



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**Percepción de los Adultos Mayores respecto del uso de Hierbas medicinales,
Quilpué, 2018.**

Trabajo de titulación presentado
en conformidad a los requisitos
para obtener el grado de
licenciado de Enfermería.

Profesor Guía Metodológico: Paola Andrea Ruiz Araya
Profesor Guía Académico: María Rosa Oyarce Quiróz

Autores:

Estefanía Barraza Silva.
Diana Farías Maldonado.
Juanita Herrera Placencia.

Viña del Mar, Chile

2018

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
1 CAPITULO 1.- Antecedentes del estudio.....	9
1.1 PRESENTACIÓN PROBLEMA.....	9
1.2 JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO DEL TEMA	11
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.4 OBJETIVO GENERAL	14
2 CAPITULO 2.- Marco teórico.....	15
2.1 PERCEPCIÓN	15
2.2 AUTOCUIDADO	16
2.3 MEDICINA TRADICIONAL	16
2.4 HISTORIA DE LAS PLANTAS MEDICINALES.....	17
2.5 MEDICAMENTOS HERBARIOS	18
2.6 HIERBAS	19
2.7 PREPARACIONES HERBARIAS	19
2.8 USO TRADICIONAL DE MEDICAMENTOS HERBARIOS.....	20
2.9 MEDICINA TRADICIONAL Y MODERNA.....	20
2.10 DATOS ESTADÍSTICOS: USO DE MEDICINA COMPLEMENTARIA/ALTERNATIVA (MCA)	23
2.11 ADULTO MAYOR.....	26
2.12 TEORÍA DE DOROTHEA OREM	26
❖ PERSONA.....	28
❖ SALUD	28
❖ ENFERMERÍA	29

2.13	LINEA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA	29
3	CAPITULO 3.- Metodología de estudio	31
3.1	TIPO DE ESTUDIO.....	31
3.2	TEORIA FUNDAMENTADA.....	32
3.3	DISEÑO SISTEMÁTICO.....	33
3.4	DISEÑO EMERGENTE	34
3.5	UNIVERSO	34
3.6	MUESTRA	34
3.7	OBTENCION DE LA MUESTRA.....	36
3.8	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	36
3.9	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	36
3.10	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.11	VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO.....	37
3.12	ENTREVISTA	38
3.13	ENTREVISTA ABIERTA.....	39
3.14	PROCEDEMIENTO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	39
3.15	ENFOQUE Y PROCEDIMIENTOS ÉTICOS.....	40
3.16	PRINCIPIO DE AUTONOMÍA.....	42
3.17	PRINCIPIO DE BENEFICENCIA	43
3.18	PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA.....	43
3.19	PRINCIPIO DE JUSTICIA.....	44
4	CAPITULO 4.- Formas de codificación.....	45
4.1	CODIFICACIÓN ABIERTA	46
4.2	CODIFICACIÓN AXIAL.....	48
4.3	CODIFICACIÓN SELECTIVA	49
4.4	EL MUESTREO TEÓRICO.....	50
4.5	LA CODIFICACIÓN TEÓRICA	51
4.6	LA SATURACIÓN TEÓRICA.....	51
4.7	PERFIL DE PARTICIPANTES.....	52

5	CAPITULO 5.- Análisis de resultados.....	53
5.1	ANALISIS DE LOS RESULTADOS	53
5.2	MATRIZ	54
5.3	DIMENSIONES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS.	57
5.4	ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES.....	58
5.5	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	67
6	CAPITULO 6.- Conclusiones.....	68
6.1	CONCLUSIÓN.....	68
6.2	DISCUSIÓN.....	71
6.3	SUGERENCIAS.....	74
6.4	BIBLIOGRAFÍA.....	75
7	CAPITULO 7.- Anexos	82
7.1	ANEXO 1: CARTAS DE PRESENTACIÓN.....	82
7.2	ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	83
7.3	ANEXO 3: CARTA GANTT	97
7.4	ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	98
7.5	ANEXO 5: EXPERTO (A): KATHERINE ALIAGA	100
7.6	ANEXO 6: EXPERTO (A): JOSÉ LUIS CIFUENTES.....	102
7.7	ANEXO 7: EXPERTO (A): CLAUDIA SANDOVAL.....	104
7.8	ANEXO 8: ENTREVISTAS	106
	ENTREVISTA 1.....	106
	ENTREVISTA 2.....	107
	ENTREVISTA 3.....	108
	ENTREVISTA 4.....	109
	ENTREVISTA 5.....	110
	ENTREVISTA 6.....	111

RESUMEN

Introducción: El uso de hierbas medicinales por parte de la población longeva ha incrementado considerablemente sus cifras en los últimos años debido en parte a una mayor demanda de productos de origen natural y por otro lado como fruto de una búsqueda de alternativas seguras, accesibles y eficaces a los medicamentos.

Objetivo: Describir la percepción de los Adultos Mayores de 65 años o más sobre el uso de hierbas medicinales en la junta de vecinos Las Rosas en la comuna de Quilpué, en el año 2018.

Materiales y método: Se realizó un estudio cualitativo de tipo descriptivo transversal y se utiliza como metodología de análisis e investigación la teoría fundamentada.

Se realizó entrevista abierta no estructura a adultos mayores pertenecientes a la junta de vecinos Las Rosas en la comuna de Quilpué.

Resultados: El total de los entrevistados ha utilizado hierbas medicinales a lo largo de su vida para distintas dolencias siendo las más prevalente los dolores estomacales y las hierbas más utilizada son; manzanilla, menta, ruda y toronjil.

La mayoría de la población expreso que el beneficio que le proporciona usar las plantas medicinales es que son accesibles y de bajo costo económico por lo que curan sus dolencias y su consumo no causa daño a excepción de una persona que expreso que consumir una cantidad elevada puede ser perjudicial.

Palabras claves: percepción, adultos mayores, hierbas medicinales, consumo, salud, autocuidado.

ABSTRACT

Introduction: The use of medicinal herbs on the part of the elders has increased considerably his numbers in the last years owed partly to a major demand of products of natural origin and on the other hand as fruit of a search of sure, accessible and effective alternatives to the medicines.

Objective: To describe the perception of Senior Citizen from 65 years old or more, about the use of medicinal herbs in the neighbors board Las Rosas in Quilpué commune, in the year 2018.

Materials and method: It has been made a qualitative study of descriptive transverse type and it is use like a methodology of analysis and investigation from substantiate theory.

It has been made an open and unstructured interview to senior citizens from Las Rosas neighbor's board association from Quilpué.

Results: All the interviewees have used medicinal herbs throughout their lives for different illnesses, being the most prevalent the stomachache, and the most used herbs are; chamomile, mint, ruta (herb of grace) and balm.

The majority of population showed that the benefits for the use of medicinal herbs are the accessibility and low cost, because the herbs recover their illness and the use doesn't cause damage, with the exception of a person who said that consuming a high could harmful.

Keywords: perception, Senior Citizens, medicinal herbs, consumption, health, self-care.

INTRODUCCIÓN

El autoconsumo de hierbas medicinales forma parte de las diferentes prácticas que las personas realizan para su autocuidado (Veliz-Rojas, Mendoza-Parra & Barriga, 2015).

Esta tradición forma parte de las riquezas culturales de nuestra sociedad y su permanencia en el tiempo, pueden ayudar a comprender las tradiciones de diferentes culturas que del pasado han llegado hasta nuestro presente. Es relevante conocer si es preciso conservar, preservar y transmitir el conocimiento sobre las plantas medicinales (Pozo, 2011).

Respecto al concepto de hierbas medicinales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) las define como materiales vegetales brutos, tales como hojas, flores, frutos, semillas, tallos, madera, corteza, raíces, rizomas y otras partes de las plantas, enteros, fragmentados o pulverizados, que se utilizan para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales (OMS, 2013).

En esta misma línea, señala que demandan precauciones en su uso, pues pueden traer riesgos a la salud al ser manipuladas de forma incorrecta (OMS, 2013).

En el caso de Chile, en el año 2009, un total de 103 plantas medicinales denominadas medicamentos herbarios tradicionales (MHT) se incorporaron en el

concepto de medicamentos (Biblioteca del congreso nacional de Chile [BCN], 2011).

A pesar de esta situación, estas no son habitualmente indicadas por el personal sanitario (BCN, 2011).

La literatura señala que el uso de hierbas medicinales es común en la población, la gente cree que son más inocuas que los productos farmacéuticos y que tienen menos riesgos (OMS, 2013).

Al respecto, existen pocos estudios en Chile sobre el uso de hierbas medicinales en personas con enfermedades que requieren terapias prolongadas, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares (Veliz-Rojas et al., 2015).

El presente estudio tuvo como objetivo describir e identificar la percepción acerca del uso de hierbas medicinales en adultos mayores pertenecientes a la junta de vecinos Las Rosas en la comuna de Quilpué, región de Valparaíso, Chile.

1 CAPITULO 1.- Antecedentes del estudio.

1.1 PRESENTACIÓN PROBLEMA

El autoconsumo de hierbas medicinales forma parte de diferentes prácticas que las personas utilizan para el cuidado de su salud. La historia de la utilización de las hierbas medicinales como fuente terapéutica tuvo su inicio durante la evolución humana, cuyas prácticas asociadas al cuidado de la salud estaban orientadas a los conocimientos populares traspasados a través de las tradiciones y costumbres (Borges, Celoin, Barbieri & Heck, 2010, citado en Véliz-Rojas et al., 2015).

Respecto al concepto de hierbas medicinales, se define como materiales vegetales brutos, tales como hojas, flores, frutos, semillas, tallos, madera, corteza, raíces, rizomas y otras partes de las plantas, enteros, fragmentados o pulverizados, que se utilizan para la prevención, diagnóstico, mejora o tratamiento de enfermedades físicas o mentales (Organización Mundial de la salud, [OMS], 2013, citado en Véliz-Rojas et al., 2015).

La imagen del que sufre o padece de fiebre y dolores ha sido parecida en todos los lugares y en todos los tiempos. Sin embargo, lo que ha cambiado significativamente es la manera en la cual los médicos y los curanderos han visto al enfermo durante el transcurso de los siglos y desde los diferentes puntos de vista de las corrientes de la medicina, las cuales han buscado las causas de las enfermedades y las formas de curarlas (Kerckhoff, 2015).

Ante al aumento y utilidad que están teniendo las hierbas medicinales como agentes terapéuticos y su incorporación a nivel comunal y/o poblacional, especialmente en el nivel primario de atención de salud, tanto la OMS como

Ministerios de salud, específicamente en Chile, han venido trabajando en los últimos años en políticas y el regulamiento que buscan controlar el uso eficaz, seguro y la calidad propia de medicamentos herbarios tradicionales. (Ministerio de Salud, [MINSAL], 2018).

Las hierbas medicinales demandan precauciones en su uso, pues pueden ofrecer riesgos a la salud al ser manipuladas de forma incorrecta (Franca, Souza, Baptista, Britto, 2008, citado en Veliz-Rojas et al., 2015).

1.2 JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO DEL TEMA

En noviembre de 2009 el Ministerio de Salud de Chile puso en circulación un libro de 113 Medicamentos Herbarios Tradicionales (MHT), esto con la finalidad de informar a la comunidad sobre las 113 especies vegetales que son de ayuda para la salud y que detalla características generales de la planta, como también su origen, usos, formas de consumo y recomendaciones (MINSAL, 2010).

La investigación se sustenta teóricamente en el modelo de autocuidado de Dorothea Orem el cual fue publicado en 1971 e incluye tres conceptos relacionados: autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas de enfermería. El concepto de autocuidado se refiere a aquellas actividades que realiza un individuo a lo largo de su vida para promover y mantener el bienestar personal (Prado, González, Paz & Romero, 2014).

El concepto básico desarrollado por Dorothea Orem acerca del autocuidado se define como un conjunto de acciones que realiza la persona para controlar factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Por lo tanto el autocuidado, es una conducta que debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de actividades que las personas maduras, o que están en proceso de maduración, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Prado et al., 2014).

Según lo expuesto anteriormente las autoras asumen el autocuidado como una responsabilidad que tiene cada persona para el fomento, conservación y cuidado

de su propia salud. Por lo que se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto (Prado et al., 2014).

Respecto a las hierbas medicinales, en el Ministerio de salud existe un área técnica encargada de las orientaciones de política, elaboración de normas que regulan y entregan apoyo a la gestión de actividades relacionadas con el conocimiento y práctica de las llamadas Medicinas Complementarias / Alternativas (MINSAL 2015).

La realización del siguiente estudio se justifica por obedecer, al menos, a tres criterios de relevancia de un estudio, entre los que señala la literatura: conveniencia de la investigación, impacto social e implicancias prácticas (Hernández, Fernández & Baptista, 1997, citado en Fassio & Pascual, 2016).

En la cuenta pública de la comuna de Quilpué, en relación a las metas e indicadores sanitarios podemos ver que el 95% de la población no presenta una hipertensión (HTA) compensada en > 15 años en población bajo control, se puede ver que el 96% de la tasa de consulta de morbilidad y controles médicos son insuficientes en el control de la enfermedad crónica (Municipalidad de Quilpué, 2017).

La mayoría de los estudiantes de la Universidad de las Américas, han participado en las actividades de intervención comunitaria, familiarizándose con los barrios, los vecinos y las vecinas; definiendo prioridades sociales y de salud en conjunto con la comunidad y participando en seminarios de reflexión respecto de la realidad local en salud, así como en el año 2017, se llevó a cabo el proyecto realizado por alumnos de Enfermería “Cultivando mi buena salud” (Observatorio UDLA, 2017).

El proyecto, anteriormente descrito, fue llevado a cabo en la población Las Rosas, Quilpué por medio de la línea de intervención comunitaria de la Universidad de las Américas, tratado sobre las hierbas medicinales y sus principales funciones o usos y así poder evitar la automedicación. Aquel proyecto fue llevado a cabo gracias a la incertidumbre e interés de la población por este tema en específico, dándolo a conocer en un censo barrial realizado en una de las visitas.

Para la presente investigación, es necesario entregar antecedentes que permitan a los profesionales de salud conocer sobre la percepción de los adultos mayores con respecto del uso de hierbas medicinales en la población Las Rosas en la comuna de Quilpué, Quinta Región de Valparaíso (Observatorio UDLA, 2017).

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de los Adultos Mayores de 65 años o más respecto del uso de Hierbas medicinales en la Junta de vecinos Las Rosas en el año 2018?

1.4 OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción de los Adultos Mayores de 65 años o más sobre el uso de hierbas medicinales en la junta de vecinos Las Rosas en la comuna de Quilpué, en el año 2018.

2 CAPITULO 2.- Marco teórico

El autoconsumo de hierbas medicinales forma parte de las diferentes prácticas que las personas realizan para el cuidado de su salud. El proceso histórico de la utilización de las hierbas medicinales como fuente terapéutica tuvo su inicio durante la propia evolución humana, cuyas prácticas asociadas al cuidado de la salud estaban orientadas a los conocimientos populares traspasados a través de las tradiciones y costumbres (Veliz-Rojas et al., 2015).

En los últimos años un 80% de la población mundial ha recurrido al uso de las plantas medicinales para tratar distintas enfermedades o afecciones, porque son fáciles de adquirir y de bajo costo en comparación a los productos farmacéuticos (Huamantupa, Cuba, Urrunaga, Paz, Ananya, Callalli, Pallqui & Coasaca, 2011).

2.1 PERCEPCIÓN

La percepción se entiende como un proceso personal y subjetivo, que sólo puede comprenderse contextualizándose en el universo de creencias, valores, nivel educacional y comportamientos del medio sociocultural de cada persona (Sacci, Hausberger & Pereyra, 2009).

Este proceso es necesariamente selectivo y puede compararse a la mirada en un espejo en el cual se refleja una imagen que no es la realidad misma. En ese "espejo" la imagen se agranda, se achica, se ilumina u oscurece, de acuerdo a la posición que dispongamos para observarla. De igual manera, la percepción que cada uno tiene de la realidad, se produce de acuerdo al modo y al lugar y/o situación desde donde se encuentre la persona (Sacci et al., 2009).

