanao
Centro de Salud Benasque	Fitoterapia
JAÉN	
Centro de Salud de Alcaudete	Adiestramiento en Reiki para Cuidadoras de Grandes Dependientes
LUGO	
Centro de Salud Sierra Lucense	DUE, Xoan Arias Vázquez
Centro de Salud de Lugo	DUE, Isidoro
MÁLAGA	
Centro de Salud Ciudad Jardín	REIKI (Catalina Fernández, Loida Burgos)
Centro de Salud Pedro de Alcántara, Marbella	Acupuntura. Dr. Ignacio Pérez y DUE, Ana Rejano
MADRID	
Centro de Salud Las Calesas	Pediatría con Criterio Naturista. Dr. Ramón Aúz
Centro de Salud Pozuelo de Alarcón. San Juan de la Cruz	Pediatría con Criterios Naturistas. Dra. M ^a Ángeles Mochales
Centro de Salud Aranjuez	Pediatría con Flores de Bachy homeopatía
Centro de Salud de Cadencia de la Sierra	Dr. Juan Gervás
Centro de Salud San Juan de la Cruz, Pozuelo de Alarcón	Pediatría. Dra. M ^a Ángeles Mochales
Centro de Salud de Getafe	Terapia Craneosacral. DUE, Carmen Fibromialgia y SFC (Ana Solé)
Centro de Salud Monteforte	Terapia con Hoponopono
Centro de Salud Las Margaritas, Getafe	Terapia con Mándalas
Centro de Salud San Juan de la Cruz, Pozuelo de Alarcón	Pediatría. Dra. M ^a Ángeles Mochales

NAVARRA	
Centro de Salud Buñuel	Reiki, Enfermería
Centro de Salud Cascante	Criterio Natural, DUE, Almudena Marín
PONTEVEDRA	
Centro de Salud San Xenso	Flores de Bach y dirección hacia el parto
SEVILLA	
Centro de Salud de Sevilla	Acupuntura en la Cartera de Servicios, para el tratamiento del dolor articular
TARRAGONA	
Centro de Salud Buenavista	Estudio sobre Fibromialgia y Terapia Zonal Refleja
Centro de Salud Sant Joan	Ayurveda, yoga y respiración en la Salud Maternal e Infantil. Carmen Albareda y Gloria Borrás
Centro de Salud San Ildefonso	Consulta Médica y Enfermera Naturista. M ^a Mercedes Sánchez
TERUEL	
Centro de Salud Calamocha	Terapias Energéticas, Orientación Naturista. Dra. Liliane Mur de Frenne
VALENCIA	
Centro de Salud Nazareth	Consulta con Homeopatía Pediátrica
Centro de Salud Tabernas Blanques	Quemaduras y Úlceras por Decúbito con Quinton (agua marina)
Centro de Salud de Aldea	Homeopatía y Yoga. Matrona, Elisa
ZARAGOZA	
Centro de Salud Barrio Oliver	Consulta de Medicina Naturista. Dr. José Rafael Rodríguez
Centro de Salud Torre Ramona	Consulta médica naturista con cromoterapia, homeopatía, kinesiología Dr. Fernando Lorente
Centro de Salud Santa Isabel	Consulta con Criterio Naturista. Dr. Román
Centro de Salud Universitas	Criterio Naturista. Dr. Langarita
Centro de Salud Canal Imperial	Criterio Naturista. Dr. Campo

Centro de Salud Tauste	Enfermería de Pediatría con criterio Naturista. DUE, Paz Perdiguier
Centro de Salud Erla	Terapias Naturales, estudios de Fitoterapia. Dra. Ana Isabel Echevarría
Centro de Salud Luna	Medicina Tradicional China
Centro de Salud Actur Sur	Meditación Terapéutica. Menopausia Natural. DUE, Rosa González y DUE, Teresa Álvarez.
Centro de Salud Delicias Norte	Homeopatía. Orientación Naturista. Dra. Ochoa
Centro de Salud Delicias Sur	Criterio Naturista. DUE, Ina Jordan Macrobiótica. DUE, Maite Tirado. Técnicas de Relajación para Pacientes. Criterio Naturista. Matrona, Belén Val Lechuz Consultas de Homeopatía Públicas Gratuitas. Paseos Cardiosaludables
Centro de Salud	Criterio Naturista. DUE, Luis Miguel Alutiz. Talleres de Técnicas de Relajación para pacientes. Formación al Personal Sanitario. Sesiones Naturistas
Centro de Salud San Pablo	Criterio Naturista. DUE, Isabel Casorrán. Paseos Cardiosaludables
Centro de Salud Zuera	Criterio Naturista, DUE, José Luis Roy
Fuentes Norte	Criterio Naturista
Centro de Salud	Criterio Naturista. DUE, Carmen Martín, Pilar Romeo
Centro de Salud Fuentes de Ebro	Criterio Naturista. DUE Pediátrica, Eva Arnal
Centro de Salud Parque Roma	Criterio Naturista. DUE, Concha Andrés
Centro de Salud Goya II	Criterio Naturista. DUE Pediátrica, Diana y M ^a Angeles
Centro de Salud Azuara	Criterio Naturista. Dra. Pilar Solsona
Centro de Salud Casetas	Hipnosis Clínica. Dra. Nuria Val Jiménez

Fuente: Tomás Fernández Fortún y miembros de la EECH (Enfermería Española en Cuidados Holísticos)

HOSPITALES “AMIGOS DE LOS NIÑOS”

(Cumplen los 10 pasos para una feliz Infancia Materna S/ UNICEF y O.M.S. (I.H.A.N.). Tomás Fernández Fortún y miembros de la EECH (Enfermería Española en Cuidados Holísticos).

- **Alicante.** Hospital de la Marina Alta. Denia, Hospital General de Elche, Hosp. General de Elda. Hospital del Vinalopo, Hospital Virgen de los Lirios, Hospital de Torrevieja Manuel García Gea, Hospital Universitario Sant Joan.
- **Albacete.** Hosp Hellín.
- **Álava.** Hospital Vithas San José.
- **Asturias.** Hospital Cangas del Narcea, Hospital de Jarrio, Hospital Carmen y Severo Ochoa.
- **Barcelona.** Hospital Asil Granollers y Clínica Dexeus.
- **Cáceres.** Hospital San Pedro de Alcántara.
- **Cádiz.** Hospital Punta de Europa (Algeciras), Hospital SAS La Línea (Línea de la Concepción), Hospital de Jerez de la Frontera.
- **Canarias.** Hospital Vithas Santa Catalina (Las Palmas).
- **Castellón.** Hospital General, Hospital La Plana.
- **Islas Baleares.** Hospital Son Llàtzer, Hospital de Manacor.
- **Girona.** Hospital de Girona. Dr. Trueta.
- **Guadalajara.** Hospital Universitario.
- **Guipúzcoa.** Hospital de Zumárraga, Organización Sanitaria Integrada Alto Deba.
- **Granada.** Hospital Vithas Nuestra Señora de la Salud.
- **Madrid.** Hospital Universitario La Paz, Univ. de Móstoles, Hospital Universitario Infanta Leonor, Hospital Clínico San Carlos, Hospital Infanta Sofía, Hospital El Escorial, Hospital Sanitas La Moraleja, Hospital Rey Juan Carlos, Hospital HM Nuevo Belén, Fundación Jiménez Díaz, Hospital Sur IDC Salud, Hospital Alcalá de Henares (Coslada).
- **Málaga.** Hospital Serranía Ronda.
- **Murcia.** Hospital de Yecla.
- **Navarra.** Hospital Reina Sofía (Tudela).

- **Tarragona.** Hospital de Mora de Ebro, Hospital Joan XXIII.
- **Pontevedra.** Hospital de Salnés, Ntra. Sra. de Fatima (Vigo).
- **Sevilla.** Hospital La Merced, Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme.
- **Teruel.** Hospital Obispo Polanco, Hospital de Alcañiz.
- **Valencia.** Hospital Universitario Dr. Peset, Hospital Lluís Alcanyis, Hospital General Duntinyent, Hospital de Manises. (Fase 1D). Existen también CS (Consultar Listado).

ALGUNOS HOSPITALES CON DR. SONRISA (Fundación Theodora), DR. CLOWN, PAYASOS SIN FRONTERAS Y OTRAS. FUENTE: TOMÁS FERNÁNDEZ FORTÚN Y MIEMBROS DE EECH (ENFERMERÍA ESPAÑOLA EN CUIDADOS HOLÍSTICOS)

Mas de 30.000 niños en:

- **Madrid** (Saniclown, Theodora)
- **Toledo.**
- **Granada** (Tiritas).
- **Málaga.**
- **Santiago.**
- **Vigo.**
- **A Coruña.**
- **Zaragoza.**
- **Murcia** Hospital “Virgen de la Arrixaca” (Pupaclown).
- **Cataluña** (Saluticlowns, Xaropclown, Pallapupas).
- **Valencia** (Payasospital).
- **Mallorca** (La sonrisa médica).
- **Canarias** (Hazmerreír).
- **Burgos** (Terapiclowns).
- **Oviedo** (Clowntigo).
- **Palencia** (Cazasonrisas).
- **Guipúzkoa** (Algaraclown).
- **Elda, Alicante** (Dr. Clown, Elda).

OTROS CENTROS RELEVANTES CON FORMACIÓN EN CUIDADOS NATURALES: FUENTE: TOMÁS FERNÁNDEZ FORTÚN Y MIEMBROS DE EECH (ENFERMERÍA ESPAÑOLA EN CUIDADOS HOLÍSTICOS)

- Cátedra de Psiquiatría Universidad Autónoma de **Madrid**. Dr. Luis de Rivera. Meditación e Inmunología.
- Instituto **Valenciano** de Neurología Pediátrica. Delfinoterapia.
- Fundación Servicios Familiares de la Comunidad **Valenciana** (Belén Esteban). Actividades de Divulgación a la población en Terapias, entre otras cosas.
- **Huelva**. Col. Oficial de Diplomados en Enfermería. Consulta Naturista.
- **Universidad de Santiago de Compostela**. Departamento de Enfermería y Odontología. Investigación entre Musicoterapia e Inmunidad (ratones).
- Banco de Leche Materna de Aragón, en Banco de Sangre y Tejidos de **Zaragoza**.
- Colegios Públicos de Educación Especial “Rincón de Goya”, “Ángel Rivière” y “Alborada”. Equino y Caninoterapia. 300 Niños por Colaboración con el Gobierno de **Aragón**.
- Hogar Sociosanitario (HTE). Balsas de Ebro Viejo. IASS (DGA) Talleres de Masaje de Manos para Mayores. Enfermera: Beatriz Campo. **Aragón**.
- Fundación El Tranvía. Las Andarinas. Promover la salud a través de un hábito como es andar. **Zaragoza**.
- Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica. Delfinoterapia.

Al margen de la constancia del desarrollo asistencial en unidades públicas especializadas, el ejercicio libre deja sin duda el mayor valor añadido de profesionales universitarios en Ciencias de la Salud que investigan, gestionan y administran los recursos naturales. En esta evolución con evidencia se continúan los estudios científicos tales como el llevado a cabo por la Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona, que, bajo el título “La incorporación de terapias naturales en los servicios de salud”, desarrollaron Elisabeth González y Ana Isabel Quindós, que ha servido de referencia y marco para futuros estudios (González & Quindós, 2010).

Se han sucedido los cursos de formación dentro de la Escuela de Ciencias de la Salud, del Consejo General de Enfermería, con la edición hasta la actualidad del

título propio “Experto Universitario en Terapias Alternativas y complementarias: cuidados naturales en enfermería”, hasta este año 2015.

A la luz de las primeras promociones en los años 2000, se funda, por parte de los primeros Expertos, la Asociación Universitaria en Terapias Alternativas y Complementarias (AUTAC).

Igualmente ha existido impartición y docencia de otros másteres como el de Zaragoza, bajo la coordinación del Dr. Saz Peiró y del enfermero Tomás Fernández Fortún, y en Barcelona dirigido por Mercè Arqué (Enfermera y Profesora titular de la Escuela de Enfermería de Barcelona) y Pedro Ródenas (Médico Naturista y Presidente de la Sección Colegial de Médicos Naturistas del COMB) (Ródenas & Arqué, 2014).

El pleno del Consejo General de Enfermería de España crea en diciembre del 2001 la figura de Vocal Titular del Pleno en representación de los profesionales que practican las disciplinas encuadradas en los cuidados naturales, quedando incluido de esta forma con voz y voto su uso y desarrollo profesional en el máximo órgano de enfermería en nuestro país.

Paralelamente en diciembre del 2003 se constituye la Sociedad Española de Enfermería Holística y Naturista (SEEHNA), con carácter de sociedad científica adscrita a la Federación Española de Sociedades Científicas (FESCDE), con el fin de velar por el desarrollo científico y metodológico de sus miembros numerarios y por la participación profesional en los planes de desarrollo de los cuidados naturales en la práctica enfermera. Actualmente tiene el relevo de la EECH (Enfermería Española en Cuidados Holísticos). (Pueyo, Castillo & Céspedes, 2015).

No podemos olvidar cómo han evolucionado los estudios de cuidados naturales en el ámbito universitario con la puesta en marcha de cursos de postgrado y de títulos propios, que han permitido la formación de expertos universitarios y la creación de entidades como la Escuela de Ciencias de la Salud, la Escuela del Consejo General de Enfermería de España, adscrita a la UDIMA (Universidad a Distancia de Madrid), donde se incluyen la formación en estas disciplinas. De igual modo, entre otras, la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) y la Universidad de Barcelona (UB), con postgrado y máster en fitoterapia, respectivamente.

El Consejo General de Enfermería de España, a través del Colegio de Enfermería de Asturias, crea en abril de 1996 un grupo de trabajo para poner en manos

del ponente del Parlamento Europeo, para la regulación de las medicinas alternativas en la Unión Europea, Paul Lannoye, las enmiendas que debe de llevar el documento para que quede reflejada la práctica enfermera como tal.

El Ministerio de Sanidad y Consumo publica un documento en el año 2000, a través del Servicio de Planificación Sanitaria desde Ordenación Profesional, en el que por primera vez realiza una descripción general de las denominadas Medicinas Alternativas, a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), bajo la dirección de José María Martín Montero.

En el 2005 aparece el plan de estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.

El Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona crea en 2004, a través del grupo de Terapias Complementarias, la guía denominada "Los instrumentos complementarios en los cuidados enfermeros", que pretende servir de documento marco para la normalización de estas prácticas en el seno de la enfermería española.

Posteriormente, en 2009, la Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona, de Barcelona, publica un documento para la incorporación de terapias naturales en los servicios de salud.

La Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados aprobó, el 11 de diciembre de 2007, la proposición no de ley para "la creación de un grupo de trabajo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas para propiciar una reflexión conjunta que concluya con un informe, a efectos de una futura regulación de las terapias naturales en nuestro país". El citado grupo, señalaba el acuerdo, "facilitará la participación y tomará en consideración la opinión de los agentes del sector implicados".

Para trabajar en esta proposición no de ley se creó un grupo de trabajo, coordinado por la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección y compuesto por representantes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y de catorce comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Región de Murcia, País Vasco y La Rioja). El Ministerio de Sanidad está representado en ese grupo de trabajo a través de las subdirecciones generales de Ordenación Profesional y de la Cartera de Servicios y Nuevas Tecno-

logías, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III.

3.4. MARCO JURÍDICO

La falta de regulación de la situación general de los cuidados naturales en España durante décadas no ha sido solo cuestión o responsabilidad de una parte. No ha habido la suficiente fuerza ni determinación para incluirlos en el tejido sociosanitario ni por parte de los gobiernos ni de las universidades, ni tampoco de las sociedades científicas o de los colegios profesionales. Durante mucho tiempo solo han apostado fuerte por la implantación y desarrollo de estas disciplinas naturales grupos de profesionales del sector, graduados en Ciencias de la Salud y parasanitarios. Lo mismo ha ocurrido en toda Europa, se van haciendo cosas, pero siempre por parte de los grupos de acción implicados profesionalmente. Ahora es el tiempo de justificar la evidencia de lo que hacemos, de los resultados que obtenemos, en nuestro propio lenguaje y a partir de nuestros modelos y precursores.

Pese al gran informe de la OMS, recogido por multitud de directrices acerca de fitoterapia y medicinas naturales y no convencionales o tradicionales (OMS, 2003), de recomendación pero de cumplimentación no obligatoria para los países miembros de la UE, no existe en España ninguna regulación en el campo de las denominadas terapias no convencionales, ni tampoco ninguna atribución de competencias excluyente ni exclusiva de ninguna profesión en ciencias de la salud. Las terapias pueden formar parte del arsenal terapéutico en el campo competencial de las profesiones sanitarias, en especial de médicos, enfermeros, fisioterapeutas y farmacéuticos, que son quienes desarrollan estas disciplinas complementarias a la prestación de sus cuidados.

La Comisión de Política Social y Empleo del Congreso de los Diputados aprobó, el 28 de junio de 1989, una proposición no de ley en la que se instaba al Gobierno a regular la práctica de los cuidados naturales, pero esa regulación no se llevó a cabo. La proposición urgía al Gobierno a:

“Regular las condiciones del ejercicio y aplicación de las técnicas terapéuticas de homeopatía y acupuntura con las garantías que emanan de nuestra legislación sanitaria”, y a “establecer el marco adecuado para la enseñanza y aprendizaje de dichas técnicas”.

En España no existe regulación jurídica sobre el ejercicio de las terapias no convencionales o alternativas en sí mismas, o sea, sin estar vinculadas a otras disciplinas sanitarias. Pero es cierto que se permite su desarrollo cotizando al Ministerio de Hacienda con epígrafe fiscal, Impuesto de Actividades Económicas (IAE) a través del **Real Decreto Legislativo 1.175/1990, de 28 de septiembre**¹, por el que se aprueban las tarifas y la instrucción del Impuesto sobre Actividades Económicas.

Las sentencias judiciales no han contribuido a aclarar la situación de las terapias alternativas y complementarias en nuestro país, que oscila entre el reconocimiento parcial y la falta de regulación. El reconocimiento viene del Ministerio de Hacienda que, consciente de la demanda social de esas terapias, estableció el 5 de marzo de 1976 la cotización por su práctica por cualquiera de los sectores profesionales que las aplican, una cotización que entró en vigor el 12 de abril de ese año, día en que la orden fue publicada en el Boletín Oficial del Estado.

Ahora bien, la enfermería ha extrapolado sus cuidados, los naturales, a su ejercicio profesional, los ha incluido en el particular código de intervenciones de enfermería, NIC. Y esa inclusión ha sido avalada por la profesión y defendida jurídicamente, entre otros, por el **Real Decreto 1.093/2010, de 3 de septiembre**², que aprobó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud y que en su anexo VIII explicita el contexto en el que debe de realizarse el acto enfermero con lenguaje propio: las taxonomías NANDA para los diagnósticos enfermeros activos y resueltos, la NIC para las intervenciones de enfermería, y la NOC para los resultados de enfermería.

La capacidad de la enfermería para definir las intervenciones de sus profesionales está amparada por la **Ley 44/2003, de 21 de noviembre**³, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), que en su artículo 4, apartados 7, 5 y 7.2, evidencia la autonomía e independencia de las distintas profesiones sanitarias, así como su plena autonomía técnica y científica, en las que obviamente se encuentra la enfermería.

¹ Real Decreto Legislativo 1.175/1990, de 28 de septiembre, por el que se aprueban las tarifas y la instrucción del Impuesto sobre Actividades Económicas. Ministerio de Economía y Hacienda «BOE» núm. 234, de 29 de septiembre de 1990. Referencia: BOE-A-1990-23930.

² Real Decreto 1.093/2010, de 3 de septiembre. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL 14199 Real Decreto 1.093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

³ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Jefatura del Estado «BOE» núm. 280, de 22 de noviembre de 2003. Referencia: BOE-A-2003-21340.

Igualmente los artículos 2, 7, 5.2 y 54, atribuyen a la enfermería la prestación profesional de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, que incluye “... la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.

El artículo 4 de la misma ley recoge que el ejercicio de las profesiones sanitarias se desarrolla, por tanto, con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en la ley y bajo el principio, entre otros, de la progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria.

La **sentencia de 7 de marzo de 2006, de la Sala Tercera del Tribunal Supremo**, explica de forma muy clara que no cabe interpretar esa definición de manera que los enfermeros no puedan ejercer sus funciones en el campo de las terapias no convencionales con la autonomía profesional y científica que les reconocen las leyes. De hecho, se refiere más a las funciones que no están “reguladas” en el NIC ni NIPE y que corresponden a los profesionales parasanitarios.

Por lo que se refiere a la U. 101 del **Real Decreto 1.277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios**⁴ (B.O.E., 2003), este epígrafe es a través del cual se determinará la autorización para la apertura de centros sanitarios donde se desarrollen las medicinas alternativas o terapias no convencionales. El anexo de la ley la define como la: “*unidad asistencial en la que un médico es responsable de realizar tratamientos de las enfermedades por medio de medicina naturista o con medicamentos homeopáticos o mediante técnicas de estimulación periférica con agujas u otros que demuestren su eficacia y su seguridad*”, nos enfrenta a idéntica cuestión en tanto que la responsabilidad última de los tratamientos se encomienda a un médico, lo que no excluye a los enfermeros que pueden realizar los tratamientos para lo que se hallan preparados como consecuencia de la formación que, bien de modo obligado, o, en ocasiones, optativo, hayan adquirido en la medicina naturista o en el manejo y aplicación de medicamentos homeopáticos o mediante técnicas de estimulación periférica con agujas u otros que demuestren su

⁴ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. 19572 REAL DECRETO 1.277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

eficacia y su seguridad, de modo que la responsabilidad corresponde al médico que realiza también esas prácticas pero que no relega la actuación de los enfermeros cuando se considere preciso y conozcan las técnicas necesarias para ello."

No obstante paralelo al modelo U101, en el mismo contexto de autorización de apertura de centros, hemos visto que el modelo U900 se ajusta más a las necesidades de apertura donde se realizan los cuidados complementarios aún en vías de experimentación con autonomía profesional, especialmente la modificación experimentada en el año 2006, sin por ello obviar la controversia que suscita el solape de la presencia de un médico que dirija una consulta de otro profesional en ciencias de la salud. Esto justifica el desconocimiento y la posible falta de intención verdadera de regulación por parte de las autoridades sanitarias que "consienten" al igual que lo hace el Ministerio de Hacienda, cotizando en arcas el desarrollo profesional no solo de profesiones sino de métodos "no científicos" verdaderamente no regulados pero que suponen una cantidad de ingresos importante.

El epígrafe U900 referido a otras unidades asistenciales del Real Decreto 1.277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (B.O.E., 2003) dice lo siguiente:

"Otras unidades asistenciales: unidades bajo la responsabilidad de profesionales con titulación oficial o habilitación profesional que, aun cuando no tengan la consideración legal de 'profesiones sanitarias tituladas y reguladas' en el sentido previsto en el artículo 2.1 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, llevan a cabo actividades sanitarias que no se ajustan a las características de ninguna de las unidades anteriormente definidas, por su naturaleza innovadora, por estar en fase de evaluación clínica, o por afectar a profesiones cuyo carácter polivalente permite desarrollar, con una formación adecuada, actividades sanitarias vinculadas con el bienestar y salud de las personas en centros que tengan la consideración de sanitarios".

No obstante este apartado ha sufrido modificación posterior con **la Referencia U.900 del anexo II redactada por el apartado cinco del artículo único de la Orden SCO/1.741/2006, de 29 de mayo, por la que se modifican los anexos del R.D. 1.277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales**

sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios («B.O.E.» 6 junio). Vigencia: 7 junio 2006⁵ (B.O.E., 2006)

La referencia U900 del anexo II queda redactada del siguiente modo:

“U900 Otras unidades asistenciales: unidades bajo la responsabilidad de profesionales con titulación oficial o habilitación profesional que, aun cuando no tengan la consideración legal de ‘profesiones sanitarias tituladas y reguladas’ en el sentido previsto en el artículo 2.1 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, llevan a cabo actividades sanitarias que no se ajustan a las características de ninguna de las unidades anteriormente definidas, por su naturaleza innovadora, por estar en fase de evaluación clínica, o por afectar a profesiones cuyo carácter polivalente permite desarrollar, con una formación adecuada, actividades sanitarias vinculadas con el bienestar y salud de las personas en centros que tengan la consideración de sanitarios.”

Como resumen podemos decir que, con la U900 (*contenida en el Real Decreto 1.277/2003 del 10 de octubre*) podemos acogernos en la apertura de centros sanitarios, donde se asista con cuidados naturales, no codificados en la NIC, pero demandados socialmente y administrados por los profesionales de enfermería. Esta clasificación ha sufrido modificaciones mediante la *ORDEN SCO 1.741/2006, de 29 de mayo*, por la que se modifican los anexos del decreto anterior.

Actualmente, con fecha julio del 2015, se lanza un **Proyecto de Real Decreto 2015/ de 12 de junio**, nuevamente, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios y se determinan los requisitos mínimos comunes para su autorización y emitido por la Secretaría General de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública, Calidad Innovación, pretendiendo continuar con la figura del médico como director y responsable del centro con calificación U101, entendiéndose una alteración del establecimiento y capacidad autónoma del profesional de enfermería, que por otra parte ya ha sido legitimado académica, normativa, deontológica y jurídicamente⁶.

⁵ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. 9963 ORDEN SCO/1.741/2006, de 29 de mayo, por la que se modifican los anexos del Real Decreto 1.277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

⁶ Proyecto de Real Decreto sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública, Calidad Innovación, de fecha: 12. 06. 2015. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/normativa/docs/Rdautorizacioncentros.pdf>.

Jurídica y normativamente, la importancia de estas terapias ha sido ya reconocida en el ámbito europeo, especialmente en lo referido a la osteopatía, la cual, aunque data del pasado siglo, ya es considerada como terapia no convencional, desde el Informe **Lannoye/Collins, realizado por el Parlamento Europeo**, en 1976, con cuerpo doctrinal propio.

*“F. Considerando que existe una gran variedad de disciplinas médicas no convencionales y que algunas de ellas benefician de algún tipo de reconocimiento legal en algunos Estados miembros y/o de una estructura organizativa a nivel europeo (formación básica común, código deontológico, etc.), en particular, la quiropráctica, la homeopatía, la medicina antroposófica, la medicina china tradicional (incluida la acupuntura), el shiatsu, la naturopatía, la osteopatía, la fitoterapia, etc.; considerando, sin embargo, que solo un número limitado de ellas cumplen de modo cumulativo los siguientes criterios, a saber: beneficio de cierta forma de reconocimiento legal en determinados Estados miembros, estructura organizativa a nivel europeo y mecanismos de autorregulación” (Resolución A4-0075 del 28 de mayo de 1997)*⁷.

Cabe destacar que la sentencia de **5 de julio de 1992 de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo** ya tuvo ocasión de destacar en su fundamento de derecho cuarto que la denominada “medicina alternativa” designa aquellas prácticas sanitarias que, por no estar fundadas en el método científico experimental, ni se enseñan en las facultades de medicina ni se hallan comprendidas entre las especialidades médicas y para cuyo ejercicio no se requiere título alguno.

La Audiencia Provincial de Valencia mantuvo la misma línea en su **Auto de 20 de diciembre de 1996**, sobre la medicina naturista, coincidente también con la de los autos de **Sección Primera** de la misma Audiencia valenciana **343, de 18 de noviembre de 1996 y de 20 de febrero de 1997**.

Por su parte, la **Directiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006**⁸, relativa a los servicios en el mercado interior, sentó

⁷ Parlamento Europeo, 28 de octubre de 1998 A4-0378/98. INFORME sobre el informe de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo sobre la aplicación de las directivas 92/73/CEE y 92/74/CEE sobre medicamentos homeopáticos (COM(97)0362 - C4-0484/97). Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección del Consumidor. Ponente: Raphaël Chanterie

⁸ DIRECTIVA 2006/123/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 12 de diciembre de 2006 relativa a los servicios en el mercado interior.

el principio de libertad de prestación de servicios, con eliminación de barreras administrativas para el establecimiento y desarrollo de los mismos.

Como se puede ver, los cuidados naturales, las medicinas alternativas, han sido objeto de pronunciamientos de gobiernos, de escala nacional y europea, y de sentencias judiciales, dictadas para dilucidar litigios, planteados en la mayoría de los casos por personas o estamentos en la defensa de sus intereses corporativos o económicos derivados del ejercicio profesional. Ante el vacío legal existente, las sentencias relativas a la medicina natural han sido, cuando menos, controvertidas y ambiguas, basadas muchas veces en informes solicitados por unos jueces desinformados o poco formados en esta materia que aplican la ley en el sentido más estricto, pero sin facilitar el avance social, lo que también les debería corresponder para contribuir a preservar la seguridad de las personas y de los pacientes.

Y la falta de regulación se deriva de que los ministerios de Educación y de Sanidad de este país no han establecido unos mínimos para la práctica de las terapias naturales pese a las invitaciones de toda la comunidad europea para su reglamentación.

Debería de haber influido la aplicación del Tratado de Roma de 1958 sobre libre circulación de profesionales y el Acta Única Europea sobre el mercado único, así como el Acuerdo para el Espacio Europeo de Educación Superior, firmado en 1999, las dos últimas con repercusión directa en la calidad asistencial.

Si nos referimos a terapias concretas, la primera regulación de los productos homeopáticos se realizó en 1994 a través del **Real Decreto 2.208/1994, de 16 de noviembre**⁹, “por el que se regula los Medicamentos Homeopáticos de uso humano de fabricación industrial”.

El documento al que nos referimos con este enlace (Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad, 2010), respecto a la profesión enfermera, no refleja ni la realidad social ni las implicaciones que mantiene con respecto a las disciplinas que conforman los cuidados naturales. Por una parte, toma como referente al Centro Nacional para la Medicina Complementaria de Estados Unidos y utiliza una modificación de la clasificación en cinco áreas del National Center for Complementary and Al-

⁹ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO 26202 REAL DECRETO 2.208/1994, de 16 de noviembre, por el que se regula los medicamentos homeopáticos de uso humano de fabricación industrial.

ternative Medicine (NCCAM), siendo nuestro referente en el caso de enfermería la Asociación Americana de Enfermería Holística (AHNA), American Holistic Nurses Association. Tampoco se ve reflejada la realidad académica en la formación de grado en las escuelas de enfermería españolas en relación a las asignaturas impartidas en materia de cuidados naturales. El documento resalta tres congresos celebrados en la comunidad catalana, cuando se han realizado por toda la geografía española con la participación de profesionales con currículos relevantes. También existen secciones colegiales en los colegios provinciales y una vocalía de terapias en el seno del Consejo General de Enfermería de España.

Puntualizando sobre el **Real Decreto 1.277/2003, de 10 de octubre**, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, el legislador se olvida, cuando se refiere al U101, dentro de la apertura y modificación de centros donde se realizan terapias naturales, que entre las funciones de la enfermería está la de prestar cuidados mediante las intervenciones que le son propias, entre las que se encuentran un sinfín de cuidados naturales y alternativos. Este Real Decreto señala que para realizar terapias alternativas un médico debe dirigir el centro sanitario, pero se olvida de explicitar negro sobre blanco, aunque lo obvie, que se refiere a centros donde no existan profesionales de la salud. Estas medias tintas pueden llevar al jurista a interpretaciones subliminales y particulares de la ley dadas la tibieza y la ambigüedad de la normativa reguladora. Será el Consejo General de Enfermería el que deba garantizar el ejercicio de las funciones que deben de ser realizadas por sus colegiados enfermeros. El cuidado natural integrante de los cuidados enfermeros en general a través de las intervenciones NIC que aplicamos.

El **Real Decreto 1.718/2010, de 17 de diciembre**¹⁰, sobre receta médica y órdenes de dispensación, faculta en el capítulo I, apartado c, al profesional de enfermería a prescribir de forma autónoma productos de fitoterapia, a base de hierbas y productos medicinales, como en el caso de pacientes oncológicos (Vanini, Barbieri, Heck & Schwartz, 2011). No debemos olvidarnos del conocimiento preciso que deben de poseer los profesionales de enfermería, ya que las plantas medicinales no están exentas de efectos secundarios e interacciones, no obstante, *“Se cree que alrededor de un 25-30% de los pacientes en tratamiento oncológico utilizan algún tipo de*

¹⁰ DISPOSICIONES GENERALES MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD 1013 Real Decreto 1.718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

terapia complementaria y/o integrativa como forma de paliar los síntomas producidos por la enfermedad o los tratamientos” (Oncosaludable, 2012).

La OMS recomienda igualmente volver la vista hacia el uso de medicinas tradicionales.

Acuerdo mundial especialmente porque existe una complementariedad en los tratamientos abiertos, donde se produce una tolerancia mayor a los fitocompuestos en los síntomas clínicos, sin los efectos secundarios del fármaco al uso. La interdisciplinariedad en el tratamiento de los procesos no olvida hoy en día al ser humano global, holístico, como un todo indisoluble, más allá de la suma de sus partes (WHO, 1999) (OMS, 2000).

La interdisciplinariedad es fundamental, sin solapar funciones pero sí con capacidad resolutoria y cualificada para el uso y aplicación de los productos a base de plantas (WHO, 1998).

Echevarría cita a Lewin (2008), quien ya alertaba de la posibilidad de absorción de los saberes que “funcionan” por parte de la biomedicina:

“Se está produciendo un fenómeno de intento de absorción de las terapias complementarias por parte de la biomedicina con la excusa de la legitimación” (Echevarría, 2008).

Decretos sobre plantas medicinales y Suplementación:

Se ha continuado en el tiempo la regulación de las plantas medicinales y los suplementos que las contienen a través de Directivas Europeas. Las Directivas más importantes son:

- **Real Decreto 1.345/2007, de 11 de octubre**¹¹, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. En concreto se articula en sus contenidos las disposiciones acerca de los medicamentos elaborados a base de plantas.

¹¹ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO 19249 REAL DECRETO 1.345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente.

- **Orden SCO/190/2004, de 28 de enero**¹², por la que se establece la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad. Está derogada a instancias de la Comisión Europea, ya que se incluyeron plantas de uso corriente como tóxicas sin justificación clínica alguna.

En relación a los Complementos alimenticios:

- **Con fecha 05/12/08** se traslada Informe al Parlamento Europeo sobre la utilización de sustancias distintas de las vitaminas y los minerales en los complementos alimenticios.
- **Real Decreto 1.487/2009, viernes 9 de octubre de 2009**¹³, relativo a los complementos alimenticios. Donde se determina que los extractos de plantas pueden ser complementos alimenticios.
- **Directiva 2002/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 10 de junio de 2002**¹⁴ relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros en materia de complementos alimenticios.
- **Directiva 2006/37/CE de la comisión de 30 de marzo de 2006**¹⁵ por la que se modifica el anexo II de la Directiva 2002/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en cuanto a la inclusión de determinadas sustancias.

En nuestro caso, Enfermería, y en concreto las denominadas Terapias Alternativas, que como venimos diciendo nos gusta denominar cuidados naturales en el contexto general del cuidado, se han visto definitivamente reforzadas jurídicamente a través de la **RESOLUCIÓN DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA**,

¹² MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO 2225 ORDEN SCO/190/2004, de 28 de enero, por la que se establece la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad.

¹³ I. DISPOSICIONES GENERALES MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA. 16109 Real Decreto 1.487/2009, de 26 de septiembre, relativo a los complementos alimenticios.

¹⁴ DIRECTIVA 2002/46/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 10 de junio de 2002 relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros en materia de complementos alimenticios.

¹⁵ DIRECTIVA 2006/37/CE DE LA COMISIÓN de 30 de marzo de 2006 por la que se modifica el anexo II de la Directiva 2002/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en cuanto a la inclusión de determinadas sustancias.

aprobada en la Asamblea general el pasado 27 de diciembre del 2014: Resolución 14/14 (ANEXO 3) a través de la cual las intervenciones derivadas del ejercicio profesional de la enfermería holística que no contemple la NIC y ejercidas por enfermeros y enfermeras cualificados y bajo criterios específicos académicos, deontológicos y jurídicos, serán respaldadas normativamente por la Organización Colegial con cobertura por la póliza de Responsabilidad Civil. Esto supone una apuesta desde la Organización Colegial de Enfermería que ha llevado 25 años de evolución.

CAPÍTULO 4. PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO NATURAL

Cualquier procedimiento en la práctica de la enfermería, y el cuidado natural no lo es menos, debe basarse en la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de los enfermos. En unos casos ayudamos a los pacientes a restablecer la pérdida o la disminución de su salud y en otros, cuando se trata de personas afectadas por enfermedades terminales, esa ayuda tiene como objetivo lograr una muerte tranquila.

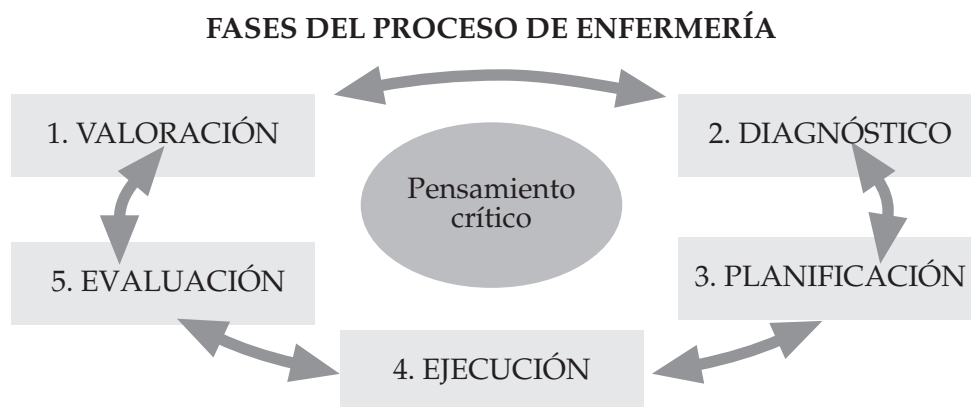
Los profesionales de enfermería también trabajamos por implicar a las personas en el mantenimiento y cuidado de sus propios cuidados de salud mientras sus condicionamientos sociales, físicos y psíquicos se lo permitan.

Además de proporcionar cuidados de calidad y de trabajar a favor de la promoción de la salud, nuestra labor incluye la búsqueda de alternativas para mejorar la salud individual y de la comunidad en la que trabajamos. En esa búsqueda científica y equilibrada, holística, están implicados sin duda los cuidados naturales en salud.

4.1. ETAPAS DEL PROCESO

Como en todo proceso enfermero, también en los cuidados naturales debemos seguir los pasos de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Ilustración 4. Etapas del Proceso de Enfermería. *Fuente: elaboración propia.*



4.2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Recogemos los datos que conciernen a la persona, familia y su entorno; son la base para las actuaciones posteriores.

Existen diferentes marcos para la valoración, pero el más utilizado es el de los denominados Patrones Funcionales de Marjory Gordon, en los que además se ha añadido algún componente en cuidados naturales derivado del ejercicio de la práctica, *“pues es en las situaciones clínicas donde las enfermeras y enfermeros captamos claves para los diagnósticos pensando en lo que ven, huelen, tocan y prueban”*, tal como comenta la propia Gordon (1982).

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Es una herramienta que puede ser usada independientemente del modelo enfermero seguido.

La utilización de los Patrones Funcionales permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes (Consejo General de Enfermería de España, 2000)

En los Patrones Funcionales encontramos todos los elementos necesarios de valoración que nos faciliten un certero diagnóstico enfermero, contando además con aquellas valoraciones realizadas desde otros enfoques alternativos y complementarios del estado de salud de la persona. Esta valoración se acerca a cuerpos doctrinales diferentes que incluyen la disfunción o la valoración energética aun cuando pueden presentarse a nuestra percepción como alteración de salud potencial, aparente y posible con o sin evidentes signos definitorios.

A continuación exponemos la definición y elementos de valoración dentro de cada uno de estos patrones, incluyendo su adaptación a los cuidados naturales, según elaboración propia a partir de la experiencia del autor:

Patrón 1. Percepción/ manejo de salud

Determinar las percepciones que tiene el paciente sobre su salud, el manejo y las actuaciones que realiza para mantener la salud.

- Saber cómo se encuentra y las enfermedades que padece (diagnósticos médicos y otros profesionales de la salud).
- Conocimiento y percepción que el paciente tiene de sí mismo y sobre su enfermedad.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Signos y síntomas.
- Medicamentos que toma para cualquier tipo de patologías, incluidos los homeopáticos, suplementación natural, fitoterapia (para lo cual el profesional tiene que conocer su manejo). En este estudio, manejo de la fitoterapia.
- Alergias a medicamentos, vacunas.
- Prácticas perjudiciales para la salud (alcohol, drogas, tabaco).

Patrón 2. Nutricional/ metabólico

Valorar el estado nutricional del paciente. Se incluye en este patrón la valoración de la piel y la ingesta de líquidos.

- Número de comidas y horarios (si tiene prescrita alguna dieta especial, o formación naturista, disfagia creciente, deglución dolorosa, sensación de plenitud, náuseas y/o vómitos, dentición, pirosis, etc.). Gustos y preferencias. Si es vegano, vegetariano.
- Distribución y distintos nutrientes utilizados habitualmente en las comidas.
- Estado de hidratación. Cuantificación de líquidos/día. Signo de pliegue cutáneo, sensación de sed. Si está realizando alguna depuración.
- Examen de piel, boca, piernas, pies y todo el cuerpo en general. Frecuencia de ducha y baño.
- Peso, talla, Índice de Masa Corporal, perímetro abdominal, glucemia.

Patrón 3. Eliminación

Valorar la eliminación a través de las diferentes vías renal, digestiva, cutánea y respiratoria. Incluye la valoración en cantidad y calidad.

- Patrón habitual de evacuación: estreñimiento o diarrea, frecuencia, hemorroides.
- Urinaria: poliuria, características de la orina.
- Sudoración: excesiva, en manos, pies. Olor.
- En pacientes con ostomía, drenaje y sonda. Presencia o no de síntomas y alteraciones.

Patrón 4. Actividad/ejercicio

Valorar el estado respiratorio y cardíaco, el tipo de actividad que desarrolla, movilidad, estado de las articulaciones, musculatura, ligamentos, etc.

- Autocuidados: necesidad de ayuda para higiene, alimentación, vestido, movilidad en general. Presencia de debilidad, cansancio.
- Práctica de ejercicio regular aeróbico. Tipo de ejercicio, horarios de práctica, tiempo de duración. Pilates, carrera, yoga, Tai-Chi.
- Limitaciones a la práctica.
- Presión arterial. Frecuencia respiratoria.

Patrón 5. Descanso/sueño

Valorar el ritmo de descanso y la satisfacción que este descanso produce.

- Valoración de signos y síntomas de sueño insuficiente: nerviosismo, irritabilidad, alergia, apatía, bostezos y cambios posturales frecuentes.
- Toma de medicamentos para dormir, suplementos, melatonina, fitoterapéuticos (conocer su manejo).
- Valoración de factores que alteren el sueño: internos (nicturia, tos, regurgitaciones, etc.) y externos (cambios ambientales, sociales, etc.).

Patrón 6. Cognitivo/perceptivo

Valorar el estado de los sentidos, la percepción de dolor y todas aquellas situaciones que pueden significar un riesgo para el paciente.

- Capacidad para leer y escribir.
- Alteraciones sensoriales, reflejas.
- Conocimiento sobre sus alteraciones de salud y el tratamiento. Complicaciones y el uso de los servicios de salud.
- Siente dolor o malestar físico, así como la mejoría.

Patrón 7. Auto percepción/autoconcepto

Valorar los sentimientos que experimenta en relación con las circunstancias que vive y la percepción que tiene de sí mismo.

- Sentimientos que ha generado su proceso o enfermedad, así como las repercusiones en la vida diaria, alteración de la autoestima, temor.
- Capacidad para expresar emociones y miedos.

Patrón 8. Rol/relaciones

Valorar la situación social, su relación con el núcleo familiar, el desarrollo de su papel en el grupo social donde vive.

- Relaciones familiares, vive solo o en familia. Presencia del cuidador. Cómo acepta la familia la enfermedad actual.
- Trabajo/actividad. Participa en las actividades comunitarias.

Patrón 9. Sexualidad/reproducción

Valorar la fertilidad del sujeto, estado de su aparato reproductor, satisfacción sexual de la persona, aceptación de la sexualidad.

- Preguntar por problemas sexuales. Hombre: problemas de próstata. Mujer: menstruación, menopausia. Utilización de métodos anticonceptivos y remedios naturales.

Patrón 10. Adaptación/tolerancia al estrés

Valorar la adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

- Afrontamiento de la enfermedad, alteración en los patrones de comunicación.
- Cambios significativos en su vida y cómo los ha vivido. Alguien cercano a quien contarle los problemas.
- Capacidad para reconocer síntomas relacionados con su proceso o enfermedad.

Patrón 11. Valores/creencias

Valorar cuáles son los valores y creencias y las dificultades que en determinadas circunstancias pueden tener para poder satisfacerlos.

- Interferencias de la enfermedad en prácticas religiosas habituales o creencias, tradiciones familiares, cultura.

4.3. OTROS SISTEMAS COMPLEMENTARIOS DE VALORACIÓN

Existen además multitud de doctrinas y cuerpos doctrinales completos a la hora de valorar y tratar un paciente más allá del tratamiento por síntomas, y que nos pueden aportar datos sobre los cuidados naturales, como puede ser la valoración energética mediante la pentacoordinación (*Vacío-plenitud, yin-yang, interno-externo, frío-calor*), realizada como diagnóstico en Medicina Tradicional China. También las valoraciones a partir de Mecanismo Respiratorio Primario (MRP) y percepción del fluir del líquido cefalorraquídeo mediante diagnóstico en Terapia Craneo Sacral Osteopática; valoración energética de bloqueos a través del Tacto Terapéutico, etc.

4.4. LA TAXONOMÍA ENFERMERA NANDA-INTERNACIONAL (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION), CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (EN INGLÉS NIC) Y CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION) (EN INGLÉS NOC)

Aunque hay otros sistemas de clasificación, el más utilizado y extendido en la actualidad es este. **NANDA-Internacional** (North American Nursing Diagnosis Association) es una herramienta que permite a los profesionales de enfermería identificar, validar y tratar de forma estandarizada los problemas de salud reales o potenciales de una persona, familia o comunidad.

Para Nanda Internacional (12-14) *“los diagnósticos enfermeros son interpretaciones científicas procedentes de los datos de valoración que se usan para guiar a las enfermeras en la planificación, implementación y evaluación. Se pretende mediante estos diagnósticos guiar las intervenciones enfermeras para que el paciente alcance resultados positivos. La persona o personas que son el foco de los cuidados enfermeros deben estar íntimamente implicadas como colaboradores de las enfermeras en el proceso de valoración y diagnóstico”*.

“También se asume que las enfermeras no sanan a las personas con sus diagnósticos e intervenciones; las personas se sanan a sí mismas con sus propios comportamientos”.

“Las enfermeras tienen que conocer los diagnósticos, sus características definitorias, especialmente los que son comunes en las poblaciones con las que trabajan, las intervenciones para tratar esos diagnósticos y los procesos diagnósticos que se emplean para interpretar los datos de los pacientes”.

La valoración de las características definitorias y la identificación de los factores relacionados nos llevarán a la selección de la etiqueta diagnóstica precisa, aun viendo en ello nuestras fortalezas y errores en la práctica. Con ello el enfermero y enfermera llegarán al **juicio clínico**.

Una intervención de enfermería **NIC** (Nursing Intervention Classification) es *“cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente”*, según la definición realizada por McCloskey y Bulechek (2014). Las actuaciones incorporadas en la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales; unas están dirigidas al tratamiento de la enfermedad, otras a la prevención de la enfermedad y la promoción

de la salud. Las intervenciones no están diseñadas solo para los individuos sino que contemplan a la familia y a la comunidad en línea con la filosofía del trabajo enfermero.

Se describe textualmente en el libro: *“La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos”*.

La taxonomía (en su 6ª edición) comprende 554 intervenciones organizadas en 7 campos y 30 clases y en constante adaptación y transformación. En este estudio nos centraremos en el fisiológico y en el conductual.

La NOC (Nursing Outcomes Classification) permite evaluar los efectos de las intervenciones de enfermería a través de una clasificación integral y estandarizada de las consecuencias y respuestas a la actividad enfermera.

Contiene 490 resultados. Cada uno incluye una etiqueta, definición y un grupo de indicadores que describen el estado específico del paciente, cuidador familiar o sociedad en relación con el resultado, una escala de medida de tipo Likert de cinco puntos y una selección de citas bibliográficas utilizadas en la descripción del resultado. Asimismo, incluye vínculos con los diagnósticos de la NANDA, organizados por conceptos clave, para facilitar la toma de decisiones en la práctica clínica, y con los patrones funcionales de Gordon, así como ejemplos de puesta en práctica y mejora de aplicaciones clínicas y educativas. Presenta resultados para las principales áreas de la práctica enfermera, incluidos los cuidados ambulatorios, la salud de comunidad, la pediatría y la salud mental (Moorhead, Johnson, Mass & Swanson, 2014).

En la **valoración** debemos incluir la valoración energética así como diagnosticar los problemas de salud de enfermería en la fase **diagnóstica reflejados en los NANDA**. **Planificamos** el cuidado contando con el propio paciente **ejecutando** las oportunas intervenciones NIC y vemos las modificaciones a la hora de **evaluar** los indicadores de los NOC.

Respecto al concepto de energía, el lenguaje enfermero la recoge. Actualmente el término *energía* es habitual. En concreto aparece reflejado de la siguiente manera:

Diagnóstico: NANDA-I

000050 Perturbación del campo de energía

Este diagnóstico ha sido retirado por falta de evidencia. Desde Nanda-Internacional animan a mejorar la evidencia para volver a incorporarlo. Textualmente se explicita que queda *“Reasignado a nivel de evidencia 1.2 pendiente de nuevo desarrollo y validación. La literatura relacionada con este diagnóstico ofrece soporte sobre intervenciones más que sobre el propio dx en sí mismo”*.

Y es lo que trataremos en un futuro próximo, de contribuir a reabrir éste.

Intervención: NIC

000180 Manejo de la energía

Resultados: NOC

001804 Conocimiento: conservación de la energía

000002 Conservación de la energía

000006 Energía psicomotora

001007 Estado nutricional: energía

En nuestro estudio, partimos de un diagnóstico propio, enfermero, **NANDA 000132 Dolor Agudo** y **000133 Dolor Crónico**, así como de **000146 Ansiedad** acompañante de patologías y diagnósticos médicos concretos, como problema interdependiente o carente de patología concreta que se instauran de forma aguda como consecuencia de problemas transitorios de salud, tendremos que tener en cuenta la propia definición de diagnóstico, las características definitorias, los factores relacionados. En el caso de diagnósticos médicos irán en función de los signos y síntomas de la enfermedad que presente el paciente, la clave para identificar el resultado o los resultados apropiados.

De todo ello dependerá la intervención o grupo de intervenciones específicas que proponemos, tales como la fitoterapia, contacto, etc. (Swanson, 2011).

Los enfermeros y enfermeras necesitamos retroalimentar nuestros propios procesos para verificar la eficacia de los cuidados que prestamos en cualquier contexto en el que trabajemos: atención primaria de salud, atención especializada, urgencias y emergencias y ejercicio libre de la profesión. Necesitamos documentar lo que hacemos, el diagnóstico que realizamos, las intervenciones que aplicamos

y, evidentemente, los resultados que conseguimos. Es la base de nuestro quehacer enfermero, una base que tiene un lenguaje internacional para comunicarnos: NANDA-NIC-NOC.

Nosotros, los profesionales de la enfermería, utilizamos diagnósticos que nos son propios. La NANDA-I recoge la mayor parte de ellos. Cuando tratamos un paciente a través de las intervenciones específicas, utilizamos la mayoría de las veces aquellas que están codificadas y validadas por la NIC, aunque no siempre, pues estamos constantemente sometiendo a validación científica aquellas otras que son utilizadas también en el quehacer diario por parte de los enfermeros y enfermeras y que resultan resolutivas, como las derivadas del saber popular, de la tradición de cada pueblo. Los resultados NOC deben de proporcionar a la enfermera una herramienta capaz de evaluar los procesos (Kautz, Kuiper, Pesut & Williams, 2006), siendo fundamental el juicio clínico:

“En la práctica clínica diaria, por tanto, es fundamental el juicio clínico para puntuar adecuadamente los indicadores sensibles, así como para la investigación. También lo es determinar qué metodología se ha utilizado para ello, entendiendo por metodología cómo se ha llevado a cabo una investigación” (Echevarría & De Souza, 2013).

Las respuestas del paciente a nuestros cuidados muestran los efectos de los planes enfermeros.

Si trabajamos con la base de los cuidados naturales podemos elegir cuál de esos cuidados aplicamos a partir de los remedios tradicionales para tratar alteraciones de la salud. Los profesionales llevamos a cabo intervenciones enfermeras como la prescripción de romero para añadir a un baño, un masaje para una insuficiencia venosa, con recomendación de la planta ylang-ylang, de la acupresión para dejar de fumar. Trabajamos la educación para la salud al recomendar a los pacientes la práctica de ejercicio diario para la producción de dopamina endógena natural y aconsejamos el efecto del ácido *rosmarínico* del romero como antidepresivo, ansiolítico y antialérgico. Son algunos de los ejemplos que ponen de manifiesto que la prescripción de productos naturales y las propias intervenciones enfermeras tienen un espacio real en la práctica clínica habitual de nuestra profesión.

