



**UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE USUARIOS QUE  
UTILIZAN TERAPIA FLORAL INSCRITOS EN EL CESFAM ISABEL  
RIQUELME DE CHILLÁN, 2012**

**AUTORES:**

Chavarría Tari Claudia Andrea

Concha Flores Leslie Janice

Espinoza Leiva Marcela Estefanía

Santana Saavedra Elena Alejandra

**DOCENTE GUIA:**

Sra. Espinoza Lavoz Elena

EU Mg Enfermería Comunitaria

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

**CHILLAN- CHILE**

**2012**



## **AGRADECIMIENTOS**

A todas las persona que contribuyeron directamente con el desarrollo de nuestro estudio.

A la Sra. Elena Espinoza Lavoz, docente guía de la investigación, por su apoyo permanente.

A los usuarios del CESFAM Isabel Riquelme, por su disposición para participar en el estudio.

A las autoridades y terapeutas del CESFAM Isabel Riquelme, por permitir desarrollar la investigación y otorgarnos la información necesaria.

Al Sr. Lorenzo Pulgar por su incondicional apoyo y disposición.

Al Sr. Miguel Ángel López Espinoza asesor estadístico de la investigación.

A la Sra. Soledad Salazar Coñomil secretaria de Escuela de Enfermería por su colaboración y su buena disposición.

## **DEDICATORIAS**

A nuestra familia, amigos y cercanos, que nos apoyaron incondicionalmente durante todo el proceso de investigación, por su motivación y por las palabras de apoyo en momentos de incertidumbre, para cumplir exitosamente con este importante hito en nuestra formación profesional.

## INDICE

<u>1</u>	<u>Introducción</u> .....	1
1.1	<u>Presentación y fundamentación del problema e importancia de la investigación para la profesión</u> .....	4
1.2	<u>Problematización</u> .....	9
1.3	<u>Marco teórico</u> .....	11
	<u>Modelos y teorías de enfermería aplicables en el uso de las terapias complementarias</u> .....	15
	<u>Teoría de enfermería aplicada a terapia floral</u> .....	17
	<u>Marco empírico</u> .....	22
1.4	<u>Propósito de la investigación</u> .....	29
1.5	<u>Objetivo general y objetivos específicos</u> .....	30
	<u>Objetivo general</u> .....	30
	<u>Objetivos específicos</u> .....	30
1.6	<u>Variables</u> .....	31
	<u>Variable de estudio</u> .....	31
	<u>Variables socio demográficas</u> .....	31
	<u>Variables de salud</u> .....	31
<u>2.</u>	<u>Metodología</u> .....	32
2.1.	<u>Tipo de estudio</u> .....	32
2.2.	<u>Universo y muestra</u> .....	32
	<u>Criterios de elegibilidad</u> .....	32
2.3.	<u>Unidad de análisis</u> .....	33
2.4.	<u>Aspectos éticos</u> .....	33
2.5.	<u>Procedimiento para recolección de datos</u> .....	34
2.6.	<u>Descripción del instrumento recolector</u> .....	34
2.7.	<u>Procesamiento de los datos</u> .....	36
<u>3.</u>	<u>Resultados</u> .....	37

<a href="#">4. <u>Discusión</u></a> .....	56
<a href="#">5. <u>Conclusiones</u></a> .....	64
<a href="#">6. <u>Sugerencias</u></a> .....	65
<a href="#">7. <u>Limitaciones</u></a> .....	65
<a href="#">8. <u>Bibliografía</u></a> .....	66
<a href="#">9. <u>Anexos</u></a> .....	72

## RESUMEN

La percepción de calidad de vida en los usuarios es importante para la evaluación de los resultados en salud, mayor aún en las nuevas formas de tratamiento, como son las terapias complementarias. Siendo la terapia floral una de la más conocidas y utilizadas en el sistema de salud a nivel nacional.

El presente estudio es no experimental de tipo descriptivo y corte transversal, cuyo propósito fue describir la percepción de la calidad de vida de los usuarios que utilizan terapia floral, inscritos en el CESFAM Isabel Riquelme de Chillán. El respaldo teórico de enfermería se obtuvo de la teoría del cuidado humano de Jean Watson, quién plantea el uso de la terapia floral como un método de tratamiento que potencia la entrega de “cuidados humanos esenciales”.

El universo estuvo constituido por 164 usuarios con patologías tratadas con terapia floral en el CESFAM Isabel Riquelme, obteniéndose una muestra de 82 usuarios, a través de un muestreo aleatorio estratificado por sector y un muestreo aleatorio simple, considerando un 95% de confianza. La recolección de datos se realizó mediante visitas domiciliarias, para aplicar un cuestionario de antecedentes socio-demográficos y el SF 36 V2 adaptado a Chile.

Se trabajó con la base de datos Excel 2007 y se analizó con el programa SPSS versión 17,0. Para las variables se utilizó Shapiro-Wilk ( $p > 0,05$ ) con media aritmética y la desviación estándar; en caso contrario, se usaron medianas y rangos intercuartílicos ( $P_{75} - P_{25}$ ), según fuese necesario.

Los resultados obtenidos indican una percepción de calidad con “más salud” para el total de los sujetos en estudio, igual que las variables socio-demográficas: edad, sexo, cohabitación, situación de pareja escolaridad, distinción por quintil y creencias religiosas; y en las variables de salud: tipo de patología de base, patologías asociadas, tiempo de uso de terapia floral, experiencias previas en terapias complementarias, previsión de salud y percepción de beneficio en salud.

**Palabras claves:** *Percepción, calidad de vida, terapia floral, terapia complementaria.*

## ABSTRACT

The perception of the quality of life of the users is important for the health results, even more at the new kinds of treatment, like complementary therapies. In this way, the floral therapy is one of the most known and used among the national health system.

This research is not experimental, descriptive kind of research and transversal, its aim was to describe the perception of the quality of life of the users who use floral therapy appointed at the CESFAM "Isabel Riquelme" of Chillan. The nursery theory foundation was based on the Jean Watson theory of human care, who suggests the use of floral therapy as a method that potentiates the essential human cares given by nurses.

The universe of the research was constituted by 164 user with pathologies treated with floral therapy at CESFAM "Isabel Riquelme". It obtained a sample of 82 users through a random sampling stratified by sector and a simple random sampling, considering 95% rate of confidence. The process of the collection of data was done through domiciliary visits where a socio-demographic questionnaire was applied and the SF 36 V2 adapted to Chile.

It was working with the data basis Excel 2007 and analyzed with the software called SPSS 17.0 version. The variables were analyzed by Shapiro-wilk ( $p > 0.25$ ) with arithmetic mean and standard deviation, on the contrary case, median and interquartile range were used ( $P_{75} - P_{25}$ ) as needed.

The obtained results indicate a quality perception with "more health" for the total of the subjects of the study, at the same at the socio-demographic: age, gender, co-living, marital status, education or schooling, distinction per quintile and religious beliefs; and on the health variable: kind of basic pathology, associated pathologies, time of exposure to the floral therapy, previous experiences on complementary therapies, welfare system and perception of health benefit.

**Clue words:** *Perception, Life quality, Floral therapy, Complementary therapy.*



## 1 INTRODUCCION

La calidad de vida, es un concepto que, debido a los múltiples elementos que lo componen, resulta difícil de medir. Generalmente, se asocia con condiciones objetivas del entorno, excluyendo todo aquello que emana tanto de las relaciones sociales que determinados espacios posibilitan, como de las expectativas de desarrollo y de las percepciones de los sujetos. Todos ellos son elementos inherentes a una acepción más actualizada de la calidad de vida <sup>(1)</sup> y representan aspectos muy importantes en los seres humanos.

La OMS define la calidad de vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura, del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, con expectativas, con normas, e inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, como también por su relación con el entorno" <sup>(2)</sup>.

De esta forma la percepción de la calidad de vida de los individuos se ve afectada ampliamente por variables de tipo sociodemográficas y también de salud <sup>(2)</sup>.

En el ámbito sanitario el ser humano ha buscado, desde siempre, contar con un nivel óptimo de salud que se traduce en mejorías a nivel físico, social y psicológico. En esta búsqueda, el hombre llegó a utilizar la medicina convencional que es "el sistema por el cual los médicos y otros profesionales de la salud tratan las enfermedades y los síntomas por medio de medicamentos, radiación o cirugía" <sup>(3)</sup>, pero dicha medicina a medida que se han producido avances tecnológicos, ha sufrido cuestionamientos, por lo cual se ha recurrido a nuevas formas de medicina. En respuesta a esta necesidad, nace la utilización de terapias complementarias, las que son definidas por la

OMS “como 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” <sup>(4)</sup>.

El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa ("NCCAM"). plantea que "la medicina complementaria y alternativa agrupa a diversos sistemas, prácticas, productos médicos y de salud que en la actualidad no se consideran parte de la medicina convencional" y a su vez define claramente a las terapias complementarias (TCs) como un conjunto de terapias que se usan asociadas o no al tratamiento médico convencional. Por lo tanto, complementan al tratamiento principal, utilizándose como medidas de soporte para controlar síntomas, mejorar el estado general y contribuir a la salud global del paciente <sup>(5)</sup>.

A nivel nacional, el MINSAL define Medicinas Complementarias/Alternativas (MCA) como “un amplio dominio de recursos de sanación que incluye todos los sistemas, modalidades, prácticas de salud, teorías y las creencias que los acompañan, diferentes a aquellas intrínsecas al sistema de salud políticamente dominante de una sociedad particular en un período histórico dado” <sup>(6)</sup>. En otros términos, se trata de un variado conjunto de teorías y prácticas diferentes a las medicinas oficiales, trasplantadas e insertas en una sociedad que “tradicionalmente” no ha practicado esa medicina.

Una investigación realizada por el Centro de Estudios de Opinión Ciudadana (CEOC) determinó que la terapia floral es una de las más utilizadas en la población chilena correspondiendo, en este caso, al 56.3% de la población que formo parte de dicho estudio <sup>(7)</sup>.

La medicina floral de Bach es una medicina natural, que se basa en la concepción de que somos una unidad psicosomática, donde no se prioriza la

enfermedad sino a la persona y en las reacciones que estas generan ante los estímulos que perciben <sup>(8)</sup>. Considerando que cada individuo reacciona de un modo diferente a un mismo estímulo, es muy importante observar la reacción del paciente ante éste. Por lo anterior, se estima que la terapia floral es un método de curación más integral que otras terapias usadas actualmente.

## 1.1 PRESENTACION Y FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION PARA LA PROFESION

### Presentación y fundamentación del problema

El concepto de calidad de vida en salud es de antigua data, ya en la civilización griega Aristóteles, utilizaba este concepto. Sin embargo cobra mayor importancia en la década del 70 y tuvo su expansión hacia los años 80, enmascarado por el desarrollo de conceptos tales como: bienestar, salud y felicidad <sup>(9)</sup>. Al relacionar el concepto de calidad de vida con salud, se incorpora la percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados de ésta <sup>(10)</sup>, tomando en cuenta los deseos y motivaciones del paciente para promover el bienestar a través de una aproximación más holística.

Dentro de los indicadores de calidad de vida se encuentra el Informe sobre el desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el cual evidencia que Chile se está dentro de los países con mejor calidad de vida de Latinoamérica y el Caribe, según el índice de desarrollo humano (IDH). Sin embargo la desigualdad existente en el país lo hace bajar varios lugares en el IDH, siendo la salud uno de los principales pilares de desigualdad con un 6,6% en la tabla de comparación del ranking <sup>(11)</sup>.

Lo mencionado anteriormente, se ve reflejado de mejor forma en la aplicación de la encuesta nacional de Calidad de Vida del MINSAL, que utilizó la versión adaptada del SF- 36, entre los resultados se señala que la dimensión *Percepción de salud general* obtuvo una media de 49,3 con 95% de confianza, en una muestra de 11.983.413, lo cual evidencia que casi un 50 % de la población tiene una percepción de salud general negativa <sup>(11)</sup>.

Por otra parte, la revolución tecnológica, enmascarada por el aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios, la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar, la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, se enuncian como los múltiples factores estresantes que afectan negativamente la calidad de vida y que no se asocian al aumento en la longevidad <sup>(10)</sup>.

Actualmente, las personas buscando mejorar la calidad de vida y el bienestar, se encuentran utilizando tratamientos tradicionales y/o terapias complementarias (TCs), que como se nombró anteriormente actúan como complemento a la terapia tradicional.

Es así como las personas utilizan las TCs con la finalidad de potenciar el tratamiento tradicional, adquiriendo autonomía en su proceso de recuperación y creyendo así en la cura <sup>(12)</sup>. EL proceso de autonomía se adhiere a un usuario más integrado a su tratamiento cuyo estado de bienestar le permite reconocer el valor de sí mismo y de su entorno, manifestando respeto hacia ello, y participando cooperativamente en su derecho. Las TCs no sólo se utilizan en *procesos de desviación de la salud, sino que también contribuyen al bienestar y la promoción de la salud*”, según el planteamiento de Kim, Erlen <sup>(13)</sup>.

Como se señaló anteriormente, la terapia floral es una de las terapias más usadas, principalmente en el tratamiento de problemas emocionales <sup>(14)</sup>, debido a la acción de la esencia de las flores para equilibrar estados emotivos que promuevan el bienestar del individuo en diversos ámbitos.

Así mismo, la terapia floral no usa principios moleculares activos, no inhibe otra medicación, no es tóxica ni produce acostumbamiento como sucede con los fármacos químicos <sup>(15)</sup>, por tanto, es compatible con cualquier tratamiento que el paciente lleve a cabo ya sea alopático u homeopático.

Por todos los aspectos mencionados anteriormente, los autores de la presente investigación consideran que, si no se estudian los beneficios de las TCs, se pierde una importante herramienta que potencia la atención del usuario de una forma holística, segura y posiblemente más económica para la salud pública, por lo cual se estima es necesario conocer la percepción de la calidad de vida de las personas que incluyen el uso de terapias complementarias para resolver sus necesidades de salud.

Es así como resulta un desafío interesante determinar algunas características socio demográficas y de salud de usuarios que utilizan terapia floral, logrando describir la realidad local en ese aspecto de un centro de salud familiar, la cual puede ser una muestra de la realidad nacional, que podría generalizarse en las nuevas estrategias de salud para mejorar la calidad de vida fomentando la utilización de terapias complementarias.

### **Importancia para la profesión de enfermería**

El concepto de enfermería ha tenido, a lo largo de los años, modificaciones muy importantes debido a que esta profesión está muy relacionada con la transición epidemiológica y demográfica de la población. Además, debe reconocerse que los usuarios, actualmente, se encuentran informados e interesados en tratamientos alternativos o complementarios a la medicina convencional.

Es así, como el profesional de enfermería ha debido modificar la forma tradicional en la que otorgaba cuidados, incluyendo a los usuarios, en las elecciones de tratamiento y motivarlo a, integrar nuevas alternativas como son las terapias complementarias, dado que muchas personas tienen diferentes enfoques o concepto, sobre lo que es la vida y la salud considerando la sociedad multicultural en que se vive. Por su parte la OMS reconoce la importancia que tiene

en algunos pueblos la medicina complementaria y recomienda que se lleve a cabo un desarrollo armónico y científico, por lo que, se sugiere a los enfermeros/as que utilicen todos los recursos de salud. Basándose en las recomendaciones de la OMS, actualmente, se está incluyendo en el quehacer de los profesionales de enfermería la Terapia Complementaria, como una herramienta indispensable para la promoción, prevención y el tratamiento de muchas patologías.

En España, actualmente, más de 15.000 enfermero/as aproximadamente el 10%, emplea en su práctica profesional terapias naturales y complementarias en el cuidado que otorga a la población.

Además, las terapias naturales ofrecen el uso de plantas medicinales, evitando así los efectos secundarios o la interacción con otros medicamentos que alteran el proceso de curación del paciente. Puesto que estos productos cada vez son más interesantes para la industria publicitaria y comercial, el asesoramiento de los mismos por los profesionales sanitarios se ha convertido en una demanda cada vez más utilizada por los pacientes.

Debido a esta nueva tendencia las terapias complementarias han ido sumando adeptos, tanto es así que las políticas de salud las consideran dentro del sistema, proporcionando oportunidades para complementar el tratamiento con la medicina tradicional.

Es así como lo evidencia el artículo 4º del diario oficial (17 de junio del 2005) la reciente formalización decretada por el estado señalando el ejercicio de las TCs como profesiones auxiliares de la salud y las condiciones de los recintos en que estas se realizan. A partir de este reglamento marco, se ha evaluado y reconocido a la Acupuntura y a la Homeopatía como profesiones auxiliares de la salud y está en trámite el reconocimiento del decreto que regula el ejercicio de las Terapias Florales (Minsal).