La percepción es subjetiva, selectiva y temporal. Subjetiva porque cada individuo le da un significado distinto a los estímulos que recibe del ambiente; selectiva porque ante la imposibilidad de percibirlo todo, el individuo selecciona su campo perceptual de acuerdo a sus necesidades y experiencias previas; temporal porque es un fenómeno a corto plazo, debido a los estímulos del medio varían e incluso la misma experiencia vivida por el sujeto le permite percibir de manera distinta el mismo estímulo que se pueda repetir (Jiménez, 2011, citado en Montero & Raffo, 2013).

2.2 AUTOCUIDADO

Se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar tanto factores internos como externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están en proceso de crecimiento, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por si mismos y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar, además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante el beneficio de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Prado et al., 2014).

2.3 MEDICINA TRADICIONAL

La medicina tradicional comprende un conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención,

diagnóstico, mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales (OMS, 2017).

La Medicina Tradicional se define como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias beneficiosas que incorporan medicinas a base en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el equilibrio, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades. Complementariamente, se debe considerar que son sistemas tradicionales de salud, que incorporan elementos del ritual y de la visión del mundo, los cuales actúan de manera integral, asumiendo diversas dimensiones de la vida en el continuo proceso de curar y/o sanar (OMS, 2017).

2.4 HISTORIA DE LAS PLANTAS MEDICINALES

Desde tiempos ancestrales las culturas indígenas han utilizado diferentes plantas para curar ciertos tipos de males propios de cada zona geográfica, para ritos espirituales y como decoración ceremonial. Hoy en día se ha tomado estos conocimientos y se han incorporado a la botica dándolos a conocer como medicina alternativa o tradicional. Esta costumbre forma parte de nuestra cultura del siglo XXI, pero lo que se ha dejado de lado es el conocimiento que complementa este ancestral método de sanación, como el control energético tanto del cuerpo como el de la hierba recetada o la combinación prescrita de complementarlos nuevamente a la medicina moderna (Rodríguez, Pérez, Iglesias, Gallego, Veiga & Cotelo, 2015).

En la historia antigua se registra que los indígenas poseían un amplio conocimiento sobre los vegetales y hierbas medicinales, así como también de la

anatomía del cuerpo humano. Lo que les permitió curar con certeza muchas de las enfermedades que se presentaban en aquellos tiempos (Correia & Dáder, 2016).

La utilización de hierbas para la curación tiene orígenes muy ancestrales. Existen diferencias entre los diversos textos históricos sobre el origen de la curación por medio de plantas. Lo cierto es que entre los primeros pueblos que se beneficiaron con las hierbas medicinales figuran los asiáticos, como, por ejemplo, China. En la época Antigua aparecen estas prácticas entre los pueblos egipcios y hebreos, así como griegos y romanos. Así en los trabajos de Hipócrates, Teofrasto, Galeno y Celso, entre otros aparecieron las primeras descripciones de plantas medicinales (Correia & Dáder, 2016).

Entre los pueblos de América Latina, diversas culturas se han destacado por la utilización de hierbas medicinales. Las civilizaciones mayas y aztecas estaban muy desarrolladas en este sentido, mucho más que los europeos. En Ecuador, la medicina tradicional se originó en el medio rural. Por los cronistas se sabe que los guaraníes de las misiones tuvieron un papel importante y luego estos usos fueron lentamente penetrando a través de los curanderos y arraigándose en vastos sectores de la población (Arrol, 2005 citado en Correia & Dáder, 2016).

2.5 MEDICAMENTOS HERBARIOS

Abarca hierbas, material herbario, preparaciones herbarias y productos herbarios acabados, que contienen como principios activos partes de plantas, materiales vegetales, o combinaciones de esos elementos” (OMS, 2017).

Las razones del uso de hierbas medicinales coinciden con afecciones de salud, tales como hipertensión, resfríos o gripe, los problemas estomacales, entre otras,

que pueden ser resueltas desde los propios cuidados y que no requieren asistencia inmediata o por especialistas de la salud. Se destaca el consumo de hierbas medicinales como una forma de mantener la salud o prevenir enfermedades.

Lo anterior puede significar la visualización de estos productos como inocuos, sanos y que no ocasionaran daños a la salud (Véliz-Rojas et al., 2015).

2.6 HIERBAS

Comprenden vegetales brutos, tales como hojas, flores, frutos, semillas, tallos, madera, corteza, raíces, rizomas y otras partes de plantas, enteros, fragmentados o pulverizados. En algunos países estos productos se pueden elaborar mediante diversos procedimientos locales, como el tratamiento con vapor, el tostado o el rehogado con miel, bebidas alcohólicas u otros materiales que se pueden utilizar para la prevención, diagnóstico, mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales (OMS, 2017).

2.7 PREPARACIONES HERBARIAS

Son la base de productos herbarios acabados y pueden componerse de materiales herbarios triturados o pulverizados, o extractos, tinturas y aceites grasos de materiales herbarios. Se producen por extracción, fraccionamiento, purificación, concentración y otros procesos biológicos o físicos. También comprenden preparaciones obtenidas macerando o calentando materiales herbarios en bebidas alcohólicas o miel o en otros materiales (OMS, 2017).

2.8 USO TRADICIONAL DE MEDICAMENTOS HERBARIOS

Empleo prolongado a lo largo de la historia. Su uso está bien establecido y ampliamente reconocido como inocuo y eficaz y puede ser aceptado por las autoridades nacionales (OMS, 2017).

2.9 MEDICINA TRADICIONAL Y MODERNA

Una de las diferencias principales entre la medicina tradicional y la moderna es la protección legal otorgada al conocimiento. Históricamente, los curanderos han compartido sus conocimientos y experiencia sin restricciones, definiendo el “acceso libre” incluso antes de que existiera el término. En cambio, la medicina moderna está sujeta a rigurosas leyes de protección de la propiedad intelectual al contar con todo un sistema de patentes muy desarrollado, así se ha logrado proteger el conocimiento de los fármacos o las técnicas (Shetty, 2010, citado en Pozo, 2014).

Más allá de las diferencias entre estos sistemas de conocimiento, las iniciativas para integrar la medicina tradicional a la moderna también tienen que lidiar con diferencias significativas en cuanto a la reglamentación (Lugo, 2009 citado en Pozo, 2014).

Todos los países tienen algún tipo de autoridad nacional en materia de fármacos, responsable de administrar y gestionar las medicinas modernas y formular las políticas farmacéuticas (Santillán, 2012 citado en Pozo, 2014).

Los países en desarrollo con una larga historia en medicina tradicional también buscan vías para modernizar y reglamentar su legado médico. En China, la

medicina moderna y la tradicional se ejercen a la par en todos los niveles del sistema de salud. El gobierno otorga la misma importancia al desarrollo de ambas y existe una amplia y activa comunidad investigadora en torno a la “medicina integral” (Serrano, 2010 citado en Pozo, 2014).

Más allá de la sostenibilidad de recursos naturales, unir la medicina tradicional y la moderna supone numerosos retos que se derivan de diferencias claves en el acceso, la formulación, regulación, ensayos, dosificación, consulta y formulación.

A continuación, se muestran las diferencias entre medicina tradicional y medicina moderna (Figura 1).

Figura N° 1. Diferencias claves entre medicina tradicional y medicina moderna

	Medicina Tradicional	Medicina Moderna
Protección del conocimiento	Acceso libre	Acceso restringido, protegido por patentes
Formulación	Consulta con el paciente	Predeterminada y una vez probada en ensayos clínicos no se puede cambiar salvo previa repetición de ensayos
Regulación	Casi inexistente, aunque algunos países intentan introducir normas y estándares	Sumamente estricta, al punto de costar miles de millones de dólares introducir un fármaco en el mercado
Ensayos	Sin ensayos formales, pues el conocimiento sobre la eficacia pasa de generación en generación	Ensayos rigurosos, divididos en distintas etapas, primero para evaluar seguridad y luego eficacia
Dosificación	No establecida: la cantidad prescrita puede ser similar, pero el principio activo (la auténtica dosis) puede presentar enormes variaciones	Dosis establecida, con pequeñas variaciones según edad, peso o gravedad de la afección
Consulta	Extensa. El paciente es interrogado sobre una multiplicidad de aspectos más allá de sus síntomas	Tanto en la atención primaria como secundaria, tiende a ser breve y específica, en especial por la sobrecarga de los sistemas nacionales de salud
Formación	Los dos sistemas requieren una formación de muchos años, pero en la medicina tradicional el conocimiento se transmite persona a persona en el ámbito familiar y la ocupación suele "heredarse".	Por lo general, vocacional: los profesionales de la salud siguen estudios formales en colegios y universidades

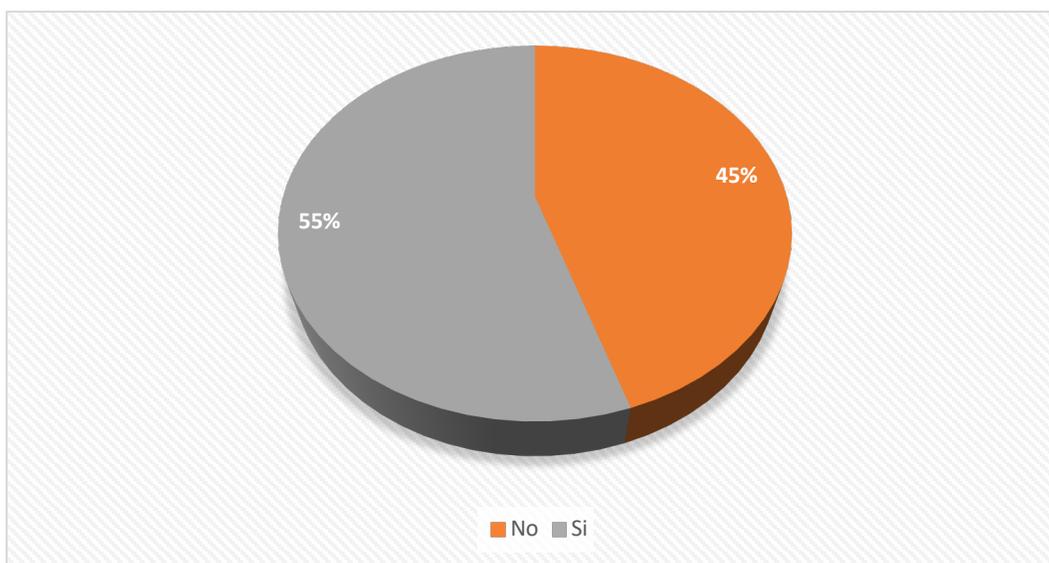
(Shetty, P. 2010 citado en Pozo, G., 2014).

2.10 DATOS ESTADÍSTICOS: USO DE MEDICINA COMPLEMENTARIA/ALTERNATIVA (MCA)

Si bien el uso de la MCA ha aumentado a nivel mundial, Chile no es la excepción. Tal situación lo demuestran las cifras obtenidas en esta investigación, en donde un 55% de la población señaló haber utilizado al menos una Medicina Complementaria Alternativa durante su vida (Ver gráfico número 1) (Subsecretaría de Salud Pública, 2012).

GRÁFICO 1

Uso de medicina complementaria y alternativa en Chile.

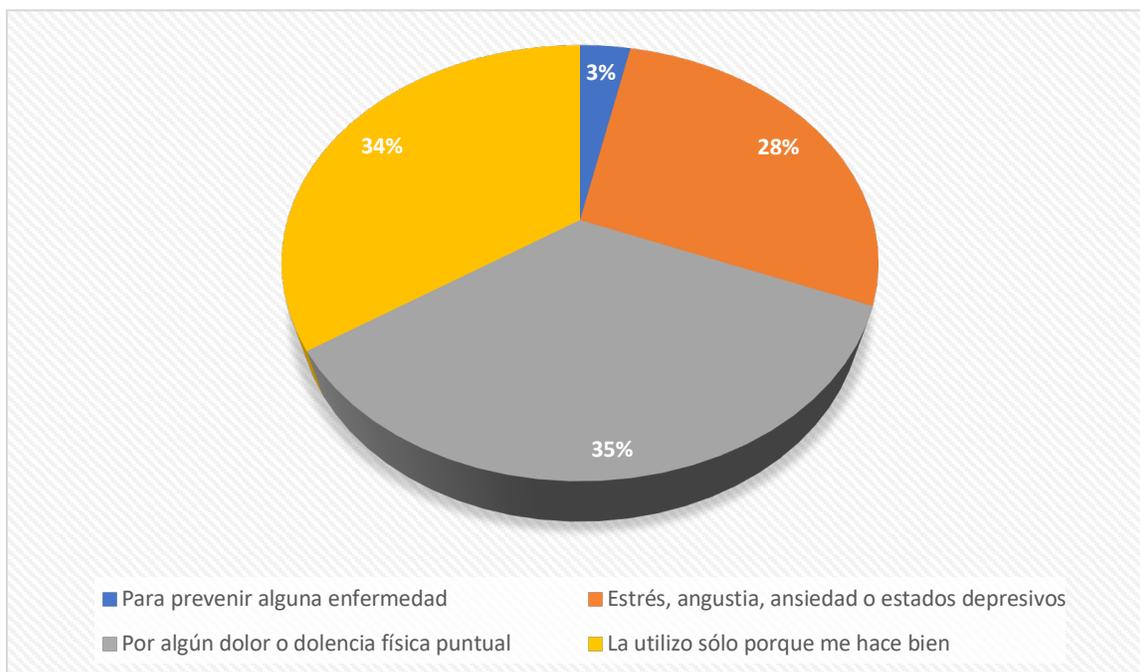


(Subsecretaría de Salud Pública, 2012)

El “estrés, angustia, ansiedad o estados depresivos” se constituye como el tercer motivo de uso con un 27,9%. Mientras que sólo un 3,3% señaló que utiliza la MCA para prevenir alguna enfermedad (Subsecretaría de Salud Pública, 2012).

GRÁFICO 2

Motivos del uso de hierbas medicinales, en la ciudad de Antofagasta, 2012.



(Subsecretaría de Salud Pública, 2012)

Dentro de las razones que motivan a la población de Valparaíso al uso de la MCA, encontramos que la razón principal de uso es “por algún dolor o dolencia física puntual” con un 38,6% (Subsecretaría de Salud Pública, 2012).

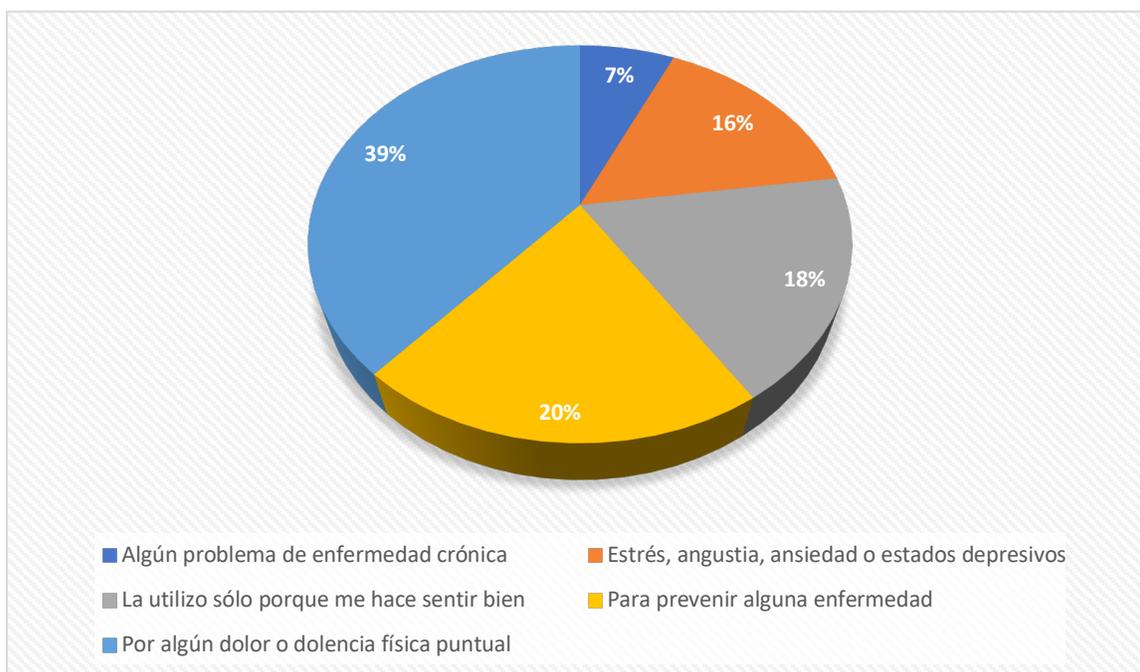
Un segundo motivo, y no registrado en ninguna otra ciudad es “para prevenir alguna enfermedad” con un 20,5%, lo que nos permitiría conjeturar que la MCA al menos en esta región tiene como finalidad no sólo sanar una dolencia física, sino que también prevenir ciertos malestares y o enfermedades (Subsecretaría de Salud Pública, 2012).

