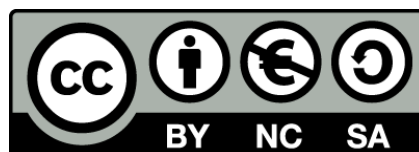




UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Eficacia del Reiki sobre la regularización de la tensión arterial en personas con hipertensión arterial

Ana Belén Fernández Cervilla



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – Compartir Igual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – Compartir Igual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.**

Tesis Doctoral

**EFICACIA DEL REIKI SOBRE LA
REGULARIZACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN
PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Autora: Ana Belén Fernández Cervilla

Directoras de la Tesis Doctoral:

Dra. Pilar Delgado Hito

Dra. Ana Barquero González

Tutora de la Tesis Doctoral

Dra. M^a Teresa Lluch Canut

Barcelona 2017

Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras
Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona

Tesis Doctoral

**EFICACIA DEL REIKI SOBRE LA
REGULARIZACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN
PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Autora: Ana Belén Fernández Cervilla

Directoras de la Tesis Doctoral:

Dra. Pilar Delgado Hito

Dra. Ana Barquero González

Tutora de la Tesis Doctoral

Dra. M^a Teresa Lluch Canut

Barcelona 2017

AGRADECIMIENTOS

Son muchos los agradecimientos que he de expresar:

A mis padres y en memoria de mi abuela María que han trabajado y me han cuidado para que ahora este yo aquí.

A mis incondicionales Win, Mac, Nusy (en memoria) Darling y Snoopy por la compañía y el amor que me han aportado en todo este tiempo.

A Mercè Arquè en especial mi fiel “mecenaz y mentora” porque siempre creyó en mí.

A Julia López por ser crítica y por facilitarme ayuda a nivel de documentación y redacción.

A Rosa M^a Blasco por todo el apoyo y tesón que tuvo para que me formara y preparara.

A LLúcia Benito de *l'Àrea de recerca del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona* (COIB) y Antonia Civantos por la ayuda prestada en la confección de la Base de datos de mi estudio. Así como Gloria Gallardo por su incondicional apoyo en las tareas administrativas.

A Maite Framis bibliotecaria del COIB y a las compañeras del *Centre de Recursos per a l'Aprenentatge i la Investigació* (CRAI) por la ayuda en la búsqueda bibliográfica. Y especialmente a Rosa Oliva por todas sus explicaciones y aclaraciones sobre el Mendeley.

A Carolina Rebato muy especialmente por todo el asesoramiento y guía en la realización de este estudio y sobretodo en la gestión del estudio de campo así como en los cuestionarios.

A Nuria Cuxart por facilitarme la parte histórica y legal de las terapias complementarias.

A Leia Fortes Salles por su amistad por su ayuda incondicional y su tesón.

A mi Tutora de Tesis la Dra. M^a Teresa LLuch Canut que siempre me apoyó en mi idea de la enfermería y las terapias complementarias.

A mis directoras de tesis: Dra. M^a Pilar Delgado que me dio la visión científica investigadora la cual aplicamos a las terapias complementarias y a la Dra Ana Barquero por ofrecerse a hacer de directora de mi tesis, por el interés que mostró desde el principio y la ayuda incondicional que me ha demostrado siempre.

A Ana M^a y Esperanza (enfermeras y exalumnas) que junto a Ana Barquero realizamos el primer artículo de este estudio.

A mis amigas enfermeras reikistas y a las enfermeras voluntarias (reikistas o no) que han colaborado altruistamente en este estudio (han sido un total de 27 enfermeras y 1 Doctora: Merce Dalmau, Esther Vernet, Isabel Sánchez, Eugenia Cortes, Carmen Abad, Natalia Garcia, María Soldevila, M^a Rosa Vila, Mónica Suñé, José Vicente, Patricia Escoda, M^a Isabel Villar, Mireia Martin, Eva M^a Caparrós, Irene López, Blanca Rey, Leonor Cadena, Marta Cañibano, Muntsa Brunet, Mercè Galobardes, Begoña Valdivia, Clara Pons, Ana Arias, Lidia Odena, Elisabeth Guiol, Carme Grane, Sandra Gómez y Patricia Gutiérrez) junto con los **reikistas** (Ana, Toni, Aurora Fdez, Aurora Castro, Azul, Carla, Claudia, Conxita, Cristina, Elena, Elisabeth, Eva, Francesc, Francisco, Guillermo, Jordi, Josefina, Juan José, Judith Orts, Judit Labernia, Laura, M^a del Rosario, Maribel, Mercedes, Mónica, Montse Monereo, Montse Font, Montserrat, Ramón, Rosa Vilagrasa, Rosa Roperó, Silvia, Teresa e Isabel) de la asociación de Reiki de Barcelona que han trabajado con tanto amor y pasión por lo que estaban realizando y que así me lo han transmitido a lo largo del trabajo de campo. En especial a Ernesto Guirao presidente de la asociación de Reiki por facilitarme y ayudarme en que fuera posible la realización de esta Tesis y por crear la web del estudio. Y a Gloria por la organización de la asociación de Reiki de Barcelona.

A los médicos y enfermeras del Cap de Roger de Flor que han hecho posible este estudio. Especialmente a Ingrid Fort y al Dr. Cuixart por el interés y la dedicación, como la Dra. Silvia Zamora y la enfermera Verónica Sierra. Y a la Dra. Galindo que facilito todos los espacios y recursos del Cap.

A los participantes de este estudio ya que gracias a ellos este estudio ha sido posible, agradezco enormemente su interés y colaboración.

A Marc por la realización del video y de las fotos del estudio.

A las becarias Helena y Menchu que me ayudaron a pasar los datos junto a Ricard y Lorena antigua exalumna.

Agradecer al grupo de Recerca del Cap Sardenya en especial al Dr. Carles Brotons y sobre todo a la estadística Irene Moral por la colaboración en el análisis estadístico.

Y también a mi compañera Dolors Estrada por facilitarme toda la información referente al mundo de la enfermería en la hipertensión arterial.

A mis compañeras/os de la UB por los ánimos en la realización de estas tesis.

Y a ti en especial por estar ahí y darme ánimos en la parte final del proceso.
Gracias a todos de corazón.

PRESENTACIÓN

Desde que empecé la carrera de enfermería tuve muy claro que quería trabajar con mis manos cuidando de las personas. Y a medida que he ido conociendo las terapias naturales he afianzado la certeza de que iban a marcar mi recorrido profesional y que iba a ser necesario investigar en este ámbito. Así que me forme y recibí como usuario las terapias que fui aprendiendo y especialmente vibre y me sentí identificada con las Terapias Energéticas.

Fue en el 1999 cuando recibí mis primeras sesiones de Reiki como paciente y a partir de la experiencia personal decidí aprender la técnica para poder utilizarla como una herramienta más como enfermera.

Cuando realice la tesina del Master Oficial en Liderazgo y Gestión de los Servicios en Enfermería quise averiguar qué formación se ofrecía en el ámbito de la enfermería sobre las terapias complementarias y como se aplicaban en el hospital Duran y Reynals. Así fue como me decidí por el Reiki como tema central de la tesis dado que era una de las terapias energéticas más utilizadas por las enfermeras.

Para profundizar en mis conocimientos hice un voluntariado de Reiki en el hospital Duran y Reynals. Paralelamente en el I Congreso de Reiki y Técnica Metamórfica celebrado en Barcelona conocí al maestro Ernest Guirao con el cual compartimos las inquietudes en el tema de la investigación. A partir de ahí empezaron algunas sinergias de interés.

Dado que la asociación de Reiki de Barcelona participaba ya en talleres en el Cap de Roger de Flor, Ernest me puso en contacto con la enfermera Ingrid y a raíz de este encuentro empezaron las gestiones. Gracias a la confianza y al interés en el tema del Dr. Cuixart se realizó el estudio en este centro.

INDICE

1. RESUMEN.....	16
2 INTRODUCCIÓN.....	24
2.1 <i>Hipertensión arterial</i>	29
2.2 <i>Terapias Naturales y Complementarias</i>	33
2.2.1 Conceptualización de las Terapias Naturales.....	35
2.2.2 Marco legal de las terapias complementarias en España y Cataluña.	41
2.2.3 Situación actual de las terapias complementarias en el Grado de Enfermería. 45	
2.2.4 Marco referencial de los profesionales de enfermería.	46
2.2.5 Aportaciones de la enfermeras teóricas al campo de las terapias complementarias.....	51
2.2.6 Cuidados Enfermeros y las terapias complementarias.	57
2.3 <i>Reiki</i>	62
2.3.1 Introducción de las bases científicas de las terapias energéticas.	62
2.3.2 Breve historia del Reiki.....	69
2.3.3 Definición de Reiki.....	72
2.3.4 Tratamiento tradicional de Reiki.	74
2.3.5 Formación.	76
2.3.6 El Reiki en enfermería.	78
2.3.7 Evidencia científica del uso del Reiki.	80
2.4 <i>Problema – pregunta</i>	88
3 OBJETIVOS	92
3.1 <i>Objetivos General</i>	92
3.2 <i>Objetivos Específicos</i>	92
4 HIPÓTESIS.....	96
5 METODOLOGÍA.....	100
5.1 <i>Diseño</i>	100
5.2 <i>Ámbito del estudio</i>	100
5.3 <i>Población y muestra</i>	100
5.4 <i>Criterios de inclusión</i> :.....	101
5.5 <i>Criterios de exclusión</i> :.....	101
5.6 <i>Variables del estudio</i> :.....	102
5.7 <i>Intervención</i>	105
5.8 <i>Instrumentos de recogida de datos</i>	105
5.9. <i>Recogida de datos: Procedimiento</i>	108
1.10 <i>Análisis de datos</i>	112
6 RESULTADOS	116
6.1 <i>Resultados del objetivo general 1</i>	118
6.1.1 Descripción del perfil sociodemográfico de los sujetos de estudio.....	118
6.1.2 Comparativa de las variables clínicas y de autocuidado.....	119
6.1.3 Comparativa de las cifras de la TA y FC pre y post sesión de Reiki entre el GE y el Grupo Control GC.....	125
6.1.4 Calidad de vida de los sujetos.	134
6.2 <i>Resultados del objetivo general 2</i>	135
6.2.1 Sensaciones de los reikistas al realizar la técnica en los diferentes puntos. 135	
6.2.2 Sensaciones y cambios de los sujetos del GE antes, durante y después de la sesión de Reiki.....	153