Por todos los antecedentes antes mencionados y con el fin de tener un respaldo ante la utilización de terapia complementaria es importante para el profesional de enfermería conocer la percepción de la calidad de vida de los usuarios que utilizan terapia floral.



## 1.2 PROBLEMATIZACIÓN

¿Cuál es la percepción de la calidad de vida de usuarios que utilizan terapia floral inscritos en el CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, 2012?

1. ¿Cuál es el rango de edad más frecuente de los usuarios en estudio?
2. ¿Cuál es el sexo predominante de los usuarios en estudio?
3. ¿Cuál es la cohabitación de los usuarios en estudio?
4. ¿Cuál es la situación de pareja de los usuarios en estudio?
5. ¿Cuál es la escolaridad predominante de los usuarios en estudio?
6. ¿Cuál es la distinción por quintil predominante de los usuarios en estudio?
7. ¿Cuáles son las creencias religiosas de los usuarios en estudio?
8. ¿Cuál es el tipo de patología de base más frecuente que se observan en los usuarios del estudio?
9. ¿Los usuarios tendrán patologías asociadas?
10. ¿Cuál es el tiempo de uso de terapia floral de los usuarios en estudio?
11. ¿Los usuarios en estudio tienen experiencias previas relacionadas con terapias complementarias?
12. ¿Cuál es la previsión de salud que predomina en los usuarios en estudio?
13. ¿Cuál será la percepción de beneficio en salud de los usuarios en estudio?

14. ¿Cuál es la percepción de la calidad de vida de los usuarios que utilizan terapia floral en el estudio?
  
15. ¿Cuál es la percepción de la calidad de vida según la edad, sexo, la situación de cohabitación, situación de pareja, escolaridad, distinción por quintil y creencias religiosas de los usuarios en estudio?
  
16. ¿Cuál es la percepción de la calidad de vida según tipo de patología de base, patología asociada, tiempo de uso de terapia floral, experiencias previas en terapias complementarias, previsión de salud y percepción de beneficio en salud de los usuarios en estudio?

### 1.3 MARCO TEORICO

El tema de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos, Aristóteles apuntaba a que la mayoría de las personas conciben la 'buena vida' como lo mismo que 'ser feliz'. Aristóteles destacaba que la felicidad es materia de debate, que significa diferentes cosas para personas diferentes y en momentos diferentes: cuando se enferma, la salud es felicidad; cuando se es pobre, lo es la riqueza.

Sin embargo, la instalación del concepto de calidad de vida dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI. Los instrumentos o escalas de calidad de vida en sus inicios median solo el estado funcional de los pacientes con enfermedades crónicas, sin embargo, en la actualidad éstos permiten evaluar aspectos técnico-médico relacionados con la atención y el cuidado del paciente. Asimismo representan una variable de resultado en diversos tipos de estudios, especialmente en ensayos clínicos, análisis costo/beneficio y otros análisis q son de utilidad para la gestión hospitalaria. Además, estos índices caracterizan el soporte social que el paciente recibe y han facilitado generar el tipo de apoyo o soporte psicológico que requiere un paciente y en gran medida se utilizan en los análisis de sobrevida <sup>(40)</sup>.

La vida actual se caracterizada por un aumento en la esperanza de vida de las personas, la cual lamentablemente no se asocia necesariamente a una mejor calidad de vida. En relación a esto se observa que el aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar, la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a los que se encuentra sometida la mayoría de los seres humanos. El Grupo de Trabajo Europeo de la Organización Mundial de la Salud (Levi, L., 2001) estima que para el 2020 el stress sea la causa principal de

muerte, vinculándola en primer lugar a afecciones cardiovasculares y a las depresiones, por tanto el estrés conduciría a la enfermedad y deterioro de la calidad de vida.

La situación anterior en que conviven, el permanente avance de la ciencia, la enorme producción de bienes, grandes gastos en salud junto a costos elevados que se traducen en stress y enfermedades asociadas, insatisfacción en gran parte de los usuarios de los servicios de salud, lleva a cuestionarse qué pasa en la sociedad, con respecto a su salud y calidad de vida, así como también cuales son las necesidades más importantes para cada persona.

De esta manera, el hombre ha practicado la medicina como medio para mejorar su estado de salud y calidad de vida en diferentes épocas, evidencias observadas en estudios de pictografías mostraban técnica médicas. Las causas de las enfermedades en la antigüedad se atribuían a la influencia de demonios malévolos. Estas enfermedades se atacaban mediante conjuros, danzas, efectos mágicos, hechizos y talismanes, entre otras; torturando así el cuerpo del paciente para expulsar el malévolos espíritu causante de la enfermedad. Además de la utilización de extractos de plantas con propiedades narcóticas y estimulantes, como la digitalina, estimulante cardíaco utilizado aún en la actualidad.

A medida que transcurren los años la medicina ha sufrido múltiples cambios en su enfoque hasta llegar a lo que conocemos hoy en día como la medicina convencional o alópata. La palabra alopátia que proviene del griego allos, «otro», y pathos, «enfermedad», es decir, cura con drogas elaboradas en base de productos químicos <sup>(16)</sup>.

La medicina convencional o alopática no siempre propone soluciones definitivas a todos los problemas de salud que presenta el ser humano, por esta razón han surgido nuevas formas de aliviar las dolencias tanto físicas como mentales que han sido circunscritas bajo el nombre de "terapias

alternativas y/o complementarias". La mayoría se usa para recobrar el bienestar físico, considerando que cuerpo y mente son un todo indisoluble, hay que recuperar antes el equilibrio psíquico y emocional.

Algunas terapias forman parte del arte de curar desarrollado por pueblos milenarios, mientras otras asocian filosofías orientales con ejercicios y masajes que mejoran el control físico y mental. No pretenden curar todo, pero ofrecen un espectro muy amplio de posibilidades que permiten alcanzar el bienestar.

Aunque la medicina tradicional y los medicamentos modernos desempeñan un papel importante en el tratamiento de las enfermedades, las medicinas complementarias, sirven de apoyo a la medicina moderna y ayudan a reforzar la capacidad natural del cuerpo para recuperarse de la enfermedad y de las lesiones, tanto a nivel físico como psicológicos.

Las terapias complementarias pueden resultar beneficiosas en una gran variedad de trastornos agudos o crónicos, proporcionando tratamientos libres de riesgos, naturales y eficaces que contribuyen a evitar una mala salud, y aportando también otras medidas preventivas para mantener una buena salud.

Todas las terapias complementarias, aspiran a tratar la persona en su totalidad. Este planteamiento holístico no solo tiene en cuenta las manifestaciones visibles de la enfermedad, sino la salud general: física, emocional y mental del individuo. De esta manera éstas son un fenómeno que no puede ser aislado del ambiente en el cual se desarrollan, ofreciendo un método de tratamiento alternativo basado en diferentes medios para curar el cuerpo, la mente y el espíritu<sup>(17)</sup>.

Dentro de las terapias complementarias más utilizadas en la población chilena encontramos la Terapia Floral o Flores de Bach.

### *Las Terapia Floral o Flores de Bach*

El poder curativo de las flores fue descubierto en occidente en los años 20 por el doctor Edward Bach (1886-1936), médico inglés especializado en patología y bacteriología con conocimientos prácticos de homeopatía. A raíz de un estudio de sus pacientes, llegó a la conclusión de que las emociones perjudiciales podían conducir a una enfermedad física <sup>(18)</sup>.

Las flores de Bach se basan en las propiedades de 38 flores convertidas en elixires florales que contrarrestan diferentes desequilibrios emocionales. Desde el año 1985 esta terapia se encuentra reconocida por la OMS.

Si bien durante siglos las flores han jugado un papel importante como arma terapéutica, más tarde se comprobó que las flores y árboles son elixires capaces de ayudar a restituir la sensación mental, emocional y física del bienestar <sup>(19)</sup>.

Esta terapia también ha sufrido modificaciones además del espacio físico en el que nacen creándose así la terapia floral de Bush (Australia) y la Chamanica (México).

### *Flores de Bush*

La terapia floral de Bush al igual que las anteriores se basa en plantas que aborígenes australianos usaban hace más de 120.000 años de antigüedad, las cuales comían, hervían o utilizaban en rituales para tratar problemas emocionales<sup>(20)</sup>.

### *Terapia floral Chamanica*

La Terapia floral Chamanica se basa en 21 Esencias, plantas, hongos o semillas típicas de México que al igual que las Flores de Bach se convierten en elixires que ayudan a la persona a desarrollar su capacidad consciente de unificación, entre lo material y lo espiritual; hasta lograr un grado de salud mental

extraordinario, sin grandes complicaciones, sin sacrificios, sin largas preparaciones mentales ni espirituales.

## **MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA APLICABLES EN EL USO DE LAS TERAPIAS COMPLEMENTARIAS**

La inclusión de las terapias complementarias en general, es un tema considerado popularmente como moderno. Pero es posible encontrar su inclusión en escritos desde incluso el inicio de la enfermería moderna.

*Florence Nightingale*, fundadora de la enfermería profesional, enseñaba a las enfermeras a preguntarle a los pacientes sus preferencias, lo que constituye una clara evidencia de que Nightingale veía a cada paciente como un ser individual<sup>(21)</sup>. Además, definió la salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona y a la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía, debido a una falta de atención. Nightingale tenía la convicción de que los enfermos se beneficiarían física y mentalmente con las mejoras del entorno. En sus escritos sobre patrones alimentarios del paciente y sus preferencias, propone la cooperación y la colaboración entre enfermera y paciente, el bienestar que puede proporcionar al paciente la presencia de un animal de compañía querido, evitar al paciente angustias emocionales y la conservación de la energía mientras se permite que el paciente realice su autocuidado<sup>(21)</sup>.

Más tarde en 1970, *Martha E. Rogers* defiende en su modelo conceptual de enfermería, que los seres humanos “son campos de energía dinámicos que se integran en los campos de su entorno”. Además explica que el arte de la enfermería viene a ser el uso creativo de la ciencia de la enfermería que servirá para provocar una mejora en las personas (Rogers, 1994). “La práctica profesional enfermera intenta fomentar una interacción armoniosa entre el campo del ser

humano y el de su entorno, con el propósito de reforzar la integridad del campo humano, y dirigir el modelo seguido por los campos del ser humano y su entorno, para así conseguir el máximo potencial de salud” (Rogers, 1970) <sup>(21)</sup>. Debido a esto es de gran importancia poder identificar el entorno de cada individuo teniendo en cuenta aspectos como su lugar de residencia, debido a que estudios han detectado que los usuarios de procedencia rural tienen necesidades mayores en el afrontamiento del problema, conocimiento, apoyo, interrelaciones personales, efectos del tratamiento, opinión sobre la vida y varios aspectos emocionales, así como dificultades en acceso a los recursos que potencian el autocuidado<sup>(22)</sup>.

Otro aspecto a considerar en el entorno del individuo, es el grupo familiar con el que cohabita, debido a que la familia cumple con muchas funciones para sus miembros y se puede considerar un sistema de relaciones interdependientes, cada miembro de la familia tiene un rol específico que desempeña en el sistema y los demás miembros de la familia dependen de él o ella para hacer ese papel. Los niños pequeños dependen de sus padres para cubrir sus necesidades básicas de supervivencia y a veces los padres muy ancianos, se vuelven igualmente dependientes de sus hijos adultos. Incluso los más jóvenes y los más ancianos participan en alguna medida de la división del trabajo dentro de los miembros de la familia. Además de estas dependencias de trabajo, existen fuertes dependencias emocionales entre maridos y mujeres y entre padres e hijos. A pesar de esto, en muchos casos la familia moderna no sigue el patrón lineal tradicional desde el matrimonio y el nacimiento de los hijos hasta el nido vacío, la jubilación y la muerte <sup>(23)</sup>. Por lo anterior se le da una importancia agregada al tipo de situación de pareja que tengan las personas, ya que existen diversos tipos de contextos como el socioeconómico, cultural, emocional o político de los cuales la pareja no puede estar ajena. Además de las características interpersonales que siempre están presentes, no se debe olvidar que la pareja es solo una parte visible de un sistema más amplio en el cual están insertos y del cual reciben influencias <sup>(24)</sup>.



El contexto socioeconómico influye profundamente en el medio ambiente en que se desenvuelve el individuo y en la relación que este tenga, tanto en la cohabitación de la familia como en la situación de pareja. Es aquí donde cabe destacar que estudios demuestran que las personas con un nivel socioeconómico bajo tienen más problemas de salud, menor funcionalidad y más síntomas comparados con los estratos socioeconómicos más altos, esto dado que los de bajo nivel no tienen la capacidad de obtener mejores tratamientos, a veces hay carencia de las necesidades básicas, ya que sus ingresos son escasos, esto junto con la falta de educación hace más difícil su vida cotidiana y disminuye su calidad de vida<sup>(22)</sup>.

*Madeleine Leininger*, cuando describe la teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales, menciona que el objetivo de la teoría es mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas que les sean beneficiosos, se adapten a ellas y sean útiles a las formas de vida saludables del cliente, la familia o el grupo cultural <sup>(21)</sup>.

Estas son algunas de las teorías de enfermería que relacionan a las terapias complementarias con la enfermería. Pero la “filosofía y ciencia del cuidado” de Jean Watson, es la más conveniente para ser aplicada al uso de la terapia floral e influir con los cuidados enfermeros.

## **TEORIA DE ENFERMERIA APLICADA A TERAPIA FLORAL**

### ***Jean Watson y teoría del Cuidado humano***

Watson menciona que la enfermería está interesada en la promoción prevención y recuperación de la salud. La salud, más que ausencia de enfermedad, es un concepto escurridizo, difícil de definir, ya que tiene una naturaleza subjetiva (Watson, 1979). La salud se refiere a la “Unidad y armonía

entre la mente, el cuerpo y el alma”, y está relacionado con el “grado de coherencia entre lo que se percibe y lo que experimenta uno mismo” (Watson, 1988).

Watson formuló 10 factores de cuidado que posteriormente modificó y desarrolló como proceso caritas, cuya diferencia radica en la inclusión de aspectos espirituales.

### *Proceso Caritas*

- “Práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado”.
- Estar auténticamente presente, permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar”.
- “El cultivo de las propias practicas espirituales y del yo transpersonal más allá del ego”.
- “Desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidados de apoyo-confianza”.
- “Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos como conexión con el espíritu más profundo y con uno mismo y con aquel de quien se debe cuidar”.
- “Uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de curación- cuidado”.
- “Participar en una experiencia auténtica de enseñanza- aprendizaje que asista a la unidad del ser-significado, intentando mantenerse dentro del marco de referencia del otro”
- Crear un entorno de curación a todos los niveles delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia, allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien.

- “Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando “cuidados humanos esenciales” que potencien la alineación de la mente- cuerpo – espíritu, salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado”.
- “Abrirse y atender a las dimensiones espiritual- misteriosa y existencial de la propia vida- muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado”.

En relación a la inclusión de aspectos espirituales, hay que tener cuenta que muchos adultos afirman que las creencias y las actividades religiosas son una parte central de sus vidas, sobre todo en los ancianos <sup>(23)</sup>. Sin embargo se desconoce con seguridad, el vínculo existente entre la espiritualidad y la salud. Algunos estudios demuestran que las creencias espirituales o religiosas y sus prácticas, promueven una actitud mental positiva, la cual podría ayudar a que el paciente se sienta mejor. El bienestar espiritual y religioso puede estar relacionado con una mejoría en la calidad de vida.

Por otra parte la aflicción espiritual puede interferir con la evolución de la enfermedad. Es por esto que los equipos de salud pueden alentar a los pacientes a que busquen consejería de ministros espirituales o religiosos apropiados que le presten ayuda para resolver sus propios conflictos, los cuales podrían mejorar la calidad de vida y su capacidad de enfrentarse a la enfermedad <sup>(22)</sup>.

La inclusión de aspectos espirituales en el desarrollo de este proyecto influye directamente en la percepción de salud que tengan los individuos. Es por esto, que hay que tener en cuenta que la percepción subjetiva que las personas tienen de su salud, influye en cómo reacciona a sus síntomas, como se consideran de vulnerables y cuando deciden ser tratados. A menudo, la auto percepción de la salud es un buen predictor de la evaluación médica, pero ambas evaluaciones también difieren de muchos aspectos. En la vejez, la percepción de la salud puede depender en gran medida del nivel de bienestar psicológico, del nivel económico y

de si la persona continua implicada en roles y actividades recompensables <sup>(23)</sup>. A esto hay que agregar que los efectos que tiene la enfermedad en la vida, en el humor del individuo y en su capacidad para adaptarse a la enfermedad, la cual provoca muchos efectos que le restan bienestar a cada día, y distrae al que la sufre de metas más placenteras; pudiendo afectar a la motivación, el aprendizaje y la memoria <sup>(23)</sup>.