El tercer motivo de uso de la terapia en esta ciudad está representado por la categoría “la utilizo sólo porque me hace sentir bien” con un 18,2%. Mientras que

la cuarta razón de uso de debe al “estrés, angustia, ansiedad o estados depresivos” con un 15,9%. Por su parte, solo un 6,8% utiliza este tipo de terapia “por algún problema de enfermedad crónica” (Subsecretaría de Salud Pública, 2012).

GRÁFICO 3

Motivos de uso de hierbas en la ciudad de Valparaíso, 2012.



(Subsecretaría de Salud Pública, 2012)

2.11 ADULTO MAYOR

Se considera adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual a 65 años (OMS, 2017).

Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran individuos, socialmente, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por la carencia de recursos personales, económicos, del entorno familiar, comunitarios y de acceso a las políticas de protección del Estado vulnerables (Guerrero-R. & Yépez-ch., 2015).

2.12 TEORÍA DE DOROTHEA OREM

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería (Naranjo, Concepción & Rodríguez, 2017).

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea Orem en 1969, es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (Naranjo et al., 2017).

Dorothea Orem estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del

autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de Enfermería (Naranjo et al., 2017).

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorothea e Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

- ❖ Requisito de autocuidado universal.
- ❖ Requisito de autocuidado del desarrollo.
- ❖ Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica (Naranjo et al., 2017).

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado.

También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado desarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los

propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar (Naranjo, et al., 2017).

Dorothea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos: persona, salud, enfermería.

❖ **PERSONA**

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente (Naranjo et al., 2017).

❖ **SALUD**

La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona (Naranjo et al., 2017).

❖ ENFERMERÍA

Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (Naranjo et al., 2017).

Dorothea Orem aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo (Naranjo et al., 2017).

2.13 LINEA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

La intervención comunitaria se caracteriza, entre otros aspectos, por la incorporación de los recursos naturales de las personas, familias y grupos de una comunidad, en los procesos de resolución y prevención de los problemas sociales (Avello, Román & Zambrano, 2017).

La intervención comunitaria se llena de sentido si incorporamos la importancia que el apoyo social tiene en la salud y el bienestar, las transiciones vitales y las situaciones de crisis, y nos situamos desde el marco ecológico desarrollando trabajos de redes sociales tanto desde un punto de vista individual-familiar como desde un punto de vista comunitario (entramado de redes), en una determinada población. Elaborando estrategias concretas que potencien, creen o complementen esos recursos naturales estamos trabajando en los distintos niveles

de la intervención comunitaria, e incidiendo desde cualquiera de estos en los demás niveles (Avello et al., 2017).

En el caso de la Universidad de las Américas trabaja con un enfoque basado en la línea de intervención comunitaria llevada a cabo en el barrio, con líderes sociales que asumen un rol de co-docentes de las asignaturas, ya que actúan como expertos/as conocedores de las condiciones de vida de las comunidades donde viven. Son los encargados de informar las posibilidades y los mecanismos que se requieren para que los vecinos y vecinas mejoren sus condiciones de vida (Observatorio UDLA, 2017).

En ese contexto, el componente territorial busca aportar a la articulación entre organizaciones barriales y al fortalecimiento de su autonomía a través de diversas estrategias de gestión comunitaria, que permiten potenciar las capacidades de las organizaciones promoviendo sus derechos y poder en la toma de decisiones a nivel local (Observatorio UDLA, 2017).

3 CAPITULO 3.- Metodología de estudio

3.1 TIPO DE ESTUDIO

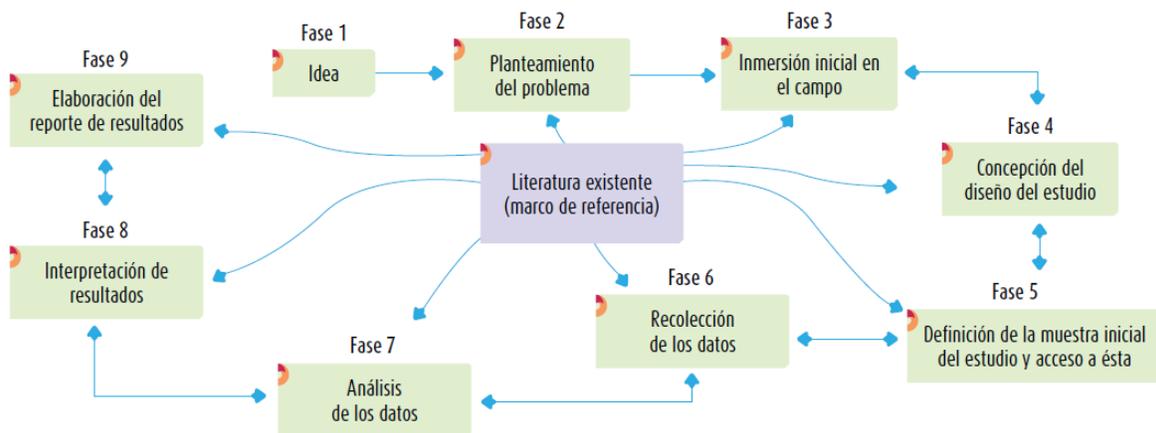
El tipo de estudio corresponde a cualitativo utiliza la recolección de datos, sin la necesidad de medición numérica para definir o afinar las preguntas de investigación en el proceso de interpretación (Hernández, Fernández & Baptista, 2013).

Existen ciertas características que identifican la investigación cualitativa. Por una parte, los investigadores centran su interés en acceder a las experiencias y los datos en su entorno natural de manera que pueda existir un espacio para que se expresen las peculiaridades y experiencias de las mismas. Otro rasgo importante en este tipo de investigación es que no tiene en un principio un concepto totalmente claro de lo que se estudia, ni una hipótesis que se pueda validar posteriormente. Los conceptos y las hipótesis se van formulando a lo largo de la propia investigación. Los métodos y las teorías que se aplican al objeto de estudio deben adaptarse al mismo y si no es así se vuelven a formular, se adaptan o se desarrollan nuevos métodos o enfoques. Así, el investigador es una parte fundamental del proceso de investigación no solo aportando experiencias de campo, sino participando con su propia reflexividad (Hernández, 2014).

La acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular” y no siempre la secuencia es la misma, varía de acuerdo con cada estudio en particular (Hernández et al., 2013).

Se puede observar en la siguiente figura (figura N° 2) las diferentes fases para elaborar un proceso cualitativo.

Figura N°2. Proceso cualitativo



(Hernández, Fernández & Baptista, 2013).

3.2 TEORIA FUNDAMENTADA

La Teoría Fundamentada fue enunciada por Strauss y Glaser en 1967 y consiste en una metodología que trata de desarrollar una teoría basándose en la recolección y análisis sistemático de datos empíricos, no partiendo de ninguna teoría o hipótesis inicial (Hernández, 2014).

Es una metodología de análisis unida a la recogida de datos, que utiliza un conjunto de métodos, sistemáticamente aplicados, para generar una teoría inductiva sobre un área sustantiva. El producto de investigación final constituye una formulación teórica, o un conjunto integrado de hipótesis conceptuales, sobre el área sustantiva que es objeto de estudio (Hernández, 2014).

Su principal diferencia respecto a otras metodologías cualitativas es que centra un gran interés en el desarrollo de una teoría sustentada en los datos procedentes del trabajo de campo. Glaser y Straus distinguen dos tipos de teorías, la teoría sustantiva y la teoría formal. La primera hace referencia al proceso de construcción teórico que surge de los datos que se obtienen sobre el objeto de estudio. Esta teoría se diferencia de otro tipo de teorías que se extraen con la utilización de estrategias deductivas, más interesadas en la comprobación de hipótesis preliminares (Hernández, 2014).

En base a esto, la recogida de datos y análisis de los mismos se realiza de manera que permita comprobar las hipótesis emergentes, que relacionan los distintos conceptos. Esta cuestión está presente durante toda la investigación, desde su inicio hasta su finalización (Hernández, 2014).

Para construir una teoría basada en el objeto de estudio es trascendental la codificación de los datos, la cual se divide en subcategorías, agrupando los datos con propiedades comunes. Para esto es importante centrarse en lo que el entrevistado dice y como lo dice, sin influenciar en las respuestas. Todo esto nos llevará a la repetición de las categorías, lo que se llamará saturación de la muestra (Hernández, 2014).

3.3 DISEÑO SISTEMÁTICO

Se reconoce los siguientes pasos en el análisis de los datos: Codificación abierta, con la que se revisan todos los segmentos del material para analizar, generando categorías iniciales; codificación axial, con la que se agrupan los datos identificados, separados y codificados por el investigador, para crear vínculos

entre categorías y temas, y construir un modelo del fenómeno estudiado y finalmente, codificación selectiva, en la que el investigador regresa a la unidades o segmentos y los compara con su esquema emergente para fundamentarlo, de lo cual derivara una narración que vincule las categorías y describa el proceso o fenómeno estudiado, pudiéndose utilizar cualquiera de las herramientas del análisis cualitativo (Hernández et al., 2010).

3.4 DISEÑO EMERGENTE

Sus autores: Glaser, en 1992; Strauss y Corbin, en 1990 (citados por Hernández et. al, 2010) critican el diseño anterior al considerar que desarrollar un esquema equivale a preconcebir categorías, por lo que la actividad del investigador cualitativo se desvirtúa por buscar comprobar teorías en lugar de generarlas, proponiendo entonces la realización de la codificación abierta y que, de las categorías que emerjan de esta etapa, el investigador conecte entre sí las categorías resultantes para construir teoría (Hernández et al., 2010).

3.5 UNIVERSO

- ❖ El universo utilizado en la investigación es la población de adultos mayores, pertenecientes a la junta de vecinos Las Rosas en la comuna de Quilpué durante el año 2018.

3.6 MUESTRA

En el proceso cualitativo, la muestra es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que

necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia. (Hernández et al., 2013).

El investigador necesita identificar a la población de estudio y dejar claros los criterios de inclusión y exclusión de los participantes, además del tipo de muestreo más adecuado para el estudio (Vivar, McQueen, Whyte & Armayor, 2013).

La muestra que se utilizará en el estudio es el número de entrevistados, pertenecientes al universo antes descrito.

La muestra dirigida obedece a una conveniencia del proceso de investigación (Hernández et al., 2013).

En este caso, dada la dispersión de la población de Adultos mayores y de los recursos que permiten realizar el estudio se ha propuesto elegir a los informantes claves aplicando los criterios de inclusión que luego se exponen.

En la investigación cualitativa el tamaño de la muestra no es tan importante como en la investigación cuantitativa. El tamaño de la muestra depende de lo que se desee estudiar. Otra característica de la muestra en un estudio cualitativo, es contar con casos que posean y brinden la información requerida. Lo que se quiere es captar información rica, abundante y de profundidad de cada caso seleccionado. Es por esto que mucho del éxito de este tipo de investigación dependerá de la capacidad del investigador para observar y para analizar e interpretar información (Martínez, 2012).

3.7 OBTENCION DE LA MUESTRA

La muestra se obtendrá de un grupo de adultos mayores pertenecientes a la junta de vecinos Las Rosas, Quilpué, en donde se aplicaran entrevistas abiertas a realizar en diferentes fechas a la unidad.

3.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Edad de 65 años y más.
- ❖ Que pertenezcan a la junta de vecinos Las Rosas, comuna de Quilpué.
- ❖ Haber participado en el proyecto de intervención comunitaria “Cultivando mi buena salud: Una farmacia natural en mi hogar de la carrera de Enfermería de la Universidad de las Américas 2017.

3.9 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Menores de 65 años.
- ❖ Que no pertenezcan a la junta de vecinos Las Rosas, Comuna de Quilpué.
- ❖ No haber participado en el proyecto de intervención comunitaria “Cultivando mi buena salud: Una farmacia natural en mi hogar de la carrera de Enfermería de la Universidad de las Américas 2017.

3.10 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos ocurre en los ambientes naturales y cotidianos de los participantes o lugares de análisis. En el caso de seres humanos, en su vida diaria: como hablan, en qué creen, que sienten, como piensan, como interactúan, etcétera (Hernández et al., 2013).

La búsqueda del conocimiento a través de la investigación cualitativa se centra en estudiar los fenómenos en su contexto, desde la vivencia, sentido o interpretación de la persona y las complejidades de los fenómenos que percibe. El estudio se fortalece con los resultados de la realidad estudiada, mediante la comprensión subjetiva de estos sucesos en su contexto, con diversos medios de obtención de la información y por medio de un análisis abierto y flexible para su sistematización. Así, se interpreta el sentido y significado que el sujeto de estudio le entrega para explicar y comprender los hechos investigados sin buscar la generalización de sus resultados (Noreña, Alcaraz, Rojas & Rebolledo, 2012).

3.11 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Para la aplicación del instrumento fue necesario validar la pregunta de la entrevista no estructurada “*¿Cuál es la percepción que tiene usted acerca del uso de las hierbas medicinales?*”, cuyo proceso de validación fue analizado por tres profesionales de Enfermería especializados en el área del Adulto Mayor.

Sugiriendo mínimas modificaciones acerca de la pregunta de investigación en donde se recomendó utilizar un vocabulario más simple y coloquial con respecto a

la población objetivo por lo que se realizó el cambio de la palabra percepción modificando la pregunta; “¿Qué piensa usted acerca del uso de las hierbas

medicinales?”, por lo tanto, para el proceso investigativo se consideró que cuyas observaciones son necesarias para que los Adultos mayores tengan mayor claridad acerca de la entrevista.

3.12 ENTREVISTA

En la entrevista cualitativa el investigador debe crear un ambiente donde el entrevistado se sienta confortable y tenga la confianza para expresar sus opiniones e ideas de forma libre. La entrevista debe ser como una conversación en la que el entrevistador no debe realizar ningún tipo de juicio sobre las ideas o los sentimientos expresados por los informantes, ni tampoco limitar su participación por medio de intervenciones de carácter hostil o que hagan notar sentimientos negativos hacia lo expuesto por el entrevistado (Noreña et al., 2012).

Durante la entrevista el investigador no puede interrumpir, debe respetar los silencios del participante evitando realizar interrupciones abruptas y discusiones sobre lo que el otro quiere expresar; el objetivo es que el entrevistado manifieste libremente sus sentimientos y percepciones de las experiencias vividas frente al fenómeno estudiado. Además, durante la entrevista, el investigador puede enfrentar situaciones donde el entrevistado manifieste emociones como alegría, tristeza, angustia, frustración, enfado, entre otras, por lo que este debe poseer habilidades para manejar este tipo de situaciones y estar preparado para silenciar sus propias opiniones acerca de las vivencias y los sentimientos que expresan los participantes. Asimismo, no debe emitir juicios de valor o expresar autoritarismo u

opiniones tajantes o fanáticas que lleguen a afectar o herir al entrevistado (Noreña et al., 2012).

3.13 ENTREVISTA ABIERTA

Es más flexible y abierta, aunque los objetivos de la investigación rigen a las preguntas, su contenido, orden, profundidad y formulación se encuentran por entero en manos del entrevistador. Si bien el investigador, sobre la base del problema, los objetivos, elabora las preguntas antes de realizar la entrevista, modifica el orden, la forma de encauzar las preguntas o su formulación para adaptarlas a las diversas situaciones y características particulares de los sujetos de estudio (Lara, 2013).

La pregunta que se realizará será:

¿Qué piensa usted acerca del uso de las hierbas medicinales?