Al combinar la prescripción de productos naturales con otras intervenciones con el acto enfermero se materializa un conjunto de actividades encaminadas a potenciar y devolver la salud al individuo. De hecho, la prescripción enfermera ya es en sí misma una intervención codificada, que tiene la capacidad y posibilidad de interactuar con el resto de intervenciones que aplica el mismo profesional en su quehacer diario.

Habitualmente también prescribimos un aceite esencial de romero para realizar un masaje simple, y educamos al paciente a practicar una relajación diaria al mismo tiempo que se pauta una infusión de tila alpina para conciliar el sueño o disminuir una ansiedad común. Prescribir tila, aceite de romero, dar un masaje simple e instruir al paciente en una relajación son intervenciones de enfermería. Las actividades derivadas de la intervención elegida, combinadas con la prescripción del producto natural, son la antesala para la obtención de los resultados NOC previstos.

4.5. INTERVENCIONES (NIC) UTILIZADAS HABITUALMENTE EN CUIDADOS NATURALES

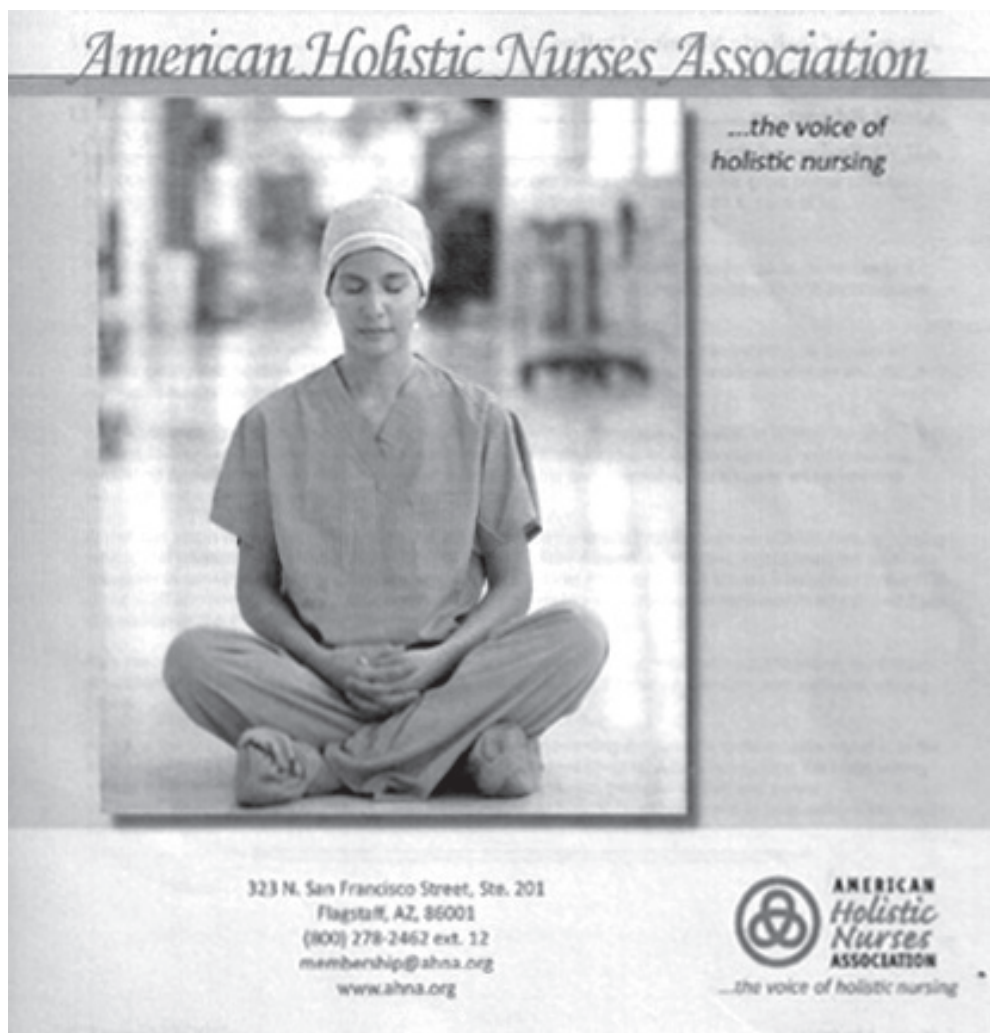
Los profesionales de enfermería usamos habitualmente cualquier intervención NIC y resultado NOC codificado en la práctica de enfermería holística en el cuidado natural. No obstante, es más frecuente el uso de aquellas relacionadas con el cuidado natural.

En la conferencia Europea "*Bulding a European Nursing Research Strategy*", celebrada en 1999 por iniciativa del Instituto de Salud Carlos III a través del Grupo INVESTEN, se establecieron, entre otras prioridades:

Intervenciones enfermeras: Manejo de los síntomas, promoción de la salud, *terapias complementarias*, autocuidado de la salud y la enfermedad... y aparecen los **Resultados en Salud:** calidad de los cuidados, satisfacción de usuarios y profesionales" (Morales, 2004).

Esta portada ilustra gráficamente el sentir de los enfermeros y enfermeras que intrapolamos los cuidados naturales en el cuidado general a través de las intervenciones y resultados citados.

Ilustración 5. Portada de la Revista American Holistic Nurses Association



Los cuadros siguientes muestran éstas en la práctica, tras la última revisión del NIC (Bulechek, Butcher, Dochterman & Wagner, 2014).

Con cada edición de la NIC irán saliendo a la luz más intervenciones estandarizadas. Absolutamente todas las intervenciones de cualquier campo y clase son susceptibles de ser aplicadas por el profesional de enfermería en cualquier especialidad, bien que realiza cuidados naturales o cualquier otro cuidado, en estos cuadros que adjuntamos pretendemos agrupar aquellas que más se relacionan con el trabajo asistencial diario en el cuidado holístico de la salud.

Las Intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) son los tratamientos o cuidados prestados por el profesional de enfermería para obtener los resultados deseados y esperados. En el “Anexo I: Intervenciones NIC más frecuentes en cuidados naturales, recopiladas por el autor de la tesis” (página xx), podemos ver aquellas intervenciones más usadas en el Cuidado Natural, sin detrimento de que el profesional pueda elegir cualquiera de las que están contenidas en la NIC.

4.6. RESULTADOS NOC MÁS FRECUENTES EN CUIDADOS NATURALES

La clasificación de Resultados de Enfermería (Nursing Outcomes Classification) se encarga de dar orden y clasificación a los resultados de la actuación de los profesionales de enfermería sobre un paciente o comunidad, denominadas Intervenciones enfermeras. Es, por tanto, un resultado esperado y producto de la administración de un cuidado enfermero.

Cada resultado de enfermería NOC está expresado por medio de indicadores definidores de éste. Determinan el estado en que se encuentra la persona a quien se prestó el cuidado y también informan por sí mismos de la evolución del proceso del plan de cuidados, siendo esta información medida a corto y medio plazo. Para ello se valoran y expresan mediante una escala Likert de 1 a 5 puntos.

En el “Anexo 2: Resultados NOC más frecuentes en cuidados naturales, recopiladas por el autor de la tesis” (página xx), vemos los NOC más frecuentes utilizados en Cuidados Naturales.

CAPÍTULO 5. ANSIEDAD Y DOLOR DESDE EL CUIDADO NATURAL

La ansiedad y el dolor tienen una relación de reciprocidad: el dolor existente y latente se ve incrementado cuando la persona afectada sufre un proceso ansioso. De esta forma, el dolor se ve modulado por la ansiedad, dependiendo de la intensidad de ésta, por lo que podemos decir que la ansiedad es responsable de las fluctuaciones del dolor. Pero también la ansiedad se puede ver modulada o estimulada directamente por el dolor, siendo éste el responsable. Es un círculo de gran reciprocidad. En este estudio veremos cómo las plantas medicinales y las atenciones mediante intervenciones conductuales pueden mejorar la recuperación del paciente.

Cerca del 80% de los pacientes que sufren de ansiedad y depresión sienten dolor físico; sin embargo, la cifra desciende a 59% cuando los pacientes solo experimentan ansiedad. Este informe, publicado en la revista *Journal of Affective Disorders*, desarrollado por especialistas de diversos hospitales españoles, señala que a pesar de que el 90% de estos pacientes acudieron con un especialista, en el 60% de los casos éste jamás relacionó el dolor con el padecimiento emocional (Caballero, 2010).

Otro estudio sobre ansiedad y dolor determina que la ansiedad y la depresión son comunes entre los pacientes con enfermedades reumáticas (Freire y otros, 2011).

Según las conclusiones de un amplio estudio, realizado por un grupo de investigadores españoles, la mayoría de los pacientes con trastornos de ansiedad, una patología que afecta ya a un 15% de la población, sufre al mismo tiempo diferentes tipos de dolor, un síntoma que ya se había demostrado en pacientes con depresión.

La muestra de 7.152 pacientes de 80 centros españoles de Atención Primaria, de los que se seleccionó un grupo de 442 con trastorno de ansiedad, otro de 559 con la misma dolencia acompañada de depresión y un último de 336 pacientes sin este tipo de problemas. Tras realizar un seguimiento de dos meses, los investigadores comprobaron que los pacientes que sufrían trastornos de ansiedad manifestaban síntomas de dolor físico en más del doble de casos que el grupo control: 59% frente a 28,3%. La concurrencia de la depresión elevaba todavía más la prevalencia del dolor en el grupo de pacientes con ambas dolencias, donde el 78% padece síntomas dolorosos.

Uno de los autores del trabajo, el profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, Ángel Luis Montejo, señala que los dolores más fre-

cuentas entre estos pacientes son los de espalda, hombros y cabeza, aunque “no tienen una patología subyacente” más allá de la ansiedad. Nunca se había visto que los síntomas fueran tan evidentes como en este trabajo (Europa Press, 2009).

A su juicio, los médicos de primaria suelen perder un tiempo precioso hasta que descubren que el dolor que refiere el paciente no tiene causa fisiológica. Además, la tendencia general es recetar analgésicos para tratar el dolor, cuando en este caso el tratamiento, según Montejo, debe realizarse con antidepresivos, por lo que los facultativos deben “mentalizarse” en este sentido. *“Si somos capaces de detectar a tiempo que determinados síntomas dolorosos se corresponden en realidad con patologías emocionales, se ahorraría mucho tiempo y se evitarían tratamientos erróneos”*, concluye Montejo.

Existen pruebas, en una investigación, que las personas con dolor crónico orientan selectivamente su atención hacia el dolor relacionado con los estímulos, pero ningún estudio ha distinguido entre los dos procesos de atención de hipervigilancia que son evidentes en los atletas: la detección facilitada de amenaza y la dificultad para desenganchar la atención de los estímulos amenazantes.

“En el presente estudio, utilizando un paradigma de la sonda de punto¹, hemos examinado si los jugadores de rugby profesional (N = 58) con alta ansiedad relacionada con el dolor mostrarían un sesgo atencional para una amenaza relacionada con el dolor, y si esta hipervigilancia reflejaría dificultad para desengancharse de la amenaza o detección facilitada de esta amenaza. Los jugadores de rugby con alta ansiedad relacionada con el dolor orientan su atención hacia la amenaza relacionada con el dolor con una dificultad concomitante de desengancharse de dicha amenaza. Presentan dificultad para desconectarse de los estímulos dolorosos y puede aumentar la ansiedad, y de esta forma, ser de mala adaptación en el deporte” (Bardel, Woodman Perreaut-Pierre & Barizien, 2013).

A la hora de establecer el plan de cuidados hay que considerar la ansiedad desde su perspectiva de “tensión” y de “anticipación”, teniendo en cuenta que etiquetamos las manifestaciones como ansiedad cuando se refieren al dolor como componente subjetivo. Es la definición del diagnóstico de enfermería de la NAN-

¹ El paradigma de punto-sonda es una prueba utilizada por los psicólogos cognitivos con el fin de evaluar la atención selectiva, desarrollado originalmente por MacLeod, Mathews y Tata.

DA-I. Todo depende de lo que representa el dolor para la persona, así como el grado de amenaza que supone.

El desarrollo de este plan acarrea la sistemática con la que trabaja habitualmente enfermería.

Ilustración 6. Plan de cuidados, por la NANDA.es

The screenshot displays the 'RESUMEN DEL PLAN DE CUIDADOS' (Summary of the Care Plan) for a patient with anxiety. The interface includes a flowchart at the top showing the relationship between 'Patrón Funcional Alterado', 'Diagnóstico Enfermero', 'Factores Relacionados', 'Características Definitorias', 'Resultados (NOC)', 'Indicadores', 'Intervenciones (NIC)', and 'Actividades'. The main content area is titled 'RESUMEN DEL PLAN DE CUIDADOS' and contains the following information:

- Patrón:** 7 - Patrón Autopercepción - Autoconcepto
- Diagnóstico:** 00146 - Ansiedad
- Características Definitorias:**
 - 1765 - Aumento de la respiración
 - 1767 - Aumento de la sudoración
 - 1766 - Aumento de la TA
 - 1769 - Aumento del pulso
 - 1793 - Espasmos musculares
- Factores Relacionados:** 1854 - Estrés
- Resultados NOC:**

Resultados NOC	Valor Actual	Puntuación Diana	Tiempo Previsto
1211 - Nivel de ansiedad	4	5	90 días
- Indicadores:**

Indicadores	Detalle Escala
121103 - Manos húmedas	3 - Moderado
121105 - Inquietud	3 - Moderado
121106 - Tensión muscular	3 - Moderado
121119 - Aumento de la presión sanguínea	3 - Moderado
121120 - Aumento de la velocidad del pulso	3 - Moderado
121121 - Aumento de la frecuencia respiratoria	3 - Moderado
121123 - Sudoración	3 - Moderado
- Intervenciones NIC:**
 - 5880 - Técnica de relajación
 - 4930 - Escucha activa
 - 1460 - Relajación muscular progresiva

Ilustración 7. Etapas del cuidado

The screenshot displays the 'RESUMEN DEL PLAN DE CUIDADOS' (Summary of the Care Plan) for a patient with acute pain. The interface includes a flowchart at the top showing the relationship between 'Patrón Funcional Alterado', 'Diagnóstico Enfermero', 'Factores Relacionados', 'Características Definitorias', 'Resultados (NOC)', 'Indicadores', 'Intervenciones (NIC)', and 'Actividades'. The main content area is titled 'RESUMEN DEL PLAN DE CUIDADOS' and contains the following information:

- Patrón:** 6 - Patrón Cognitivo - Perceptual
- Diagnóstico:** 00132 - Dolor agudo
- Características Definitorias:**
 - 1584 - Alteración del tono muscular (de laxitud a rigidez)
 - 1601 - Cambios de la presión arterial
 - 1600 - Cambios del pulso
 - 1588 - Diaforesis
- Factores Relacionados:** No ha seleccionado ningún Factor Relacionados
- Resultados NOC:**

Resultados NOC	Valor Actual	Puntuación Diana	Tiempo Previsto
2102 - Nivel del dolor	4	5	15 días
- Indicadores:**

Indicadores	Detalle Escala
210208 - Inquietud	3 - Moderado
210209 - Tensión muscular	3 - Moderado
210210 - Frecuencia respiratoria	3 - Moderadamente comprometido
210212 - Presión arterial	3 - Moderadamente comprometido
210214 - Sudoración	3 - Moderadamente comprometido
- Intervenciones NIC:**
 - 5460 - Contacto
 - 5340 - Presencia
 - 1460 - Relajación muscular progresiva
 - 6040 - Terapia de relajación simple

Fuente: <http://www.nanda.es/decision.php>

Y más específicamente en este estudio se representa un plan aplicado. Hemos desarrollado a modo de ejemplo ilustrativo mediante un tutorial de la herramienta informática de aprendizaje en la elaboración de planes de cuidados www.nanda.es, el proceso llevado a cabo de un plan de cuidados a través de los patrones de Gordon de salud alterados (en este caso el cognitivo/perceptual y el de autopercepción y autoconcepto), para llegar al diagnóstico elegido de Ansiedad y Dolor, habiendo elegido igualmente los correspondientes factores relacionados y características definitorias. De aquí registramos el NOC esperado a través de los indicadores elegidos y planificamos las actividades de los NIC que estimemos pertinentes.

Continuando con el eje ansiedad, para Lluch (1999):

“La ansiedad es una experiencia universal del ser humano. Las situaciones y las vivencias de tensión, ansiedad, frustración e infelicidad ocurren tanto en las personas sanas como en las enfermas. La diferencia reside en las estrategias de afrontamiento y en la capacidad para mantener un nivel de integración adecuado ante situaciones de presión”.

El dolor puede ser limitado, referido, irradiado, agudo, crónico, diurno, nocturno, etc. También se valora en función del ritmo, la intensidad y la duración. Tiene relación asimismo con el confort y con aspectos psicológicos tales como el aislamiento social.

Según el neurólogo Arturo Goicochea (2010), Jefe de Sección de Neurología del Hospital Santiago de Vitoria-Gasteiz, experto conocido, manifiesta que el paciente debe de llegar al fondo de su situación y el profesional debe de estar capacitado para comprenderle. Se produce indefensión cuando algo que le afecta a uno no resulta comprensible, predecible ni controlable. El dolor y desánimo crónicos o recurrentes no justificados cumplen con esas condiciones. No hay un marco interpretativo suficiente, no es predecible el cuándo, cuánto, dónde ni por qué ni si el padeciente tiene recursos para controlarlo. Hablando del dolor migrañoso:

“La migraña contiene la estructura de la fobia, del miedo irracional, de las pesadillas, en este caso centradas en lo que pudiera suceder en el interior del cráneo. El individuo puede modificar esa condición fóbica de su cerebro pero para ello debe cambiar sus convicciones y conductas dotándolas de raciona-

lidad. No se trata de aplicar una terapia sino una pedagogía: cambiar el chip migrañoso, desactivarlo” (Goicoechea, 2012).

Ilustración 8. Cartel conmemorativo de la Sociedad Española de Dolor.



La propia existencia ha llevado al hombre a plantearse interrogantes a lo largo de la historia, preguntas que tienen que ver con nuestra presencia en el mundo, en el universo, con nuestros deseos y esperanzas, con la razón misma de la vida y de la muerte. La interpretación de nuestra propia existencia genera ansiedad, una ansiedad que tiene su origen en la incertidumbre y en el miedo a morir.

La información genética que marca el tiempo de nuestra vida está impresa y asociada a un hemisferio cerebral, pero existe también una lucha interna por di-

rimir el futuro de la existencia a medida que desarrollamos el lóbulo frontal, una lucha que en no pocas ocasiones genera ansiedad, marcada por la constante búsqueda de identidad del ser humano y por solicitar ayuda y comprensión en los demás. Cuando la muerte se acerca, cuando el paciente sabe que llega su fin, sobre todo si concurre la fase terminal de una enfermedad, el ser humano se coloca en una especie de rampa de lanzamiento hacia no se sabe dónde, que puede provocar un alto nivel de ansiedad. Si, además, la enfermedad cursa con dolor, éste puede fluctuar merced a la carga ansiosa derivada de la realidad de la propia existencia, donde la lucha por la supervivencia se entrega y entrega al ser humano hacia su final en este plano físico consciente.

El dolor genera ansiedad, pero igualmente vemos que la ansiedad puede llevar a reacciones somáticas y disfunciones orgánicas, posiblemente derivadas del estrés. Si el estrés continúa puede traducirse en dolor visceral. El año 2012-2013 fue considerado como toma de consciencia social, como año del dolor visceral.

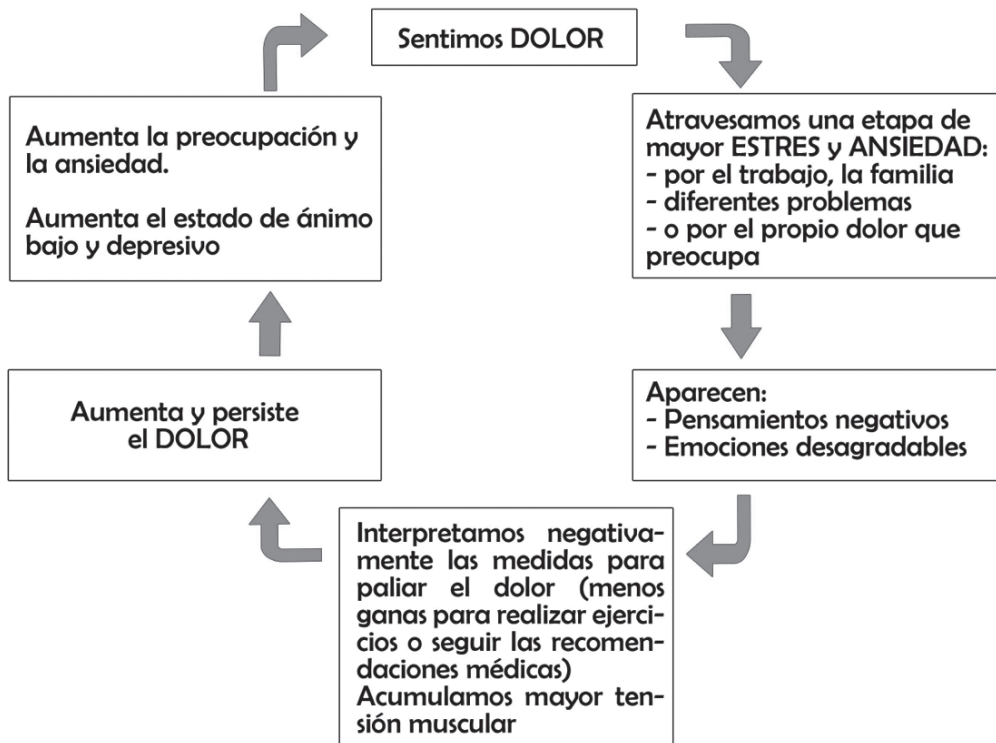
La ansiedad fue estudiada por la SEAS (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés), que identificó tres grupos de síntomas o respuestas: la **respuesta cognitiva**, lo que pensamos y sentimos; la **respuesta fisiológica**, lo que sucede en nuestro cuerpo, y la **respuesta motora**, lo que manifestamos en nuestro comportamiento (Cano & Miguel, 1999).

En España, estos psicólogos Cano y Miguel elaboraron el “Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)”, que ha sido traducido a numerosos idiomas. Esa lista evalúa el nivel general de ansiedad a tres niveles: el **sistema cognitivo**, que registra lo que pensamos; el **sistema fisiológico**, que recoge lo que sentimos a nivel corporal y el **sistema conductual-motor**, que cataloga lo que hacemos.

En la práctica los signos más característicos de la ansiedad pueden ser:

- Trastornos psicofisiológicos (cardiovasculares, arritmias).
- Trastornos dermatológicos.
- Dolores relacionadas con tensión, trastornos obsesivos compulsivos.
- Crisis de ansiedad, fobias.

Ilustración 9. Esquema de la ansiedad relacionada con el dolor. Jenny Moix Queraltó



Fuente: Jenny Moix Queraltó. Profesora titular de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona, 2006.

La intervención psicológica mejora la ansiedad, depresión y dolor (Mioli & Merayo, 2005) según un estudio realizado con pacientes con fibromialgia y cuyos resultados son extrapolables al resto de pacientes con dolor.

El dolor se acompaña de síntomas de ansiedad, 83%, y entumecimiento en un 91,5% en otro estudio de pacientes con fibromialgia (Pastor, 1993).

En un trabajo realizado por Pascual et al (2008) definen la ansiedad *“como la anticipación de un daño o desgracia futura acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite tomar las medidas necesarias para enfrentarse a una*

amenaza. Es importante entender la ansiedad como una emoción normal ante determinadas situaciones y que solo cuando sobrepasa ciertos límites o la capacidad adaptativa del individuo es cuando se convierte en patológica. En la ansiedad encontramos síntomas a diferentes niveles" (Pascual, Villena, Morena, Téllez & López, 2008).

Tabla 5. Guía práctica clínica de manejo de pacientes con trastorno de ansiedad en AP

Físicos	Psicológicos	Conductuales
<ul style="list-style-type: none"> • Vegetativos: mareo, sudoración, sequedad de boca • Neuromusculares: cefalea, temblor, parestesias, tensión muscular • Cardiorrespiratorios: palpitaciones, taquicardia, disnea, opresión precordial • Digestivos: náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia • Genitourinarios: micción frecuente, alteraciones sexuales 	<p>Miedo, preocupación, agobio, aprensión, dificultad de concentración, quejas de memoria, irritabilidad, desasosiego</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibición o bloqueo psicomotor • Agitación, conductas de evitación de determinadas situaciones

Fuente: Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, Pascual et al (2008).

Existen antecedentes de escalas para medir la ansiedad, aunque en este estudio optaremos por validar y probar la fiabilidad y eficacia de los indicadores del Nivel de Dolor y Nivel de Ansiedad.

Tabla 6. Escalas de Ansiedad. Teresa Lluch Canut

NOMBRE	AUTOR Y AÑO
Escala de Ansiedad de Hamilton (<i>Hamilton Anxiety rating Scale, HARS</i>)	Hamilton (1959) Adaptación española (versión autoaplicada); Conde y Franch (1984)
Inventario de Ansiedad de Beck (<i>Beck Anxiety Inventory, BAI</i>)	Beck, Epstein, Brown y Steer (1988)
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (<i>State/Trait Anxiety Inventory, STAI</i>)	Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970)
Escalas de Crisis de Angustia y Ansiedad (<i>Sheehan Panic and Anxiety Attack Scales, SPRAS</i>)	Sheehan (1983)
Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)	Miguel y Cano (1988)
Inventario de Preocupación (<i>Penn State Worry Questionnaire, PSWQ</i>)	Meyer, Miller, Metzger y Borkovec (1990)
Escala de Evaluación de las expectativas generalizadas de regulación del estado de ánimo negativo	Catanzaro y Meams (1990)

Fuente: Lluch i Canut, 1999

Frente a este diagnóstico de ansiedad, la manera de ser e intervenir del profesional tiene importancia, pues la empatía, inteligencia emocional y la comunicación no verbal ha quedado evidenciada y escrita.

Tomaremos como referencia la ansiedad **estado** en un momento determinado de su proceso doloroso y no ya de pacientes que presenten un fondo ansioso en sí mismo. En este último caso lo consideraríamos más como ansiedad **rasgo** específico del paciente.

La experiencia clínica subjetiva observacional, experimentada en el tiempo, la cual sometemos a estudio, predice que existe una relación entre las manifestaciones somáticas –citamos el dolor, pérdida de movilidad, inflamación como causas

menores aunque no exclusivas, con determinados procesos cursantes con ansiedad, estrés y miedo.

5.1. DOLOR

La señal dolorosa es recogida por los nociceptores y enviada hacia el sistema nervioso central pasando por varias estaciones: la primera situada en los ganglios espinales dorsales, la segunda en el asta dorsal de la médula espinal, la tercera en diversas estructuras subcorticales, entre las que destaca el tálamo, y la cuarta en la corteza cerebral, sobre todo, la corteza somatosensorial, la circunvolución cingulada anterior, la ínsula, la corteza prefrontal y parietal inferior. En estas estructuras se originan la percepción consciente del dolor y las actividades subconscientes y respuestas neuromoduladoras efectoras, endocrinas y emocionales, iniciadas consciente o inconscientemente (Pedrajas & Molino, 2008).

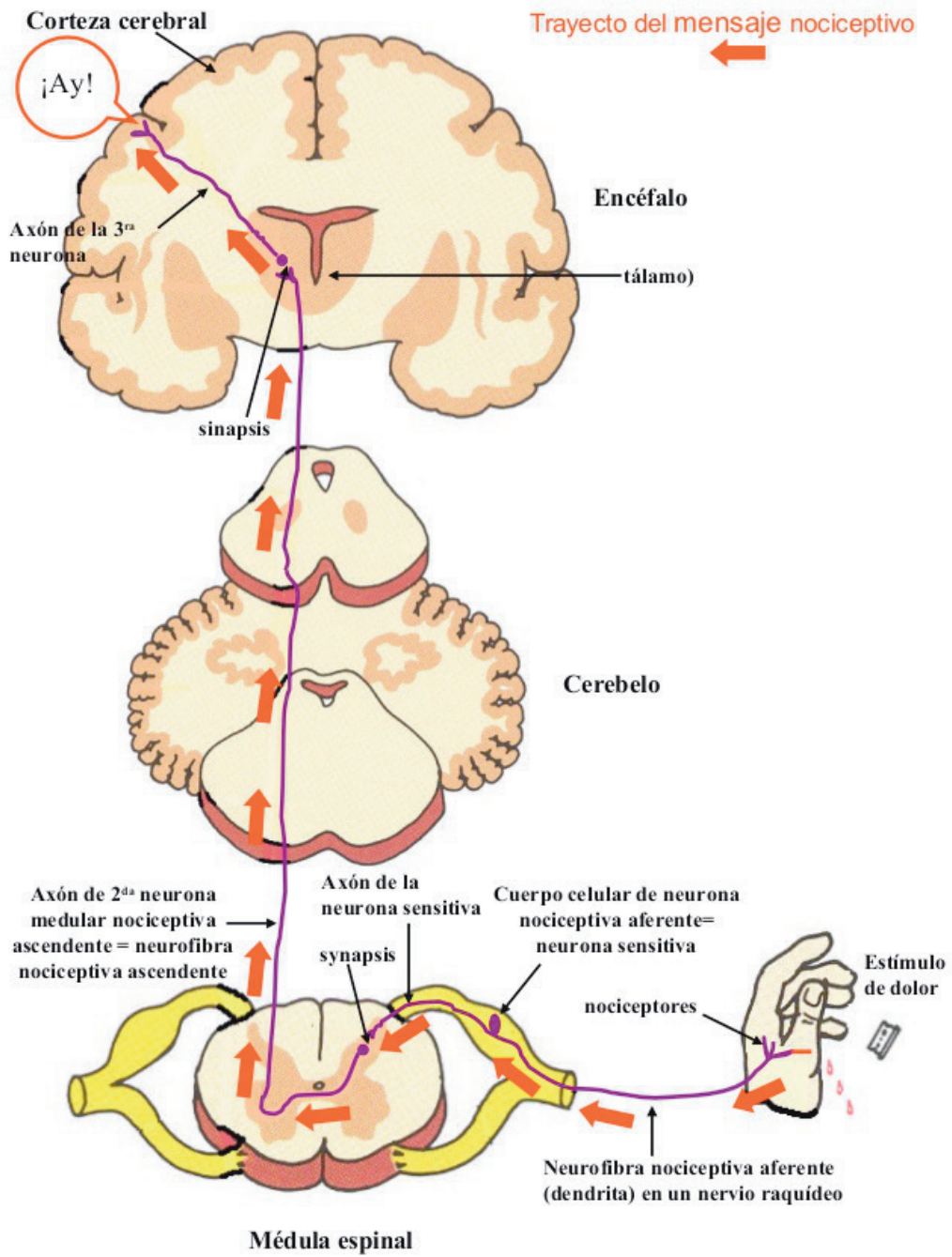
La estimulación repetida de fibras A y B a nivel periférico inhibe, por medio de una neurona intermediaria, las células T (que reciben las aferencias nociceptivas de las neuronas A delta y C), cerrando la puerta de transmisión del dolor y consiguiendo analgesia.

La modulación es compleja y no se limita a un segmento. La inhibición se manifiesta rápidamente pero suele desaparecer poco después de finalizar la estimulación. El nivel supraespinal cobra una importancia máxima, pues representa un sistema descendente de eliminación del dolor.

En el organismo, mediante el dolor, se produce la liberación de opiáceos endógenos en tronco encefálico y médula por estimulación de la sustancia gris periacueductal con la consiguiente inhibición de la sustancia P. Debido a su complejidad funcional y a la acción endorrfínica, la analgesia obtenida es lenta en su aparición pero se prolonga horas después de la estimulación (Sociedad Española del Dolor, 2009). Los dos lóbulos tienen relación con las emociones, tanto el frontal como el parietal (Zaric Kruljac, 2008).

Según la IASP, Asociación Mundial para el Estudio del Dolor, ésta es una experiencia sensorial y asimismo emocional desagradable, asociada a daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño. Detectores de la señal lesiva: Nociceptores (neuronas especializadas en recepción de dolor).

Ilustración 10. Nocicepción



Fuente: Gustavo Toledo C. (San Fernando College), 2013.

A nivel fisiopatológico cabe decir que el dolor indica al organismo que se expone a un riesgo y que si perpetúa puede originarse lesión. Los mecanismos que se desencadenan son una alerta para limitar daños, así tenemos:

- Mecanismos de la señal lesiva: dependen de la existencia de neuronas especializadas que poseen receptores de dolor, denominados nociceptores.
- Mecanismos ultrarrápidos de protección (reflejos): son reacciones rápidas generadas en la médula espinal.
 - a) Reacción de retirada (quitar la mano del fuego).
 - b) Contractura de la musculatura (lumbago), tras lesión de disco intervertebral.
- Mecanismos de alerta general (estrés). Aquí se activan los centros de alerta del tronco cerebral, con aumento de la vigilancia, así como de respuestas cardiovasculares y hormonales, las cuales preparan al organismo para defenderse de la amenaza.
- Mecanismos de localización consciente e inconsciente de la lesión, a nivel del cerebro, los cuales pueden situarse tanto en superficie, piel, como en tejidos internos.
- Mecanismos para hacer frente a la agresión, tales como agresividad y cólera que en definitiva siguen siendo mecanismos de huida y lucha.
- Mecanismos de analgesia endógenos, sustancias químicas capaces de disminuir el dolor parcialmente

5.1.1. Dolor agudo

El dolor agudo se define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses (NANDA, 2014).

Características definitorias

Entre las que destacamos como relevantes para este estudio, cambios en la presión arterial, cambios en la frecuencia cardíaca, cambios en la frecuencia respi-

ratoria, cambios en la presión arterial, diaforesis, conducta expresiva: inquietud, gemidos, llanto, suspiros, gemidos, informe verbal de dolor, etc.

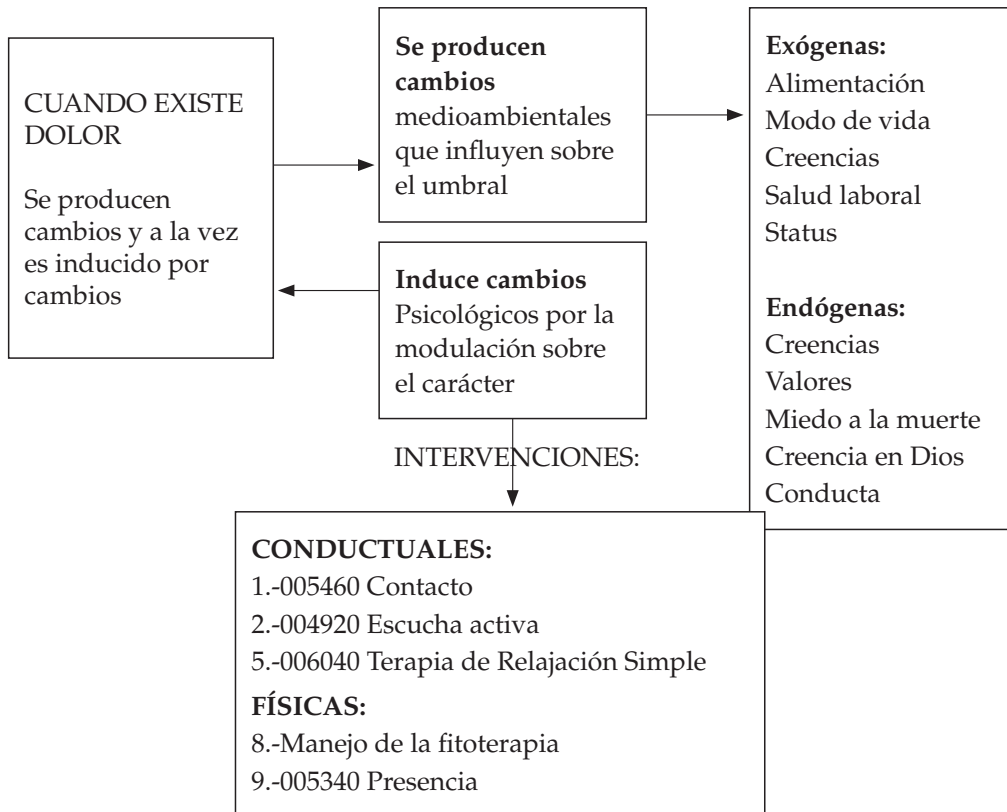
5.1.2. Dolor crónico

El dolor crónico se define como una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (*International Association for The Study of Pain*); inicio súbito o lento de dolor de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses. (NANDA, 2014).

Características definitorias

Entre las relevantes para este estudio, atrofia muscular, gemidos, temor a nuevas lesiones, temperatura, informes verbales de dolor.

Ilustración 11. Visión del dolor por el autor



Fuente: elaboración propia

Si podemos considerar al dolor como una conducta, tendremos que tener en cuenta su origen, el tipo, su intensidad, la subjetividad que conlleva. Las bases del dolor se encuentran en el tálamo. Tenemos un sistema de analgesia de caracteres endógenos: los péptidos opiáceos que actúan como narcóticos, los cuales se activan.

Tabla 7. Opiáceos Endógenos

Familia	Transmisores	Receptores	Analgesia
ENCEFALINAS	Met, leu-encefalinas	$\delta > \mu$	Espinal, supraespinal, periférica
ENDORFINAS	b-endorfinas	$\mu \delta > > \kappa$	Supraespinal, ¿periférica?
DINORFINAS	Dinorfina A, B	$\kappa > > \mu$	Espinal, supraespinal
ENDOMORFINAS	Endomorfina 1, 2	$\mu > > \kappa$	Espinal: supraespinal
ORFANINA FQ	Nociceptina	ORL 1	Espinal: analgesia Supraespinal: hiperalgesia

Fuente: Carregal, 2010

A veces el dolor se manifiesta con una conducta exagerada en algunos pacientes. Esto puede originar un “aprendizaje” y un “modelo” de desarrollo de patrones anormales en la conducta, que hacen del dolor una vía de escape a otros problemas subyacentes. El paciente se hipervigila a sí mismo, rastrea posibles señales, síntomas en su cuerpo en busca de “oportunidades de dolor” incrementando-reduciendo obviamente el umbral de éste. A poco que duela, siente y vive un dolor intenso.

La ansiedad lleva a otros pacientes a expresarse en los mismos términos de llamada de socorro o a pedir ayuda verbal o no verbal para “llamar la atención” y para que “le crean” que padece un gran dolor.

La enfermera Yolanda Martínez Santos (2013) describe además los lenguajes del dolor.

“Son los llamados “lenguajes del dolor”, que lo que buscan es dar respuesta a realidades distintas. Los profesionales de la salud deben aprender a reconocer e interpretar los mensajes que los pacientes envían, respecto a su dolor y sufrimiento, mediante el lenguaje verbal y no verbal, así como el de sus enfermedades, acompañando las intervenciones profesionales de palabras y actitudes que las transformen en instrumentos de curación aún más potentes” (Martínez, 2013).

Igualmente para la ansiedad y el estrés existe una manera de valorar el dolor mediante la escala de Mc Gill Pain Questionnaire, que mide el dolor a tres niveles: Sensorial (espacial, temporal, presión, aspecto térmico), Afectiva (tensión, miedo, ansiedad) y Evaluativa (intensidad global del dolor) y fue diseñado para proporcionar medidas cuantitativas de la clínica del dolor que puede ser tratada estadísticamente (Melzack, 1975).

Por otro lado, las respuestas a la fisiología del dolor pueden darnos una idea de mayor “objetividad” a la hora de valorar el dolor:

- Reflejo de flexión por los nociceptores.
- Neurografía percutánea (nervios periféricos).
- Péptidos en sangre.
- Electromiografías: dolor muscular.
- Electroencefalografías: cefaleas.

Existe una similitud entre la evaluación del paciente con **sintomatología dolorosa** y la escala de evolución de los NOC Nivel de Dolor, Nivel de Ansiedad en relación a: Patrones de sueño, Actividad sexual, Ejercicio realizado, Comidas: cantidad y tipos o necesidades de medicación, así como de la sintomatología acompañante: Tensión arterial, Pulso, Frecuencia respiratoria, Emisión de sonidos y expresiones.

Las conexiones del dolor con la ansiedad determinan un tratamiento de conjunto donde no debemos olvidar aspectos sensoriales ni cognitivos. No se trata solamente de combatir el dolor con la medicación apropiada sino también de tratar la ansiedad como moduladora de éste uniendo ambas posibilidades, además de otras intervenciones como el contacto, de la que hemos visto los efectos sobre el dolor y el estado emocional de las personas.

Otras investigaciones han estudiado a personas con artritis reumatoide, en las que las emociones negativas parecen estar presentes de forma más marcada que

entre la población sana y son, además, predictores significativos del dolor. Esos estudios sugieren que el enfoque cognitivo-conductual es eficaz para los pacientes con artritis reumatoide en la mejora no solo del dolor sino también en la aceptación de la enfermedad desde un punto de vista psicológico, mostrando un beneficio adicional cuando esas intervenciones se realizan como complemento del cuidado médico habitual (Redondo, León, Pérez, Jover & Abasco, 2008).

Otro estudio aborda otros aspectos como el autocontrol del dolor, y sus resultados, destacaron sus autores, coincidieron con los obtenidos en trabajos anteriores. La muestra estudiaba a pacientes con dolor moderado-intenso, que percibían su dolor más como una amenaza, mostrando además una baja autoeficacia y control sobre su dolor, siendo las tres estrategias de afrontamiento más utilizadas para hacer frente al dolor la autoafirmación, la búsqueda de información y la religión (Soucase, Soriano & Monsalve, 2005).

5.2. MODULACIÓN DEL DOLOR: TEORÍA DE LA COMPUERTA (GATE CONTROL)

En 1965, Melzack y Wall formularon la teoría de la compuerta para explicar los fenómenos relacionados con el dolor, en la que defienden que la mente desempeña un papel fundamental en el dolor y en la forma de expresarlo (Acevedo, 2013).

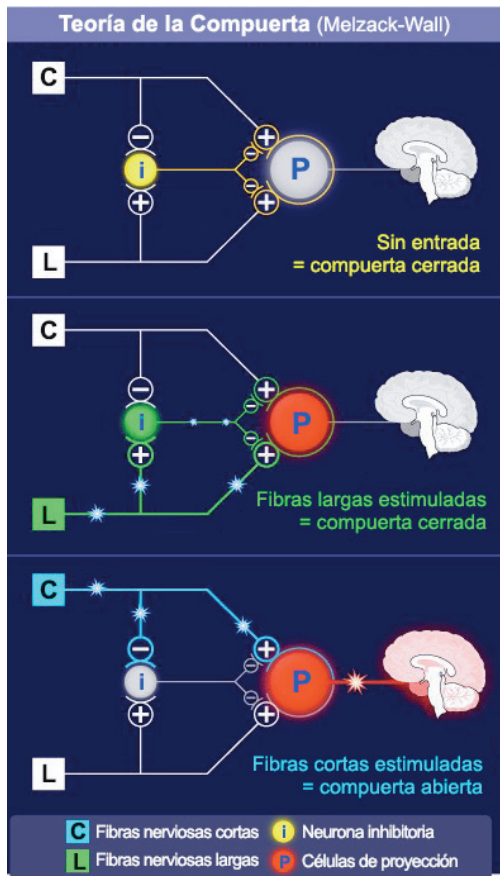
Según esta teoría, el sistema nervioso central cuenta con un sistema de bloqueo que permite la apertura y el cierre de las vías del dolor. Esas vías se pueden abrir para que el dolor viaje a través de las vías aferentes y eferentes, por las que llega la información hasta y desde el cerebro. O se pueden cerrar para frenar esos caminos del dolor e impedir que éste se manifieste.

El dolor se transmite desde la zona de origen hacia el cerebro y éste procesa la información, haciéndonos conscientes del problema. Pero el dolor tiene, como ya hemos señalado, un importante componente psicológico y cuando existe dolor el cerebro se centra en él. La teoría de la compuerta sostiene que el dolor disminuye si el cerebro está "distraído" porque percibe una experiencia agradable. Melzack y Wall defienden que la mente puede responder influenciada por la ansiedad y el miedo y que, en consecuencia, la percepción del dolor puede verse condicionada por componentes psicológicos, fisiológicos, cognitivos y emocionales, regulando éstos la propia percepción del dolor.

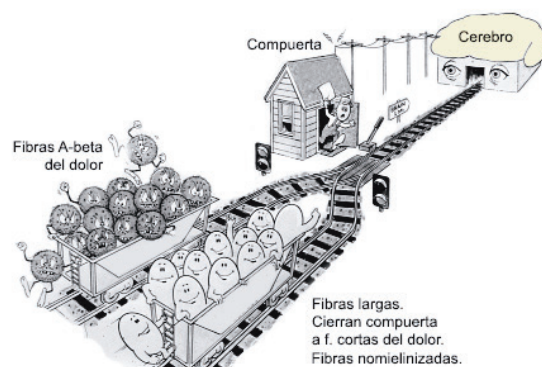
Las ideas, el pensamiento, van a través de las vías eferentes desde el cerebro al área del dolor, pudiendo estar influenciadas directamente por las emociones. Nuestra propuesta consiste en comprobar si podemos demostrar cómo modular esa respuesta a través del manejo de la fitoterapia específica y de intervenciones conductuales enfermeras.

Es en ese aspecto, precisamente sobre el pensamiento, donde aplicaríamos las intervenciones conductuales citadas: tacto terapéutico, terapia de relajación simple, presencia y escucha activa. Tratando la ansiedad como tal directamente con fitoterapia.

Ilustración 12. Teoría del Gate Control (teoría de la compuerta)



Patrick Wall Ronald Melzack



Fuente: Teoría de la compuerta (Gate Control), Melzak y Wall, 1965²

² La Gaceta AMI, año1, vol2. Recuperado de: <http://boletin.deanestesiologia.com/2013/07/13/teoria-compuerta/#more-1240>

5.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) RELACIONANDO ANSIEDAD CON EL DOLOR

5.3.1. Diagnóstico enfermero de ansiedad (NANDA, 2012)

Ansiedad (00146)

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 2: Respuesta de afrontamiento

La NANDA define así la ansiedad: *“Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífica o desconocida para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza”.*

Entre las características definitorias encontramos algunas determinantes con el estudio que planteamos y la interpretación posterior mediante NOCS.

Tabla 8. Características definitorias de la ansiedad

Conductuales	Afectivas	Fisiológicas
Disminución de la productividad. Expresión de preocupación debidas a cambios en acontecimientos vitales. Movimientos extraños. Nerviosismo. Lanzar miradas alrededor. Insomnio. Evitar el contacto ocular. Agitación. Control. Vigilancia.	Aprensión. Angustia. Distrés. Temor. Sentimientos de inadecuación. Atención centrada en el yo. Preocupación creciente. Irritabilidad. Sobresalto. Sobreexcitación. Creciente impotencia dolorosa. Persistente aumento de la impotencia. Tamborileo. Arrepentimiento.	Tensión facial. Temblor de manos. Aumento de la sudoración. Aumento de la tensión. Estremecimientos. Temblores. Voz temblorosa.

Simpáticas	Parasimpáticas		Cognitivas
Anorexia.	Dolor abdominal.	Disminución del campo perceptual.	Conciencia de los síntomas fisiológicos.
Excitación cardiovascular.	Disminución de la presión arterial.	Dificultad para la concentración.	
Diarrea.	Disminución del pulso.	Disminución de la habilidad para aprender.	
Sequedad bucal.	Diarrea.	Disminución de la habilidad para solucionar problemas.	
Sofocaciones.	Mareos.	Temor a consecuencias inespecíficas.	
Palpitaciones.	Fatiga.	Olvido.	
Aumento de la tensión arterial.	Náuseas.	Deterioro de la atención.	
Aumento del pulso.	Trastornos del sueño.	Preocupación.	
Aumento de los reflejos.	Hormigueos en las extremidades.	Rumiación.	
Aumento de la respiración.	Frecuencia urinaria.	Tendencia a culpar a otros.	
Dilatación pupilar.	Dificultad para iniciar en chorro de orina.		
Dificultades respiratorias.	Urgencia urinaria.		
Vasoconstricción capilar.	Bloqueo de pensamiento.		
Movimientos espasmódicos.	Confusión.		
Debilidad.			

Tabla 9. Factores relacionados de la Ansiedad

FACTORES RELACIONADOS	
Cambio en: <ul style="list-style-type: none"> - La situación económica. - El entorno. - El estado de salud. - Los patrones de interacción. - La función del rol. - El estatus del rol. Exposición a toxinas. Asociación familiar. Herencia. Contagio interpersonal. Crisis de maduración. Crisis situacionales. Estrés.	Abuso de sustancias. Amenaza de muerte. Amenaza para: <ul style="list-style-type: none"> La situación económica. El entorno. El estado de salud. Los patrones de interacción. La función del rol. El autoconcepto. Conflicto inconsciente sobre los objetivos vitales esenciales. Necesidades no satisfechas.

En las características definatorias conductuales los pacientes presentan nerviosismo y agitación. **En las afectivas** se constata angustia, temor e irritabilidad. **En las fisiológicas** hay un aumento de la tensión y la sudoración. **En las simpáticas** encontramos, entre otras, palpitations, aumento del pulso y de la respiración.

5.3.1. Diagnóstico enfermero de dolor (NANDA, 2012)

Se divide en dolor agudo y dolor crónico con diferencias en cuanto al tiempo de instauración.

Dolor agudo (00132)

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

Tabla 10. Características definatorias y factores relacionados del dolor agudo

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
Cambios en el apetito.	Agentes lesivos (p. ej. biológicos, químicos, físicos, psicológicos)
Cambios en la presión arterial.	Conducta defensiva.
Cambios en la frecuencia cardíaca.	Estrechamiento del foco de atención (p.ej., alteración de la percepción del tiempo, deterioro de los procesos de pensamiento, reducción de la interacción con las personas y con el entorno).
Cambios en la frecuencia respiratoria.	Observación de evidencias de dolor.
Informe codificado.	Postura para evitar el dolor
Diaforesis.	Gestos de protección.
Conductas de distracción (Deambular de un lado a otro), búsqueda de otras personas o actividades, actividades repetitivas).	Dilatación pupilar.
Conducta expresiva (p.ej., inquietud, gemidos, llanto, suspiros).	Centrar la atención en sí mismo.
Máscara facial (p.ej., ojos apagados, expresión abatida, movimientos fijos o escasos gemidos)	Trastornos del sueño.
	Informe verbal de dolor.

Dolor crónico (00133)

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.

Tabla 11. Características definitorias y factores relacionados del dolor crónico

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
Alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas.	Incapacidad física crónica.
Anorexia.	Conducta defensiva.
Atrofia de los grupos musculares implicados.	Irritabilidad.
Cambios en el patrón de sueño.	Observación de conductas de protección.
Informes codificados.	Reducción de la interacción con los demás.
Depresión.	Agitación.
Máscara facial (p. ej., ojos apagados, expresión abatida, movimientos fijos o escasos, gemidos).	Centrar la atención en sí mismo.
Fatiga.	Respuestas mediadas por el sistema nervioso simpático (p. ej., temperatura, frío, cambios en la posición corporal, hipersensibilidad).
Temor a nuevas lesiones.	Informes verbales de dolor.
	Incapacidad psicosocial crónica.

Barboza cita a Lunney (Barboza, 2011), comentando que:

“La complejidad en el diagnóstico de las respuestas humanas está claramente ilustrada en los estudios de casos, como los mostrados por la propia Lunney (2001). En la última clasificación de NANDA, 2009-2011, esta autora estableció dos condiciones que son la base para el desarrollo de competencias diagnósticas por parte de las enfermeras:

- 1.- El diagnóstico en Enfermería requiere competencias en los dominios intelectual, interpersonal y técnico.

2.- El diagnóstico en Enfermería requiere el desarrollo de tolerancia a la ambigüedad y el uso de la práctica reflexiva como fortalezas personales.

Según Lynda Carpenito, profesora y autora de varios libros, es preciso diferenciar claramente y no confundir el diagnóstico enfermero y los problemas interdependientes.

Así,

“Durante muchos años, en el contexto español, hemos diferenciado los diagnósticos enfermeros de los problemas de colaboración. Estos problemas L. Carpenito los identificó y nombró en 1983 como diagnósticos interdependientes, duales o colaborativos y están incorporados como Complicaciones Potenciales, siguiendo su propuesta terminológica en los planes de cuidados de muchos hospitales españoles” (AENTDE, 2008).

No podemos olvidarnos que diagnosticamos siempre sin olvidarnos de la persona. Siempre debemos de relacionar el diagnóstico completo, lo que se denomina el formato PES (Problema, Etiología y Síntoma), que se representa por las expresiones “Manifestado por” (m/p) y “Relacionado con” (r/c), y no solamente registrar la etiqueta, pues esta por sí sola no constituye un diagnóstico.

5.3.2. Las interrelaciones o vínculos NNN

Existe un libro de vínculos NNN en los que se recomiendan las intervenciones y los resultados más apropiados para cada diagnóstico (Johnson et al, 2012).