En su libro *Postmodern Nursing and Beyond* (1999), Watson describe un cambio ontológico dirigido a la conciencia humana, que evoca un retorno a la esencia sagrada de la humanidad y a su relación con el universo. Ofrece una búsqueda de los aspectos espirituales del ser y de los enfoques dirigidos a la salud y a la curación.

Además invita a los que practican la enfermería a que sigan los caminos o vías descritos a continuación:

- Camino de la conciencia, del despertar del arquetipo/cosmología sacralizada femenina para reequilibrar el trastorno de la medicina moderna convencional y de la actitud moderna y cultural.
- Camino del cultivo de una personalidad más alta, más profunda y de mayor conciencia: personalidad transpersonal.
- Camino de honrar lo sacralizado desde dentro y desde fuera; abrirse a exploraciones más profundas del misterio del cuerpo humano y a los procesos vitales de curación: cuerpo posmoderno- transpersonal.
- Camino de reconocer el aspecto metafísico y espiritual, asistiendo a las dimensiones no físicas, espirituales, de la existencia.
- Camino de reconocer los conceptos y fenómenos cuánticos como la energía de cuidar- curar, la intencionalidad y la conciencia, como caminos para expandir la existencia humana y la conciencia humana en continua evolución.

- Camino de honrar la conexión de todo; la conciencia unitaria; el “momento de cuidado” eterno; “cuidado- curación transpersonal”.
- Camino de honrar la unidad de la mente- espíritu corporal, tanto la inmanencia como la trascendencia del ser humano y del devenir humano.
- Camino de reintegración de las artes de cuidar y curar, como un arte del ser humano a las prácticas curativas: competencias ontológicas.
- Camino de crear un espacio de curación: arquitectura de curación.
- Camino de una ontología de relación, abierta a nuevas epistemologías de la existencia.
- Camino de trasladarse más allá de lo moderno- posmoderno hacia el espacio abierto, transpersonal y el nuevo pensamiento requerido para el próximo milenio.

La teoría de Watson continúa ofreciendo una orientación metafísica importante y útil para el suministro del cuidado enfermero. Los conceptos teóricos de Watson, como el conocimiento de uno mismo, las necesidades identificadas por el paciente, el proceso de cuidado y el sentido espiritual del ser humano pueden ayudar a las enfermeras y a sus pacientes a encontrar un significado y una armonía en un período de gran complejidad. El conocimiento rico y variado de la filosofía, el arte, las ciencias humanas y las ciencias tradicionales que caracteriza a Watson, unido a su gran capacidad para comunicarse, ha permitido que profesionales de muchas disciplinas compartan y reconozcan su labor <sup>(21)</sup>. Por esto, es que la teoría de Watson, es frecuentemente mencionada en la literatura sobre terapias alternativas. Su invitación a los profesionales es a incluir las dimensiones no físicas en el accionar del cuidar- curar, fundamentan el uso de la terapia floral como un método de tratamiento que potencia la entrega de “cuidados humanos esenciales” que potencien la alineación de la mente- cuerpo – espíritu, salud y unidad del ser.

## MARCO EMPIRICO

En relación a terapia floral se han encontrado las siguientes investigaciones: El Centro de estudios para la calidad de vida. (Chile, 2008)<sup>(25)</sup> realizó el “Estudio de evaluación de terapias complementarias en el sistema público de salud”, para obtener información local que permita advertir las barreras y facilidades que se dan naturalmente en la interacción de estructuras de atención primaria de la red pública y la práctica de terapias denominadas alternativas y complementarias. El estudio incluyó a 100 usuarios con cefalea o lumbago debido a que éste es un diagnóstico clínico habitual en la atención primaria. Los 100 usuarios eran parte de dos consultorios, y fueron tratados 50 con terapia floral y 50 con acupuntura, estandarizándose sus atenciones y aplicando escala de evaluación pre y post terapia; escala EVA para medir el dolor, cuestionario de Roland-Morris, que mide el grado de discapacidad asociado a la presencia de Lumbago y la escala MIDAS (Migraine Disability Assessment Score), que es un cuestionario de autoevaluación, se usa para determinar el nivel de dolor y discapacidad causado por los dolores de cabeza y para ayudar a encontrar el mejor tratamiento. Obteniéndose dentro de los resultados de la escala EVA que el dolor disminuyó en un 44% para el caso del lumbago y 48% para la cefalea. En los resultados del cuestionario de Roland-Morris, se obtuvo un aumento en el grupo con menor grado de discapacidad de 16% a 54% y disminuyendo el grupo que presentaba mayor discapacidad de 44% a 13%. Al aplicar la escala MIDAS dio como resultado que los usuarios que presentaron menos días con problemas para desarrollar sus actividades crecieron de un 21% a un 81% luego de la aplicación de la terapia y el grupo con incapacidad severa bajó de un 57% a un 7%. Además, se obtiene que el 80% de los pacientes considera que la atención fue muy buena y el 100% considera que la atención fue buena o muy buena, teniendo un bajo porcentaje de abandono y un alto grado de satisfacción.

Por otra parte, Duarte A; García B; Uribe. (Chile, 2009)<sup>(26)</sup> realizaron un estudio llamado “Efectividad de la terapia floral en el mejoramiento de estado emocional de las y los docentes” con el objeto de conocer el grado de efectividad de la terapia floral en la salud emocional de los docentes. Se trabajó con una muestra de 106 docentes de la región Metropolitana, en donde la información cuantitativa del estudio se obtuvo a partir de una prueba estandarizada que mide los niveles de ansiedad y los factores constitutivos de la personalidad, basados en el modelo de autoanálisis R.B. Cattell. Este test fue aplicado antes y después de realizar la intervención con terapia floral. Entre los resultados se obtuvo que del total de los docentes disminuyó un 90% sus niveles de ansiedad, un 79% su desequilibrio emocional, un 78% su falta de seguridad, un 75% el desequilibrio en sus relaciones interpersonales, un 84% su baja autoestima y un 79% la tensión y estrés. Mientras que los porcentajes restantes se mantuvieron, demostrando la existencia de diferencias significativas antes y después del tratamiento.

Así, también, Del Rio C; Riquelme A; Neira M; Santibañez P; Jaraquemada S (Chile, 2009)<sup>(27)</sup> realizaron un estudio llamado “Panorama clínico de la terapia floral en Chile a partir del análisis de fichas clínicas” teniendo como objetivo conocer la realidad de la clínica floral a través de fichas clínicas usadas por terapeutas florales, en una muestra de pacientes residentes en Santiago de Chile. La investigación se enmarca en el análisis de fichas clínicas, con la finalidad de sistematizar la información que en ellas se encuentra. La muestra consta de 184 usuarios, de edad entre 20 y 69 años, que tuviesen cuatro consultas o más de terapia floral. En los resultados se obtuvo que los motivos de consulta más frecuentes son angustia, stress e inseguridad. El promedio de duración del tratamiento fue de 16,6 meses. En relación al sexo de los usuarios que acuden a terapia floral, se obtuvo que mayoritariamente son mujeres (74,9%) ubicadas en un rango de edad de los 40 a los 49 años (31,3%) y con un promedio de consultas de 10,3 veces. Por su parte, en los hombres el promedio de edad más frecuente está entre los 30 a 39 años (35,7%), con un promedio de consultas de 8,7 veces.

A su vez, por encargo del MINSAL el Centro de estudios de opinión ciudadana, Universidad de Talca. (Chile, 2010)<sup>(7)</sup> realizó un estudio llamado “Diagnostico situacional de medicinas complementarias o alternativas en el país” que tuvo como propósito realizar un diagnóstico situacional a nivel país y por región sobre la realidad de las medicinas complementarias/alternativas, que sirva de base para la formulación de una política y plan nacional para el próximo período. El estudio fue cuantitativo de carácter censal, lográndose un total de 1925 observaciones. Como resultado se obtuvo que la práctica de la terapia floral es la más frecuente de las terapias complementarias en Chile (56,3%), además de ser realizada preferentemente por mujeres (65,8%) y con mayor frecuencia dentro de las III la XI y la XV región (todas con un 60%). La terapia floral es practicada por un 54,2 % de los profesionales o técnicos del área de la salud que trabajan con terapias complementarias, dentro de los cuales del 100% de los enfermeros encuestados que practican terapias complementarias un 44 % realiza terapia floral. Del total de terapeutas encuestados, se dedican a terapia floral 27,8% de los que trabajan en el sector publico, 56,0% de los que trabaja en el sector privado, 46,9% de los que trabajan en hospital y 61,2% de los que trabaja en consultorio. En relación al problema presentado por el usuario tratado por terapia floral un 70,9% fue emocional, un 15,5% físico y un 13,4 mental.

Otro estudio relacionado, es el de Barbán G. (Yara, Cuba noviembre 2009-abril 2010)<sup>(28)</sup> titulado “Eficacia de la terapia floral en pacientes vinculados a síntomas de estrés” cuyo propósito era evaluar la eficacia de la Terapia Floral en pacientes vinculados a síntomas de estrés además de determinar comportamiento del uso de la terapia floral y variables socio demográficas como la edad y sexo, evaluar la eficacia de la terapia floral en presencia de determinadas situaciones estresantes y evaluar el efecto del tratamiento utilizado en relación a los síntomas vinculados al Estrés y el tiempo de normalización. El estudio fue clínico-terapéutico, prospectivo, descriptivo y estuvo constituido por una muestra de 20 pacientes pertenecientes a una consulta de psicología del policlínico “Luis E de la



Paz”. Sus resultados arrojaron las siguientes conclusiones; en relación a la distribución de los casos estudiados según edad y sexo: se estudiaron en total 9 pacientes de sexo femenino lo que representa el 45% de la muestra seleccionada y 11 correspondientes al sexo masculino que representa el 55%. La edad en relación con el sexo estuvo mayormente representada por el grupo de 31 a 35 años, siendo el sexo masculino el más frecuente en este grupo de edad con un total de 7 pacientes (35%) y las mujeres con 3 pacientes (15%). Además, en relación a la respuesta al tratamiento con Terapia Floral; se encontró que 17 de los pacientes presentaron buena respuesta al tratamiento (85%), 3 de ellos se comportaron de forma regular para un 15% y ninguno tuvo malos resultados con la aplicación de la terapia. En cuanto a la distribución de los pacientes según el tiempo de alivio de los síntomas; se obtuvo que 11 pacientes aliviaron los síntomas al mes representando el 55%. De esta misma forma, 6 se comportaron con efectos similares a los dos meses representando un 30%, el 15% corresponde a los que aliviaron sus síntomas a los tres meses y más.

También, en el estudio de Berenzon y cols., (México 2009) <sup>(39)</sup> denominado “El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: Resultados de una encuesta en la Ciudad de México”, cuyo objetivo fue conocer cuáles son los recursos terapéuticos y asistenciales que utiliza la población para tratar problemas emocionales, así como analizar la prevalencia de estas prácticas en personas con trastornos de ansiedad o depresión. La investigación se realizó entre los habitantes de seis colonias de la Ciudad de México, en una muestra de 361 personas, a través de un diseño muestral estratificado (sociodemográfico) y multietápico. Los resultados obtenidos señalan que 45,9% fueron hombres y 54,1% mujeres, donde plantea que en un 9,2% de las mujeres y 3,0% de los hombres prevalecen episodios depresivos y que un 28,3% recurrió a los sistemas alternativos ante un malestar. En general, el 52,9% con presencia de un trastorno emocional y el 22,1% sin trastorno, usaron TCs. Además se realizó un análisis de regresión logística cuyos resultados

mostraron que la probabilidad de usar alguna medicina alternativa o complementaria aumenta 3,23 veces en personas con depresión y 3,45 con ansiedad.

Además, otro estudio relacionado, es el realizado por Rojas M. (Colombia, 2011)<sup>(36)</sup>, titulado “Encuesta de calidad de vida realizada a pacientes adultos de la clínica de dolor del hospital el tunal, en tratamiento con acupuntura y sin ella”, ya que su propósito fue identificar la asociación entre la percepción de mejoría con respecto a la calidad de vida de los pacientes de la clínica del dolor que estaban siendo manejados con acupuntura y sus características. La calidad de vida también se midió mediante el cuestionario de salud SF- 36 obteniendo los siguientes resultados: el 29% eran hombres y mujeres 71%, la media de edad fue 48.7. El 57% estaban en tratamiento de dolor con acupuntura y el 43% en clínica de dolor sin acupuntura. El 34% de los pacientes estaban en el rango de edad de 45 a 54 años y 28% en el rango de 35 a 44 años. En cuanto a los resultados por función, se obtuvo en la función física: el RR de 2.2, Rol físico RR 30.9, Dolor corporal y acupuntura RR 3.6, Salud general RR 2,3, IC de 95% Vitalidad RR 2.06, Función social RR 1.6, Rol emocional RR 4.0, Salud mental RR 1, 96, todos con un IC de 95% y un  $p < 0.00001$ . El resultado global obtenido de las encuestas fue una mejoría en los aspectos evaluados de calidad de vida en los pacientes manejados con acupuntura.

Así mismo, en el estudio realizado por Bravo V. y Cols. (2009)<sup>(35)</sup>, titulado “Terapias complementarias y alternativas en VIH/SIDA” cuyo propósito fue analizar investigaciones realizadas sobre terapias complementarias y alternativas utilizadas por personas viviendo con VIH o SIDA algunos de los beneficios encontrados con la utilización de CAM en personas viviendo con VIH/SIDA son: la percepción de mejora en su calidad de vida, tanto en el ámbito físico, psicosocial como espiritual. El uso de la acupuntura podría sustituir algunos medicamentos para el tratamiento de la neuropatía periférica secundaria al VIH, se encontró efectos superiores que

los otorgados por la homeopatía y muy similares con la Amitriptilina frente al dolor. La acupuntura también estimula el sistema inmune, aumenta la circulación en áreas sintomáticas y promueve la relajación. La realización de masajes a recién nacidos con VIH mejoró el incremento de su peso diario lo que ayudaría a disminuir el deterioro causado por el VIH en los recién nacidos infectados.

Otro estudio relacionado es el realizado por Heese O. y Cols. (2011)<sup>(37)</sup> en Colombia, titulado “Los pacientes con gliomas frecuentemente utilizan terapias alternativas”, indagó mediante encuestas, el uso de terapias alternativas en 621 pacientes con gliomas grado II a IV. Los pacientes fueron reclutados en seis centros de neuro-oncología de Alemania. Según los resultados, el 40.3% de los pacientes manifestaron haber utilizado intervenciones alternativas. La edad media de los pacientes fue de 44 años, y el número de usuarios de terapias alternativas disminuyó con la edad; el 73.7% de los usuarios de terapias alternativas fueron menores de 50 años y el 26.3% restante fue mayor de 50 años ( $P = 0.008$ ). Las mujeres tenían más probabilidad de usar terapias complementarias que los hombres (47.4% vs. 34,7%,  $p = 0,002$ ). No hubo diferencia estadísticamente significativa en el uso de terapia alternativa según el grado tumoral o el nivel educativo. Sin embargo, la terapia alternativa fue empleada más frecuentemente en los pacientes con un título universitario respecto de los que no lo tenían (26,6% vs. 1.4%).

En el estudio de Laubmeier y cols (Alemania 2011)<sup>(38)</sup> titulado “El papel de la espiritualidad en el ajuste psicológico al cáncer: una prueba del modelo transaccional del estrés y afrontamiento” cuyo propósito fue evaluar el papel de la espiritualidad en el caso del diagnóstico del cáncer. El estudio estuvo constituido por una muestra de 95 pacientes que habían sido diagnosticados de cáncer en los últimos cinco años, que debieron completar cuestionarios que evaluaban la espiritualidad, la calidad de vida y la angustia de estos pacientes. Sus resultados arrojaron la siguiente conclusión contrariamente a las predicciones teóricas, la

espiritualidad se asoció con una menor aflicción y una mejor calidad de vida, independientemente de la percepción que se tenga de la gravedad de la enfermedad.

#### **1.4 PROPOSITO DE LA INVESTIGACIÓN**

Describir la percepción de la calidad de vida de usuarios que utilizan terapia floral inscritos en el CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, 2012

## 1.5 OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECIFICOS

### Objetivos General

Determinar la percepción de la calidad de vida de usuarios que utilizan terapia floral, inscritos en el CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

### Objetivos específicos

1. Identificar la edad, sexo, cohabitación, situación de pareja, escolaridad, distinción por quintil y creencias religiosas de los usuarios en estudio.
2. Determinar el tipo de patología de base, patologías asociadas, tiempo de uso de terapia floral, experiencias previas en terapias complementarias, previsión de salud y percepción de beneficio en salud de los usuarios en estudio.
3. Determinar la percepción de la calidad de vida de usuarios que utilizan terapia floral.
4. Determinar percepción de la calidad de vida según la edad, sexo, cohabitación, situación de pareja, escolaridad, distinción por quintil y creencias religiosas de los usuarios en estudio.
5. Determinar percepción de la calidad de vida según tipo de patología de base, patologías asociadas, tiempo de uso de terapia floral, experiencias previas en terapias complementarias, previsión de salud y percepción de beneficio en salud de los usuarios en estudio.