3.14 PROCEDIMIENTO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización de esta investigación y así dar cumplimiento al protocolo de recolección de datos, se confeccionó un consentimiento informado dirigido a la Junta de vecinos de la Población las Rosas.

Se realizará una reunión de carácter informal con la directora de la Junta de vecinos de Adultos Mayores de la población de las Rosas, para dar a conocer los objetivos de nuestra investigación, obteniendo el permiso pertinente por parte de los Adultos Mayores, todo esto concomitante al permiso de Fabiola Navarro,

Coordinadora de la Escuela de Salud Comunitaria, Campus Los Castaños, Sede Viña del Mar.

Se da comienzo a gestionar el contacto con la muestra, entregar la información del tiempo a realizar y en qué consiste la entrevista.

Se establecen niveles para la recolección de datos:

- ❖ Identificación y contacto con los informantes claves de acuerdo con los criterios de inclusión.
- ❖ Concertación de la entrevista en que, al inicio, se le explicará el sentido y condiciones, se le pedirá su consentimiento y se le entregará un compromiso de confidencialidad por parte de los investigadores y dar la libertad del responder o no a las preguntas realizadas.
- ❖ Realización de las entrevistas individuales, en una sola oportunidad, apoyado en un medio tecnológico de grabación.

3.15 ENFOQUE Y PROCEDIMIENTOS ÉTICOS

Ya que los métodos cualitativos como entrevistas, grupos focales y la observación son esencialmente procesos de interacción humana, pueden surgir riesgos potenciales de interacción, incluyendo la vergüenza, el malentendido y el conflicto de opiniones y valores. La naturaleza personal de la investigación cualitativa requiere que el investigador preste atención a diversas consideraciones, como pueden ser la aprobación ética por parte de expertos de la institución, el consentimiento informado, la confidencialidad o el anonimato (Vivar et al., 2013).

Al emplear herramientas tales como videos o audios puede suceder que durante el tiempo de grabación el informante haga referencia a sucesos delicados o que se

traten temas que no están alineados con el objetivo de la investigación. Esta información, no obstante, puede generar un dilema ético: el investigador puede considerar inicialmente que estos datos aportan algún tipo de información al estudio y lo enriquecen, pero siempre debe primar la confidencialidad, el respeto y el anonimato de los participantes. Sin embargo, si fuera indispensable incluir la

información como resultado del estudio, debe asegurarse que el participante esté de acuerdo. De no ser así, deberá eliminar la parte de grabación en conflicto (Noreña et al., 2012).

Cuando se hace uso de grabaciones, ya sea de audio o video, es necesario dar a conocer a los participantes el empleo de este tipo de métodos, informándoles sobre su desarrollo y el modo en que se manejará la información recolectada (Noreña et al., 2012).

En la siguiente imagen (figura N°3) se muestran algunas características éticas anteriormente nombradas:

Figura N° 3. Criterios de rigor en la investigación cualitativa:

Criterios	Características éticas del criterio
Consentimiento informado	Los participantes deben estar de acuerdo con ser informantes y conocer sus derechos y responsabilidades.
Confidencialidad	Asegurar la protección de la identidad de las personas que participan como informantes de la investigación.
Entrevistas	Se trata de una interacción social donde no se deben provocar actitudes que condicionen las respuestas de los participantes.
Grabaciones de audio o video	Deben resguardarse en archivos confidenciales y el investigador necesita ser cauteloso anteponiendo la confidencialidad, el respeto y el anonimato de los participantes.

(Noreña, Alcaraz, Rojas & Rebolledo, 2012).

Las investigaciones en Enfermería requieren una base sólida de principios éticos a fin de proteger, junto con la dignidad humana, el bienestar físico, psicológico, social y espiritual de toda persona que participe en dichos procesos, sean de índole cuantitativa o cualitativa, debe dejar claramente explicitados los principios de autonomía, de no maleficencia, de beneficencia y de justicia, para todos los participantes, directa e indirectamente involucrados en los estudios científicos con el fin de proteger a todos los participantes (Bermúdez, 2013).

3.16 PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. El principio de autonomía también supone un respeto por las personas, tratarlas como son. El mantenimiento de la autonomía del paciente supone considerarlo capaz para la toma de decisiones; para eso es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde

prevalezcan la información, las dudas y la consideración de los aspectos de su vida cotidiana. El objetivo de la información no es convencer al paciente de la propuesta que se le hace, sino que este pueda tener más argumentos para tomar decisiones relacionadas con su salud (Mora, 2015).

Este principio está involucrado en nuestra investigación y se respetará mediante la aplicación del consentimiento informado, documento que brinda protección a las personas y con el cual, tienen la libertad de elegir si desean participar en la investigación, aplicando su propio razonamiento (Mora, 2015).

3.17 PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

Se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como el mismo.

Este principio está reflejado y se respetará, ya que el diseño de la investigación no contempla procedimientos ni intervenciones que pongan en riesgo la integridad y salud de los participantes, por lo tanto, no hay daños (Mora, 2015).

3.18 PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA

Se trata de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir y evitar el daño físico, mental, social o psicológico (Mora, 2015).

Se contempla debido a la ausencia de daños que pueda llevar a cabo en esta investigación.

3.19 PRINCIPIO DE JUSTICIA

Encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten (Mora, 2015).

Se respeta este principio de acuerdo con lo que es moralmente correcto y apropiado, dando a cada persona lo que le corresponde y el espacio que requiera.

4 CAPITULO 4.- Formas de codificación

En la recolección de datos, la acción esencial consiste en que recibimos los datos de manera no estructurada, a los cuales nosotros les damos estructura. Los datos son muy variados, pero en esencia son narraciones de los participantes:

- ❖ visuales (fotografías, videos, pinturas, entre otros),
- ❖ auditivas (grabaciones),
- ❖ textos escritos (documentos, cartas, etc.)
- ❖ expresiones verbales y no verbales (como respuestas orales y gestos en una entrevista o grupo de enfoque), además de las narraciones del investigador como las anotaciones o grabaciones en la bitácora de campo, ya sea en una libreta o un dispositivo electrónico (Hernández, Fernández & Baptista, 2015).

El procedimiento más común de análisis específico es el que a continuación se menciona y parte de la denominada teoría fundamentada, lo cual significa que la teoría (hallazgos) va emergiendo fundamentada en los datos. Una vez más, sabemos dónde comenzamos (las primeras tareas), pero no donde vamos a terminar. Es sumamente iterativo (vamos y regresamos) y en ocasiones es necesario regresar al campo por más datos enfocados (más entrevistas, documentos, sesiones y otros tipos de datos) (Hernández et al., 2015).

Cuando tenemos grabaciones de audio producto de entrevistas y sesiones, debemos transcribirlas para realizar un análisis exhaustivo del lenguaje (aunque algunos pueden decidir analizar directamente los materiales).

La mayoría de los autores (incluidos nosotros) sugerimos transcribir y analizar las transcripciones, además de analizar directamente los materiales visuales y auditivos (con la ayuda de las transcripciones). Todo dependerá de los recursos con los que dispongamos y del equipo de investigadores con el que contemos (Hernández et al., 2015).

Se codifican los datos para tener una descripción más completa de estos, se resumen, se elimina la información irrelevante, también se realizan análisis cuantitativos elementales; finalmente, se trata de generar un mayor entendimiento del material analizado. La codificación tiene dos planos o niveles: en el primero, se codifican las unidades en categorías; en el segundo, se comparan las categorías entre sí para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones (Hernández et al., 2015).

El proceso de análisis de datos en el que se sustenta la teoría fundamentada se denomina codificación teórica. La interpretación de los textos procedentes de las transcripciones de las entrevistas son un pilar en el que se basarán posteriormente para decidir qué datos se analizarán y se codificarán según distintos procedimientos denominados codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva (Hernández, 2014).

4.1 CODIFICACIÓN ABIERTA

A través de ella se intentan expresar los datos en forma de conceptos. El investigador disecciona, fragmenta, segmenta y aclara los datos que contiene el texto tratando de enumerar una serie de categorías emergentes (San Martín, 2014).

Se denomina codificación abierta al proceso de abordar el texto, con el fin de desnudar conceptos, ideas y sentidos. Respecto a esto Strauss y Corbin (2002) son claros señalando que "para descubrir y desarrollar los conceptos debemos abrir el texto y exponer los pensamientos, ideas y significados contenidos en él" (San Martín, 2014).

Este trabajo es profundamente inductivo, ya que prescinde de una teoría para aplicar conceptos, leyes o dimensiones al texto que se está codificando (San Martín, 2014).

La codificación abierta en la teoría fundamentada es el proceso de análisis por el cual los conceptos se identifican y desarrollan desde el punto de vista de sus propiedades y dimensiones. Los procedimientos analíticos básicos por los que esto se logra son: el planteamiento de preguntas sobre los datos y la realización de comparaciones para las similitudes y las diferencias entre cada incidente, acontecimiento y otros ejemplares de fenómenos. Los acontecimientos e

incidentes similares se etiquetan y agrupan para formar categorías (Hernández, 2014).

La codificación abierta resulta del examen minucioso de los datos para identificar y conceptualizar los significados que el texto contiene. Los datos son segmentados, examinados y comparados en términos de sus similitudes y diferencias. Estas comparaciones deben quedar registradas en anotaciones (memos) que acompañen a cada código (San Martín, 2014).

Es importante agregar que existen dos tipos de códigos: abiertos e *in vivo*. Los primeros conceptualizan el fenómeno a través de la interpretación del analista, en

cambio los segundos son frases literales que expresan las palabras usadas por los individuos (San Martín, 2014).

El resultado de la primera codificación es una lista de códigos de la que, al compararlos respecto de sus propiedades, dimensiones y significados, se obtiene una clasificación, mayor o de segundo grado, denominada categoría. A este proceso se le denomina categorización, y se refiere al resumen de conceptos en conceptos genéricos (San Martín, 2014).

4.2 CODIFICACIÓN AXIAL

Es el proceso de identificación de relaciones entre las categorías obtenidas en la Codificación Abierta y subcategorías, esta relación está determinada por las propiedades y dimensiones de las subcategorías y categorías que se quieren relacionar, teniendo en cuenta que una categoría representa un fenómeno, o sea, un problema, un asunto, un acontecimiento o un suceso que se define como significativo para los entrevistados (San Martín, 2014).

Strauss y Corbin también definen las tareas involucradas en la Codificación Axial:

- ❖ Acomodar las propiedades de una categoría y sus dimensiones, tarea que comienza durante la codificación abierta.
- ❖ Identificar la variedad de condiciones, acciones/interacciones y consecuencias asociadas con un fenómeno.
- ❖ Relacionar una categoría con sus subcategorías por medio de oraciones que denotan hipótesis.
- ❖ Buscar claves en los datos que denoten cómo se pueden relacionar las categorías principales entre sí.

Es una condición para la construcción de la teoría, que las hipótesis iniciales se validen a través de la comparación con los datos. Esto dará paso a la integración de las categorías en una categoría central que expresa el fenómeno en estudio. (San Martín, 2014).

4.3 CODIFICACIÓN SELECTIVA

Este es el tercer paso en el proceso de codificación teórica, aunque no es una etapa independiente de la codificación abierta y axial, sino una extensión de esta última, pero con un mayor nivel de abstracción (San Martín, 2014).

El propósito de esta codificación es obtener una *categoría central* que exprese el fenómeno de investigación e integre las categorías y subcategorías de la codificación abierta y axial (San Martín, 2014).

Entonces, la *categoría central* “consiste en todos los productos del análisis, condensados en unas cuantas palabras que parecen explicarnos de qué trata la investigación” (Strauss y Corbin, 2002, citado en San Martín, 2014).

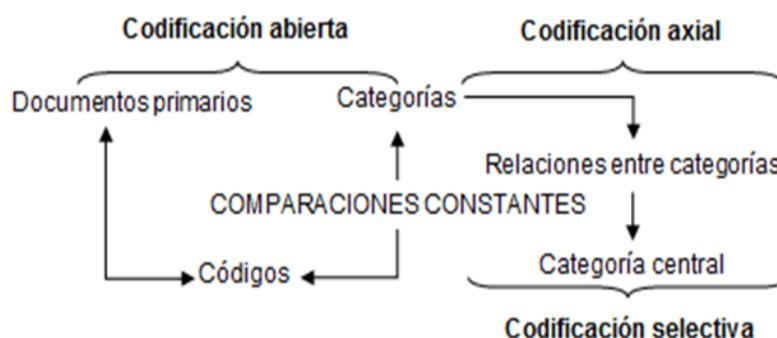
En este proceso el analista tiene un conjunto de categorías y subcategorías que convergen en una unidad conceptual, que a su vez integra la realidad expresada por todos los sujetos de la investigación (San Martín, 2014).

Las relaciones entre las categorías y la categoría central están dadas por frases que no necesariamente deben ser hipótesis o proposiciones explícitas, sino que, pueden estar implícitas en la narración de la teoría. Previo a esto, es importante tener una descripción clara y gráfica de la teoría, que sintetice los principales

conceptos y sus conexiones, sólo entonces se estará en condiciones de presentar el relato del caso. (San Martín, 2014).

En la figura 4 se sintetizan las fases analíticas de la teoría fundamentada en el marco de un proceso recursivo, proceso que también es característico de los métodos cualitativos, y está orientado por comparaciones constante entre los datos, códigos, categorías y subcategorías. (San Martín, 2014).

Figura N° 4. Proceso de investigación en la Teoría Fundamentada



(San Martín, 2014)

Algunos conceptos fundamentales en la Teoría Fundamentada son los que se comentan a continuación:

4.4 EL MUESTREO TEÓRICO

Como técnica de selección de los individuos a entrevistar. En esta cuestión es de suma importancia la interpretación inmediata de los datos ya que va a ser la base en la que nos vamos a sustentar para tomar las decisiones de muestreo (Hernández, 2014).

4.5 LA CODIFICACIÓN TEÓRICA

Como técnica para interpretar los textos y los procedimientos de categorización de datos. (Hernández, 2014).

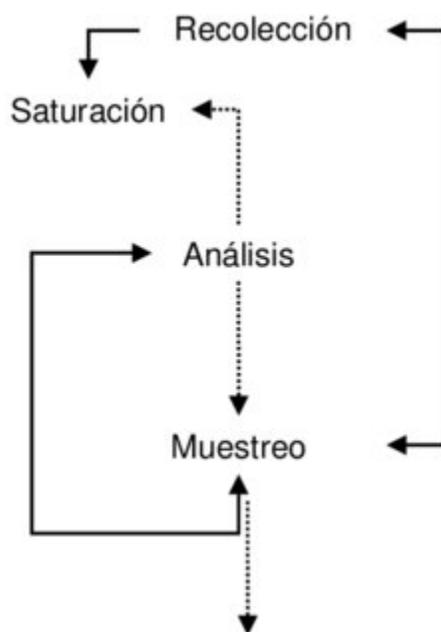
4.6 LA SATURACIÓN TEÓRICA

Como límite que nos va a indicar cuándo finaliza el muestreo. Una vez logrando la saturación de la muestra, se dice que ha finalizado el proceso de análisis. (Hernández, 2014).

Uno de los procedimientos analíticos que asegura la riqueza explicativa, y de relaciones teóricas entre categorías, es la *saturación teórica* o *de contenido*. Si el investigador no recopila datos hasta saturar todas las categorías, la teoría no se desarrollará equilibradamente y carecerá de densidad y precisión. Además, la saturación permite identificar el momento en que es necesario detener la recolección de datos (San Martín, 2014).

Por medio de la siguiente figura (Figura N° 5) se intenta mostrar el modelo circular del análisis cualitativo, circularidad que tienen como eje central el análisis de los datos, en torno al cual giran procedimientos como: muestreo teórico, saturación y el trabajo de recolección de información.

Figura N° 5. Modelo circular en el análisis cualitativo



(San Martín, 2014)

4.7 PERFIL DE PARTICIPANTES

Se realizó la entrevista abierta no estructurada a 6 participantes, que residen en la Población Las Rosas, en su totalidad mujeres adultos mayores (65 años y más) autovalentes, aunque en ocasiones se observa participantes con ayuda técnica (bastón). Los entrevistados participaron en el proyecto “Cultivando mi buena salud”, antes mencionado como criterio de inclusión. Las entrevistadas, tienen como ocupación ser dueñas de casa, entre ellas pensionadas y jubiladas.