Con Diagnóstico de Ansiedad y con Diagnóstico de Dolor, y en función de los resultados esperados Nivel de Ansiedad y Nivel de Dolor, las intervenciones se centrarán principalmente en aspectos conductuales, en los tres formatos descritos: Principal, Sugerida y Opcional. La mayor parte pertenecientes a los cuidados naturales en Enfermería y aportados por la AHNA (American Holistic Nurses Association), y validados por la propia NANDA.

Morilla et al (2011) entienden que debe haber una correlación entre las características definitorias y/o factores relacionados observados en la valoración y con las cuales se ha determinado un diagnóstico enfermero, y los indicadores NOC que se escojan para hacer el seguimiento y evaluación de ese diagnóstico.

Los factores relacionados y características definitorias deben tener relación entre sí, porque en este caso los indicadores NOC que vamos a medir deben coincidir con las características definitorias que hemos detectado en el diagnóstico.

“La NOC permite, de este modo, un uso extensivo al de su propósito inicial. En tanto que cada criterio de resultado refleja, a través de sus indicadores, estados o percepciones de los individuos, familias y comunidades, pueden a priori, evidenciar la situación de características definitorias y de factores relacionales de los diagnósticos, con la ventaja añadida de pertenecer a un sistema lógico y estructurado conceptualmente, con un componente numérico que permite ampliar el estudio y tratamiento analítico de esta información, superando así algunas de las limitaciones actuales de la NANDA en cuanto a especificidad de sus componentes” (Morilla, Morales, Fernández, Berrobiano & Delgado, 2011).

Para los diagnósticos Ansiedad y Dolor propone las asociaciones que indicamos en las tablas 7 y 8

Tabla 12. Asociación entre indicadores NOC, factores relacionados y características definitorias NANDA para dolor

NOC (RESULTADO) 002102 Nivel de dolor		
NANDA Factores relacionados Dx dolor		
Cód. Indicador	Descripción	Descripción
210208	Inquietud	<i>Inquietud (Crónico)</i>
210209	Tensión muscular	<i>Atrofia de los grupos musculares implicados (Crónico)</i>
210220	Frecuencia del pulso radial	<i>Cambios en la frecuencia cardíaca (Agudo)</i>
210212	Presión arterial	<i>Cambios de la presión arterial (Agudo)</i>
210210	Frecuencia respiratoria	<i>Cambios en la frecuencia respiratoria (Agudo)</i>
210214	Sudoración	<i>Diaforesis (Agudo)</i>

Tabla 13. Asociación entre indicadores NOC, factores relacionados y características definitorias de la NANDA para ansiedad

NOC (RESULTADO) 001211 Nivel de ansiedad		
NANDA Factores relacionados Dx Ansiedad		
Cód. Indicador	Descripción	Descripción
121105	Inquietud	<i>Nerviosismo</i>
121106	Tensión muscular	<i>Tensión facial</i> <i>Aumento de la tensión</i>
121120	Aumento para la velocidad del pulso	<i>Aumento del pulso</i>
121110	Aumento de la presión sanguínea	<i>Aumento de la tensión arterial (parasimpático)</i> <i>Disminución de la presión arterial (simpático)</i>
121121	Aumento de la frecuencia respiratoria	<i>Aumento de la respiración</i>
121123	Sudoración	<i>Aumento de la sudoración</i>

En cuanto a las intervenciones NIC, para el diagnóstico de **000146, Ansiedad**, si tomamos como referencia el NOC esperado, **001211, Nivel de Ansiedad**, las intervenciones relacionadas serían de tres niveles: **Principales, Sugeridas y Opcionales**.

Observamos que entre las **Opcionales** indicadas se encuentran una buena parte de las propuestas por la enfermería holística: aromaterapia, escucha activa, terapia de relajación simple, imaginación simple dirigida, relajación muscular progresiva, etc.

Entre las **Sugeridas** encontramos entrenamiento autogénico, hipnosis, musicoterapia, apoyo emocional, entre otras.

Si nos centramos en el diagnóstico enfermero, **000132, Dolor agudo**, observamos pocos cambios con el **000133, Dolor crónico**, y como NOC esperado, **002102, Nivel de dolor**. Como intervenciones relacionadas tendremos:

Como opcionales: biorretroalimentación, contacto, contacto terapéutico, distracción, hipnosis, masaje, musicoterapia, presencia, relajación muscular progresiva y terapia de relajación simple.

Y **como sugeridas:** acupresión, apoyo emocional, biorretroalimentación, contacto, contacto terapéutico, facilitar la meditación, hipnosis, presencia, terapia de relajación simple, imaginación simple dirigida, relajación muscular progresiva, etc.

Podemos observar en las interrelaciones (NNN) que muchas de las propuestas están relacionadas con los cuidados naturales y complementarios en el contexto de la enfermería holística y en gran medida las que nosotros hemos elegido para este estudio.

Para visualizarlo de manera rápida accedemos a la herramienta NNN Consult de la editorial Elsevier, propietaria de las licencias de estas clasificaciones en España.

Ilustración 13. Diagnóstico NANDA, ansiedad. Alguna intervención principal NNN Consult

The screenshot shows the NNNConsult website interface. The main content area displays the NANDA diagnostic entry for Anxiety (00146). The entry includes the following information:

- CÓDIGO:** 00146
- EDICIÓN:** 1973, 1982, 1998, 2006, 2008, 2010
- DIAGNÓSTICO:** ANSIEDAD
- DEFINICIÓN:** Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.
- DOMINIO:** 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés
- CLASE:** 2 Respuestas de afrontamiento
- NECESIDAD:** 9 Evitar peligros/seguridad
- PATRÓN:** 7 Autopercepción-autoconcepto
- NOTAS:**

Below the definition, there are tabs for "CARACTERÍSTICAS Y FACTORES", "NOC Relacionados", and "NIC Relacionados". The "NIC Relacionados" tab is active, showing a list of related interventions:

NIC	Intervención	Relación
[5820]	Disminución de la ansiedad	Principal
[5230]	Mejorar el afrontamiento	Principal
[6040]	Terapia de relajación	Principal
		Sugerida

The right sidebar contains a navigation menu with options like "TAXONOMÍAS", "NANDA", "NOC", "NIC", "D. MÉDICOS", "Contacto", and "Ayuda". The bottom of the screenshot shows the Windows taskbar with the date and time as 15:05 on 18/06/2015.

Ilustración 14. Diagnóstico NANDA, ansiedad. Algunas intervenciones sugeridas y opcionales NNN Consult

The screenshot shows the NNNConsult website interface. The main content area displays a list of NANDA diagnoses and their corresponding interventions. The interface includes a search bar, navigation tabs, and a sidebar with additional resources.

Diagnóstico NANDA	Intervención
[5380] Potenciación de la seguridad	Sugerida
[5340] Presencia	Sugerida
[5880] Técnica de relajación	Sugerida
[6670] Terapia de validación	Sugerida
[4510] Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas	Sugerida
[5270] Apoyo emocional	Opcional
[4330] Arteterapia	Opcional
[5240] Asesoramiento	Opcional
[4640] Ayuda para el control del enfado	Opcional
[5860] Biorretroalimentación	Opcional
[5242] Consejo genético	Opcional
[8180] Consulta por teléfono	Opcional
[612] Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis	Opcional
[6800] Cuidados del embarazo de alto riesgo	Opcional
[5900] Distracción	Opcional

Ilustración 15. Algunas intervenciones principales para el dolor agudo. Plataforma NNN Consult

The screenshot shows the NNNConsult website interface for the NANDA diagnosis [00132] DOLOR AGUDO. The main content area displays detailed information about the diagnosis, including its code, edition, definition, domain, class, need, and pattern. Below this, there is a section for related interventions.

NANDA [00132] DOLOR AGUDO

CÓDIGO: 00132 EDICIÓN: 1996, 2006, 2008, 2010

DIAGNÓSTICO: DOLOR AGUDO

DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

DOMINIO: 12 Confort CLASE: 1 Confort físico

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad PATRÓN: 6 Cognitivo-perceptivo

NOTAS:

CARACTERÍSTICAS Y FACTORES NOC Relacionados NIC Relacionados

NIC RELACIONADOS

[2210] Administración de analgésicos	Principal
[2400] Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (acp)	Principal
[2260] Manejo de la sedación	Principal
[1400] Manejo del dolor	Principal

Ilustración 16. Alguna intervención opcional para dolor agudo. NNN Consult

The screenshot shows the NNNConsult website interface. The main content area displays a list of interventions under the heading 'NANDA'. The interventions are listed in a table format with their codes and descriptions on the left, and their classification as 'Opcional' on the right.

Código	Intervención	Clasificación
[3320]	Oxigenoterapia	Opcional
[5380]	Potenciación de la seguridad	Opcional
[5340]	Presencia	Opcional
[1460]	Relajación muscular progresiva	Opcional
[1730]	Restablecimiento de la salud bucal	Opcional
[6870]	Supresión de la lactancia	Opcional
[5465]	Tacto terapéutico	Opcional
[4320]	Terapia asistida con animales	Opcional
[4430]	Terapia con juegos	Opcional
[221]	Terapia de ejercicios: ambulación	Opcional
[226]	Terapia de ejercicios: control muscular	Opcional
[222]	Terapia de ejercicios: equilibrio	Opcional
[224]	Terapia de ejercicios: movilidad articular	Opcional
[6040]	Terapia de relajación	Opcional
[3661]	Cuidados de las heridas: quemaduras	Opcional

At the bottom right of the page, it says 'Asociado a F.Rel.'.

Para el dolor agudo y dolor crónico en el eje diagnóstico-resultado-intervención se proponen las mismas intervenciones enfermeras a las que habrá que añadir en el futuro la nueva: *Manejo de la fitoterapia*.

Ilustración 17. Alguna intervención principal para dolor crónico. NNN Consult

The screenshot shows the NNNConsult website interface for the NANDA diagnosis [00133] DOLOR CRÓNICO. The page provides detailed information about the diagnosis, including its code, edition, definition, domain, need, and related interventions.

NANDA [00133] DOLOR CRÓNICO

CÓDIGO: 00133 **EDICIÓN:** 1986, 1996, 2006, 2008, 2010

DIAGNÓSTICO: DOLOR CRÓNICO

DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.

DOMINIO: 12 Confort **CLASE:** 1 Confort físico

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad **PATRÓN:** 6 Cognitivo-perceptivo

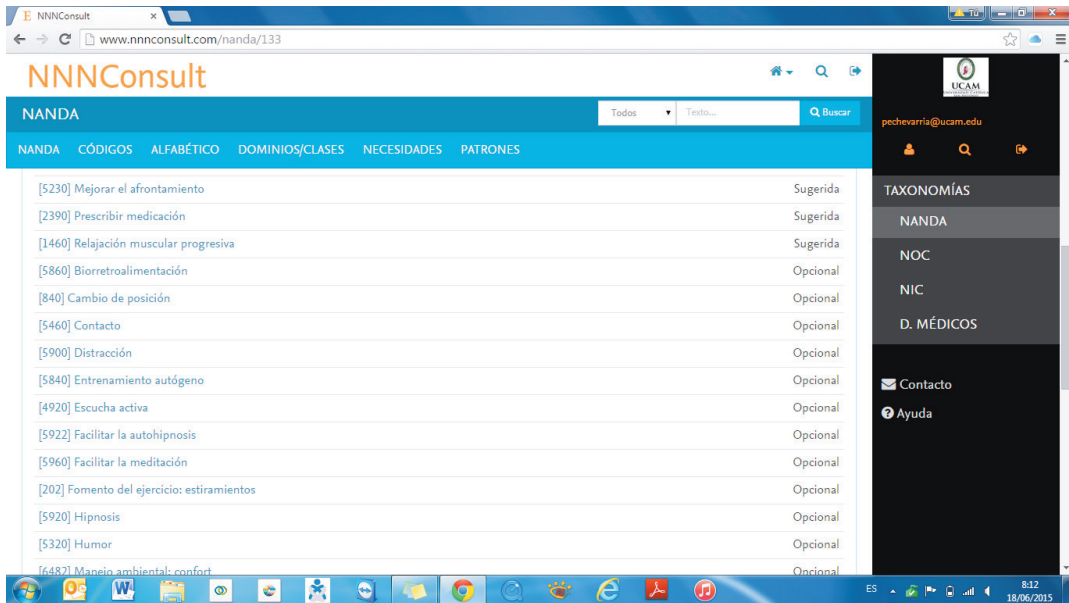
NOTAS:

CARACTERÍSTICAS Y FACTORES NOC Relacionados NIC Relacionados

NIC RELACIONADOS

Código	Intervención	Clasificación
[2380]	Manejo de la medicación	Principal
[1400]	Manejo del dolor	Principal
[1320]	Acupresión	Sugerida
[2210]	Administración de analgésicos	Sugerida

Ilustración 18. Alguna intervención sugerida y opcional para dolor crónico. NNN Consult



The screenshot displays the NNNConsult website interface. The main content area shows a list of interventions for chronic pain, categorized as 'Sugerida' (Suggested) or 'Opcional' (Optional). The interventions are listed in a table format:

Intervención	Categoría
[5230] Mejorar el afrontamiento	Sugerida
[2390] Prescribir medicación	Sugerida
[1460] Relajación muscular progresiva	Sugerida
[5860] Biorretroalimentación	Opcional
[840] Cambio de posición	Opcional
[5460] Contacto	Opcional
[5900] Distracción	Opcional
[5840] Entrenamiento autógeno	Opcional
[4920] Escucha activa	Opcional
[5922] Facilitar la autohipnosis	Opcional
[5960] Facilitar la meditación	Opcional
[202] Fomento del ejercicio: estiramientos	Opcional
[5920] Hipnosis	Opcional
[5320] Humor	Opcional
[6482] Manejo ambiental: confort	Opcional

The interface also includes a search bar at the top right, a navigation menu with tabs for 'NANDA', 'CÓDIGOS', 'ALFABÉTICO', 'DOMINIOS/CLASES', 'NECESIDADES', and 'PATRONES', and a sidebar on the right with 'TAXONOMÍAS' (Taxonomies) and 'D. MÉDICOS' (Doctors). The sidebar also contains 'Contacto' and 'Ayuda' (Help) links.

CAPÍTULO 6.

MANEJO DE LA FITOTERAPIA

EN EL CONTEXTO DEL CUIDADO ENFERMERO

Solamente al iniciar la búsqueda en PubMed, insertando la palabra *Phytotherapy*, encontramos más de 30.000 entradas, lo que implica la importancia y presencia objetiva en el mundo real. Si iniciamos la misma búsqueda en Google aparecen cerca de 2 millones de entradas. Obviamente no nos informa acerca de evidencia, sino de interés, de actualidad y de demanda social. Enfermería no es ajena a la evolución social y tiene mucho que decir acerca de la imbricación en el tejido sociosanitario.

Un estudio realizado por la enfermera María Dolores Vallés Pinto (Vallés, 2002), a los usuarios de la consulta de enfermería que acuden a realizar sus controles periódicos de hipertensión arterial, obesidad, diabetes, EPOC, hipercolesterolemia e hiperuricemia, reveló que la Fitoterapia es la terapia de elección más utilizada entre la población sujeto de estudio, con un 74,4% y que la tila, valeriana, manzanilla y menta son las plantas más utilizadas por los encuestados. Un 57,97% de mujeres frente a un 33,33% de hombres son consumidores habituales de terapias naturales. Uno de tantos usos que crece diariamente es en la prevención y tratamiento de las infecciones genitourinarias, como es el caso por ejemplo del jugo de arándano rojo. Esta es una opción para prevenir la infección del tracto urinario, con evidencia demostrada en varias publicaciones recientes que han destacado que su mecanismo de acción radica en el efecto ejercido por proantocianidinas. (Ruz, González, Jaen, Escoto, Urquiza, Rosenfield, Ortiz & Castellanos, 2009).

6.1. PROPUESTA DE NORMALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

NIC: "MANEJO DE LA FITOTERAPIA".

El Grupo de Investigación "Pensamiento y Lenguajes Enfermeros en un contexto social", de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, con cuyo equipo el autor ha participado como invitado externo, dirigida por su Investigadora principal y Directora de esta tesis doctoral, Pfra. Dra. Dña. Paloma Echevarría, ha solicitado al Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC) de la Universidad de IOWA (USA), la inclusión de la inter-

vención: “Manejo de la fitoterapia”, la cual ha sido aceptada y será publicada en la próxima edición del NIC para el año 2018 (Echevarría, Céspedes, Sánchez, Giménez, Rojas & Morales, 2014).

Tabla 14. Nueva intervención enfermera “Manejo de la fitoterapia”

Etiqueta: Manejo de la fitoterapia
Definición: Pauta y/o administración de principios o sustancias activas que contienen las plantas medicinales en cualquiera de sus formas galénicas y presentaciones, con fines preventivos y terapéuticos.
<p>Actividades:</p> <p>Utilizar la historia clínica para comprobar la adecuación de la terapia herbal.</p> <p>Comprobar si existen antecedentes de alergias medicamentosas y/o a plantas medicinales.</p> <p>Seleccionar la especie/variedad a utilizar en relación al estado de salud.</p> <p>Facilitar la aceptación, continuidad y/o interrupción del uso de plantas medicinales.</p> <p>Preparar la hierba medicinal (p. ej., recolectar, lavar, cortar, cocer), si procede.</p> <p>Determinar la forma de administración de la hierba medicinal (p. ej., infusión, cocimiento o decocción, maceración).</p> <p>Determinar la dosis y pauta de administración de los productos herbales.</p> <p>Instruir al paciente sobre el uso correcto de los productos herbales (p. ej., preparación, hora de administración).</p> <p>Explicar los efectos de interacción con otros medicamentos prescritos, si procede.</p> <p>Monitorizar si se produce la respuesta esperada o posibles efectos adversos de las hierbas medicinales.</p> <p>Registrar en la historia clínica la acción y la respuesta a la fitoterapia.</p>

6.2. NI TAN DAÑINOS LOS MEDICAMENTOS NI TAN INOCUAS LAS PLANTAS

La biología molecular se ha desarrollado a gran velocidad en las últimas décadas. La ciencia descifra cada vez más el funcionamiento de la biología de la vida, y los progresos desde el descubrimiento del genoma de la mosca del vinagre son espectaculares. Curiosamente no se avanza en el concepto de descubrir el motor

impulsor de la puesta en marcha de ese mecanismo vital, para unos fruto del azar y la casualidad y para otros consecuencia de un armonioso movimiento del que nos cuesta comprender su origen.

Ahora un nuevo paradigma emergente nos insta a volver a la naturaleza, a preservarla, a utilizar remedios naturales para mejorar la calidad de vida, incluso para curarnos. Pero, ¿por qué volver la mirada y el ejercicio hacia los tratamientos naturales, entre los que se encuentran las plantas medicinales, si el ser humano ya ha sido capaz de sintetizarlas a través de la galénica y de obtener productos que pueden actuar más rápidamente que las drogas naturales? ¿Qué puede justificar la vuelta a tratamientos con precursores naturales más lentos con la ingente cantidad de dinero invertida en ciencia y tecnología para extraer aquellos principios activos que hoy están tan desarrollados? ¿Es una moda? ¿Es una forma de vida alternativa cargada de filosofía?

Desde la entrada en vigor del Reglamento (CE) N° 764/2008 se establece un nuevo marco jurídico para los complementos alimenticios a base de plantas medicinales. A partir de este momento un complemento de plantas registrado en cualquier país europeo automáticamente tiene que ser aceptado en el registro en España. Este nuevo marco hace que los laboratorios farmacéuticos se fijan en las plantas medicinales y empiecen a notificar complementos de plantas en Europa para traerlos a España. Registro fácil, rápido y barato. Pueden aprovechar las mismas redes de visitantes médicos que los medicamentos y las mismas redes comerciales de venta a farmacias. Precio libre sin intervención del Estado. Esto hace que todos los laboratorios farmacéuticos tengan en la actualidad una línea de complementos a base de plantas. Los grandes volúmenes económicos de las ventas de plantas medicinales se han trasladado del herbolario a la farmacia. Esto hace que cada vez se hagan más estudios clínicos de preparados a base de plantas y que aumente la investigación al respecto. De momento volúmenes mucho más modestos que la industria química, pero enormemente superiores a los que teníamos (Crecimiento exponencial). El herbolario ha sido el reservorio de la fitoterapia que ahora se está desarrollando y expandiéndose por la farmacia.

La realidad nos muestra la demanda y la apuesta social en I+D+i del sector de la fitoterapia y los fitopreparados y también la puesta en escena a través de la evidencia científica (Cooper, 2010). Las últimas noticias apuntan a la decisión de multinacionales como Nestlé de crear empresas de productos basados en la medicina tradicional china (Palacios, 2013).

Hay evidencias científicas de que las plantas medicinales, bien estudiadas por los centros de farmacología y más en concreto de farmacognosia de las principales universidades del mundo (Brendler, Gruenwald, Ulbricht, Basch, Claw & Devil's, 2006), resultan útiles, como complemento nutricional, en la prevención de enfermedades y en la protección de la salud (Cañigüeral, 2009). También diccionarios y propuestas científicas de fitoterapia de manos de los Dres. Pablo Saz y Josep Lluís Berdonces son referentes a nivel nacional.

Según numerosas publicaciones, las plantas medicinales sirven, cuando menos, para modular problemas menores de salud y tratamientos especializados como es el caso del Harpagofito (Grant, McBean, Fyle & Warnoch, 2007) y combinadas con una adecuada educación para la salud, contribuyen a solucionar problemas mayores, caso de la osteoartritis (Chrubasik, Roufogalis & Chrubasik, 2007) y de otras enfermedades musculoesqueléticas (Vlachojannis, Cameron & Chrubasik, 2009).

Las plantas medicinales acarrearán menos efectos secundarios, menos interacciones y reacciones alérgicas de menor intensidad en los pacientes, aunque obviamente no por ser plantas medicinales están exentas de causar problemas. No podemos olvidarnos de igual modo del coste-beneficio. Existen un sinnúmero de tratamientos a base de plantas medicinales en pediatría (European Medicines Agency, 2014), así como en la lactancia y embarazo. (Hernández, Rivera & Bethancourt, 2013).

Sin embargo, el problema está en la falta de control e información sobre la simultaneidad de tratamientos fitoterápicos con los farmacológicos. En un estudio descriptivo transversal realizado en Barcelona, tras encuesta telefónica a 400 pacientes, en el año 2014, los resultados mostraron un consumo de plantas medicinales en un 59,3% de los pacientes. De forma diaria o semanal lo consumen el 41,2% y un 86,4% no lo comunican ni al médico ni a la enfermera, lo que implica que solo lo comunicaban un 13,6% (Baulies et al, 2014). En un estudio anterior publicado en EEUU un 33% sí lo comunicaban (Baulies et al, 2014, citando a Kennedy, 2005).

En el mismo estudio (Baulies et al, 2014), citan a Alonso y Capdevilla (2005), los cuales publicaron un estudio de dispensación de plantas medicinales en farmacias catalanas. En este estudio se ponía de manifiesto que pacientes con patologías crónicas consumían de forma simultánea preparados de plantas medicinales y fármacos de síntesis para la misma indicación, pudiendo aparecer hasta un 18%

de posibles interacciones. Es alarmante, continúan, que los médicos y enfermeras no pregunten a sus pacientes si toman plantas medicinales y, como Indica Cordero (2005), tal y como es referenciado por los autores del citado estudio, sería recomendable incluir las plantas medicinales en la anamnesis habitual.

6.3. PLANTAS MEDICINALES CON EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO

Existe evidencia bien documentada para el creciente uso de la medicina alternativa y complementaria, entre otras disciplinas la fitoterapia (Pérez, 2008), en el tratamiento de la ansiedad (Faustino, Almeida & Andreatini, 2010), tanto por la baja incidencia de efectos adversos así como por la insatisfacción con la sanidad convencional.

La evidencia va en aumento en relación a las plantas medicinales, su uso y sus virtudes, siendo cada vez más crecientes los metaanálisis que se evidencian en este campo (Ernst, 2000). Algunas de estas plantas han resultado útiles en tratamientos de ansiedad y en relajación muscular en comparación con Sertralina, Paroxetina y Fluoksetina, que han presentado más efectos secundarios. De hecho, la justificación para la pauta de uno u otro de estos principios activos por parte del médico especialista en salud mental se debe a la tolerancia y a los efectos adversos que el médico debe de conocer. Los pacientes son quienes al referir sus síntomas alertan al especialista para que vaya combinando estos fármacos.

En las conclusiones del Congreso Nacional de fitoterapia de la Asociación Española de Fitoterapia se puede leer que el *Hypericum perforatum* ha sido eficaz en el tratamiento de la depresión leve y moderada, con menos efectos adversos que los tratamientos convencionales (Baruch, 2009) (Pérez, 2008).

En un estudio randomizado o aleatorizado, en comparación con la Sertralina y en casos de depresión mayor, el *Hypericum perforatum* obtiene una mayor respuesta que el placebo, a través de la escala de Hamilton (*Hypericum perforatum* placebo Sertralina *Hypericum perforatum* depresión Trial Group, 2002) (Gálvez, 2007). Es preciso tener en cuenta la importancia de pautar en conjunto con otros fármacos pues puede bajar la eficacia clínica (Constenla, García & Palacios, 2004).

El mismo autor Pérez (2008) refiere en un Metaanálisis la evidencia y eficacia del *Hypericum perforatum* frente a placebo y tanta como los antidepresivos tricíclicos.

cos, pero con menos efectos adversos. En el mismo sentido, Linde, Berner y Kriston (2008) evidencian esas conclusiones en un estudio profundo. En otro importante estudio se ponen de manifiesto también los posibles efectos secundarios no siendo administrados adecuadamente (Klemow, Bartlow, Crawford, Kocher, Shah & Ritsick, 2011). Entre los efectos adversos del *Hypericum perforatum*, diversos estudios advierten de su posible interacción con las ciclosporinas, aunque puede ser uno de los pocos a considerar si se toma adecuadamente (Knüppel & Linde, 2004).

El Kava Kava ha resultado eficaz como relajante muscular esquelético (músculos voluntarios) al actuar sobre el sistema límbico, promoviendo el sueño sin necesidad de sedantes. También ha mostrado eficacia similar a los tratamientos con benzodiazepinas (Rex, Morguenstern & Fink, 2002).

La *Passiflora incarnata* tiene propiedades sedantes leves para la agitación nerviosa, insomnio y ansiedad (WHO, 2007).

6.4. PLANTAS MÁS UTILIZADAS Y CON MAYOR EVIDENCIA PROBADA PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD

Tres grandes profesionales del mundo médico-farmacéutico como Alejandro Arteché, Vanaclocha y Cañigüeral evidencian estudios serios del sector y han realizado un Vademécum de Fitoterapia (Vanaclocha & Cañigüeral, 2003).

Citamos entre otras como plantas eficaces para el trastorno de ansiedad las siguientes:

- Espino Albar (*Crataegus monogyna*)
- Amapola de California (*Eschscholtzia californica*)
- Galfimia (*Galphimia glauca*)
- Hipérico (*Hypericum perforatum*)
- Kava Kava (*Piper methysticum*)
- Ginkgo (*Ginkgo biloba*)
- Dong Quai (*Angelica sinensis*)
- Espino Albar (*Crataegus monogyna*)
- Pasiflora (*Passiflora incarnata*)
- Valeriana (*Valeriana officinalis*)

Específicamente esta última, la *Valeriana officinalis*, es una alternativa a las benzodiacepinas en el tratamiento de la ansiedad inducida por los trastornos del sueño, como se comprueba en la guía clínica de Gálvez (2008). Andreatini, Sartori, Seabra y Leite (2002) realizan un estudio piloto aleatorizado con placebo, en el que pacientes con ansiedad fueron tratados con *Valeriana officinalis*. Se asignaron al azar a uno de los tres tratamientos siguientes durante 4 semanas (n = 12 por grupo): valepotriatos (dosis diaria se refiere a: 81,3 mg), diazepam (dosis media diaria: 6,5 mg) o placebo. El grupo de *Valeriana* mostró una reducción significativa en la disminución de la ansiedad mayor que el placebo (Andreatini, Sartori, Seabra & Leite, 2002).

Otro estudio evaluó el tratamiento combinado de *Valeriana* 500 mg y *Harpagophytum* 600 mg para combatir la ansiedad. Sus síntomas disminuyeron significativamente en un 82% de los casos, lo que llevó a sus autores a calificar los resultados como “muy buenos” y a destacar la eficacia terapéutica de la combinación, concluyendo la eficacia terapéutica en casos de ansiedad (Müller, Pfei & Von den Driesch, 2003). Otro estudio constató que *Valeriana officinalis* 120 mg asociada a *Melissa officinalis* 80 mg tuvo efectos ansiolíticos sin causar efectos secundarios (Kennedy, Little, Haskell & Scholey, 2006).

Passiflora incarnata

Sedante leve para la ansiedad, fue estudiada en un ensayo clínico aleatorio a doble ciego realizado en Japón en el que se comparaban Mexazolam, utilizado habitualmente, con Pasionaria 90 mg/día. Los investigadores no encontraron diferencias significativas (WHO, 2007). Otro estudio realizado en Irán, también a doble ciego, no encontró diferencias significativas entre los pacientes que tomaron otro medicamento, Oxazolam, y los que consumieron 45 gotas por día de 217 para tratar la ansiedad (Miyasaka, Atallah & Soares, 2008).

Crataegus oxyacantha, Eschscholtzia californica y magnesio

Las investigaciones sobre el uso de los cuidados naturales para combatir la ansiedad incluyen otras plantas, como *Crataegus oxyacantha* y *Eschscholtzia californica*. Un estudio a doble ciego con placebo y con una combinación de las dos citadas, a la que se añadió magnesio, concluyó que ese cóctel es más eficaz que el placebo en pacientes con ansiedad leve-moderada sin que se advirtieran efectos secundarios (Hanus, Lafon & Mathieu, 2004).

Galphimia glauca

Planta procedente en su origen de la medicina tradicional mexicana, se utiliza como tranquilizante, especialmente en la ansiedad generalizada. Un estudio aleatorio a doble ciego comparó los efectos de *Galphimia glauca* con lorazepam, y obtuvo resultados similares en los pacientes tratados con la planta y con el fármaco (Herrera, Jiménez, Morales, García & Tortoriello, 2007).

Kava Kava

El estudio de *Kava Kava* en humanos mostró efecto similar a las benzodiacepinas en el tratamiento de la ansiedad, aunque advirtió de la necesidad de adoptar precauciones por falta de evidencia en relación a la hepatitis, cirrosis e insuficiencia hepática. La propia OMS, en colaboración con *Natural Standart* (Natural Standart Inc, 2009) ha realizado un estudio sobre el *Kava*. El estudio mostró que posee efectos similares a las benzodiacepinas en el tratamiento de la ansiedad, aunque señaló la necesidad de adoptar precauciones por falta de evidencia sobre posibles consecuencias en hepatitis, cirrosis e insuficiencia hepática.

Rhodiola Rosea

La *Rhodiola Rosea* es un gran adaptógeno, es decir, que ayuda al cuerpo a adaptarse al cansancio, al estrés. Utilizada en toda Europa, está compuesta por rosavinas, que incluyen tres fenilpropanoides (rosavina, rosina y rosarina), y por salidrósido, conocido como rodiosido, y se emplea para tratar tanto el estrés físico como el psíquico. Consigue también incrementar la resistencia a la fatiga. Diversos estudios muestran que mejora la función cognitiva y mental en situaciones de fatiga (Hung, Perry & Ernest, 2011).

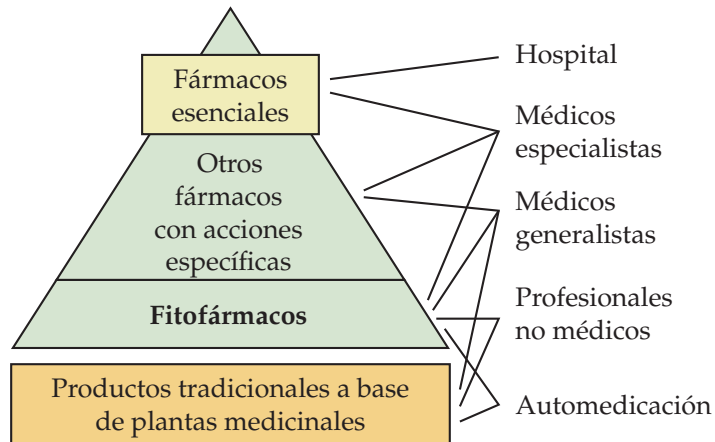
6.5. LAS PLANTAS MEDICINALES ESTÁN CADA VEZ MÁS PRESENTES EN LAS OFICINAS DE FARMACIA

La investigación de plantas medicinales se encuentra con dificultades financieras por distintos motivos. De un lado, las inversiones públicas en I+D+i tienen como destinatarios a centros o proyectos no vinculados con este sector. De otro, la industria farmacéutica no tiene interés en destinar fondos económicos a trabajos de investigación sobre productos que, de confirmarse su validez, podrían afectar negativamente a las ventas de los medicamentos que comercializan.

Es cierto también que los laboratorios que investigan, tratan y preparan las plantas medicinales en distintos formatos para su venta al público tienen poco poder económico para desarrollar y producir investigación. Por tanto, se vinculan a la empresa del sector farmacéutico o no pueden soportar el gasto de las patentes. Es evidente que la industria farmacéutica, como cualquier otro gremio, quiere preservar su hegemonía.

El sector farmacéutico ha decidido ofertar plantas medicinales en las oficinas de dispensación, al lado del resto de medicamentos, para no dejar escapar los ingresos procedentes de la demanda creciente de estos productos, que todavía encontramos sobre todo en los herbolarios. Dado que la ley de prescripción enfermera parece una realidad asumible a juzgar por la disposición política del momento, dependerá de los profesionales, convenientemente formados, la utilización de los recursos disponibles en las oficinas de venta. De igual modo deberán seguir investigándose las propiedades terapéuticas de los compuestos herbales.

Ilustración 19. Prescripción de fitofármacos

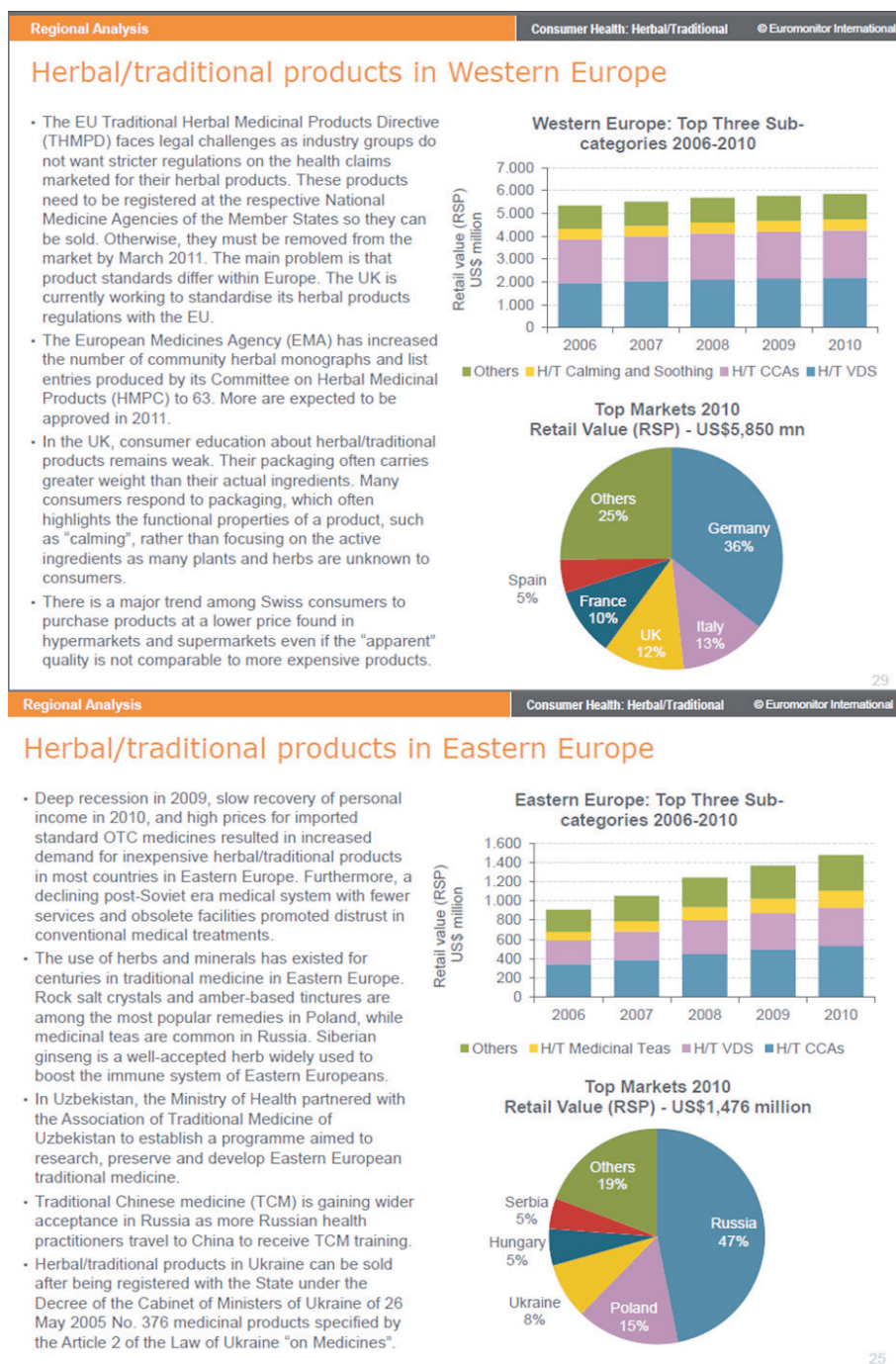


Fuente: Cañigueral S., Vila R. La Fitoterapia racional. Vademécum de Fitoterapia, 2003

Como señala Gálvez en su “Guía clínica naturista de la ansiedad y crisis de pánico”, podemos ver estudios relacionados con la mejora de la ansiedad tratada con plantas medicinales seleccionadas (Gálvez, 2008).

El incremento de normalización y regulación de estos productos, así como su demanda, es visible en este gráfico dentro de la Unión Europea, siendo Alemania quien se erige a la cabeza en el occidente.

Ilustración 20. Uso de productos herbales en el este y oeste de Europa



6.6. LA PLATAFORMA DE PRESCRIPCIÓN E-NURSING EN PLANTAS MEDICINALES

La plataforma de prescripción puesta al servicio de los profesionales por parte del Consejo General de Enfermería en la prescripción autónoma o delegada de protocolos de salud previamente consensuados y establecidos contempla en el área de la prescripción de plantas medicinales, en el apartado de acción sobre el Sistema Nervioso Central, tres campos dentro de las acciones sintomatológicas: acción analgésica, acción antidepresiva y acción hipnótica-sedante.

La plataforma e-nursing, puesta en funcionamiento por el Consejo General de Enfermería, se compone de dos grandes grupos de contenidos:

Por una parte la aplicación metodológica enfermera de la taxonomía Nanda-Nic-Noc que facilita el desarrollo del plan de cuidados, con base de datos acerca de cuidados estandarizados remitidos por unidades clínicas autorizadas y por otra el ejercicio práctico de la prescripción enfermera. En este apartado, dispone de un subapartado de los medicamentos existentes en España a los que se puede acceder a cada ficha técnica para consultar las indicaciones, ver las interacciones y posibles efectos secundarios y finalmente pautar a la hora de prescribir, bien autónomamente o bien bajo protocolo en equipo multidisciplinario. En este caso, el ejercicio autónomo de prescribir consideramos aquellos productos que no requieren la autorización médica y donde se encuentran las plantas medicinales¹.

El acceso a las plantas indicadas por sistemas orgánicos, como mostraremos en alguna imagen, están introduciéndose poco a poco a medida que las casas comerciales cumplen los requisitos exigidos para las plantas medicinales y las normativas de autorización para venta y expendición. Así, tomando de ésta el ejemplo que nos ocupa, tendremos:

¹ Real Decreto de prescripción enfermera que acaba de salir, lo situamos como nota al pie de un par de líneas solo para nombrarlo.

Acción analgésica

Ilustración 21. Plantas medicinales de acción analgésica. Plataforma e-nursing

The screenshot shows the 'e-nursing' application interface. The main window is titled 'Búsqueda por Grupos Terapéuticos'. On the left, there is a navigation menu with icons for 'Marcas', 'P.Act.', 'ATC', 'Indic.', 'Acc.', 'Enferm.', and 'Labor.'. The search results are displayed in a tree view under 'Plantas medicinales', with 'TP01G Plantas medicinales con acción analgésica' selected. The tree view lists several plants with their scientific names and formulations, such as 'HOJAS DE MELISA [MELISSA OFFICINALIS] ORAL 62,5 MGBROMERO [R]', 'LAVANDA [LAVANDULA ANGUSTIFOLIA] ORAL 135 MGBMANZINILLA CG', and 'MATRICARIA [TANACETUM PARTHENIUM] ORAL 200 MGBMANZINILLA'. On the right, the 'Productos' table lists the following items:

TP	Nombre	Sit.	Precio	Aut.	SNS
✓	AQUIMIGRAL AQUILEA, 20 FILTROS 0,9 G			✓	
✓	CAPSULANT PARTENIO 300 MG, 60 CAPSULAS			✓	
✓	JACQUESOR, 20 FILTROS 1,5 G			✓	
✓	MESATIL 250 MG, 60 CAPSULAS			✓	
✓	MIGRANELA ARKOCAPSULAS 200 MG, 50 CAPSULAS			✓	

At the bottom, there are checkboxes for 'Selección situación Nomenclador SNS:' with options AC-AF, AC-TF, AC-BF, AC, BC-BF, and BC. The status bar shows the time as 11:38 and the date as 22/04/2012.

Acción antidepresiva:

Ilustración 22. Plantas medicinales con propiedades antidepresivas. Plataforma e-nursing

The screenshot shows the 'e-nursing' application interface. The main window is titled 'Búsqueda por Grupos Terapéuticos'. On the left, there is a navigation menu with icons for 'Marcas', 'P.Act.', 'ATC', 'Indic.', 'Acc.', 'Enferm.', and 'Labor.'. The search results are displayed in a tree view under 'Plantas medicinales', with 'TP01GC Plantas medicinales con propiedades antidepresivas' selected. The tree view lists several plants with their scientific names and formulations, such as 'RAICES DE VALERIANA [VALERIANA OFFICINALIS] ORAL 400 MG, 36 C', 'RAICES DE VALERIANA [VALERIANA OFFICINALIS] ORAL 400 MG, 45 C', and 'EXTRACTO SECO DE SUMIDADES FLORIDAS DE HIPERICO [HYPERICUM PERFORATUM] ORAL 25'. On the right, the 'Productos' table lists the following items:

TP	Nombre	Sit.	Precio	Aut.	SNS
✓	ANXIOMAX ORTHO COMPLEXE 009, 60 CAPSULAS			✓	
✓	GRAGEAS HERBALES KNEIPP DE HIPERICO 60 GRAGEAS, 300 MG			✓	
✓	HIPERICO SORIA NATURAL 60 CAPSULAS, 250 MG			✓	
✓	HYPERICUM NATYSAL, 60 CAPSULAS, 300 MG			✓	

At the bottom, there are checkboxes for 'Selección situación Nomenclador SNS:' with options AC-AF, AC-TF, AC-BF, AC, BC-BF, and BC. The status bar shows the time as 11:31 and the date as 22/04/2012.

Acción hipnótica sedante:

Ilustración 23. Plantas medicinales con acción sedante. Plataforma e-nursing

The screenshot displays the 'e-nursing - Ovidio Céspedes Tuero' application window. The main menu includes 'Aplicación', 'Gestión', 'Indicación Clínica', 'Informes', 'Servicios Profesionales', 'Propiedades', 'Ventana', 'Formación', and 'Ayuda'. The current view is 'Medicamentos y Productos Sanitarios'.

Búsqueda por Grupos Terapéuticos

Grupo Terapéutico:

Productos

Nombre	Sit.	Precio	Aut.	SNS
SOÑOSTIM 40 CAPSULAS, 240 MG			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TILA ALPINA ZEA MAIS, 1 ENV. 20 G			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TILA EL NATURALISTA, 20 FILTROS 1.2 G			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TILA ZEA MAIS 10 FILTROS			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TILA ZEA MAIS, 1 ENV. 40 G			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TISAPLANT SEDANTE 20 FILTROS, 1, 5 G			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TISAPLANT SEDANTE 80 G			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANQUI QUIMPE 60 CAPSULAS, 250 MG			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALERIANA ARKOCAPSULAS 100 CAPSULAS, 270 MG			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALERIANA ARKOCAPSULAS 50 CAPSULAS, 270 MG			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALERIANA FLORACIL 350 MG, 60 COMPRIM.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALERIANA KNEIPP 200 MG, 60 GRAGEAS			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALERIANA KNEIPP 30 GRAGEAS, 200 MG			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALERIANA LEO CON CRATAEGUS Y PASSIFLORA 20 GRAGEAS, 210 MG			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALERIANA LEO CON CRATAEGUS Y PASSIFLORA 50 GRAGEAS, 210 MG			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALERIANA LEO CON CRATAEGUS Y PASSIFLORA 80 GRAGEAS, 210 MG			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALERIANA RELAFFIT 500 MG, 30 CAPSULAS			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALERIANA RELAFFIT 500 MG, 45 CAPSULAS			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALERIANA RELAFFIT 500 MG, 60 CAPSULAS			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALERIANA SERRA 265 MG, 60 GRAGEAS			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALERIANA SERRA PAMIES, 265 MG, 30 COMPRIM.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VALERIANA SERRA PAMIES, 265 MG, 60 COMPRIM.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prescrip. P.A.

Selección situación Nomenclador SNS: AC-AF AC-TF AC-BF AC BC-BF BC

CAPÍTULO 7

INTERVENCIONES CONDUCTUALES COMO INSTRUMENTO DE DISMINUCIÓN DE ANSIEDAD Y DOLOR

7.1. INTRODUCCIÓN A LA COMUNICACIÓN NO VERBAL: CONTACTO Y ENERGÍA

La teoría cuántica, defendida por el físico Frijof Capra, considera que las partículas que componen a nivel atómico la masa de un cuerpo no son materia aislada sino “patrones de probabilidad, interconexiones dentro de una infinita e irreparable telaraña cósmica” (Capra, 2004).

Manifiesta Capra que la física es el brillante ejemplo de la ciencia pura y dura, que siempre se ha tenido como un modelo para las demás, y que está ahora trascendiendo la visión del mundo mecanicista y reduccionista. Nos está conduciendo a una visión orgánica, holística y ecológica similar a la de los místicos, las personas psíquicas y las que tienen experiencias transpersonales espontáneas.

Para el investigador de la Universidad de Yale Harol Saxton Burr todos los seres vivos poseen un campo electromagnético que los rodea, y que “es modificado cuando se producen cambios físicos y emocionales dentro del cuerpo”. Cuando en 1930 realizó el experimento con salamandras, humanos y vegetales, encontró una alineación magnética y eléctrica del eje hacia el cerebro y también una representación en la semilla del óvulo no fecundado en humanos y en la semilla de la planta, representando a modo de “plantilla” completa de ésta incluso antes de su desarrollo. Experimentó además que:

“El campo electro-dinámico del cuerpo sirve como una matriz o molde que conserva la “forma” o disposición de cualquier material vertido en ella, sin embargo a menudo el material puede experimentar cambios. Cuando este cambia, implica cambios energéticos que serán la antesala de la alteración patológica posterior” (Saxton-Burr, 2008).

El campo electromagnético pone en evidencia que posee información dentro y fuera de él. Esta energía ha sido denominada por otras disciplinas, lo han venido denominando aura, campo energético (Glecer, 2013). La acción de tocar al paciente

para estimular la disminución de su ansiedad hace que éste se sienta mejor, así lo expresa en la consulta.

El **Tacto terapéutico** el NIC lo define como:

Definición:

De acuerdo con el campo universal de la salud, busca la manera de trabajar como instrumento de influencia en la curación y utilizar la sensibilidad natural de las manos para centrar y dirigir el proceso de la intervención.

Como intervención enfermera conductual en combinación con la fitoterapia, va directamente dirigida a disminuir la ansiedad y el miedo y a inducir la sanación. Son maneras de denominarlo, pero encierra el mismo sentido.

Entendemos que la sanación mediante la aplicación o imposición de manos es otra forma de denominar aquello que solo se puede sentir e interpretar subjetivamente como modelo individual. Se puede transmitir y es más difícil de conceptualizar con cuerpo doctrinal y con evidencias de la ciencia biomédica.

No está de más recordar a Marta Rogers, Dora Kunz y Dolores Kriegger en sus afirmaciones de los campos de energía respecto a lo que somos: seres unitarios.

“Considera al hombre como un todo unificado que posee integridad propia y que manifiesta características que son más que la suma de sus partes y distintas de ellas al estar integrado en un entorno”. “El hombre unitario y unidireccional” (Marriner & Raile, 2006).

El cirujano ortopédico norteamericano Robert Becker, pionero en el campo de la regeneración y bioelectromagnetismo, informó sobre su éxito usando electrodos de plata en 1985. Describiendo sus primeros trabajos en 1973 en la regeneración ósea mediante la electricidad, afirmó:

“En los ensayos preliminares se encontró que los electrodos de plata, cuando se hacen eléctricamente positivos, matarían a todos los tipos de bacterias en una zona cerca de media pulgada de diámetro, al parecer debido a la carga positiva de iones de plata en la cultura impulsada por el voltaje aplicado”. (Becker, 2000).

Encontró dos campos eléctricos en el ser humano: uno representado por la corriente alterna, desde y hacia los nervios y los músculos; el corazón representa

la central eléctrica que, a través de cada latido, se transmite al cuerpo entero. El otro campo, representado por la corriente continua, funciona a través de sistemas perineurales, de las células glía; es un circuito cerrado a todo el cuerpo, en el que podemos distinguir tres zonas con potencial eléctrico positivo: cerebro, plexo braquial y plexo lumbar.

La corriente continua, añade Becker, repara daños celulares y regula los estados de conciencia, sin prisa, manteniendo la vibración de la onda expansiva el tiempo que necesita hasta la reparación del tejido, donde la glándula pineal se orienta como magnetoreceptor principal.

El lóbulo frontal derecho es, en primer lugar, responsable de sentimientos y características de la personalidad relacionadas con lo social, lo político y los valores religiosos, pero es en el lóbulo temporal derecho donde reside la estructura crítica en la intensidad de los fenómenos religiosos (Besocke, Bacanelli, Cristiano, García, Silva & Valiensi, 2012). Y es que la ansiedad relacionada con el dolor, además de las características físicas y biológicas del proceso en sí, guarda relación con el nivel de miedo a la muerte, especialmente cuando supone amenaza. Miedo a lo desconocido “después”, al “más allá”.

La estimulación de los cinco sentidos es la base de recuperación de la salud y las intervenciones conductuales **Presencia y Contacto** son fundamentales para potenciarlas. Son en sí mismas la herramienta de comunicación más poderosa entre el enfermero(a), el paciente y Dios (abstracto, concreto, energía cósmica o de cualquier forma y modo explicativo que se conciba).

El neurólogo Rubia (2007) cita a Schelling:

“El hombre es una parte de Dios, no existe consciencia del yo, decimos nosotros; el hombre se funde con su sistema límbico, con la naturaleza. Es un estado, sin duda, placentero, del que queda en la consciencia humana esa nostalgia de una “edad dorada”, de un “paraíso” del que el hombre fue expulsado, pero no por Dios, sino que fue expulsado del Paraíso de la Unidad/Totalidad de Dios-Uno absoluto.”

“De ahí que Schelling afirme que la pregunta “¿Cómo llega la consciencia de Dios?” es una pregunta mal planteada. No se trata de que la consciencia humana llegue a Dios, ya era uno con Él, sino que precisamente su primer movi-

miento es separarse de ese Dios-Uno absoluto. Mientras el hombre solo Es, él mismo es su objeto, es consciencia de Dios, pero no es que él tenga esa consciencia, sino él mismo es esa consciencia, es la notitia Dei insita.”

No es difícil saber que en todo proceso de salud, las variables psicológicas y cognitivas pueden incluir estados emocionales tales como la ansiedad, la pérdida de concentración o la memoria así como el proceso de información y también la toma de decisiones. Estos factores influirán en la respuesta del paciente en el proceso de recuperación de su salud, sea cual sea el proceso etiológico y el problema de salud identificado. La catedrática de enfermería María Teresa Lluch propone un decálogo para la salud mental positiva (Lluch, 2011).

Las herramientas que el cerebro utiliza para comprender la naturaleza del mundo interior y exterior son los canales, es decir, los sentidos, a los que debemos de añadir la intuición, como comienza a demostrar la ciencia (Punset, 2000), (Smith, 2009). Otro enfoque similar es el caso del tratamiento en lesionados cerebrales perseguido por Glenn Doman (Doman, 2009).

Si la ciencia deja de lado la intuición y la percepción por considerarlas pseudociencia deja a los humanos sin herramientas, quedando a su propia merced como seres inconscientes. Es necesario integrarlas. Dice el diccionario que la intuición es la percepción inmediata sin la ayuda de otros razonamientos pero, de alguna manera, esa definición es incompleta, podríamos decir incluso que contradictoria, en cuanto que la intuición puede desgajarse en tres partes que confluyen en una general: intuición sensorial, utilizada por los cinco sentidos, que nos permite ser receptivos a las sensaciones; intuición interna, relativa a la existencia de nuestra consciencia e intuición racional, directamente relacionada con las verdades transcendentales. ¿Cómo separar la intuición y percepción de la naturaleza humana?