## 1.6 VARIABLES

### **Variable de estudio**

- Percepción de calidad de vida de los usuarios que utilizan terapia floral.

### **Variables socio demográficas**

- Edad
- Sexo
- Cohabitación
- Situación de pareja
- Escolaridad
- Distinción por quintil
- Creencias religiosas

### **Variables de salud**

- Tipo de Patología de base
- Patologías asociadas
- Tiempo de uso de terapia floral
- Experiencias previas en terapias complementarias
- Previsión de salud
- Percepción de beneficio en salud

Las definiciones conceptual y operacional de las variables estudiadas se encuentran en anexo 1.

## 2. METODOLOGÍA

### 2.1. Tipo de estudio

Diseño no experimental de tipo descriptivo y corte transversal.

### 2.2. Universo y muestra

Se consideró una población de 164 usuarios con patologías tratadas con terapia floral inscritos y actualizados al año 2012 en el Centro de Salud Familiar Isabel Riquelme de Chillán.

Se obtuvo una muestra de 78 usuarios, considerando un 95% de confianza, una prevalencia de aceptación de terapia complementaria (Chile) de un 80% <sup>(25)</sup> y un error muestral del 6,5%.

Se utilizó un muestreo probabilístico de tipo estratificado con fijación proporcional a partir de la población inscrita en cada uno de los tres sectores que conforman el centro de salud. Dentro de cada sector, se seleccionó a los sujetos de estudio mediante muestreo aleatorio simple con reemplazo.

#### **Criterios de elegibilidad**

Se incluyeron a personas con trastornos somáticos y psíquicos con las siguientes características:

- Usuarios mayores de 18 años.
- Usuarios que utilizan terapia floral por un periodo de tiempo mayor a un mes.
- Usuarios con residencia bajo la jurisdicción del CESFAM.

Se excluyeron a las personas con las siguientes características:

- Usuario cuya patología altere la percepción y que sean de naturaleza degenerativa tales como demencia senil, Alzheimer, cáncer terminal.



- Usuario que se encuentre postrado.

Se eliminaron del estudio a los usuarios que no deseaban participar o que no completaron los instrumentos dispuestos para medir las variables del estudio.

### **2.3. Unidad de análisis**

Usuario inscrito en el programa de terapia floral en el CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

### **2.4. Aspectos éticos**

Se solicitó autorización por escrito al Departamento de Salud Municipal (DESAMU), mediante carta enviada por la Directora de Escuela de Enfermería de la Universidad del Biobío, indicando el objetivo y actividades que se pretendían realizar para el desarrollo del estudio, el cual fue evaluado por el comité de ética del Departamento. Posterior autorización del DESAMU, se hizo presencia en el CESFAM Isabel Riquelme con copia de carta de autorización.

Una vez coordinado el trabajo de campo en el CESFAM, a cada sujeto seleccionado se le informó el objetivo del estudio, el carácter voluntario de su participación, anonimato, garantía de confidencialidad de los datos aportados y la opción de rechazar o abandonar el estudio sin dar razones de su decisión. Una vez informado de las características del estudio y sus alcances, se entendió por aceptada su participación voluntaria con la firma y/o uso de huella dactilar en el documento denominado Consentimiento Informado (Anexo 2).

## **2.5. Procedimiento para recolección de datos**

El levantamiento de los datos se inició con el registro del domicilio, teléfono y antecedentes personales (edad, sexo y patología) de los usuarios elegibles a partir de las fichas clínicas de la terapia floral del centro de salud, en la cual se consideró características de salud que no alerte de enfermedad o condición que modifique su percepción del medio ni patologías degenerativas como demencia senil, usuarios con cáncer terminal, alzheimer. Se agruparon las direcciones por sector geográfico y se visitó el domicilio de acuerdo a la dirección disponible en ficha clínica para aplicar los instrumentos de evaluación.

Cada visita domiciliaria fue realizada por dos encuestadoras (ambas autoras del estudio) en las mañanas y tarde durante días hábiles de la semana. Cuando no se encontró la casa, se reemplazó por otra persona, y cuando no se encontró al usuario seleccionado, se intentó una segunda visita. Cuando se repitió la misma condición anterior, se reemplazó por otra persona.

Una vez ubicado al usuario previamente seleccionado, las encuestadoras se presentaron en el domicilio dando a conocer el motivo de la visita y se le solicitó la participación voluntaria mediante un consentimiento informado. Cuando el usuario se negó a participar se terminó la visita y se reemplazó aleatoriamente por otro sujeto; en caso contrario, se inició la aplicación de los instrumentos por medio de una entrevista personal (Véase en Anexo 3).

## **2.6. Descripción del instrumento recolector**

Se aplicó el Cuestionario de Antecedentes Socio-demográficos y Salud del Usuario, creado por las autoras del estudio, contiene 14 preguntas con respuesta cerradas y abiertas de respuesta corta (edad, sexo, residencia, cohabitación, número de integrantes del grupo familiar, situación de pareja, escolaridad, ingreso

familiar, creencia religiosa, patología, tiempo de uso de terapia floral, experiencia previa, y previsión de salud). El tiempo utilizado para la aplicación del instrumento fue de 5 minutos (Anexo 4).

Posteriormente, se aplicó SF-36 versión 2.0 (versión para Chile) (anexo 5), la cual evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones mayores de 14 años. La versión original (SF-36) fue elaborada por Ware y Sherbourne en 1992; y validado por McHorney, Ware y Raczek en 1993 y McHorney, Ware, Lu y Sherbourne en 1994<sup>(29)</sup>.

El diseño del SF-36 y su versión 2.0, incluye preguntas capaces de evaluar un espectro del estado de salud en un rango de estado desde “menos sanos” a “más sanos” de los encuestados. Esta encuesta contiene 36 preguntas o ítems, los cuales miden los atributos de 8 dimensiones o escalas de salud, a través de dos componentes. El primero se denomina “Componente de salud física” (CSF), el cual agrupa las dimensiones “función física” (FF; con 10 ítems con tres alternativas de respuesta), “rol físico” (RF; con cuatro ítems con 5 alternativas de respuesta), “dolor corporal” (DC; con 2 ítems, el primero con 6 alternativas de respuesta y el segundo con 5 alternativas) y “salud general” (SG; con 5 ítems de 5 alternativas de respuesta cada uno).

El segundo constructo es el “Componente de salud mental” (CSM), el cual contiene las dimensiones de “vitalidad” (VT; con 4 ítems de 5 alternativas de respuesta), “función social” (FS; con 2 ítems, cada uno con 5 alternativas diferentes de respuesta), “rol emocional” (RE; con 3 ítems de 5 alternativas de respuesta) y salud mental (SM; con 5 ítems de cinco alternativas de respuesta) (Anexo 6). Además, existe un tercer aspecto que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año, medido a través de la pregunta Estado de transición (ET; el cual cuenta con 5 alternativas)<sup>(29)</sup>.

El SF-36 versión 2.0 (versión para Chile) fue validado en el año 2006 por Olivares-Tirado, utilizando beneficiarios adultos del sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Fue validado mediante análisis factorial, el que para el “componente de salud mental” da cuenta del 62% de la varianza total, mientras que para “salud física” fue de un 73%. Todas las dimensiones presentaron un coeficiente alfa Cronbach mayor a 0,70<sup>(29)</sup>. El tiempo requerido para la aplicación se estimó entre 5 y 10 minutos, aproximadamente.

Para cada dimensión los ítems se codificaron en una escala que tiene un rango de 0 a 100, donde 0 punto corresponde a peor estado de salud y 100 puntos mejor estado de salud, teniendo en cuenta que los valores superiores o iguales a 50 se interpretan como “mejor estado de salud” y los valores iguales o inferiores a 49,9 puntos “peor estado de salud” (30)(Anexo 7). De acuerdo a esto, se realizó la puntuación de los ítems según el número de categorías: con 3 categorías se asignaron 0, 50 y 100 puntos, con cinco categorías 0, 25, 50, 75 y 100 puntos, y con seis categorías 0, 20, 40, 60, 80 y 100 puntos (Anexo 7). Luego, los puntajes recodificados que integran una misma dimensión se promediaron, quedando 8 resultados (uno por cada dimensión), y luego se promediaron las ocho dimensiones, obteniendo así el puntaje total de la escala <sup>(31)</sup>.

## **2.7. Procesamiento de los datos**

Luego del levantamiento de los datos, se construyó una matriz en el programa Excel 2007, la cual fue exportada al paquete estadístico SPSS 17,0 versión en español. Para la variable edad y puntaje de la percepción de la calidad de vida se probaron sus distribuciones normales mediante la aplicación del test Shapiro-Wilk ( $p > 0,05$ ), describiéndola por medio de la media aritmética y la desviación estándar; en caso contrario, usaron medianas y rangos intercuartílicos ( $P_{75} - P_{25}$ ).

Las variables restantes, se describieron mediante frecuencias observadas (n) y relativas porcentuales (%), dispuestas en tablas de frecuencias.

### 3. RESULTADOS

Se estudió a 82 usuarios inscritos en el CESFAM Isabel Riquelme que asistieron a terapia floral; se excluyó a un usuario por presentar condición de postración. Durante el trabajo de campo, hubo 2 usuarios que se negaron a participar voluntariamente del estudio, a 24 personas se les realizó 2 ó más visitas sin concretar entrevista, en 20 visitas no correspondía la dirección entregada por la base de datos del centro de salud y 12 personas habían cambiado su domicilio.

**Tabla 1.1**  
Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según características Sociodemográficas (n= 82)

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Edad (años)		
15 – 24	5	6,1
25 – 44	20	24,4
45 – 64	36	43,9
65 – 74	15	18,3
75 y mas	6	7,3
Sexo		
Hombre	6	7,3
Mujer	76	92,7
Cohabitación		
Sola	9	11,0
Familia	71	86,6
Otros	2	2,4
Situación de pareja		
Soltero	18	22,0
Casado o vive en pareja	42	51,2
Separado o divorciado	11	13,4
Viudo	11	13,4

**Fuente:** Percepción de la Calidad De Vida de usuarios que utilizan terapia floral inscritos en el CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, 2012

La tabla 1.1 presenta las características de edad, sexo, cohabitación y situación de pareja de los participantes del estudio, en la cual el 43,9% presentó una edad entre 45 y 64 años y el 6,1% entre 15 y 24 años; el 92,7% fue de sexo femenino; el 86,6% relató vivir junto a su familia, y el 51,2% señaló estar casado o vivir en pareja.

**Tabla 1.2**  
Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según características Sociodemográficas (n= 82)

Características sociodemográficas	n	%
Nivel de Escolaridad		
Analfabeto	4	4,9
Básica	26	31,7
Media	37	45,1
Superior	15	18,3
Distinción por quintil		
I Quintil: \$ 0 – 62.090	44	53,7
II Quintil: \$ 62.091 – 106.214	27	32,9
III Quintil: \$ 106.215 – 168.366	8	9,8
IV Quintil: \$ 168.367 – 301.741	3	3,7
V Quintil: \$ > 301.741	0	0
Creencias religiosas		
Católica	57	69,5
Evangélica	16	19,5
Otra	6	7,3
No profesada	3	3,7

**Fuente:** Ídem tabla 1.1

La tabla 1.2 indica la escolaridad, la distinción por quintil y las creencias religiosas de los usuarios estudiados. En la cual, el 45,1% relató haber cursado enseñanza media y 4,9% ser analfabeto; el 53,7% señaló pertenecer al I quintil y el 3,7% al IV quintil; el 69,5% indicó que se identificaba con la religión católica y el 3,7% no profesaba ninguna religión.

**Tabla 2.1**  
Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según características de salud  
(n= 82)

<b>Características de salud</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tipo de patología de base		
Angustia	3	3,7
Ansiedad	9	11,0
Depresión	59	72,0
Multimorbilidad	3	3,6
Otros	8	9,6
Patologías asociadas		
HTA	24	29,3
DM	2	2,4
Artrosis	1	1,2
Otros	13	15,9
Multimorbilidad	25	30,5
Ninguna	17	20,7

**Fuente:** Ídem tabla 1.1

La tabla 2.1 presenta tipo de patología de base, patologías asociadas de los participantes estudiados, en la cual el 72% relató depresión y el 3,6% presentó más de una patología de base; el 29,3 % indicó presentar hipertensión y el 30,5% más de una patología asociada.

**Tabla 2.2**  
Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según características de salud  
(n= 82)

<b>Características de salud</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tiempo de uso de terapia floral</b>		
Uno a dos meses	29	35,4
Tres a cuatro meses	17	20,7
Cinco a seis meses	9	11,0
Más de seis meses	27	32,9
<b>Experiencias previas en terapias complementarias</b>		
Sí	21	25,6
No	61	74,4
<b>Previsión de salud</b>		
FONASA A	35	42,7
FONASA B	31	37,8
FONASA C	10	12,2
FONASA D	6	7,3
ISAPRE	0	0
DIPRECA	0	0
<b>Percepción del beneficio en salud</b>		
Sí	72	87,8
No	7	8,5
No sabe	3	3,7

FONASA: Fondo Nacional de Salud  
ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional  
DIPRECA: Dirección de Previsión de Carabineros de Chile

**Fuente:** Ídem tabla 1.1

La tabla 2.2 indica el tiempo de uso de terapia floral, experiencias previas en otras terapias complementarias, previsión de salud y la percepción del beneficio en salud de los usuarios estudiados, de las cuales el 35,4% indicó un tiempo de uso de terapia floral entre uno y dos meses y un 11% entre cinco a seis meses; el 74,4% señaló no haber tenido experiencias previas en terapias complementarias; el 100% relató pertenecer a FONASA, siendo un 42,7% del tramo A y 87,8% percibieron beneficio en salud.



**Tabla 3**  
Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según escala de percepción de calidad de vida, dimensión función física (n=82)

<b>Dimensión física</b>	<b>Si, muy limitada</b>	<b>Si, un poco limitada</b>	<b>No, no limitada</b>	<b>Total</b>
Actividades vigorosas	32 (39,0)	18 (22,0)	32 (39,0)	82 (100)
Actividades moderadas	6 (7,3)	15 (18,3)	61 (74,4)	82 (100)
Levantar bolsas compras	11(13,4)	20 (24,4)	51 (62,2)	82 (100)
Subir varios pisos	20 (24,4)	23 (28,0)	39 (47,6)	82 (100)
Subir un piso	6 (7,3)	9 (11,0)	67 (81,7)	82 (100)
Agacharse, arrodillarse	14 (17,1)	27 (32,9)	41 (50,0)	82 (100)
Caminar 1 Km	12 (14,6)	12 (14,6)	58 (70,7)	82 (100)
Caminar algunas cuadras	10 (12,2)	13 (15,9)	59 (72,0)	82 (100)
Caminar una cuadra	2 (2,4)	5 (6,1)	75 (91,5)	82 (100)
Bañarse, vestirse	0 (0)	8 (9,8)	74 (90,2)	82 (100)

n (%)

Fuente: Ídem tabla 1.1

La tabla 3 muestra la dimensión de función física de los usuarios en estudio, en la cual se señaló “no, no limitada” en un 91,5, 90,2 y 81,7% en las actividades de caminar una cuadra, bañarse, vestirse y subir un piso respectivamente. Indicaron para “sí, muy limitada” un 39,0, 24,4 y 17,1% en las actividades vigorosas, subir varios pisos y agacharse, arrodillarse respectivamente.

**Tabla 4**  
Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según escala de percepción de calidad de vida, dimensión rol físico (n=82)

<b>Rol físico</b>	<b>Siempre</b>	<b>La mayor parte del tiempo</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Nunca</b>	<b>Total</b>
Disminuyó el tiempo	9 (11,0)	11 (13,4)	11 (13,4)	7 (8,5)	44 (53,7)	82 (100)
Menos cumplimiento	10 (12,2)	11 (13,4)	28 (34,1)	7 (8,5)	26 (31,7)	82 (100)
Algo limitado	9 (11,0)	8 (9,8)	11 (13,4)	5 (6,1)	49 (59,8)	82 (100)
Tuvo dificultad	9 (11,0)	7 (8,5)	15 (18,3)	6 (7,3)	45 (54,9)	82 (100)

n (%)

**Fuente:** Ídem tabla 1.1

La tabla 4 presenta la dimensión del rol físico de los participantes en estudio, a partir de la cual el 59,8% refirió nunca sentirse “algo limitado” y el 12,2% tener siempre “menos cumplimiento” en sus actividades por problemas físicos.