7	DISCUSIÓN.....	160
8	LIMITACIONES.....	174
9	DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	178
10	CONCLUSIONES.....	182
11	BIBLIOGRAFÍA.....	186
12	ANEXOS.....	200
	ANEXO 1. Glosario y concepto básico de las terapias naturales más utilizadas. (Según la clasificación de la NCCAM).....	200
	ANEXO 2. Artículo “Situación actual de las Terapias Complementarias en España en el grado de Enfermería.”	208
	ANEXO 3. Hoja de información para el participante.....	218
	ANEXO 4. Consentimiento informado.....	224
	ANEXO 5. Posiciones de Reiki para el tratamiento de la hipertensión. Protocolo.....	226
	ANEXO 6. Hoja de registro del reikista.....	232
	ANEXO 7. Cuestionario de recogida de datos.....	234
	ANEXO 8. Cuestionario "SF-12" sobre el estado de salud.	244
	ANEXO 9. Cuestionario post para los participantes del grupo control.	246
	ANEXO 10. Cuestionario post para los participantes del grupo experimental.....	248
	ANEXO 11. Estandarización de la medida de la presión arterial.....	252
	ANEXO 12. Clasificación medicación antihipertensiva.....	254
	ANEXO 13. Anuncio en el COIB para captar enfermeras reikistas.....	258
	ANEXO 14. Autorización Comisión de Bioética de la UB.	260
	ANEXO 15. Cartel para la captación de participantes.....	262
	ANEXO 16. Formulario para recibir información del estudio.	264

INDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Clasificación de la presión arterial e hipertensión arterial en adultos >18 años (personas no tratadas)	29
Tabla 2. Asociación de los chakras con las glándulas	75
Tabla 3. Captación de los participantes	116
Tabla 4. Descripción de las Variables Sociodemográficas	118
Tabla 5. Descripción de las Variables Clínicas	121
Tabla 6. Descripción de las Variables de autocuidado	122
Tabla 7. Descripción de la Variable Actividad Física	123
Tabla 8. Descripción de las Variables de Hábitos Tóxicos	124
Tabla 9. Visitas o sesiones realizadas	125
Tabla 10. Comparación PA y FC entre GC y GE antes de cada sesión	126
Tabla 11. Comparación PA y FC entre GC y GE posterior a cada sesión	127
Tabla 12. Comparativa de los valores pre-post sesión de Reiki	128
Tabla 13. Evolución de PAS, PAD y FC en las 12 sesiones por grupos valores pre	129
Tabla 14. Evolución utilizando valores PAS, PAD y FC post-sesión Reiki en GE (S1-S12)	130
Tabla 15. Modelo multivariante diferencia PAS (previa a sesión) entre visita inicial y visita final	133
Tabla 16. Comparativa de la calidad de vida del GC y GE de la primera sesión y la doceava	134
Tabla 17. Análisis del cambio de las puntuaciones de calidad de vida	134
Tabla 18. Componente mental de la calidad de vida por grupos	135
Tabla 19. Sensaciones de los reikistas sesión 1	136
Tabla 20. Sensaciones de los reikistas sesión 2	137
Tabla 21. Sensaciones de los reikistas sesión 3	138
Tabla 22. Sensaciones de los reikistas sesión 4	140
Tabla 23. Sensaciones de los reikistas sesión 5	141
Tabla 24. Sensaciones de los reikistas sesión 6	142
Tabla 25. Sensaciones de los reikistas sesión 7	144
Tabla 26. Sensaciones de los reikistas sesión 8	145
Tabla 27. Sensaciones de los reikistas sesión 9	146
Tabla 28. Sensaciones de los reikistas sesión 10	148
Tabla 29. Sensaciones de los reikistas sesión 11	149
Tabla 30. Sensaciones de los reikistas sesión 12	150
Tabla 31. Sensaciones de los reikistas más frecuentes durante las sesiones realizadas	152
Tabla 32. Experiencias previas de Reiki, asistencia a las sesiones y carácter de los sujetos	153
Tabla 33. Sensaciones Físicas en el trans y post intervención	154
Tabla 34. Sensaciones psíquicas/emocionales en el trans y post intervención	155
Tabla 35. Cambios de actitud post intervención	155
Tabla 36. Cambios de hábitos planteados post intervención	156

Tabla 37. Cambios de hábitos relacionados con la dieta post intervención.	156
Tabla 38. Dejar de fumar tras intervención.	156

INDICE FIGURAS:

Figura 1. Diagrama de flujo según guía CONSORT 2010.	118
Figura 2. Gráfico evolución PAS	131
Figura 3. Gráfico evolución PAD	132
Figura 4. Gráfico evolución FC	132

1. RESUMEN

1. RESUMEN.

Introducción: La Hipertensión Arterial (HTA) es un problema de salud pública de primera magnitud, y uno de los principales motivos de consulta sanitaria en la Atención Primaria (AP). Las Terapias Complementarias (TC) entre las que está el Reiki, puede ayudar a regular la Tensión Arterial (TA) y aumentar la calidad de vida.

Objetivo General: Evaluar la eficacia del Reiki en la regularización de la TA en hipertensos de edad comprendida entre 45 y 75 años, y describir la experiencia de pacientes y reikistas en relación a la terapia.

Metodología: Estudio cuasi-experimental. **Población de estudio**, personas con hipertensión arterial pertenecientes al Equipo de Atención Primaria *dreta de l'Eixample* Barcelona **Muestra**, muestreo aleatorio simple (n=189) 78 sujetos en el Grupo Control (GC) y 78 en el Grupo Experimental (GE). **Variables del estudio:** Independiente: la intervención del Reiki; Dependiente: los valores de TA; Secundarias: clínicas, calidad de vida, autocuidado, sociodemográficas, sensaciones de reikistas y de participantes con el Reiki. **Intervención:** sesiones al GE de 15 a 20 minutos una vez a la semana durante 12 semanas. **Instrumentos:** hoja de seguimiento, cuestionario SF12, cuestionarios post para el GC y GE y hoja de registro del reikista. **Análisis de los datos** mediante el StataMP 13. Para variables cualitativas frecuencias y porcentajes; para cuantitativas, media, desviación estándar, mediana, mínimo y máximo. Análisis bivalente, la t de Student y Chi2 y ANOVA para medidas repetidas y estudio multivariante. Nivel de significación estadística: $p > 0.05$.

Resultados: El 54,55% eran mujeres, el 45,5% hombres, la media de edad 64,12 años y DE=7,06. Los sujetos que realizaron las 12 sesiones fueron 70 participantes del GC y 73 del GE. Entre la sesión 1 y 12 se redujo la PAS al menos 5 mmHg. En el GC un 52,86% se redujo más de 5mmHg, en el GE un 64,38%, en total el 58,74%, la $p= 0,162$. En la PAD se redujo 5mmhg en el GC un 38,57%, el GE un 47,95% en total 43,36%, la $p=0,258$. En el GE se obtuvo: 68,3% relajación, 58,55% calor y 18,3% somnolencia durante la sesión, después de la sesión 49,35 % relajación y un 8,54% se sintieron energéticos. Y los días posteriores sintieron 15,86%

relajación y un 6,10% se sintieron energéticos. Sensaciones psíquicas/emocionales durante la sesión el 60,98% sensación de paz, el 34,15% menos estresados, el 24,39% más positivos. El 51,22% descansaba mejor, el 9,76% algunas veces, el 37,80% no. Los reikistas sintieron: calor, hormigueo, frío, otras sensaciones, calambre y bloqueo.

Conclusiones. El Reiki es eficaz para la reducción de la FC, con efecto clínicamente positivo en los valores de PAS. En la calidad de vida, tiene un efecto estadísticamente significativo sobre la salud mental; sin cambios en el componente físico. El calor es la sensación más experimentada por los reikistas, en menor medida: hormigueo, frío, otras sensaciones, calambre y bloqueo. El GE como sensación física presenta durante la sesión y en los días posteriores, relajación, calor, somnolencia sintiéndose más energéticos. La paz es la sensación psíquica/emocional más presente, manifestando afrontar la vida de una forma más serena y mejora del descanso.

Palabras clave: Reiki, Hipertensión, Frecuencia Cardíaca, Calidad de Vida, Terapias complementarias, Enfermería en Salud Comunitaria, intervención enfermera.

Summary

Introduction: Hypertension (HT) is a major public health problem, one of the main reasons for health consultations in Primary Care (PC). Nurses opt for Complementary Therapies (CT) including Reiki to help regulate blood pressure (BP) and increase the quality of life.