En su libro *Consciencia más allá de la vida* (Edit. Atalaya), en el que relata experiencias de pacientes con experiencias cercanas a la muerte, el cardiólogo holandés Pin Van Lommel se pregunta si la consciencia tiene base biológica (Van Lommel, 2012)

Uno de los tratamientos más vanguardistas para niños autistas está basado en los estudios realizados por el doctor Glenn Doman (Doman & Pelligra, 2004) y su equipo y se fundamentan en la estimulación sensorial para optimizar el medio fisiológico dentro del cerebro y no solo con sustancias químicas. Colaborador de Doman, el neurocirujano Temple Fay también trabajó con ese método. Cuando otros

colegas le preguntaban cómo se podía ayudar a un cerebro dañado, Fay respondía que no solo desde la cirugía instrumental sino también desde su interior. El equipo del doctor Fay explicaba el cómo y el por qué realizaba ciertas funciones y actividades en determinado tiempo. El neurocirujano sostenía que hay formas de inducir cambios positivos en un cerebro normal o en uno dañado, que se podía conseguir a través de los conductos que llevan al cerebro, refiriéndose a los cinco sentidos.

Bebés normales con cerebros normales estimulados sensorialmente crecieron y demostraron en su adolescencia que podían completar el bachillerato superior, dominar distintos instrumentos, varios idiomas, etc. Es decir, la estimulación sensorial potenciaba al máximo sus capacidades innatas. A la vista de los resultados, el doctor italiano De la Cato recomendaba a estos niños utilizar el programa de estimulación con el objetivo de mejorar o normalizar cerebros dañados, siempre en bebés y niños de 0 hasta 3 años de edad. Pero, cuidado, es preciso integrar los cinco sentidos.

En España la Fundación Belén trabaja con las teorías de los Dres. Doman y Fay¹.

7.2. OTRAS INTERVENCIONES NIC CONDUCTUALES

A continuación mostramos la definición y las actividades propuestas por la Clasificación NIC para las otras intervenciones conductuales seleccionadas:

Tabla 15. Intervención NIC, Contacto

005460 CONTACTO
Definición: Comunicación vivida, sentida y experimentada por el enfermero(a) y el paciente, quien a través del contacto manual se percata de la sensación de sentirse bien, de que ceden las tensiones sufridas como expresión de alteraciones orgánicas, somáticas o mentales o unas como consecuencia de otras.

¹ La Fundación Belén fue reconocida en el Boletín Oficial del Estado el 14 de octubre de 1996, está inscrita en el Registro de Fundaciones Estatales del Ministerio de Cultura de España con el número 295. Recuperada de: <http://fundacionbelen.org/>

Actividades

Evaluar la propia comodidad personal utilizando el contacto con pacientes y familiares.

Evaluar la preparación del paciente cuando se le ofrece el contacto.

Evaluar el contexto del entorno antes de ofrecer el contacto.

Determinar qué parte del cuerpo es mejor tocar y la duración del contacto que produce las respuestas más positivas en el receptor.

Observar los tabúes culturales del contacto físico.

Dar un abrazo de afirmación, si procede.

Colocar el brazo alrededor de los hombros del paciente, si procede.

Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional.

Aplicar una presión suave en la muñeca, mano u hombro del paciente gravemente enfermo.

Golpear suavemente la espalda en sincronía con la respiración del paciente, si procede.

Golpear lenta y rítmicamente la parte del cuerpo, si procede.

Masajear alrededor de la zona dolorida, si procede.

Averiguar las acciones comunes de los padres utilizadas para aliviar y calmar al niño.

Coger al bebé firme y cómodamente.

Animar a los padres a tocar al recién nacido o al niño enfermo.

Rodear al bebé prematuro con mantas enrolladas (anidamiento).

Envolver cómodamente al niño con una manta para mantenerle los brazos y las piernas junto al cuerpo.

Colocar al bebé sobre el cuerpo de la madre inmediatamente después del nacimiento.

Animar a la madre a que coja, toque y examine al bebé mientras se le corta el cordón umbilical.

Animar a los padres a que cojan en brazos al bebé.

Animar a los padres a que masajeen al bebé.

Mostrar técnicas tranquilizadoras para los bebés.
Proporcionar un chupete adecuado para la succión no nutricional de los recién nacidos.
Proporcionar ejercicios de estimulación oral antes de la alimentación por sonda en bebés prematuros.
Evaluar el efecto cuando se utiliza el contacto.

Fuente: Bulechek et al (2014).

De acuerdo con el campo universal de la salud, el profesional busca con el tacto terapéutico la manera de trabajar como instrumento de influencia en la curación, utilizando la sensibilidad natural de las manos para centrar y dirigir el proceso de la intervención.

“Los estados y cambios emocionales, así como la angustia o la alegría, las diversas formas de excitación, el agotamiento físico y psíquico y las depresiones están en íntima relación con el tono... La flexibilidad del tono permite pasar por toda una escala de sentimientos humanos y volver al tono habitual” (Alexander, 1986).

Estudios realizados, y que aparecen en las búsquedas con evidencia, muestran que las terapias de toque pueden tener un efecto moderado en el alivio del dolor (So, Jiang & Qin, 2008).

La Escuela Argentina de Eutonía manifiesta que practicar esta disciplina es retornar el poder sobre la salud a través del autoconocimiento, desarrollando recursos propios para el manejo del estrés y el dolor. De hecho, el Reiki, que se practica a través del control sobre la propia energía a una distancia de toque muy próxima al paciente pero sin contacto directo, ha resultado eficaz en el tratamiento del burnout (Díaz, Fernández, García & Rojas, 2011) y (Baldwin, Vitale, Brownell, Scicinski, Kearns & Rand, 2010).

Para Berta Vishnivetz es un campo fluyente e intencional, que proporciona consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado (Vishnivetz, 1994).

Tabla 16. Intervención NIC, Presencia

005340 PRESENCIA
<p>Definición: permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica.</p>
<p>Actividades</p> <p>Mostrar una actitud de aceptación.</p> <p>Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente.</p> <p>Ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente.</p> <p>Establecer una consideración de confianza y positiva.</p> <p>Escuchar las preocupaciones del paciente.</p> <p>Permanecer en silencio, si procede.</p> <p>Establecer contacto físico con el paciente para expresar la consideración, si resulta oportuno.</p> <p>Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.</p> <p>Permanecer físicamente presente sin esperar respuestas de interacción.</p> <p>Establecer una distancia entre el paciente y la familia, si es necesario.</p> <p>Ofrecerse a quedarse con el paciente durante las interacciones iniciales con otras personas de la unidad.</p> <p>Ayudar al paciente a darse cuenta de que se está disponible, pero sin reforzar conductas dependientes.</p> <p>Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos.</p> <p>Reafirmar y ayudar a los padres en su papel de apoyo de su niño.</p> <p>Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los períodos de ansiedad.</p> <p>Ofrecerse a entrar en contacto con otras personas de apoyo (cura/rabino), si procede.</p>

Fuente: Bulechek, et al (2014)

Tabla 17. Intervención NIC, escucha activa

004920 ESCUCHA ACTIVA
Definición: gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.
Actividades Establecer el propósito de la interacción. Mostrar interés en el paciente. Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones. Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones. Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p. ej., saber que la posición física expresa mensajes no verbales). Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación. Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas. Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz. Identificar los temas predominantes. Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual. Calcular una respuesta de forma que refleje la comprensión del mensaje recibido. Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. Recurrir a una serie de interacciones para descubrir el significado del comportamiento. Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura). Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

Fuente: Bulechek, et al (2014)

Tabla 18. Intervención NIC, relajación simple

006040 TERAPIA DE RELAJACIÓN SIMPLE
<p>Definición: uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.</p>
<p>Actividades</p> <p>Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (musicoterapia, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).</p> <p>Detectar un nivel de energía actual disminuido, incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que pueden interferir en la capacidad cognitiva para centrarse en la técnica de relajación.</p> <p>Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado.</p> <p>Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.</p> <p>Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.</p> <p>Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.</p> <p>Aconsejar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.</p> <p>Individualizar el contenido de la intervención de relajación (solicitando sugerencias de cambios).</p> <p>Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.</p> <p>Invitar al paciente a que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.</p> <p>Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.</p> <p>Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.</p> <p>Alentar la demostración de la técnica de relajación por parte del paciente, si fuera posible.</p> <p>Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación.</p> <p>Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación.</p>

Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s).
Dejarle un tiempo sin molestarle, ya que el paciente puede quedarse dormido.
Fomentar el control cuando se realice la técnica de relajación.
Evaluar regularmente el informe de relajación conseguida del individuo, y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura de la piel, si procede.
Grabar una cinta sobre la técnica de relajación para uso de la persona, según proceda.
Usar la relajación como una estrategia adyuvante con medicamentos para el dolor o en combinación con otras medidas, según proceda.
Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

Fuente: Bulechek et al (2014)

Aunque la intervención NIC **001390 Tacto Curativo** no está presente en este estudio por haber sido incluido en la Clasificación en las últimas ediciones, sí nos identificamos con ella a modo de intención terapéutica en el sentido profundo y respetuoso del tocar y parece oportuno desarrollarla.

Tabla 19. Intervención NIC Tacto curativo

NIC 001390 TACTO CURATIVO
Definición: Aplicar una terapia de biocampo no invasiva mediante el tacto y la intencionalidad compasiva para influir en el sistema de energía de la persona, afectando a su salud y curación física, emocional, mental y espiritual.
Actividades: Crear un ambiente cómodo e íntimo, sin distracciones. Determinar la predisposición para que se toquen partes del cuerpo. Identificar los objetivos mutuos de la sesión. Aconsejar al paciente que haga preguntas siempre que surjan. Colocar al paciente en una posición cómoda y segura que facilite la relajación (p. ej., si es posible usar una silla, tumbona o camilla de masaje, si se puede sujetar el cuerpo con seguridad). Retirar los elementos constrictivos (p. ej, gafas, zapatos y cinturón.).

- Mantener al paciente con ropa cómoda.
- Cubrirle solo para que la temperatura sea agradable.
- Centrar al paciente en sí mismo enfocando la conciencia en el yo interior.
- Basar el yo armonizándolo con la energía de la Tierra.
- Establecer armonía con el campo de energía del paciente.
- Establecer la intención de actuar para lograr el máximo beneficio para el paciente.
- Realizar una evaluación del campo de energía del paciente (aura) y de su centro de energía para determinar si se deben usar técnicas de reducción, equilibrio o aumento de la energía.
- Determinar el método concreto de tacto sanador para fomentar la curación (p. ej., serenar o suavizar el campo energético, conexión corporal total, vitalidad etérea, serenidad magnética, drenaje magnético del dolor, meditación espiral, técnica piramidal).
- Utilizar las manos para reducir, equilibrar o aumentar la energía del campo del paciente.
- Continuar hasta que los campos de energía y los centros de energía se aprecien equilibrados, suaves, conectados, simétricos y fluyendo.
- Repetir la evaluación energética para identificar los campos que se han producido.
- Instruir al paciente para que mueva el cuerpo con suavidad y se estire antes de levantarse.
- Tocar el cuerpo del paciente para ayudarlo a tomar contacto con la energía de la tierra si presenta mareo al levantarse.
- Ofrecer al paciente un vaso de agua para reponer la que haya perdido con el movimiento de energía.
- Proporcionar retroalimentación al paciente sobre el trabajo energético en términos comprensibles para él.
- Pedir al paciente que describa lo que ha experimentado o notado durante y después de la sesión.
- Registrar las características del trabajo energético.
- Registrar las respuestas físicas, mentales y emocionales de la sesión.

7.3. RELACIÓN ENTRE FITOTERAPIA E INTERVENCIONES CONDUCTUALES

Analizamos también el por qué de “otras intervenciones conductuales”, ya que consideramos imposible pautar fitoterapia sin más en el tratamiento holístico y global de una persona. Es preciso comunicarse con ella (Presencia), escuchar de una manera interesada (Escucha activa), también cuando las emociones salen a flote en procesos de introspección y de comunicación verbal y no verbal (Contacto), y a veces llevar ese contacto intencionado a la acción terapéutica (Tacto terapéutico). Por ello siempre acompaña este cortejo y acción a aquella de prescribir finalmente una planta para la ansiedad que acompaña al dolor.

Los enfermeros ante el paciente escuchamos, nos presentamos, suplementamos y nos ponemos en el lugar del paciente. Tocamos con la consciencia puesta en el binomio dolor-ansiedad.

El dolor suele estar acompañado de estrés emocional, aumento de la irritabilidad, depresión, alejamiento social, disminución de la libido, alteración del patrón de sueño, pérdida del apetito y pérdida de peso (Venegas de Ahogado y otros, 2008).

La interacción enfermera/o-paciente se hace necesaria con esta visión y las intervenciones conductuales lo favorecen. De hecho Hildegard Peplau cree que se neutraliza la ansiedad propia del desconocimiento por parte del paciente y se potencia el aprendizaje (Arias, Leal, Machiavello, Pino & Salazar, 2012).

“En este modelo las acciones son realizadas tanto por el paciente como por la enfermera a través de la interrelación personal. La meta se puede considerar alcanzada cuando el paciente alcanza al máximo grado de crecimiento personal y de salud dentro de sus limitaciones. La dinámica que hace progresar la actividad es la capacidad de los sujetos (tanto enfermera como paciente) para poder establecer relaciones interpersonales, aprender y desarrollarse”. “Concluimos que el modelo de Hildegard Peplau es un modelo de interacción donde enfermera-paciente unidos pueden aprender y crecer personalmente. (Alvarado, Guglielmetti, Tenis & Díaz, 2012).

CAPÍTULO 8: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

8.1. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

8.1.1. Diseño

Estudio Cuasi experimental, retrospectivo

Se trata de un estudio retrospectivo de historiales clínicos.

Cada paciente ha sido tratado al menos en cuatro fechas distintas con el mismo episodio (ansiedad r/c dolor) con *valeriana officinalis* e intervenciones conductuales. Cada vez que asistió se le valoró mediante los indicadores estrella (6 para nivel de dolor y 6 para nivel de ansiedad) correspondiente a los NOC, 001211 Nivel de Ansiedad y 002102 Nivel de Dolor.

Tomaremos para el estudio el comportamiento del dolor y la ansiedad, siendo proporcional esta última al dolor, puesto que hemos medido mediante **indicadores coincidentes** la evolución de cada una de estas (ansiedad y dolor). Podría en estudios posteriores diferenciarse el grado de correspondencia y homogeneidad realizando el estudio mediante **indicadores no coincidentes**, pero hemos optado en una primera etapa por la opción más sencilla.

8.1.2. Población de estudio, muestra y ámbito de estudio

Se trata de una muestra de **105** pacientes, elegidos tras revisar, una a una, una población de **6.000** fichas de pacientes de una consulta privada de cuidados naturales en enfermería desde el año 2000 hasta el año 2013. Se llega a una muestra de 105 pacientes, dado que aparte de cumplir los requisitos de inclusión y exclusión, los pacientes han sido tratados con fitoterapia e intervenciones conductuales descritas.

En el centro sanitario, se realizan asimismo intervenciones tales como: reflexología podal, drenaje linfático manual, acupuntura, acupresión, tacto curativo, técnicas de respiración y relajación, masaje clásico, técnica osteopática, etc. Los

pacientes seleccionados se diferencian del resto en que, además de no estar tomando otra medicación, no han sido tratados con ninguna otra intervención de las descritas.

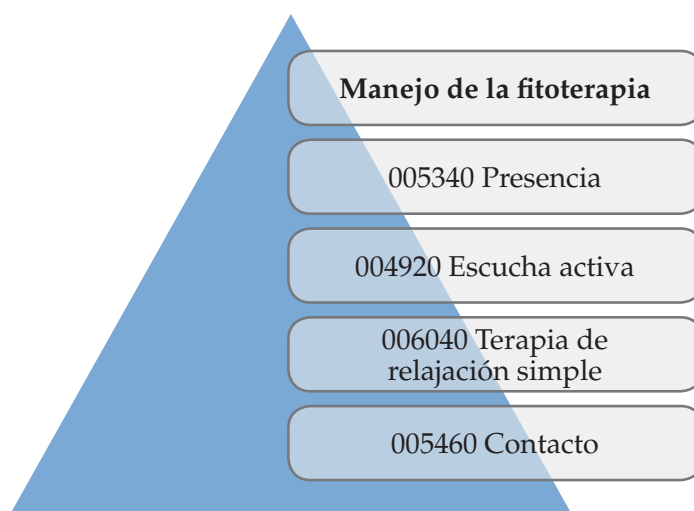
Hemos revisado historiales de pacientes que presentan ansiedad relacionada con dolor agudo o crónico y que han sido tratados con fitoterapia al mismo tiempo que con intervenciones conductuales. Se les asignaron etiquetas diagnósticas NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), a los problemas, y etiquetas de la clasificación NIC a las intervenciones efectuadas: “Manejo de la fitoterapia”, “Contacto”, “Terapia de relajación simple”, “Presencia” y/o “Escucha activa”.

8.1.2.1. Criterios de inclusión

En base a lo expuesto, los criterios de inclusión serían:

- Pacientes de ambos sexos de edades comprendidas entre los 15 y los 95 años.
- Diagnóstico enfermero de 000132 Dolor Agudo o 000133 Dolor Crónico.
- Diagnóstico enfermero de 000146 Ansiedad.
- Tratamiento continuado al menos en cuatro ocasiones con *valeriana officinalis* y las intervenciones conductuales propuestas.

Ilustración 24. Intervenciones para el presente estudio



8.1.2.2. Criterios de exclusión

Como puede ser probable la interacción entre fármacos y plantas medicinales (Tres, 2006) hemos excluido a los pacientes que estuviesen llevando a cabo algún tratamiento medicamentoso en el momento de ser estudiados.

8.2. FITOTERAPIA CON LA QUE REALIZAMOS ESTE ESTUDIO.

Hemos elegido la *Valeriana officinalis* (Hattesohl y otros, 2008) (Little, Kennedy, Haskell & Scholey, 2006), la cual hemos pautado en dos dosis diarias de 400 mg. Hemos elegido al comparar entre otros grupos de plantas del sector tales como: el *hipérico* (Canning y otros, 2010), (Fiebich, Knörle, Apple, Kammler & Weiss, 2011) la *pasiflora* (Movafegh, Alizadeh, Hajimohamadi, Esfehiani & Nejatfar, 2013), (Deng, 2010) con propiedades semejantes.

No hemos pretendido valorar el efecto del principio activo de la planta en sí, una cuestión que queda para estudios farmacológicos posteriores, sino determinar en primera instancia la modificación de manera general del eje ansiedad-dolor a través del tratamiento con fitoterapia.

8.3. PROCEDIMIENTO

Cada paciente ha sido tratado al menos en cuatro fechas distintas con el mismo episodio (ansiedad r/c dolor) con *valeriana officinalis* e intervenciones conductuales. Cada vez que asistió se le valoró mediante los indicadores estrella (6 para Nivel de dolor y 6 para Nivel de ansiedad) correspondiente a los NOC 001211 Nivel de Ansiedad y 002102 Nivel de Dolor. A continuación explicaremos cómo se han seleccionado estos.

En el año 2002 se inició una línea de investigación basada en la hipótesis de que los indicadores de los resultados de la NOC podían convertirse en auténticos “descriptores” sensibles y específicos, de las manifestaciones y factores relacionados de muchos diagnósticos de la NANDA y convertirse así en verdaderos instrumentos de ayuda al diagnóstico enfermero (Morilla, Morales, Fernández-Galleg, Berrobianco & Delgado, 2011).

Tomando esta idea, se han creado asociaciones entre *indicadores de resultados NOC, factores relacionados y características definitorias*. En este estudio coinciden características definitorias de la NANDA para Ansiedad y Dolor Agudo y Crónico con los indicadores seleccionados Nivel de Ansiedad, Nivel de Dolor.

Los indicadores del NOC "Nivel de dolor" tienen coincidencias con características definitorias del **diagnóstico de dolor agudo y crónico**, tales como:

- Conducta expresiva: agitación, gemidos, llanto, vigilancia, irritabilidad, suspiros, máscara facial, ojos apagados, expresión abatida, movimientos fijos o escasos, gemidos.
- Conductas de distracción: caminar de un lado a otro, búsqueda de otras personas o actividades, actividades repetitivas.
- Conducta defensiva.
- Centrar la atención en sí mismo.
- Reducción de la interacción con los demás, en el caso del dolor crónico.

Del mismo modo las coincidencias también se dan en su relación con las características definitorias del **diagnóstico de ansiedad**, como son: evita el contacto ocular, dolor agudo, atención centrada en el yo, preocupación, rumiación.

Previamente indicar que de los dos Resultados Nivel de Dolor y Nivel de Ansiedad los indicadores elegidos son los coincidentes, y están determinados por la valoración que damos a los **6 indicadores elegidos**. Tienen en común que son los mismos indicadores elegidos para los dos casos de una larga lista, aunque nombradas diferente, según el código NOC del indicador correspondiente. De tal forma que se obtendrán dos cuadros con las mismas valoraciones homogéneas.

Hemos resaltado en los cuadros de color rojo aquellos indicadores estrella o *gold estándar* que coincidían en ambos NOC's.

Tabla 20. Indicadores seleccionados coincidentes NOC, Nivel de Ansiedad NOC, Nivel de Dolor

(1211) NOC NIVEL DE ANSIEDAD	(2102) NOC NIVEL DE DOLOR
121103 Manos húmedas	210201 Dolor referido
121105 Inquietud	210206 Expresiones faciales de dolor
121106 Tensión muscular	210208 Inquietud
121110 Explosiones de ira	210209 Tensión muscular
121112 Dificultades para la concentración	210210 Frecuencia respiratoria
121113 Dificultades para el aprendizaje	210212 Presión arterial
121119 Aumento de la presión sanguínea	210214 Sudoración
121120 Aumento para la velocidad del pulso	210215 Pérdida del apetito
121121 Aumento de la frecuencia respiratoria	210220 Frecuencia del pulso radial
121122 Pupilas dilatadas	210227 Náuseas
121123 Sudoración	
121124 Vértigo	
121129 Trastornos del sueño	
121130 Cambios en las pautas intestinales	

Se han hecho coincidir los indicadores susceptibles de medida de los NOC correspondientes (marcados en rojo), precisamente para evaluar, a partir de la máxima similitud existente, un binomio dolor-ansiedad, con la escala de valoración Likert de 1 a 5, siendo el 1 quien presenta una situación más comprometida y el 5 la más liberada o exenta de alteración evidente (Grave 1, Sustancial 2, Moderado 3, Leve 4, Ninguno 5).

Los resultados serán medidos por la evolución de los indicadores.

Si tomamos los indicadores que son comunes para el NOC, Nivel de Ansiedad y NOC, Nivel de Dolor, la puntuación va a ser la misma porque son aquellos que tienen en común estos dos NOC's. De esta manera las puntuaciones también serán iguales en ambas valoraciones que se realizan en el pretest y en las tres medidas en fechas de los test propios tras intervención.

Si eligiésemos indicadores diferentes, aunque definitorios igualmente de cada uno de los NOC's Nivel de Ansiedad y Nivel de Dolor no llevarían implícito

la reciprocidad y relación intrínseca de ambos componentes. Pueden ser definitivos del NOC correspondiente, pero no de lo que ambos, Nivel de Dolor y Nivel de Ansiedad, tienen en común. La ansiedad no se produce exclusivamente cuando hay dolor, pero el dolor sí conlleva siempre ansiedad y lo modula. Por tanto, si los valoramos a partir de diferentes indicadores no podríamos hablar de ansiedad relacionada con dolor.

Existen otras escalas para medir la ansiedad, el estrés y el dolor, como la utilizada en el estudio realizado por la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), dirigido por el doctor Antonio Caño Vindel (Pacheco, 2008), o la escala analógica del dolor EVA, pero en este estudio, eminentemente enfermero, hemos optado por realizar esta medida a través de nuestro lenguaje enfermero con capacidad para medir el proceso evolutivo, en este caso, de los NOC.

Tabla 21. Indicadores seleccionados del Resultado NOC Nivel de Dolor

NOC (RESULTADO) 002102 Nivel de Dolor	
Cód. Indicador	Descripción
210208	Inquietud
210209	Tensión muscular
210220	Frecuencia del pulso radial
210212	Presión arterial
210210	Frecuencia respiratoria
210214	Sudoración

Tabla 22. Indicadores seleccionados del Resultado NOC Nivel de Ansiedad

NOC (RESULTADO) 001211 Nivel de ansiedad	
Cód. Indicador	Descripción
121105	Inquietud
121106	Tensión muscular
121120	Aumento para la velocidad del pulso
121110	Aumento de la presión sanguínea
121121	Aumento de la frecuencia respiratoria
121123	Sudoración

De hecho, los síndromes somáticos funcionales de los NOC seleccionados presentan siempre un conjunto de sintomatología que les es común: discapacidad y sufrimiento emocional posiblemente como respuesta de acción central de tipo serotoninérgica y noradrenérgica.

Es difícil puntuar y valorar todos los indicadores, por eso hemos optado por los indicadores coincidentes, aunque en estos casos elegidos coincide un 40% de ellos entre sí del Nivel de Dolor y del Nivel de Ansiedad.

Los indicadores deben de reflejar la etiqueta para traducirlos a una norma, a un nivel conceptual superior. La etiqueta es fundamental desde el punto de vista del resultado final.

Por otro lado, las valoraciones que se han hecho para aproximar los indicadores a la realidad objetiva serán:

Tensión arterial

Se valorará previamente la tensión arterial en cifras que presente previamente el enfermo y lo que suba por encima de esos niveles. En condiciones normales:

Valoración de la Tensión arterial sistólica y diastólica medidas en mm Hg.

	sistolica	diastólica
1	160	90
2	140	80
3	130	70
4	120	60
5	110	50

Frecuencia del pulso medido en latidos por minuto, siendo los valores de referencia entre 60-80

1	100
2	90
3	80
4	70
5	60

Frecuencia respiratoria, número de respiraciones por minuto, siendo los valores normales entre 12-16

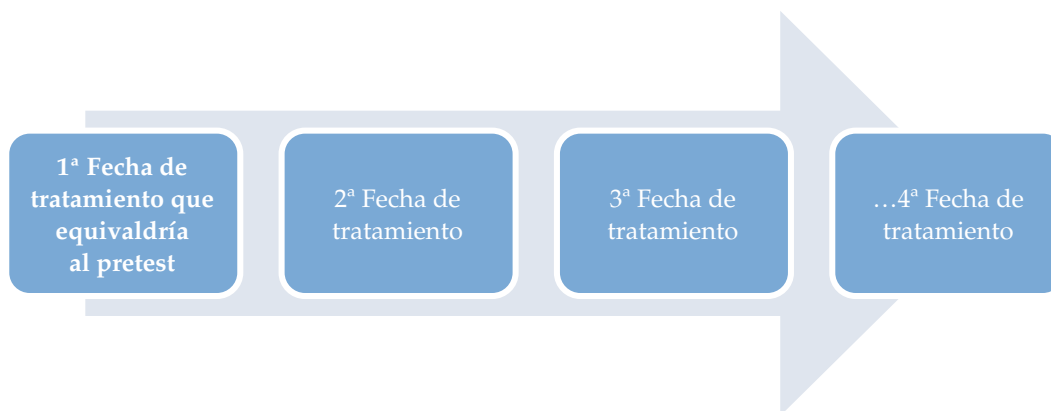
1	16
2	15
3	14
4	12
5	10

Tensión muscular

1	Hombros, espalda, cuello
2	Hombros, espalda
3	Hombros/espalda
4	Hombros ligeramente
5	Normal

Hemos medido la variable NOC, Nivel de Dolor en cuatro momentos distintos, representada por los indicadores elegidos al mismo tiempo que son coincidentes con los indicadores del Nivel de Ansiedad igualmente representados en la tabla inicial de estudio. Solamente estudiamos los momentos del Nivel de Dolor al ser tablas idénticas.

Ilustración 25. Proceso de tratamiento de datos por visitas



Se puntúa la etiqueta haciendo la media de los indicadores elegidos, pues en las historias que hemos traducido al lenguaje NANDA, NIC, NOC se habla de valoración en conjunto del Resultado NOC. Retrospectivamente no estaban descritos

cada uno de ellos sino de manera conjunta y hemos decidido hacerlo así para ser fidedignos a la hora de ver los resultados. La ponderación del indicador es fundamental, así como la puntuación directamente sobre la etiqueta. Tanto si partimos de un diagnóstico enfermero, problema de salud o de un diagnóstico médico utilizado como base, se deben de identificar los resultados precisos.

8.4. PROPUESTA DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA ESCALA DEL NOC, NIVEL DE DOLOR

Siguiendo la propuesta de Brokel y Hoffman (2005) hemos realizado una interpretación de la puntuación del 1 al 5 de los indicadores haciéndola coincidir con observaciones realizadas por el terapeuta autor de este estudio. La asignación de palabras descriptoras para los indicadores seleccionados del resultado proporciona significado clínico a las puntuaciones.

Esto es lo que denominamos operacionalización: pasar los términos abstractos a concretos, de tal manera que las observaciones se puedan objetivar y aplicar en una escala. Este es uno de los problemas actuales del NOC, especialmente para etiquetas sociales y culturales (Echevarría & de Souza, 2013). Las definiciones operacionales describen lo que será medido y cómo las mediciones serán ejecutadas, de manera que es posible identificar rápidamente y de manera fidedigna alteraciones en ese estándar (de Souza et al, 2015).

Existen distintas propuestas metodológicas de operacionalización (Echevarría & de Souza, 2013), pero la propuesta que presentamos es la de Brokel y Hoffman (2005), y ha sido realizada en base a la larga trayectoria profesional y experiencia del terapeuta autor de este trabajo.

La escala propuesta por el NOC para este resultado es de “Nunca demostrado” a “Siempre demostrado”, siendo la equivalencia numérica la siguiente:

1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado.
3. A veces demostrado.
4. Frecuentemente demostrado.
5. Siempre demostrado.

Las **palabras descriptoras** para la interpretación de dicha puntuación del 1 al 5 de la escala serían:

- 1 Experimenta expresiones como “¡ay, Dios mío!”, “¡qué mal estoy!”, “no me cree nadie”, “no me entiende nadie”, “Yo tengo algo malo”, “me voy a morir”.
- 2 Negación de que se encuentra mal y necesita ayuda, introspección y rechazo a hablar de sí misma(o). Manifiesta restricciones de funcionalidad orgánica. “¡ay, Dios mío!”, “¡qué mal estoy!”.
- 3 Es capaz de liberar el diafragma contraído con respiraciones profundas y suspiros, a veces acompañadas de... ¡aaayyy!, en la inspiración. Manifiesta que ha mejorado con gestos de media sonrisa. Mejora la comunicación verbal.
- 4 Expresiones de sonrisa abierta, incluso abrazo.
- 5 Expresión verbal de sentirse bien.

8.5. VARIABLES

Independiente o explicativa

- Tratamiento (temporal en cuatro momentos distintos).

8.5.1. Dependiente

- La variable nivel de dolor medido en cuatro momentos distintos.

8.5.2. Demográficas

- Género.
- Profesión.
- Edad.
- Indicadores elegidos del NOC, Nivel de Ansiedad y Nivel de Dolor.

8.6. TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Para el tratamiento de los datos se creó una Base de datos en Acces creada a medida para este estudio para su medición y registro primario con el fin de agrupar

los datos de los indicadores seleccionados y su variabilidad tras realizar las intervenciones elegidas. Tras la recogida de datos fue exportado a una base Excel para su posterior interpretación en SPSS.

Ilustración 26. Base original de datos en sistema Acces

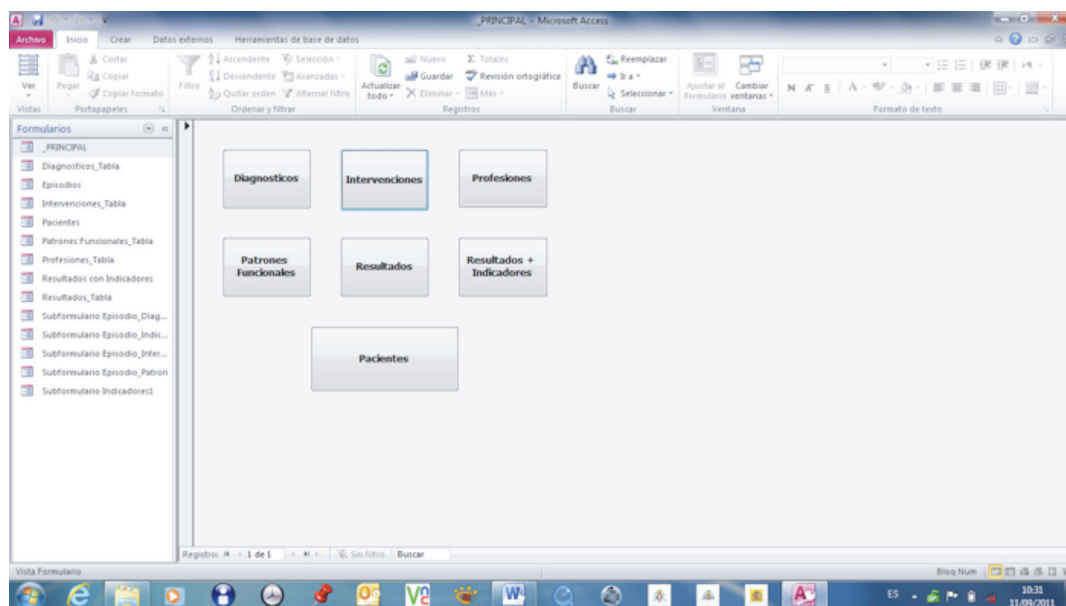
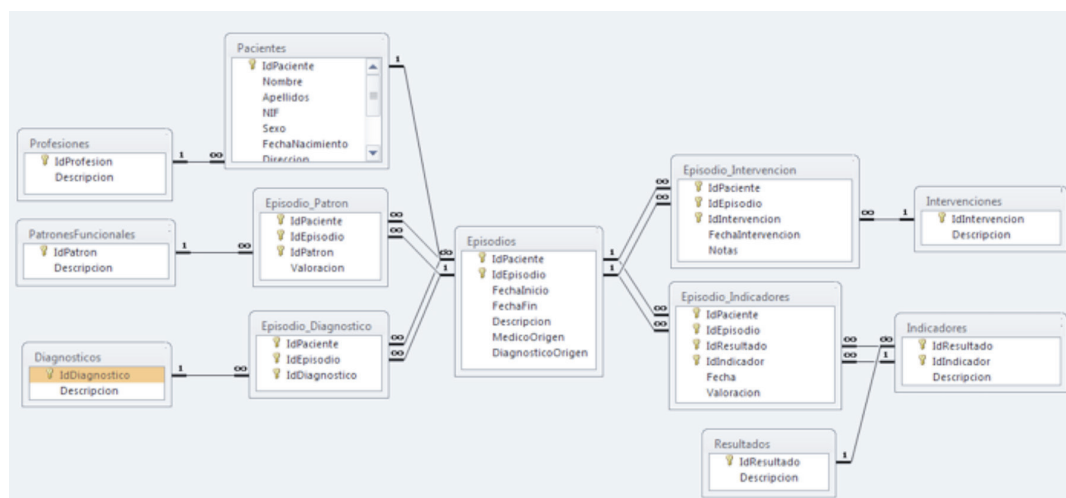


Ilustración 27. Base Original de datos en sistema Acces



La variable Nivel de Dolor en los cuatro momentos de medidas están correlacionadas, ya que son los mismos individuos en cuatro momentos diferentes de medida.

Para contrastar esta hipótesis utilizaremos el coeficiente de correlación de Pearson si las variables se distribuyen como una normal, o el de Spearman si no lo hacen.

Para contrastar la hipótesis de que el tratamiento ha sido eficaz en el tiempo (en los cuatro momentos de medida) analizaremos previamente la normalidad (la distribución normal o distribución de Gauss es aquella que con más frecuencia se presenta en los fenómenos reales. Es una distribución simétrica con respecto a la media), si las variables se distribuyen como una normal utilizaremos la prueba de ANOVA de medidas repetidas, prueba paramétrica. Las pruebas paramétricas se utilizan para estimar los parámetros de la población (parámetros son estadísticos que contienen toda la información de la muestra, media, desviación típica, proporción, etc.). La utilización de las pruebas paramétricas exige que la distribución sea normal). Si las variables no se distribuyen como una normal utilizaremos la prueba no paramétrica (cuando una distribución no es normal se utilizan pruebas no paramétricas, son técnicas por tanto que no pueden asumir una distribución definida a priori. La prueba de Kolmogorov-Smirnov sirve para contrastar si la distribución se ajusta o no se ajusta a una distribución normal) de Fridman, que compara varias muestras relacionadas.

Finalmente comprobaremos la fiabilidad del test mediante el alfa de Cronbach (media ponderada de las correlaciones entre las variables –o ítems– que forman parte de la escala) y la calidad mediante un análisis factorial.

8.7. CUESTIONES ÉTICAS

Todos los pacientes serán contabilizados mediante el código de historia, no apareciendo su identificación personal para el recuento de datos. Todos ellos han firmado documento de protección de datos como refuerzo ético, aunque al ser estudio anónimo no sea necesario. No se utilizan en ningún momento los nombres propios de los historiales.

CAPÍTULO 9: RESULTADOS

9.1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS.

La muestra está compuesta por 105 personas, de las que 31 (30%) son hombres y 74 (70%) mujeres. La edad de los hombres tiene una media de $43,548 \pm 11,687$ y la de las mujeres es de $49,243 \pm 13,796$. Con respecto a la variable nivel de estudios, 44 (41.9%) son de Universidad, 16 (15,2%) son de Bachiller y 45 (42,9%) son de Educación Secundaria.

Ilustración 28. Diagrama de Sectores de la variable, Género

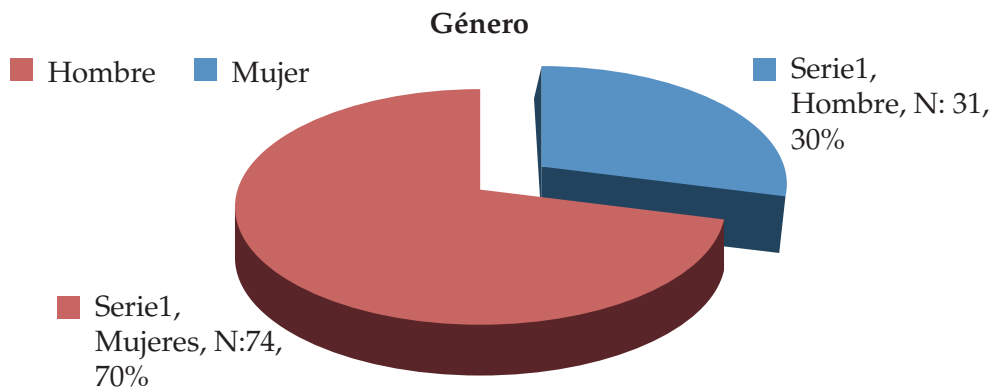
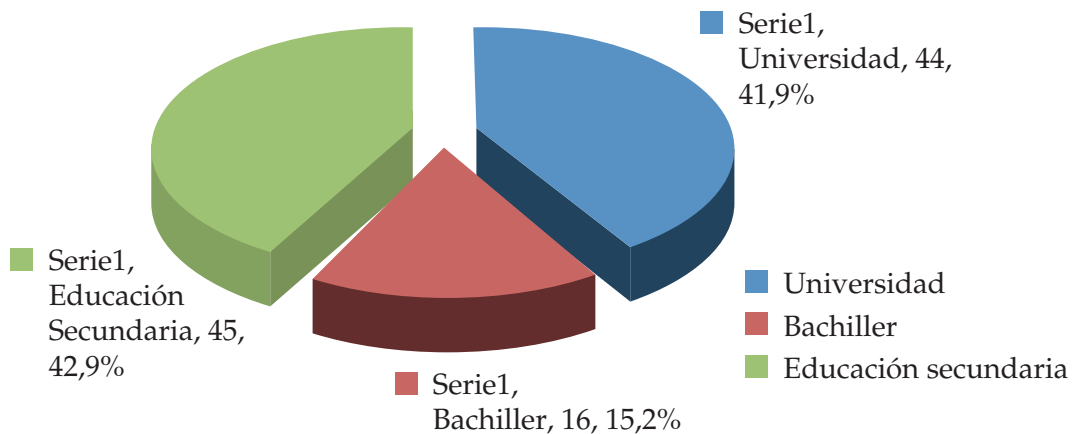


Ilustración 29. Diagrama de Sectores de la variable, Nivel de Estudios



9.2. INDICADORES DE DOLOR EN LOS CUATRO MOMENTOS DE MEDIDA

A nivel descriptivo, observamos que la media va aumentando en cada una de las visitas, lo que implica la mejora en el nivel de satisfacción del paciente con respecto al dolor como síntoma. (a menor nivel de dolor-ansiedad, que es lo que expresa el aumento numérico de la media con una mayor puntuación, menor intensidad de dolor-ansiedad). De esta forma, pasando de una media en el momento cero de 11,23 (2,778), a una media en el momento uno de 15,56 (3,189), con una media en el momento dos de 18,69 (3,628) llegando a una media en el momento tres de 21,72 (4,253).

Ecuación 1. Media NOC

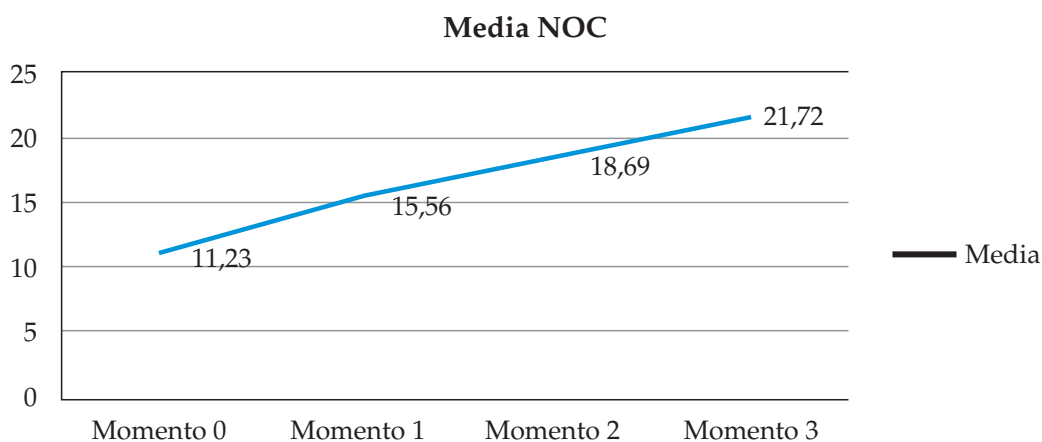
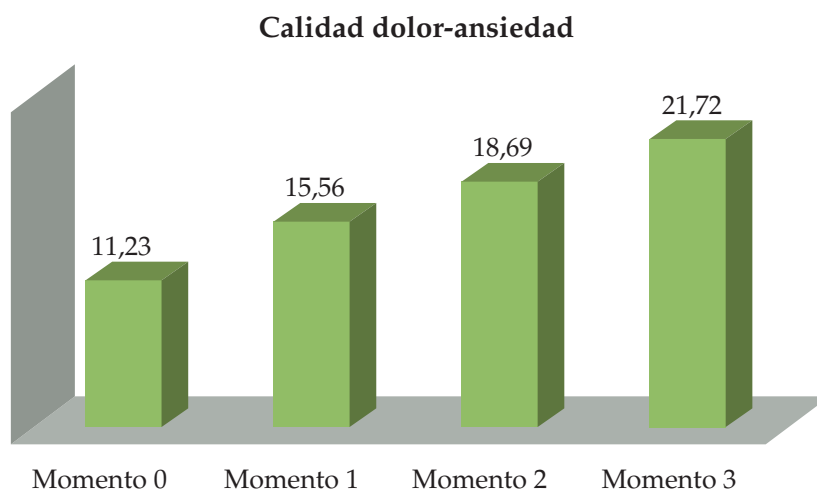


Ilustración 30. Media dolor-ansiedad, diagrama de barras



La media es el promedio o sumatorio de todos los valores dividido entre el número de observaciones. La mediana es el valor que deja por debajo al 50% de los casos y por encima al otro 50%. La moda es el valor que más se repite. La desviación típica o desviación estándar, mide la dispersión de los datos y me indica si el grupo es homogéneo o no en la variable estudiada. El coeficiente de variación de Pearson permite comparar la variabilidad en los cuatro momentos de medida, observamos en la tabla 25 que en la visita dos toma el valor más bajo (0.194), Tabla 25, estadísticos descriptivos, lo que indica que en este momento de medida el grupo presenta una mayor homogeneidad. En cuanto a la forma de las distribuciones observamos que en los momentos de medida cero y uno las distribuciones son asimétricas positivas y leptocúrticas (las puntuaciones se concentran más en valores bajos de la variable y es más homogénea que la distribución normal) y en los momentos de medida dos y tres las distribuciones son asimétricas negativas y platicúrticas (las puntuaciones se concentran más en valores altos de la variable y es más heterogénea que la distribución normal), lo que nos indica a nivel descriptivo que podemos tener problemas de normalidad en las variables.

Tabla 23. Estadísticos descriptivos de la variable dolor-ansiedad, en los cuatro momentos de medida

Estadísticos descriptivos				
	Momento 0	Momento 1	Momento 2	Momento 3
N	105	105	105	105
Media	11,23	15,56	18,69	21,72
Mediana	10	16	20	21
Moda	9	15	21	21
Desv. típ.	2,778	3,189	3,628	4,253
Coeficiente de variación	0,247	0,205	0,194	0,196
Asimetría	1,229	0,063	-0,288	-0,257
Curtosis	1,714	0,663	-0,266	-0,634
Mínimo	6	9	10	11
Máximo	22	26	27	29

Tabla 24. Dolor-ansiedad visita 0

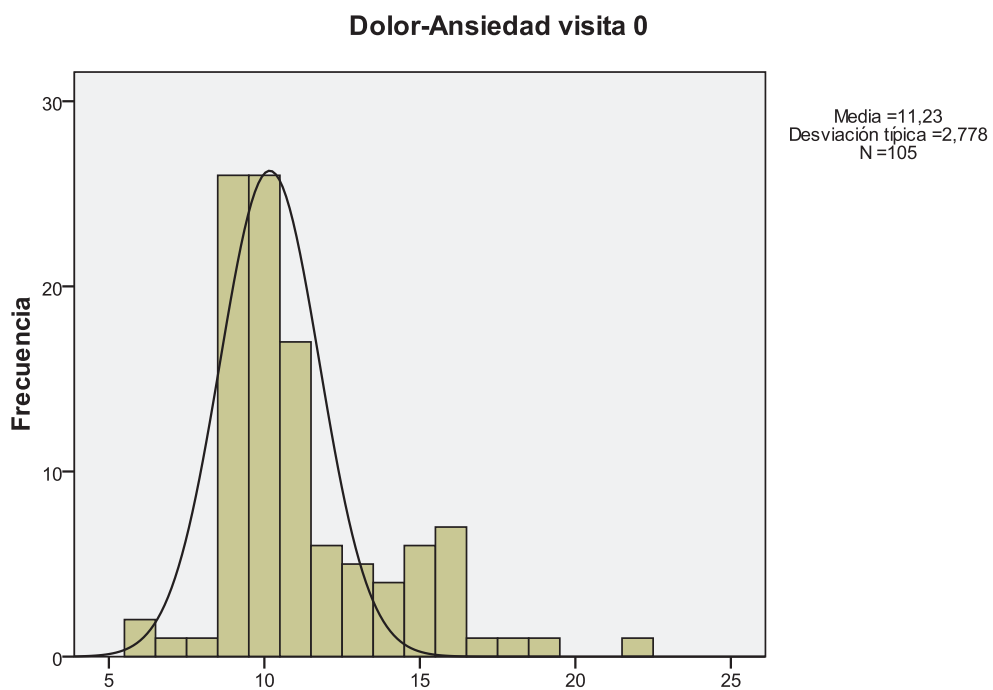


Tabla 25. Dolor-ansiedad visita 1

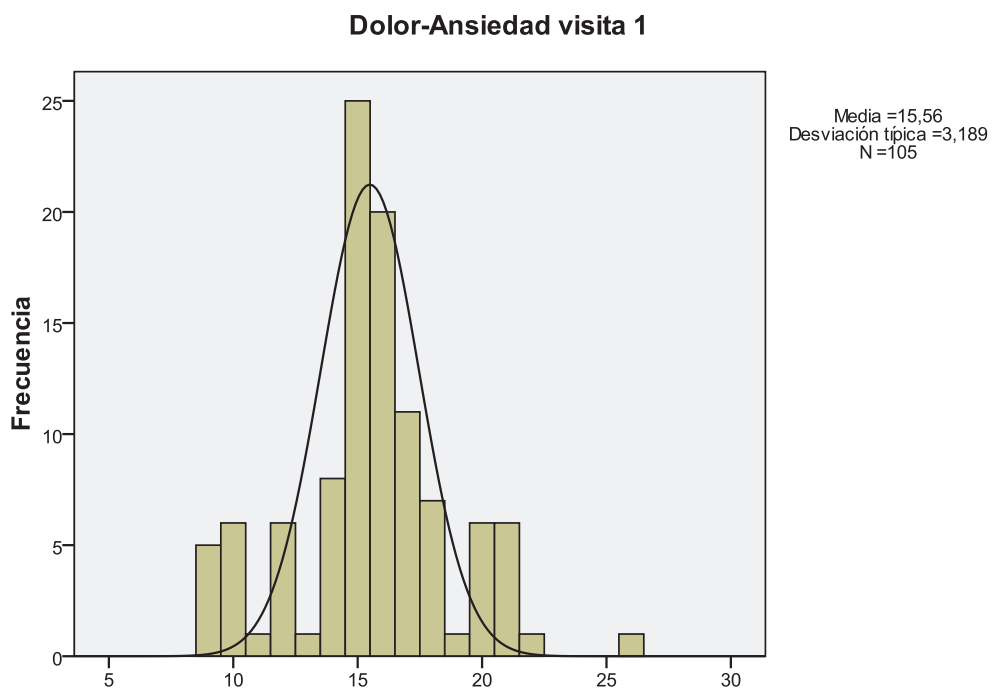


Tabla 26. Dolor-ansiedad visita 2

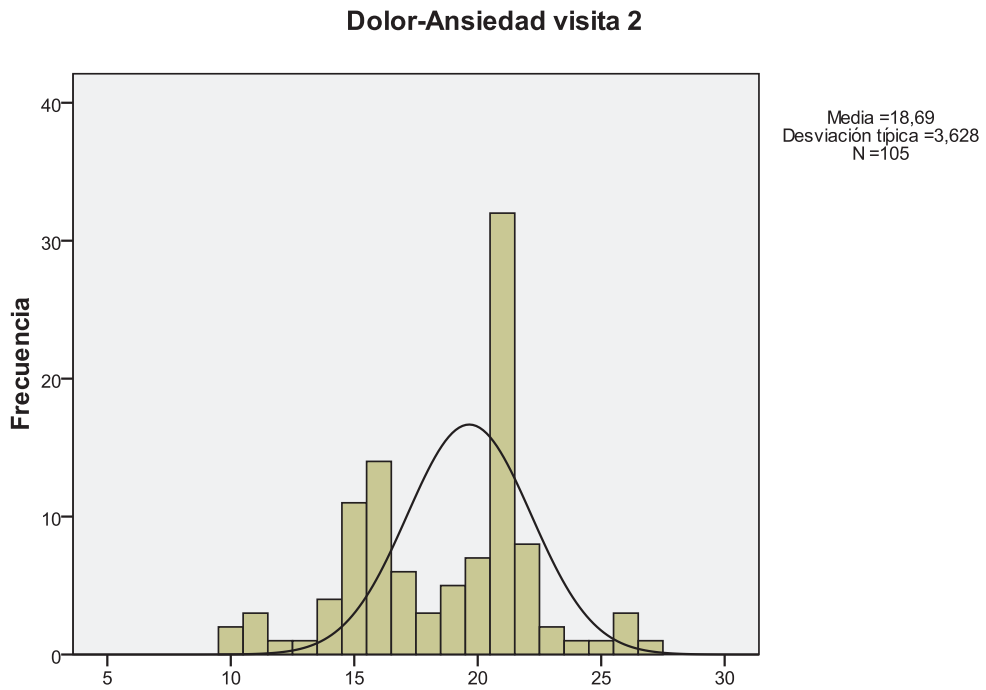
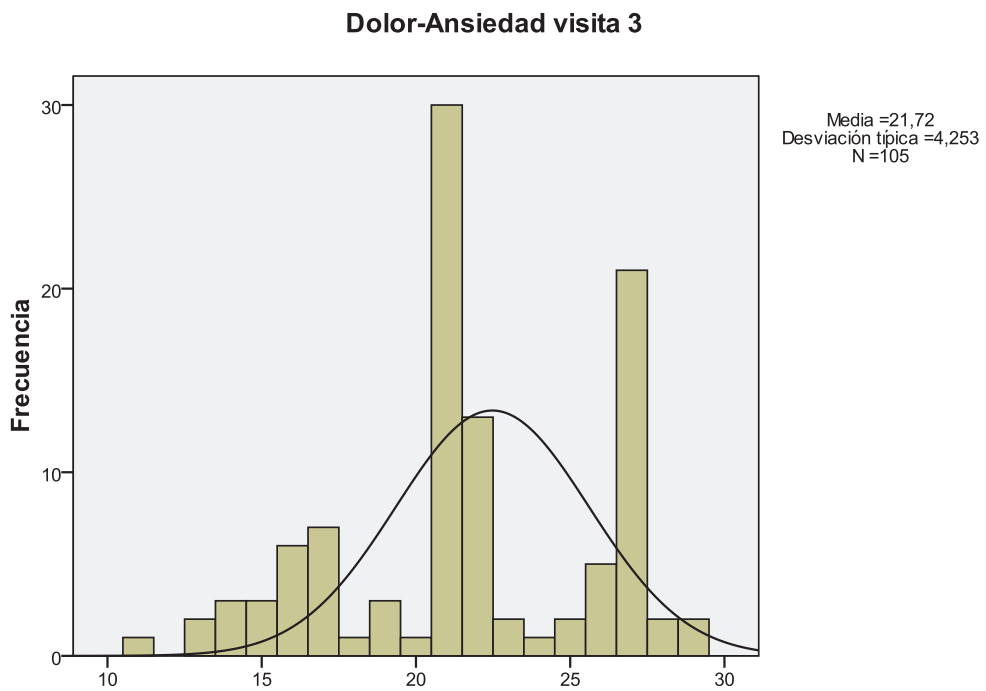


Tabla 27. Dolor-ansiedad visita 3



En la visita cero la mayor parte de los pacientes dan puntuaciones bajas al indicador del dolor-ansiedad, en el momento uno nos aproximamos a la asimetría y en el momento dos y tres vemos que la mayor parte de los pacientes dan puntuaciones altas al indicador de la ausencia de dolor-ansiedad, que se corresponde con un alto grado de satisfacción y por tanto disminución de dicho Nivel de Dolor-Ansiedad.