**Tabla 5**  
Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según escala de percepción de calidad de vida, dimensión dolor corporal (n=82)

<b>Dolor Corporal</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Prom ± DE</b>
Magnitud del dolor			3,72±1,54
Ninguno	13	15,9	
Muy poco	4	4,9	
Leve	14	17,1	
Moderado	20	24,4	
Severo	24	29,3	
Muy severo	7	8,5	
Interferencia del dolor			2,51 ±1,372
Ninguna manera	29	35,4	
Un poco	13	15,9	
Moderadamente	15	18,3	
Bastante	19	23,2	
Mucho	6	7,3	

**Fuente:** Ídem tabla 1.1

La tabla 5 presenta la dimensión dolor corporal de los usuarios en estudio, en la cual el 29,3% indicó haber presentado dolor severo. Respecto a la interferencia en sus actividades a causa del dolor, el 35,4% refirió no tener ninguna.

**Tabla 6.1**

Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según escala de percepción de calidad de vida, dimensión salud general (n= 82)

Salud general	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Total
Resultado EVGFP*	2 (2,4)	0 (0)	28 (34,1)	43 (52,4)	9 (11,0)	82 (100)

n (%) Fuente: Ídem tabla 1.1

\***EVGFP**: Excellent, Very Good, Good, Fair, Poor  
(Excelente, Muy Buena, Buena, Regular, Mala)

La tabla 6.1 señala la dimensión de salud general de los usuarios en el estudio, en la cual el 52,4% indicó que su salud era “regular” y el 2,4% “excelente”.

**Tabla 6.2**

Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según escala de percepción de calidad de vida, dimensión salud general (n= 82)

Salud general	Definitivamente cierto	Casi siempre, cierto	No sé	Casi siempre, falso	Definitivamente falso	Total
Se enferma fácil	13 (15,9)	10 (12,2)	7 (8,5)	11 (13,4)	41 (50,0)	82 (100)
Tan saludable como otros	27 (32,9)	13 (15,9)	2 (2,4)	11 (13,4)	29 (35,4)	82 (100)
Salud va a empeorar	19 (23,2)	9 (11,0)	13 (15,9)	5 (6,1)	36 (43,9)	82 (100)
Salud excelente	17 (20,7)	15 (18,3)	1 (1,2)	12 (14,6)	37 (45,1)	82 (100)

n (%)

Fuente: Ídem tabla 1.1

La tabla 6.2 indica la dimensión de salud general de los usuarios en estudio, a partir de la cual el 50% señaló que “definitivamente falso que se enferma fácil”, el 2,4% “no saber si está tan saludable como otros”, el 6,1% “casi siempre falso que su salud va a empeorar” y el 45,1% “definitivamente falso que su salud es excelente”.

**Tabla 7**

Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según escala de percepción de calidad de vida, dimensión vitalidad (n= 82)

Vitalidad	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco tiempo	Nunca	Total
Animado	18 (22,0)	20 (24,4)	28 (34,1)	13 (15,9)	3 (3,7)	82 (100)
Con energía	17 (20,7)	19 (23,2)	20 (24,4)	14 (17,1)	12 (14,6)	82 (100)
Agotado	17 (20,7)	10 (12,2)	27 (32,9)	10 (12,2)	18 (22,0)	82 (100)
Cansado	13 (15,9)	21 (25,6)	23 (28,0)	6 (7,3)	19 (23,2)	82 (100)

n (%)

Fuente: Ídem tabla 1.1

La tabla 7 indica la dimensión de vitalidad de los usuarios en estudio durante el último mes, en la cual el 3,7% “nunca estuvo animado”, el 20,7% “siempre se sintió con energía”, el 22% “nunca estuvo agotado” y el 25,6% “casi todo el tiempo se encontró cansado”.

**Tabla 8**  
Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según escala de percepción de calidad de vida, dimensión Función social (n= 82)

<b>Función social</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Prom ± DE</b>
Alcance social			2,46±1,37
De ninguna manera	28	34,1	
Un poco	18	22,0	
Moderadamente	14	17,1	
Bastante	14	17,1	
Mucho	8	9,8	
Magnitud (tiempo) social			3,37±1,52
Siempre	14	17,1	
La mayor parte del tiempo	13	15,9	
Algunas veces	13	15,9	
Pocas veces	13	15,9	
Nunca	29	35,4	

**Fuente:** Ídem tabla 1.1

La tabla 8 señala la dimensión de función social de los usuarios en estudio, alcance social (grado de interferencia) y magnitud social (tiempo), en la cual el 34,1% indicó que sus actividades sociales normales no fueron afectadas de ninguna manera y el 35,4% nunca sintió afectado el tiempo dedicado a actividades sociales.

**Tabla 9**

Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según escala de percepción de calidad de vida, dimensión rol emocional (n= 82)

Rol emocional	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	Total
Disminuyó el tiempo	9 (11,0)	11 (13,4)	28 (34,1)	7 (8,5)	27 (32,9)	82 (100)
Menos cumplimiento	13 (15,9)	12 (14,6)	24 (29,3)	12 (14,6)	21 (25,6)	82 (100)
No cuidadoso	10 (12,2)	9 (11,0)	20 (24,4)	9 (11,0)	34 (41,5)	82 (100)

n (%)

Fuente: Ídem tabla 1.1

La tabla 9 indica la dimensión rol emocional de los usuarios en estudio, a partir de la cual el 32,9% señaló que nunca disminuyó su tiempo de actividades, el 29,3% algunas veces hizo menos de lo que hubiera querido y el 41,5% nunca dejó de ser cuidadoso en sus actividades por problemas emocionales.

**Tabla 10**

Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según escala de percepción de calidad de vida, dimensión salud mental (n= 82)

Salud mental	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco tiempo	Nunca	Total
Nervioso	17 (13,4)	26 (26,8)	21 (24,4)	11 (13,4)	7 (22,0)	82 (100)
Desanimado	6 (7,3)	12 (14,6)	19 (23,2)	11 (13,4)	34 (41,5)	82 (100)
Tranquilo	17 (20,7)	26 (31,7)	21 (25,6)	11 (13,4)	7 (8,5)	82 (100)
Triste	12 (14,6)	17 (20,7)	25 (30,5)	15 (18,3)	13 (15,9)	82 (100)
Feliz	20 (24,4)	25 (30,5)	19 (23,2)	6 (7,3)	12 (14,6)	82 (100)

n (%)

Fuente: Ídem tabla 1.1

La tabla 10 presenta la dimensión salud mental de los usuarios del estudio durante el último mes, indicándose que el 26,8% se sintió nervioso casi todo el tiempo, el 41,5% nunca se sintió desanimado, el 31,7% se sintió casi todo el tiempo tranquilo, el 30,5% se sintió un poco triste y el 30,5% se sintió feliz casi todo el tiempo.

**Tabla 11**

Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según estado de transición (n=82)

Estado de transición	N	%
Mucho mejor	16	19,5
Algo mejor	28	34,1
Igual	27	32,9
Algo peor	6	7,3
Peor	5	6,1

Fuente: Ídem tabla 1.1

La tabla 11 señala el estado de transición de salud de los usuarios en estudio, en donde el 34,1% se sintió “algo mejor” y el 6,1% se sintió “peor” que un año atrás.

**Tabla 12**

Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según el puntaje obtenido para las ocho dimensiones que conforman la escala SF-36 v2 de calidad de vida (n=82)

Dimensión	Puntaje mínimo	Percentil 50	Puntaje máximo	Prom ± DE
Función física	5	85	100	76,46 ± 24,36
Rol físico	0	75	100	69,32 ± 29,84
Dolor corporal	0	55	100	52,36 ± 29,99
Salud general	0	50	100	49,48 ± 27,99
Vitalidad	0	50	100	53,44 ± 26,81
Función social	0	62	100	61,05 ± 31,67
Rol emocional	0	58	100	59,48 ± 29,84
Salud mental	5	65	100	57,00 ± 24,45

n (%)

Fuente: Ídem tabla 1.1

La tabla 12 presenta las medidas de resumen para las 8 dimensiones de la escala de percepción obtenida a partir de los ítems respondidos por los participantes en estudio, de las cuales la dimensión “función física” presentó un valor de 76,46 ± 24,36 puntos y para “salud general” 49,48 ± 27,99 puntos.



**Tabla 13**  
Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según dimensiones de calidad de vida SF-36 v2 (n= 82)

<b>Dimensión</b>	<b>Menos salud</b>	<b>Más salud</b>	<b>Total</b>
Función física	11 (13,4)	71 (86,6)	82 (100)
Rol físico	19 (23,2)	63 (76,8)	82 (100)
Dolor corporal	40 (48,8)	42 (51,2)	82 (100)
Salud general	39 (47,6)	43 (52,4)	82 (100)
Vitalidad	32 (39,0)	50 (61,0)	82 (100)
Función social	22 (26,8)	60 (73,2)	82 (100)
Rol emocional	24 (29,3)	58 (70,7)	82 (100)
Salud mental	28 (34,1)	64 (65,9)	82 (100)

n (%)

**Fuente:** Ídem tabla 1.1

La tabla 13 presenta la distribución de usuarios según la clasificación de percepción de calidad de vida para las 8 dimensiones que presenta la escala. Las dimensiones “rol físico”, “salud general”, “vitalidad”, “función social”, “rol emocional” y “salud mental” fueron las que contribuyeron a valorar en más de un 50% la percepción de “más salud” para la escala calidad de vida, siendo la dimensión “función física” la que presentó en esta categoría un 86,6%. Para “dolor corporal” se valoró en un 48,8 % y un 51,2 % para la clasificación de “menos salud” y “más salud” de esta escala, respectivamente.

**Tabla 14.1**

Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según características Sociodemográficas y percepción de calidad de vida de acuerdo a SF-36 V2 (n=82)

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Menos salud</b>	<b>Más salud</b>
<b>Edad (años)</b>		
15 – 24	1 (20,0)	4 (80,0)
25 – 44	7 (35,0)	13 (65,0)
45 – 64	11 (30,6)	25 (69,4)
65 – 74	3 (20,0)	12 (80,0)
75 y mas	1 (16,7)	5 (83,3)
<b>Sexo</b>		
Hombre	1 (16,7)	5 (83,3)
Mujer	22 (28,9)	54 (71,1)
<b>Cohabitación</b>		
Sola	1 (11,1)	8 (88,9)
Familia	21 (29,6)	50 (70,4)
Otros	1 (50,0)	1 (50,0)

**Fuente:** Ídem tabla 1.1

La tabla 14.1 presenta la distribución de los pacientes del estudio según la clasificación de la percepción de calidad de vida por edad, sexo y cohabitación, de los cuales el 80.0% de los usuarios entre 15 y 24 años, el 83,3% del grupo mayor a 74 años, el 83,3% sexo masculino y el 88,9% de las personas que viven solas resultaron con “más salud”. Los usuarios que viven con personas que no son sus familiares fueron clasificados con igual porcentaje de percepción de calidad de vida (50,0% con “más salud” y 50,0% con “menos salud”).

**Tabla 14.2**

Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según características Sociodemográficas y percepción de calidad de vida de acuerdo a SF-36 V2 (n=82)

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Menos salud</b>	<b>Más salud</b>
<b>Situación de pareja</b>		
Soltero	5 (27,8)	13 (72,2)
Casado o vive en pareja	12 (28,6)	30 (71,4)
Separado o divorciado	3 (27,3)	8 (72,7)
Viudo	3 (27,3)	8 (72,7)
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeto	1 (25,0)	3 (75,0)
Básica	10 (38,5)	16 (61,5)
Media	8 (21,6)	29 (78,4)
Superior	4 (26,7)	11 (73,3)
<b>Distinción por quintil</b>		
I Quintil: \$ 0 – 62.090	17 (38,6)	27 (61,4)
II Quintil: \$ 62.091 – 106.214	6 (22,2)	21 (77,8)
III Quintil: \$ 106.215 – 168.366	0	8 (100,0)
IV Quintil: \$ 168.367 – 301.741	0	3 (100,0)
V Quintil: \$ > 301.741	0	0
<b>Creencias religiosas</b>		
Católica	17 (29,8)	40 (70,2)
Evangélica	4 (25,0)	12 (75,0)
Otra	1 (16,7)	5 (83,3)
No profesa	1 (33,3)	2 (66,7)

**Fuente:** Ídem tabla 1.1

La tabla 14.2 presenta la distribución de los usuarios del estudio según la clasificación de la percepción de calidad de vida por situación de pareja, distinción por quintil y creencias religiosas. De los grupos que declararon ser soltero, casado o viven en pareja, separado o divorciado y viudo el 72,2, 71,4, 72,7 e igual porcentaje anterior, presentaron “más salud”. El 38,5% de los participantes con escolaridad básica y el 38,6% de los pertenecientes al primer quintil del ingreso

per cápita presentaron “menos salud”. Respecto de las creencias religiosas, el 70,2, el 75,0 y el 83,3% que relataron profesar religión “católica”, “evangélica” y “otra” fueron clasificadas con “más salud”, mientras que el 33,3% de los que no profesan religión presentaron “menos salud”.

**Tabla 15.1**  
Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según características de salud y percepción de calidad de vida de acuerdo a SF-36 v2 (n=82)

<b>Características de salud</b>	<b>Menos salud</b>	<b>Mas salud</b>
<b>Tipo de Patología de base</b>		
Angustia	1 (33,3)	2 (66,7)
Ansiedad	3 (33,3)	6 (67,7)
Depresión	17 (28,8)	42 (71,2)
Multimorbilidad	1 (33,3)	2 (66,7)
Otros	1 (12,5)	7 (87,5)
<b>Patologías asociadas</b>		
HTA	5 (20,8)	19 (79,2)
DM	1 (50,0)	1 (50,0)
Artrosis	1(100,0)	0
Otros	5 (38,5)	8 (61,5)
Multimorbilidad	8 (32,0)	17 (68,0)
Ninguna	3 (17,6)	14 (82,4)
<b>Tiempo de uso de terapia floral</b>		
Uno a dos meses	6 (20,7)	23 (79,3)
Tres a cuatro meses	4 (23,5)	13 (76,5)
Cinco a seis meses	2 (22,2)	7 (77,8)
Más de seis meses	11 (40,7)	16 (59,3)
<b>Experiencias previas en terapias complementarias</b>		
Sí	6 (28,6)	15 (71,4)
No	17 (27,9)	44 (72,1)

n (%)

HTA: Hipertensión Arterial

DM: Diabetes Mellitus

**Fuente:** Ídem tabla 1.1

La tabla 15.1 presenta la clasificación de la percepción de calidad de vida según tipo de patología de base, patologías asociadas, tiempo de uso de terapia floral y experiencias previas en terapias complementarias de los usuarios en estudio. De los usuarios que indicaron depresión y otras patologías de base con las cuales se derivó a tratamiento de terapia floral, el 71,2 y 87,5% fueron clasificados con “más salud”. De las personas que declararon no tener ninguna patología asociada y del grupo que sólo están en tratamiento por hipertensión arterial el 82,4 y 79,2% presentaron una percepción de “más salud”, mientras que una de las dos personas con diabetes mellitus fue clasificada con “menos salud”. Respecto al tiempo de uso de terapia floral, el 79,3, 76,5 y 77,8% de los usuarios que llevan entre uno y dos meses, de tres a cuatro y de cinco a seis meses presentaron “más salud”, mientras que el 40,7% de los que llevan más de seis meses fueron clasificados con “menos salud”. En relación a las experiencias previas con terapias complementarias, el 71,4% de los usuarios que sí las había utilizado y el 72,1% de los que no las han usado se clasificaron con “más salud”.

**Tabla 15.2**

Distribución de usuarios asistentes a terapia floral según características de salud y percepción de calidad de vida de acuerdo a SF-36 v2 (n=82)

Características de salud	Menos salud	Mas salud
Previsión de salud		
FONASA A	14 (40,0)	21 (60,0)
FONASA B	6 (19,4)	25 (80,6)
FONASA C	3 (30,0)	7 (70,0)
FONASA D	0	6 (100,0)
ISAPRE	0	0
DIPRECA	0	0
Percepción de beneficio de la terapia		
Sí	18 (25,5)	54 (75,0)
No	2 (28,6)	5 (71,4)
No sabe	3 (100,0)	0

n (%)

FONASA: Fondo Nacional De Salud

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional

DIPRECA: Dirección de Previsión de Carabineros de Chile

**Fuente:** Idem tabla 1.1

La tabla 15.2 presenta la clasificación de la percepción de calidad de vida agrupado según la percepción de beneficio de la terapia y previsión de salud de los usuarios en estudio; a partir de la cual el 75,0% de los usuarios que percibieron un beneficio para su salud y el 80,6, el 70,0 y el 100,0% de los pertenecientes de los tramos B, C y D de FONASA fueron clasificados con “más salud”, mientras que el 40% de los usuarios con FONASA A presentaron “menos salud”.