General objective: To evaluate the effectiveness of Reiki in the regularization of blood pressure, for people with hypertension between 45 and 75 years of age, and describe the experience of patients and Reiki therapists in relation to the therapy.

Methodology: Quasi-experimental Study. Sample, the sampling technique was random simple (n = 189) 78 subjects in the Control Group (CG) and 78 in the Experimental Group (EG). Study variables: Independent Reiki intervention, Dependent BP values. As secondary variables: medical history, quality of life, self-care, sociodemographic, feelings of reiki therapists and participants of the EG. *Intervention:* participants EG sessions for 15 to 20 minutes, once a week for twelve weeks. *Instruments:* follow-up sheet and the validated questionnaire SF 12, the post questionnaires for the CG and EG and reiki therapist register sheet. The Stata MP 13 statistical package was used for the analysis of the data. For the qualitative variables frequencies and percentages, for the quantitative ones the average, the standard deviation, median, minimum and the maximum. Bivariate analysis, the t of student and Chi2, $p > 0.05$. ANOVA for repeated measurements and multivariate study

Results:

The sociodemographic profile of the participants was 54,55% women and 45,5% men with a mean of 64,12 years and SD = 7,06. The subjects who performed the 12 sessions were 70 participants of the CG and 73 of the EG. Between sessions, 1 and 12 PAS was reduced to at least 5 mmHg. In the GC, 52,86% fell more than 5 mmHg, in the EG, 64,38% n = 47 in total, 58,74% n = 84 and $p = 0,162$. In the PAD, 5 mmHg was reduced in the GC, 38,57% n = 27 and the GE 47,95% n = 35 in total 43,36% n = 62 and $p = 0,258$.

In the EG, 68,3% relaxation, 58,55% heat and 18,3% sleepiness were obtained during the session, 8,54% felt energetic. The GC 15,86% relaxation and 6,10% felt energetic. Sensations psychic / emotional during the session 60,98% peace sensation, 34,15% less stressed, 24,39% more positive. 51,22% rested better, 9,76% sometimes, 37,80% did not. The reiki therapists felt: heat, tingling, cold, other sensations, cramp and blockade.

Conclusions.

Reiki is effective for reducing HR. with a clinically positive effect on SBP values. In terms of the quality of life, Reiki has a statistically significant effect on the mental component and there is no change in the physical component in any group. Heat is the sensation most experienced by the reiki therapist and to a lesser extent: tingling, cold, other sensations, cramp and blockage.

The EG as a physical sensations presents during, after sessions and the following days were relaxation, heat, drowsiness and felt more. Peace is the predominant psycho-emotional sensation during, after and in the days after sessions, manifested to face the life in a more serene way and sleep better.

Keywords: Reiki, Hypertension, Heart Rate, Quality of Life, Complementary Therapies, Community Health Nursing, nurse intervention.

LISTADO DE ACRÓNIMOS.

AIT: Accidente Isquémico Transitorio

AMPA: Automedida Domiciliaria de la Presión Arterial.

AP: Atención Primaria.

ARAI: Antagonistas del Receptor de la Angiotensina II.

CAP: *Centre d'Atenció Primària.*

CHEE: Enfermería Española de Cuidados Holísticos.

CIUO: Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones.

COIB: *Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona.*

CRAI: *Centre de Recursos per a l'Aprenentatge i la Investigació.*

DAC: Diploma de Acreditación y Capacitación.

EAP: Equipo de Atención Primaria.

ECC: Enfermedad Cardiovascular Clínica.

EHRICA: Asociación Española de Enfermería de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular.

ESH/ESC: Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología.

FC: Frecuencia Cardíaca.

FRCV: Factor de Riesgo Cardiovascular.

GC: Grupo Control.

GE: Grupo Experimental.

HTA: Hipertensión Arterial.

IC: Insuficiencia Cardíaca.

IC: Instrumentos Complementarios.

ICCE: Instrumentos Complementarios de los Cuidados Enfermeros.

IECAS: Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina.

IM: Insuficiencia Mitral.

IMC: Índice de Masa Corporal

JNC: *Joint National Committee.*

LGS: Ley General de Sanidad.

MAPA: Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial.

MOD: Manifestaciones en Órganos Diana.

NANDA: Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería. *North American Nursing Diagnosis Association.*

NCCAM: Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa.

NIC: Clasificación de Intervenciones Enfermeras.

NIH: *National Institutes of Health.*

NOC: Criterios de Resultados Enfermeros.

OIIQ: Orden de Enfermeras y Enfermeros de Quebec.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PA: Presión Arterial.

PAD: Presión Arterial Diastólica.

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud.

PAS: Presión Arterial Sistólica.

PIAPISC: Plan de Innovación de la Atención Primaria.

SEH-LELHA: Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial.

SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

TA: Tensión Arterial.

TC: Terapias Complementarias.

TSJC: Tribunal Superior de Justicia de Cataluña.

TNC: Terapias Naturales y Complementarias.

UBE: Unidades de Medida Estándar.

UE: Unión Europea.

2. INTRODUCCIÓN

2 INTRODUCCIÓN.

Actualmente los equipos de salud de la Atención Primaria (AP) de Cataluña, realizan su actividad en un contexto de organización del trabajo heredado de la reforma sanitaria empezada en los años ochenta (1), siguiendo la filosofía de la declaración de Alma Ata según la cual la AP ha de ser: *“una atención esencial de la salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente adecuadas y socialmente aceptables, accesibles con carácter universal para todos los individuos y las familias de una comunidad”* (2).

La situación social y de salud de la población ha sufrido múltiples cambios desde la última década: Como el envejecimiento de la población; El aumento de las personas con dependencia; Los cambios en el modelo clásico de estructura familiar; El rápido aumento de la inmigración; La necesidad de incorporar nuevos modelos culturales, valores y creencias; El aumento de las conductas relacionadas con estilos de vida poco saludables: tabaquismo, alcoholismo, dietas inadecuadas, obesidad, sedentarismo, etc.; Y una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas.

Además de considerar una serie de derechos como la ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, la ley de Dependencia, los Derechos y Deberes de los Usuarios en la Ley General de Sanidad (LGS), etc., la formación para la salud y el acceso a la información, ha surgido la necesidad de dar respuesta a las nuevas demandas y expectativas de la población actual, que con mayor acceso a la información, vienen manifestando de forma reiterada la voluntad de tomar parte activa en las decisiones que afectan a su salud y bienestar (3).

En Cataluña, en el año 2010, con el fin de adaptarse a las nuevas expectativas, demandas y necesidades de la población, se inició el Plan de Innovación de la Atención Primaria (PIAPISC) que pretendía incrementar la capacidad resolutoria de los profesionales de AP y, en especial, de las enfermeras*(4). Este plan, se centró en la calidad y seguridad de la asistencia

* El término enfermeras incluye tanto el género masculino como femenino.

necesarias ambas para su implementación y desarrollo, potenciando la utilización adecuada de los recursos, la mejora de la accesibilidad y una mayor concienciación de las personas sobre su autoresponsabilidad y su capacidad para el autocuidado. Para esto, se propuso un modelo que estimulase la calidad, la eficiencia y el abordaje de las demandas ciudadanas, desde una óptica de colaboración y coordinación entre los dos principales proveedores de servicios asistenciales: el médico** y la enfermera de familia (5).

Desde los inicios de la reforma de la AP en 1978, el objetivo de las consultas de enfermería ha estado muy polarizado hacia el seguimiento de las patologías crónicas, a las cuales se les dedicaba la mayor parte de su tiempo. Pero durante la última década el marco competencial de las enfermeras, en general se ha ido incrementando, desarrollando y poniendo de manifiesto su elevada capacidad profesional para dar respuesta a las necesidades, problemas y demandas de salud de la comunidad. De ahí que la cartera de servicios de estos profesionales también se ha ampliado en concordancia con dichas necesidades y demandas (6).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades crónicas son la epidemia del siglo XXI. Se estima que representarán más de un 60% del total de las enfermedades mundiales en el 2020 (7) y que los gastos necesarios para su atención y seguimiento superarán el 75% de los gastos sanitarios en los países desarrollados. Entre las enfermedades crónicas de más prevalencia destacan las enfermedades cardiovasculares.

El Factor de Riesgo Cardiovascular (FRCV) más prevalente a nivel mundial es la HTA (8,9). Afecta a más de un billón de personas en el mundo siendo la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos por su cronicidad. Las previsiones indican que en el año 2025, la cifra de personas con hipertensión puede elevarse hasta el 29% de la población (10).

Según el análisis del Sistema Sanitario de 2010 de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), las tres principales causas de

** El término médico incluye tanto el género masculino como femenino.

mortalidad en España desde 1970 han sido las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias; si bien se ha producido un constante descenso en las tasas de mortalidad reales que se deben a dichas causas. No obstante, las tasas de mortalidad por las enfermedades citadas se encuentran entre las más bajas de la Región Europea (11). En el 2014 las causas de mortalidad siguen siendo las mismas aunque las dos primeras bajaron un 0,1% las enfermedades del sistema circulatorio y un 0,7% los tumores según el informe de salud 2016(12).

En Cataluña las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de hospitalización y de mortalidad en el conjunto de la población y constituyen un problema prioritario de salud pública (13–15).