Todas las semanas, se reúnen cada día miércoles por diferentes motivos, por recreación (a jugar lota, bingo, etc.), o charlas realizadas por medio de la Universidad de las Américas.

5 CAPITULO 5.- Análisis de resultados

5.1 ANALISIS DE LOS RESULTADOS

La aplicación de las entrevistas, se dividió en dos partes, la primera fue realizada el día 04 de octubre y la segunda se realizó el 31 del mismo mes, ambas previamente acordadas y coordinadas por medio de la línea de intervención comunitaria de la Universidad de las Américas, específicamente con Don Maximiliano Gac Solar, territorialista del campus Los Castaños.

Las primeras entrevistas, se realizaron a adultos mayores, previo a la presentación de un consentimiento informado, en la Capilla Los Liros, Las Rosas, Quilpué. Todos los participantes en su totalidad mujeres adultos mayores (65 años y más) de la población las Rosas, que participaron en el proyecto “cultivando mi buena salud”, se mostraron interesados y cooperadores ante la petición. La entrevista fue fluida, sin estresores ambientales.

Las últimas entrevistas se realizaron en el Centro de Junta de Adultos Mayores de la Población las rosas, previo acuerdo con Don Maximiliano Gac Solar, en donde casualmente, estaban realizando una actividad de “vida saludable”, y trabajaron con hierbas medicinales, todos los participantes se mostraron interesados y cooperadores.

Luego de la realización de recolección de datos y posterior categorización, se presenta, a continuación, una matriz que contiene las categorías, subcategorías que fueron posteriormente analizadas e interpretadas.

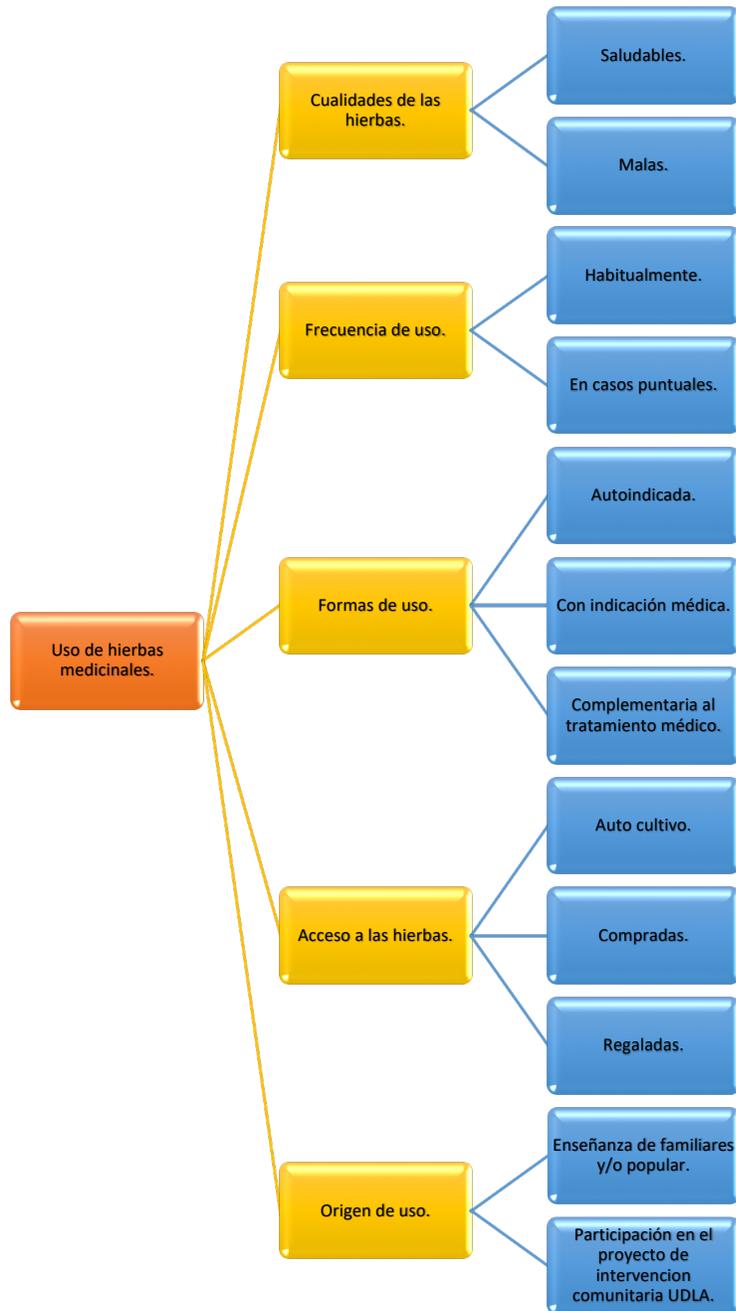
5.2 MATRIZ

Categorías	Subcategorías	Ejemplos
A) Cualidades de las hierbas.	A.1) Saludables.	A.1.- Ent. 4: <i>“Son muy buenas, son sanas sobre todo para uno que está en la tercera edad.”</i>
	A.2) Malas.	A.2.- <i>No se mencionaron hierbas que sean perjudiciales para la salud.</i>
B) Frecuencia de uso.	B.1) Habitualmente.	B.1.- Ent. 4: <i>“Uso todos los días después de almuerzo manzanilla o boldo para la acidez o el reflujo”.</i>
	B.2) En casos puntuales.	B.2.- Ent. 1: <i>“Utilizo para el dolor de estómago, pero bien poco”.</i>
C) Formas de uso.	C.1) Autoindicada.	C.1.- Ent. 4: <i>“...por eso decidí empezar a tomarlas”.</i>

	<p>C.2) Con indicación médica.</p> <p>C.3) complementaria al tratamiento médico.</p>	<p>C.2.- Ent. 1: <i>“Solo utilizaba la hierba de San Juan y la compraba en las farmacias naturistas y me la receto el médico para el insomnio y la depresión”.</i></p> <p>C.3.- Ent. 2: <i>“Tomo mis medicamentos y tomo hierbas”.</i></p>
<p>D) Acceso a las hierbas.</p>	<p>D.1) Auto cultivo.</p> <p>D.2) Compradas.</p>	<p>D.1.- Ent.3: <i>“Tengo plantados toronjil, menta, matico, aloe vera, ruda, llantén que también es bueno para el estómago, ajeno también tengo una matita en la casa”.</i></p> <p>D.2.- Ent. 1: <i>“La hierba de San Juan, la compraba en las farmacias naturistas”.</i></p>

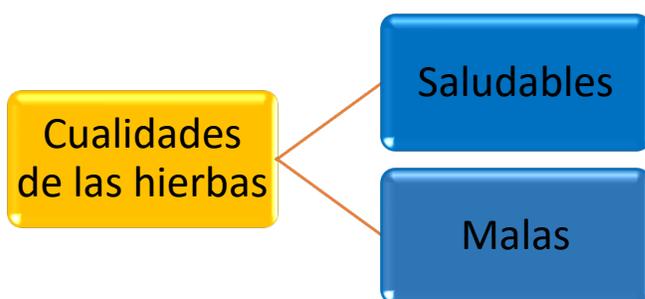
	D.3) Regaladas.	D.3.- Ent. 4: <i>“Me regalaron una menta y la cuide”.</i>
E) Origen de uso.	<p>E.1) Enseñanza de familiares y/o popular.</p> <p>E.2) Participación en el proyecto de intervención comunitaria UDLA.</p>	<p>E.1.- Ent. 6: <i>“Aprendí a tomar hierbas por mi mama ella me enseñó y yo le enseñe a mi hija”.</i></p> <p>E.2.- Ent. 5: <i>“Yo comencé a tomar las hierbas por el curso que nos hicieron acá”.</i></p>

5.3 DIMENSIONES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS.



5.4 ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES.

A) CUALIDADES DE LAS HIERBAS:



A.1) SALUDABLES:

La mayoría de los entrevistados nos refirieron que son saludables, que no tienen mayores complicaciones ni reacciones adversas, que cualquier síntoma o dolencia, cede al consumir hierbas medicinales.

Algunos entrevistados nos refirieron lo siguiente:

- **E1:** “Que son buenas, las utilizo cuando estoy resfriada, enferma del estómago, para varias cosas se usan pueh’...”
- **E2:** “Es más sano que tomar tantas pastillas”
- **E3:** “Que son buenas para varias cosas”
- **E4:** “Son muy buenas, son sanas sobre todo para uno que está en la tercera edad”
- **E5:** “Que son efectivas, para mí son efectivas”

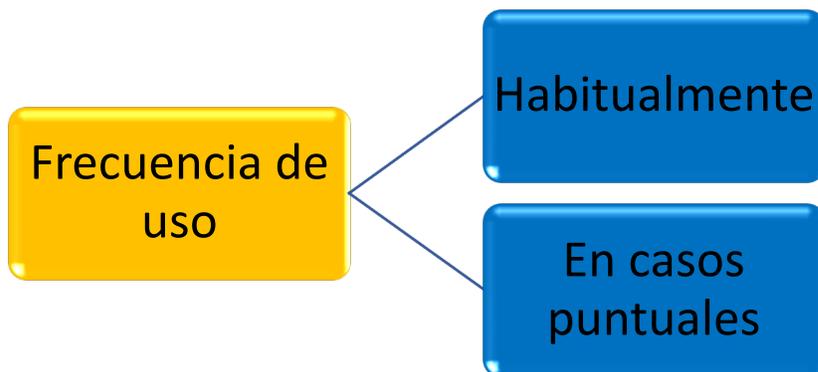
A.2) MALAS:

Solo una persona nos menciona que una hierba muy concentrada o “cargada” puede ser negativa para la salud, o consumirla en altas cantidades. Pero nadie menciona que consumir cierta hierba, pudiese ser perjudicial para la salud.

Algunos entrevistados nos refirieron lo siguiente:

- **E6:** “Pero a veces dicen que si uno toma mucho, por ejemplo, muy cargada la ruda hace mal”

B) FRECUENCIA DE USO.



B.1) HABITUALMENTE:

La mayoría de las personas entrevistadas, nos señaló, que consumen frecuentemente hierbas medicinales, para distintos síntomas, o enfermedades simples (gastritis, síndrome de colon irritable, reflujo gastro-esofágico, entre otros). Y no solamente lo consume el Adulto Mayor, si no también, otros integrantes de la familia.

Algunos entrevistados nos refirieron lo siguiente:

- **E2:** *“Porque yo y mi hija tomamos bastantes hierbas porque ella tiene una enfermedad crónica intestinal”*
- **E3:** *“En mi casa consumo menta, ruda, matico, toronjil, la menta principalmente bastante y el orégano que lo usamos en las comidas y también como agua de hierbas, esas son las que más usamos nosotros en mi casa”.*
- **E4:** *“Uso todos los días después de almuerzo manzanilla o boldo para la acidez o el reflujo”.*

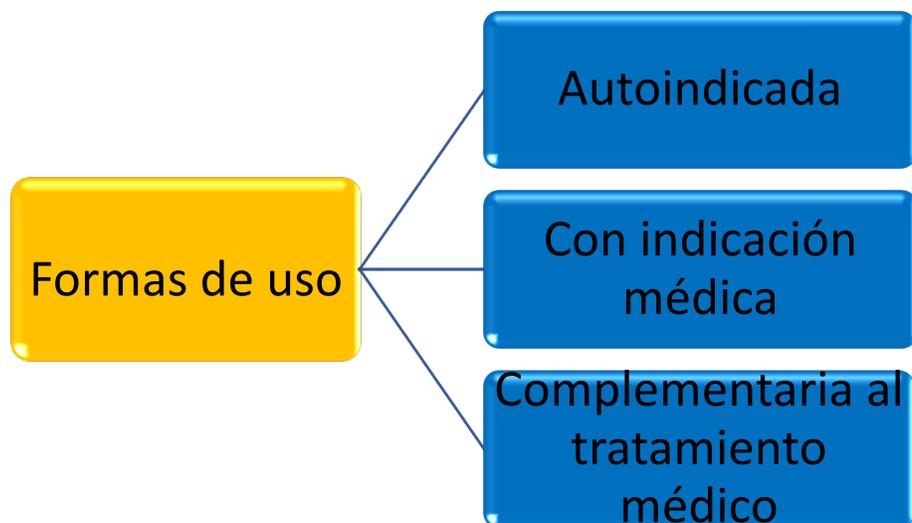
B.2) EN CASOS PUNTUALES:

En algunas entrevistas nos encontramos que solo en ocasiones puntuales los adultos mayores consumían hierbas medicinales, por ejemplo, para cuando tenían algún síntoma gastro-intestinal, consumían alguna hierba que cumpliera la función de disminuir aquella dolencia.

Algunos entrevistados nos refirieron lo siguiente:

- **E1:** *“En mi casa tengo ruda y la utilizo para el dolor de estómago, pero bien poco”.*
- **E5:** *“Tomo agüita de hierbas después de almuerzo, pero no todos los días, cuando tengo cólicos tomo orégano y se me quitan”*

C) FORMAS DE USO:



C.1) AUTOINDICADA:

Corresponde a la forma en que se indican las hierbas medicinales, siendo esta en particular, auto-indicada por la persona, es decir, no recurrir a una tercera persona para que sea prescrita.

En la mayoría de las entrevistas nos refirieron que consumen hierbas medicinales por su cuenta, que no necesitan la indicación de un médico para poder ser administrada.

Algunos entrevistados nos refirieron lo siguiente:

- **E2:** *“Tomo mis medicamentos y tomo hierbas, tomo Aloe Vera por mi estitiquez y eso me sirve”*

- **E3:** *“Pero siempre le doy preferencia a las hierbas cuando veo que ya no hace efecto la hierba me tomo media pastilla o a veces tomo el medicamento con las hierbas”*
- **E5:** *“Manzanilla me sale en la casa así que esa ocupo porque prefiero las cosas naturales”.*

C.2) CON INDICACIÓN MÉDICA:

En ocasiones los adultos mayores consumen hierbas medicinales bajo prescripción médica y no siendo autoindicada, como vimos en el caso anterior.

Algunos entrevistados nos mencionan que hay casos en el que el médico receta alguna hierba y lo complementa con un medicamento convencional, para poder potenciar el efecto farmacológico.

Algunos entrevistados nos refirieron lo siguiente:

- **E1:** *“Solo utilizaba la hierba de San Juan y la compraba en las farmacias naturistas y me la receto el médico para el insomnio y la depresión entonces esa hierba sirve para varias cosas la depresión, tranquilizante”*
- **E4:** *“Me las recetaron distintos médicos, porque sufro de los huesos entonces en los controles ellos me dicen “toma agua de hierbas durante el día, hágase en la mañana un litro para todo el día”.*

C.3) COMPLEMENTARIA AL TRATAMIENTO MÉDICO

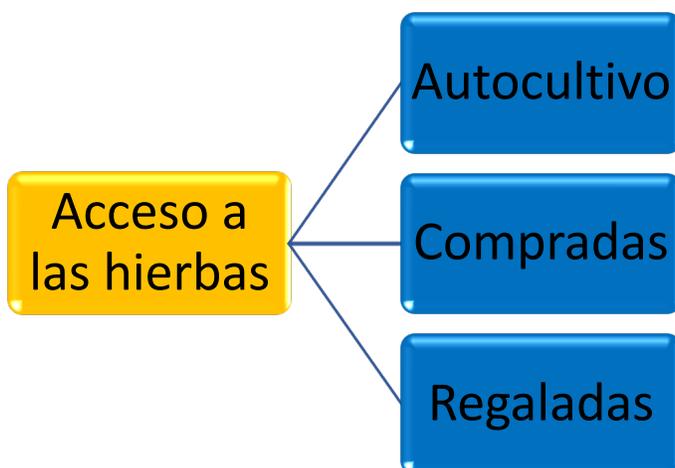
La presente categoría corresponde de qué manera complementan los adultos mayores, la medicina convencional con el uso de hierbas medicinales.