9.3. PRUEBAS EJECUTADAS

9.3.1. Análisis de la normalidad. Kolmogorov-Smirnov

Con el fin de seleccionar la técnica de comparación de medias más apropiada (paramétrica o no paramétrica), se llevaron a cabo los análisis de normalidad mediante la prueba de **Kolmogorov-Smirnov** para cada una de las variables estudiadas.

Hipótesis:

H₀: la distribución de la variable es normal.

H₁: la distribución de la variable no es normal.

Como podemos observar en la tabla, en las cuatro variables la significación es más pequeña que 0.05, por lo que rechazamos la hipótesis nula de que la distribución de las variables sea normal.

Tabla 28. Análisis de la Normalidad

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra				
	Momento 0	Momento 1	Momento 2	Momento 3
N	105	105	105	105
Z de Kolmogorov-Smirnov	2,337	1,772	2,002	1,796
Sig. asintót. (bilateral)	0,000	0,004	0,001	0,003

Como en todos los casos las variables no se distribuyen como una normal, para contrastar la hipótesis principal utilizaremos la prueba de Fridman.

9.3.2. Correlaciones. Spearman

Calculamos el coeficiente de correlación de **Spearman** (que mide la relación entre dos variables continuas cuando su distribución no es normal o su escala es ordinal) para la variable nivel de dolor en los cuatro momentos de medida. Utilizamos la prueba de Spearman, ya que las distribuciones no son normales, requisito para poder utilizar el coeficiente de Correlación de Pearson.

Las hipótesis de la correlación son:

Ho: las variables están incorrelacionadas.

H1: las variables están correlacionadas.

Como observamos en la tabla existen correlaciones estadísticamente significativas en todos los pares de variables, lo que es lógico, ya que son los mismos individuos que se pasan en los cuatro momentos de medida.

Tabla 29. Correlación de Spearman entre las variables de dolor en los cuatro momentos de medida

Rho de Spearman		Dolor- ansiedad visita 0	Dolor- ansiedad visita 1	Dolor- ansiedad visita 2	Dolor- ansiedad visita 3
Dolor- ansiedad visita 0	R	1	,324**	,326**	,341**
	Sig. (bilateral)	.	0,001	0,001	0,000
Dolor- ansiedad visita 1	R	,324**	1	,489**	,578**
	Sig. (bilateral)	0,001	.	0,000	0,000
Dolor- ansiedad visita 2	R	,326**	,489**	1	,618**
	Sig. (bilateral)	0,001	0,000	.	0,000
Dolor- ansiedad visita 3	R	,341**	,578**	,618**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000	

9.3.3. Prueba no paramétrica de Friedman

La prueba de Friedman se utiliza para comparar las cuatro muestras relacionadas de los distintos niveles de medida. Si se hubiese cumplido la normalidad de las variables hubiéramos calculado la ANOVA de medidas repetidas, pero dado que no se cumplen los resultados podrían ser no fiables y por tanto hemos optado por la prueba no paramétrica de Friedman.

La hipótesis nula de esta prueba es que los niveles de los cuatro momentos de medias son iguales, frente a la alternativa de que al menos dos momentos son distintos.

Tras realizar la prueba de Friedman, obtenemos una Chi-cuadrado de 248,783 con una significación menor de 0.001, que al ser menor de 0.05, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la alternativa de que los niveles son diferentes en los distintos momentos de medida.

Tabla 30. Rangos obtenidos en la prueba de Friedman

Prueba de Friedman	
Rangos	Rango promedio
Dolor-ansiedad visita 0	1,18
Dolor-ansiedad visita 1	2,07
Dolor-ansiedad visita 2	2,97
Dolor-ansiedad visita 3	3,79

Tabla 31. Estadístico de contraste prueba de Friedman

Estadísticos de contraste^a	
N	105
Chi-cuadrado	248,783
gl	3
Sig. asintót.	,000

9.3.4. Prueba de Wilconson para dos muestras relacionadas.

Tras realizar la prueba de Fridman y rechazar la hipótesis nula de que todas las medianas sean iguales, procedemos a ver las diferencias dos a dos mediante la prueba de Wilconson para dos muestras relacionadas.

Como observamos en la tabla, en todos los pares de muestras las diferencias son estadísticamente significativas.

Tabla 32. Resultados de comparación, prueba de Wilconson

Comparación por pares	z	Significación
0-1	-7,818	< 0,001
0-2	-8,733	< 0,001
0-3	-8,898	< 0,001
1-2	-7,127	< 0,001
1-3	-8,667	< 0,001
2-3	-7,104	< 0,001

9.3.5. T de Student para muestras relacionadas

Por último, vamos a realizar la prueba de la T de Student para dos muestras relacionadas, entre el primer momento de medida y el último. Esta prueba paramétrica exige que las variables se distribuyan como una normal. En nuestro caso no se cumple la normalidad, pero como el tamaño de la muestra está por encima de 30 (105), por el teorema central del límite, asumimos la normalidad de las variables y por tanto procedemos a realizar dicha prueba, ya que es una prueba robusta frente a la falta de normalidad cuando el tamaño de la muestra es grande.

Las hipótesis de esta prueba son:

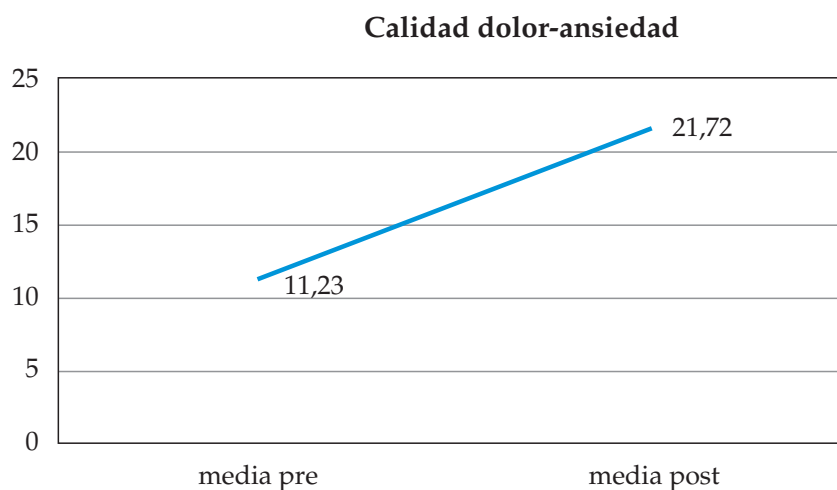
H0: la media en el primer momento de medida es igual a la media en el último momento de medida.

H1: la media en el primer momento de medida es diferente a la media en el último momento de medida.

Obtenemos un t del -24,950 con una significación asociada menor de 0.001, que al ser menor de 0.05 rechazamos la hipótesis nula de igualdad de medias y concluimos que las medias son estadísticamente diferentes.

La media de la primera medición es de 11,23 y la de la última es de 21,72, por lo que concluimos que la puntuación ha aumentado de forma significativa.

Ecuación 2. Intensidad del dolor-ansiedad. Media pre y post



La correlación entre las dos variables es de 0.306 con una significación de 0.002 menor de 0.05, por lo que existe una correlación lineal entre las dos variables, requisito para esta prueba.

Calculamos el tamaño del efecto.

Obtenemos un $d = 2,47$, lo que indica que la diferencia encontrada, además de ser **estadísticamente significativa, es una diferencia muy grande.**

3° Muestras relacionadas: pre y post-test sin grupo de control

Cuando se comparan las medias del *pretest* y *posttest* (muestras relacionadas porque se trata de los mismos sujetos) la fórmula habitual del tamaño del efecto es:

$$d = \frac{\bar{X}_{\text{post-test}} - \bar{X}_{\text{pre-test}}}{\sigma_{\text{post-test}}}$$

Es decir, dividimos la diferencia por la desviación típica del post-test.

9.4. ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA

9.4.1. Fiabilidad. Alpha de Cronbach

La fiabilidad o consistencia interna del instrumento para la muestra ha sido examinada, obteniéndose en el momento 3, un valor **alpha de Cronbach** de **0,950**, lo que **indica que la fiabilidad o precisión de este cuestionario es muy buena para esta muestra.**

La fiabilidad nos indica con qué precisión el instrumento de medida mide lo que está midiendo, es decir, pacientes con una calidad del dolor-ansiedad alta tienen que dar puntuaciones altas, si su calidad de dolor-ansiedad es media tienen que medir un valor medio, y si es baja dar un valor bajo (entendiéndose por calidad numérica de dolor-ansiedad alta un grado alto de satisfacción, es decir, de disminución del Nivel de Dolor-Ansiedad como síntoma). Para el cálculo de la fiabilidad o consistencia interna del test hemos utilizado el alpha de Cronbach y lo hemos hecho en los cuatro momentos de medida.

Tabla 33. Coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach

Momento 0	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach
0,874	0,914	0,937	0,950

En la Tabla 36 observamos que los coeficientes obtenidos son altos y van aumentando en cada momento. Estos resultados nos indican que la fiabilidad o precisión de esta prueba es muy buena.

9.4.2. Validez

Un instrumento de medida es válido si mide realmente lo que quiero medir. Nuestro test que mide la calidad del dolor-ansiedad está midiendo una sola dimensión. Sería deseable que si realizamos un análisis factorial de los ítems obtuviéramos como resultado un solo factor, lo que daría validez interna a nuestro instrumento de medida.

Hemos realizado un análisis factorial de los ítems en los cuatro momentos de medida y los resultados han sido los siguientes:

9.5. ANÁLISIS FACTORIAL. ESFERICIDAD DE BARTLETT Y EL KMO

Para poder utilizar esta prueba de reducción de dimensiones se tienen que cumplir dos supuestos, la esfericidad de Bartlett y el KMO.

Test de esfericidad de Bartlett para contrastar la hipótesis nula de que la matriz de correlaciones es una matriz identidad, en cuyo caso no habría correlaciones significativas entre las variables. Es un contraste que utiliza el estadístico chi cuadrado.

La medida de adecuación maestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) compara la magnitud de los coeficientes de correlaciones observadas y los de los coeficientes de correlación parcial. Un valor de KMO por debajo de 0.5 implica que no tiene sentido el análisis, entre 0.5, y 0.6 es regular y por encima de 0.7 es alto.

Tabla 34. Pruebas de KMO y prueba de Bartlett

KMO y prueba de Bartlett		Momento 0	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		,845	,882	,879	,845
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	312,359	456,407	568,944	692,095
	gl	15	15	15	15
	Sig.	,000	,000	,000	,000

Como se puede observar en la tabla anterior, en todos los momentos de medida obtenemos una significación menor de 0.05 en la prueba de esfericidad de Bartlett, por lo que rechazamos la hipótesis nula de matriz identidad, lo que indica que existen correlaciones significativas entre las variables para poder realizar el análisis factorial.

Con respecto a KMO todos están por encima de 0.7, por lo que tiene sentido la realización del análisis factorial para comprobar la validez interna del cuestionario en la muestra.

Tras realizar el análisis factorial en los cuatro momentos de medida, observamos que en todos ellos solo obtenemos un factor que satura o correlaciona alto con los 6 ítems de la prueba. Esto apoya la unidimensionalidad de lo que este test está midiendo.

Tabla 35. Relación entre matriz de componentes e indicadores

Matriz de componentes momento 0			Matriz de componentes momento 1			Matriz de componentes momento 2			Matriz de componentes momento 3		
	Componente		Componente		Componente		Componente		Componente		
ND05	Frecuencia respiratoria 210210	0,86	ND14 Presión arterial 210212	0,92	ND24 Presión arterial 210212	0,92	ND35 Frecuencia respiratoria 210210	0,94			
ND04	Presión arterial 210212	0,86	ND13 Frecuencia del pulso radial 210220	0,89	ND25 Frecuencia respiratoria 210210	0,9	ND34 Presión arterial 210212	0,94			
ND03	Frecuencia del pulso radial 210220	0,81	ND15 Frecuencia respiratoria 210210	0,86	ND21 Inquietud 210208	0,89	ND31 Inquietud 210208	0,89			
ND02	Tensión muscular 210209	0,78	ND11 Inquietud 210208	0,84	ND23 Frecuencia del pulso radial 210220	0,89	ND33 Frecuencia del pulso radial 210220	0,88			
ND01	Inquietud 210208	0,72	ND12 Tensión muscular 210209	0,81	ND22 Tensión muscular 210209	0,85	ND32 Tensión muscular 210209	0,88			
ND06	Sudoración 210214	0,69	ND16 Sudoración 210214	0,75	ND26 Sudoración 210214	0,79	ND36 Sudoración 210214	0,82			

Los porcentajes explicados para el factor en cada uno de los cuatro momentos de medida son en todos los casos altos, indicando que el factor explica un porcentaje alto de la variabilidad de los 6 ítems.

Tabla 36. Factor de cada uno de los cuatro momentos de medida

	Momento 0	Momento 1	Momento 2	Momento 3
Porcentaje de la varianza explicada por el factor	62,217%	71,468%	76,330%	80,072%

En el momento 0 el factor explica más del 62% de la variabilidad de los ítems, en el momento 1 lo hace en un 71%, en el momento 2 en un 76% segando a un 80% en el momento 3.

En definitiva, observamos tanto en los indicadores de la fiabilidad (alfa de Cronbach) como los de validez (saturaciones) que van aumentando en los diferentes momentos de medida. Las mediciones se hicieron con una frecuencia mensual, el hecho de que solo transcurriese un mes entre una medición y otra, por el factor recuerdo y ser coherentes con las contestaciones anteriores la correlación puede estar inflada, como observamos en la tabla de correlaciones de los distintos momentos de medidas, estas van aumentando en general en las sucesivas mediciones.

Tabla 37. Matriz de correlaciones en los cuatro momentos de medidas.

Correlaciones		Dolor visita 0	Dolor visita 1	Dolor visita 2	Dolor visita 3
Dolor visita 0	Correlación de Pearson	1	,327**	,277**	,306**
	Sig. (bilateral)		,001	,004	,002
	N	105	105	105	105
Dolor visita 1	Correlación de Pearson	,327**	1	,538**	,572**
	Sig. (bilateral)	,001		,000	,000
	N	105	105	105	105
Dolor visita 2	Correlación de Pearson	,277**	,538**	1	,646**
	Sig. (bilateral)	,004	,000		,000
	N	105	105	105	105
Dolor visita 3	Correlación de Pearson	,306**	,572**	,646**	1
	Sig. (bilateral)	,002	,000	,000	
	N	105	105	105	105

Por este hecho decidimos quedarnos con la fiabilidad obtenida en el primer momento de medida, siendo esta la opción más conservadora (Alfa de Cronbach = 0.874), así como la varianza obtenida por el factor en el primer momento de medida (varianza explicada = 62,271%).

CAPÍTULO 10

DISCUSIÓN

Todo este mundo del cuidado ancestral y tradicional, como lo refiere la OMS, no está bien visto de la misma manera por todos, por choques de intereses y también porque la ciencia al uso, que se ha ganado un lugar destacable y una metodología consensuada de la manera de hacer, no ha avalado estas prácticas. Y no las ha avalado en parte porque no se han sometido a evidencia y bajo estudios de calidad o no la ha visibilizado y por otra porque la venta de fármacos representa un importante mercado, sin por ello dejar de reconocer la importancia y la capacidad de resolución implícita que conlleva, de hecho cuando investigamos acerca de evidencia en fitoterapia existen gran número de estudios de manos de farmacéuticos y biólogos en unidades de investigación universitarias y casas comerciales. En esta línea, hemos podido encontrar registros de estudios contrastados desde hace al menos una quincena, que llevó a tesis doctorales, tales como: “Importancia de plantas medicinales para la terapéutica actual” (Nieto Palacios, 1998), y como estudios del mismo rango sobre normativas en plantas medicinales (Agraz, 1997).

Como hemos comentado, existen gran cantidad de artículos y páginas encontradas en Internet a través de los buscadores más usados en Ciencias de la Salud, tales como: CUIDEN, ENFISPO, PUBMED, MEDLINE, COCHRANE, SCIELO, CINAHL, ELSEVIER, DIALNET, BUSCAM, GOOGLE ACADEMICO, etc.

Cierto es que la ciencia biomédica precisa de evidencia y pruebas contrastadas empíricamente. Somos conscientes de multitud de trabajos que certifican capacidad resolutoria en la práctica pero no se ajustan al método científico y es lo que adolece la puesta en escena de los cuidados naturales basados en la aplicación práctica de las terapias alternativas y medicinas populares en el contexto del cuidado enfermero. Es lo que pretendemos con este estudio entre otros, abrir líneas que aglutinen estudios cada vez más rigurosos con metodología cualitativa y cuantitativa que refuercen la solidez del demostrado empirismo con la evidencia de los resultados estadísticos. Lo sabemos, lo intuimos, pero es preciso que lo sigamos demostrando.

En un futuro, ambos enfoques de salud bien podrían encontrarse y potenciarse dirigiendo los recursos hacia la función más afín, para complementarse abierta-

mente y bajo el paraguas de la ciencia abierta, con lo que, además, responderían a las nuevas tendencias y demandas sociales.

Las personas no podemos entender los cuidados naturales de la misma manera, y cada individuo, en función de la ideología, formación, experimentación e intereses personales, tendrá una visión más o menos objetiva aún con el sesgo de múltiples variantes. La ciencia ad hoc es un modelo más o menos consensuado objetivamente para validar la manera de ver e interpretar las cosas en cualquier ámbito de la vida. Pero si no abrimos el intelecto y seguimos estudiando otras fuentes de saber que han sido útiles hasta desentrañar sus principios encerrados, nos negamos una parte importante de la evolución. Cuando se investiga a fondo la fitoterapia en el contexto del cuidado natural no debemos de relacionar plantas medicinales con el cuidado de la salud natural sin más, pues es preciso conocer la composición, principio activo, indicaciones, interacciones y efectos secundarios de las plantas medicinales como cualquier otro fármaco. Hay que desterrar la creencia de que plantas es siempre sinónimo de estimulación de la salud, sin más, y también del mismo modo no podemos obsesionarnos con la evidencia exclusivamente.

“La ausencia de demostración de su eficacia no debe ser considerada siempre como sinónimo de ineficacia. Muchos pacientes refieren cierto grado de satisfacción asociado a una percepción de mejoría de los síntomas o en su bienestar o en calidad de vida, aunque en muchas ocasiones no se dispone de estudios que permitan determinar si esta mejoría es debida al efecto específico causado por el tratamiento administrado o a un efecto placebo” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Pero eficacia y resolutivez no siempre son sinónimo de seguridad sin el debido control.

El *Ecballium elaterium*, conocida popularmente como «pepinillo del diablo» o «pepinillo del reuma», aunque está considerada como una planta tradicional, mal manejada puede crear efectos secundarios tóxicos.

“Sus cualidades médicas han sido reconocidas desde hace siglos, encontrándose su primera descripción en “De Materia Médica”, de Dioscórides. Tradicionalmente se le han reconocido propiedades antiinflamatorias y catárquicas,

por lo que se le utiliza en el tratamiento de la rinitis, sinusitis, constipación, ascitis y edema pulmonar..

Para las afecciones rinosinuales, popularmente, se ha recomendado su empleo como instilación directa en las fosas nasales con una dilución variable entre 1:3 y 1:30. Desde el punto de vista anatómico, el compromiso más frecuente que pueden presentar los pacientes que la ingieren es el edema de la vía aérea superior, especialmente de la úvula o edema de Quinke" (Golemán, 1974).

Para contextualizar nuestro trabajo diremos que en nuestro estudio hemos visto que cada vez es más evidente que existen trabajos que demuestran que la ansiedad y la tensión emocional provocan dolores físicos (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

Con plantas medicinales específicas e intervenciones conductuales inherentes a cualquier cuidado enfermero en sí vemos cómo contribuir induciendo una mejor calidad de vida en el paciente-cliente. De hecho, vemos cómo superar el estrés con intervenciones cognitivo-conductuales en enfermería (Sales, 2005).

Una enfermería viva capaz de potenciar cualquier acción en el paciente cliente. Así, Leal y Sales, citan a Peplau.

"La enfermería es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal (...). Es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que aspira a fomentar el progreso de la personalidad en la dirección de una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria" (Leal & Sales, 2003).

Pero no solo del paciente, también los enfermeros y enfermeras deben de retroalimentar con el propio ejemplo cuidando de su propia ansiedad y estrés y los consiguientes síntomas fisiológicos que acarrea (Mealer, Conrad, Evans, Jooste, Solyntjes, Rothbaum & Moss, 2014).

Existe evidencia de tratamiento de la ansiedad relacionada con el dolor en un Plan de Cuidados de Enfermería estandarizado para pacientes en este caso sometidos a RTU (Resección Tras Uretral) (Cid, Rubio, De la Calle, Rodríguez & Martín, 2005). Tras la elaboración e implantación del Plan de Cuidados, se observa que nuestro trabajo, ordenado con esta sistemática, garantiza una correcta atención y seguimiento de este tipo de pacientes hasta el alta, no obstante el paquete de intervencio-

nes conductuales en el contexto de la prescripción enfermera y pauta terapéutica de administración de fitoterapia conjuntamente no se había medido hasta ahora.

No ha sido nuestro objetivo realizar un estudio sobre la eficacia terapéutica de una planta en concreto, aunque por razones metodológicas hemos tenido que optar por una, sino evaluar a través de indicadores NOC la eficacia de la aplicación de la fitoterapia y de otras intervenciones conductuales en un paciente con ansiedad relacionada con el dolor. Así tomamos como ejemplo a Juan Carlos Morilla Herrera (Morilla, 2012), quien “en la línea de construir un modelo racional de decisión de criterios de resultado e intervenciones” inició en 2002, como hemos comentado, un proceso de conceptualización del uso de los indicadores NOC como marcadores diagnósticos en respuestas humanas, las cuales sometemos a criterio en este estudio tras implementar las intervenciones descritas.

Existe una amplia bibliografía en estudios científicos de la utilización de las plantas medicinales para disfunciones y patologías llevadas a cabo por departamentos de investigación de Facultades de Farmacia de importantes Universidades como es el caso de la de Barcelona, pero no existe igual producción y consumo de ciencia en relación con la práctica enfermera en el manejo de la fitoterapia recientemente normalizada como intervención NIC. Hemos realizado búsquedas barriendo las plataformas y buscadores especializados referidos, de las cuales hemos obtenido buena parte de los resultados de apoyo bibliográfico y citas de fortalecimiento de nuestro estudio.

Hemos elegido la *Valeriana officinalis* por su acción frente al eje ansiedad-estrés-dolor, aunque podría haberse complementado con el hongo cuya composición es la *psilocibina* (Timmermann, 2014) por su ayuda emocional mediante la reducción de las defensas psicológicas y la mejora del recuerdo autobiográfico, que implica que puede ser útil como herramienta para facilitar el recuerdo de memorias salientes o para revertir los sesgos cognitivos negativos. Es la misma idea que planteamos cuando escuchamos activamente en enfermería con la intervención NIC (Escucha activa). Igualmente potente habría resultado la Hierba de San Juan (*Hipericum perforatum*), como se demostró frente a placebo en dolor premenstrual igualmente asociado a componentes de ansiedad (Saz, Gálvez & Ortiz, 2010) y *Arnica montana* (Katja, Raak, Cramer, Lauche & Ostermann, 2014).

Ha sido la valeriana nuestra elección y nuestros resultados han sido buenos, pero queda un amplio consenso de investigación para un futuro inmediato.

Se ha visto que existe bastante evidencia científica en la relación de tratamientos de ansiedad con plantas medicinales, desarrollada especialmente por las facultades de farmacia a través de los departamentos de galénica y botánica mediante estudios científicos tipo casos control, cegados, etc. Existen menos estudios de tratamiento de dolor con fitoterapia, aunque también están presentes.

Se ha podido constatar igualmente la evidencia en pacientes con fibromialgia. Los datos muestran diferencias significativas después de la intervención, en valores de ansiedad, depresión, dolor y un incremento de realización de actividades comunes de la vida diaria (Moioli & Merayo, 2005).

En cuanto a la evaluación con NOC, los registros nos refieren que los indicadores de enfermería que integran los NOC como sistema de evaluación son una medida fiable para evaluar los cuidados que prestamos al paciente.

Los indicadores de los NOC Nivel de ansiedad y Nivel de dolor ya se habían utilizado en otros estudios (Losada, Rubio, De la Calle, Martín & González, 2005).

Tenemos asimismo antecedentes de estudios que utilizan las escalas NOC como instrumento de medición de las observaciones realizadas por las enfermeras, como es el caso del realizado por enfermeras del Hospice (Macnee, Edwards, Kaplan, Reed, Walls & Schaller, 2006), el cual mide con observaciones de cinco enfermeras los 11 indicadores del NOC "Conducta de búsqueda de salud" seleccionados. Cuantifica las 556 evaluaciones recogidas. Las enfermeras evalúan por un período de dos semanas los sujetos de estudio. Los NOC han sido evaluados para su fiabilidad y validez con al menos 25 pacientes para cada resultado.

La puntuación total de "Conducta de búsqueda de salud" para cada paciente se calculó sumando las puntuaciones dadas sobre los 11 indicadores. El posible rasgo de puntuación se situaba entre 11 y 55, indicando las cinco mejores puntuaciones una mayor. El NOC se ha logrado en un nivel de medición media de 31 en los 11 indicadores.

En nuestro estudio la validez y la fiabilidad son altos como indicamos, de hecho va tomando los valores crecientes según la visita que realiza el paciente aunque, eso sí, registrada solo por un observador.

MEDIA	1ª visita: 11,2	2ª visita: 15,56	3ª visita: 18,693	4ª visita: 21,72
-------	-----------------	------------------	-------------------	------------------

Antes del NOC, Sales i Orts ya en 1991 recogió estas observaciones y las codificó. Los registros de las enfermeras sobre la realización de las intervenciones propuestas para cumplir los objetivos podían ser de tres tipos: verbales, transcritas u observadas. La aparición del NOC posteriormente avanza en esta idea y la homogeniza, teniendo entonces las enfermeras una herramienta de gran potencial para medir las intervenciones realizadas (Sales, 1991).

Por otro lado, los indicadores de los Resultados NOC elegidos, Nivel de ansiedad y Nivel de dolor, en nuestro estudio, representan una forma de interpretar y operacionalizar (conceptualizar y medir) más allá de los límites objetivos de escalas validadas “al uso”, sin por ello reconocer su validez, objetividad y vigencia pero considerando un valor añadido el utilizar nuestras propias medidas de evaluación de resultados que además han dado una alta validez sin perder por ello la fiabilidad.

“Los conceptos cumplen una función fundamental de síntesis, de denominador común que englobe una serie de observaciones, proporcionándoles un sentido. El concepto de tristeza, por ejemplo, proporciona una denominación común a una serie de manifestaciones distintas: llanto, desánimo, bajo tono de voz, negativa a hablar o a comer, problemas de sueño, etc. Los conceptos pueden evocar realidades individuales o colectivas, ya que como los define Bordieu son “estructuras que nos hacen estructurar la realidad” (Echevarría & de Souza, 2013).

Las definiciones operacionales de los indicadores del NOC están cobrando gran importancia. En un estudio sobre validación de las definiciones conceptuales y operacionales para los indicadores de resultados de enfermería relacionados con el estándar de Patrón respiratorio ineficaz de 45 niños con cardiopatía congénita, se observó que la no utilización de esas definiciones estuvo asociada a evaluaciones inexactas del estado respiratorio de los pacientes (Silva et al, 2011). En otro estudio de de Souza et al (2015) sobre validación de los indicadores del NOC “Estado de deglución” se presentaron para evaluar en dos grupos de enfermeras: un grupo tenía las definiciones operacionales de los indicadores y el otro no. Los indicadores “Capacidad de llevar los alimentos hasta la boca”, “Integridad de las estructuras de la masticación”, “Capacidad de mantener el contenido oral en la boca” y “Aspiración respiratoria”, presentaron discordancia total entre las evaluaciones del grupo sin definiciones con relación al grupo con definiciones.

En nuestro estudio hemos pretendido construir una definición operacional para homogeneizar y ayudar al enfermero en cada una de las cinco puntuaciones de la escala Likert, basadas en frases significativas descriptoras de los pacientes y observaciones del terapeuta siguiendo la propuesta de Brokel y Hoffman (2005).

La enfermería siempre escucha al paciente, y esa escucha es precisamente el instrumento básico de cualquier metodología interpretativa. Echevarría y De Souza (2013) proponen una metodología cualitativa e interpretativa para medir los Resultados NOC de corte psicológico y sociocultural. El dolor y la ansiedad pueden encontrarse entre estos, aunque ambos conceptos se han trabajado mucho con escalas cuantitativas. Por esta razón nos hemos decantado por la utilización de metodología cuantitativa en este estudio, además de por aprovechar el gran bagaje del investigador y el elevado número de historias clínicas recogidas en la consulta donde se ha realizado. Únicamente ha sido necesario “traducir” los datos al lenguaje enfermero NNN. No obstante, es necesario que para garantizar la calidad de las mediciones los instrumentos sean sometidos a un proceso de validación, con fiabilidad y validez (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez & Sanz Rubiales, 2011), caso de estos indicadores.

En el estudio de Morilla, Morales, Fernández, Berrobianco y Delgado (2011) se han visto resultados positivos en el autocuidado y el manejo del régimen terapéutico por parte del paciente (adherencia a su medicación, conductas preventivas y desarrollo de estilos de vida saludables), siendo el objetivo de dicho estudio conocer la fiabilidad de un instrumento de valoración y ayuda en Atención Primaria basado en indicadores de resultados de Enfermería NOC entre el 2006 y 2009. Doscientos veintiocho pacientes fueron incluidos, con un 37,7% de ellos con más de un proceso crónico concomitante. Los indicadores NOC mostraron una buena consistencia interna (alfa de Cronbach: 0,81).

En nuestro estudio ha resultado un **alpha de Cronbach** de **0,898**, lo que indica que la fiabilidad o precisión de este cuestionario es muy buena para esta muestra.

Nuestro estudio se trata más de una recogida de datos de historiales acerca de cómo se realizaron y qué resultados se obtuvieron. No obstante, cabe la posibilidad de que si se eligen otros indicadores pudiesen reflejar de manera distinta los resultados. Esta es la razón por la que se ha optado por relacionar los indicadores

elegidos de los dos NOC's Nivel de Dolor y Nivel de Ansiedad y coincidir igualmente con los factores relacionados del diagnóstico enfermero Ansiedad y Dolor.

Hemos identificado los indicadores clave o "Gold estándar" de los NOC, Nivel de Ansiedad y Nivel de Dolor con los que hemos medido la muestra, basándose en la demostrada fiabilidad de medida de éstos.

En otro orden de cosas y en el contexto de alabanzas y críticas, debilidades y fortalezas, Alan Sokal, físico y matemático de la Universidad de Nueva York, ataca duramente los postulados de Dolores Krieger y sus teorías sobre la enfermería del tacto terapéutico a lo que en una bonita respuesta el Catedrático de la Universidad de Barcelona Joaquín Prats cuestiona la necesidad de ensayo para la continuidad de desarrollo cerebral, cuanto menos (Prats, 2010).

Creemos a la luz de las investigaciones que la crítica de Sokal a Dolores Krieger es sin duda basada en la ciencia teórica, pero sin nexo experimental en la praxis, es decir, si bien es cierto que el modelo teórico de Sokal describe el concepto cuántico, no es menos cierto que Krieger intenta explicar los resultados empíricos de sus experimentaciones desde la ciencia ad hoc, intentando aproximar las medidas que analiza Echevarría y es difícil de concebir por los mismos medios sin por ello reconsiderar otros parámetros de medida y análisis de la ciencia. Sokal lanza un análisis objetivo poco afortunado porque tacha de falso, sin darse cuenta de que podrían ser más metodológicas las palabras de Krieger, pero él no lo ha experimentado. Quizá la manera de expresar en los comienzos de la ciencia haya supuesto más una apuesta que una metodología.

"El concepto multiconceptual de Dios o la relación mente-cuerpo-espíritu son los campos de energía establecidos por la enfermera Martha E. Rogers (Anés García & Torres Bonilla, 1999), puestos en entredicho por el físico y matemático Alan Sokal" (Sokal, 2008).

Sí, creemos también que es hora de separar el grano de la paja.

Así, Juantxo Domínguez, presidente de RedUne (Asociación para la manipulación sectaria), critica lo criticable pero "metiendo en el mismo saco" ciencias y pseudociencias por igual y, en nuestra opinión, debería de tratarse con mas consenso (Domínguez, 2013). Enfermeros disconformes con otros métodos de tratamiento denuncian a través de determinados medios como son los blogs el uso de

“pseudociencias” en varias universidades del país y la utilización de estos recursos en varios hospitales nacionales, aunque también abogan por separar el grano de la paja...como por ejemplo el de Frías (2013), que comenta lo siguiente:

“En realidad no es malo que las Facultades de Medicina y Enfermería tengan en cuenta a las llamadas “terapias alternativas” a la hora de formar a sus estudiantes. En primer lugar porque son una realidad social, y muchos de los futuros médicos y enfermeros se encontrarán con pacientes que las usen; y aunque la mayoría de las veces no resulten perjudiciales, no hay que olvidar que **algunos tratamientos de fitoterapia pueden interactuar con los tratamientos médicos**, que incluso pseudoterapias tan aparentemente inocuas como la **homeopatía** pueden resultar peligrosas, o que en muchos casos **los partidarios de esas prácticas fomentan la desconfianza frente a los tratamientos de base científica.**”

Tal vez se pueda cuestionar si la fitoterapia causa el efecto propuesto en los objetivos por sí sola o por la acción de las intervenciones conductuales. No sabría decir y sería objeto de un estudio posterior ya que estas mismas acciones llevadas a cabo como escuchar activamente, presencia, con todo el torrente energético que supone para el paciente de la persona en la que confía o ve una “puerta abierta” en la recuperación de su salud, y el hecho de contactarla físicamente son acciones que se llevan a cabo también cuando realizamos un ensayo de casos control o un ensayo clínico aleatorizado, es decir, no sabría cómo pueden factores inherentes al experimentador descontextualizarse del estudio, aunque en nuestro caso haya sido un estudio retrospectivo pero desde el punto de vista de técnicas y terapias (intervenciones realizadas en momentos cronológicos a pacientes reales).

Hemos puesto en evidencia la importancia, operatividad y resultados del uso de plantas medicinales bajo control experto en las dosis adecuadas sin detrimento del uso de fármacos en proporciones e indicaciones precisas.

Solo hace falta chequear la web Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine la tabla de contenidos para objetivar dicha evidencia en el grupo de terapias que poseen un gran número de entradas y un alto factor de impacto de dicha publicación. Del mismo modo la revista especializada, fitoterapia.net, corro-

bora la evidencia científica por profesionales que investigan constantemente las drogas vegetales. No obstante es cierto que para otros los resultados son diferentes.

“Los pretendidos efectos beneficiosos en algunos pacientes y los resultados positivos obtenidos en algunos ensayos se pueden explicar por varias razones: metodología empleada, efecto placebo, efecto terapéutico de las propias consultas, otras medidas asociadas como la dieta, el ejercicio o las técnicas de relajación, tratamientos convencionales simultáneos y la capacidad de recuperación del organismo.”

“Desde el punto de vista sanitario, las terapias herbales solo disponen de dos principios activos de posible efecto preventivo en la migraña episódica: la petasina y el partenólido. En España no se dispone de preparados herbales fiables para el tratamiento de la migraña”, apuntó el experto” (Rodríguez, 2014).

Podemos pensar que la planta medicinal debe parte de su respuesta a las intervenciones conductuales citadas a modo de “presentación, aceptación y empatía” pero en el caso de la experiencia en ganaderos que no están autorizados a utilizar medicamentos alopáticos y las utilizan para tratar patologías y disfunciones entre las que se encuentra el dolor y la ansiedad y son tratadas con *Melissa officinalis* y *Nepeta cesarea*, y tampoco se ha acompañado de escucha activa ni técnicas de relajación y el funcionamiento ha sido igualmente bueno (Lans, Turner, Khan, Brauer & Boepple, 2007).

A parte de la experiencia descrita, si miramos nuestra propuesta, es cierto que la *valeriana officinalis* se ha pautado al lado de intervenciones conductuales; tacto, escucha activa, relajación y presencia pero no es menos cierto que es inherente al trato que se le brinda al paciente cuando es tratado. En otras palabras: se le escucha atentamente estando físicamente ante su presencia y se le habla e incluso mira atentamente y contacta físicamente con una palmada o un contacto con su hombro para mostrar mas proximidad, sin vulneración de su espacio. Por tanto, no se realiza ninguna atención e intervención en salud incluyendo la propia educación para la salud, que no se acompañe de este “ritual”.

Por otro lado, lo que es un error es considerar que el efecto placebo se da solo en las intervenciones no alopáticas. Como comenta Echevarría (2008), el placebo es la mayor explicación de la biomedicina sobre la causa de la eficacia de las TC

y constituye, a su vez, un ejemplo curioso de su actitud sobre la separación entre cuerpo y mente. La respuesta placebo es una clara muestra del poder de la mente sobre los síntomas de la enfermedad: la persona responde al tratamiento por la expectativa de que funcionará y no porque en realidad lo haga. Pero, sin embargo, con lo que no se cuenta es con que el efecto placebo está presente en cualquier relación terapéutica, sea de la medicina moderna o complementaria, y muchas veces es la causa de la mejoría en una u otra medicina. Es la ausencia de demostración objetiva de la mayor parte de las TC lo que ha propiciado su consideración de placebo.

Añade además cómo Francois Loux siguiendo a Levi-Strauss aporta un concepto importante a este debate: el concepto de eficacia simbólica frente a eficacia científica, ya que los símbolos como representaciones culturales contienen un grado importante de operatividad en sí mismos (Echevarría, 2008).

Como ya hemos señalado anteriormente, la bioquímica y la farmacología han dado muchas satisfacciones en la erradicación de agentes patógenos y, en consecuencia, en la cura de enfermedades, y es preciso que sigan haciéndolo. No se trata de poner en duda este extremo sino de dar una oportunidad a las plantas medicinales que se han mostrado eficaces en la prevención y en el tratamiento de alteraciones menores. El Gobierno debería considerar la conveniencia de regular jurídica y asistencialmente el uso de las plantas medicinales, con una amplitud de miras mayor que la actual.

Las enfermeras holísticas están trabajando para implementar soluciones a estos retos de autocuidado, fomentando la autorreflexión y la participación en los verdaderos momentos de cuidado. El autocuidado empieza por uno mismo. Las enfermeras/os han de ser hoy cuerpo, mente y espíritu, se ha descrito por Jean Watson, en su teoría del cuidado transpersonal (Poblete & Valenzuela, 2007). El profesional sanitario debe de tener la fuerza (como resultado del autocuidado) para procesar y participar en el intercambio de sanación energética implicado en la atención al paciente.

Para conseguir ese objetivo las universidades también deben trabajar en la demostración de la eficacia de disciplinas complementarias, aportando esa evidencia necesaria. Hemos de terminar con la cultura de “estamos en las manos de los otros” para dar paso a “somos los únicos responsables de nuestra propia salud”, aunque para ello sea necesario que los profesionales cualificados nos orienten para

mantener la salud y nos traten cuando esta haya disminuido o la hayamos perdido. Si son exclusivamente los profesionales de la salud quienes se encargan de nuestros desequilibrios emocionales y patológicos producidos por una falta de disciplina, una manera equivocada de tratar el ecosistema y una búsqueda de bienes externos exclusivamente, sin mirar al interior para neutralizar la ansiedad inductora de esas disfunciones, No podemos obtener la capacidad de ser directores de nuestra propia salud si son exclusivamente los profesionales de la salud quienes se encargan de nuestros desequilibrios emocionales y patológicos producidos por una falta de disciplina, una manera equivocada de tratar el ecosistema y una búsqueda de bienes externos exclusivamente, sin que nosotros miremos a nuestro interior para neutralizar la ansiedad inductora de estas disfunciones. Pero habría que analizar si este enfoque de salud con nuestra participación directa es rentable a los sistemas establecidos, muy especialmente desde la óptica de la industria farmacéutica. Además, para impulsar este nuevo enfoque de salud se debería inducir y potenciar la prevención. No podemos olvidar que el ser humano elige libremente la filosofía en la que basará su vida, aunque vaya cambiando conforme evoluciona como ser humano. No por imposición sino por libertad, así es la verdadera elección. Y para ello necesitamos un tejido social y sanitario maduro y, en mi opinión, ni uno ni otro lo están actualmente.

Límites del estudio:

Es evidente que, aunque se comprueba un avance objetivo, aún es necesario aumentar la producción científica como instrumento revelador que da el paso de lo empírico a lo científico, dado que las referencias de rigor aún son insuficientes. De hecho a veces, para reforzar una teoría, es preciso acudir a registros de prestigiosos profesionales del sector a falta de ciencia con evidencia y estudios de rigor.

Se habría reforzado más el estudio con un número mayor de pacientes y de visitas

Podríamos haber contrastado, y pretendemos en el futuro, los hallazgos obtenidos con otras escalas de ansiedad explicitadas en este texto

CAPÍTULO 11

CONCLUSIONES

1. Hemos confirmado la hipótesis tras evaluar la eficacia de la implementación del Manejo de la fitoterapia y de otras intervenciones conductuales (Contacto, Presencia, Escucha activa y Terapia de relajación simple) como intervención enfermera en pacientes con ansiedad relacionada con el dolor, a través de los indicadores seleccionados de los resultados NOC (Nursing Outcomes Classification): NOC 002102 Nivel de Dolor y NOC 001211 Nivel de Ansiedad, considerados clave y hemos concluido la eficacia de éstas, al evidenciar la mejora de los pacientes intervenidos según se desprende de los resultados obtenidos.
2. El componente de ansiedad que acompaña el dolor puede tratarse con un Preparado de *Valeriana officinalis* en dosis equivalentes 1/3 gramos de la droga seca diaria, según ESCOP 2009, habiendo sido demostrada su eficacia en la muestra. Por tanto, la fitoterapia actúa positivamente sobre la ansiedad que acompaña al dolor y lo modula.
3. Se ha normalizado en la Clasificación del NIC la etiqueta “Manejo de la fitoterapia”, como intervención enfermera, habiendo sido aceptada por el grupo revisor de la Universidad de Iowa para su inclusión en la próxima edición.
4. Los indicadores de los NOC Nivel de Ansiedad y NOC Nivel de Dolor han resultado ser medida fiable y válida en este estudio.
5. Hemos seleccionado y validado los *gold estándar* en los indicadores elegidos para el NOC Nivel de Ansiedad y NOC Nivel de Dolor, coincidentes con las características definitorias de los diagnósticos de enfermería dolor y ansiedad. Son los siguientes: Inquietud, Tensión muscular, Frecuencia del pulso radial, Presión arterial, Frecuencia respiratoria, Sudoración.
6. La escala de medida Likert del Noc “Nivel de dolor” ha sido operacionalizada a través de la asignación de palabras descriptoras para los indicadores seleccionados del resultado, de manera que se ha proporcionado significado interpretativo y clínico a las puntuaciones.

11.1. PROPUESTAS PARA LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Dadas las conclusiones de este estudio, han surgido necesidades de investigaciones posteriores que nos permitan ahondar más y alcanzar mayor nivel de evidencia en las Taxonomías NANDA-NIC-NOC, entre las que destacamos:

1. Revisar y aumentar el nivel de evidencia del Diagnóstico de enfermería: “Perturbación del campo de energía”

(Diagnóstico NANDA, 000050 Perturbación del campo de energía, dominio Actividad-Reposo, clase equilibrio-energía).

La definición es: desorganización del flujo de energía que rodea a una persona, lo que resulta en una falta de armonía del cuerpo, la mente y/o el espíritu.

Entre las características definitorias señalamos entre otras por la relación con el presente estudio: alteración del campo (déficit, vacío, espigado, protuberante, obstruido, congestionado, disminución del flujo en el campo de energía).

Queremos además proponer como factores relacionados: ansiedad y dolor.

En la próxima edición de Nanda-I 2015-17 este diagnóstico ha sido eliminado por falta de evidencia. Es nuestro propósito intentar su inclusión nuevamente.

2. Revisar y aumentar el nivel de evidencia del NIC 000180 “Manejo de la energía”

Definición: regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

Actividades

- Determinar los déficits en el estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- Utilizar instrumentos válidos para medir la fatiga, si está indicado.
- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/ser querido.
- Corregir los déficits del estado fisiológico (p. ej., anemia inducida por quimioterapia) como elementos prioritarios.

- Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga utilizando combinaciones de categorías farmacológicas y no farmacológicas, si procede.
- Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Consultar con el dietista posibles modos de aumentar la ingesta de alimentos con alto contenido energético.
- Negociar las horas de las comidas deseadas, que pueden o no coincidir con los horarios habituales del hospital.
- Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.
- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras disritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria).
- Animar a realizar ejercicios aeróbicos, según la tolerancia.
- Observar/ registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/ actividad.
- Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognoscitiva y el autocontrol/ regulación de la actividad.
- Establecer límites a la hiperactividad cuando interfiera con otras personas o con el paciente.
- Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía (requisitos para la restricción de actividad o reposo en cama).
- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.
- Ayudar al paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía.
- Ayudar al paciente/ ser querido a establecer metas realistas de actividades.
- Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades.

- Ayudar al paciente a elegir actividades que reconstruyan la resistencia de forma gradual.
- Ayudar al paciente a identificar las tareas que pueden ser realizadas por los familiares y amigos en casa para evitar o aliviar la fatiga.
- Considerar la comunicación electrónica (p. ej., correo electrónico o mensajería instantánea) para mantener el contacto con los amigos cuando las visitas no son posibles o aconsejables.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto de forma plena, si procede.
- Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación.
- Limitar la cantidad de visitas y las interrupciones por parte de las mismas, si procede.
- Favorecer el reposo/limitación de actividades (aumentar el número de períodos de descanso) con períodos de descanso protegidos de elección.
- Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad.
- Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales vitales (evitar la actividad inmediatamente después de las comidas).
- Utilizar ejercicios de movimientos articulares activos para aliviar la tensión muscular.
- Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.
- Ofrecer ayudas para favorecer el sueño (p. ej., música o medicaciones).
- Fomentar las siestas, si resulta apropiado.
- Ayudar al paciente a programar períodos de descanso.
- Evitar realizar actividades de cuidados durante los períodos de descanso programados.
- Planificar las actividades para los períodos en los que el paciente tiene más energía.
- Ayudar al paciente a sentarse en el borde de la cama, si no puede moverse o caminar.

- Ayudar en las actividades físicas normales (deambulaci3n, traslados, giros y cuidado personal), si resulta necesario.
- Controlar la administraci3n y efecto de los estimulantes y sedantes.
- Favorecer la actividad f3sica (deambulaci3n o realizaci3n de actividades de la vida diaria), coherente con los recursos energ3ticos del paciente.
- Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades.
- Controlar la respuesta de ox3geno del paciente (frecuencia card3aca, ritmo card3aco y frecuencia respiratoria) a los autocuidados o actividades de cuidados por parte de otros.
- Ayudar al paciente a autoinmunizarse desarrollando y utilizando un registro de ingesta cal3rica y de gasto de energ3a, si procede.
- Instruir al paciente y/o a los seres queridos sobre la fatiga, sus s3ntomas comunes y las recurrencias latentes.
- Enseñar al paciente y a los seres queridos aquellas t3cnicas de autocuidados que minimicen el consumo de ox3geno (t3cnicas de automonitorizaci3n y por pasos en la realizaci3n de las actividades diarias).
- Instruir al paciente y/o a los seres queridos a reconocer los signos y s3ntomas de fatiga que requieran una disminuci3n de la actividad.
- Instruir al paciente y/o a los seres queridos sobre el estr3s e intervenciones de enfrentamiento para disminuir la fatiga.
- Instruir al paciente y/o a los seres queridos a avisar al proveedor de cuidado m3dico si los s3ntomas de fatiga persisten.

3. Propuesta de creaci3n del nuevo NOC, "Nivel de energ3a"

4. Aumentar y estimular la producci3n cient3fica en materia de cuidados naturales

5. Validad a trav3s de expertos las actividades de la nueva intervenci3n, *Manejo de la fitoterapia*

BIBLIOGRAFIA

- Acevedo, J.C.(2013). Ronald Melzack and Patrick Wall. La teoría de la compuerta. Más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*, 20(4), 191-202.
- Adams, M., Scheneider, S.V., Kluge, M., Kessler, M. & Hamburger, M.(2012). Epilepsy in the Renaissance: a survey of remedies from 16th and 17th century German herbals. *J Ethnopharmacol*, 143(1), 1-13. doi: 10.1016/j.jep.2012.06.010.
- Ader, R. (1995). Historical Perspectives on Psychoneuroimmunology. En Friedman, H., Klein, T.W., Friedman, A.L.(Ed), *Psychoneuroinmunology, Stress and Infection*, (pp. 1-21).Universidad de Rochester. Recuperado de: http://www.fundacionsalud.org.ar/images/GetAttachment.doc_ADER_2.pdf.
- AENTDE. (2008). VII Simposium Nacional de Diagnósticos de Enfermería, 11. pág 9. Recuperado de: [http://www.aentde.com/pages/correo/ca_2008111/!](http://www.aentde.com/pages/correo/ca_2008111/)
- Agraz, E.L. (1997). *Revisión normativa y propuesta de desarrollo reglamentario de medicamentos de plantas medicinales y medicamentos homeopáticos*. (Tesis inédita de Doctorado) Universidad San Pablo-CEU. Recuperado de: www.educacion.es/teseo/mostrarRef.do?ref=190443.
- Alexander, M.F. & Runciman, P.J.(2003). Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Informe del proceso de elaboración y de las consultas. *Consejo internacional de enfermeras (CIE)*. Recuperado de: http://www.cnde.es/cms_files/Marco_Competencias_CIE_Enfermera_Generalista.pdf.
- Alexander, G. (1986). *La Eutonía*. Buenos Aires: Paidós.
- Alonso, M.J. & Capdevilla, C. (2005). Estudio descriptivo de dispensación de fitoterapia en las farmacias catalanas. *Revista de fitoterapia*, 5, 31-39.
- Alvarado, C.G., Guglielmetti, S., Tenis, S. & Díaz, C.A.(2012). *Hildegard Peplau: Biografía*. Recuperado de: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.es/2012/06/hildegard-peplau.html>.
- American Holistic Nurses Association. (2014). What is Holistic Nursing? Recuperada de: www.ahna.org

- Andreatini, R., Sartori, V.A., Seabra, M.L. & Leite, J.R. (2002). Effect of valeopotriates (valerian extracts) in generalized anxiety disorder: a randomized placebo controlled pilot study. *Phytotherapy Research*, 16(7), 650-654. DOI: 10.1002/ptr.1027.
- Arbizu, J. P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 24(1), 173-178.
- Arias, T., Leal, S., Machiavello, A., Pino, J. & Salazar, V.(2012). *Hildegard Peplau*. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/SofiLeal/hildegard-peplau-13087684>.
- Baldwin, A.L., Vitale, A., Brownell, E., Scicinski, J., Kearns, M. & Rand, W. (2010). The Touchstone Process: an ongoing critical evaluation of reiki in the scientific literature. *Holistic Nursing Practice*, 24(5), 260-276. doi: 10.1097/HNP.0b013e-3181f1adef.
- Barboza, J. (2011). *Breve construcción teórica para la aplicación de los diagnósticos enfermeros a partir del trabajo de investigación*. Asociación nacional círculo de investigación en enfermería Universidad Nacional de Trujillo –Facultad de Enfermería. Recuperado de: <https://17936336414459053140.googlegroups.com/attach/3e7cdad528fa1dbc/TEORIA%20DE%20LA%20SINGULARIDAD%20DIAGNOSTICA%20-%20EDICION%202011.pdf?part=0.2&vt=ANaJVrHUj-Tjlt6mgnfoufrgTzGh1C2HjDhNm13f3C8HEUxmT02sPiLvtf1ncKvZk1WunEp6hWUiCfeBwZia5mv6nStsP9P7XPDA9ZUm4DSofjFVoCMYI>.
- Bardel, M.H., Woodman, T., Perreaut-Pierre, E. & Barizien, N. (2013). The role of athletes' pain-related anxiety in pain-related attentional processes. *Anxiety Stress Coping*, 26(5), 573-583. doi: 10.1080/10615806.2012.757306
- Baruch Y. (2009). [Hypericum extract for treatment of depression: what's new?]. *Harefuah*, 148(3), 183-185, 210, 209.
- Barragán. A. (2014). *Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa*. Prezzi Inc. Recuperado de: https://prezi.com/vgmmg_xfxxt/paradigmas-en-competencia-en-la-investigacion-cualitativa/
- Baulies, G., Torres, R.M., Martínez, B., Yamamoto, L., Baulies, C. & Francesc, O. (2014). Uso de plantas medicinales entre los usuarios de Atención Primaria de la ciudad de Barcelona. *Revista de fitoterapia*, 14(2), 147-150

- Becker, R.O. (1990). *Cross currents: The promise of electromedicine, the perils of electropollution*. New York. Penguin Group (USA) Inc. Recuperado de: http://www.amazon.co.uk/Cross-Currents-Electropollution-Promise-Electromedicine/dp/0874776090/ref=pd_sim_b_3/275-0628923-7554325?ie=UTF8&refRID=0YVA8XRMETB956W8MQEK.
- Bello, N.L. (2006). *Fundamentos de enfermería. Parte I*. La Habana: Ciencias Médicas. Recuperado de: <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/Bello%20Nilda%20-%20Fundamentos%20De%20Enfermeria.PDF>.
- Bernárdez, B. (2012). *Terapias Complementarias*. III Congreso SEOM de cuidados continuos en Oncología Médica. Sociedad Española de Oncología Médica, SEOM. (Powerpoint de la Unidad de Farmacia Oncológica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela). Recuperado de: http://www.seom.org/index.php?option=com_googlesearch_cse&n=30&cx=001272861957944804708%3Axpj14llmgce&cof=FORID%3A9&ie=UTF-8&q=Terapias+Complementarias.&sa=Buscar&hl=es.
- Besocke, A.G., Bacanelli, M., Cristiano, E., García, M.C., Silva, W. & Valiensi, S.M. (2012). Religious manifestations as ictal semiology in temporal lobe epilepsy. *Revista de neurologia*, 54(1), 61-63.
- Bloom, D. (2011). El olor del pensamiento. *Investigación y Ciencia, edición española de Scientific American*, 423.
- Boehm, K., Raak, C., Cramer, H., Lauche, R. & Ostermann, T. (2014). Homeopathy in the treatment of fibromyalgia—A comprehensive literature-review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(4), 731–742. doi: 10.1016/j.ctim.2014.06.005.
- Brendler, T., Gruenwald, Ulbricht, C. & Basch, E. (2006). Devil's Claw (*Harpagophytum procumbens* DC): An Evidence-Based Systematic Review. *Journal of herbal Pharmacotherapy*, 6(1), 89-126.
- Brokel, J.M. & Hoffman, F. (2005). Hospice methods to measure and analyze nursing-sensitive patient outcomes. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 7(1), 37-44.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M. & Wagner, M. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Barcelona: Elsevier.