En toda España la prevalencia de HTA es similar a la de otros países occidentales situándose entre el 35 y el 45% de la población, aunque en edades más avanzadas esta cifra aumenta hasta el 60% (8). Se estima que la HTA está relacionada con el 46,4% de las muertes por enfermedad cerebrovascular, con el 42% de las muertes de origen coronario y con el 25,5% de las muertes totales (8–10). Y es frecuente que se presenten asociadas con otros FRCV (8–10).

Según datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, los gastos de la HTA en España se pueden elevar a los 1600 millones de € en el año 2020. El elemento que supone la parte más elevada de los costes es la asistencia sanitaria, principalmente en la AP (10). De ahí que la HTA sea un problema sociosanitario de primera magnitud, por lo que su seguimiento y control desde la AP ha de representar uno de los principales retos de la salud pública y comunitaria.

Por estos motivos, las enfermeras deberían tener todos los recursos y herramientas disponibles para poder informar, asesorar y cuidar a sus usuarios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la importancia que, en algunos pueblos, tienen las medicinas tradicionales, y propone que éstas se respeten y que se estudie sobre ellas. Refiriéndose a los países más avanzados,

recomienda que se lleve a cabo un desarrollo armónico y científico y se introduzcan medidas para su regulación y control(16).

Es importante mencionar al respecto la recomendación de la OMS a la enfermería impulsándola a que utilice todos sus recursos para conseguir la salud para todos y, entre los recursos, menciona los métodos tradicionales y complementarios. Recomienda igualmente que las enfermeras estén preparadas para orientar a los clientes en el proceso de escoger entre las diferentes terapias y que su formación las debería capacitar para que entiendan sobre ellas y las compatibilicen con otras formas de atención(16). En este sentido, y siguiendo las directrices de la OMS, las Terapias Complementarias (TC) pueden ser una de las mejores formas de dar una atención integral.

El Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (COIB) a su vez ha hecho una apuesta reconociendo las TC como intervenciones propias de los cuidados enfermeros y ayudando a que las enfermeras se formen en ellas. El COIB clasifica las TC en 5 categorías o dominios según los informes adaptados de la *White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy* (17) y el Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) (18) en: sistemas médicos alternativos, intervenciones mente-cuerpo, terapias con base biológica, terapias manuales y terapias de la base energética.

El Reiki está clasificado como TC en la categoría de terapias de la base energética. Esta categoría se basa en la manipulación de los campos de energía, tanto los que envuelven el cuerpo humano y lo penetran, como los que implican el uso no convencional de campos electromagnéticos o campos de corriente alterna. Esta TC es una de las más utilizadas por las enfermeras, es muy semejante al tacto terapéutico y está avalada por un gran número de publicaciones al respecto.

La práctica del Reiki pretende contribuir al cuidado integral de la persona. Su aplicación en la enfermería se justifica porque ésta concibe al ser humano, —como lo describe M. Rogers en su principio de integralidad— como parte de un todo que tiene por fin último alcanzar su bienestar (19,20). En los últimos años se ha evidenciado, por la literatura descrita hasta ahora, que el Reiki en situaciones determinadas disminuye la ansiedad, el dolor, los vómitos, mejora el estado de

ánimo, produce cambios en la actitud y el estilo de vida, equilibrando todas las dimensiones de la persona: física, mental, emocional, espiritual y energética, favoreciendo una mayor conciencia de autocuidado.

En un documento realizado por el COIB sobre la clasificación de las TC, también se evidencia una tendencia por parte de las enfermeras en cuanto a la elección de las diferentes TC, a la utilización de las terapias manuales y de base energética, mientras que los sistemas médicos alternativos son más utilizados por los médicos (21). Igualmente esto se refleja en otro estudio realizado por enfermeras en el Hospital Duran y Reynals referido a la formación en TC, que se centran básicamente en las intervenciones mente-cuerpo seguidas de las terapias manuales y de las terapias de base energética (22).

2.1 Hipertensión arterial

La HTA se define como la elevación de las cifras de Presión Arterial Sistólica (PAS) ≥ 140 y/o Presión Arterial Diastólica (PAD) ≥ 90 mmHG. La presión arterial (PA) se ha de comprobar dos veces en cada visita durante tres visitas consecutivas, calculando la media por visita. Para poder diagnosticar HTA, las cifras medias de PA han de ser elevadas en cada una de las tres visitas (8). Se ha de calcular la media de las medias alcanzadas en las tres visitas.

La clasificación de la PA y la HTA en personas que no han sido tratadas, según sus cifras iniciales, fue publicada por el *Joint National Committee (JNC)-VI*, (tabla 1), unido con el intervalo recomendado por una nueva determinación. Posteriormente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado una nueva propuesta de clasificación idéntica pero con dos variantes únicas; habla de grados en vez de estadios e introduce dos subgrupos de HTA límite: a) HTA grado 1 límite (140-149/90-94 mmHg) y b) HTA sistólica aislada límite (140-149/<90mmHg)(8).

Tabla 1. Clasificación de la presión arterial e hipertensión arterial en adultos >18 años (personas no tratadas)

Categoría	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	Intervalo recomendado por una nueva determinación*
PRESION ARTERIAL			
Optima	< 120	y < 80	Cada 4 años en edades entre 14-40
Normal	<130	y < 85	Y cada 2 años en > 40 años
Normal-alta	130-139	y/o 85-89	Al año*
Hipertensión			
Estadio 1	140-159	y/o 90-99	Confirmar antes de los 2 meses**
Estadio 2	160-179	y/o 100-109	Confirmar y evaluar antes de un mes
Estadio 3	≥ 180	y/o ≥ 110	Confirmar y evaluar inmediatamente o antes de una semana (dependiendo de la clínica)

*Si la PAS o la PAD están en categorías diferentes, el intervalo recomendado es el menor indicado.

** Modificable en función de las cifras previas de PA, afectación de órganos diana y presencia de otros factores de riesgo cardiovascular.

En el JNC VII, los estadios 2 y 3 quedan agrupados.

La HTA se puede clasificar según la etiología en(8): HTA esencial o primaria (90% o más de los casos de AP) y en HTA secundaria. Y según la gravedad en Estadio 1: PAS 140-159 y/o PAD 90-99mmHg; Estadio 2: PAS 160-179 y/o PAD 100-109mmHg; Estadio 3: PAS ≥ 180 y/o PAD ≥ 110 mmHg

La detección de la HTA depende de la medida de la PA. El programa de actividades preventivas y de promoción de la salud en adultos (PAPPS)(23) recomienda la toma de la PA cada dos años en las personas mayores de 40 años que tengan cifras previas de PA normales, siempre que no haya otros FRCV asociados. En el grupo de edad de 14 a 40 años el intervalo recomendado es de cuatro años. En personas que acuden poco a los centros de salud sería conveniente que se tomaran la PA de manera oportunista, es decir, en cada visita.

Para obtener medidas correctas es imprescindible la utilización de instrumental y una técnica de medida adecuadas. Expresamente para el diagnóstico de la HTA, las medidas se han de efectuar con el esfigmomanómetro de mercurio o aparato electrónico validado(8).

Existen tres tipos de mediciones de presión arterial(24): 1ª Medida de presión arterial en consulta. 2ª AMPA: Automedida domiciliaria de la presión arterial. 3ª MAPA: Monitorización ambulatoria de la presión arterial.(25)

La evaluación inicial de la situación de la persona con hipertensión pretende(8):

- Establecer un perfil de riesgo cardiovascular y descartar razonablemente la HTA secundaria.
- Analizar la existencia o no de Manifestaciones en Órganos Diana (MOD).
- Saber si hay otras patologías que puedan influir en el pronóstico y tratamiento de la HTA.
- Proceder al abordaje individual de las necesidades básicas.
- Recopilar los antecedentes familiares: FRCV y enfermedad cardiovascular clínica (ECC). Y los antecedentes personales y anamnesis: Patología renal, endocrina, síndrome de apnea del sueño, fármacos hipertensores, FRCV asociados e historia previa de HTA.
- Realizar: la valoración enfermera de la situación de salud, la exploración física (PA para establecer el brazo control, peso, talla, índice de masa corporal IMC), cuello (pulsos y soplos carotídeos, estasis yugular, bocio), cardíaca (frecuencia, ritmo, 3º y 4º ruido, soplos), extremidades, (edemas, pulsos), abdominal (visceromegalias, soplos). Valorar práctica de fondo de

ojo: es recomendable en el estudio inicial y en la urgencia, y obligatoria en casos de diabetes. Exploraciones complementarias: análisis de sangre (creatinina, sodio, potasio, glucosa, ácido úrico y colesterol), análisis de orina utilizando la tira reactiva (proteinuria y hematuria), en caso de diabetes mellitus (microalbuminúria) y electrocardiograma.

- Pedir la Automedida de la PA (AMPA) en caso de sospecha de HTA clínica aislada.

Con relación a las complicaciones derivadas de la hipertensión cabe citar las enfermedades cerebrovasculares como el ictus, el Accidente Isquémico Transitorio (AIT), la hemorragia cerebral; las cardiopatías: (insuficiencia mitral (IM), angina, insuficiencia cardiaca (IC)); la nefropatía: (insuficiencia renal); la artropatía periférica y la retinopatía avanzada(8).