La mayoría de los entrevistados nos indicaron que dan preferencia al uso de hierbas medicinales, y ya cuando ésta, no tiene el efecto terapéutico esperado, recurren al tratamiento convencional.

Algunos entrevistados nos refirieron lo siguiente:

- **E2:** *“Soy diabética e hipertensa entonces prefiero tomar hierbas que más pastillas, tomo mis medicamentos y tomo hierbas”.*

D) ACCESO A LAS HIERBAS MEDICINALES:



D.1) AUTO CULTIVO:

Corresponde a como los adultos mayores, adquieren las hierbas medicinales, que en este caso, es producir una huerta en la propia casa, para tener más fácil acceso.

La mayoría de los entrevistados mencionaron tener un huerto en tu casa, debido a la actividad realizada por alumnas de Enfermería de la Universidad de las Américas, o simplemente porque les interesa el autocultivo.

Algunos entrevistados nos refirieron lo siguiente:

- **E1:** *“En mi casa tengo ruda y la utilizo para el dolor de estómago”*
- **E2:** *“En mi casa tengo plantada Menta, Aloe vera, Toronjil, Melisa”.*
- **E3:** *“Tengo plantados toronjil, menta, matico, aloe vera, ruda, llantén que también es bueno para el estómago, ajenco también tengo una matita en la casa”.*
- **E6:** *“En mi casa tengo ruda, menta y la manzanilla”.*

D.2) COMPRADAS:

Corresponde a la adquisición de hierbas medicinales mediante la compra de estas, no excluye autocultivo ni que sean regaladas.

La mitad de las personas entrevistadas aproximadamente refirieron que adquirieron hierbas medicinales mediante la compra de éstas.

Algunos entrevistados nos refirieron lo siguiente:

- **E1:** *“Utilizaba la hierba de San Juan y la compraba en las farmacias naturistas”*
- **E6:** *“La manzanilla la compro en sobres”*

D.3) REGALADAS:

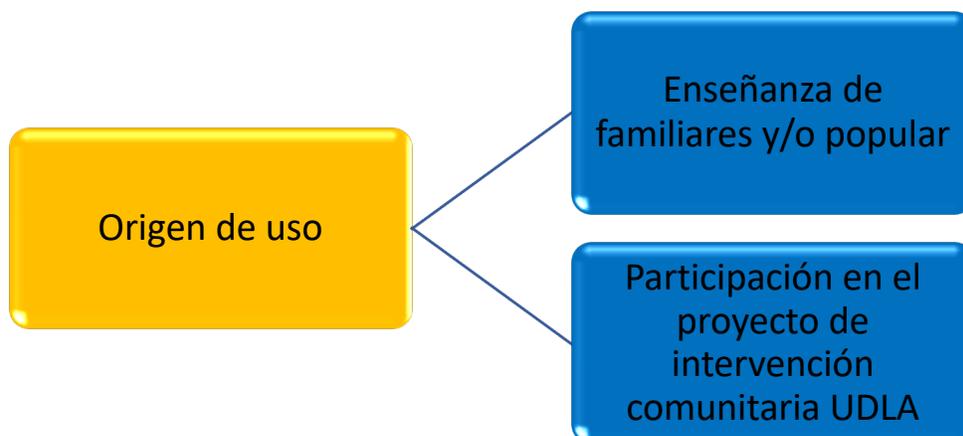
Al igual que en los casos anteriores, se refiere a la adquisición de las hierbas medicinales, siendo en este caso, que sean regaladas.

En reiteradas ocasiones nos encontramos, que las hierbas son regaladas.

Algunos entrevistados nos refirieron lo siguiente:

- **E2:** *“Mi hija toma más hierbas que yo, ella toma Manzanilla, toma cosas más cálidas por su enfermedad intestinal, igual que ella no come como uno, vivimos al ladito y ahí nos compartimos las hierbas así nos llevamos”*
- **E4:** *“Me regalaron una menta y la cuide, se puso bien bonita”*
- **E6:** *“...también regalo de las que tengo”.*

E) ORIGEN DE USO:



E.1) ENSEÑANZA DE FAMILIARES Y/O POPULAR:

La mayor parte de los entrevistados verbalizan que aprendieron y comenzaron el uso de las hierbas medicinales gracias a sus familiares, madres y abuelas.

Algunos entrevistados nos refirieron lo siguiente:

- **E2:** *“Tomo hierbas porque en mi familia me enseñaron a tomarlas para distintos dolores”.*
- **E4:** *“Mi mamá me enseñó a usarlas”.*
- **E5:** *“...lo que me enseñó mi mamá cuando nos dolía la guata”.*

E.2) Participación en proyecto de intervención comunitaria UDLA:

En algunos casos nombran que lo aprendieron gracias a la participación en el proyecto de intervención comunitaria realizado por alumnas de Enfermería de la Universidad de las Américas

Algunos entrevistados nos refirieron lo siguiente:

- **E4:** *“...también aprendí del curso que nos dieron las niñas de la universidad”.*
- **E5:** *“Yo comencé a tomar las hierbas por el curso que nos hicieron acá y por lo que me enseñó mi mamá cuando nos dolía la guata”.*

5.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- ❖ Tiempo otorgado por estudiantes.
- ❖ Vida personal de estudiantes.
- ❖ Año Universitario con alta demanda.

6 CAPITULO 6.- Conclusiones

6.1 CONCLUSIÓN

La presente investigación de metodología de análisis cualitativo descriptivo ha llevado a cabo un estudio aplicado a adultos mayores en donde se logró conocer la percepción del uso de hierbas medicinales en la junta de vecinos las Rosas en la comuna de Quilpué del año 2018.

A través de la aplicación de una entrevista abierta se logra la obtención de datos relevantes para la investigación, sin llegar a una interpretación subjetiva de lo que los adultos mayores quieren transmitir.

La importancia de esta investigación se debe a que el consumo de hierbas medicinales por parte de la población longeva ha ido en aumento. Existen estudios que hacen referencia a esto último, pero que no se centran en identificar los efectos de las diferentes hierbas como complemento a la terapia farmacológica.

El uso de hierbas medicinales o naturales se he incrementado considerablemente en los últimos años debido en parte a una mayor demanda de productos de origen natural, y por otro lado como fruto de una búsqueda de alternativas seguras, accesibles y eficaces a los medicamentos.

Su origen natural no convierte a las plantas medicinales en inofensivas. Si bien es cierto que producen efectos secundarios e interacciones en mucha menor medida y a mayores dosis que los fármacos, su uso ha de ser vigilado ya que también presenta reacciones adversas.

Con respecto a las formas de uso, si bien siguen manteniéndose las tradicionales (directamente, en infusiones) cada vez cobran más fuerza su presentación en diversas formas farmacéuticas en solitario o en combinación con otras plantas ya que las consideran sanas como refiere una adulta mayor en la entrevista: *“es más sano que tomar tantas pastillas”*.

El conocimiento de la población encuestada, en términos generales, se asocia con sus orígenes familiares, transmitidos a través de generaciones. Se consagra así el saber popular sobre el uso de plantas medicinales como un amplio campo de investigación, que ofrece soporte para los estudios científicos que tienen un significado no sólo para la comunidad científica, sino también a la población asistida.

La mayoría de la población expreso que el beneficio que le proporciona usar las plantas medicinales es que son accesibles y de bajo costo económico por lo que curan sus dolencias y su consumo no causa daño a excepción de una persona que expreso que consumir una cantidad elevada puede ser perjudicial diciendo que: *“muy cargada la ruda puede hacer mal”*.

La enfermería juega un papel fundamental en cuanto al apoyo educativo es por esto que los profesionales deben ampliar sus conocimientos para atender de manera integral a una población creciente y actualmente envejecida.

Desde el punto de vista que aún se debate acerca de si son inofensivas, la eficacia, calidad, disponibilidad, preservación, desarrollo de la atención de la medicina no convencional, y persistiendo la duda de cuáles son los reales

resultados, es adecuado que de la mano y aplicando los principios de la enfermería, los profesionales de salud deben comprometerse con la comunidad, interiorizándose con las necesidades socioculturales, dándoles un uso responsable y correcto.

Es necesario que los profesionales de salud se informen con respecto al uso de hierbas medicinales, por lo tanto, es prioritario incorporar en las historias clínicas el antecedente de consumo, forma y frecuencia en cada paciente que requiere atención en los distintos niveles de atención en salud.

6.2 DISCUSIÓN

Centraremos la discusión en aquellos datos más relevantes que hemos logrado extraer de los resultados reunidos en esta investigación, es por esto que el objetivo es contribuir con información necesaria a trabajadores del área de la salud sobre el uso de hierbas medicinales por parte de la población longeva.

Un estudio muestra que el 91,55% de las personas que consumen hierbas medicinales no informan al médico durante una entrevista clínica de rutina, ya que no piensan que las plantas medicinales sean medicamentos, que el médico podría pre juzgarles, y que no tienen información adecuada acerca de plantas medicinales (Arroyo-Valero & López-Herranz, 2008).

En este sentido cabe señalar que de las personas que consumen plantas medicinales, un 8,45% consideran que estas son medicamentos, pero a pesar de esto no informan a sus médicos. Todo esto hace que tengamos que interrogar a los pacientes de forma específica sobre el consumo de estos productos (Arroyo-Valero & López-Herranz, 2008).

De acuerdo al marco teórico planteado, en general la razón por la cual los adultos mayores consumen hierbas medicinales coincide con problemas comunes de salud, tales como el resfrío, problemas estomacales, entre otras, que pueden ser resueltas desde los propios cuidados y que no requieren de asistencia inmediata o especializada en salud. Se destaca el consumo de hierbas medicinales como una forma de mantener la salud o prevenir enfermedades. Lo anterior puede significar la visualización de estos productos como inocuo, sano y que no ocasionan daño a la salud (Veliz - Rojas, et al., 2015).

Dentro de la investigación se considera el área de estudio, conocimientos, prácticas, recursos diagnósticos y terapéuticos, para de esta manera conocer la forma de consumo de las plantas con propiedades medicinales, sus reacciones adversas y beneficios que tienen en adultos mayores.

En cuanto a la forma de consumo de las plantas medicinales la mayoría de las personas, las utilizan en forma de infusión, en relación a las partes usadas de cada especie de la flora medicinal se encontró que la mayoría de éstas utilizan las hojas, las plantas más utilizadas fueron manzanilla, menta, ruda, toronjil y orégano para dolencias gástricas, nerviosismo, insomnio e incluso como toma diaria, estas son obtenidas de sus sembríos y elaboradas en el hogar.

La mayoría de la población expreso que el beneficio que le proporciona usar las plantas medicinales es que son accesibles y de bajo costo económico por lo que curan sus dolencias y su consumo no causa daño a excepción de una persona que expreso que consumir una cantidad elevada puede ser perjudicial.

Aunque en el presente estudio no se reportaron reacciones adversas, existen contraindicaciones con respecto de lo que se piensa sobre la seguridad de las plantas medicinales o productos naturales, pues estos sí producen reacciones adversas (García, Ávila, Carbonell, López, Ruiz & Morón, 2009).

Las plantas mencionadas en esta investigación aunque se conocen que son de uso habitual y que se han utilizado para tratar padecimientos de salud y de hecho se mencionan cuáles han sido sus aplicaciones para combatir enfermedades no se recomienda que se utilicen con el fin de sustituir a medicamentos que pueda estar tomando en la actualidad, o que sin consultar a un médico se comience a

hacer uso de infusiones, extractos de plantas sin saber si puede producirse alguna interacción no deseable o pueden aparecer efectos secundarios que perjudiquen su estado de salud.

Esto no quiere decir que el uso de esas plantas no sea realmente útil y beneficioso, sino que para hacer uso correcto y responsable de las mismas como remedio único, o para integrarlas junto a otros tratamientos, es necesario que sea consultado al médico.

Para concluir, nuestro estudio se relaciona con la teoría de Dorotea Orem quien propone un modelo, el cual describe tres conceptos: autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas de enfermería. El concepto de autocuidado se refiere a aquellas actividades que realiza un individuo a lo largo de su vida para promover y mantener el bienestar personal (Prado, et al., 2014).

En relación a la teorista Dorotea Orem, mencionada en el marco teórico podemos mencionar la importancia del autocuidado en cuanto a adultos mayores.

Dorotea Orem define el autocuidado como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior (Prado et al., 2014).

Por lo tanto el autocuidado es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas adultas y maduras inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano como lo es el consumo de hierbas medicinales para los adultos mayores.

6.3 SUGERENCIAS

Basándonos en el análisis de la investigación y los resultados obtenidos se puede sugerir lo siguiente:

- ❖ Implementar en los controles del Programa de salud Cardiovascular (PSCV) en CESFAM (centro de salud familiar), a todo usuario, consultar de acuerdo al uso de hierbas medicinales.

- ❖ Realizar capacitaciones a todo profesional de la salud, de acuerdo al PSCV, acerca de hierbas medicinales más utilizadas en los Adultos Mayores, reacciones adversas, contraindicaciones, entre otros.

6.4 BIBLIOGRAFÍA

Arroyo – Valerio, A. & López – Herranz, P. (2008). Consumo de hierbas medicinales en pacientes pre quirúrgicos en el hospital general de México. *Revista médica del hospital general de México* 2008; 71 (1): 6-10. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2008/hg081b.pdf>

Avello, D., Román, A., Zambrano, A. (2017). Intervención sociocomunitaria en programas de rehabilitación psicosocial: Un estudio de casos en dos equipos del sur de Chile. *Scielo* 16(1), 19-30. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242017000100003

Bermúdez, A., Cárdenas, M., Fernández, V., Matus, R., Pérez, I., Olvera, S., Rodríguez, G. & Zárate, R. (2013). Principios éticos para la investigación en la Eneo (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma, México. Recuperado de: <http://www.eneo.unam.mx/investigacion/documentos/ENEO-UNAMprincipiosEticosInvestigacion.pdf>

Biblioteca del congreso nacional de Chile [BCN]. (2016). Reglamento del sistema nacional de control de los productos farmacéuticos de uso humano. DS 3/10. Recuperado de: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1026879>

Correia, J. & Dáder, E. (2016). Plantas medicinales en España, su uso y legislación actual (Tesis de pregrado). Universidad Complutense, España.

Recuperado de:

<http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/EVA%20DADER%20JIMENEZ.pdf>

Comuna de Quilpué, Cuenta pública, (2017). Recuperado de:

http://www.quilpue.cl/uploads/pagina_20120225005441_Cuenta_Publica_2017_detalle.pdf

Fassio, G. & Pascual L. (2016). Apuntes para desarrollar una investigación en el campo de la administración y el análisis organizacional. Recuperado de:

<https://books.google.cl/books?id=SdFJDAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Fassio,+Adriana%22&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjdtaeRvKLbAhUFf5AKHa3uBBUQ6AEIJzAA#v=onepage&q&f=false>

Garcia, A., Avila, Y., Carbonell, L., López, P., Ruiz, A. & Morón, F. (2009). Reacciones adversas reportadas por consumo de productos naturales en Cuba durante 2003 y 2007. *Revista cubana de plantas medicinales*, 14(1).

Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-47962009000100002

Guerrero-R, N. & Yépez-Ch, M. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Scielo*, 17(1), 121-131. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>

Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, L. (2013). Metodología de la investigación (6ta. Ed.). McGraw-Hill.

Hernández, R. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: Su análisis mediante la teoría fundamentada. *IDUS*, 23,2014, 187-210. Recuperado de: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/36261/La%20investigacion%20cualitativa%20a%20traves%20de%20entrevistas.pdf?sequence=1>

Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, L. (2015). Metodología de la investigación (5ta Edición Actualizada). McGraw-Hill. Recuperado de: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%205ta%20Edicion.pdf

Huamantupa, I., Cuba, M., Urrunaga, R., Paz, E., Ananya, N., Callalli, M., Pallqui, N. & Coasaca, H. (2011). Richness, use and origin of expended medicinal plants in the markets of the Cusco City. *ResearchGate*, 18(3):283-291. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/324495988_Richness_use_and_origin_of_expended_medicinal_plants_in_the_markets_of_the_Cusco_City

Kerckhoff, A. (2015). La enfermedad y la cura: conceptos de una medicina diferente (1ra Edición). Fondo de cultura económica, México.