- Burrel, E. (2008). *Salud, enfermería y Terapia Neural*. (Trabajo fin de Máster). Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21546/1/2008_11.pdf
- Cano, A. & Miguel, J.J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- *Psicología Contemporánea*, 6(1), 14-21.
- Cañigüeral, S. (2009). *Fitoterapia, concepto y ámbito de aplicación*. Jornada de fitoterapia en el tratamiento de enfermedades comunes. Facultad de Farmacia de Barcelona. Recuperado de: <http://www.sefit.es/jornada-sefit-fitoterapia-tratamiento-enfermedades-comunes/>
- Cañigüeral, S. (2002). La fitoterapia, ¿una terapéutica para el tercer milenio? Discurso de ingreso como Académico en la Real Academia de Farmacia de Catalunya. *Revista de Fitoterapia*, 2(2), 101-121.
- Capra, F. (2000). *El tao de la física*. Málaga: Editorial Sirio, S.A. Recuperado de: http://www.formarse.com.ar/libros_gratis/inspiradores/capra-fritjof-el-tao-de-la-fisica.pdf.
- Carregal, A. (2010). *Fisiología de la nocicepción y de sus mecanismos reguladores*. Asignatura: Tratamiento del dolor. Universidad de Vigo. Recuperado de: http://www.academia.edu/6348953/FISIOLOG%3%8DA_DE_LA_NOCICEPCI%-C3%93N_Y_DE_SUS_MECANISMOS_REGULADORES.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M. & Sanz, A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1). doi.org/10.4321/S1137-66272011000100007.
- Cid, P., Rubio, J., De la Calle, M., Rodríguez, M. & Martín, M. (2005). Plan de cuidados de enfermería estandarizado para pacientes sometidos a RTU. *ENFURO : Asociación Española de Enfermería en Urología*, 94, 23-30.
- COFENAT, CONAMAD & TENACAT (2008). *Presentación del primer estudio sobre uso y hábitos de consumo de las terapias naturales en España*. Observatorio de las Terapias Naturales, publicado por COFENAT, CONAMAD Y TENACAT. Recuperado de: http://www.rnoweb.com/data/5_SintesisTN.pdf.
- Consejo General de Enfermería de España (2000). *proyecto NIPE (Normalización de Intervenciones para la práctica de Enfermería)*. Recuperado de: <http://www>.

- nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurl/NIPE/pdf/patrones_funcionales_mgordon.pdf.
- Constenla, M., García, F.R. & Palacios, P. (2004). *Tratamientos alternativos y complementarios*. Servicio de Oncología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Recuperado de: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/cuidCont/cuidadosContinuos532-704.pdf>.
- Cooper, E. (2010). Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. *Hindawi Publishing Corporation*. Recuperado de: <http://www.hindawi.com/journals/ecam/>
- Cordero, JA. (2005). Uso racional de la fitoterapia: una asignatura pendiente. *Revista de Fitoterapia*, 5, 31-39.
- Cubedo, R. (2005). ¿Existe relación entre emociones muy extremas y el cáncer?. Diario elmundo.es, sección de salud. Julio, 05.
- Cugelman, A. (1998). Therapeutic touch: an extension of professional skills. *Journal of the Canadian Association of Nephrology Nurses and Technicians*, 8(3), 30-32.
- Chinou, I., Knoess, W., & Calapai, G. (2014). Regulation of herbal medicinal products in the EU an up-to-date scientific review. *Phytochemistry reviews*, 13(2), 539-545.
- Chrubasik, J.E., Roufogalis, B.D. & Chrubasik, S. (2007). Evidence of Effectiveness of Herbal Antiinflammatory Drugs in the Treatment of Painful Osteoarthritis and Chronic Low Back Pain. *Phytotherapy Resesarch*, 21(7), 675-683. DOI: 10.1002/ptr.2142.
- De Andrés, M.L. (2009). Cátedra de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Apuntes de historia de la farmacia de 1º. Recuperado de: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCs-QFjAC&url=http%3A%2F%2Ffarmapuntes.wikispaces.com%2Ffile%2F-view%2FAPUNTES_D...doc&ei=0rkPVdwVk-hoh_aB-AE&usg=AFQjCNHp-nFgXlitOMJ1oMGD01n8Uo69SLw.
- Dias, S. & Gama, A. (2014). Health promotion: the evolution of a paradigm and contemporary challenges. *Rev. Salud Pública (Bogota)*, 16(2), 307-317.
- Díaz Faixat (2006). *Entre la evolución y la eternidad*. Barcelona: Kairós.

- Díaz de Flores et al. (2009). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichán*, 2(1). doi:10.5294/18.
- Díaz, L., Arroyo, M., Fernández, C., García, F., García, C. & Tomás, I. (2011). Immediate effects of reiki on heart rate variability, cortisol levels, and body temperature in health care professionals with burnout. *Biological Research For Nursing*, 13(4), 376-382. doi: 10.1177/1099800410389166.
- Doman, G. (2009). *Qué hacer por su hijo con lesión cerebral o retraso mental, deficiencia mental, parálisis cerebral, epilepsia*. Madrid: Edaf.
- Drak, M., Pouvreau, D. & Apfalter, W. (2007). On the making of a system theory of life: Paul A Weiss and Ludwig von Bertalanffy's conceptual connection. *The Quarterly Review of Biology*, 82(4), 349-373.
- Echevarría, P. & De Souza, A.C. (2013). Cómo cuantificar los aspectos cualitativos en escalas de clasificación de resultados NOC para etiquetas psico-socioculturales. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(3), 728-735. doi.org/10.1590/S0080-623420130000300029.
- Echevarría, P. (2010). Formas de integración, mecanismos de articulación y conflictos derivados de la introducción de terapias complementarias en España. *Index de Enfermería*, 19 (2-3), 101-105. doi.org/10.4321/S1132-12962010000200006.
- Echevarría, P.(2008). Los límites de la Evidencia Científica o idoneidad metodológica en la intervención en Terapias Complementarias. *Index de enfermería*, 17(4), 271-275. doi.org/10.4321/S1132-12962008000400011
- Echevarría, P.(2008). Análisis antropológico de los patrones de uso y el perfil del usuario de terapias complementarias orientales. *Gaceta de Antropología*, 24(2).
- Echevarría, P., Céspedes, O., Rojas, J., Sánchez-Ayllón, F., Morales, I. & Giménez, M. (2014). Phytotherapy management: a new intervention for nursing intervention classification. *Holistic Nursing Practice*, 28(6), 381-385. doi: 10.1097/HNP.0000000000000053.
- Eco Multimedia, S.L. (2015). *La venta de plantas medicinales por herbolario ronda los 36.500 euros anuales*. Mi herbolario natural (Mi herbolario digital – 5). Recuperada de: http://www.miherbolario.com/boletines/5#not_52 Recuperada.

- Efe, Salud (2013). *Un equipo científico logra clonar células madre humanas por primera vez*. Recuperado de: <http://www.efesalud.com/noticias/un-equipo-cientifico-logra-clonar-celulas-madre-humanas-por-primera-vez/>
- Engebretson, J. & Wardell, D.W. (2002). Experience of a Reiki session. *Alternative therapies in health and medicine*, 8 (2), 48-53.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- Ernst, E. (2000). Herbal medicines: where is the evidence? *British Medical Journal*, 321(7258), 395-396.
- Espinoza, M., Valverde, S. & Vindas, H. (2011). Vivencia holística del estrés en profesionales de Enfermería. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica* [en línea], 20. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/vivenciaestres.pdf>> ISSN 1409-4568
- Euromonitor internacional. (2010). *A Global Overview of Herbal/Traditional Products*. Recuperado de: <http://www.euromonitor.com/a-global-overview-of-herbal-traditional-products/report>
- Europa Press. Islas Canarias (2012). Más del 40% de los canarios ha acudido “alguna vez” a la Homeopatía. Publicado 12/05/2012. Recuperado de: <http://www.europapress.es/islas-canarias/noticia-mas-40-canarios-acudido-alguna-vez-homeopatia-20120512152054.html>.
- Europa Press (2009). El dolor asociado a la ansiedad y la depresión reduce el rendimiento laboral de los afectados, según un estudio. Recuperado de: <http://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-dolor-asociado-ansiedad-depression-reduce-rendimiento-laboral-afectados-estudio-20091027144458.html>
- European Medicines Agency (2009). Science medicines Health. *Public summary of opinion on orphan designation, 4, 7, 10, 13, 16, 19-docosahexaenoic acid for the treatment of retinitis pigmentosa by José Manuel Cela López*. Recuperado de http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/orphans/2009/11/human_orphan_000055.jsp&mid=WC0b01ac058001d12b.
- European Medicines Agency. (2014). HMPC monographs: Overview of recommendations for the uses of herbal medicinal. *Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC)*. Recuperado de: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2013/08/WC500147372.pdf

- Faustino, T.T., Almeida, R.B. & Andreatini, R.(2010). Medicinal plants for the treatment of generalized anxiety disorder: a review of controlled clinical studies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(4), 429-436.
- Feilg, W. & Bonet, E.M. (1989). Systems theory in medicine and biology. *Wien Med Wochenschr*, 139(5), 87-91.
- Fernández-Cervilla, A.B., Piris-Dorado, A.I., Cabrer-Vives, M, E. & Barquero-González, A. (2013). Situación actual de las Terapias Complementarias en España. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(3), 679-686. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300679&lng=en&tlng=en. 10.1590/S0104-11692013000300005.
- Fontenele, R.P., De Sousa, D.M., Carvalho, A.L. & Oliveira, F. de A. (2013). Phytotherapy in Primary Health Care: perspectives of managers and professionals in the Family Health Program of Teresina, Piauí, Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 18 (8), 2385-2394.
- Fernández Fraga, M. (2012). Enero, 05. Sociedad. Diario La Nueva España. Recuperado de: <http://www.lne.es/nalon/2010/11/02/expertos-cancer-analizan-hoy-enfermedad-laviana/988597.html>.
- Gálvez, J.J. (2008). Guía clínica naturista de la ansiedad y crisis de pánico. *Medicina naturista*, 2(3), 215-222.
- Gálvez, J.J. (2007). Guía clínica de la depresión. *Medicina Naturista*, 1(2), 76-85.
- García, A.C., García, M.J.& Valle, J.I. (1997). *Directorio de Enfermeros de Simón López*. Madrid: Editorial Síntesis S.A. y Consejo General de Enfermería de España.
- García, J.D. (2013). Consideraciones sobre la Medicina Natural y Tradicional, el método científico y el sistema de salud cubano. *Revista Cubana Salud Pública*, 39 (3), 540-555.
- García, Vde F., Castel, B. & Vidal, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología clínica*, 2, 38-43.
- Gea, M., Blanco, J., Esuinas, C., Martínez, J., Otero, L. & Vendrell, J. (2014). *Guía de Buenas prácticas basada en la evidencia*. Consell de Col·legis d'Infermers de Catalunya. Recuperado de: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/GUIA%20TER%20C3%A0PIES%20NATURALS.PDF>.

- GEOCITIES (2009). Medicinas basadas en la evidencia y en la capacidad de autocuración. *Instituto de Estudios Salud Natural de Chile*. Recuperado de: <http://www.geocities.org/iesnchile/terapias.html>.
- Goicoechea, A. (2012). *Migraña: Una pesadilla cerebral*. Colección Serendipity. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Goleman, D.(1998). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós
- Gómez, D. & Palacios, D. (2010). Enfermería y medicinas complementarias y alternativas: justificación antropológica de su estudio. *Cultura de los Cuidados*, 27(14), 68-73.
- González, E. & Quindós, A.I. (2010). La incorporación de las Terapias Naturales en los Servicios de Salud. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona, de la Fundación La Caixa. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21702/1/2009_8.pdf.
- Grant, L.L., McBean, D.E., Fyfe, L. & Warnock, A.M. (2007). A review of the biological and potential therapeutic actions of *Harpagophytum procumbens*. *Phytotherapy Research*, 21(3), 199-209. doi: 10.1002/ptr.2029.
- Gregoris, A.M. (2015). Paula Perás. XVI premio Nacional de Investigación en Enfermería. (*Relajación muscular en el cuidado de la ansiedad y el dolor en el paciente oncológico*). Consejo General de Enfermería de España. Diario enfermero. Recuperado de: http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=12243#.VMKcBP6G-So.
- Guerrero, L. & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Revista venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633
- Hanus, M., Lafon, J. & Mathieu, M. (2004). Double-blind randomised, placebo-controlled study to evaluate the efficacy and safety of a fixed combination containing two plant extracts (*Crataegus oxyacantha* and *Eschscholtzia californica*) and magnesium in mild-to-moderate anxiety disorders. *Current Medical research Opinion*, 20 (1), 63-71.
- Hernández, M.D., Rivera, E.G. & Bethancourt, C.R. (2013). Una Maternidad diferente: Lactancia y Fitoterapia. *Nure investigación*, 67, 2-6.
- Hernández, M.J. (2011). *La meditación eleva las defensas frente al cáncer*. Diario La Provincia, Sociedad. Febrero.

- Hernando, B. (2007). *Libro blanco de los herbolarios y plantas medicinales*. Fundación Salud y Naturaleza. Recuperado de: <http://www.fitoterapia.net/biblioteca/pdf/260307libro.pdf>.
- Herrera, A., Jiménez, E., Zamilpa, A., Morales, M., García, C.E. Tortoriello, J. (2007). Efficacy and tolerability of standardized herbal product from *Galphimia glauca* on generalized anxiety disorder. A randomized, double-blind clinical trial controlled whit lorazepam. *Planta Medica*, 73(8), 713-717.
- Hung, S.K., Perry, R. & Ernest, E. (2011). The effectiveness and efficacy of *Rhodiola rosea* L. A systematic review of randomized clinical trials. *Complementary Medicine*, PCMD, University of Exeter. *Phytomedicine*, 18(4), 235-244. doi: 10.1016/j.phymed.2010.08.014.
- Irigibel, X.(2010). Paradigmas de enfermería (no) posibles. La necesidad de una ruptura extraordinaria. *Index Enfermería*, 19 (4), 274-278. doi.org/10.4321/S1132-12962010000300009.
- Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G.M., Butcher, K., Maas, L. & Swanson, E. (2012). *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos*. Madrid: Elsevier.
- Kautz, D.D., Kuiper, R.A., Pesut, D.J. & Williams, R.L. (2006). Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) Language for Clinical Reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) Model. *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*, 17(3), 129-138.
- Kennedy, J. (2005). Herb and supplement use in de US adult population. *Clinical Therapeutics*, 27(11), 1847-1858.
- Kennedy, D.O., Little, W., Haskell, C.F. & Scholey, A.B. (2006). Anxiolytic effects of a combination of *Melissa officinalis* and *Valeriana officinalis* during laboratory induced stress. *Phytotherapy Research*, 20(2), 96-102.
- Kérrouac, S., Jacinthe, P., Ducharme, F., Duquette, A. &Major, F. (1995). *El pensamiento enfermero*. Barcelona:Masson.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

- Klemow, K.M., Bartlow, A., Crawford, J., Kocher, N., Shah, J. & Ritsick, M. (2011). Medical Attributes of St. John's Wort (*Hypericum perforatum*). Benzie IFF, Wachtel-Galor S, editors. *SourceHerbal Medicine: Biomolecular and Clinical Aspects*. 2nd edition. Boca Raton (FL): CRC Press.
- Knüppel, L. & Linde, K. (2004). Adverse effects of St. John's Wort: a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(11), 1470-1479.
- Korotkov, K., Churganov, O., Gavrilova, E., Shelkov, O., Korotkova, A., Labkovskaya, E., Sergey, D. & Anikin, A. (2011). Multi-parametric double-blind study of the long-ranged effects of the Reconnective Healing to people. *International Union of Medical and Applied Bioelectrography*. Recuperado de: <http://www.iu-mab.org/index.php/2011/608-the-reconnective-healing>.
- Kuhn, T. (1971). *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. México: Fondo de Cultura Económica. Recuperado de: http://www.conductitlan.net/libros_y_lecturas_basicas_gratuitos/t_s_kuhn_la_estructura_de_las_revoluciones_cientificas.pdf.
- Laín Entralgo, P. (2006). *Historia de la medicina*. Barcelona: Masson.
- Lans, C., Turner, N., Khan, T., Brauer, G. & Boepple, W. (2007). Ethnoveterinary medicines used for ruminants in British Columbia, Canada. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 3(11).
- Leal, I. & Sales i Orts, R. (2003). *Tratado de Psiquiatría. Enfermería psiquiátrica y de salud mental*: Grupo Ars XXI de Comunicación. S.L, capítulo 133 (p. 2014). Recuperado de: http://www.imedicinas.com/pfw_files/cma/pdffiles/VallejoTratado/c133706082.pdf.
- Linde, K., Berner, M.M. & Kriston, L. (2008). St John's wort for major depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(4). doi: 10.1002/14651858.CD000448.pub3.
- López, A. (2011). *El Cinco: Cinco conceptos para vivir mejor*. Programa Salud y Desarrollo. Recuperado de: http://www.elcinco.es/mediapool/110/1107483/data/LIBRO_EL_CINCO.pdf.
- López, J. & Arqué, M. (2009). *Bases para la acreditación de la competencia de los profesionales enfermeros en terapias naturales y complementarias*. Barcelona: Col•legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.

- López Otín, C. (2014). Conferencia impartida por el Profesor Otín: La ciencia y la vida mirando al futuro. Junio, 06. Diario La Nueva España.
- López Otín, C. (2012). Noviembre, 16. Sociedad. Diario La Nueva España.
- Lluch, M.T. (2011). *Decálogo de la salud mental positiva*. Universidad de Barcelona. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20062/11/Decalogo_Salud_Mental_Positiva_trilingue.pdf.
- Lluch, M.T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Universidad de Barcelona. Facultad de Psicología. Tesis Doctoral.
- Macnee, C.L., Edwards, J., Kaplan, A., Reed, S., Bradford, S., Walls, J. & Schaller-Ayers, J.M. (2006). Evaluation of NOC standardized outcome of "health seeking behavior" in nurse-managed clinics. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(3), 242-247.
- Marriner, A. & Raile, M. (2006). (6ªed). *Modelos y teorías de enfermería*. Barcelona: Mosby-Elsevier
- Martínez, Y. (2013). Reconocer e interpretar los mensajes de los pacientes como instrumentos de curación o alivio del dolor y el sufrimiento. *Metas de enfermería*, 16(1), 68-71.
- Martínez, S. (2013). *Terapias complementarias y alternativas en el paciente oncológico*. Informe del Hospital de Mataró. Recuperado de: <http://www.acmcb.es/files/425-4736-DOCUMENT/Martinez-36-16Abr13.pdf>.
- Martínez, Y., Logroño. T. & Palacin, L. (2012). Medicinas alternativas y complementarias en el ámbito sociocultural actual. *Metas de enfermería*, 15(5), 16-19.
- Martínez, Y. (2004). *Más de un tercio de la población norteamericana recurre a terapias alternativas*. Tendencias21.Zine consultores, S.L. Recuperado de: http://www.tendencias21.net/Mas-de-un-tercio-de-la-poblacion-norteamericana-recurre-a-terapias-alternativas_a346.html.
- Massó, E. (2009). La sexualidad femenina, el holismo epistemológico y la complejidad. *Revista Estudios Feministas*, 17 (2), 467-480. doi.org/10.1590/S0104-026X2009000200009.
- McElligot, D., Siemers, S., Thomas, L. & Kohn, N. (2009). Health promotion in nurses: is there a healthy nurse in the house? *Applied Nursing Research*, 22(3), 211-215. doi: 10.1016/j.apnr.2007.07.005.

- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B. & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23 (6), e97-105. doi: 10.4037/ajcc2014747.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-99.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Nota Resumen informe terapias naturales. Madrid. Gabinete de prensa del Ministerio de Sanidad. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionT-Natu.pdf>.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2012). Informe Final "Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas". Subsecretaría de Salud Pública. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Recuperado de: <http://crecercapacitacion.cl/wp-content/plugins/download-monitor/download.php?id=50>.
- Moioli, B. & Merayo, L.A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18(8).
- Moix, J. (2014). *Mindfulness Psicoterapia y dolor crónico*. Recuperado de: <http://mindfulnesspsicoterapia.com/mindfulness-y-dolor-cronico/>
- Moorhead, S., Johnson, M., Meridean, L. & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, 5th Edition. Barcelona: Elsevier.
- Morales, J.M. (2004). Investigación en resultados de enfermería: el camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index de Enfermería*, 13 (44-45), 37-41.
- Morales Vallejo, P. (2012). *Estadística aplicada a las Ciencias Sociales. El tamaño del efecto (effect size): análisis complementarios al contraste de medias*. Universidad Pontificia Comillas, Madrid, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales Universidad Rafael Landívar (Guatemala). Recuperado de <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oDelEfecto.pdf>.
- Morilla, J.C., Morales, J.M., Fernández-Gallego, M.C., Berriobianco, E. & Delgado, A. (2011). Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la

- Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. *Anales Sis San Navarra*, 34(1). doi.org/10.4321/S1137-66272011000100006.
- Müller, D., Pfeil, T. & Von den Driesch, V. (2003). Treating depression comorbid with anxiety-results of an open, practice-oriented study with St John's wort WS 5572 and valerian extract in high doses. *Phytomedicine*, 4, 25-30.
- Mundo Cofares (2010). I Jornadas Internacionales de Fitoterapia Farmavital. *Mundo Farmacéutico*, 237.
- Miyasaka, L.S., Atallah, A.N. & Soares, B.G.O. (2008). Pasionaria para el trastorno de ansiedad (revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database Systematic Review*, 24(1).
- Herdman, H. (2012) NANDA Internacional. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-14*. Elsevier. Barcelona.
- Natural Standard Inc. (2009). Kava (Piper methysticum G. Forst). Natural Standard. Inc. Medline Plus. Recuperado de: <http://www.qa.nlm.nih.gov/medline-plus/250/spanish/druginfo/natural/patient-kava.html>.
- Newman, J.D. & Harris, J.C. (2009). The Scientific Contributions of Paul D. MacLean (1913–2007). *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 197(1), 3-5.
- Oberto, D. (2010). *Paradigmas que han marcado pautas en los cuidados de enfermería*. Formación en Ciencias de la Salud, sección de enfermería. Portales médicos. com. Recuperado de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2070/1/Paradigmas-que-han-marcado-pautas-en-el-cuidado-de-Enfermeria.html>.
- Oblitas, L.A. (2008). Panorama de la psicología de la salud. *Revista de psicología científica.com*. Recuperada de: <http://www.psicologiacientifica.com/psicologia-de-la-salud-panorama/>
- Obyrne, A. (2008). *Introducción a la homotoxicología*. Sociedad Internacional de Homotoxicología. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/curentur/0302introduccion-a-la-homotoxicologa-presentation>.

- Oncosaludable (2012). *Terapias integrativas, plantas medicinales*. Sociedad Española de Oncología Médica. Recuperado de: <http://www.oncosaludable.es/es/inicio/terapias-integrativas>.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Regulatory situation of herbal medicines. 22 Bulletin of the world wide review*. WHO/TRM/98.1. Recuperado de : <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip57e/whozip57e.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Nuevas directrices de la OMS para fomentar el uso adecuado de las medicinas tradicionales*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005*. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Directrices de la OMS en Medicina Natural y Tradicional*. Recuperado de: http://www.herbogeminis.com/IMG/pdf/OMS_Medicina_Natural.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf.
- Palacios, S. (2013). El presidente de Nestlé y la medicina tradicional china Banca & Negocios. *Scientia*. Recuperado de: <http://scientiablog.com/2013/04/26/el-presidente-de-nestle-y-la-medicina-tradicional-china/>
- Parlamento Europeo (1996). *INFORME sobre el régimen de las medicinas no convencionales*. Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección del Consumidor. Recuperado de: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+PDF+V0//ES>.
- Pascual, P., Villena, A., Morena, S., Téllez, J.M. & López, C. (2008). *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Centros de Salud de Azpilagaña, Albacete y Hellín. Recuperado de: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/el-paciente-ansioso/>
- Pastor, M.A. (1993). *El papel de los factores psicosociales en la fibromialgia*. (Tesis doctoral). Universidad de Alicante. Recuperada de: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarSeleccion.do>.

- Pedrajas, J.M. & Molino, A.M. (2008). Bases Neuromédicas del dolor. *Clinica y salud*, 19 (3).
- Pérez, F. (2008). *Fitoterapia del estado de ánimo y cognición. Creencias y evidencias*. Congreso Nacional de fitoterapia de la AEEM (Asociación Española de Esclerosis Múltiple). Recuperado de: <http://www.slideshare.net/Diatros/dr-409541>.
- Pérez, P. (2014). Grupo de Psicooncología. Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. Recuperado de: <http://www.cop-asturias.org/index.php?page=Grupo-Psicooncologia>.
- Príncipe de Gales, Carlos de Inglaterra (2006). Address by His Royal Highness The Prince of Wales to the Fifty-ninth World Health Assembly. Fifty-ninth world health assembly. WORLD HEALTH ORGANIZATION. A59/DIV/7. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC3/WHA59_REC3-en.pdf.
- Piñones, S., Siles, J. & Lagarriga, I. (2009). Recursos naturales: una alternativa utilizada como complemento terapéutico por las personas que viven con el virus/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (PVV). *Revista Cultura de los Cuidados*, Año XIII, 25.
- Poblete, M. & Valenzuela, S. (2007). Humanized care: a challenge for nursing in the hospitals services. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 499-503. doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019.
- Pormann, P. (2011). The formation of the Arabic pharmacology between tradition and innovation. *Annals of Science*, 68(4), 493-515.
- Pueyo, M.E., Castillo, M.P., Céspedes, O. (2015). El laborioso camino recorrido por la Enfermería Española en el ámbito de los cuidados naturales. Recuperado de: <https://www.dropbox.com/s/4g43lamvayu2khv/El%20laborioso%20camino%20recorrido%20por%20la%20Enfermer%C3%ADa%20Espa%C3%B1ola%20en%20el%20%C3%A1mbito%20de%20los%20cuidados%20naturales..pdf?dl=0>.
- Prats, J. (2010). *Más allá de las imposturas intelectuales*. Universidad de Barcelona Escuela. Opinión, 3. 885 (1.683), p.3. Recuperado de: http://www.ub.edu/histodidactica/images/documentos/pdf/mas_alla_imposturas_intelectuales.pdf.

- Punset, E. (2008). La intuición no es irracional. Redes para la ciencia. (vídeo). Recuperado de: <http://www.redesparalaciencia.com/62/redes/redes-4-la-intuicion-no-es-irracional>.
- Quindós, A.I. & González, E. (2010). *La incorporación de terapias naturales en los servicios de salud*. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. Recuperada de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21702/1/2009_8.pdf.
- Quiroga, E. (2007). *Los tres paradigmas de investigación*. Recuperado de: <http://www.slideshare.net/EstebanQuiroga/los-tres-paradigmas-en-investigacin>.
- Raile, M. (2014). *Nursing Theorist and their work*. San Louis, Missouri: Elsevier.
- Redondo, M.M., León, L., Pérez, M.A., Jover, J.A. & Abasolo, L. (2008). El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. *Clínica y Salud*, 19(3), 359-378.
- Rex, A., Morgenstern, E. & Fink, H.(2002). Anxiolytic-like effects of kava-kava in the elevated plus maze test--a comparison with diazepam. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 26(5), 855-860.
- Ródenas, P. & Arqué, M. (2014). 2ª edición del Máster en Medicina y Enfermería Naturista, 2012-2014. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Recuperado de: http://www.comb.cat/cat/formacio_treball/cec/pdf/Máster/Máster_Nat_Cast_31-07-2012.pdf.
- Roest, A.M., Martens, E.J., De Jonge, P. & Denollet, J.(2010). Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease. *Journal American College of Cardiology*, 56(1), 38-46. doi: 10.1016/j.jacc.2010.03.034.
- Rodríguez, C. (2014). Las terapias herbales para el tratamiento de la cefalea son todo un fracaso. Hechos de hoy. *Salud*. Revista electrónica. Recuperado de: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:YfJJ_-VgrVQJ:www.hechosdehoy.com/las-terapias-herbales-para-el-tratamiento-de-la-cefalea-son-todo-33653.htm+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es.
- Rojas, C.F., Silva, L.C., Alonso, P. & Sansó, F. (2013). La medicina natural y tradicional y la medicina convencional no responden a paradigmas en pugna. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(3), 571-587.
- Rubia, F.J. (2007). *El cerebro nos engaña*. Barcelona: Planeta. Temas de hoy.

- Ruz, E.N., González, C.C., Jaen, Sde L., Escoto, P.G., Urquiza, E.K., Rosenfield, L.O., Ortiz, C.S. & Castellanos, P.V.(2009). Cranberry juice and its role in urinary infections. *Ginecología y Obstetricia de México*, 77(11), 512-517.
- Sala, A.(2001). Proyecto de Real Decreto por el que se regulan los medicamentos de plantas medicinales. *Revista de Fitoterapia*, 1(4), 293-295.
- Sala, A. (2013). El própolis y el regaliz, evidencia científica y actividad biológica. Laboratori de Botànica Facultat de Farmàcia Universitat de Barcelona. Recuperado de: http://www.juanola.es/wp-content/uploads/2013/03/Propolis_Dossier.pdf.
- Sales, R. (1991). *Análisis del proceso de cuidados de enfermería en una sala de psiquiatría. Facultat de Medicina de la Universidad de Sevilla*. Tesis Doctoral. Recuperado de: <http://publicaciones.san.gva.es/cas/prof/enfermeria/observatorio/tesistotal.pdf>.
- Sanabria, L., Otero, M. & Urbina, O. (2002). Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Escuela Nacional de Salud Pública. *Revista Cubana Educación Médica Superior*, 16(4).
- Sánchez, M.A. (2ª ed.). (2012). *Historia de la Medicina y Humanidades Médicas*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- San José, C. (2000). *Guía médica de los balnearios de España*. Serie: Medicina, 71. Publicaciones Universidad de Sevilla. (pp.20-21). Recuperado de: https://books.google.es/books?id=Qjb0JBXzITUC&pg=PT10&lpg=PT10&dq=balneoterapia+durante+las+cruzadas&source=bl&ots=5VqG5mDDpM&sig=GmYVH-SeL7oNEgWhiriSnGpnaQkQ&hl=es&sa=X&ei=eLYXVYyWD9SracL_gkg&ved=0CCEQ6AEwAA#v=onepage&q=balneoterapia%20durante%20las%20cruzadas&f=false.
- Saz, P. (2000). Medicina Naturista. Definiciones. *Medicina Naturista*, 1, 1-8.
- Saz, P., Gálvez, J.J. & Ortiz, M. (2010). Monográfico de Hypericum. *Medicina Naturista*, 4(2), 57-62.
- Saxton-Burr, H. (2008). The Electrical Patterns of Life; The Work of Dr. Harold S. Burr. *Your Global Source for Health Information*. Recuperado de: <http://www.wrf.org/men-women-medicine/dr-harold-s-burr.php>.

- Science (2005). *125 questions: what don't we know*. Special collection Science Magazine 125th anniversary.
- Scurlok, J. & Andersen, B. (2005). *Diagnoses in Assyrian and babylonian medicine*. University of Illinois. Recuperado de: https://books.google.es/books?id=alBmzfp3cpoC&pg=PA4&lpg=PA4&dq=medicine+in+Sumer,+Akkad,+Assyria+and+Babylon&source=bl&ots=mFFkehimfd&sig=1O83SYBgEoCtM_EY2V151wWjI2I&hl=es&sa=X&ei=HMiyVKzwEtPoaJaIgogO&ved=0CFgQ6AEwCQ#v=onepage&q=medicine%20in%20Sumer%2C%20Akkad%2C%20Assyria%20and%20Babylon&f=false.
- Sequeiros, L. (2012). *Las propuestas de Thomas S. Kuhn siguen vivas después de medio siglo*. Tendencias 21. Recuperado de: http://www.tendencias21.net/Las-propuestas-de-Thomas-S-Kuhn-siguen-vivas-despues-de-medio-siglo_a10016.html.
- Sierra, J.C., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade/Fortaleza*, 3(1), 10-59.
- Siles, J. (1977). Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermería Clínica*, 7(4), 38-44.
- Siles, J. (1999). Historia de la Enfermería Comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Index de Enfermería*, (24-25), 25-31.
- Siles, J., Cibanal, L., Vizcaya, M.F., Gabaldón, E.M., Domínguez, J.M., Solano, M.C. & García, E. (2001). Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, 10(2), 72-87.
- Siles, J. & Solano, M.C. (2007). El origen fenomenológico del "cuidado" y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 21, 19-27.
- Siles, J. & Solano, M.C. (2009). Una etnografía del aula y las prácticas clínicas. *Antropología educativa de los cuidados*. Universidad de Alicante.
- Silva, V.M., Lopes, M.V.O., Araujo, T.L., Beltrão, B.A., Monteiro, F.P.M., Cavalcante, T.F., et al. (2011). Operational definitions of outcome indicators related to inef-

- fective breathing patterns in children with congenital heart disease. *Heart Lung*, 40(3), 70-7.
- Smith, V. (2013). Evidence for homeopathy in childbirth. *Practice Midwife*, 16(8), S 10-12.
- Smith, A.(2009). Exploring the legitimacy of intuition as a form of nursing knowledge. *Nursing Standard*, 23(40), 35-40.
- So, P.S., Jiang, Y. & Qin, Y.(2008). Touch therapies for pain relief in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 4. doi: 10.1002/14651858.CD006535.pub2.
- Sokal.A. (2008). *Más allá de las imposturas intelectuales*. Barcelona: Paidós.
- Soucase, B., Soriano, J.F. & Monsalve, V. (2005). Influencia de los procesos mediadores en la adaptación al dolor crónico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 227-241.
- de Souza, A.R., Araujo, T., Campos de Carvalho, E., de Sousa, A.G., Frota, T. & de Oliveira López, M.V. (2015). Construction and validation of indicators and respective definitions for the nursing outcome Swallowing. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. En prensa [citado 2015-08-05], pp. 0-0. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015005072575&lng=es&nrm=iso>.
- Swanson, E. (2011). El Noc en el proceso de cuidados enfermeros. VIII Jornadas AENTDE (Asociación Nacional de Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería). La Coruña.
- Tecoma, E.S. & Huey, L.Y. (1985). Psychic distress and the immune response. *Life Sciences*, 36(19), 1799-1812. doi.org/10.1016/0024-3205(85)90152-3
- Timmermann, C. (2014). Neurociencias y aplicaciones psicoterapéuticas en el renacimiento de la investigación con psicodélicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, 52(2), 93-102. doi.org/10.4067/S0717-92272014000200005.
- Toledo, G. (2013). Nociceptores y mensaje nociceptivo(sensación de dolor).San Fernando College). Recuperado de: <http://es.slideshare.net/gustavotoledo/mensaje-nociceptivo-2013ok>.
- Tres, J.C.(2006). Interacción entre fármacos y plantas medicinales. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(2).

- Universidad de Barcelona (2015). Máster en Fitoterapia. Instituto de Formación Continua. Recuperado de: http://www.il3.ub.edu/es/Máster/Máster-fitoterapia.html_1489651066.html.
- Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. (2012). Etapa doméstica de los cuidados de enfermería. Recuperado de: http://www2.ulpgc.es/hege/almacen/download/7/7757/Etapa_Domestica_de_los_Cuidados_de_Enfermeria.pdf.
- Urra, E., Jana, A. & García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 11-22. doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002.
- Vallés, M. D. (2002). Utilización de remedios naturales por los usuarios de la consulta de enfermería. Curso de postgrado de Medicina Natural. Universidad de Zaragoza. Recuperado de: http://www.unizar.es/med_naturista/Trabajos/Consulta%20enfermeria.pdf.
- Vanaclocha, B. & Cañigüeral, S. (editores) (2003). *Fitoterapia, vademécum de prescripción*. Barcelona: Masson.
- Van Lommel (2012). *Consciencia más allá de la vida*. Madrid: Atalanta.
- Vanini, M., Barbieri, R.L., Heck, R.M. & Schwartz, E. (2011). Uso de plantas medicinales por pacientes oncológicos y familiares en un centro de radioterapia. *Enfermería Global*, 10(21). doi.org/10.4321/S1695-61412011000100006.
- Venegas, B.C., Calderón, A.Y., Lara, P.M., Forero, A., Marín, D.A. & Celis, A. (2008). Experiencias de profesionales de enfermería en terapias alternativas y complementarias aplicadas a personas en situación de dolor. *Avances en enfermería*, 26(1), 59-64.
- Vickers, A. (2004). Alternative cancer cures: "unproven" or "disproven"? *A Cancer Journal for Clinicians*, 54(2), 110-118.
- Villar, R., Pulido, C., Jiménez, C., Cruz, A. & García, P. (2007). Pervivencia de métodos de curación populares en un sistema de cuidados moderno. *Cultura de los Cuidados*, 21(21), 40-46.
- Vishnivetz, B. (1994). *Eutonía: educación del cuerpo hacia el ser*. Buenos Aires/Madrid: Paidós.

- Vlachojannis, J.E., Cameron, M. & Chrubasik, S. (2009). A Systematic Review on the Effectiveness of Willow Bark for Musculoskeletal Pain. *Phytotherapy Resesarch*, 23(7), 897-900. doi: 10.1002/ptr.2747.
- Wang, T. (2013). Development and expectation of modernization of herbal medicines. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi*, 33(8), 1018-1029.
- Weil, A.(2011).The state of the integrative medicine in the U.S. and Western World. *Chin J Integr Med*. 17(1), 6-10. doi: 10.1007/s11655-011-0600-y.
- Weeks, B.S.(2009). Formulations of dietary supplements and herbal extracts for relaxation and anxiolytic action: Relarian. *Medical Science Monitor*, 15(11), 256-62.
- WHO (1999). Monographs on selected medicinal plants. 1. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2200e>.
- WHO (2007). Monographs on selected medicinal plants. 3. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js14213e/>
- Yáñez, B.(2011). Musicoterapia en el paciente oncológico. *Cultura de los Cuidados*, 15(29), 57-73.
- Yen, L., Jowsey, T. & McRae, I.S. (2013). Consultations with complementary and alternative medicine practitioners by older Australians: results from a national survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13, 73. doi: 10.1186/1472-6882-13-73.
- Zubiri, X. (1971).*El Hombre y Dios*. Sociedad de Estudios y Publicaciones. Recuperado de: http://www.olimon.org/uan/zubiri_el-hombre-y-dios.pdf.

ANEXO 1

**INTERVENCIONES NIC MÁS FRECUENTES EN CUIDADOS
NATURALES, RECOPIADAS POR EL AUTOR DE LA TESIS**

Intervención	Definición	Dominio	Clase	Definición de Clase
001320 Acupresión	Aplicación de presión firme y sostenida en puntos determinados del cuerpo para disminuir el dolor, producir relajación y prevenir o reducir las náuseas	Fisiológico Básico	Fomento de la comodidad física	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas
006520 Análisis de la situación sanitaria	Detección de riesgos o problemas para la salud por medio de historiales, exámenes y demás procedimientos	Comunidad	Control de riesgos de la comunidad	Intervenciones que ayudan a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad
001380 Aplicación de frío-calor	Estimulación de la piel y tejidos subcutáneos con calor o frío con el fin de disminuir el dolor, espasmos musculares o inflamación	Fisiológico Básico	Fomento de la comodidad física	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas
005270 Apoyo emocional	Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión	Conductual	Ayuda para el afrontamiento	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
005250 Apoyo en la toma de decisiones	Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios	Sistema Sanitario	Mediación del sistema sanitario	Intervenciones para facilitar el encuentro entre paciente/familia y sistema de asistencia sanitaria
007040 Apoyo al cuidador principal	Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios	Familia	Cuidados de la Vida	Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida

Intervención	Definición	Dominio	Clase	Definición de Clase
005420 Apoyo espiritual	Ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias	Conductual	Ayuda para el afrontamiento	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
001330 Aromaterapia	Administración de aceites esenciales mediante masajes, ungüentos o lociones tópicas, baños, inhalación, duchas o compresas (calientes o frías) para calmar y tranquilizar, aliviar el dolor, aumentar la relajación y el confort	Fisiológico Básico	Fomento de la comodidad física	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas
004330 Arteterapia	Facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte	Conductual	Terapia conductual	Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables
005240 Asesoramiento	Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales	Conductual	Ayuda para el afrontamiento	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
005246 Asesoramiento nutricional	Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta	Fisiológico Básico	Apoyo nutricional	Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional
004470 Ayuda en la modificación de sí mismo	Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes	Conductual	Terapia conductual	Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables

Intervención	Definición	Dominio	Clase	Definición de Clase
001610 Baño	Baño corporal a efectos de relajación, limpieza y curación	Fisiológico Básico	Facilitación de los autocuidados	Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria
004680 Biblioterapia	Utilización terapéutica de la literatura para potenciar la expresión de sentimientos y resolución activa de problemas, afrontamiento o perspicacia	Conductual	Terapia cognitiva	Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o alterar el funcionamiento cognitivo indeseable
005860 Biorretroalimentación	Ayudar al paciente a tener el control voluntario de las respuestas fisiológicas utilizando la retroalimentación de un equipo electrónico que monitoriza procesos fisiológicos	Conductual	Fomento de la comodidad psicológica	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas
005480 Clarificación de valores	Ayuda a una persona a clarificar sus valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones efectivas	Conductual	Ayuda para el afrontamiento	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
005460 Contacto	Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado	Conductual	Ayuda para el afrontamiento	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
005310 Dar esperanza	Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones	Conductual	Ayuda para el afrontamiento	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento

Intervención	Definición	Dominio	Clase	Definición de Clase
005470 Declarar la verdad al paciente	Uso de toda la verdad, verdad parcial o retardar el decirlo para fomentar la autodeterminación y el bienestar del paciente	Conductual	Ayuda para el afrontamiento	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
005820 Disminución de la ansiedad	Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado	Conductual	Fomento de la comodidad psicológica	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas
005510 Educación sanitaria	Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades	Comunidad	Fomento de la salud de la comunidad	Intervenciones que fomentan la salud de toda la comunidad
005840 Entrenamiento autogénico	Asistencia con la autosugestión sobre sensación de pesadez y calor con el objeto de inducir la relajación	Conductual	Fomento de la comodidad psicológica	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas
005604 Enseñanza: grupo	Desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo estado de salud	Conductual	Educación de los pacientes	Intervenciones para facilitar el aprendizaje
005606 Enseñanza individual	Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente	Conductual	Educación de los pacientes	Intervenciones para facilitar el aprendizaje
004920 Escucha activa	Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente	Conductual	Potenciación de la comunicación	Intervenciones para facilitar la expresión o recepción de mensajes verbales o no verbales

Intervención	Definición	Dominio	Clase	Definición de Clase
004410 Establecimiento de objetivos comunes	Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos	Conductual	Terapia conductual	Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables
001340 Estimulación cutánea	Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con el objeto de disminuir signos y síntomas indeseables, como dolor, espasmo muscular o inflamación	Fisiológico Básico	Fomento de la comodidad física	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas
001540 Estimulación nerviosa eléctrica	Estimulación de la piel y tejidos subyacentes por medio de vibración eléctrica	Fisiológico Básico	Fomento de la comodidad física	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas
004480 Facilitar la autorresponsabilidad	Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta	Conductual	Terapia conductual	Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables
005426 Facilitar el crecimiento espiritual	Facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza, en su vida	Conductual	Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
005960 Facilitar la meditación	Enfoque intencionado de la atención para alejarla de sensaciones indeseables	Conductual	Fomento de la comodidad psicológica	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas
000140 Fomentar los mecanismos corporales	Facilitar el uso de posiciones y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y la tensión o las lesiones musculoesqueléticas	Fisiológico Básico	Control de actividad y ejercicio	Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la consecución y el gasto de energía

Intervención	Definición	Dominio	Clase	Definición de Clase
007110 Fomentar la implicación familiar	Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente	Familia	Cuidados de la Vida	Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida
000226 Terapia de ejercicios: control muscular	Utilización de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo	Fisiológico Básico	Control de actividad y ejercicio	Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la consecución y el gasto de energía
005424 Facilitar la práctica religiosa	Facilitación de la participación en prácticas religiosas	Conductual	Ayuda para el afrontamiento	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
000202 Fomento de ejercicios: extensión	Facilitar ejercicios sistemáticos de extensión muscular lenta y mantenimiento con posterior relajación con el fin de preparar los músculos y articulaciones para ejercicios más vigorosos o para mantener la flexibilidad corporal	Fisiológico Básico	Control de actividad y ejercicio	Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la consecución y el gasto de energía
000200 Fomento del ejercicio	Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud	Fisiológico Básico	Control de actividad y ejercicio	Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la consecución y gasto de energía
000201 Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión	Facilitar el entrenamiento regular de músculos resistentes para mantener o aumentar la fuerza del músculo	Fisiológico Básico	Control de actividad y ejercicio	Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la consecución y el gasto de energía

Intervención	Definición	Dominio	Clase	Definición de Clase
005920 Hipnosis	Asistir al paciente a conseguir un estado de concentración atenta y centrada con suspensión de la concienciación periférica para crear cambios de sensación, pensamientos o conducta	Conductual	Fomento de la comodidad psicológica	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas
005320 Humor	Facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que es divertido, gracioso o absurdo a efecto de establecer relaciones, aliviar tensiones, liberar sentimientos de ira, facilitar la enseñanza o enfrentarse a sentimientos dolorosos	Conductual	Ayuda para el afrontamiento	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
000600 Imaginación simple dirigida	Utilización intencionada de la imaginación para conseguir un estado, resultado o acción particular o para apartar la atención de las sensaciones indeseables	Conductual	Fomento de la comodidad psicológica	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas
004740 Llevar un diario	Promover la escritura como medio para facilitar el reflejo y el análisis de sucesos pasados, experiencias, pensamientos y sentimientos	Conductual	Terapia cognitiva	Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o alterar el funcionamiento cognitivo indeseable
000180 Manejo de la energía	Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones	Fisiológico Básico	Control de actividad y ejercicio	Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la consecución y el gasto de energía

Intervención	Definición	Dominio	Clase	Definición de Clase
004352 Manejo de la conducta: hiperactividad y falta de atención	Provisión de medios terapéuticos para reconducir de manera segura el déficit de atención y/o hiperactividad del paciente a la vez que se facilita una función óptima	Conductual	Terapia conductual	Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables
001400 Manejo del dolor	Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente	Fisiológico Básico	Fomento de la comodidad física	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas
005820 Disminución de la ansiedad	Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado	Conductual	Fomento de la comodidad psicológica	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas
005350 Disminución del estrés por traslado	Ayudar al individuo a prepararse y a afrontar el traslado de un entorno a otro	Conductual	Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
001260 Manejo del peso	Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal	Fisiológico Básico	Apoyo nutricional	Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional
001480 Masaje	Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación	Fisiológico Básico	Fomento de la comodidad física	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas

Intervención	Definición	Dominio	Clase	Definición de Clase
001850 Mejorar el sueño	Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia	Fisiológico Básico	Facilitación de los autocuidados	Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria
004400 Musicoterapia	Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico	Conductual	Terapia conductual	Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o conductas indeseables
005210 Orientación anticipatoria	Preparación del paciente para una futura crisis de desarrollo y/o circunstancial	Conductual	Ayuda para el afrontamiento	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
005400 Potenciación de la autoestima	Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía	Conductual	Ayuda para el afrontamiento	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
005390 Potenciación de la autoconciencia	Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas	Conductual	Ayuda para el afrontamiento	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
005220 Potenciación de la imagen corporal	Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo	Conductual	Ayuda para el afrontamiento	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento

Intervención	Definición	Dominio	Clase	Definición de Clase
005400 Potenciación de la autoestima	Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía	Conductual	Ayuda para el afrontamiento	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
005340 Presencia	Permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica	Conductual	Ayuda para el afrontamiento	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
002390 Prescribir medicación	Prescribir medicación para un problema de salud	Fisiológico: Complejo	Control de fármacos	Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos
004700 Reestructuración cognitiva	Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista	Conductual	Terapia cognitiva	Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o alterar el funcionamiento cognitivo indeseable
001460 Relajación muscular progresiva	Facilitar la tensión y relajación de grupos de músculos sucesivos mientras se atiende a las diferencias de sensibilidad resultantes	Fisiológico Básico	Fomento de la comodidad física	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas
005880 Técnica de relajación	Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda	Conductual	Fomento de la comodidad psicológica	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas

Intervención	Definición	Dominio	Clase	Definición de Clase
006040 Terapia de relajación	Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad	Conductual	Fomento de la comodidad psicológica	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas
001390 Tacto curativo	Aplicar una terapia de biocampo no invasiva mediante el tacto y la intencionalidad compasiva para influir en el sistema de energía de la persona, afectando a su salud y curación física, emocional, mental y espiritual	Fisiológico básico	Fomento de la comodidad física	Intervenciones para fomentar la comodidad, utilizando técnicas físicas
005465 Tacto terapéutico	De acuerdo con el campo universal de la salud, buscar la manera de trabajar como instrumento de influencia en la curación, y utilizar la sensibilidad natural de las manos para centrar y dirigir el proceso de la intervención	Fisiológico Básico	Fomento de la comodidad física	Intervenciones para fomentar la comodidad, utilizando técnicas físicas
004390 Terapia con el entorno	Utilización de personas, recursos y sucesos del ambiente inmediatos al paciente para promover un funcionamiento psicosocial óptimo	Conductual	Terapia conductual	Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables
003460 Terapia con sanguijuelas	Aplicación de sanguijuelas medicinales que ayuden a drenar tejido replantado o trasplantado congestionado con sangre venosa	Fisiológico: Complejo	Control de la piel/heridas	Intervenciones para mantener o reestablecer la integridad de los tejidos