Una vez realizado el diagnóstico de la HTA, el médico evaluará la necesidad de tratamiento farmacológico. Desde el año 1978, las recomendaciones sobre el tratamiento de la hipertensión arterial han experimentado una serie de cambios sucesivos como consecuencia, en primer lugar, de los resultados de los numerosos ensayos clínicos y metaanálisis publicados en revistas de impacto y, en segundo lugar, por el esfuerzo de síntesis y consenso realizado por los autores de las guías de práctica clínica. El tratamiento escalonado fue la primera propuesta de un comité de expertos de la OMS en la que los diuréticos y los bloqueadores beta configuraban el primer escalón. Posteriormente se fueron incorporando el resto de clases terapéuticas hasta constituir el complejo «diamante» de las guías conjuntas de la Sociedad Europea de Hipertensión y de la Sociedad Europea de Cardiología del año 2003. Documentos posteriores han apostado por una simplificación del esquema terapéutico cuyo máximo exponente es la polémica Guía británica del *National Institute for Clinical Excellence*, si bien el «triángulo» formado por inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina y antagonistas de los receptores de la angiotensina II en un vértice y antagonistas del calcio y diuréticos ocupando los otros 2, pueden ser una propuesta razonable con objeto de simplificar el tratamiento y facilitar los objetivos de control de la hipertensión arterial(26).

Tras el establecimiento del tratamiento farmacológico, si es necesario la enfermera realiza, la educación para la salud basada en el tratamiento higiénico-dietético, seguimiento de la tolerancia al tratamiento farmacológico (si lo hay) y seguimiento y control de la persona con HTA con los controles establecidos(8)

Las recomendaciones en cuanto al tratamiento higiénico dietético se centran en: perder peso si IMC>27 (se recomienda una pérdida mínima de 4Kg)(27–31), realizar ejercicio físico regular e isotónico mínimo 3 veces por semana con una duración mínima de 30'(27,28,32–34), hacer dieta mediterránea(27,28,35–37), pobre en grasas totales y saturadas, moderar el consumo de sal(27,28,38–41) y una ingesta dietética de potasio > 2 gr/día (sobre todo en hipertensos no obesos que no siguen dieta hiposódica, en casos de deficiencia y en personas de raza negra). En cuanto a los hábitos tóxicos se recomienda al usuario: suprimir el hábito tabáquico(27,42–44), reducir el consumo de alcohol (< 30gr/día en hombres y 20<gr/día en mujeres)(27,28,45,46).

Se ha de tener en cuenta que los pacientes con HTA utilizan otro tipo de tratamientos como los naturales o terapias complementarias para poder regular su tensión arterial. Por ello es importante que el equipo de salud recoja en su historial dichos tratamientos y terapias. Y tengan un mínimo de formación para que puedan asesorar e informar a sus pacientes de dichas terapias o tratamientos naturistas.(22)

2.2 Terapias Naturales y Complementarias

En los países occidentales, el sistema sanitario dominante está basado en la medicina convencional. Las medicinas tradicionales no se han incorporado a los sistemas sanitarios nacionales, de manera que son consideradas complementarias o alternativas, si bien su uso es cada vez más popular.

Según datos de la OMS, el porcentaje de población que ha utilizado medicinas naturales o complementarias al menos una vez es del 70% en Canadá, 49% en Francia, 42% en EEUU y 31% en Bélgica. Esta popularidad se puede atribuir a la preocupación de la población sobre los efectos adversos de los fármacos, al mayor acceso del público a la información sanitaria y al hecho de que las terapias naturales parecen ofrecer medios más inocuos que los de la medicina convencional para tratar las enfermedades.

Contrariamente, en los países en vías de desarrollo el uso de la medicina tradicional continúa estando muy extendido: en África, el 80% de la población utiliza la medicina tradicional y en China representa alrededor del 40% de la atención sanitaria. En este sentido, conviene recordar que en China la acupuntura y la medicina tradicional china están integradas en el sistema público de salud. Eso se atribuye, por una parte, a la accesibilidad y la asequibilidad de este tipo de terapias (hay muchos más profesionales que se dedican a las medicinas tradicionales que profesionales que practican la medicina occidental) y, por otra, al hecho de que estén arraigadas en sus sistemas de creencias (47).

Según la OMS, se pueden considerar tres tipos de sistemas de salud en relación con las terapias naturales: integrado, inclusivo y tolerante. En primer lugar el “sistema integrado”, en el que las terapias naturales están oficialmente reconocidas, disponibles en hospitales públicos y privados. Los proveedores y los productos están regulados y registrados y son reembolsados por el sistema sanitario, como es el caso de China, las dos Coreas y Vietnam. En segundo lugar el “sistema inclusivo”, en el que se reconocen las terapias naturales, aunque no están totalmente integradas en todos los aspectos, por lo que el sistema sanitario

no las cubre o no se regulan los proveedores o los productos, o la formación para el ejercicio profesional no forma parte de la educación oficial universitaria. Es el caso de algunos países en vías de desarrollo, como Guinea Ecuatorial, Nigeria o Mali y algunos países desarrollados, como Canadá o el Reino Unido. En estos últimos países no existe una titulación universitaria oficial para el ejercicio de las terapias naturales, pero se asegura la calidad y la seguridad de las mismas. Y finalmente el “sistema tolerante”, en el que el sistema sanitario nacional se basa por completo en la medicina convencional, pero se toleran por ley algunas prácticas de terapias naturales, como ocurre, por ejemplo, en Francia (47).

Por otro lado, la OMS y sus estados miembros colaboran en la promoción del uso de las medicinas tradicionales en la atención de salud. Con esta colaboración se pretende. Apoyar la medicina tradicional e integrarla en los sistemas de salud de los países combinándola con políticas y reglamentos nacionales sobre los productos, las prácticas y los practicantes para garantizar su seguridad y calidad; Garantizar que se apliquen prácticas y se utilicen productos que sean seguros, eficaces y de calidad según los datos científicos existentes; Reconocer la medicina tradicional en el marco de la atención primaria de salud con el fin de incrementar el acceso a la asistencia sanitaria y preservar conocimientos y recursos; Cuidar de la seguridad del paciente mejorando el nivel de conocimientos y competencias técnicas de quienes practican la medicina tradicional (47).

En cuanto a las terapias naturales en el contexto de la Unión Europea (UE), en general no están reconocidas por las autoridades sanitarias y, cuando lo están, poseen un grado de reconocimiento inferior al de la medicina convencional y no exento, con frecuencia, de prejuicios sobre la racionalidad científica que las sustenta.

Varios países de la UE han regulado algún aspecto de las terapias naturales, pero con notables diferencias. Las terapias más utilizadas en Europa son la acupuntura, la homeopatía, la fitoterapia, la medicina antroposófica, la naturopatía, la medicina tradicional china, la osteopatía y la quiropráctica. En algunos países las aplican principalmente médicos, mientras que en otros, fundamentalmente los

países nórdicos, está permitido que otros profesionales de la salud puedan practicarlas.

Respecto a la formación, se proporciona formación sobre terapias naturales en todos los países, pero el grado de oficialidad es muy variable: unos países tienen especialidades para médicos en la universidad (Alemania); otros tienen programas universitarios de posgrado dirigidos a diferentes profesionales de la salud (España); y en otros, la formación se facilita en escuelas o institutos privados (Canadá).

A pesar de que no haya ninguna regulación específica para la formación, existen muchas universidades, así como también organizaciones profesionales y centros privados, que imparten masters o cursos sobre terapias naturales dirigidos tanto a profesionales sanitarios como a los no sanitarios (47).

En el siguiente capítulo se repasan las diferentes definiciones y clasificaciones de las Terapias Naturales, así como la clasificación según el Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona. También se hace hincapié en la situación actual de las terapias en el grado de enfermería. En el apartado de marco referencial de los profesionales de enfermería se hace un recorrido por los conceptos nucleares de la disciplina enfermera, la aportación de las diferentes enfermeras teóricas al campo de las terapias complementarias, finalizando en la teoría de enfermera integral.

2.2.1 Conceptualización de las Terapias Naturales.

La multiplicidad de denominaciones que ha recibido el concepto de terapias naturales conduce a la existencia de diferentes definiciones. Entre ellas destacar

- El grupo Cochrane describe las medicinas complementarias y alternativas como un amplio ámbito de recursos curativos que abarca los sistemas de salud, las modalidades y prácticas con sus correspondientes teorías y creencias, que no son las del sistema de salud políticamente predominante en una sociedad o cultura en particular en un determinado periodo histórico (47).

- Según la OMS, la medicina tradicional incluye diversidad de prácticas sanitarias, enfoques, conocimientos y creencias, incluyendo medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales; terapias espirituales; técnicas manuales; y ejercicios, aplicados individualmente o en combinación para mantener el bienestar, así como tratar, diagnosticar o prevenir enfermedades. Es un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de medicina tradicional (como por ejemplo, la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe), como a las diversas formas de medicina indígena. Incluye terapias con medicación, si implican el uso de medicinas a base de hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, como la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales (47).
- El National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) de los EEUU de América señala que la medicina complementaria y alternativa es un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional. Considera como medicina complementaria la que se utiliza conjuntamente con la medicina convencional, mientras que la medicina alternativa es la que se emplea en lugar de la medicina convencional (47).

Desde la Enfermería, se consideran Terapias Naturales y Complementarias (TNC) las actividades terapéuticas, intervenciones no agresivas, que preferentemente utilizan medios y medios naturales como aire, agua, tierra, plantas, ejercicio y dieta. También se usan las manos, la mente y la propia presencia del terapeuta en mecanismos de autocontrol mental del propio cliente, dirigiendo la energía, la fuerza, el pensamiento positivo, a pesar de que ya se está introduciendo la tecnología en este campo (21).