**Tabla 16**

Distribución de los componentes de salud física y salud mental de la escala de percepción de calidad de vida SF-36

<b>Componente de salud</b>	<b>Prom ± DE</b>
Componente de salud física	57,74 ± 22,12
Componente de salud mental	61,94 ± 22,57

**Fuente:** Ídem tabla 1.1

La tabla 16 presenta la distribución de los componentes de salud física y salud mental, donde a través del promedio de las diferentes dimensiones de la escala se obtuvo un promedio y una desviación estándar para el componente de salud física de  $57,74 \pm 22,12$  y para el componente de salud mental de  $61,94 \pm 22,57$ .

#### 4. DISCUSIÓN

El propósito del estudio fue describir la percepción de la calidad de vida de usuarios que utilizan terapia floral inscritos en el CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, 2012. Esta temática, nace de acuerdo a las crecientes necesidades de salud y las expectativas de una población más exigente e informada. Es así, como la OMS alienta a los gobiernos a reconocer la importante contribución que determinadas formas de TCs pueden hacer para mejorar y mantener la salud, a través de la primera estrategia global sobre medicina tradicional en el año 2005<sup>(32)</sup>.

Dada la diversidad regional en el uso de medicina complementaria y alternativa, la OMS refuerza la contribución entre los programas de TCs de su Sede Central y de las Oficinas Regionales, a fin de elaborar y llevar a cabo mecanismos legislativos necesarios para fomentar y mantener una buena práctica <sup>(32)</sup>. Sin dichas políticas, las TCs se practicarían sin ninguna clase de control gubernamental y sin ofrecer la debida protección al paciente.

Por otra parte, el informe denominado Grupo de Trabajo OPS/OMS Medicinas y Terapias Tradicionales, Complementarias y Alternativas, señala que la demanda de las TCs está en aumento en muchos países, como en el Reino Unido y Australia. En los países desarrollados la tendencia de usar las TCs se debe a la búsqueda de una mejor atención de salud, a diferencia de los países en desarrollo, donde se relaciona con aspectos económicos. En América Latina se destacan países como Chile en el cual un 71% de la población acepta las TCs y en Colombia el 40% <sup>(33)</sup>.

Como resultado del análisis situacional realizado por la OPS en 15 países de América Latina, se obtuvo que 11 cuentan con normas, políticas y reglamentos relacionados por lo menos con una de las disciplinas de las TCs, 8 poseen un programa nacional basado en el Ministerio de Salud y 9 tienen un programa académico TCs<sup>(33)</sup>.



De acuerdo a lo planteado por la OMS, a nivel nacional el MINSAL publica en el diario oficial N° 42 del 17 junio 2005, el reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que éstas se realizan<sup>(34)</sup>.

En base a lo dicho anteriormente, en relación a que las TCs son un tema sanitario normado y recurrente a nivel nacional, resulta interesante describir la percepción de la calidad de vida de los usuarios que las utilizan. Por lo cual, en esta investigación se pretende buscar respuesta a esta temática, a través del trabajo con usuarios mayores de 18 años, de ambos sexos, que utilizaron terapia floral por más de un mes, pertenecientes a sectores urbanos, con buena accesibilidad a la atención de salud y cercanos a establecimientos educacionales. Con respecto al nivel socioeconómico y previsión de salud de la población estudiada, se consideró la distribución y clasificación en quintiles y según tramo de FONASA.

Para el estudio en mención, se determinó una población de 164 usuarios como resultado de la aplicación de los criterios de elegibilidad. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado. En los cálculos de la muestra según el error esperado (6,5%), se obtuvo que la cantidad de usuarios necesarios para aplicar los instrumentos era de 78 pero en el trabajo de campo, se superó esta cifra, resultando 82 usuarios entrevistados.

El presente estudio cuenta con sesgo de selección, debido a que se trabajó con una muestra de la población, el cual fue minimizado mediante la realización de un muestreo aleatorio estratificado proporcional a la población de cada sector, otorgándole la misma posibilidad a cada persona de participar en la investigación.

Por otra parte, se presentó, el sesgo de medición del observador ya que cada encuestador podría haber orientado la respuesta del sujeto en estudio para su

mayor entendimiento. Para minimizar este error se estandarizaron los criterios relativos a la forma de encuestar.

En relación al sesgo recién mencionado, existe la posibilidad que éste haya ocurrido, debido a que la encuesta posee preguntas de percepción, las que se pueden volver subjetivas para cada persona. Para disminuir este sesgo se utilizó un instrumento previamente validado, adaptado a la idiosincrasia chilena y revisado por expertos. Además, los participantes de la investigación podrían haber entregado una falsa respuesta, exagerar su estado de salud actual, con la finalidad de recibir un trato más empático por parte del encuestador. Para minimizar el sesgo de medición del observador, se usó el consentimiento informado, que da a conocer el propósito de la investigación, resguarda la voluntariedad, confidencialidad y anonimato de los datos solicitados y establece claramente que el resultado de la encuesta no afectará su atención de salud.

En el componente de salud física se obtuvo “más salud” con un valor de 57,74 al igual que en el componente de salud mental con 61,94, lo que concuerda con el estudio de Bravo V. y Cols. (2009), que señaló que unos de los beneficios encontrados con la utilización de TCs en personas viviendo con VIH/SIDA es la percepción de mejoría en su calidad de vida, en el ámbito físico, psicosocial y espiritual<sup>(35)</sup>.

Dentro de las dimensiones con “más salud” se encuentran función física y rol físico, donde se obtuvo un promedio de 76,46 y 69,32 con una desviación estándar de  $\pm 24,36$  y  $\pm 29,84$ , respectivamente. Las dimensiones con “menos salud” fueron salud general y dolor corporal con un promedio de 49,48 y 52,36 con una desviación estándar de  $\pm 27,99$  y  $\pm 29,99$ , respectivamente. Estos resultados son concordantes con el estudio de Rojas M. (2011) donde se obtuvo mejor calidad de vida en pacientes que utilizaron acupuntura y en el cual, el puntaje más alto se ubicó en el rol físico con un RR de 30.9 IC de 95%. Pero, no concuerda al analizar

los puntajes más bajos, ya que estos fueron función social con un RR de 1.6 y vitalidad con un RR de 2.06, ambos con un IC de 95%<sup>(36)</sup>.

Con respecto a la calidad de vida según la edad, un 7,3% del total de los usuarios participantes, que corresponde a mayores de 74 años obtuvieron “más salud” en un 83,3% a diferencia del 24,4% del total de las personas que se concentraron en el rango de 25 a 44 años obteniendo “menos salud” con un 35%. Es importante destacar que el mayor porcentaje de los participantes en el estudio se ubicó entre los 45 y 64 años representado por un 43,9% y el menor porcentaje se ubicó entre 15 y 24 siendo un 6,1% de ésta. Esto es discordante con la concentración de la población en el estudio hecho por Heese O. y Cols. (2011), en el cual la edad media de los pacientes fue de 44 años y el número de usuarios de terapias alternativas disminuyó con la edad ya que 73,3% de los usuarios fueron menores de 50 años y el 26,3 % restante fue mayor de 50 años<sup>(37)</sup>. Sin embargo, los resultados concuerdan con el estudio de Rojas M. (2011), en el cual se obtuvo que el 34% de los pacientes estaban en el rango de edad de 45 a 54 años y 28% en el rango de 35 a 44 años<sup>(36)</sup>.

Del número total de los usuarios en estudio predominó el sexo femenino con un 92,7% por sobre el masculino con un 7,3%. Al relacionar sexo y calidad de vida se obtuvo que el 83,3% de los hombres y el 71,1% de las mujeres presentaron “más salud”. Estos resultados son concordantes con el estudio de Heese O. y Cols. (2011), el cual determinó que las mujeres tenían más probabilidad de usar terapias complementarias que los hombres (47.4% vs. 34,7%,  $p = 0,002$ )<sup>(37)</sup>. Al igual que es concordante con el estudio hecho por Rojas M., (2011), donde se obtuvo que de los 93 pacientes encuestados, el 29% eran hombres y el 71% eran mujeres<sup>(36)</sup>.

Con respecto a la cohabitación el 86,6% de los usuarios que forman parte del estudio vive con familiares, encontrándose el 70% de ellos refiere “más salud”, sin embargo, esto no es concluyente debido a que el 88,9% de los usuarios que viven solos presentaron “más salud”. En relación a la situación de pareja la mayor

cantidad de las personas son casadas o viven en pareja (51,2%) las cuales presentan “más salud” con un 71,4%. Las categorías; soltero, separado o divorciado y viudo, son poco representativas pero de igual manera, presentaron “más salud” con un porcentaje mayor al 72%. Estos resultados se pueden avalar con lo propuesto por Warner K. y Shaie W. (2003), donde establecen que la familia cumple con muchas funciones para sus miembros y se puede considerar un sistema de relaciones interdependientes, cada miembro de la familia tiene un rol específico que desempeña en el sistema y los demás miembros de la familia dependen de él o ella para hacer ese papel. Por tanto, si la familia funciona de buena manera el individuo perteneciente a ésta puede alcanzar una mejor calidad de vida<sup>(23)</sup>. Sin embargo, como refiere Sarquis, C. (1995), no hay que olvidar, que tanto la familia como la pareja, se ven insertos en un medio el cual ejerce gran influencia sobre el desarrollo y bienestar de éstas, por lo que no serían necesariamente las características personales de cada individuo, solamente las que rigen dichas relaciones<sup>(24)</sup>.

En relación a la escolaridad de los sujetos en estudio, ésta se concentro en la categoría de educación básica y media con 31,7 y 45,1% respectivamente. Es posible destacar, que toda la muestra percibió “más salud” independiente del nivel de escolaridad. Estos resultados no concuerdan con lo dicho en el estudio de Pucheu, X. (2004), donde se hace referencia a que la falta de educación hace más difícil la vida cotidiana de las personas y por lo tanto disminuye su calidad de vida<sup>(22)</sup>.

Al clasificar a los participantes en el estudio por quintiles se obtuvo que la mayor parte de ellos se concentra en los dos primeros quintiles con 53,7 y 32,9% respectivamente. Además se destaca que a medida que aumenta el ingreso per cápita aumenta de igual forma la percepción de calidad de vida de las personas. Esto coincide con el estudio de Pucheu, X. (2004), donde se demostró que los individuos con un nivel socioeconómico bajo tienen más problemas de salud, menor funcionalidad y más síntomas comparados con los estratos

socioeconómicos más altos, ya que las personas de bajo nivel económico pueden tener carencia de necesidades básicas y no poder acceder a otros tratamientos<sup>(22)</sup>.

En relación a las creencias religiosas de los usuarios en estudio, el 69,5% de ellos se identificaba con la religión católica. Sin embargo no es concluyente el tipo de religión en que se identifica, ya que su calidad de vida mejora al profesar una religión independiente de cuál sea. El estudio de Laubmeier y cols. plantea que pacientes diagnosticados de cáncer tenían una buena espiritualidad y que esto se relaciona con una menor aflicción y una mejor calidad de vida independientemente de la percepción que se tenga de la gravedad de la enfermedad<sup>(38)</sup>.

Analizadas las características de salud se destacó que dentro de las patologías de base se encontraron patologías de salud mental, donde la depresión fue la más representativa con un (72%) esto se observa en el estudio de Berenzon y cols.(2009) que plantea que la prevalencia de episodios depresivos corresponde a un 9,2 para las mujeres y 3,0 para los hombres<sup>(39)</sup>. Al relacionar estas patologías con la percepción de la calidad de vida se obtuvo que tienden a ser clasificadas en “más salud” con porcentajes sobre el 66%. Respecto a las patologías asociadas que presentaron las personas que componen el estudio, un 30,5% indicó tener multimorbilidad y un 29,3% hipertensión arterial, de éstos el 68 y 79% obtuvieron “más salud”. Es así, como se puede hacer una analogía con el estudio de Tuesca R. (2005) en el cual, se plantea que en España las personas mayores de 60 años, de sexo femenino, al conocer su diagnóstico de hipertensión presentan peor calidad de vida en el componente físico y mental<sup>(40)</sup>.

En cuanto al tiempo de uso de terapia floral en los usuarios en estudio se encontró que la mayor parte se concentró en los períodos de uno a dos meses (35,4%) y más de seis meses (32,9%). Al inicio de la terapia es mejor la percepción de calidad de vida, la cual disminuye después de seis meses de un 79,3 a 59,3%. De esta manera el estudio de Barbán G. (2010) que plantea que los usuarios

sienten alivio y mejoras en la percepción de calidad de vida al mes de utilización de la terapia (55% de los usuarios estudiados) coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio<sup>(28)</sup>.

Respecto a las experiencias previas con terapias complementarias, el 74,4% de los sujetos de estudio, indicó no haber practicado una TCs antes, esto no influye en la percepción de calidad de vida debido a que el ámbito “más salud” fluctuó sobre el 70% en ambos casos. No existen estudio que relaciones directamente experiencias previas con TCs, pero Berenzon S. y cols. (2009), señala en “la prevalencia de usos de servicios”, donde el 28,3% de la muestra recurrió a la terapia alguna vez ante un malestar general, y la tendencia observada en las personas con trastornos emocionales fue de 52,9% y para personas sin trastornos fue de 22,1%<sup>(39)</sup> por lo que se puede concluir que el uso previo de una terapia complementaria recurrente como práctica de autocuidado.

Referente a la previsión en salud de los usuarios del estudio, se puede observar que la totalidad de las personas pertenecían a FONASA, concentrándose un 42,7% en el tramo FONASA A, además a medida que aumenta el tramo, aumenta la percepción de la calidad de vida. Esto se avala en los resultados del estudio de Olivares P. (2006), donde el 72,3% de los usuarios corresponden a FONASA y el 27,7% restante a beneficiarios de ISAPRE, en la distribución de FONASA el grupo A 31%, grupo B 32%, grupo C 21% y grupo D 15%. Respecto a los usuarios afiliados a ISAPRE la percepción de calidad de vida se ve aumentada, especialmente los adultos mayores, en los componentes salud física y salud mental en donde presentan un mejor estado de salud. A pesar de que no se midió la percepción por tramo FONASA, se observa que a mayor previsión existe mejor percepción de calidad de vida<sup>(31)</sup>.

Respecto a la percepción de beneficio de salud la mayor parte de los participantes en el presente estudio relata que la utilización de la terapia floral

resultó beneficiosa (87,8%) además, estos señalaron “más salud” al igual que los que no perciben beneficio de salud. Se puede destacar que los usuarios que indicaron no saber sobre percepción de beneficio fueron clasificados con “menos salud”. Esto se respalda con la investigación de Fowler S y Cols. (2006) donde se señala que el uso de las flores de Bach ha provocado cambios emocionales positivos en la mayoría de los participantes en el estudio (88%), donde 384 personas de 41 años sufrieron dolor, de éstos el 46% sentía que el tratamiento provocaba alivio al dolor, y en el ámbito físico el 49% desconoció el resultado<sup>(12)</sup>.

## 5. CONCLUSIONES

El estudio “Percepción de la calidad de vida de usuarios que utilizan terapia floral inscritos en el CESFAM Isabel Riquelme” permitió concluir que:

- El total de sujetos en estudio, presentó una percepción de calidad de vida con “más salud” en los componentes de salud física y mental.
- Las dimensiones de salud función física y rol físico obtuvieron el mayor porcentaje de “más salud”.
- Las dimensiones salud general y dolor corporal lograron el porcentaje más cercano a “menos salud”.
- Los mayores de 74 años presentaron “más salud”.
- Los hombres obtuvieron mayor porcentaje de “más salud”
- Las personas que viven solas presentaron “más salud”.
- Las personas analfabetos presentaron mayor porcentaje de “más salud”
- Las personas que reciben un ingreso per cápita mayor, presentaron “más salud”.
- Los usuarios que profesaron una religión obtuvieron “más salud” y la mayoría se identificaba con la religión católica.
- Las personas portadoras de depresión, presentaron “más salud”.
- La hipertensión se presentó en mayor porcentaje, obteniéndose “más salud”.
- Con respecto al tiempo de uso de la terapia floral, se obtiene que desciende la percepción de calidad de vida al aumentar el tiempo de la terapia.
- Las experiencias previas con otras terapias complementarias, no influyen en la percepción de calidad de vida, se obtuvo en ambos casos “más salud”.
- La percepción de calidad de vida aumenta a medida que incrementa el tramo de FONASA.
- La mayoría de los usuarios percibió que la terapia le resultó beneficiosa para su salud.



## **6. SUGERENCIAS**

- Realizar estudio correlacional, por dimensiones, componentes, con factores asociados en usuarios con y sin tratamiento alopático.
- Fomentar la realización de estudios similares a nivel local y en el sistema de salud privado.
- Realizar estudios de otras terapias complementarias y su implementación en los centros de salud públicos.
- Estudiar las patologías de salud mental y su relación a tratamientos con terapia complementaria.
- Estudio del rol del profesional de enfermería en terapias complementarias.