Intervención	Definición	Dominio	Clase	Definición de Clase
004860 Terapia de reminiscencia	Usando el recuerdo de acontecimientos pasados, los sentimientos y pensamientos a fin de facilitar el placer, la calidad de vida, o la adaptación a las circunstancias actuales	Conductual	Terapia cognitiva	Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o alterar el funcionamiento cognitivo indeseable
004430 Terapia con juegos	Utilización intencional de juguetes u otros equipos para ayudar al paciente a comunicar su percepción del mundo y ayudarlo en su interacción con el ambiente	Conductual	Terapia conductual	Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables
005360 Terapia de entretenimiento	Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales	Conductual	Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
000221 Terapia con ejercicio: ambulación	Estímulo y asistencia en la deambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión	Fisiológico Básico	Control de actividad y ejercicio	Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la consecución y el gasto de energía
000226 Terapia con ejercicio: control muscular	Utilización de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo	Fisiológico Básico	Control de actividad y ejercicio	Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la consecución y el gasto de energía

Intervención	Definición	Dominio	Clase	Definición de Clase
000224 Terapia con ejercicio: movilidad articular	Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular	Fisiológico Básico	Control de actividad y ejercicio	Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la consecución y el gasto de energía
001520 Reiki	Utilización de una secuencia específica de posiciones de manos y de símbolos para canalizar la fuerza vital universal con el fin de recargar, realinear y reequilibrar el campo de energía del ser humano	Fisiológico Básico	Fomento de la comodidad física	Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas
000222 Terapia con ejercicio. Equilibrio	Utilización de actividades, posturas y movimientos específicos para mantener, potenciar o restablecer el equilibrio	Fisiológico Básico	Control de actividad y ejercicio	Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la consecución y el gasto de energía

Fuente: elaboración propia a partir del NIC (2014)

ANEXO 2

**RESULTADOS NOC MÁS FRECUENTES EN CUIDADOS
NATURALES, RECOPIADAS POR EL AUTOR DE LA TESIS**

Resultado	Definición	Patrón Gordon	Dominio	Clase	Nivel
000003 Descanso	Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física	Patrón cognoscitivo y perceptual	Salud funcional	Mantenimiento de la energía	Nivel Individuo
000004 Sueño	Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo	Patrón cognoscitivo y perceptual	Salud funcional	Mantenimiento de la energía	Nivel Individuo
000211 Función esquelética	Capacidad de los huesos para soportar el cuerpo y facilitar el movimiento	Patrón de actividad y ejercicio	Salud funcional	Movilidad	Nivel Individuo
000217: Movilidad articular de rodilla	Rango de movilidad activa de la rodilla con movimiento autoiniciado	Patrón de actividad y ejercicio	Salud funcional	Movilidad	Nivel Individuo
000207 Movi- lidad articu- lar pasivo	Movimiento articular con ayuda	Patrón de actividad y ejercicio	Salud funcional	Movilidad	Nivel Individuo
000216 Movilidad articular de cadera	Rango de movilidad activa de la cadera con movimiento autoiniciado	Patrón de actividad y ejercicio	Salud funcional	Movilidad	Nivel Individuo
000214 Movilidad articular de codo	Rango de movilidad activa del codo con movimiento autoiniciado	Patrón de actividad y ejercicio	Salud funcional	Movilidad	Nivel Individuo
000220 Movilidad articular de la columna vertebral	Rango de movilidad activa de la columna vertebral con movimiento autoiniciado	Patrón de actividad y ejercicio	Salud funcional	Movilidad	Nivel Individuo
000218 Movilidad articular del cuello	Rango de movilidad activa del cuello con movimiento autoiniciado	Patrón de actividad y ejercicio	Salud funcional	Movilidad	Nivel Individuo

Resultado	Definición	Patrón Gordon	Dominio	Clase	Nivel
000215 Movilidad articular de los dedos	Rango de movilidad activa de los dedos con movimiento autoiniciado	Patrón de actividad y ejercicio	Salud funcional	Movilidad	Nivel Individuo
000219 Movilidad articular del hombro	Rango de movilidad activa del hombro con movimiento autoiniciado	Patrón de actividad y ejercicio	Salud funcional	Movilidad	Nivel Individuo
000221 Movilidad articular de la muñeca	Rango de movilidad activa de la muñeca con movimiento autoiniciado	Patrón de actividad y ejercicio	Salud funcional	Movilidad	Nivel Individuo
000213 Movilidad articular del tobillo	Rango de movilidad activa del tobillo con movimiento autoiniciado	Patrón de actividad y ejercicio	Salud funcional	Movilidad	Nivel Individuo
000410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	Vías traqueo bronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire	Patrón de actividad y ejercicio	Salud fisiológica	Cardiopulmonar	Nivel Individuo
000401 Estado circulatorio	Flujo sanguíneo sin obstrucción, unidireccional a una presión adecuada a través de los grandes vasos de los circuitos sistémico y pulmonar	Patrón de actividad y ejercicio	Salud fisiológica	Cardiopulmonar	Nivel Individuo
000415 Estado respiratorio	Movimiento del aire hacia dentro y fuera de los pulmones e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno	Patrón de percepción y control de la salud	Salud fisiológica	Cardiopulmonar	Nivel Individuo
000501 Eliminación intestinal	Formación y evacuación de heces	Patrón de eliminación	Salud fisiológica	Eliminación	Nivel Individuo

Resultado	Definición	Patrón Gordon	Dominio	Clase	Nivel
000503 Eliminación urinaria	Recogida y descarga de la orina	Patrón de eliminación	Salud fisiológica	Eliminación	Nivel Individuo
000706 Res- puesta alérgi- ca: sistémica	Gravedad de la respuesta inmune hipersensible sistémica a un antígeno ambiental específico (exógeno)	Patrón de percepción y control de la salud	Salud fisiológica	Respuesta inmune	Nivel Individuo
000705 Respuesta alérgica: localizada	Gravedad de la respuesta inmune hipersensible localizada a un antígeno ambiental específico (exógeno)	Patrón de percepción y control de la salud	Salud fisiológica	Respuesta inmune	Nivel Individuo
000918 Aten- ción al lado afectado	Acciones personales para reconocer, proteger e integrar cognitivamente la(s) parte(s) afectada(s) del cuerpo en uno mismo	Patrón de reposo y sueño	Salud fisiológica	Neurocognitiva	Nivel Individuo
000905 Con- centración	Capacidad para centrarse en un estímulo específico	Patrón de reposo y sueño	Salud fisiológica	Neurocognitiva	Nivel Individuo
000910 Esta- do neurológi- co autónomo	Capacidad del sistema nervioso central y periférico para coordinar la función visceral y homeostática	Patrón de reposo y sueño	Salud fisiológica	Neurocognitiva	Nivel Individuo
000913 Esta- do neuroló- gico control motor central	Capacidad del sistema nervioso central para coordinar la actividad muscular esquelética para el movimiento corporal	Patrón de reposo y sueño	Salud fisiológica	Neurocognitiva	Nivel Individuo
000913 Esta- do neuroló- gico. Función sensitiva mo- tora de pares craneales	Capacidad de los nervios craneales para transmitir impulsos sensitivos y motores	Patrón de reposo y sueño	Salud fisiológica	Neurocognitiva	Nivel Individuo

Resultado	Definición	Patrón Gordon	Dominio	Clase	Nivel
000917 Estado neurológico y periférico	Capacidad del sistema nervioso periférico de transmitir impulsos hacia y desde el sistema nervioso central	Patrón de reposo y sueño	Salud fisiológica	Neurocognitiva	Nivel Individuo
000908 Memoria	Capacidad para recuperar y comunicar la información previamente almacenada	Patrón de reposo y sueño	Salud fisiológica	Neurocognitiva	Nivel Individuo
000915 Nivel de Hiperactividad	Gravedad de las pautas de inatención o impulsividad en un niño de 1 año hasta los 17 años de edad	Patrón de reposo y sueño	Salud fisiológica	Neurocognitiva	Nivel Individuo
001007 Estado nutricional: energía	Grado en que los nutrientes y el oxígeno proporcionan energía celular	Patrón nutricional y metabólico	Salud fisiológica	Digestión y Nutrición	Nivel Individuo
001015 Función gastrointestinal	Grado en el que los alimentos (ingeridos o por sonda) pasan de la ingestión a la excreción	Patrón nutricional y metabólico	Salud fisiológica	Digestión y Nutrición	Nivel Individuo
001102 Curación de las heridas por primera intención	Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado	Patrón nutricional y metabólico	Salud fisiológica	Integridad tisular	Nivel Individuo
001103 Curación de las heridas por segunda intención	Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta	Patrón nutricional y metabólico	Salud fisiológica	Integridad tisular	Nivel Individuo
002401 Función sensitiva auditiva	Grado en el que los sonidos se oyen correctamente	Patrón de reposo y sueño	Salud fisiológica	Función sensitiva	Nivel Individuo

Resultado	Definición	Patrón Gordon	Dominio	Clase	Nivel
002400 Función sensitiva cutánea	Grado en el que la estimulación de la piel se siente correctamente	Patrón de reposo y sueño	Salud fisiológica	Función sensitiva	Nivel Individuo
002402 Función sensitiva gusto y olfato	Grado en el que las sustancias químicas inhaladas o disueltas en la saliva se perciben correctamente	Patrón de reposo y sueño	Salud fisiológica	Función sensitiva	Nivel Individuo
001205 Autoestima	Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo	Patrón de autopercepción y autoconcepto	Salud psicosocial	Bienestar psicológico	Nivel Individuo
001211 Nivel de ansiedad	Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable	Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés	Salud psicosocial	Bienestar psicológico	Nivel Individuo
001208 Nivel de depresión	Intensidad de la melancolía y de la pérdida de interés por los acontecimientos de la vida	Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés	Salud psicosocial	Bienestar psicológico	Nivel Individuo
001212 Nivel de estrés	Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente	Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés	Salud psicosocial	Bienestar psicológico	Nivel Individuo
001210 Nivel de Miedo	Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable	Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés	Salud psicosocial	Bienestar psicológico	Nivel Individuo
001402 Autocontrol de la ansiedad	Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada	Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés	Salud psicosocial	Autocontrol	Nivel Individuo

Resultado	Definición	Patrón Gordon	Dominio	Clase	Nivel
001409 Autocontrol de la depresión	Acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los acontecimientos de la vida	Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés	Salud psicosocial	Autocontrol	Nivel Individuo
001404 Autocontrol del miedo	Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable	Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés	Salud psicosocial	Autocontrol	Nivel Individuo
001602 Conducta fomento de salud	Acciones personales para mantener o aumentar el bienestar	Patrón de percepción y control de la salud	Conocimiento y conducta de salud	Conducta de salud	Nivel Individuo
001605 Control del dolor	Acciones personales para controlar el dolor	Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés	Conocimiento y conducta de salud	Conducta de salud	Conducta de salud
002001 Salud espiritual	Vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trasciende y se apodera del yo	Patrón de valores y creencias	Salud percibida	Salud y calidad de vida	Nivel Individuo
002101 Dolor: efectos nocivos	Gravedad de los efectos nocivos observados o referidos del dolor crónico en el funcionamiento diario	Patrón de reposo y sueño	Salud percibida	Sintomatología	Nivel Individuo
001306 Dolor: respuesta psicológica adversa	Gravedad de las respuestas cognitivas y emocionales adversas observadas o referidas al dolor físico	Patrón de autopercepción y autoconcepto	Salud percibida	Sintomatología	Nivel Individuo

Fuente: elaboración propia

ANEXO 3

**PUBLICACIÓN EN LA REVISTA HOLISTIC NURSING PRACTICE
DEL NUEVO NIC PHYTOTHERAPY MANAGEMENT
APROBANDO LA PROPUESTA DEL DEPARTAMENTO
DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA
DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA (UCAM) DIRIGIDO POR LA
DR. DÑA. PALOMA ECHEVARRÍA PÉREZ**

FEATURES

Phytotherapy Management

A New Intervention for Nursing Intervention Classification

■ Echevarria Paloma, RN, PhD ■ Céspedes Ovidio, RN ■ Rojas Jessica, RN
 ■ Sánchez Ayllón Francisca, RN ■ Morales Isabel, RN, PhD ■ Gimenez Maravillas, RN, PhD

We present a new nurse intervention: "Phytotherapy Management," which has been accepted by the editorial board of the Nursing Interventions Classification for inclusion in the 7th edition of the *Nursing Intervention Classification*. This could have implications for nursing practice and research. Methodology: Content analysis, extensive search in the literature. **KEY WORDS:** *complementary therapies, medicinal, Nursing Interventions Classification, plants, phytotherapy* *Holist Nurs Pract* 2014;28(6):381–385

BACKGROUND AND EVOLUTION OF THE USE OF COMPLEMENTARY AND NATURAL THERAPIES IN HEALTH CARE

The basic principle of complementary therapies (CT) is holism, a key aspect of nursing practice in health care.¹ This approach sees the person as a whole, including their thoughts, emotional state, lifestyle, and physical and social environment and guides them toward better health. According to Halcón et al,² this holistic perspective has formed part of the philosophy and practice of nursing since the early writings on nursing by Florence Nightingale. Based on this concept, the use of medicinal plants for therapeutic purposes on human health is a practice that dates back to 2100 BC in ancient China and India.³

More recently, at the end of the 19th century and the start of the 20th century, therapeutic knowledge and practice used to improve human health, including medicinal plants and other popular practices, were excluded from the official medicine because of the lack of scientific basis. Nevertheless, since the 1980s and 1990s, the changes that have occurred in politics, economy, and health have increased the use of the complementary therapies and popular practices

around the world for the treatment of various illnesses and they are beginning to be included in scientific terms as a complement to health care practice.⁴

The World Health Organization (WHO) recommends the use of natural therapies and distinguishes terminologically between traditional medicine and complementary and alternative medicine (TM/CAM).⁵ The WHO refers the term *Traditional Medicine* to developing countries (in Africa, Latin America, Southeast Asia, and/or the Western Pacific), that is, indigenous medicine (Traditional Chinese Medicine, Hindu Ayurveda, Arab Unani, and various forms of indigenous medicine). These therapies are deeply rooted in history and sometimes the only affordable source of health care. The WHO uses the term *CAM* when referring to developed countries. They are becoming increasingly popular in these countries.⁵

Currently, studies carried out in Australia, Europe, and the United States have shown that the use of TM/CAM is widespread; specifically, herbal therapy (HT) is one of the most commonly used in the United States.⁶ Furthermore, the growing number of TM/CAM research centers, such as the National Center for Complementary and Alternative Medicine, reflects the increasing importance of complementary therapies.

Recent progress in health care provision has involved an increased use of complementary therapies by health care professionals in hospitals and in the community.⁷ According to the study by Lui,⁸ the new findings on the understanding of some complementary therapies' action mechanisms, as well as their

Author Affiliation: Catholic University of San Antonio, Los Jeronimos, Guadalupe, Murcia, Spain.

The author has disclosed that she has no significant relationships with, or financial interest in, any commercial companies pertaining to this article.

Correspondence: Echevarria Paloma, RN, PhD, Catholic University of San Antonio, Los Jeronimos s/n 30107, Guadalupe, Murcia, Spain (pechevarria@ucam.edu).

DOI: 10.1097/HNP.0000000000000053

effectiveness, have increased their acceptance by health care providers. The acceptance of complementary therapies is also highlighted in clinical practice.⁹

In the field of scientific research, there has been a very significant increase in the amount of research carried out in the TM/CAM area, specifically in HT, included in many databases. If we type the descriptor “Phytotherapy” in MEDLINE, for example, the number of articles that appear is 28 500, including randomized controlled clinical trials, as well as studies related to evidence-based medicine. There are also specific databases such as HerbMed, AMED (EBSCO), Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, and other databases with a wide range of scientific material on TM/CAM among which appear Memorial Sloan-Kettering Cancer Center and the National Institute for Health and Care Excellence NHS Evidence.¹⁰

Research on the therapeutic value of medicinal plants for the treatment of certain diseases has been carried out for several decades through various studies on clinical safety and efficacy. While some reviews limit their effectiveness against pain,¹¹ other studies working on depression, anxiety, sleep disorders, and other adjuvants pain symptoms reveal the extensive psychotropic activity of herbal medicinal products, which is potentially beneficial for treating these disorders.^{12–14} Furthermore, in laboratories, herbal extracts have shown various pharmacological effects, such as anti-inflammatory, vasodilatory, antimicrobial, anticonvulsant, sedative, and antipyretic effects.^{15,16}

INTEGRATION OF COMPLEMENTARY AND NATURAL THERAPIES IN NURSING PRACTICE

Many nurses have referred to the use of natural therapies as an innate part of nursing care and have contributed to the progress and development of nursing knowledge based on a holistic care concept; these nurses include the following¹⁷:

- *Florence Nightingale*: She said that only Nature cures and the nurse’s role is to assist in this curative process by giving the individual the best conditions in which Nature can act. She was the first nurse to speak about the concept of energy.
- *Martha Rogers*: Considered the Person and the Environment as energy fields that interact and exchange with one another.
- *Dolores Krieger*: An advanced disciple of the foregoing, she spread a holistic approach through ther-

apeutic touch, based on the method in which the vibratory force that monitors the body is in equilibrium and unobstructed when it has returned to normal and is in good health. Therapeutic touch allows the nursing professional to detect disturbances in the patient’s perturbed field and correct them with their hand movements, thus achieving a reorganization of the general energy in the body being treated.

- *Betty Neuman*: In her opinion, the environment interacts with the individual as an open system and the latter must be in equilibrium and harmony with the individual.
- *Marie-Françoise Collière*: She considers that herbs, oils, and massages have been used by women to care for people since the beginning of humanity to maintain life, look after individuals, relieve pain, develop and maintain abilities, stimulate, tone, relax, etc. This nurse has been particularly influential in HT.
- *Jean Watson*: She speaks about the need for a higher degree of harmony between mind, body, and soul that gives rise to processes of self-consciousness and self-healing.
- *Rosette Poletti*: General care and psychiatric nurse, who has had an influence on the care culture through positive visualization and the relaxation technique.

Furthermore, Madeleine Leininger, Margaret Newman, and other nursing theorists include aspects on natural or complementary therapies.

Complementary therapies have been a part of health care and have developed quickly over the last 10 years in terms of recognition, acceptance, and use. The integration of complementary therapies in conventional medicine is a challenge for all health care sectors, but particularly for nurses, who are at the cutting edge of patient health care provision, health education, and information.⁷ Within the context of nursing care, some nurses call these therapies “instruments,” since they are a means or tool in our hands for providing health care.¹⁸ In fact, the WHO report “Nursing Practice: Report of a WHO Expert Committee” in 1996¹⁹ recommends that nurses use all the resources necessary to achieve health for all and among the resources it mentions traditional and complementary methods. However, there are gaps in the knowledge of nurses. It is necessary to modify the efficacy beliefs and learning needs of higher education to facilitate the integration of CAM in nursing practice.²⁰

In the study by Titonelli et al⁴ on the use of medicinal plants as a therapeutic resource, the results point to the need for progress in studies on nursing

diagnoses and the prescription of medicinal plants, in order that the patient may be properly cared for by nurses and that the extension of their clinical use may be justified, with shared and interdisciplinary action in health care. The Nursing Interventions Classification (NIC)²¹ currently includes different complementary therapies such as music therapy, aromatherapy, acupressure, massage, and animal-assisted therapy among others, and it is clear that these therapeutic modalities have already been included in nurses' areas of competence. The Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness has encouraged the inclusion of other therapies.²²

LEGAL REGULATIONS ON MEDICINAL PLANTS

With regard to regulations on medicinal plants, the WHO prepared the report "National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines: Report of a WHO Global Survey,"²³ which reflects the variety existing in terms of legal regulations on medicinal plants in the countries surveyed. According to this report, 90 countries allow the dispensation of medicinal plants with medical claims, 62 with health claims and 49 with nutrient content claims.

In the United States, herbs are classified as dietary supplements and are regulated, under different regulations than those that govern "conventional" food products and pharmaceutical products, by the US Food and Drug Administration, by virtue of the Dietary Supplement and Health Education Act (DSHEA), enacted in 1994 and by the Final Rule for Current Good Manufacturing Practices for Dietary Supplement, enacted in 2007.²⁴

In the European Union, Directive 2004/24/EC of the European Parliament and of the Council of March 31, 2004, establishes a community code for traditional herbal medicinal products. The Committee for Herbal Medicinal Products, which is part of the European Agency for the Evaluation of Medicinal Products, carries out tasks concerning the simplified registration and authorization of medicinal products.²⁵

USE OF MEDICINAL PLANTS IN NURSING CARE

An herb may be any part of a plant including its leaves, stem, flowers, roots, and seeds.²⁶ Herbal products may be raw or commercial preparations used to treat

illnesses. Raw herbal products (leaves, seeds, or teas) are more commonly used in less developed countries and commercial herbal preparations (tablets or pills) are more commonly used in developed countries.³

Furthermore, the fact that herbs are plants means that they are perceived as natural and, therefore, safe.²⁷ Nevertheless, adverse effects have been reported that derive from active biological components in herbs caused by contaminants and interaction with other drugs,²³ which makes it essential to know if a person is taking any herbal product that may interfere with their pharmacological medical treatment. Ginkgo Biloba, for example, is commonly used to strengthen memory and concentration to treat cognitive disabilities and dementia and improve microcirculation in peripheral arterial diseases. Ginkgo Biloba preparations may cause antiplatelet effects that may interact with the action of platelet inhibitor medication or anticoagulants.²⁸ It is important that the nurse is aware of these details, many of which are set out in the document "WHO Guidelines on Good Agricultural and Collection Practices (GACP) for Medicinal Plants."¹⁵

Many herbal products can be obtained freely (without requiring recipe) or as dietary complements, with very little advice on their appropriate use. However, a lack of knowledge about the composition, regulation, safety, and efficacy of herbs means that it is necessary for nurses to advise patients on the use of these products. Surprisingly, 30% to 40% of patients admit that they do not inform health care professionals about the use of herbal supplements, which makes this group more susceptible to potential adverse effects.³ As such, treatment with herbal products should be closely assessed by nurses to help identify the benefits or adverse effects and decide whether treatment should continue. Likewise, they should be used sensibly and there should be good communication between TM/CAM suppliers, allopathic physicians, and consumers.⁵

OBJECTIVES

Our group's main aim was to develop a nursing intervention that covers the competencies of the profession in patient care through HT.

As secondary objectives, we established:

- Developing a label name and an intervention definition that describes HT from the nursing field of action.
- Developing a series of nursing activities that consider nursing action in medicinal plant therapy.

METHODOLOGY

The proposal to include the intervention “Phytotherapy Management” in the NIC was carried out by members of the “Thinking and Nursing Languages in a Social Context” research group of the Faculty of Nursing at the Catholic University of San Antonio, Murcia (Spain). This research group is focused on nursing taxonomies and holistic care and includes nursing and anthropological researchers and an agricultural engineer-nurse, all experts in nursing methodology. The lead researcher did her doctoral thesis on the comparison and analysis of Spanish and Japanese health models in relation to complementary therapies.²⁹ On this occasion, the group collaborated with a renowned member of the expert committee in Natural Therapies of the General Nursing Council of Spain.

To achieve the objectives, an extensive search on the literature on nursing care using HT, between January and May 2013, was conducted in the following databases: Cochrane, PubMed, EBSCO HOST, ProQuest, CINAHL, and ISI Web of knowledge.

For the search, we used the following terms: “Herbal Therapy,” “Herb Therapy,” “Herbal Medicine,” “Medicinal Plant,” “Phytotherapy,” “Nursing care,” “Complementary Therapy,” “Therapies Complementary,” “Alternative Therapy,” and “Alternative Therapies.”

Once we reviewed the literature on nursing care using HT and, on observing the extent of its use and the requirement to be a part of the care offered by nurses, we worked in a nominal group with various proposals for labeling, definition, and activities for intervention, which was agreed between the group members. The group was composed of 6 experts in HT and in nursing taxonomies.

After the discussion and agreement on the proposals for the labeling, definition, and activities, we developed the final intervention proposal for “Phytotherapy Management,” its definition, and activities for inclusion in the NIC.

DISCUSSION/CONCLUSIONS

The editorial board of the NIC accepted the submission for inclusion in the 7th edition of *Nursing Intervention Classification*. It will appear in the Drug Management class (Table 1).

This will be important for holistic nursing practice, especially for pain management. The use of HT is

TABLE 1. New Nursing Intervention “Phytotherapy Management”

Label name: Phytotherapy Management
Definition: Guidelines and/or administration of active ingredients or substances contained in medicinal plants in any of their pharmaceutical forms and presentations, with preventive and therapeutic purposes.
Activities
Use clinical history to access the suitability of herbal therapy.
Verify whether there is a medical history of allergies to medicines and/or to medicinal plants.
Select the kind/variety to use in relation to the individual's state of health.
Facilitate the acceptance, continuity, and/or interruption in the use of medicinal plants.
Prepare medicinal herbs (eg, gather, wash, cut, cook), if necessary.
Determine the form in which the medicinal herb is administered (eg, infusion, cooking or decoction, maceration).
Determine dose and guidelines for the administration of herbal products.
Instruct the patient on the correct use of herbal products (eg, preparation, time of administration).
Explain the effects of interaction with other prescribed medicines, if necessary.
Monitor whether the expected response has occurred or potential adverse effects of medicinal herbs.
Record in the clinical history the action and response to phytotherapy.

continually expanding throughout the world, making its inclusion in nursing studies as a nursing intervention indispensable for comprehensive care to be provided for the individual.

Research in the field of complementary therapies and specifically, on the efficacy of medicinal herbs, is growing through clinical and preclinical trials that indicate the efficacy of medicinal plants for certain health states.

Because of the free sale of medicinal herbs in many parts of the world, it is now necessary to ensure their reasonable use since proper use of TM/CAM is very important for reducing associated risks and limiting the long-term health care costs.

As nurses, we have a great responsibility to care for individuals, which makes it essential to be certain about the use of herbal products that may interfere with regular medicine. As such, our intervention in phytotherapy management is paramount for the maintenance of a good state of health. Natural and complementary therapies can significantly contribute to these aims to the extent in which they are integrated

as independent nursing interventions in the context of a humanistic paradigm that includes nursing thinking.

REFERENCES

- Dekeyser FG, Cohen BB, Wagner N. Knowledge levels and attitudes of staff nurses in Israel towards complementary and alternative medicine. *J Adv Nurs*. 2001;36(1):41-48.
- Halcón LL, Chlan LL, Kreitzer MJ, Leonard BJ. Complementary therapies and healing practices: faculty/student beliefs and attitudes and the implications for nursing education. *J Prof Nur*. 2003;19(6):387-397.
- Bunchorntavakul C, Reddy KR. Review article: herbal and dietary supplement hepatotoxicity. *AP&T's*. 2003;37:3-17.
- Titonelli NA, Ferreira M, Cabral I, Filho AJ. The use of medicinal plants as a therapeutical resource: from the influences of the professional formation to the ethical and legal implications or its applicability as an extension of nursing care practice. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(3):316-323.
- World Health Organization. *WHO Traditional Medicine Strategy*. 2002-2005. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002
- Dwyer AV, Whitten DL, Hawrelak JA. Herbal medicines, other than St. John's work, in the treatment of depression: a systematic review. *Altern Med Rev*. 2011;16(1):40-49.
- O'Regan P, Wills T, O'Leary A. Complementary therapies: a challenge for nursing practice. *Nurs Stand*. 2010;24(21):35-39.
- Lui EMK. Aims and scope. *J Compl Integr Med*. 2009;5(1).
- Kreitzer M J, Sierpina V, Maiers M, et al. Ways of knowing: integrating research into CAM education and holism into conventional health professional education. *Explore (NY)*. 2008;4(4):278-281.
- Brendler T, Gruenwald J, Ulbricht C, Basch E. Devil's claw (*Harpagophytum procumbens* DC): an evidence-based systematic review by the natural standard research collaboration. *J Herb Pharmacother*. 2006;6(1):89-126.
- Wirth JH, Craig Hudgins JC, Paice JA. Use of herbal therapies to relieve pain: a review of efficacy and adverse effects. *Pain Manag Nurs*. 2005;6(4):145-167.
- Sarris J, Panossian A, Schweitzer I, Stough C, Scholey A. Herbal medicine for depression, anxiety and insomnia: a review of psychopharmacology and clinical evidence. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21:841-860.
- Ross SM. *Rhodiola rosea* (SHR-5), part I: a proprietary root extract of *Rhodiola rosea* is found to be effective in the treatment of stress-related fatigue. *Holist Nurs Pract*. 2014;28(2):149-154.
- Lakhan S, Vieira K. Nutritional and herbal supplements for anxiety and anxiety-related disorders: systematic review. *Nutr J*. 2010;9(42):1-14.
- World Health Organization. *WHO Guidelines on Good Agricultural and Collection Practices (GACP) for Medicinal Plants*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
- Sánchez MT. Phytotherapy for the treatment of chronic venous insufficiency. The buckeye. *Rev Inter Cien Podol*. 2012;6(1):31-37.
- Raile M, Marriner A. *Nursing Theorists and Their Work*. 7th ed. Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier; 2010.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (OIIQ). *Les Pratiques Complémentaires des Soins*; 1993.
- World Health Organization. *Nursing Practice: Report of a WHO Expert Committee*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1996.
- Trail-Mahan T, Mao Ch L, Bawel-Brinkley K. Complementary and alternative medicine: nurses' attitudes and knowledge. *Pain Manag Nurs*. 2013;14(4):277-286. DOI: 10.1016/j.pmn.2011.06.001
- Bulechek G, Butcher K, McCloskey J, Wagner C. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6th ed. St Louis, MO: Elsevier-Mosby; 2013.
- US Food and Drug Administration. CNC-NIC: Frequently asked questions. In: Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C, eds. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6th ed. St Louis, MO: Elsevier; 2013: p. 6.
- World Health Organization. *National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines: Report of a WHO Global survey*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.
- US Food and Drug Administration. Backgrounder: final rule for current good manufacturing practices (CGMPs) for dietary supplements. Silver Spring, MD: US Food and Drug Administration; 2007. <http://www.fda.gov/food/guidanceregulation/cgmp/ucm110863.htm>.
- Directive 2004/24/EC of the European parliament and of the council of 31 March 2004 amending, as regards traditional herbal medicinal products, Directive 2001/83/EC on the Community code relating to medicinal products for human use. 2004. http://ec.europa.eu/health/human-use/herbal-medicines/index_en.htm.
- Bent S. Herbal medicine in the United States: review of efficacy, safety, and regulation. *J Gen Intern Med*. 2008;23(6):854-859.
- Gray DC, Rutledge C. Herbal supplements in primary care: patient perceptions, motivations, and effects on use. *Holist Nurs Pract*. 2013; 27(1):6-12.
- Hermann R, Von Richter O. Clinical evidence of herbal drugs as perpetrators of pharmacokinetic drug interactions. *Plant Med*. 2012;78:1458-1477.
- Echevarría P. Towards an integrative medicine. *Coexistence of Eastern and Western Models of Health in Spain and Japan (in Spanish)*. Universidad Católica San Antonio de Murcia; 2007. www.repositorio.ucam.edu/jspui/.../55/1/TESIS%20DOCTORAL%20PDF.pdf

ANEXO 4

INFORME LANNOYE

4.1. PROFESIONALES PARTICIPANTES

**4.2. CARTA DE REGISTRO DE PRESENTACIÓN AL PONENTE DE LOS CONTENIDOS
PROPUESTOS PARA MODIFICAR**

**4.3. CARTA CONTESTACIÓN DEL P.E. DE ACUSE DE RECIBO Y PRESENTACIÓN DE LA
CARTA AL PONENTE PAUL LANNOYE POR PARTE DE LA EURODIPUTADA LAURA
GONZÁLEZ ÁLVAREZ**

**4.4. INFORME MODIFICADO POR ENFERMERIA Y DE LOS CONTENIDOS A DICHO
INFORME, SUBRAYADOS APARECEN DICHAS PROPUESTAS A ESTE**

2.1.



Victor Sáenz, 5 bajo
Apartado 365 33080 Oviedo
Tels : 5232552 / 5232733 - Fax: 5251106

Oviedo, 5 de septiembre de 1996
D^a Laura González Álvarez
Comisión de Medio Ambiente, S. Pública y
Protección del Consumidor del Parlamento Europeo
Vicepresidenta Proyecto de Informe Lannoye.
Parlamento Europeo

Distinguida Sra.:

Conociendo el proyecto de informe Lannoye sobre el régimen de las medicinas no convencionales de la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección del Consumidor del Parlamento Europeo de fecha 18-4-96, el Grupo de Trabajo de Enfermería Naturista Nacional formado por:

D^a Pilar Lanao Senz - Huesca.

Diplomada Universitaria en Enfermería.
Diplomada en Terapias Alternativas.
Diploma de Postgrado en Enfermería Naturista por la U. Zaragoza.

D^a Rosa Ferrer de Dios - Barcelona.

Diplomada Universitaria en Enfermería.
Diplomada en Terapias Alternativas.
Profesora colaboradora de la E.U.E. "Sta. Madrona - U. Barcelona".
Profesora colaboradora de la E.U.E de la Gimbernat de la U.A. Barcelona.
Profesora colaboradora de Postgrado en Terapias Naturales U.A. Barcelona.
Profesora de Postgrado en Medicina Naturista "Fundació Bosch y Gimpera de la U.Barcelona".
Miembro del Comité de Terapias Naturales del Iltr. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona.

D. Felipe Serrano Gómez - Alicante.

Diplomado Universitario en Enfermería.
Diplomado en Terapias Alternativas.
Presidente de A.D.E.A.T.A (Asociación de Diplomados en Enfermería, Acupuntores y Terapias Alternativas).

D. Carlos Gracia Sos - Zaragoza.

Diplomado Universitario en Enfermería.
Diplomado en Terapias Alternativas.
Diploma de Postgrado en Enfermería Naturista por la Universidad de Zaragoza.
Miembro de la Junta de Gobierno y Coordinador de la Sección de Enfermería Naturista del Iltr. Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza.

D. Ovidio Céspedes Tuero - Principado de Asturias.

Diplomado Universitario en Enfermería.
Diplomado en Terapias Alternativas.
Coordinador de la Sección de Terapias Alternativas del Iltr. Colegio Oficial de Enfermería del Principado de Asturias.

Manifestamos además que todos los profesionales integrantes de este Grupo de Trabajo, poseemos amplia experiencia asistencial en Técnicas Alternativas en el Sistema Sanitario Nacional a nivel Público y Privado.

Las Terapias Alternativas deben ser desarrolladas por todos los Profesionales Universitarios en Ciencias de la Salud, no siendo patrimonio exclusivo de nadie.

..../..

2.2.

**ORGANIZACION
COLEGIAL DE ENFERMERIA**
Colegio Oficial de Asturias

Victor Sáenz, 5 bajo
Apartado 365 33080 Oviedo
Tels.: 5232552 / 5232733 - Fax: 5251106

Los Profesionales de Enfermería, como integrantes del equipo multidisciplinario, entendemos que la formación Universitaria convencional es básica. Medicina "sólo hay una" como decía Hipócrates, aunque el abanico de alternativas terapéuticas concebido desde un enfoque holístico de la salud es amplio. Es por lo que reiteradamente hemos sustituido en el texto "medicinas" por "terapias".

El desarrollo de estas "alternativas" deben contemplarse en prevención, promoción y fomento de salud, en la fase asistencial, docente e investigadora de Enfermería. En España la experiencia Universitaria en formación de Terapias Naturales se remontan en algunas Comunidades a 5 años de pregrado y a 9 de postgrado. En estos años han sido formados multitud de profesionales.

Consideramos que los Profesionales Universitarios en Enfermería, debemos de informar y defender nuestra posición en España al respecto de nuestro importante papel dentro de las Terapias Alternativas.

Por lo anteriormente expuesto, le rogamos haga llegar a la Comisión de la cual es Vd. Vicepresidenta, nuestras propuestas reflejadas en el documento adjunto, a fin de dar una mayor pluralidad al desarrollo de las Terapias Alternativas, en nuestro caso por Enfermería.

Sin más, aprovechamos la ocasión para testimoniarle nuestra gratitud y ofrecernos para cuantas aclaraciones crea Vd. oportunas.

Reciba un cordial saludo.

Fdo. Ovidio Céspedes Tuero
Miembro del Equipo de Trabajo de Enfermería
Naturista Nacional. (en su representación.)
Coordinador de la Sección de Terapias Alternativas
del Ilre. Colegio Oficial de Enfermería del
Principado Asturias.

Vº Bº
EL PRESIDENTE

Fdo. Emilio Losa García

2.4.

PARLAMENTO EUROPEO

PROYECTO DE INFORME

SOBRE EL RÉGIMEN DE LAS TERAPIAS NO CONVENCIONALES
DE LA COMISIÓN DE MEDIO AMBIENTE, SALUD PÚBLICA Y
PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR.

PONENTE: SR. PAUL LANNOYE

18 DE ABRIL DE 1.996

PROPUESTA DE RESOLUCION

Resolución sobre el régimen de las medicinas no convencionales

EL PARLAMENTO EUROPEO

– Vista la propuesta de resolución de los diputados Pimienta, Dell’Alba, Díez de Rivera Icaza, Crowley, Ewing, González Álvarez y Lord Plumb sobre la medicina alternativa (o no tradicional) (B4-0024/94).

– Vista la propuesta de resolución del Consejo de Europa (ADOC7012) de 28 de enero de 1994 sobre un enfoque complementario de los cuidados médicos.

– Vista su Resolución de 13 de junio de 1991 sobre una Directiva por la que se amplía el ámbito de aplicación de las Directivas 65/65/CEE y 75/319/CEE relativas a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas sobre medicamentos (*aplicación de medicamentos homeopáticos) y por la que se adoptan disposiciones complementarias para los medicamentos homeopáticos (DOC 183 de 15-7-91, pág. 322),

– Vista la Directiva 92/73/CEE(1) del Consejo por la que se amplía el ámbito de aplicación de las Directivas 65/65/CEE y 75/319/CEE relativas a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas sobre medicamentos y por la que se adoptan disposiciones complementarias para los medicamentos homeopáticos.

– Vista la línea presupuestaria B6-8332 del presupuesto de las Comunidades Europeas para el ejercicio de 1994, así como el antepenúltimo párrafo de la línea presupuestaria B6-7142 del presupuesto de las Comunidades Europeas para el ejercicio de 1995 y los párrafos 4 y 5 de la línea presupuestaria B6-7142 del presupuesto de las comunidades europeas para el ejercicio de 1995 y los párrafos 4 y 5 de la línea presupuestaria B6-7142 del presupuesto de las Comunidades Europeas para el ejercicio de 1996 que prevén un millón de ecus para la “investigación de la eficacia

de otros métodos terapéuticos como la quiropráctica, la osteopatía, la acupuntura, la naturopatía, la medicina china, la medicina antroposófica y la fitoterapia (sería interesante conocer la distribución presupuestaria para el ejercicio del 96 de un millon de ecus “para la investigación de la eficacia de otros métodos terapéuticos como ... “. Sería necesario aclarar que el abanico de técnicas complementarias es más amplio del aquí expuesto y que a lo largo del informe referenciamos.

– Visto el informe de la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Protección del Consumidor.

- A) Considerando las recientes encuestas de opinión que ponen de manifiesto que una proporción cada vez más importante de la población de los Estados miembros de la U.E. recurre a medicinas y métodos terapéuticos no convencionales y que, por lo tanto, no sería realista ignorar esta situación.
- B) Considerando la opinión cada vez más extendida, incluso dentro de la profesión médica, según la cual diferentes métodos de tratamiento e incluso diferentes enfoques de la salud y de la enfermedad no se excluyen mutuamente, sino que, por el contrario, pueden utilizarse de forma complementaria, (entendemos que en vez de delimitarse a la profesión médica debe ser extensible a todos los profesionales universitarios de Ciencias de la Salud en nuestro caso concreto a Enfermería).

*** Todas las modificaciones aparecerán subrayadas a lo largo de todo el proyecto.**

- C) Considerando la importancia de permitir la libertad de acceso de los pacientes a la terapéutica de la que mejores resultados esperan para su salud, aportándoles al mismo tiempo la garantía de su inocuidad (cuando es practicado por profesionales universitarios de Ciencias de la Salud).
- D) Considerando que el conjunto de los sistemas médicos y disciplinas terapéuticas cubiertos por la denominación “medicinas no convencionales” tienen en común el hecho de que su validez no está reconocida o solo lo está en parte; considerando que puede calificarse de “alternativo” un tratamiento médico o quirúrgico (sanitario) que puede aplicarse en lugar de otro, y de “complementario” el tratamiento aplicado como suplemento de otro (complemento); considerando que es ambiguo hablar de disciplina médica (sanitaria) “alternativa” o “complementaria” en la medida en que solo el contexto preciso en el que se utiliza la terapia permite determinar si ésta es un caso concreto

alternativa o complementaria; considerando que una disciplina médica alternativa también puede ser complementaria; considerando que en el presente informe el término “medicinas no convencionales” abarca los conceptos de “medicinas alternativas”, “medicinas suaves” y “medicinas complementarias”, utilizadas indistintamente en algunos Estados miembros para designar las disciplinas médicas (sanitarias) distintas de la medicina (Sanidad) convencional (debería de suprimirse, dado que en un tratamiento intervienen todos los profesionales sanitarios desde su interdisciplinaridad).

- E) Considerando que existe una gran variedad de disciplinas médicas (sanitarias) no convencionales y que varias de ellas (se) benefician de algún tipo de reconocimiento legal en algunos Estados miembros y/o de una estructura organizativa a nivel europeo (formación básica común, código deontológico, etc.) como es el caso de la quiropráctica, la homeopatía, la medicina antroposófica, la medicina china tradicional (incluida la acupuntura), la naturopatía, la osteopatía, la fitoterapia, la etiopatía, etc.
- F) Considerando el Tratado de la Unión Europea y en particular los artículos 52 a 66 del su Título III, relativos a la libre circulación de personas y al derecho de establecimiento; considerando el obstáculo a estas libertades que supone la heterogeneidad existente en materia de régimen y de reconocimiento de cada una de las disciplinas médicas (sanitarias) no convencionales dentro de la Unión Europea; considerando que la libertad de ejercicio de que disfrutaban actualmente algunos profesionales de la salud en su país en ningún caso debería resultar limitada por una modificación del régimen o del reconocimiento de estas disciplinas a nivel europeo, y que tampoco debería limitarse la libertad de elección terapéutica de los pacientes con respecto a los tratamientos médicos (terapias no convencionales) no convencionales; considerando las obligaciones derivadas del Tratado para los Estados miembros y más concretamente las que establece el apartado 3 del artículo 57, en el que se anima a los Estados miembros a coordinar las condiciones exigidas para el ejercicio de las profesiones médicas (Universitarias de Ciencias de la Salud) y paramédicas.
- G) Considerando que ya se ha producido claramente una evolución positiva con la aprobación de leyes nacionales que liberalizan el ejercicio de las medicinas no convencionales al mismo tiempo que reservan algunos actos específicos a

profesionales autorizados (ley aprobada el 9-11-93 por el Senado neerlandés denominada “Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg”), con la aprobación de una normativa específica (ley sobre los osteópatas, de 1993, y ley sobre los quiroprácticos, de 1994, en el Reino Unido; legislación sobre la quiropráctica en Dinamarca, 1991, en Suecia, 1989 y en Finlandia), con la oficialización de la formación (la quiropráctica en el Reino Unido y en los países nórdicos) y con la introducción de medicamentos en la farmacopea (medicina antroposófica en Alemania).

- H) Considerando que una legislación europea en materia de régimen y de ejercicio de las medicinas no convencionales constituiría una garantía para los pacientes; considerando además que dicha legislación debería basarse en los modelos jurídicos nacionales que contempla una libertad de ejercicio más amplia, debiendo estar cada disciplina en condiciones de organizar la profesión a nivel europeo (código deontológico, registro profesional, criterios y nivel de formación).
- I) Considerando el hecho de que previamente es necesario identificar de forma clara cada una de las disciplinas médicas (suprímase médicas) no convencionales; considerando que, para ello, es conveniente realizar estudios clínicos, evaluaciones de los resultados de los tratamientos, estudios fundamentales (mecanismos de acción) y otros estudios científicos o investigaciones académicas para evaluar la eficacia de las terapias aplicadas, quedando claro que la investigación debe tener en cuenta los caracteres específicos de las diferentes disciplinas (en las comisiones de trabajo deberán estar presentes profesionales de Enfermería).
- J) Considerando el hecho de que la reglamentación y la coordinación de los criterios de formación impuestos a los profesionales que ejercen disciplinas médicas (sanitarias) no convencionales constituirían una garantía suplementaria.
- K) Considerando que la formación de los profesionales que ejercen la medicina convencional debería incluir una iniciación en las disciplinas médicas no convencionales con el fin de favorecer la cooperación con los profesionales que ejercen estas disciplinas (en España ya se está impartiendo la iniciación en terapias no convencionales como créditos dentro de la carrera profesional

tanto en pregrado como en postgrado, como hemos expuesto en la presentación, existiendo Profesionales de Enfermería con un amplio currículum).

- L) Considerando que la libre elección terapéutica también debería implicar que el reembolso de las prestaciones y de los medicamentos vinculados al ejercicio de las disciplinas médicas (sanitarias) no convencionales corrieran a cargo, sin discriminación alguna, de los regímenes de seguridad social; considerando que, en la perspectiva de una reforma de la seguridad social, sería necesario tener en cuenta el papel preventivo de las medicinas (terapias) no convencionales.
- M) Considerando el hecho de que la farmacopea europea debe poder incluir toda la gama de productos farmacéuticos y de herboristería de las medicinas (terapias) no convencionales para poner a disposición de los terapeutas los medios necesarios para que ejerzan correctamente su profesión; considerando que, por estas mismas razones, es necesario revisar las directivas 65/65/CEE, 75/319/CEE y 92/73/CEE, así como el Reglamento 2309/93 por el que se crea la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos, garantizando así a los pacientes la calidad y la inocuidad (calidad asistencial, debiendo suprimirse inocuidad) de las medicinas no convencionales (terapias).
- N) Considerando que el Consejo, en su Resolución 95/C 350/05, de 30 de noviembre de 1995, sobre los preparados elaborados a base de plantas medicinales (1), pide a la Comisión que aclare el régimen jurídico de los preparados a base de plantas medicinales a la luz de las disposiciones comunitarias sobre especialidades farmacéuticas y que estudie “los requisitos específicos que deban cumplirse para garantizar la protección de la salud pública”.
- O) Considerando la necesidad de crear una nueva categoría de “medicinas (terapias) no convencionales” en la farmacopea europea, visto el uso tradicional y las aplicaciones holísticas de la mayor parte de los remedios utilizados en medicina no convencional, utilizando una metodología propia para demostrar la calidad, la eficacia y la inocuidad de los productos terapéuticos utilizados y previendo la publicación de monografías para cada remedio, | **(1) DO C 350 de 31-12-95, pág. 6.**
- P) Considerando el hecho de que, teniendo en cuenta el estado actual de la legislación, una ley sobre complementos alimenticios (vitaminas, oligoelementos,

etc.) contribuiría a proteger al consumidor sin limitar su libertad de acceso y de elección, y garantizaría al profesional cualificado (Universitario de Ciencias de la Salud) la libertad de prescribir la utilización de dichos productos.

- Q) Considerando la necesidad de preveer una fase transitoria que permita a cada profesional actualmente en ejercicio conformarse a la nueva legislación, y de crear una comisión de equivalencia (en esta Comisión debe estar presente Enfermería) encargada de examinar, caso por caso, la situación de los profesionales interesados,
- R) Considerando la conveniencia de una moratoria que permita suspender las diligencias judiciales contra profesionales de las medicinas (terapias) no convencionales por ejercicio ilegal de la medicina (de estas terapias), siempre que no se haya ocasionado ningún perjuicio a los pacientes.
- 1.- Pide a la Comisión que presente, prioritariamente en relación con las 7 disciplinas médicas (entendemos que han sido referenciadas 7 disciplinas, pero son muchas más) no convencionales que benefician de un cierto tipo de reconocimiento y de una organización a nivel europeo, los proyectos de directivas necesarios para garantizar la libertad de establecimiento y la libertad de prestación de servicios de los profesionales que ejercen las medicinas no convencionales (tal como lo preconiza el apartado 3 del art. 57 del Tratado), así como el libre acceso a los productos terapéuticos necesarios para el ejercicio de su disciplina, y que revise, en consecuencia, la legislación existente relativa a las profesiones médicas (sanitarias) y a los productos terapéuticos necesarios para el ejercicio de estas disciplinas.
 - 2.- Pide a su Presidente que presente, en nombre del Parlamento, un recurso por omisión ante el Tribunal de Justicia en el caso de que la Comisión o el Consejo no cumplan sus obligaciones, tal como se enuncian en el apartado 3 del art. 57, en un plazo de 18 meses a partir de la aprobación de la presente resolución.
 - 3.- Pide al Consejo y al Parlamento Europeo que favorezcan el desarrollo de programas de investigación en el ámbito de las medicinas (terapias) no convencionales, concediendo, a partir del presupuesto de 1997, una dotación de 10 millones de ecus anuales durante 5 años, combinando el enfoque individual

y holístico, el papel preventivo y los caracteres específicos de las disciplinas médicas (sanitarias) no convencionales.

- 4.- Pide al Consejo de Europa que publique suplementos a la farmacopea europea en los que se incluya una nueva categoría de “medicinas (terapias) no convencionales”; estos suplementos deberían incluir monografías en las que se defina el conjunto de remedios utilizados en el ejercicio de las disciplinas médicas (debe suprimirse médicas) no convencionales.
- 5.- Pide a la Comisión que presente un proyecto de revisión de las Directivas 65/65/CEE y 75/319/CEE para incluir en ellas toda la gama de productos farmacéuticos necesarios para la práctica de los métodos terapéuticos no convencionales; pide, en la misma línea, que se adapte el Reglamento 2309/93 por el que se crea la Agencia Europea para la Evaluación de los Medicamentos.
- 6.- Pide a la Comisión que adopte las medidas necesarias para favorecer la creación, a nivel europeo, de:
 - a) Una comisión de expertos encargada de evaluar la eficacia de los métodos terapéuticos no convencionales, en la que estén representados, con carácter paritario y para cada Estado miembro, los profesionales e investigadores de la medicina convencional y de las medicinas (terapias) no convencionales en cuestión.
 - b) Una comisión de evaluación compuesta, para cada Estado miembro, por profesionales cualificados de las disciplinas médicas (sanitarias) no convencionales, investigadores, representantes de los productores farmacéuticos y de los herboristas, de asociaciones de consumidores y de asociaciones de usuarios de las disciplinas médicas (sanitarias) no convencionales competentes en la materia, así como representantes de la Comisión; esta comisión dará su acuerdo sobre los criterios de calidad, así como sobre las normas de eficacia e inocuidad sobre las que se basarán las monografías publicadas en el suplemento de la farmacopea europea (véase el apart. 4).
 - c) Una comisión de equivalencia compuesta por profesionales y docentes cualificados de las disciplinas médicas (sanitarias) no convencionales en cuestión, en la que estén representados todos los Estados miembros, encargada de examinar, caso por caso, la situación de las personas que ejer-

cen actualmente su actividad y sus diplomas, así como su eventual nivelación para que puedan acceder al mismo régimen.

- 7.- Pide a los Estados miembros que adopten las medidas necesarias para permitir la entrada en vigor de una moratoria destinada a suspender las diligencias judiciales ejercidas en algunos países contra profesionales de las disciplinas médicas (sanitarias) no convencionales por ejercicio ilegal de la medicina, siempre que no se haya ocasionado ningún perjuicio a los pacientes.
- 8.- Pide a la Comisión que presente un Libro Verde sobre una reforma de los regímenes de sanidad y de seguridad social que partiría de un reconocimiento de hecho del pluralismo médico (sanitario) y que incluiría en sus mecanismos la consideración de las disciplinas médicas (sanitarias) no convencionales y su papel preventivo.
- 9.- Encarga a su Presidente que transmita la presente resolución al Consejo, a los Estados miembros y al Consejo de Europa.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Introducción

Las encuestas de opinión realizadas en diferentes Estados miembros de la Unión Europea confirman, si es que todavía era necesario, el creciente interés de los ciudadanos por las medicinas (terapias) no convencionales¹. En los países que disponen de estadísticas, entre el 20 y 50% de la población utiliza las medicinas (terapias) no convencionales. (por terapias no convencionales se entienden aquellas disciplinas como la antroposofía, la homeopatía, la medicina china y otras muchas más que constituyen una visión holística del ser humano y que están basadas en conceptos

¹ Por medicinas (por terapias) no convencionales se entiende, por oposición a los conceptos de medicinas alternativas y/o complementarias que se utilizan en el marco de la medicina convencional (por ejemplo, el término "alternativo" se utiliza corrientemente para describir un tratamiento médico que puede sustituir a un tratamiento quirúrgico y a la inversa) aquellas disciplinas o prácticas médicas (sanitarias) como la antroposofía, la homeopatía, la medicina china y la naturopatía, que constituyen sistemas médicos (sanitarios) por entero, que están basadas en conceptos teóricos y/o filosóficos y que consideran que la enfermedad es menos (tanto) el resultado de la acción de agentes externos que (como) un desequilibrio del organismo.

teórico-prácticos y/o filosóficos, que consideran que la enfermedad es tanto el resultado de la acción de agentes externos como un desequilibrio del organismo).