A través de estas terapias la enfermera, en tanto que terapeuta, actúa como mediadora y activadora de los recursos y otorga todo el protagonismo a la naturaleza y a la energía de la persona atendida. Así, la finalidad de la enfermera

es la de: Tratar de potenciar y activar los propios recursos de la persona y sus propias defensas, conseguir el equilibrio y el bienestar y mejorar la calidad de vida. De esta forma la enfermera ayuda a la persona a hacer frente a su situación de salud, según sus propias decisiones, y a recuperar la armonía con ella misma y con el entorno, ya que se considera que los problemas de salud están determinados por la ruptura de esta armonía y los bloqueos de la propia energía (21)(48).

Los resultados y beneficios de aplicar las TNC son diversos. Entre ellos cabe destacar la sensación de bienestar, paz y autocontrol; la mejora en problemas concretos como puede ser la disminución de los niveles de estrés, dolor, eliminación, o circulación, entre otros; la mejora en la calidad del sueño, el estado de ánimo, el estado de alerta, los estímulos, la relación y la comunicación; el aumento de las defensas naturales y capacidades funcionales; y la posibilidad, en algunas situaciones, de abordar problemas patológicos determinados y algunos de ellos con cierta cronicidad (48).

Siguiendo los planteamientos publicados por la Orden de Enfermeras y Enfermeros de Quebec (OIIQ) en 1987- una de las instituciones líder de la Enfermería a nivel mundial -, a través de su documento "*Les instruments complémentaires des soins*" (49) el COIB realiza un posicionamiento sobre en el tema y, después de reflexionar y debatir si esos medios deben ser considerados por los profesionales enfermeros como "terapias", "medicinas", "enfoques", "prácticas", "técnicas", etc. Llegan a la conclusión de que se trata de un conjunto de "instrumentos" que complementan los otros medios e instrumentos convencionales que la enfermera utiliza en el ejercicio de su profesión para el mantenimiento, promoción o conservación de la salud.

De esta forma, el COIB comparte la propuesta que hace la OIIQ respecto a la denominación de "instrumentos" en el contexto de cuidados enfermeros, en el sentido de que son un medio para proporcionar cuidados enfermeros. Así, entendemos estos instrumentos imprescindibles para el desarrollo de la Enfermería, y que como instrumentos que son, así se deben utilizar, sabiendo que hay un objetivo final que trasciende, que le da sentido, que lo justifica, que dice qué se quiere conseguir a través de ellos: los cuidados enfermeros (21).

Por todo ello, se recupera la denominación Instrumentos complementarios de los cuidados enfermeros, propia de la profesión enfermera en Barcelona (Catalunya) tal como se argumenta en el documento publicado por el Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona, en abril de 2004, que con el nombre de Instrumentos Complementarios de los Cuidados Enfermeros (ICCE) se posiciona respecto a la utilización de estos instrumentos y unifica posiciones y criterios entre los profesionales enfermeros.

En cuanto a las clasificaciones de las TC, la más utilizada es la publicada en el informe de la *White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy*, y el *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) de los EEUU. El NCCAM, utiliza una clasificación pragmática de las terapias y sistemas de la medicina complementaria y alternativa en cinco categorías o dominios, aceptando cierto grado de solapamiento entre ellas(50). Estas categorías son: a) sistemas médicos integrales o completos, b) práctica biológicas, c) prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo, d) medicina de la mente y el cuerpo y, e) medicina sobre la base de la energía.

Los Sistemas médicos integrales o completos son los que se construyen entorno a sistemas completos de teoría y práctica. La homeopatía y la naturopatía son ejemplos de sistemas médicos integrales de culturas occidentales. La homeopatía busca estimular la capacidad del cuerpo de curarse asimismo mediante dosis muy pequeñas de sustancias altamente diluidas. La naturopatía tiene como objetivo estimular la capacidad del cuerpo de curarse a través de cambios en la nutrición y el estilo de vida.

Por otro lado, y dentro las culturas no occidentales los sistemas incluyen la acupuntura que estimula puntos anatómicos del cuerpo utilizando distintas técnicas y la medicina china tradicional; y el Ayurveda, de origen en la India, y cuyo objetivo es integrar el cuerpo, la mente y el espíritu para prevenir y tratar enfermedades.

Las Prácticas biológicas emplean sustancias que se encuentran en la naturaleza, usadas por su sabor, aroma o posibles propiedades terapéuticas, como

hierbas, flores, hojas, cortezas de árboles, frutas, semillas, tallos y raíces, alimentos y vitaminas. Entre ellas cabe destacar la Dietoterapia, la Fitoterapia, y los Tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas. Algunos ejemplos incluyen el uso de los suplementos dietéticos, incorporados a la medicina convencional, productos de herboristería, y otras terapias denominadas "naturales".

Las Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo hacen énfasis en la manipulación o en el movimiento de una o más partes del cuerpo. En esta categoría se incluye la Osteopatía, la Quiropraxia, el Quiromasaje, la Reflexología, el Shiatsu y la Aromaterapia. La convicción fundamental es que todos los sistemas del cuerpo trabajan conjuntamente de forma integrada, y los trastornos en un sistema pueden afectar el funcionamiento en otras partes del cuerpo.

La Medicina de la mente y el cuerpo incluye prácticas que se concentran en la interacción entre el cerebro, la mente, el cuerpo y el comportamiento, y técnicas de control mental las cuales producen un efecto en las funciones físicas y en la promoción de la salud. Entre ellas destacan el yoga y la meditación. Otras prácticas que pueden incluirse en este grupo son la oración, la curación mental y las técnicas que emplean soluciones creativas relacionadas con el arte, la música o la danza, cuando se utilizan como terapias.

La Medicina sobre la base de la energía usa campos de energía para influir en el estado de salud. Comprende dos tipos: terapias del biocampo y terapias bioelectromagnéticas. Las llamadas terapias del biocampo pretenden afectar a los campos de energía que supuestamente rodean y penetran el cuerpo humano, cuya existencia no ha sido probada científicamente aún. Algunas de estas terapias pretenden modificar los biocampos mediante la aplicación de presión o la colocación de las manos en o a través de estos campos. Así, se incluyen el Qi-Gong, el Reiki que tiene como objetivo curar el espíritu y, por ende, el cuerpo y el toque terapéutico mediante el cual los profesionales pasan sus manos sobre el cuerpo de una persona para usar su propia energía que se percibe como sanadora, a fin de identificar los desequilibrios de energía y promover su salud.

Las terapias bioelectromagnéticas (Terapia biomagnética o con campos magnéticos) implican el uso no convencional de campos electromagnéticos, que son líneas invisibles de fuerza que rodean todos los dispositivos eléctricos (imanes, dispositivos electromagnéticos, etc.). En el ANEXO 1 se presenta de forma detallada el Glosario y los conceptos básicos de las Terapias naturales más utilizadas según la clasificación de la NCCAM.

Por otro lado el COIB, a partir de los dos informes anteriormente citados, hizo la adaptación de las categorías de las TC para que sean administrativamente reconocidas y reguladas en el ejercicio profesional de la enfermería para la obtención del Diploma de Acreditación y Capacitación (DAC) de los profesionales (21,22,51,52):

Los Sistemas médicos alternativos incluyen las que se consideran sistemas completos de teoría y práctica, sistemas alternativos a la medicina convencional, y que se han practicado principalmente en China e India desde hace miles de años. Incluyen la medicina tradicional china, la ayurvédica, la naturopatía y la homeopatía.

Las Intervenciones mente cuerpo incluyen aquellas técnicas o Intervenciones que realzan la capacidad de la mente para afectar las funciones y síntomas corporales. Incluyen las terapias de apoyo, las terapias cognitiva y conductuales, la meditación, la relajación y la visualización, la terapia del arte, la musicoterapia, entre las principales.

Las Terapias con base biológica son aquellas que utilizan sustancias naturales, como hierbas dietéticas, alimentos y vitaminas. Se incluyen también las sustancias que no siempre han sido probadas científicamente, como el cartílago de tiburón en el tratamiento del cáncer.

Los Métodos de manipulación del cuerpo son aquellas terapias que ponen el énfasis en la manipulación o en el movimiento de una o varias partes del cuerpo. Incluyen quiropráctica, osteopatía, masajes, reflexología, entre otras.

Las Terapias de base energética son aquellas que se basan en la manipulación de los campos de energía e incluyen a la vez dos subcategorías: Terapias del biocampo: las que afectan al campo de energía que rodean y penetra al cuerpo humano, como el Reiki, el tacto terapéutico, entre otras; Terapias bioelectromagnéticas: las que implican el uso no convencional de campos electromagnéticos, o los campos de corriente alterna, etc.

2.2.2 Marco legal de las terapias complementarias en España y Cataluña.

La historia del intento de regulación comienza en enero de 2004 con la entrada en vigor del RD 1277/2003 de 10 de octubre por el cual se establecen las bases generales sobre la autorización de los centros, Servicios y establecimientos sanitarios, que en el apartado U.101 no tan solo sitúa al médico al frente de un centro sino que lo hace responsable de realizar los tratamientos (53). Atenta, por tanto contra la autonomía enfermera, y le quita la “responsabilidad de realizar los tratamientos” y la posibilidad de aplicarlas y dirigirlas en los centros.