Lara, E. (2013). Fundamentos de investigación: un enfoque por competencias. (2da. Ed.). México: Alfaomega.

Martínez, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Scielo*, 17(3), 613-619. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300006

Ministerio de Salud, [MINSAL] (2010). Medicamentos Herbarios Tradicionales
Recuperado de: <http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Libro%20MHT%202010.pdf>

Ministerio de Salud, [MINSAL] (2014). Orientaciones para planes comunales de promoción de la Salud. Recuperado de: <http://www.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf>

Montero, S. & Raffo, A. (2013). Percepción acerca del desempeño laboral del contador público de la universidad de valle en las empresas de la ciudad de Cali (Tesis de pregrado). Universidad del Valle, Colombia. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co:8080/bitstream/10893/7581/1/CB-0494551.pdf>

Mora, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Scielo*, 28(2), 228-233. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009

Naranjo, Y., Concepción, J. & Rodríguez, M. (2017). La teoría de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta medica de espirituana*, 19(3). Recuperado de: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129/html>

Noreña, A., Alcaraz, N., Rojas, J. & Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Scielo*, 12(3). Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972012000300006&script=sci_abstract

Organización Mundial de la Salud, [OMS] (2013). Como investigar el uso de medicamentos por parte de los consumidores. Recuperado de: <http://www.who.int/medicines/publications/WHOEDMPAR2004.2spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud, [OMS] (2017). Medicina tradicional: Definiciones. Recuperado de: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/

Observatorio UDLA. (2017). Recuperado de: http://www.observatorioudla.cl/barrios/las_rosas

Observatorio UDLA. (2018). Recuperado de: <http://www.observatorioudla.cl/territorial>

Pozo, G. (2014). Uso de las plantas medicinales en la comunidad del Cantón Yacuambi durante el periodo Julio-Diciembre 2011(Tesis de Pregrado). Universidad Técnica Particular de Loja, Ecuador. Recuperado de: http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/6523/3/Pozo_Esparza_Glady_s_Maria.pdf

Prado, L., González, M., Paz, N. & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

Rodríguez, N., Pérez, J., Iglesias, J., Gallego, R., Veiga, B. & Coteló, N. (2015). Actualidad de las plantas medicinales en terapéutica. *Acta Farmacéutica Portuguesa*, 4(1). Recuperado de: <http://www.actafarmacéuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/59>

Sacchi, M., Hausberger, M. & Pereyra, A. (2009). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Scielo*, 3(3): 271-283. Recuperado de: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1851-82652007000300005&script=sci_arttext&tlng=es

San Martín, D. (2014). "Teoría fundamentada: recursos metodológicos para la investigación educativa". *Redie*, 16(1). Recuperado de: <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/727/891>

Subsecretaría de Salud Pública. (2012). Estudio sobre conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las Medicinas Complementarias Alternativas. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:76XlXqa3XAJ:www.minsal.cl/portal/url/item/cdc107bdcfc3bff6e040010164015ba5.docx+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=cl>

Véliz-Rojas, L., Mendoza-Parra, S. & Barriga, O. (2015). Consumption of herbal medicinal in users with cardiovascular disease in a commune of Chile. *Researchgate*, 24. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/284747176 Consumption of herb al medicinal in users with cardiovascular disease in a commune of Chile](https://www.researchgate.net/publication/284747176_Consumption_of_herb_al_medicinal_in_users_with_cardiovascular_disease_in_a_commune_of_Chile)

Vivar C, McQueen A, Whyte D, Canga N. (2013). Primeros pasos en la investigación cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigación. *Scielo*, 22(4). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300007

7 CAPITULO 7.- Anexos

7.1 ANEXO 1: CARTAS DE PRESENTACIÓN



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Viña del Mar, 30 de agosto del 2018

Sra. Fabiola Navarro Toledo
Coordinadora Académica Escuela Intervención Comunitaria
Universidad de las Américas, Campus Viña del Mar

Junto con saludar, y agradeciendo su disposición y acogida, la Escuela de Enfermería UDLA, solicita, la revisión y, según pertinencia, la autorización posterior, a los Alumnos de 4to año de la carrera, Campus Viña del Mar, para realizar el proceso de aplicación de instrumento, recogida y análisis de datos para su tesis de pregrado.

El proyecto en cuestión lleva por Título "Percepción de los adultos mayores respecto del uso de hierbas medicinales, Quilpué, 2018" y su Objetivo General es conocer la percepción de los adultos mayores respecto al uso de hierbas medicinales, este es un estudio de tipo cualitativo, cuya finalidad es principalmente académica, teniendo como propósito describir si representan una forma de recurso terapéutico complementario para en el tratamiento y autocuidado.

La obtención de esta información se realizará a través de una entrevista abierta dirigida a los adultos mayores que hayan participado en el proyecto de intervención comunitaria "Cultivando mi buena salud: Una farmacia natural en mi hogar de la carrera de Enfermería de la Universidad de las Américas el año 2017, de la junta de vecinos Las Rosas, Quilpué. El procedimiento para realizar la entrevista y pregunta principal están en proceso de validación por expertos.

Esta investigación contará con las siguientes implicancias éticas:

- 1.- Se llevará a cabo un contacto previo con los adultos mayores, con el fin de tener un primer acercamiento y buena acogida, además de informar sobre los objetivos del estudio a realizar.
- 2.-Se considera un compromiso de confidencialidad de parte de los entrevistador y del equipo de tesis.
- 3.-Se entregará un consentimiento informado a cada uno de los participantes de la entrevista para ser leídos y firmados de forma voluntaria, para así dar su aprobación para participar en nuestra tesis.
- 4.-Con la información obtenida no se realizará ningún proceder que implique maleficencia, que prohíbe infligir intencionalmente daño a los demás (entrevistados).

El resultado de esta investigación es exclusivo de la Escuela de Enfermería UDLA, no obstante, los establecimientos seleccionados que lo deseen podrán tener acceso al material final, en beneficio de su mejora continua. Si el proyecto llegase a terminar para publicación se comunicará y solicitará autorización a cada centro participante.

Las alumnas investigadoras son:

NOMBRE	RUT:
1. Estefanía Barraza Silva	17.978.352-5
2. Diana Farías Maldonado	16.753.727-8
3. Juanita Herrera Placencia	17.218.117-1

Sin otro particular, agradecidos de la recepción y, a la espera de una positiva respuesta.
Se despide cordialmente:



Paola Ruiz Araya
Directora de Carrera de Enfermería
Campus Los Castaños

7.2 ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento Informado.

Documento para el estudio de **“Percepción de los Adultos Mayores respecto del uso de Hierbas medicinales, Quilpué, 2018.**

Yo.....Rut:

Autorizo de forma voluntaria para que se me realice una entrevista grabada de audio, la cual será utilizada resguardando mi identidad realizada para fines científicos, académicos y no lucrativos.

El motivo de su acercamiento y objetivo de la investigación es conocer la percepción de los Adultos Mayores, respecto del uso de hierbas medicinales en la población Las Rosas, comuna de Quilpué, Región de Valparaíso, año 2018.

Las integrantes del estudio son:

- | | |
|------------------------------|--------------|
| 1. Estefanía Barraza Silva | 17.978.352-5 |
| 2. Diana Farías Maldonado | 16.753.727-8 |
| 3. Juanita Herrera Placencia | 17.218.117-1 |

Observaciones:

- ❖ El entrevistado no recibirá beneficio y/o remuneración por su participación ni tampoco daño o perjuicio alguno.
- ❖ La información será transcrita textualmente, sin alteración y/o cambio de lo que el entrevistado menciona.

Esta investigación ha sido analizada y evaluada por docentes de la Universidad de las Américas pertenecientes a Escuela de Enfermería, Campus Viña del Mar 2018.

Este proyecto forma parte de la asignatura de Seminario de grado, para optar al título de Licenciado de Enfermería.

He leído la información proporcionada, teniendo la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Cualquier tipo de información o inclusive corroboración sobre la realización de esta investigación, puede contactarse directamente con: Juanita Herrera Placencia; número telefónico: (9)63752937, E-mail: juanitaherrerap@gmail.com, Dirección: Universidad de las Américas, Av. 7 norte 1348, Viña del mar.

Quilpué, Chile _____ octubre, 2018

Firma

Consentimiento Informado

Documento para el estudio de "Percepción de los Adultos Mayores respecto del uso de Hierbas medicinales, Quilpué, 2018.

Yo..... Dauz Bón Rut: 6.324.035-4

Autorizo de forma voluntaria para que se me realice una entrevista grabada de audio, la cual será utilizada resguardando mi identidad realizada para fines científicos, académicos y no lucrativos.

El motivo de su acercamiento y objetivo de la investigación es conocer la percepción de los Adultos Mayores, respecto del uso de hierbas medicinales en la población Las Rosas, comuna de Quilpué, Región de Valparaíso, año 2018.

Las integrantes del estudio son:

- | | |
|------------------------------|--------------|
| 1. Estefanía Barraza Silva | 17.978.352-5 |
| 2. Diana Farías Maldonado | 16.753.727-8 |
| 3. Juanita Herrera Placencia | 17.218.117-1 |

Observaciones:

- El entrevistado no recibirá beneficio y/o remuneración por su participación ni tampoco daño o perjuicio alguno.
- La información será transcrita textualmente, sin alteración y/o cambio de lo que el entrevistado menciona.

Esta investigación ha sido analizada y evaluada por docentes de la Universidad de las Américas pertenecientes a Escuela de Enfermería, Campus Viña del Mar 2018.

Este proyecto forma parte de la asignatura de Seminario de grado, para optar al título de Licenciado de Enfermería.

He leído la información proporcionada, teniendo la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Cualquier tipo de información o inclusive corroboración sobre la realización de esta investigación, puede contactarse directamente con: Juanita Herrera Placencia; número telefónico: (9)63752937, E-mail: juanitaherrerap@gmail.com , Dirección: Universidad de las Américas, Av. 7 norte 1348, Viña del mar.

Quilpué, Chile 31 octubre, 2018

Firma

Adelina Gómez

Consentimiento Informado

Documento para el estudio de “Percepción de los Adultos Mayores respecto del uso de Hierbas medicinales, Quilpué, 2018.

Yo Majdaa Cobeno Rut: 7.114.608-1

Autorizo de forma voluntaria para que se me realice una entrevista grabada de audio, la cual será utilizada resguardando mi identidad realizada para fines científicos, académicos y no lucrativos.

El motivo de su acercamiento y objetivo de la investigación es conocer la percepción de los Adultos Mayores, respecto del uso de hierbas medicinales en la población Las Rosas, comuna de Quilpué, Región de Valparaíso, año 2018.

Las integrantes del estudio son:

- | | |
|------------------------------|--------------|
| 1. Estefanía Barraza Silva | 17.978.352-5 |
| 2. Diana Farías Maldonado | 16.753.727-8 |
| 3. Juanita Herrera Placencia | 17.218.117-1 |

Observaciones:

- El entrevistado no recibirá beneficio y/o remuneración por su participación ni tampoco daño o perjuicio alguno.
- La información será transcrita textualmente, sin alteración y/o cambio de lo que el entrevistado menciona.

Esta investigación ha sido analizada y evaluada por docentes de la Universidad de las Américas pertenecientes a Escuela de Enfermería, Campus Viña del Mar 2018.

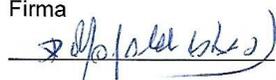
Este proyecto forma parte de la asignatura de Seminario de grado, para optar al título de Licenciado de Enfermería.

He leído la información proporcionada, teniendo la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Cualquier tipo de información o inclusive corroboración sobre la realización de esta investigación, puede contactarse directamente con: Juanita Herrera Placencia; número telefónico: (9)63752937, E-mail: juanitaherrerap@gmail.com , Dirección: Universidad de las Américas, Av. 7 norte 1348, Viña del mar.

Quilpué, Chile 31 octubre, 2018

Firma



Consentimiento Informado

Documento para el estudio de “Percepción de los Adultos Mayores respecto del uso de Hierbas medicinales, Quilpué, 2018.

Yo... None Cobeno Silva Rut: 8.736.608-7

Autorizo de forma voluntaria para que se me realice una entrevista grabada de audio, la cual será utilizada resguardando mi identidad realizada para fines científicos, académicos y no lucrativos.

El motivo de su acercamiento y objetivo de la investigación es conocer la percepción de los Adultos Mayores, respecto del uso de hierbas medicinales en la población Las Rosas, comuna de Quilpué, Región de Valparaíso, año 2018.

Las integrantes del estudio son:

- | | |
|------------------------------|--------------|
| 1. Estefanía Barraza Silva | 17.978.352-5 |
| 2. Diana Farías Maldonado | 16.753.727-8 |
| 3. Juanita Herrera Placencia | 17.218.117-1 |

Observaciones:

- El entrevistado no recibirá beneficio y/o remuneración por su participación ni tampoco daño o perjuicio alguno.
- La información será transcrita textualmente, sin alteración y/o cambio de lo que el entrevistado menciona.

Esta investigación ha sido analizada y evaluada por docentes de la Universidad de las Américas pertenecientes a Escuela de Enfermería, Campus Viña del Mar 2018.

Este proyecto forma parte de la asignatura de Seminario de grado, para optar al título de Licenciado de Enfermería.

He leído la información proporcionada, teniendo la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Cualquier tipo de información o inclusive corroboración sobre la realización de esta investigación, puede contactarse directamente con: Juanita Herrera Placencia; número telefónico: (9)63752937, E-mail: juanitaherrerap@gmail.com , Dirección: Universidad de las Américas, Av. 7 norte 1348, Viña del mar.

Quilpué, Chile 31 octubre, 2018

Firma



Consentimiento Informado

Documento para el estudio de “Percepción de los Adultos Mayores respecto del uso de Hierbas medicinales, Quilpué, 2018.

Yo, Dña. González Vega Rut: 5.149.844-8

Autorizo de forma voluntaria para que se me realice una entrevista grabada de audio, la cual será utilizada resguardando mi identidad realizada para fines científicos, académicos y no lucrativos.

El motivo de su acercamiento y objetivo de la investigación es conocer la percepción de los Adultos Mayores, respecto del uso de hierbas medicinales en la población Las Rosas, comuna de Quilpué, Región de Valparaíso, año 2018.

Las integrantes del estudio son:

- | | |
|------------------------------|--------------|
| 1. Estefanía Barraza Silva | 17.978.352-5 |
| 2. Diana Farías Maldonado | 16.753.727-8 |
| 3. Juanita Herrera Placencia | 17.218.117-1 |

Observaciones:

- El entrevistado no recibirá beneficio y/o remuneración por su participación ni tampoco daño o perjuicio alguno.
- La información será transcrita textualmente, sin alteración y/o cambio de lo que el entrevistado menciona.

Esta investigación ha sido analizada y evaluada por docentes de la Universidad de las Américas pertenecientes a Escuela de Enfermería, Campus Viña del Mar 2018.

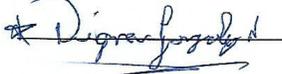
Este proyecto forma parte de la asignatura de Seminario de grado, para optar al título de Licenciado de Enfermería.

He leído la información proporcionada, teniendo la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Cualquier tipo de información o inclusive corroboración sobre la realización de esta investigación, puede contactarse directamente con: Juanita Herrera Placencia; número telefónico: (9)63752937, E-mail: juanitaherrerap@gmail.com , Dirección: Universidad de las Américas, Av. 7 norte 1348, Viña del mar.

Quilpué, Chile 04 octubre, 2018

Firma



Consentimiento Informado

Documento para el estudio de **“Percepción de los Adultos Mayores respecto del uso de Hierbas medicinales, Quilpué, 2018.**

Yo Hernando Pizarro Rut: 3.899.543-K

Autorizo de forma voluntaria para que se me realice una entrevista grabada de audio, la cual será utilizada resguardando mi identidad realizada para fines científicos, académicos y no lucrativos.

El motivo de su acercamiento y objetivo de la investigación es conocer la percepción de los Adultos Mayores, respecto del uso de hierbas medicinales en la población Las Rosas, comuna de Quilpué, Región de Valparaíso, año 2018.