Este interés creciente se debe a una cierta pérdida de favor de la medicina convencional cuyo extraordinario desarrollo tecnológico se ha traducido en un éxito indudable desde el punto de vista médico, pero al mismo tiempo en una desarmonización de la relación médico-enfermo. Además, el arsenal de medicamentos sobre el que se basa la medicina convencional es ciertamente eficaz, pero ataca sobre todo los síntomas y a menudo provoca efectos indeseables o incluso graves situaciones de dependencia.

Se observa una tendencia a la búsqueda de una medicina (atención) más humana que se haga cargo del ser humano como tal y no solo de su patología. De ahí en nuevo interés por terapéuticas tradicionales y remedios más suaves cuyo objetivo no es tanto destruir un agente patógeno como devolver al cuerpo humano su capacidad de resistencia frente a ese agente.

Sin embargo, esto no significa que las medicinas (terapias) convencionales y no convencionales se excluyan mutuamente. Por el contrario, pueden actuar de forma complementaria para aportar un mayor beneficio a los pacientes.

Estas medicinas (terapias, porque medicina solo hay una) no convencionales son muy numerosas, por lo que resulta imposible citarlas todas. Pero tienen un punto en común: no están reconocidas por las autoridades médicas (sanitarias) o lo están en diferente grado, aunque durante estos últimos años se han realizado intentos, por una parte, para poner en tela de juicio los prejuicios de irracionalidad científica de que son objeto y, por otra, para utilizarlas en experiencias de tratamiento complementario propuestas por algunos médicos (sanitarios) a sus pacientes (somos conscientes de la existencia de estos estudios científicos, pero también es verdad que no hemos tenido la oportunidad de colaborar con su difusión como Profesionales Sanitarios de Ciencias de la Salud y como Universitarios en Enfermería).

2. La legislación en los Estados miembros de la Unión Europea

En materia de cuidados sanitarios (debe estar bien subrayado) coexisten actualmente en la Unión Europea dos conceptos totalmente opuestos. El primero considera que solo la profesión médica (los médicos) puede administrar los cuidados

sanitarios, cuidar a los enfermos, con la excepción de algunas profesiones a las que se permite realizar algunos actos médicos (o sanitarios) o paramédicos determinados. Salvo estas excepciones, en los demás casos se produce un ejercicio ilegal de la medicina. Esta visión es la que se ha impuesto en los países del sur, incluyendo aquí Francia, Bélgica y Luxemburgo. (los cuidados son funciones propias de Enfermería. Debería contemplarse que en materia de atención sanitaria coexistan en la Unión Europea).

Dicho esto, la existencia de hecho de la práctica de las disciplinas médicas (sanitarias) no convencionales en estos mismos países, así como la creciente demanda por parte de los pacientes, ha dado lugar a algunos casos de tolerancia, por ejemplo: en Francia, la acupuntura, reconocida por la Academia de Medicina desde 1950, puede ser practicada legalmente por titulados en medicina; por otra parte, los medicamentos homeopáticos son reembolsados por la seguridad social cuando se administran por prescripción médica.

El segundo, dominante en los países del norte de Europa, adopta el enfoque inverso: toda persona que lo desee puede administrar cuidados sanitarios, pero determinados actos están estrictamente reservados a los médicos que, además, detentan la autoridad y son la referencia en materia de organización de los cuidados y de política sanitaria.

En el Reino Unido y en Irlanda, en virtud del derecho consuetudinario, cualquier persona no cualificada, es decir, que no sea médico, puede practicar una terapia a condición de que no pretenda estar en posesión del título de doctor en medicina. Esta situación presenta el gran inconveniente, a falta de reconocimiento legal de las formaciones y de los títulos, de no proteger ni a los profesionales serios y competentes ni a los pacientes frente a personas poco cualificadas o a posibles charlatanes. Esta carencia se solventó en el Reino Unido gracias al "Osteopaths Act" de 1993 y al "Chiropracters Act" de 1994.

En los Países Bajos, se aprobó en noviembre de 1993, una ley sobre las profesiones relacionadas con los cuidados sanitarios individuales (Big wet=Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). En principio, esa ley autoriza a cualquier persona a ejercer la medicina. Sin embargo, enumera los actos reservados, es decir, que solo pueden realizar profesionales autorizados. Además, acompaña la libertad de

ejercicio de la medicina con una disposición penal: el perjuicio causado a la salud de un individuo está penalizado.

En Alemania, la libertad de administrar cuidados existe desde 1873 y la profesión de Heilpraktiker (profesional de la salud) está reconocida desde 1939; aunque no se exige ninguna formación específica, hay requisitos como un examen de conocimientos médicos básicos y la inscripción en el registro profesional². Además, tanto los medicamentos homeopáticos como antroposóficos están incluidos en la farmacopea nacional (con una comisión específica creada en 1978 de la que forman parte representantes de la disciplina en cuestión).

Por último, en Dinamarca y en Suecia, las personas que no son médicos y los paramédicos pueden ejercer las medicinas no convencionales dentro de unos límites que establecen las leyes de 14 de mayo de 1970 y nº 409 de 1960. Por otra parte, la quiropráctica está legalmente reconocida como profesión sanitaria en Dinamarca (Ley nº 1988/89:96) y en Finlandia.

3. La legislación comunitaria

La diversidad de enfoques y de legislaciones en los Estados miembros da lugar a un tratamiento desigual de los ciudadanos europeos. Así, el profesional de la salud autorizado oficialmente para ejercer en un país puede sufrir persecuciones penales en otro Estado miembro por ejercicio ilegal de la medicina (profesión). Esto es contrario a los principios enunciados en el Tratado de Roma, en particular la libre circulación de personas y la libertad de libertad de establecimiento (artículos 52 a 66 del título III del Tratado).

Las profesiones médicas (y sanitarias) y paramédicas han sido objeto de varias directivas desde 1975, pero no las medicinas (terapias) no convencionales, si no es de forma indirecta, mediante la aprobación de la Directiva 97/73/CEE relativa a los medicamentos homeopáticos.

Nada impide pensar que los intereses de la industria farmacéutica han prevalecido sobre los de los ciudadanos. En efecto, ¿cómo explicar que todavía no se haya conseguido definir una metodología específica para los ensayos clínicos de los

² El Heilpraktiker puede, si cuenta con una autorización (Erlaubnis), practicar las disciplinas no convencionales.

medicamentos homeopáticos, cuando se reconoce que la metodología convencional no está adaptada? ¿Cómo explicar, por otra parte, que el Reglamento 2309/93, por el que se crea la Agencia Europea para la Evaluación de los Medicamentos, no incluya los medicamentos homeopáticos, antroposóficos o fitoterapéuticos en los procedimientos descentralizados de aprobación.

Frente a esta carencia, el Parlamento debe pedir a la Comisión que tome las iniciativas necesarias para, de conformidad con el apartado 3 del artículo 57 del Tratado, “coordinar las condiciones de ejercicio de las profesiones médicas (sanitarias) y paramédicas”. Esto no significa que haya que uniformar las condiciones de ejercicio de las disciplinas médicas (dichas profesiones) no convencionales, pero sí que hay que garantizar a todos los profesionales, respetando el principio de subsidiariedad, el derecho establecido, poniendo a su disposición los medios necesarios para el ejercicio de su profesión.

Para ello, es indispensable legalizar y armonizar la situación de los profesionales que ejercen las medicinas (terapias) no convencionales, fijar las condiciones de formación, incluir los medicamentos correspondientes en la farmacopea europea y prever que los cuidados y los medicamentos (dichas terapias) corran a cargo de los organismos de seguridad social.

4. Hacia el pluralismo en medicina

Los dos objetores perseguidos son, por una parte, responder a las exigencias del Tratado de la Unión Europea y a las reivindicaciones legítimas de los profesionales que ejercen medicinas (terapias) no convencionales y, por otra, responder a una creciente demanda de los pacientes, por lo que hay que adecuar oferta y demanda partiendo de un doble principio de libertad: libertad de los pacientes para elegir la terapéutica que prefieran y libertad de los profesionales para ejercer su profesión.

Es evidente que este doble principio garantiza al paciente la inocuidad (eficacia) y la calidad de los tratamientos dispensados. En cuanto a las disciplinas que ya gozan actualmente de algún tipo de reconocimiento legal en uno o varios Estados miembros y/o de una organización profesional a nivel europeo³, la garantía de ino-

³ Es, concretamente, el caso de la homeopatía, la fitoterapia, la medicina antroposófica, la naturopatía, la acupuntura la medicina china tradicional, la osteopatía y la quiropráctica.

cuidad (calidad) debe considerarse adquirida siempre que las ejerza un profesional competente. En cuanto a su eficacia, ha sido objeto de estudios, en verdad poco numerosos, pero generalmente probatorios, desde el momento en que se acepta no limitarse a evaluar la eficacia sobre la base de la metodología y de los criterios en vigor en medicina convencional (basados en el método científico) (fundamentalmente los ensayos clínicos de doble ciego).

Es así como la quiropráctica está ahora reconocida científicamente como método terapéutico a raíz de varios estudios encargados por las autoridades públicas, en particular por el Consejo de Investigación Médica de Gran Bretaña, organismo financiado por el Gobierno⁴.

La homeopatía acumula hoy en día pruebas concluyentes de su eficacia⁵, aunque la comunidad científica ortodoxa todavía no esté convencida. Se podrían multiplicar los ejemplos en relación con la acupuntura, la medicina china tradicional, la osteopatía y otros muchos métodos terapéuticos.

Como ha escrito la misma Comisión, la demostración de los efectos terapéuticos “según los métodos científicos generalmente reconocidos no resulta posible o, cuando menos, plantea fuertes polémicas”⁶. Esta apertura hacia el pluralismo en medicina ya se ha plasmado de forma concreta en la aprobación de los presupuestos de 1994, 1995 y 1996. En efecto, en la línea presupuestaria B6-8332 del presu-

⁴ Randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient treatment for low back pain of mechanical origin- T.W. Meade, Sandra Dyer, Wendy Browne, Joy Townsend, A. O. Frank, The Medical Research Council Epidemiology and Medical Care Unit, Northwick Park Hospital, Harrow, England, published in the British Journal, Volume 300, 2 June 1990.

Randomised comparison of chiropractic and hospital outpatient treatment for low back pain: results from extended follow-up-T.W. Meade, Sandra Dyer, Wendy Browne, Joy Townsend, A.O. Frank, The Medical Research Council Epidemiology and Medical Care Unit, Northwick Park Hospital, Harrow, England, published in the British Medical Journal, Volumen 311, 5 August 1995.

⁵ WALACH, H. (1992). Wissenschaftliche Homöopathische Arzneimittelprüfung. Doppelblinde crossover-Studie einer homöopathischen Hochpotenz gegen Placebo. Heidelberg: Haug.

LINDE K. JONAS W.B., MELCHAT D., WORKU F., WAGNER H., EITEK F., (1994). Human and Experimental Toxicology j. in: Critical review and meta-analysis of serial agitated dilutions in experimental toxicology, n° 13, pp. 481-492.

KLEIGNEN J., KNIPSCHILD P., ter RIET G. (1991). Clinical trials of homeopathy: a meta analysis. In British Medical Journal, n° 302, pp. 316-323.

⁶ COM (90) 72 final, pág. 3.

puesto de las Comunidades Europeas para el ejercicio de 1994 se creó una nueva partida de 1 millón de ecus para investigación en homeopatía; en el antepenúltimo párrafo la línea presupuestaria B6-7142 del presupuesto de las Comunidades Europeas para el ejercicio de 1995 se solicitaba un importe de 3 millones de ecus para continuar la investigación sobre la eficacia de la homeopatía, y en los párrafos 4 y 5 de la línea B6-7142 del presupuesto de las Comunidades Europeas para el ejercicio de 1996 se prevé 1 millón de ecus para la “investigación de la eficacia de otros métodos terapéuticos como la quiropráctica, la osteopatía, la acupuntura, la naturopatía, la medicina china, la medicina antroposófica y la fitoterapia.

Está claro que, para acompañar y legitimar el proceso de reconocimiento de las disciplinas médicas (sanitarias) no convencionales, hay que llegar más lejos: organizar el diálogo entre los medios universitarios y los expertos de cada disciplina (donde estamos representados todos los profesionales de la salud en concreto Enfermería); para realizar programas de investigación pluridisciplinar sobre la base de metodologías definidas en común y de criterios de validez adecuados. Cuando el paciente siente el efecto provocado por un producto homeopático, una técnica osteopática u otro tratamiento (otra terapia), no existe necesariamente una casualidad directa. Los estudios clínicos, las evaluaciones de los resultados de los tratamientos (las terapias) y otros estudios científicos o investigaciones académicas son también necesarios para analizar el hecho observado y la relación. La hipótesis es que un producto médico homeopático, una manipulación osteopática o un tratamiento con acupuntura producen un efecto y que esto debe ser demostrable.

Esta necesidad de demostrar el efecto terapéutico no debe desembocar, sin embargo, en una discriminación de las disciplinas no convencionales con respecto a la medicina (terapias) convencional: numerosas prácticas médicas (sanitarias) convalidadas por esta última lo son más sobre la base de dictámenes emitidos por la profesión médica que sobre la base de estudios científicos rigurosos. No obstante, en principio es correcto afirmar que una división entre “ciencia” y “no ciencia” es a la vez razonable y modificable. En la medida en que un número creciente de tratamientos y de sistemas completos son convalidados científicamente, dejan de ser “no ortodoxos” y pasan a la práctica cotidiana abandonando con ese hecho la esfera de las terapias “no convencionales”. En realidad, es más inteligente hablar no de una división pura y simple o rígida entre “ciencia” y “no ciencia”, sino de

variedad fluctuante de pruebas y de aceptabilidad, tal como se ha podido observar en numerosas ocasiones a lo largo de la historia de la ciencia.

5. La formación de los profesionales

La garantía de calidad de las medicinas (terapias) no convencionales debe estar asegurada por una formación adecuada de los profesionales sancionada por la obtención de un diploma. Una vez más, no se trata aquí de uniformar, dado que el nivel de formación necesario para una cualificación profesional óptima varía inevitablemente de una disciplina a otra (pero siempre siendo básica la formación universitaria de pregrado exigida).

Algunos sistemas médicos (el enfoque holístico del ser humano tratado mediante) por entero como la homeopatía, la medicina antroposófica, la medicina china tradicional o la naturopatía, por ejemplo, son, en principio, tan amplios y completos en su aplicación como la medicina occidental convencional, aunque los ámbitos de la patología y de la terapéutica que cubren estas diferentes medicinas (terapias) no son exactamente superponibles. Un número creciente de profesionales de estos sistemas (dichos enfoques holísticos) intentan mantener o adquirir su autonomía en cuanto a diagnóstico (y) tratamiento y asunción de los casos médicos (debería suprimirse asunción de los casos médicos). De igual forma, un número cada vez mayor de pacientes que recurren a estas terapias no consideran a los profesionales que los tratan como especialistas que tratan un dolor o un órgano, sino como generalistas a quienes deciden confiar su salud. Aunque esto no debería excluir una colaboración inteligente con los médicos (el resto de los profesionales sanitarios) convencionales u otros profesionales de medicinas complementarias, requiere un grado de autonomía profesional que implica un elevado nivel de responsabilidad con respecto al bienestar del paciente, y exige una formación tan rigurosa como la que actualmente hace falta para el ejercicio de la medicina occidental convencional. Para ello, los estudios que desembocan en una cualificación profesional completa en estos sistemas (enfoques) deberían y podrían realizarse en una facultad o en un establecimiento privado autorizado y subvencionado por las autoridades nacionales. Esos estudios deben permitir la obtención de un diploma estatal o reconocido por el Estado (en Enfermería ya se está aplicando en pregrado y postgrado).

Otras disciplinas, como la reflexología, la aromaterapia, los masajes tradicionales orientales, la iridología, etc., se ejercen de forma (forman parte indiscutible del enfoque holístico del ser humano, no pudiendo disgregarse del concepto de “técnica terapéutica” generalizada. Como aplicaciones terapéuticas, forman parte del bagaje de los profesionales universitarios de la Salud, siendo imprescindibles los conocimientos de pregrado en anatomía, fisiología y patología... lo que implica necesariamente la formación universitaria) que complementan las técnicas terapéuticas más amplias como la medicina occidental convencional, la homeopatía, la fitoterapia, la naturopatía, etc. o complementándose entre ellas, y en general los profesionales no piensan ejercerlas de forma totalmente autónoma. El diagnóstico y las competencias vinculadas al mismo deberían limitarse a la interpretación de los síntomas o de las condiciones ya identificadas por los médicos generalistas (de medicina convencional o de otro tipo). Por consiguiente, sería inoportuno exigir a estos profesionales una formación universitaria completa, aunque hay que prever al menos una cualificación de elevado nivel.

Por último, hay, y habrá todavía durante algún tiempo, profesionales de la homeopatía, de la fitoterapia, de la acupuntura y de otros grandes sistemas médicos que prefieren considerar su papel como complementario del de personas más o mejor cualificadas (muy a menudo, doctores en medicina convencional). Estos profesionales no buscan su autonomía, sino que prefieren confiar los aspectos diagnósticos y de seguimiento médico general de los enfermeros a consultas hospitalarias. También aquí parecen inadecuadas unas cualificaciones completas de nivel universitario (por lo tanto nadie más cualificado que los miembros del equipo multidisciplinario de salud para tratar y/o derivar al paciente cliente, ratificando así el punto anterior.) Sin embargo, está claro que los profesionales en cuestión deberán poseer un conocimiento amplio del sistema en el que quieran ejercer, sin el cual veríamos aparecer un sistema de dos velocidades, fuente de confusión para los enfermos.

6. Legalizar y armonizar la situación de los profesionales

Más allá de la formación de elevado nivel exigida para practicar las diferentes terapéuticas no convencionales con una garantía máxima de calidad para los

pacientes, es fundamental, en esta misma línea, codificar el régimen profesional de los facultativos (del equipo multidisciplinario de salud).

La mayoría de las disciplinas médicas (sanitarias) no convencionales, en particular las que se mencionan explícitamente en este informe, ya están organizadas en la mayoría de los Estados miembros e incluso a nivel europeo. Esto significa entre otras cosas que existe un código de conducta profesional que define las normas que deben respetar los miembros activos de la profesión, así como un registro de los miembros de dicha profesión. A falta de régimen legal, a veces coexisten varias asociaciones profesionales en algunos Estados miembros, cada una de ellas con sus propios códigos de conducta y registros; a fortiori (es evidente que existe un código deontológico igual para convencionales que para no convencionales) aparecen importantes disparidades entre Estados miembros.

Una iniciativa europea, siguiendo la misma lógica que ha presidido la elaboración de las directivas relativas a la libertad de establecimiento y de prestación de servicios para los médicos, los enfermeros, los dentistas y las comadronas (y demás miembros del equipo multidisciplinario), deberá no solo armonizar el régimen de los profesionales de la salud que ejerzan las disciplinas no convencionales dentro de la Unión Europea, sino también en los Estados miembros en los que no existen actualmente ningún tipo de reconocimiento legal. Este reconocimiento no puede definirse bajo la tutela de la profesión médica y de sus órganos representativos nacionales y europeos, en la medida en que estas “nuevas” disciplinas médicas (sanitarias) adoptan un enfoque autónomo (holístico) y específico (ámbito de conocimientos diferentes).

La creación de comisiones de expertos en las que estén representados, de forma paritaria, los que ejercen la disciplina en cuestión y los representantes de la profesión médica (sanitaria en su totalidad) es una respuesta que parece adecuada para evaluar la eficacia de los métodos terapéuticos, definir el ámbito de responsabilidad y las prácticas reservadas, y pronunciarse sobre el reconocimiento de los diferentes tipos de medicinas (medicina solo hay una) o terapéuticas no convencionales. En lo que se refiere a su organización (código deontológico, registro profesional, armonización en materia de formación de los profesionales actualmente activos), cada disciplina debe poder actuar de forma autónoma.

7. Ampliar el ámbito de acción de la seguridad social

La falta de régimen legal de las disciplinas médicas (sanitarias) no convencionales en la mayoría de los Estados miembros hace más difícil que puedan correr a cargo del sistema de seguridad social existente. A este respecto se han desarrollado en la Unión Europea dos enfoques. El primero consiste en integrar en parte algunas de estas disciplinas; es el caso, por ejemplo, de Francia, donde los medicamentos homeopáticos son reembolsados por la homeopatía no goza de ningún tipo de reconocimiento legal y las prestaciones de los homeópatas no son objeto de una tarifa de reembolso diferenciada. El segundo enfoque, mucho más extendido, contempla la intervención de las compañías privadas de seguros que aceptan la creación de un sistema paralelo de reembolso.

Ninguno de esos dos enfoques es duradero. El primero, debido a su incoherencia, el segundo, porque su generalización se inscribe en una lógica de privatización de la seguridad social peligrosa para la evolución de la sociedad.

Es lógico que, en cuanto se reconozca que una terapia es eficaz, se garantice su reembolso por parte de la seguridad social. No puede haber libre elección terapéutica para los pacientes, aunque se produzca un reconocimiento legal de las disciplinas médicas (sanitarias) no convencionales, si hay discriminaciones en cuanto al nivel de reembolso por la seguridad social.

Todos los regímenes europeos de seguridad social arrastran graves déficits. Sin embargo, esto no debe justificar una exclusión de las medicinas (terapias) no convencionales, ya que su inclusión, entre otras cosas en sus aspectos preventivos, debe formar parte de una reforma global de los sistemas de seguridad social que podría plantear un mecanismo de reembolso basado en las previsiones de coste global de una enfermedad y no solo en el coste de los tratamientos o los medicamentos.

Después, todo terapeuta (subráyese terapeuta) que desee suscribir un convenio debe someterse a las mismas obligaciones, aceptación de baremos médico-mutualistas y control de la conveniencia del tratamiento y de las prescripciones. Sin embargo, este control deben ejercerlo expertos de la profesión (profesionales sanitarios) en cuestión.

Debe reservarse a los médicos (sanitarios) y a quienes ejercen medicinas (terapias) no convencionales, si así lo desean, la posibilidad de no suscribir convenios

médico-mutualistas, siempre que se informe de ello a los pacientes de forma clara y con antelación. Por otra parte, no se puede excluir la posibilidad de que los pacientes que lo deseen suscriban contratos con compañías privadas de seguros para que los gastos médicos no reembolsados corran a cargo de éstas.

8. Incluir los remedios de las medicinas (terapias) no convencionales en la farmacopea europea

La farmacopea europea, tal como la elaboró el Consejo de Europa, debe abrirse a otras farmacopeas (en general), en particular a las plantas medicinales de la medicina china.

De nada sirve legislar en materia de régimen de las medicinas (terapias) no convencionales, si al mismo tiempo no se concede a los facultativos (profesionales sanitarios) la posibilidad de disponer de la gama de productos terapéuticos que consideren indispensables. Más aún en la medida en que el elevado nivel de formación previsto debe poder eliminar los temores relativos a los riesgos de una mala utilización de los medicamentos. En este contexto resulta necesario revisar las Directivas 65/65/CEE y 75/319/CEE. Esta revisión deberá prever la libre circulación de todos los medicamentos, cualquiera que sea su naturaleza, siempre que hayan sido aprobados por una de las medicinas (terapias) no convencionales según sus propios criterios (por los profesionales sanitarios, según sus propios criterios). Esta revisión también deberá afectar al contenido de los protocolos de identificación de las materias primas que se utilizan en la fabricación de los medicamentos. Además de las pruebas biológicas, habría que incluir la realización de análisis macroscópicos y cromatográficos. Por otra parte, una comisión de evaluación compuesta, para cada Estado miembro, por profesionales cualificados de las disciplinas médicas (sanitarias, entre los que se encuentra Enfermería) no convencionales, investigadores, representantes de los productores farmacéuticos y asociaciones de consumidores competentes en la materia, y por representantes de la Comisión, dará su acuerdo sobre los criterios de calidad de los productos, así como sobre las normas de eficacia e inocuidad (y calidad) en las que se basarán las monografías que se publiquen en la farmacopea europea. Hay que adaptar, en la misma línea, el Reglamento 2309/93 por el que se crea la Agencia Europea para la Evaluación de los Medicamentos.

Además, habrá que añadir al arsenal jurídico existente, una norma europea relativa a los complementos alimenticios que a menudo se encuentran en el límite entre el alimento dietético y el medicamento. Esta norma deberá garantizar una mayor calidad con vistas a la protección del consumidor y evitar, en razón del vacío jurídico actual, que se inicien juicios por ejercicio ilegal de la farmacia contra fabricantes y/o vendedores de dichos complementos.

No obstante, la Comunidad ha de estar atenta a las importaciones procedentes de países terceros en los cuales los mismos productos están regulados por legislaciones diferentes. Habrá que garantizar la posibilidad de exigir a los importadores transparencia en cuanto a los componentes de una especialidad farmacéutica y a su calidad, a falta de lo cual la Comunidad deberá prohibir la importación de productos procedentes de países que se nieguen a aplicar normas de calidad y precisión indispensables.

9. Garantizar la transición

Está claro que la armonización no podrá realizarse de la noche a la mañana. Por ello, habrá que establecer una moratoria que permita suspender las diligencias judiciales por ejercicio ilegal de la medicina que se realizan actualmente en algunos Estados miembros (en particular en Francia) contra profesionales que ejercen disciplinas (terapias) no convencionales mencionadas en el presente informe. Por otra parte, no se puede excluir a todos los que hasta la fecha han optado por una de esas especializaciones y las ejercen (siempre que cumplan los criterios antes mencionados de formación universitaria). Por consiguiente, habrá que crear una comisión de equivalencia, formada por expertos de la disciplina en cuestión y por docentes académicamente cualificados, que se encargará de examinar, caso por caso, la situación de las personas interesadas y sus diplomas, así como las armonizaciones eventualmente necesarias.

Jurídico 3:

Resolución del Consejo General de Enfermería de España por el que se regulan algunos aspectos del ejercicio de las denominadas Terapias Alternativas, cuidados naturales.

ANEXO 5

**RESOLUCIÓN 14/14 DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA DE
ESPAÑA POR EL QUE SE REGULAN ALGUNOS ASPECTOS DEL
EJERCICIO DE LAS DENOMINADAS TERAPIAS ALTERNATIVAS,
CUIDADOS NATURALES**



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
CONSEJO GENERAL

RESOLUCIÓN N° 14/14

Por la que se ordenan determinados aspectos del ejercicio profesional enfermero en el ámbito de las terapias y cuidados holísticos y naturales.

PREÁMBULO

I

La preocupación de la Organización Colegial de Enfermería por la situación de falta de regulación normativa en el ámbito de las terapias no convencionales ha llevado a las entidades que la integran a tratar de aportar instrumentos y medios de protección jurídica a los profesionales afectados, siempre tratando de garantizar servicios de salud seguros, eficientes y eficaces en este campo.

Fueron los Estatutos de esta Organización Colegial, aprobados mediante Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, los que instauraron la Vocalía de Terapias Alternativas en el seno del Pleno del Consejo General, lo que sirvió para iniciar los trabajos que hoy alcanzan uno de sus primeros frutos en la presente resolución.

Posteriormente, la reunión de representantes de estas terapias de la Organización Colegial de Enfermería, en Madrid, el 14 de septiembre de 2005 permitió sentar las bases y objetivos de actuación, a partir de los cuales se han venido desarrollando importantes trabajos que han permitido poner de manifiesto el papel tan relevante de los enfermeros que desempeñan sus funciones en este ámbito de actuación.

En el informe remitido en mayo de 2010 al Ministerio de Sanidad por el entonces Vocal de Terapias Alternativas del Pleno de este Consejo General, D. Ángel Torres Benedicto, se hacía una remisión a los criterios de la American Holistic Nurses Association (AHNA) y de la British Holistic Medical Association, citado en STONE, Julie y Matthews, Joan: *Complementary Medicine and the Law* (Oxford University Press), para configurar estas terapias no convencionales como aquellas técnicas terapéuticas que respetan las siguientes premisas:



- La persona debe ser estudiada desde el punto de vista global (holístico), lo que obliga a examinar el ambiente que le rodea y la influencia que del mismo recibe, contemplándole más como persona que como enfermo.
- El objeto de estudio y tratamiento no es la enfermedad, sino la persona que la sufre o paciente.
- La terapia no admite la estandarización; cada persona requiere una terapia individualizada y adaptada al caso concreto.
- Las técnicas terapéuticas han de ser, por definición, no agresivas.

Estas terapias y cuidados holísticos y naturales obedecen, por tanto, a una filosofía de fondo, basadas en una línea de apoyo natural al organismo, sin entrar en conflicto con los intereses de éste, de manera que nunca se le pueda considerar un enemigo de los recursos del cuerpo humano para poder reponer alguno en concreto.

En cualquier caso, debe advertirse que, si bien todos los cuidados de enfermería tienen y deben tener un enfoque holístico, la evolución en el campo de estas terapias y cuidados no convencionales es la que ha vinculado a ellas esta concreta terminología.

La importancia de estas terapias ha sido ya reconocida en el ámbito europeo, especialmente, en lo referido a la osteopatía, la cual, aunque data del pasado siglo, ya es considerada como terapia no convencional, desde el informe Lannoye/Collins, realizado por el Parlamento Europeo, en 1976, o el más reciente documento elaborado y publicado por la OMS en 2010 (“*Benchmarks for training in traditional/complementary and alternative medicine: benchmarks for training in osteopathy*”).

Lo cierto es que actualmente no existe una regulación legal de las terapias holísticas o naturales. Todo lo más, se han producido intentos e indicios de poner en marcha procesos de regulación, que no han llegado a culminarse, como el iniciado en el Congreso de los Diputados, a través de la Comisión de Política Social y Empleo, que, en sesión celebrada el 28 de junio de 1989, aprobó una proposición no de Ley, con el siguiente texto:

“El Congreso de los Diputados insta al Gobierno para que adopte las siguientes medidas:



1. *Regular las condiciones del ejercicio y aplicación de las técnicas terapéuticas de homeopatía y acupuntura con las garantías que emanan de nuestra legislación sanitaria.*

2. *Establecer el marco adecuado para la enseñanza y aprendizaje de dichas técnicas”.*

Desde entonces y hasta hoy, no se ha producido la norma reguladora demandada, lo que acrecienta la necesidad de ordenar el ejercicio profesional de los enfermeros en este campo, como se pretende en la presente resolución.

En este punto cabe recordar que incluso la OMS (2002, 2005) ha constatado que 54 países han elaborado leyes sobre terapias tradicionales y complementarias, lo que pone de manifiesto la necesidad de avanzar hacia sistemas integradores de salud. Por ello, en 2013, aprobó un documento sobre “Estrategia sobre medicina tradicional. 2014-2023”. Y es que el desarrollo de estos cuidados y terapias holísticas y naturales es ya una realidad en el ámbito internacional, tanto desde la perspectiva de la intervención como de la investigación, precisamente porque se desea conseguir resultados de salud y de calidad de vida más satisfactorios, así como proporcionar una mejor respuesta a las necesidades de las personas.

De hecho, el actualmente denominado National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) tiene elaborada una clasificación de estas terapias complementarias o no convencionales, cuyos principales aspectos se han tenido en cuenta para la clasificación que se incluye en esta resolución, si bien con una estructura específicamente referida al ámbito de actuación de la profesión enfermera.

II

La Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales ha fijado en su artículo 31.7 las competencias mínimas que los enfermeros responsables de cuidados generales deben estar en condiciones de aplicar:



a) Competencia para **diagnosticar de forma independiente los cuidados de enfermería necesarios utilizando para ello los conocimientos teóricos y clínicos, y para programar, organizar y administrar cuidados de enfermería al tratar a los pacientes sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos** con el fin de mejorar la práctica profesional.

b) Competencia para colaborar de forma eficaz con otros actores del sector sanitario, incluida la participación en la formación práctica del personal sanitario sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos.

c) Competencia para **responsabilizar a las personas, las familias y los grupos de unos hábitos de vida sanos y de los cuidados de la propia salud** sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos.

d) Competencia para, de forma independiente, tomar medidas inmediatas para mantener la vida y aplicar medidas en situaciones de crisis y catástrofe.

e) Competencia para, de forma independiente, dar consejo e indicaciones y prestar apoyo a las personas que necesitan cuidados y a sus allegados.

f) Competencia para, **de forma independiente, garantizar la calidad de los cuidados de enfermería y evaluarlos.**

g) Competencia para establecer una comunicación profesional completa y cooperar con miembros de otras profesiones del sector sanitario.

h) Competencia para **analizar la calidad de los cuidados y mejorar su propia práctica profesional como enfermero responsable de cuidados generales.**

Por su parte, en el ámbito nacional, el artículo 7.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias señala en su apartado a) que corresponde a la profesión enfermera:



“...la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.”

Y el artículo 54.3 de los referidos Estatutos de la Organización Colegial señala que los cuidados de enfermería comprenden:

“...la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna.”

Además, el artículo 4.7 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias ha reforzado la autonomía e independencia de las distintas profesiones sanitarias en el ejercicio de sus respectivas actuaciones:

“El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico.”

Paralelamente a esta regulación general, la ordenación del ejercicio profesional en el ámbito de la enfermería de las terapias no convencionales y cuidados holísticos ha de considerar también en la regulación académica oficial de que habilita para el ejercicio de la profesión enfermera, especialmente, la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Dicha Orden recoge las competencias que deben adquirir los estudiantes, entre las que figuran las de:

- Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto.
- Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.



- Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.

Los distintos planes de estudios conducentes a los títulos de Grado en Enfermería, elaborados a partir de esta normativa, han recogido la materia relativa a las terapias no convencionales – aunque bajo diferentes denominaciones – bien como asignatura obligatoria o bien como asignatura optativa.

En el ámbito judicial, la Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 7 de marzo de 2006, ha confirmado esta competencia profesional de los enfermeros en el ámbito de las terapias no convencionales, al reconocer que:

“pueden realizar los tratamientos para lo que se hallan preparados como consecuencia de la formación que, bien de modo obligado, o, en ocasiones, optativo, hayan adquirido en la medicina naturista o en el manejo y aplicación de medicamentos homeopáticos o mediante técnicas de estimulación periférica con agujas u otros que demuestren su eficacia y su seguridad, de modo que la responsabilidad corresponde al médico que realiza también esas prácticas pero que no relega la actuación de los enfermeros cuando se considere preciso y conozcan las técnicas necesarias para ello.”

Por otra parte, el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, que aprobó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, explicita en su anexo VIII el contexto en el que debe de realizarse el acto enfermero con lenguaje propio, recogiendo expresamente las clasificaciones de diagnósticos, intervenciones y resultados NANDA, NIC y NOC.

Dentro de las intervenciones NIC, figuran varias que recogen contenidos de las terapias holísticas y naturales, como por ejemplo:

- 001320 Acupresión
- 006520 Análisis de la situación sanitaria
- 001330 Aromaterapia
- 005820 Disminución de la ansiedad
- 005510 Educación sanitaria
- 000226 Terapia de ejercicios: control muscular.
- 000180 Manejo de la energía



001400 Manejo del dolor
001480 Masaje
004400 Musicoterapia
005465 Tacto terapéutico
004390 Terapia con el entorno

Y aquellas en vías de normalización en la actualidad, como: acupuntura, drenaje linfático manual, homeopatía, homotoxicología, terapia neural, moxibustión, osteopatía, reflexología podal, yoga, terapia floral, visualización, todas ellas empleadas por los enfermeros que desempeñan sus cometidos en este ámbito profesional.

Como complemento de todo ello, es preciso referirse a la Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que ha reconocido en su artículo 77.1 las competencias de los enfermeros para, de forma autónoma, indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación. Y en el caso de los medicamentos sujetos a prescripción médica, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

III

De acuerdo con el artículo 9º de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios profesionales, en su vigente redacción, corresponde a los Colegios Profesionales, en su ámbito provincial, y al Consejo General, en tanto repercute en el ámbito nacional, ordenar en sus respectivos entornos, la actividad profesional de los colegiados. Desde esta perspectiva, es claro que el Consejo General tiene competencia para dictar resoluciones que ordenen determinados aspectos de la profesión en el ámbito nacional, como el presente de la enfermería de las terapias y cuidados holísticos y naturales. Esta prerrogativa también es reconocida en el artículo 24.16 de los Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería, de su Consejo General y de la actividad profesional de enfermería, en el sentido de atribuirle la competencia para aprobar las resoluciones que ordenen, en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de



los colegiados, las cuales tendrán carácter obligatorio, como forma de tratar de garantizar el derecho a la salud mediante la calidad y la competencia profesional.

En este mismo sentido se pronuncia el artículo 2º del Código Deontológico de la Enfermería Española, aprobado por Resolución 32/89, de este Consejo General que establece dicha ordenación como una de las responsabilidades prioritarias de esta Corporación.

Por ello, la Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, en sesión celebrada el día 17 de diciembre de 2014, en uso de las competencias legal y estatutariamente atribuidas, después del pertinente estudio y deliberación en profundidad, y en el ejercicio de la soberanía que como órgano supremo del Consejo y por ende de la Organización Colegial ostenta, por mayoría de sus miembros presentes, **ACUERDA:**

Artículo 1º: Definición de Enfermero de terapias y cuidados holísticos y naturales.

Teniendo en cuenta que la enfermería es un proceso global para asistir individuos, grupos y comunidades con el propósito de mejorar su estado de salud y/o recuperación de enfermedades, puede considerarse que el enfermero de terapias y cuidados holísticos y naturales es el responsable de la atención integral de enfermería en el campo de la salud desde el enfoque holístico y natural, desde un trabajo desarrollado de manera individual o multidisciplinariamente en los ámbitos de la prevención, promoción, fomento y rehabilitación de la salud de la persona, familia y comunidad.

Según la OMS, los términos "medicina complementaria" y "medicina alternativa", utilizados indistintamente junto con "medicina tradicional" en algunos países, hacen referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal. Así, las terapias naturales se definen como: "Medicinas que incluyen diversas prácticas sanitarias con enfoques, conocimientos y creencias distintas a las oficiales, que incluye medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios para mantener el bienestar, así como tratar, diagnosticar o prevenir enfermedades"



En este marco, las terapias y cuidados holísticos y naturales de Enfermería han de ser entendidos como un concepto amplio que implica aspectos físicos, psíquicos, espirituales y sociales, antes, durante y después de la intervención del profesional enfermero, que deben conducir al bienestar y a la ausencia de dolencias.

Estos cuidados y terapias obedecen a una filosofía de fondo, basadas en una línea de apoyo natural al organismo, sin entrar en conflicto con los intereses de éste, de manera que nunca se le pueda considerar un enemigo de los recursos del cuerpo humano para poder reponer alguno en concreto. Los procedimientos de las terapias naturales tienen como principio fundamental la búsqueda de estímulos terapéuticos que no conlleve una actividad contraproducente para el organismo.

Artículo 2º: Clasificación de las terapias y cuidados holísticos y naturales de Enfermería.

Las terapias y cuidados holísticos y naturales de Enfermería se pueden clasificar en los siguientes grupos, según la evidencia y la doctrina científica:

a) CUIDADOS Y TERAPIAS FÍSICAS: Los que actúan directamente sobre el organismo de forma física, tanto por dentro como por fuera, de manera que las bases celulares, estructurales y por tanto funcionales, sean capaces de aprovechar al máximo los recursos de cada órgano, de cada parte del sistema para así favorecer el proceso homeostático. Incluyen, entre otras, quiromasaje, osteopatía, fitoterapia, dietética o aromaterapia.

b) CUIDADOS Y TERAPIAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL: Potencian, regulan, y apoyan al sistema psico-emocional directamente desde el asesoramiento, o sea, asistido desde los propios recursos que se les enseñan, con el fin de fortalecer el estado vital, esencia para el restablecimiento de toda función orgánica. Incluyen, entre otras, psicoterapia, hipnoterapia, visualización, relajación, meditación.

c) CUIDADOS Y TERAPIAS ENERGÉTICAS: Actúan sobre el poder que el sistema obtiene a través de la energía vital, desde lo energético hacia lo físico y lo



mental. Incluyen, entre otras, acupuntura, homeopatía, digitopuntura, Qi gong, Tai chi, pilates o yoga.

Artículo 3º: Propósitos de la práctica de enfermería de las terapias y cuidados holísticos y naturales de Enfermería.

En el ámbito de la salud desde el la perspectiva holística y natural, el enfermero/a que aplica terapias y cuidados holísticos y naturales, se propone:

1. Contribuir con los objetivos de conjunto de la sanidad nacional para mejorar y mantener las condiciones de salud de los individuos involucrados en cualquier ámbito bio-psico-socio-laboral desde el conjunto del equipo de enfermería con otros profesionales del campo de la salud y del bienestar social.
2. Participar activamente en las acciones de promoción y educación para la salud, prevención de enfermedades y prestación de cuidados técnicos/científicos a los individuos y grupos sociales.
3. Garantizar un ambiente seguro, libre de riesgos, y proteger el interés de los individuos y personas, como pacientes destinatarios de la actuación profesional.
4. Ofrecer conocimientos y experiencia para facilitar a los individuos la protección de su salud.
5. Conducir su práctica de acuerdo al código de ético y deontológico de la profesión enfermera.

Artículo 4º: Ámbito de la práctica o campo de acción.

1.- En el ámbito de las terapias y cuidados holísticos y naturales, la práctica enfermera comprende acciones específicas que involucran la aplicación de conocimientos derivados de ciencias físicas, biológicas, psicológicas y sociales, que



junto con los conocimientos de enfermería general, conforman el cuerpo de conocimientos propio de la enfermería, todo lo cual permite brindar una atención de enfermería de forma autónoma y también compartida con otros profesionales del área de salud.

En este ámbito, los enfermeros desarrollarán su actividad en Atención Primaria, Atención Especializada, así como en el ejercicio libre de su profesión.

El enfermero de terapias y cuidados holísticos y naturales participa en el desarrollo de los individuos en el campo de la salud, integrándolo, informándolo y haciéndolo participe del conocimiento que lo llevará al estado de bienestar.

2.- La práctica de los enfermeros/as de terapias y cuidados holísticos y naturales se desarrolla en las áreas de:

- a) Promoción de la salud.
- b) Prevención de enfermedades y riesgos en todos los ámbitos sociales y culturales.
- c) Tratamiento de emergencias y seguimiento de dolencias y lesiones en las tareas propias de la Enfermería.
- d) Participación en los equipos multidisciplinares y colaboración en el tratamiento de los procesos de enfermedades diagnosticadas.
- e) Tratamientos paliativos y acompañamiento a la muerte.

3.- El campo de acción específico de la práctica de estos/as enfermeros/as incluye los siguientes medios:

3.1.- *En general:*

3.1.1.- Promoción en la Salud.

3.1.2.- Educación para la Salud.



- 3.1.3.- Planes de cuidados en geriatría
- 3.1.4.- Planes de cuidados en el niño
- 3.1.5.- Planes de cuidados en el adolescente
- 3.1.6.- Planes de cuidados bajo una perspectiva de género.
- 3.1.7.- Planes de cuidados en el adulto
- 3.1.8.- Planes de cuidados para la recuperación de patologías en general.
- 3.1.9.- Planes de cuidados en tratamientos paliativos y acompañamiento a la muerte.
- 3.2.- *Medio laboral.*
 - 3.2.1. Mejorar las condiciones y actitudes del trabajador en los aspectos físicos, relacionales y psicológicos, tanto para su tiempo de trabajo como de ocio.
 - 3.2.2. Reeducar los hábitos higiénicos en todo el espectro que le compete a las terapias y cuidados holísticos y naturales.
- 3.3.- *Medio escolar y universitario:*
 - 3.3.1. Participación y promoción de los aspectos sanitarios de la educación para la salud desde el enfoque natural y holístico.
 - 3.3.2. Participación y promoción de los aspectos sanitarios del desarrollo y práctica de las terapias y cuidados holísticos y naturales.



3.4.- Otros.

Cualquier otro ámbito donde quede justificada la intervención de la enfermería en la promoción de la salud y el bienestar desde las terapias y cuidados holísticos y naturales.

Artículo 5º: Competencias del Enfermero/a de terapias y cuidados holísticos y naturales

Las competencias del enfermero/a en este campo se desarrollan en las áreas de la asistencia, administración, docencia e investigación, conforme a su "lex artis" en el marco de los principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico.

El área de asistencia involucra las acciones directas para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud de la población en general y de los grupos sociales-institucionales en particular, ejerciéndose con mayor énfasis la docencia y la enseñanza como instrumento de promoción de la salud. El área de administración involucra los aspectos de gerencia del proceso de trabajo individual y colectivo en las instituciones sanitarias y sociales. En cuanto a la docencia, ésta irá dirigida tanto hacia los profesionales como hacia las personas en materia de educación para la salud. Y el área de investigación considera la necesidad de ampliar los conocimientos específicos, valorar la práctica y buscar los elementos para el perfeccionamiento de la misma, para una práctica basada en la evidencia científica.

5.1.- COMPETENCIAS EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL:

El enfermero/a tendrá la responsabilidad de la asistencia directa e integral de los cuidados de enfermería sobre la población, individual e institucional, administrándolos de acuerdo a su preparación y a las necesidades en el área asistencial específica, en la prevención y en la educación para la salud, así como en su recuperación y mantenimiento.

Posibilitando la racionalización en el uso y consumo de fármacos para disminuir la polifarmacia,



Para ello:

- 5.1.1.- Planificará los tratamientos e intervenciones, dentro del ámbito de sus competencias.
- 5.1.2.- Determinará por sí mismo y en todo momento la atención de Enfermería que requiera el individuo y el grupo social. Por lo que tendrá en cuenta, a través de acciones de apoyo, fomento y protección, sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales que afecten a su salud o a la pérdida de la misma. Ayudando para que la reincorporación, reinserción y rehabilitación de las personas sea rápida eficiente y adecuada.
- 5.1.3.- Participará en la confección, ejecución, seguimiento y evaluación de los planes de prevención y salud, en colaboración con el equipo multidisciplinar, desde los enfoques de las terapias y cuidados holísticos y naturales.
- 5.1.4.- Realizará y colaborará en la ejecución de técnicas y pruebas complementarias para el diagnóstico y tratamiento, incluyendo tratamientos paliativos y acompañamiento a la muerte.
- 5.1.5.- Realizará cuantas actuaciones asistenciales requiera el paciente en el ámbito de las terapias y cuidados holísticos y naturales, con plena autonomía técnica y científica en el ámbito de sus competencias, incluyendo, entre otras:
 - Masajes generales, zonales o puntuales (terapéuticos).
 - Maniobras manuales terapéuticas.
 - Aerosolterapia
 - Enemas
 - Irrigaciones
 - Vendajes
 - Vendas funcionales
 - Terapéutica Física
 - Crioterapia



- Electroterapia básica y programada
- Laserterapia
- Lodos y barros
- Aplicación de tisanas
- Administración de complementos dietéticos
- Otras de análoga naturaleza.

5.1.6.- En general, de todas aquellas medidas asistenciales que puedan desarrollarse desde el campo de las terapias y cuidados holísticos y naturales y que gozan de probada reputación, entre otras:

Técnicas energéticas:

- Acupuntura
- Homeopatía
- Qi Gong - Tai Chi
- Reiki
- Tacto terapéutico
- Terapia Neural

Técnicas reflexológicas (microsistemas y macrosistemas).

- Auriculoterapia
- Podoreflexoterapia
- Iridología
- Manureflexología

Técnicas dietéticas:

- Terapia nutricional natural
- Macrobiótica.

Técnicas manuales:

- Quiromasaje
- Quiropraxia
- Osteopatía
- Terapia Craneo-Sacral
- Drenaje linfático



Técnicas físicas:

- Hidroterapia
- Helioterapia
- Magnetoterapia

Técnicas fitoterápicas.

- Aromaterapia
- Fitoterapia

Técnicas psicoenergéticas y de relajación:

- Respiración, relajación, yoga, pilates.
- Técnicas de visualización
- Desarrollo personal y autoestima (Anatheoresis)
- Hipnosis.
- Meditación.
- Terapia del humor.

5.2.- COMPETENCIAS EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO/GESTION.

El enfermero/a organizará, planificará y dirigirá la Unidad de Enfermería dentro de los servicios y establecimientos sanitarios, públicos o privados, asegurando el uso correcto y el logro de los objetivos marcados. Para ello:

- 5.2.1.- Cuidará del mantenimiento, conservación y uso correcto de todo el aparataje y utillaje.
- 5.2.2.- Se encargará de la dotación de material, aparataje, utillaje y stocks de farmacia, participando en las compras y reposiciones de los mismos.
- 5.2.3.- Se encargará de la correcta confección y cumplimentación de todos los registros clínicos de enfermería: partes, incidencias, estadísticas, etc.
- 5.2.4.- Participará de forma activa en cuantas reuniones o similares a las que sea convocado dentro de los Servicios de Salud o de los centros y



establecimientos sanitarios, buscando mejorar la calidad asistencial de la Unidad de Enfermería y la del propio servicio.

- 5.2.5.- Creará y establecerá los mecanismos y contactos precisos dentro y fuera de la Unidad de Enfermería para la correcta ejecución de todas sus funciones profesionales.
- 5.2.6.- Tendrá acceso a ocupar la responsabilidad de la Coordinación General del Departamento de terapias y cuidados holísticos y naturales, bien de forma individual o en unión a otros miembros de este Departamento.
- 5.2.7.- Será miembro y participará de cuantos programas se establezcan en el Área preventiva de Emergencias y catástrofes para las instalaciones y lugares donde desempeñe sus funciones.

5.3.- COMPETENCIAS EN EL ÁMBITO DOCENTE.

Comprende las actividades de formación dirigidas a la persona, familia y comunidad en aquellos aspectos del autocuidado y preventivos de su salud y todas las dirigidas al resto de componentes de la Unidad de Enfermería y de los Servicios Médicos de las terapias y cuidados holísticos y naturales. Para ello:

- 5.3.1.- Enseñará al paciente las medidas higiénicas sanitarias básicas, como pueden ser higiene bucal, corporal, uso del adecuado calzado, ropa, sueño, relajación, etc.
- 5.3.2.- Divulgará y realzará la importancia del Plan Dietético y Nutricional correcto y natural desde las terapias y cuidados holísticos y naturales.
- 5.3.3.- Enseñará técnicas asistenciales encaminadas al autocuidado y prevención de trastornos orgánicos (automasaje, relajación, y otras de similar naturaleza).



- 5.3.4.- Informará del riesgo y peligro de la automedicación, así como del beneficio de los autocuidados a través de los productos naturales para la salud.
- 5.3.5.- Orientará y apoyará a los pacientes en todos los aspectos de sus procesos orgánicos y enfermedades.
- 5.3.6.- Colaborará con Facultades y Escuelas Universitarias de Enfermería, centros de formación profesional, escuelas privadas y en general con todas aquellas instituciones y entidades donde se impartan enseñanzas que coincidan o guarden relación con la destreza, habilidades y conocimientos propios de la Enfermería de las terapias y cuidados holísticos y naturales.

5.4.- COMPETENCIAS EN EL ÁMBITO INVESTIGADOR.

El amplio desarrollo que la actividad de las terapias y cuidados holísticos y naturales ha tenido en pocos años, unido a la demanda, casi exigente, de cuidados eficaces en la resolución de la patología y de trastornos orgánicos (físicos y psicológicos), obliga al enfermero/a de estas terapias y cuidados a tener muy presente en su quehacer diario, su función investigadora. Para ello:

- 5.4.1.- Ampliará y profundizará constantemente en sus conocimientos profesionales.
- 5.4.2.- Buscará por medio de la experiencia soluciones a problemas y situaciones de la labor diaria, mejorando técnicas y métodos que eleven la calidad de la asistencia integral.
- 5.4.3.- Difundirá y aplicará las mejoras obtenidas en los resultados de la investigación, estableciendo contactos periódicos con otras unidades de enfermería, profesionales, centros, asociaciones o instituciones similares nacionales e internacionales.



Artículo 6º: Definición del contenido curricular mínimo.

Para la formación de los enfermeros y enfermeras de terapias y cuidados holísticos y naturales se identificarán los conocimientos, habilidades y actitudes que deben ser incluidos en los programas de formación, los cuales comprenderán al menos:

6.1.- Conocimientos específicos

- 6.1.1. Neurología.
- 6.1.2. Fisiología general.
- 6.1.3. Anatomía.
- 6.1.4. Dietética y nutrición.
- 6.1.5. Psicología, psicopatología y sociología.
- 6.1.6. Prevención, higiene y educación para la salud.
- 6.1.7. Geriátrica/gerocultura

6.2.- Habilidades específicas

- 6.2.1. Técnicas energéticas.
- 6.2.2. Técnicas reflexológicas.
- 6.2.3. Técnicas manuales.
- 6.2.4. Técnicas dietéticas.
- 6.2.5. Técnicas psico-sociales.
- 6.2.6. Técnicas fitoterápicas.
- 6.2.7. Técnicas físicas.
- 6.2.8. Técnicas holísticas.

DISPOSICIÓN FINAL

Conforme al mandato de la propia Asamblea General que aprueba la presente Resolución, el texto final de la misma ha sido revisado por una Comisión constituida al efecto en la que han participado representantes de los Colegios de Barcelona, Girona, Zaragoza, Murcia, Jaén, Cantabria y Huesca, con aportaciones del Colegio de Guipúzcoa.



La presente Resolución entrará en vigor en el día de la fecha y de su contenido se dará traslado a todos los Colegios Provinciales.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente, con el visto bueno del Sr. Presidente, en Madrid, a doce de febrero de dos mil quince.

EL SECRETARIO GENERAL,

Vº. Bº.

EL PRESIDENTE,

Máximo A. González Jurado

José Vicente González Cabanes