Concretamente dice:

“Entre las diferentes unidades asistenciales que pueden estar integradas en los centros sanitarios o no sanitarios, cabe destacar la U.101, denominada Terapias no convencionales y que es definida: U.101. Terapias no convencionales: Unidad asistencial en la que un médico es responsable de realizar tratamientos de las enfermedades por medio de medicina naturista o con medicamentos homeopáticos o mediante técnicas de estimulación periférica con agujas u otros que demuestren su eficacia y su seguridad” (53) (pp. 37902)

En diciembre de 2004, el Departamento de Salud de Cataluña inicia un proceso para regularizar la práctica de las Terapias Naturales. Se había marcado como objetivo que antes del 2006 se hubiesen acreditado profesionales y centros y para ello se inicia un proceso de regularización de competencias y de los currículums formativos de los profesionales que quisieran ejercer a través de estas terapias en Cataluña.

Así, el primer proyecto de decreto fue el 20 de marzo de 2006, en el cual se regulaban las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias. En julio de 2006, el Departamento de Salud citó al COIB para informar que el decreto solo afectaría al personal no sanitario, excluyendo así a los profesionales de la salud. El COIB manifestó su desacuerdo con esta decisión, ya que se entendía que aquel decreto abría una puerta a la legalización, reconocimiento y acreditación de la práctica de estas terapias por los profesionales enfermeros y una oportunidad única para consensuar criterios de los que no formaban parte de los profesionales sanitarios (los llamados terapeutas.)

Posteriormente, en el mes de agosto de 2006 se sometió a información pública el segundo Proyecto de Decreto por el cual se regulaban las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales, que se aprobó el mes de febrero del 2007 (DECRETO 31/2007, de 30 de Enero), -por el cual se regulan las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales(54). Sin embargo, el 25 de julio de 2007 el Departamento de Salud recibe la notificación de las suspensión cautelar que el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (TSJC) dicta sobre diversos artículos a raíz de la demanda promovida por el Ministerio de Sanidad, el Consejo General del Colegio de Médicos y el Colegio de Fisioterapeutas de Cataluña entendiendo que el texto catalán es arbitrario porque permite ejercer profesiones y prácticas relacionadas con el sector sanitario a personas sin la titulación básica marcada por el Estado, legislando actividades privadas no sanitarias que podrían tener “consecuencias negativas para la salud”.

El Departamento de Salud recurre ya que cree haber actuado en el ámbito competencial, exigiendo unos mínimos en la actuación de los terapeutas y de los establecimientos donde actúan, afrontando esta realidad, con escrupuloso respeto de las competencias profesionales sanitarias y, precisamente, poniendo límites al intrusismo que se pueda producir con este vacío legal.

El 11 de junio de 2009, el TSJC anula íntegramente el decreto de terapias naturales del Departamento de la Salud de la Generalitat porque considera que, además, invade competencias del Estado. A partir de aquí, el Gobierno del Estado creó un grupo de trabajo sobre terapias naturales que tenía el objetivo de propiciar

una reflexión conjunta entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y las Comunidades Autónomas, y concluir con un informe al efecto de una futura regulación de las terapias naturales en nuestro país. Se elaboró un primer borrador que estudiaba la situación de las terapias naturales en España, la regulación a nivel internacional, la evidencia científica sobre la eficacia y la seguridad y las consideraciones a tener en cuenta delante de una posible regulación de las propias terapias, la formación de los profesionales que las aplican y los centros en los que se llevan a término.

Delante de este panorama el COIB se posicionó y recomendó(55):

1. Ser coherentes con el marco disciplinario enfermero. Interesan todas aquellas terapias que nos permitan cuidar a los ciudadanos. Las enfermeras reconocen que el deseo del desarrollo profesional es un camino que no podemos monopolizar ni intentar detener a los otros, nuestro interés es el ejercicio de la profesión Enfermera.
2. Trabajar para situar estas prácticas en la posición de reconocimiento que merecen y que les legitima, tanto a nivel legal mediante una regulación específica como a nivel académico. Por eso, promovió el primer máster interuniversitario e intercolegial en terapia naturista que ha homologado la Universidad de Barcelona y la Universidad Autónoma conjuntamente y que realiza conjuntamente el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona y el Colegio de Médicos de Barcelona, con un primer curso común y un segundo completamente diferenciado en base a cada objetivo profesional que los titula en enfermera/o naturista o médico naturista.
3. Acreditar a los profesionales garantizando la cobertura de responsabilidad. El COIB puso en marcha el sistema para acreditar aquellas enfermeras que garanticen su capacitación en la aplicación de determinadas terapias, a través del DAC en Instrumentos Complementarios de los Cuidados Enfermeros. Fue un paso intermedio hasta que se consiga regular estas prácticas que avalan el nivel de conocimientos, la experiencia práctica acumulada, la participación en eventos científicos, la actividad docente, las

publicaciones y la actividad investigadora conseguida. Antes de emitir el DAC, una comisión de acreditación valora los méritos de cada enfermera candidata. En estos momentos se hace en sofrología, masaje terapéutico, reflexología podal, terapia floral, técnica metamórfica y acupuntura.

El 12 de febrero de 2015 se firmó en Madrid la Resolución N°14/14 por la que se ordenan determinados aspectos del ejercicio profesional enfermero en el ámbito de las terapias y cuidados holísticos y naturales (56). Esta resolución 14/14 establece el marco normativo y jurídico para el uso de intervenciones habituales del enfermero y enfermera hacia la persona, familia y comunidad, en el contexto de la enfermería holística, siempre desde una perspectiva global y profesional, tendiendo, en todo momento, hacia la ciencia y la evidencia, para proyectarla al nivel que le corresponde en la enfermería nacional y mundial (57).

Esta resolución constituye, en sí misma, la base de trabajo para una planificación prospectiva que gestione la Enfermería Holística dentro del marco de competencias, consensuando y priorizando con las partes implicadas, así como, los contenidos mínimos curriculares que debe abarcar cualquier programa de formación.

Para la consecución de estas nuevas metas, hoy en día, se pretende fusionar, integrar y unificar todas las asociaciones locales, regionales, autonómicas y nacionales, en una sola, que se denomina: Enfermería Española de Cuidados Holísticos (CHEE)(58), para que sea, junto con la Vocalía del Consejo General de Enfermería y los Colegios Provinciales y Autonómicos, el órgano de unión y desarrollo de la Enfermería en este sector.

Finalmente, Cuxart considera que (55):

1. La situación legal de las terapias complementarias en Cataluña es frágil legalmente hablando, pero legítimamente sólida.
2. Los Colegios de Enfermeras de las diversas demarcaciones territoriales de Catalunya son los organismos en los cuales ahora mismo recae la

acreditación de los profesionales para el ejercicio de las terapias naturales, entendidas como instrumentos complementarios para la ejecución de las competencias propias.

3. Tratándose de instrumentos complementarios para la ejecución de las competencias profesionales de las enfermeras y los enfermeros, la formación para su ejercicio corresponde prioritariamente a las universidades y, por tanto a las escuelas o facultades de enfermería vinculadas a ellas (55).

2.2.3 Situación actual de las terapias complementarias en el Grado de Enfermería.

En el curso 2009-2010 se inició la primera promoción de Graduados de enfermería tras la aplicación del Plan de Bolonia en las universidades españolas. Una vez pasado tres años de la implementación del grado, se creyó conveniente realizar un estudio para evidenciar en que situación habían quedado las TC en el Grado de Enfermería, debido a que no había ningún dato al respecto, y poder proporcionar datos actuales sobre el tema(52). Ver **ANEXO 2** Artículo “Situación actual de las Terapias complementarias en el Grado de Enfermería”

Por lo tanto el objetivo de dicho estudio fue: describir la situación actual de las TC en la formación enfermera en las escuelas y facultades de enfermería en España. El método utilizado fue el de un estudio observacional descriptivo transversal que se realizó en todas las Escuelas, Facultades y centros públicos del Estado Español que ofertaban la enseñanza de Enfermería en el periodo 2011-12. La población de estudio fueron todas las facultades, escuelas públicas y adscritas de España. La recolección de datos fue mediante una ficha de observación. Las unidades de análisis fueron los Planes de Estudio y la variables estudiadas (créditos, tipo de asignatura, ubicación y tipo de terapia). El análisis descriptivo de los datos relativos y absolutos se realizó mediante hoja de Excel.

Los resultados fueron que en el nivel de Grado de 94 escuelas, centros y facultades de enfermería analizados, en 20 (21,28%) se imparten asignaturas que incluyen TC, siendo 67 de ellas (71,28%) las que no ofrecen ninguna asignatura

relacionada. En las 7 restantes (7,45%) no hay información debido a que estas escuelas están en proceso de selección sobre las asignaturas optativas a implantar. Estas asignaturas están presentes en cuatro de las 17 Comunidades Autónomas (CC.AA.) y dos ciudades autónomas de España (Ceuta y Melilla): Cataluña, País Vasco, Andalucía y las Islas Canarias. Siendo 20 de ellas (100%) de carácter optativo. En relación con los cursos académicos se observó que un 10% (n=2) se imparten en el primer año; el 25% (n=5) en el segundo; un 30% (n=6) en el tercer año, mientras que las que se imparten en el último curso la cifra aumenta al 35% (n=7). En cuanto a los créditos en los que se cuantifican estas asignaturas, se carece de información en 7 de ellas (35%); de las 13 restantes el 35% (n=7) tienen un valor de 3 créditos ECTS, un 5% (n=1) 4,5 ECTS y un 30% (n=6) tienen un valor de 6 ECTS. El contenido de las TC en las asignaturas establecidas son: la reflexología podal, flores de Bach, la relajación y la hidroterapia; otras menos presentes son la acupuntura, el quiromasaje, el toque terapéutico o técnica metamórfica, la risoterapia, la aromaterapia, la fitoterapia, el Reiki, el yoga, la musicoterapias, etc. Por lo tanto en la mayoría de las facultades y escuelas escrutadas la asignatura de TC habían desaparecido y en aquellas que aparecía era como una asignatura optativa.