## **7. LIMITACIONES**

- Ausencia de base de datos actualizada, de los asistentes a terapia floral en el CESFAM Isabel Riquelme.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- 1) FERNÁNDEZ G, FERNÁNDEZ M, ROJO F Calidad de vida y salud: Planteamientos conceptuales y métodos de investigación estudio [en línea] Territoris Universitat de les Illes Balears Núm. 5 <<http://www.raco.cat/index.php/Territoris/article/viewFile/117017/147939>> [consulta: 05 abril 2012]
- 2) ENCICLOPEDIA LIBRE UNIVERSAL EN ESPAÑOL[en línea] <[http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad\\_de\\_vida](http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida)> [Consulta: 20 abril 2012]
- 3) INSTITUTOS NACIONALES DE LA SALUD DE EE.UU, INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER [en línea] <<http://www.cancer.gov/diccionario?cdrid=449752>>[Consulta 20 abril 2012]
- 4) ZHANG X. Medicina tradicional, Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica (EDM) [en línea]. Ginebra. Medicina tradicional: definiciones <[http://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/definitions/es/index.html](http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/index.html)>[consulta 19 abril 2012]
- 5) SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA MÉDICA. Las terapias complementarias. Visión general. Definiciones [en línea] <<http://www.seom.org/es/infopublico/guia-actualizada/terapias-complementarias/880-las-terapias-complementarias-vision-general-definiciones>> [consulta 20 abril 2012]
- 6) MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE CHILE. Medicinas Complementarias – Alternativas [en línea]<[http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_temas/g\\_medicinas\\_alternativas/medicinasalternativas.html](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_temas/g_medicinas_alternativas/medicinasalternativas.html)> [consulta 20 abril 2012]
- 7) CENTRO DE ESTUDIOS DE OPINIÓN CIUDADANA, UNIVERSIDAD DE TALCA. Diagnóstico Situacional De Medicinas Complementarias Alternativas En El País [en

- línea]. Santiago. <<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/9d59798ffb7dcbfae04001011f0139a0.pdf>> [consulta 12 Octubre 2011]
- 8) PASCUAL D. Manual de terapia floral [en línea]. Lima Perú. OPS y OMS <<http://www.bvsde.paho.org/texcom/manualesMEC/floral/indice.pdf>> [consulta 12 Octubre 2011]
- 9) GRAU J. Calidad De Vida Y Salud: Problemas Actuales En Su Investigación [en línea] La Habana, Cuba <<http://www.alapsa.org/boletin/art02.html>> [consulta 24 abril 2012]
- 10) SCHWARTZMANN L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería. [en línea]. vol.9, n.2. 2003. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso)>. [consulta 24 abril 2012] ISSN 0717-9553.
- 11) MINISTERIO DE SALUD, GOBIERNO DE CHILE. II Encuesta de calidad de vida y salud Chile [en línea] <<http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf>> [consulta 24 abril 2012].
- 12) FOWLER S, NEWTON L. Complementary and alternative therapies: the nurse's role. [en línea] The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses. 2006. Disponible en: <[http://journals.lww.com/jnnonline/Abstract/2006/08000/Complementary\\_and\\_Alternative\\_Therapies\\_\\_The.9.aspx?WT.mc\\_id=HPxADx20100319xMP](http://journals.lww.com/jnnonline/Abstract/2006/08000/Complementary_and_Alternative_Therapies__The.9.aspx?WT.mc_id=HPxADx20100319xMP)> [consulta 25 abril 2012]
- 13) KIM S, ERLÉN J, KIM K y SOK K. Nursing Students' and Faculty Members' Knowledge of, Experience with, and Attitudes Toward Complementary and Alternative Therapies [en línea] Journal of Nursing Education. 2006 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17002085>> [consulta 25 abril 2012]
- 14) VANINI M., BARBIERI R., HECK R., SCHWARTZ. Uso de plantas medicinales por pacientes oncológicos y familiares en un centro de

- radioterapia.[en línea]. Enfermería global, 201, número 21<<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/clinica5.pdf>> [consulta 25 abril 2012].
- 15)WHEELER. F. J. La curación por las flores. Dr. Edward Bach. [en línea] Madrid. Editorial EDAF. <<http://books.google.cl/books?id=hvI7Z2dBaAIC&pg=PA96&lpg=PA96&dq=La+curaci%C3%B3n+por+las+flores+wheeler&source=bl&ots=ti0ysXSVZk&sig=b0CRhQrUPVYCh0EyN3HF3ZA5Kg&hl=es&sa=X&ei=f4P0T8RH6OvrAejYjP8G&ved=0CFYQ6AEwBA#v=onepage&q=La%20curaci%C3%B3n%20por%20las%20flores%20wheeler&f=false>> [consulta 26 abril 2012]
- 16)CORDERO R, Compendio historia de la medicina en Venezuela,[en línea] Caracas, Edit. Texto. <<http://books.google.cl/books?id=DcbZnshX2O0C&pg=PT4&lpg=PT4&dq=Compendio+historia+de+la+medicina+cordero+rafael&source=bl&ots=DF9AV53Q6V&sig=9pCojmV5IUITnfF6hgCQxP2fAq8&hl=es&sa=X&ei=Loj0T6CtHqi36wHJ1ajLBg&ved=0CEwQ6AEwAA#v=onepage&q=Compendio%20historia%20de%20la%20medicina%20cordero%20rafael&f=false>> [consulta 24 abril 2012]
- 17)GILLANDERS A.Manual completo de reflexología.[en línea] Santiago.Fossati SA.<<http://books.google.cl/books?id=0mCEKRr1Os0C&printsec=frontcover&dq=Manual+completo+de+reflexolog%C3%ADa&hl=es&sa=X&ei=nYz0T97qGPGe6wGLwKXKBg&ved=0CDgQ6AEwAA#v=onepage&q=Manual%20completo%20de%20reflexolog%C3%ADa&f=false>> [consulta 26 abril 2012]
- 18)PARRAMÓN EDICIONES. Enciclopedia familiar de las medicinas alternativas: salud integral. segunda edición. México. Ediciones culturales internacionales, S.A. 2006. Vol. 1.
- 19)KRISHNAMOORTY V. Guía de principiantes a las flores de Bach. Edición 2004. Delhi. 2004.

- 20)PÉREZ R, Las flores del Bush australiano. Segunda edición. Argentina. Editorial Fultena. 2010
- 21)MARRINER A. Filosofía y ciencia de la asistencia. En su: Modelos y teorías en enfermería. Sexta edición. Madrid. Editorial Elsevier. 2007. pp142-156
- 22)PUCHEU X. Estudio de calidad de vida en usuarios del Policlínico de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Herminda Martin de Chillán. Tesis (magister en salud pública).Chillán, Chile. Universidad del Bío Bio. Fac. de Ciencias de la Salud y de los Alimentos.2004.48 p
- 23)SCHAIE W. Psicología de la edad adulta y la vejez. Quinta edición. Madrid. Pearson. 2003
- 24)SARQUIS C. Introducción al estudio de la pareja humana. Santiago. Ediciones Universidad Católica de Chile. 1998
- 25)CENTRO DE ESTUDIOS PARA LA CALIDAD DE VIDA. Estudio de evaluación de Terapias Complementarias en el Sistema Público de Salud. [en línea]. Santiago.<<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/9d59798fb14ad056e04001011f01399e.pdf>> [consulta 12 octubre 2011]
- 26)DUARTE A, GARCÍA B Y URIBE I. Efectividad de la terapia floral en el mejoramiento del estado emocional de las y los docentes. Tesis (Pos título En Terapias Naturales Con Mención En Terapia Floral). Santiago. Universidad Academia De Humanismo Cristiano Programa Interdisciplinario De Investigación En Educación Centro De Terapias Naturales Deva. 2009
- 27)DEL RIO C, RIQUELME A, NEIRA M, SANTIBAÑEZ P, JARAQUEMADA S. Panorama clínico de la terapia floral en Chile a partir del análisis de fichas clínicas. Tesis (Pos título En Terapias Naturales Con Mención En Terapia Floral). Santiago. Universidad Academia De Humanismo Cristiano Programa Interdisciplinario De Investigación En Educación Centro De Terapias Naturales Deva. 2009
- 28)BARBÁN G. Eficacia De La Terapia Floral En Pacientes Vinculados A Síntomas De Estrés. [en línea] <[69](http://www.psicologia-</a></p></div><div data-bbox=)

online.com/articulos/2011/03/eficacia-de-la-terapia-floral-en-pacientes-vinculados-a-sintomas-de-estres.shtml>

- 29) CASTELLON A, CONTRERAS A, ARECHABALA M, URRUTIA M. Validación de una escala de calidad de vida en un grupo de personas con esquizofrenia de la región metropolitana - Chile. [en línea]. *Cienc. Enferm.* 2007, vol.13, n.1.<[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0717-95532007000100005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-95532007000100005&lng=es&nrm=iso)>. [consulta 20 abril 2012]
- 30) ALONSO J. Descripción del instrumento Cuestionario de Salud SF-36 [en línea]. Barcelona, España.<[http://iryss.imim.es/iryss/PDFs/Descripcion\\_SF-36\\_BiblioPRO.pdf](http://iryss.imim.es/iryss/PDFs/Descripcion_SF-36_BiblioPRO.pdf)> [consulta 20 abril 2012]
- 31) OLIVARES P. Estado De Salud De Beneficiarios Del Sistema De Salud De Chile. [en línea]. Santiago, Chile.<[http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-1062\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-1062_recurso_1.pdf)>[consulta 20 abril 2012].
- 32) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional [en línea]. Ginebra, Suiza.<[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf)> [consulta 20 abril 2012].
- 33) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe grupo de trabajo OPS/OMS medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas. [en línea]. Washington DC.<[http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/indimedter\\_esp.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/indimedter_esp.pdf)>[consulta 14 abril].
- 34) Reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas, alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que éstas se realizan. Diario oficial. Santiago, Chile. 17 junio 2005.
- 35) BRAVO V. Terapias Complementarias Y Alternativas En VIH/Sida. [en línea]. *Ciencia y enfermería.* 2009. Vol. 15. <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art12.pdf>> [consulta 4 mayo 2012]

- 36) ROJAS M. Encuesta de calidad de vida realizada a pacientes adultos de la clínica de dolor del hospital el tunal, en tratamiento con acupuntura y sin ella.[en línea]. Bogotá, Colombia. <<http://www.bdigital.unal.edu.co/5240/1/maritzapaolarojasgomez.2011.pdf>> [consulta 22 junio 2012].
- 37)HEESE O. Y COLS. Los pacientes con gliomas frecuentemente utilizan terapias alternativas.[en línea]. Bogotá, Colombia. <[http://www.redlano.org/redlano2/arch\\_noticias%5Cnoticias\\_enero\\_redlano2011.pdf](http://www.redlano.org/redlano2/arch_noticias%5Cnoticias_enero_redlano2011.pdf)> [consulta 22 junio 2012].
- 38)LAUBMEIER y Cols. La espiritualidad en el tratamiento del cáncer. [en línea]. Berlín, Alemania. <[imsdd.meb.uni-bonn.de/cancer.gov/CDR0000335457.html](http://imsdd.meb.uni-bonn.de/cancer.gov/CDR0000335457.html)>[consulta 22 junio 2012].
- 39)BERENZON G. y Cols. El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: Resultados de una encuesta en la ciudad de México [en línea]. México.<<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58212275003.pdf> > [Consulta 17 diciembre 2011].
- 40)TUESCA R. La calidad de vida, su importancia y como medirla.[en línea]. Barranquilla, Colombia. <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=81702108>>.[consulta 22 junio 2012]

## **9. ANEXOS**



**Anexo 1**

**Matriz de Variables**

	Variables	Categorización	Definiciones		Escala	Objetivo	Instrumento a utilizar
			Conceptual	Operacional			
<b>Variables socio-demográficas</b>	Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 – 24</li> <li>• 25 – 44</li> <li>• 45 – 64</li> <li>• 65 – 74</li> <li>• 75 y mas</li> </ul>	Tiempo en años que ha vivido una persona	Corresponde a años cumplidos a la fecha del levantamiento de datos.	Razón	1-4	Cuestionario creado por las autoras. (pregunta n° 1)
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombre</li> <li>• Mujer</li> </ul>	Sexo declarado en documento distinguiendo al hombre de la mujer.	Correspondió a los grupos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombre</li> <li>• Mujer</li> </ul>	Nominal	1-4	Cuestionario creado por las autoras. (pregunta N°2)

Variables	Categorización	Definiciones		Escala	Objetivo	Instrumento a utilizar
		Conceptual	Operacional			
Cohabitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo</li> <li>• Familia</li> <li>• Otros</li> </ul>	Habitar de una persona con otra u otras.	Se agrupó en las siguientes categorías: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo</li> <li>• Familia</li> <li>• Otros</li> </ul>	Nominal	1-4	Cuestionario creado por las autoras.(Pregunta N° 3)
Situación de pareja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Casado o vive en pareja</li> <li>• Separado o divorciado</li> <li>• Viudo</li> </ul>	Relación afectiva y/o legal que tiene una persona con otra.	Se consideraron las siguientes categorías: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Casado o vive en pareja</li> <li>• Separado o divorciado</li> <li>• Viudo</li> </ul>	Nominal	1-4	Cuestionario creado por las autoras.(Pregunta N°5 )
Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeto</li> <li>• Básica</li> <li>• Media</li> <li>• Superior</li> </ul>	Escolaridad alcanzada hasta el momento de aplicación de la encuesta	Se agrupó en las siguientes categorías: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeto</li> <li>• Básica</li> <li>• Media</li> <li>• Superior</li> </ul>	Ordinal	1-4	Cuestionario creado por las autoras (Pregunta N° 6).

	Variables	Categorización	Definiciones		Escala	Objetivo	Instrumento a utilizar
			Conceptual	Operacional			
Variables socio-demográficas	Distinción por quintil	Clasificación de I Quintil: IP 0 – 62.090 II Quintil: IP 62.091 – 106.214 III Quintil: IP 106.215 – 168.366 IV Quintil: IP 168.367 – 301.741 V Quintil: IP > 301.741 *IP: Índice Per cápita	Cada quintil corresponde al 20% de la población nacional según el ingreso per cápita del hogar. Entendiendo por ingreso per cápita la suma de los ingresos de cada uno de los miembros del hogar dividido en número de integrantes del grupo familiar.	Se consideraron las siguientes clasificaciones según los quintiles: I Quintil: IP 0 – 62.090 II Quintil: IP 62.091 – 106.214 III Quintil: IP 106.215 – 168.366 IV Quintil: IP 168.367 – 301.741 V Quintil: IP > 301.741	Ordinal	1-4	Clasificación por quintiles Gobierno de Chile

Variables socio-demográficas	Variables	Categorización	Definiciones		Escala	Objetivo	Instrumento a utilizar
			Conceptual	Operacional			
	Creencias religiosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Católica</li> <li>• Evangélica</li> <li>• Otra</li> <li>• No profesa</li> </ul>	Religión, doctrina (RAE)	Se agrupo en las siguientes categorías: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Católica</li> <li>• Evangélica</li> <li>• Otra</li> <li>• No profesa</li> </ul>	Nominal	1-4	Cuestionario creado por las autoras. (Pregunta N° 8)

	Variables	Categorización	Definiciones		Escala	Objetivo	Instrumento a utilizar
			Conceptual	Operacional			
<b>Variables de Salud</b>	Tipo de patología de base	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angustia</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Depresión</li> <li>• Multimorbilidad</li> <li>• Otras.</li> </ul>	Clasificación según el conjunto de signos y síntomas que presenta una persona.	Según información entregada por CESFAM y/o usuario se consideraron los siguientes tipos de patologías: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angustia</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Depresión</li> <li>• Multimorbilidad</li> <li>• Otras.</li> </ul>	Nominal	2-5	Cuestionario creado por las autoras.(Pregunta N° 9)
	Patologías asociadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Prevalencia en el usuario de otra patología	Según información entregada por usuario consideraron los siguientes tipos de patologías: <ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA</li> <li>• DM</li> <li>• Artrosis</li> <li>• Otros</li> <li>• Multimorbilidad</li> <li>• Ninguno</li> </ul>	Nominal	2-5	Cuestionario creado por las autoras.(Pregunta N° 10)