Las integrantes del estudio son:

- | | |
|------------------------------|--------------|
| 1. Estefanía Barraza Silva | 17.978.352-5 |
| 2. Diana Farías Maldonado | 16.753.727-8 |
| 3. Juanita Herrera Placencia | 17.218.117-1 |

Observaciones:

- El entrevistado no recibirá beneficio y/o remuneración por su participación ni tampoco daño o perjuicio alguno.
- La información será transcrita textualmente, sin alteración y/o cambio de lo que el entrevistado menciona.

Esta investigación ha sido analizada y evaluada por docentes de la Universidad de las Américas pertenecientes a Escuela de Enfermería, Campus Viña del Mar 2018.

Este proyecto forma parte de la asignatura de Seminario de grado, para optar al título de Licenciado de Enfermería.

He leído la información proporcionada, teniendo la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Cualquier tipo de información o inclusive corroboración sobre la realización de esta investigación, puede contactarse directamente con: Juanita Herrera Placencia; número telefónico: (9)63752937, E-mail: juanitaherrerap@gmail.com , Dirección: Universidad de las Américas, Av. 7 norte 1348, Viña del mar.

Quilpué, Chile 04 octubre, 2018

Firma


Alejandra Pizarro

Consentimiento Informado

Documento para el estudio de “Percepción de los Adultos Mayores respecto del uso de Hierbas medicinales, Quilpué, 2018.

Yo M^o Peñero Aranda Rut: 9.778.184-6

Autorizo de forma voluntaria para que se me realice una entrevista grabada de audio, la cual será utilizada resguardando mi identidad realizada para fines científicos, académicos y no lucrativos.

El motivo de su acercamiento y objetivo de la investigación es conocer la percepción de los Adultos Mayores, respecto del uso de hierbas medicinales en la población Las Rosas, comuna de Quilpué, Región de Valparaíso, año 2018.

Las integrantes del estudio son:

- | | |
|------------------------------|--------------|
| 1. Estefanía Barraza Silva | 17.978.352-5 |
| 2. Diana Farías Maldonado | 16.753.727-8 |
| 3. Juanita Herrera Placencia | 17.218.117-1 |

Observaciones:

- El entrevistado no recibirá beneficio y/o remuneración por su participación ni tampoco daño o perjuicio alguno.
- La información será transcrita textualmente, sin alteración y/o cambio de lo que el entrevistado menciona.

Esta investigación ha sido analizada y evaluada por docentes de la Universidad de las Américas pertenecientes a Escuela de Enfermería, Campus Viña del Mar 2018.

Este proyecto forma parte de la asignatura de Seminario de grado, para optar al título de Licenciado de Enfermería.

He leído la información proporcionada, teniendo la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Cualquier tipo de información o inclusive corroboración sobre la realización de esta investigación, puede contactarse directamente con: Juanita Herrera Placencia; número telefónico: (9)63752937, E-mail: juanitaherrerap@gmail.com , Dirección: Universidad de las Américas, Av. 7 norte 1348, Viña del mar.

Quilpué, Chile 31 octubre, 2018

Firma



7.3 ANEXO 3: CARTA GANTT

ACTIVIDADES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Formación de grupos/luvia de ideas de tema de investigación									
Título del proyecto y pregunta de investigación									
Definición del tipo de investigación									
Planteamiento del problema									
Justificación y propósito del problema									
Objetivos generales y específicos									
Marco teórico									
Tipo de estudio, universo, muestra, criterios de inclusión y exclusión									
Recolección de información									
Exposición 1er semestre									
Consentimiento informado y carta de presentación									
Realización de entrevistas									
Transcripción de entrevistas									
Codificación de la información									
Descripción de los entrevistados									
Análisis y discusión de datos									
Conclusión									
Entrega informe final									
Exposición frente a comisión									

7.4 ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO



PROCESO DE CONSULTA A EXPERTOS PARA VALIDACIÓN DE ENTREVISTA

Título del Proyecto: Percepción de los Adultos Mayores respecto del uso de Hierbas medicinales, Quilpué, 2018.

Estudiantes:

- ❖ Estefanía Barraza Silva
- ❖ Diana Farías Maldonado
- ❖ Juanita Herrera Placencia

Estimada(o) Experta(o): _____

El presente documento tiene como propósito solicitar a usted, en su calidad de experto, contribuir a través de su opinión en el proceso de validación de este instrumento de recolección de información, en el contexto del proyecto de tesis que nos encontramos realizando.

La investigación plantea como objetivo general: Describir la percepción de los Adultos Mayores de 65 años o más sobre el uso de hierbas medicinales en la junta de vecinos Las Rosas en la comuna de Quilpué, en el año 2018.

La finalidad de este instrumento es recolectar información sobre la percepción de los Adultos mayores acerca el uso de hierbas medicinales.

La aproximación metodológica de esta investigación de enfoque cualitativo, basado en la Teoría fundamentada, se llevará a cabo a través de este instrumento (entrevista abierta no estructurada)

En primera instancia, se explicará el tema de investigación a modo de introducción para posteriormente realizar nuestra pregunta de investigación acerca la percepción en el uso de hierbas medicinales, a lo largo de la entrevista, eventualmente, se podrán seguir realizando preguntas de acuerdo al tema y a lo que el/la entrevistado/a nos vaya señalando, hasta conseguir saturación de la información.

La pregunta base será “*¿Cuál es la percepción que tiene usted acerca del uso de las hierbas medicinales?*”

Toda la información obtenida se analizará de acuerdo a cuyos aspectos se definieron a partir de la revisión de la literatura pertinente al tema de investigación.

Este será aplicado a:

- ❖ Edad de 65 años y más.
- ❖ Que pertenezcan a la junta de vecinos Las Rosas, comuna de Quilpué.
- ❖ Haber participado en el proyecto de intervención comunitaria “Cultivando mi buena salud: Una farmacia natural en mi hogar de la carrera de Enfermería de la Universidad de las Américas 2017.

En este contexto, solicito completar el documento adjunto para entregar su opinión de experto.

Agradezco su colaboración, tiempo y participación.

Atte.

7.5 ANEXO 5: EXPERTO (A): KATHERINE ALIAGA

Instrucciones:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto que le parece que cumple cada ítem, según los criterios que a continuación se detallan.

B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Evaluar: REDACCIÓN, CONTENIDO, CONGRUENCIA Y PERTINENCIA EN RELACIÓN A LOS OBJETIVOS DEL TRABAJO.

En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

ITEMS	B	M	X	C	OBSERVACIONES
1.- Pertinencia de la pregunta en el instrumento respecto del título del proyecto.		X			Cambiar percepción
2.- Pertinencia del instrumento con la variable mostrada en el objetivo general.	X				
3.- Pertinencia del Instrumento con el tema Investigado.	X				
4.- Vocabulario Utilizado		X			Lenguaje más simple
5.- Redacción de la pregunta		X			Usar redacción más entendible, usar de vocabulario útil y A. Napf.

6.- Estructura del instrumento		X		Debería ser algo más estructurado, no algo tan ambiguo
7.- Formato del instrumento		X		Solo una pregunta?

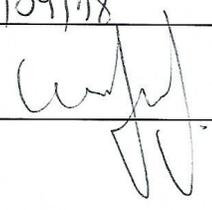
Evaluado por:

Nombre y Apellido: Katherin Aliaga J

Cargo o Profesión: Enfermera Docente Magister en Gestión Gerencial

Institución Perteneciente: Cors. El Belloto

Fecha: 28/09/18

Firma: 

7.6 ANEXO 6: EXPERTO (A): JOSÉ LUIS CIFUENTES

Instrucciones:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto que le parece que cumple cada ítem, según los criterios que a continuación se detallan.

B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Evaluar: REDACCIÓN, CONTENIDO, CONGRUENCIA Y PERTINENCIA EN RELACIÓN A LOS OBJETIVOS DEL TRABAJO.

En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

ITEMS	B	M	X	C	OBSERVACIONES
1.- Pertinencia de la pregunta en el instrumento respecto del título del proyecto.		X			<i>llevalo a de lenguaje más lógico</i>
2.- Pertinencia del instrumento con la variable mostrada en el objetivo general.	X				
3.- Pertinencia del Instrumento con el tema Investigado.	X				
4.- Vocabulario Utilizado	X				
5.- Redacción de la pregunta	X				

6.- Estructura del instrumento	x				
7.- Formato del instrumento	x				

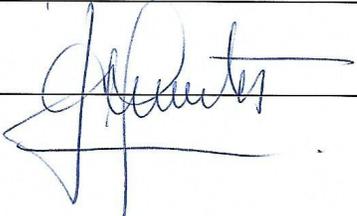
Evaluated by:

Nombre y Apellido: José Cifuentes Aguilar

Cargo o Profesión: Profesor

Institución Perteneciente: UDLA

Fecha: 27/09/2018

Firma: 

7.7 ANEXO 7: EXPERTO (A): CLAUDIA SANDOVAL

Instrucciones:

Coloque en cada casilla la letra correspondiente al aspecto que le parece que cumple cada ítem, según los criterios que a continuación se detallan.

B= Bueno / M= Mejorar / X= Eliminar / C= Cambiar

Evaluar: REDACCIÓN, CONTENIDO, CONGRUENCIA Y PERTINENCIA EN RELACIÓN A LOS OBJETIVOS DEL TRABAJO.

En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o correspondencia.

ITEMS	B	M	X	C	OBSERVACIONES
1.- Pertinencia de la pregunta en el instrumento respecto del título del proyecto.	✓				
2.- Pertinencia del instrumento con la variable mostrada en el objetivo general.	✓				
3.- Pertinencia del Instrumento con el tema Investigado.	✓				
4.- Vocabulario Utilizado	✓				
5.- Redacción de la pregunta	✓				

6.- Estructura del instrumento	✓					
7.- Formato del instrumento	✓					

Evaluado por:

Nombre y Apellido: Clotilde Sorochel Saldana

Cargo o Profesión: Empresaria independiente

Institución Perteneciente: UDLA

Fecha: 26/09/2018

Firma: 

7.8 ANEXO 8: ENTREVISTAS

ENTREVISTA 1

¿Qué piensa usted acerca del uso de las hierbas medicinales?

Que son buenas, las utilizo cuando estoy resfriada, enferma del estómago, para varias cosas se usan pueh, incluso ahora estoy utilizando la hoja del palto, con laurel y espiga como un caldo para la tos, yo como tengo otro problema no me sirve mucho, soy hipertensa y no ocupo ninguna hierba medicinal para la hipertensión, antes usaba la hierba de San Juan para relajarme, pero solo eso no más, no tomo casi hierbas yo, las utilizo bien poco, solo utilizaba la hierba de San Juan y la compraba en las farmacias naturistas y me la receto el médico para el insomnio y la depresión entonces esa hierba sirve para varias cosas la depresión, tranquilizante.

En mi casa tengo ruda y la utilizo para el dolor de estómago, pero bien poco.

ENTREVISTA 2

¿Qué piensa usted acerca del uso de las hierbas medicinales?

Es más sano que tomar tantas pastillas.

Mi hija y yo tomamos bastantes hierbas porque ella tiene una enfermedad crónica intestinal entonces ella toma Aloe Vera, ella no puede tomar de todas las hierbas, toma Manzanilla puede tomar, cosas cálidas.

Yo tomo hierbas medicinales para el estómago, porque tomo muchas pastillas por mis enfermedades porque soy diabética e hipertensa entonces prefiero tomar hierbas que más pastillas, tomo mis medicamentos y tomo hierbas, tomo Aloe Vera por mi estitiquez y eso me sirve, como también el té verde, tomo Menta, tomo Matico, para dormir no tomo ninguna hierba y no duermo nada.

Tomo hierbas porque en mi familia me enseñaron a tomarlas para distintos dolores.

En mi casa tengo plantada Menta, Aloe vera, Toronjil, Melisa, después de almuerzo siempre me tomo una hierba.

Mi hija toma más hierbas que yo, ella toma Manzanilla, toma cosas más cálidas por su enfermedad intestinal, igual que ella no come como uno.

Vivimos al ladito y ahí nos compartimos las hierbas así nos llevamos.

ENTREVISTA 3

¿Qué piensa usted acerca del uso de las hierbas medicinales?

Que son buenas para varias cosas. Está la Menta, la Ruda, hay una hierbita que se llama la hierba del “Tapón” que es para la indigestión y el toronjil que se usa para los nervios, para dormir, después viene el Ajenco que se usa para el estómago, el Cedrón que también es bueno para los nervios, el poleo que también es bueno para el estómago, para la guatita, el Aloe Vera que tiene bastante aceptación para bastantes enfermedades, orégano que aparte de usarlo en las comidas también lo podemos usar como agua de hierbas también tranquiliza los nervios y es bueno, esos son los que yo conozco.

En mi casa consumo menta, ruda, matico, toronjil, la menta principalmente bastante y el orégano que lo usamos en las comidas y también como agua de hierbas, esas son las que más usamos nosotros en mi casa.

Tengo plantados toronjil, menta, matico, aloe vera, ruda, llantén que también es bueno para el estómago, ajenjo también tengo una matita en la casa.

Yo tengo problemas del colon irritable e hipertensión, para la hipertensión tomo Losartán potásico y para dormir tomo Clonazepam de 0.5 mg, pero siempre le doy preferencia a las hierbas cuando veo que ya no hace efecto la hierba me tomo media pastilla o a veces tomo el medicamento con las hierbas, porque cuando son dolores más fuertes de estómago recurro al medicamento, pero me hago un agua de hierbas para tomarme el remedio así lo hago yo y hacen efecto, por lo menos la

hierba del tapón es tan buena para la indigestión que por algo se llama la hierba del tapón.

ENTREVISTA 4

¿Qué piensa usted del uso de hierbas medicinales?

Son muy buenas, son sanas sobre todo para uno que está en la tercera edad no le afecta el estómago, por eso decidí empezar a tomarlas.

Yo acostumbro a ocupar hierbas naturales después de almuerzo, sobre todo, tomo manzanilla hace años, uso todos los días después de almuerzo manzanilla o boldo para la acidez o el reflujo.

Me las recetaron distintos médicos, porque sufro de los huesos entonces en los controles ellos me dicen “toma agua de hierbas durante el día, hágase en la mañana un litro para todo el día”.

Yo compre mi casa con esos árboles, me regalaron una menta y la cuide, se puso bien bonita.

Mi mamá me enseñó a usarlas y también aprendí del curso que nos dieron las niñas de la universidad.

Tengo hipertensión y sufro de los huesos, pero para eso no tomo hierbas, solo las uso para el estómago.

ENTREVISTA 5

¿Qué piensa usted del uso de hierbas medicinales?

Que son efectivas, para mí son efectivas.

Cuando yo estoy enferma de la guatita o cualquier cosa me tomo una agüita de hierbas y se me pasa el malestar, porque uno les tiene fe a esas cosas.

Tomo agüita de hierbas después de almuerzo, pero no todos los días, cuando tengo cólicos tomo orégano y se me quitan.

No tengo enfermedades crónicas solo sufro de las rodillas, para las rodillas tomo Ketoprofeno porque no conozco ninguna hierba para eso.

Yo comencé a tomar las hierbas por el curso que nos hicieron acá y por lo que me enseñó mi mamá cuando nos dolía la guata.

En este momento no tengo muchas hierbas en la casa, pero no las compro porque voy a la casa de mi hermana a buscar porque ella tiene muchas, manzanilla me sale en la casa así que esa ocupo porque prefiero las cosas naturales.

ENTREVISTA 6

¿Qué piensa usted del uso de hierbas medicinales?

Que son saludables para una mejor vida, yo uso mucho. Uso la menta, la ruda y la Manzanilla las tomo con agüita todos los días para no tomar agua sola, después de almuerzo tomo una tacita de hierbas.

Para mí son todas saludables, pero a veces dicen que uno toma mucho, por ejemplo, muy cargada la ruda puede hacer mal.

Yo tengo hipertensión y me controlo en el consultorio, tomo en la mañana y en la noche Losartan, no tomo hierbas para la hipertensión.

Aprendí a tomar hierbas por mi mama ella me enseñó y yo le enseñé a mi hija, ella también toma hierbas.

En mi casa tengo ruda, menta y la manzanilla la compro en sobres y también regalo de las que tengo.