	Variables	Categorización	Definiciones		Escala	Objetivo	Instrumento a utilizar
			Conceptual	Operacional			
<b>Variables de salud</b>	Tiempo de uso de terapia floral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uno a dos meses</li> <li>• Tres a cuatro meses</li> <li>• Cinco a seis meses</li> <li>• Más de seis meses</li> </ul>	Periodo de tiempo en meses, en que el usuario ha estado en tratamiento con terapia floral	Se agrupo en los siguientes rangos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uno a dos meses</li> <li>• Tres a cuatro meses</li> <li>• Cinco a seis meses</li> <li>• Más de seis meses</li> </ul>	Ordinal	2-5	Cuestionario creado por las autoras.(Pregunta N°11 )
	Experiencias previas en terapias complementarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Acontecimiento vivido por la persona anteriormente relacionado con una terapia complementaria.	Se consideró la presencia y ausencia de experiencias previas hasta el levantamiento de los datos	Nominal	2-5	Cuestionario creado por las autoras.(Pregunta N° 12)
	Previsión de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FONASA A</li> <li>• FONASA B</li> <li>• FONASA C</li> <li>• FONASA D</li> <li>• ISAPRE</li> <li>• DIPRECA</li> </ul>	Régimen de seguro de salud público y privado.	Se consideraron los siguientes tipos de previsión: <ul style="list-style-type: none"> <li>• FONASA A</li> <li>• FONASA B</li> <li>• FONASA C</li> <li>• FONASA D</li> <li>• ISAPRE</li> <li>• DIPRECA</li> </ul>	Nominal	2-5	Cuestionario creado por las autoras.(Pregunta N° 13)

	Variables	Categorización	Definiciones		Escala	Objetivo	Instrumento a utilizar
			Conceptual	Operacional			
<b>Variable de salud</b>	Percepción de beneficio de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> <li>• No sabe</li> </ul>	Grado de satisfacción sobre el beneficio que refiere la persona sobre la terapia floral.	Percepción del beneficio de salud de la terapia floral según la siguiente categorías: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> <li>• No sabe</li> </ul>	Nominal	2-5	Cuestionario creado por las autoras.(Pregunta N° 14)
<b>Variable de estudio</b>	Percepción de calidad de vida posterior al uso de un mes de terapia floral en usuarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0- 49,99 Menos sano</li> <li>• 50- 100 Más sano</li> </ul>	Grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas(OMS), posterior al uso de un mes de terapia floral.	Percepción de los usuarios de acuerdo a cada dimensión. Clasificándose en el rango de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 – 49,99 Menos sano</li> <li>• 50 - 100 Más sano</li> </ul>	Ordinal	3	Cuestionario SF-36 V2 Percepción de la calidad de vida



UNIVERSIDAD DEL BÍO- BÍO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y LOS ALIMENTOS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



## Anexo 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimados usuarios:

La presente tiene por objetivo formalizar con usted, su participación voluntaria en el estudio titulado “Percepción de la calidad de vida de usuarios que utilizan terapia floral inscritos en el CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, 2012”, Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería, cuyo propósito es describir la percepción de la calidad de vida de usuarios que utilizan terapia floral inscritos en el CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

Se hace necesario destacar que:

- La información que usted entregará será manejada sólo por los investigadores bajo absoluta confidencialidad.
- Los resultados serán publicados conservando el anonimato de quienes participen en el estudio.
- En caso de que durante la entrevista y/o ejecución del estudio usted desee retirarse, puede hacerlo libremente.
- Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

#### Investigadores Responsables

Nombre	Rut
• Claudia Chavarría Tarí	16.885.472-2
• Leslie Concha Flores	16.734.475-5
• Marcela Espinoza Leiva	17.130.760-0
• Elena Santana Saavedra	16.734.174-8

**Profesora Guía de tesis:** Sra. Elena Espinoza Lavoiz

---- Acepto colaborar

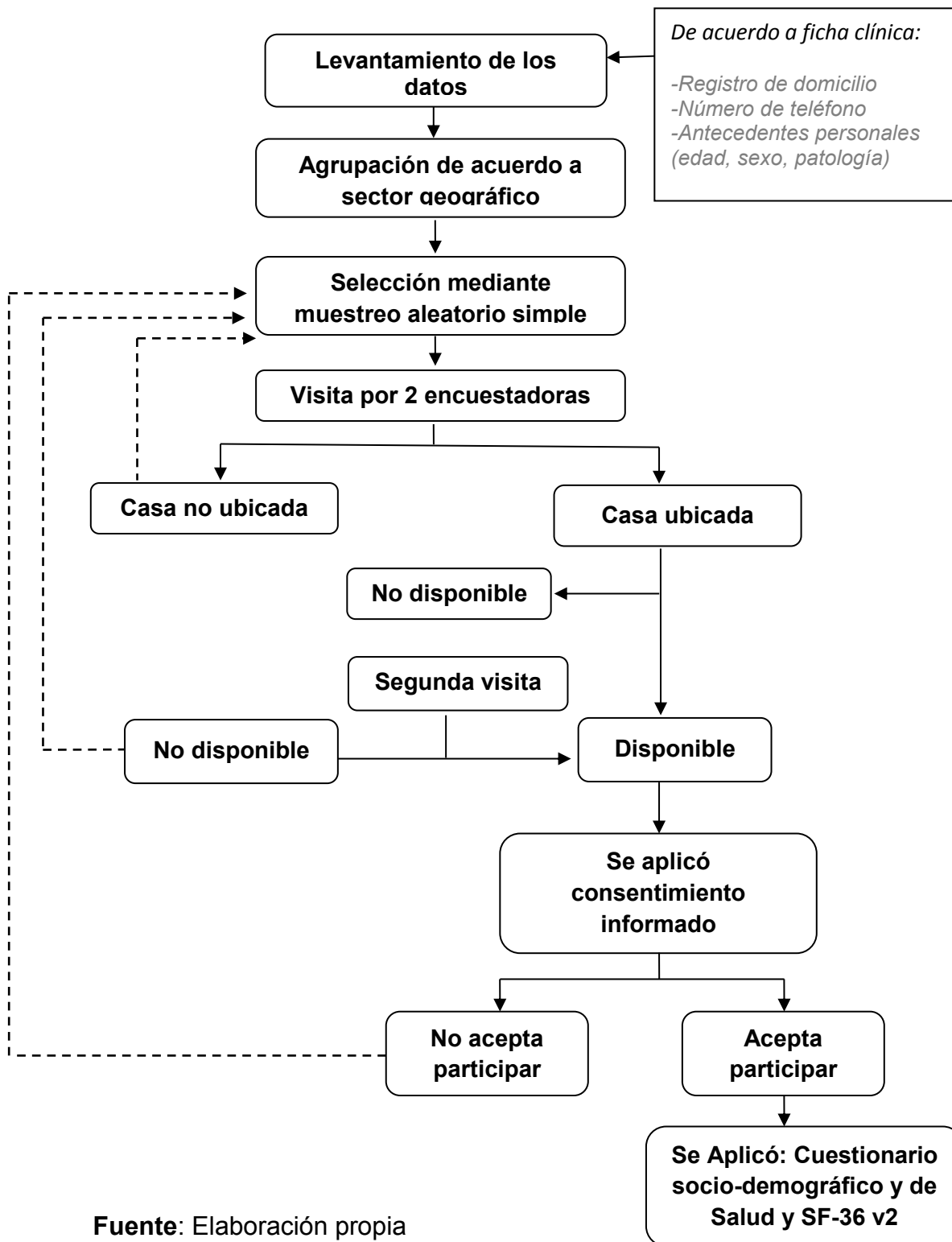
----- Rechazo colaborar

---

Firma



### Anexo 3: FLUJOGRAMA RECOLECCIÓN DE DATOS



## Anexo 4



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

### CUESTIONARIO

Características de los usuarios tratados con terapia floral en CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

#### PARTE I. Antecedentes sociodemográficos.

1. Edad \_\_\_\_\_
  
2. Sexo:
  - Mujer ( )
  - Hombre ( )
  
3. ¿Con quién vive?
  - Solo ( )
  - Familia ( )
  - Otros ( )
  
4. ¿Cuál es el número de integrantes del grupo familiar? \_\_\_\_\_
  
5. ¿Cuál es su situación de pareja?
  - Soltero ( )
  - Casado o vive en pareja ( )
  - Separado o divorciado ( )
  - Viudo ( )
  
6. ¿Qué nivel de escolaridad que alcanzó?
  - Analfabeto ( )
  - Básica ( )
  - Media ( )
  - Superior ( )
  
7. ¿Cuál es el ingreso mensual familiar aproximado?-----

\*Anexo 4.1

8. ¿Qué creencia religiosa profesa?

- Católica ( )
- Evangélica ( )
- Otros ( )
- No profesa ( )

**PARTE II. Antecedentes de salud**

9. ¿Con qué diagnóstico fue derivado a la terapia floral? \_\_\_\_\_

10. ¿Padece de otra patología?

- No
- Si, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

11. ¿Hace cuánto tiempo utiliza la terapia floral? \_\_\_\_\_

\*Anexo 4.2

12. ¿Usted ha tenido experiencia previa de tratamiento con terapia complementaria?

- Sí ( )
- No ( )

13. ¿Cuál es su previsión de salud?

- FONASA A ( )
- FONASA B ( )
- FONASA C ( )
- FONASA D ( )
- ISAPRE ( )
- DIPRECA ( )

14. ¿Cree usted que la terapia floral ha beneficiado su salud durante el último mes?

- Si ( )
- No ( )
- No sabe ( )

**ANEXO 4.1**

**Clasificación de distinción por quintiles**

Quintiles	Ingreso Per cápita
I	0 – 62.090
II	62.091 – 106.214
III	106.215 – 168.366
IV	168.367 – 301.741
V	> 301.741

**ANEXO 4.2**

**Clasificación tiempo de uso de terapia floral**

Clasificación tiempo de uso de terapia floral
Uno a dos meses
Tres a cuatro meses
Cinco a seis meses
Más de seis meses

**Anexo 5**

**Cuestionario SF – 36 v.2 Versión para Chile**

**ESTADO DE SALUD  
CUESTIONARIO SF-36 v.2 TM**

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, **escriba la mejor respuesta posible**. No deje preguntas sin responder.

1.- En general, diría Ud. que **su Salud es**:

Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala

2.- **Comparando su Salud con la de un año atrás**, ¿Como diría Ud. que en general, está **su salud ahora?**

Mucho mejor  Algo mejor  Igual  Algo peor  Peor

3.- Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. ¿**Su estado de Salud actual** lo limita para realizar estas actividades? Si es así. ¿Cuánto lo limita? Marque el círculo que corresponda.

<b>Actividades</b>	<b><i>Si, muy limitada</i></b>	<b><i>Si, un poco limitada</i></b>	<b><i>No, no limitada</i></b>
a) Esfuerzo intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieren gran esfuerzo			
b) Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la aspiradora, caminar más de 1 hora			
c) Levantar o acarrear bolsa de las compra			
d) Subir varios pisos por las escalera			
e) Subir un solo piso por la escalera			
f) Agacharse, arrodillarse o inclinarse.			
g) Caminar más de 10 cuadras (1 Km)			
h) Caminar varias cuadra			
i) caminar una sola cuadra			
j) Bañarse o vestirse			

4.- Durante el **último mes** ¿Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de **su salud física**?

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Redujo la <b>cantidad de tiempo</b> dedicada a su trabajo u otra actividad					
Hizo <b>menos</b> de lo que le hubiera gustado hacer					
Estuvo <b>limitado</b> en su trabajo u otra actividad					
<b>Tuvo dificultad</b> para realizar su trabajo u otra actividad					

5.- Durante el **último mes** ¿Ha tenido Ud. **Alguno de estos problemas** en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de **problemas emocionales**? (sentirse deprimido o con ansiedad)

	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Ha reducido <b>el tiempo</b> dedicado su trabajo u otra actividad					
Ha <b>logrado hacer menos</b> de lo que hubiera querido					
Hizo su trabajo u otra actividad <b>con menos cuidado</b> que el de siempre.					

6.- Durante el **último mes**, ¿**En qué medida** su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales normales** con la familia, amigos o su grupo social?

De ninguna manera  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

7.- ¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo en el **último mes**?

Ninguno  Muy poco  Leve  Moderado  Severo  Muy severo

8.- Durante el **último mes** ¿Hasta qué punto **el dolor ha interferido con sus tareas** normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa)?

De ninguna manera  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

9.- Las siguientes preguntas se refieren a **como se ha sentido Ud.** durante el último mes. Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo.

**Cuanto tiempo** durante el último mes

	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco tiempo	Nunca
¿Se sintió muy animoso?					
¿Estuvo muy nervioso?					
¿Estuvo muy decaído que nada lo anima?					
¿Se sintió tranquilo y calmado?					
¿Se sintió con mucha energía?					
¿Se sintió desanimado y triste?					
¿Se sintió agotado?					
¿Se ha sentido una persona feliz?					
¿Se sintió cansado?					

10.- Durante el último mes ¿**Cuánto de su tiempo** su salud física o problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales**, como por ejemplo; visitar amigos o familiares?

- Siempre  La mayor parte del tiempo  Algunas veces   
 Pocas veces  Nunca

11.- Para Ud. ¿Qué tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?

	<b>Definitivamente cierto</b>	<b>Casi siempre, cierto</b>	<b>No sé</b>	<b>Casi siempre, falso</b>	<b>Definitivamente falso</b>
Me enfermo con más facilidad que otras personas					
Estoy tan saludable como cualquiera persona					
Creo que mi salud va a empeorar					
Mi salud es excelente					

***!!! Gracias por su colaboración!!!!***



**Anexo 6** Distribución de las dimensiones del SF-36 v2

<b>Preguntas</b>	<b>Escalas</b>	<b>Medidas de resumen</b>
3a. Actividades vigorosas 3b. Actividades moderadas 3c. Levantar bolsas compras 3d. Subir varios pisos 3e. Subir un piso 3f. Agacharse, arrodillarse 3g. Caminar 1km. 3h. Caminar algunas cuadras 3i. Caminar una cuadra 3j. bañarse, vestirse	<b>Función Física (FF)</b>	<b>Componente de Salud física (CFS)</b>
4a. Disminuyo el tiempo 4b. Menos cumplimiento 4c. Algo limitado 4d. Tuvo dificultad	<b>Rol Físico (RF)</b>	
7. Magnitud del dolor 8. Interferencia del dolor	<b>Dolor Corporal (DC)</b>	
1.Resultado EVGFP* 11a. Se enferma fácil 11b. Tan saludable como otros 11c. Salud a empeorar 11d. Salud excelente	<b>Salud General (SG)**</b>	
9a. Animado 9e. Con energía 9g. Agotado 9i. Cansado	<b>Vitalidad (VT)</b>	
6. Alcance social 10. Magnitud (tiempo) social	<b>Función Social (FS)**</b>	<b>Componente de Salud Mental (CSM)</b>
5a. Disminuyó el tiempo 5b. Menos cumplimiento 5c. No cuidadoso	<b>Rol Emocional (RE)</b>	
9b. Nervioso 9c. Desanimado 9d. Tranquilo 9f. Triste 9h. Feliz	<b>Salud Mental (SM)</b>	

Fuente: Traducido de Ware JE, Kosinski M, KellereD. 1994

\*EVPGF= Excellent, Very Good, Dood, Fair, Poor.

\*\*Correlación significativa con otras Medidas de Resumen

## Anexo 7

Contiene el número de ítems incluidos en las diferentes sub-escalas del cuestionario, así como una breve descripción del significado de sus puntuaciones altas y bajas.

Dimensión	Nº de ítems	Peor puntuación 0	Mejor puntuación 100
Función Física (FF)	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas incluido bañarse o ducharse debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas, incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a su salud
Rol Físico (RF)	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor Corporal (DC)	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud General (SG)	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore
Vitalidad (V)	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función Social (FS)	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo las actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol Emocional (RE)	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud Mental (SM)	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Transición de salud (TS)	1	¿Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año?	¿Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace un año?

(VALORACIÓN PSICOMÉTRICA DE LOS COMPONENTES FÍSICOS (CSF) Y MENTALES (CSM) DEL SF-36 EN PACIENTES INSUFICIENTES RENALES CRÓNICOS EN TRATAMIENTO CON HEMODIÁLISIS)

## Anexo 8

### 8.1 Paso 1:ARTÍCULOS recodificación

Números de preguntas	Cambio Original	Valor recodificado para la categoría
3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j	1 2 3	0 50 100
4a, 4b, 4c, 4d, 5a, 5b, 5c, 9b, 9c,9f, 9g, 9i, 10, 11a, 11c	1 2 3 4 5	0 25 50 75 100
7	1 2 3 4 5 6	100 80 60 40 20 0
1, 2, 6, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d	1 2 3 4 5	100 75 50 25 0

## 8.2 Paso 2: PUNTOS DE PROMEDIO recodificado en ESCALAS

Dimensión	Número de ítems en la escala	Promedio siguiente de los ítems recodificados
Función física	10	3a,3b,3c,3d,3e,3f,3g,3h,3i,3j
Rol Físico	4	4a,4b,4c,4d
Rol Emocional	3	5a,5b,5c
vitalidad	4	9a,9e,9g,9i
Salud mental	5	9b,9c,9d,9f,9h
Función social	2	6,10
dolor corporal	2	7,8
Salud general	5	1,11a,11b,11c,11d
[transición de Salud]	1	2