Se concluye diciendo que la formación en TC en España es deficiente, debido a que no se recoge como asignatura troncal y/o obligatoria. La ausencia de las TC en el currículum, plantea interrogantes tales como el valor de éstas en la formación, conceptualización que tienen los docentes, la repercusión en la calidad de los cuidados, la formación de los docentes encargados de impartir la asignatura, así como el número de créditos y el curso a impartir en la titulación del Grado.

Por ello es importante que en la carrera de enfermería se impartiera una asignatura de TC donde se diera la información desde los orígenes de la enfermería naturista hasta las terapias más utilizadas por nuestra profesión. En los siguientes puntos se hace referencia a dichos contenidos.

2.2.4 Marco referencial de los profesionales de enfermería.

La enfermería es una profesión de servicios, y tiene como función principal prestar cuidados centrados en la persona, la familia y la comunidad(48). La práctica

enfermera puede ser concebida como un campo de experiencias donde se viven a la vez las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimientos, así como el ejercicio de un juicio clínico que lleva una intervención reflexionada.(59)

Durante mucho tiempo las enfermeras han trabajado desde la perspectiva mecanicista, según la cual la persona es considerada como un ser dualista y reduccionista, constituido por diferentes partes sin relación entre ellos; la salud como un sinónimo de ausencia de enfermedad, como un equilibrio altamente deseable, y la enfermedad como algo negativo a combatir a cualquier precio. El entorno es considerado como algo separado de la persona y de la salud y en general hostil al ser humano; los cuidados, en este sentido han estado orientados hacia la enfermedad y los aspectos problemáticos que se deriven, relacionados con el diagnóstico y el tratamiento médico.

El propio desarrollo disciplinario y competencial y la complejidad de los cuidados está exigiendo avanzar, fundamentar, justificar y desarrollar todas las competencias asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras desde perspectivas únicas y diferenciadas que recojan la esencia o la naturaleza de los cuidados a lo largo de la historia. Aun siendo evidente que coexisten diferentes enfoques, el paradigma que hoy en día permite entender y conceptualizar todos los fenómenos que conciernen al conocimiento de la ciencia enfermera es el denominado por algunos autores, como K rouac y Rizo-Parse, paradigma de la transformación o simultaneidad.

El paradigma de un mundo cambiante como el que vivimos, en el que todo influye sobre todo, y todo ha de contemplarse formando parte de este contexto, que va ganando cada vez más espacio entre los profesionales. Este es el paradigma en el cual se enmarcan las terapias o instrumentos complementarios de los cuidados enfermeros (48).

Este paradigma define los 4 conceptos nucleares de la disciplina enfermera o metaparadigma desde una mirada particular. En primer lugar, considera a la **PERSONA** como una unidad, con las dimensiones físicas, psicológicas, sociales,

espirituales y energéticas en interacción permanente entre ellas y con el entorno, algo más y diferente a la suma de sus partes. Es un ser único, indivisible, con potenciales, en evolución permanente. Sujeto de creencias y valores sociales, políticos, culturales y espirituales, amo de su propia vida e historia, portador de derechos y responsabilidades en las relaciones que establecen en su entorno y en todo lo que sucede en su vida y en su salud. Vive en el seno de una familia, de una comunidad, de una sociedad y del universo con los que interacciona y establece relaciones permanentes que influyen en su propio desarrollo y en su estado de salud. Es capaz de hacerse cargo de su propia situación y la de los suyos, y colaborar con los profesionales en los diferentes procesos que afectan a su salud.

En segundo lugar, el **ENTORNO** es considerado como el conjunto de condiciones físicas, políticas, sociales, culturales, etc. En el que vive, se desarrolla y con el que interacciona la persona. Las condiciones del entorno influyen en la vida, el desarrollo, la salud, la calidad de vida y el bienestar de la persona. Un entorno sano es un factor de apoyo que estimula y contribuye a la expansión de la persona y, a la inversa, un entorno insano, maltrata y puede convertir-se en un factor agresivo y de riesgo permanente. Las relaciones que la persona establece con su medio ambiente han de ser armónicas y de respeto, ya que todas las agresiones que le producimos se convierten, a la larga, en una agresión contra nosotros mismos.

En tercer lugar, los conceptos de **SALUD** y enfermedad, en la actualidad, abren paso a nuevos enfoques que concuerdan con la concepción holística. La visión más global de la salud va tomando fuerza en la medida que es entendida como un proceso dinámico y continuo, un fenómeno multidimensional relacionado con todas y cada una de las dimensiones de la persona, y con sus propias experiencias de vida y de salud; entendiendo que existe una armonía entre aquellas dimensiones de la persona, su entorno y la filosofía de vida por la cual cada uno ha optado. El hecho de contemplar la situación de salud de la persona comporta considerar sus capacidades, la manera de desarrollar sus propios roles y de poner en marcha su propio potencial, sus recursos, su energía. Mantener-se en salud está directamente relacionado con el propio estilo de vida, con los hábitos y costumbres, con el sentimiento de bienestar y con la calidad de vida. La salud es

considerada como un valor, como un medio para el desarrollo de la persona, pero puede ser percibida de maneras muy diferente dependiendo de la cultura, los valores, la educación, las experiencias y las relaciones con el entorno. La salud es, además un derecho, una responsabilidad individual y colectiva, un proceso que se ha de mantener, promocionar y tratar de recuperar cuando se ha perdido.

En el proceso de vida y de salud, la persona puede pasar por diferentes estados críticos, o periodos de enfermedad, entendiéndolos como una rotura de la armonía entre las diferentes dimensiones y de sus relaciones con el entorno, así como, una falta de integridad en la estructura física de la persona. La enfermedad no siempre tiene una connotación negativa, sino que puede ser aquel proceso que permite a la persona entender que le está pasando y porque, pudiendo llegar a convertirse en una situación de aprendizaje, aunque, a veces, muy dolorosa. Desde un enfoque amplio, también puede ser entendido, que estar enfermo puede ser la única manera que una persona tiene de continuar viviendo o la manera de estar en el mundo, ya que este proceso de enfermar no está al margen del estilo y los hábitos de vida por los cuales opta (48).

Finalmente los **CUIDADOS ENFERMEROS** se enmarcan en un proceso terapéutico que tiene como finalidad ayudar y acompañar a la persona en el proceso de salud y enfermedad, facilitando la satisfacción de sus necesidades básicas en las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo a lo largo de su vida. Los cuidados enfermeros buscan de manera particular conseguir el bienestar de la persona, la promoción y el desarrollo de la salud, la prevención y recuperación en las situaciones de enfermedad. En el desarrollo de su trabajo, la enfermera asume su propia responsabilidad y compromiso con los cuidados de la persona, en una relación de colaboración y de respeto con el cliente.

Los cuidados enfermeros son inherentes al mantenimiento de la vida. Están centrados en la respuesta de la persona en sus situaciones de salud y encaminadas a compensar su falta de capacidad, a estimular y movilizar sus recursos, a favorecer el confort y el bienestar, y dirigidas a proporcionar relajación, a mitigar el dolor, y a acompañar a la persona en las situaciones de crisis, de envejecimiento y hasta los últimos momentos de la vida. El objetivo de los cuidados no es la

enfermedad, sino la vida, y es en las situaciones de enfermedad que, en muchas ocasiones, son necesarios los cuidados de mantenimiento(48). Como dice F. Collière: “Se puede vivir sin tratamiento, pero no se puede vivir sin cuidados”(60).

La enfermera, dentro del ámbito del Sistema de Atención Sanitaria, trabaja en colaboración con otros profesionales del equipo de salud, aportando sus propios conocimientos, tecnología y medios, y asumiendo la propia responsabilidad de los cuidados. La enfermera, ejerce su “rol autónomo o independiente” con competencia, autonomía y control, rol asociado directamente con sus conocimientos, centrada en la persona, familia o comunidad. Acompañando en las experiencias de vida y entendiendo a la persona a través del dialogo. En el ejercicio de este rol, la enfermera determina los problemas (Diagnósticos Enfermeros) que ella ha de resolver en el ámbito de su decisión, determinando las intervenciones a realizar. Además, ejerce también su “rol de colaboración” con los profesionales de la salud, cuando dirige su actividad de cuidados hacia los aspectos relacionados con el diagnóstico médico y tratamiento que le prescribe (48).

En resumen, en el enfoque holístico hay marcadas diferencias respecto al mecanicismo y tecnicismo que durante tiempo ha predominado en la medicina convencional, en la atención sanitaria y también en los cuidados. La persona pasa a ser considerada como una unidad, una globalidad con diferentes dimensiones, incluida la energética, en interacción permanente entre sí y su entorno. Es algo más y diferente a la suma de sus partes. Se mantiene la premisa de que el todo influye en las partes y las partes en el todo y se concibe a la persona como un ser único, indivisible, con potencialidades y en evolución permanente. La salud, desde un punto de vista global, se considera un proceso dinámico y continuo, que comprende todas las dimensiones de la persona. Se entiende como un medio para el desarrollo de esta y es diferente para cada uno en particular, de acuerdo con su cultura, sus valores, su educación y sus experiencias. Es decir, estar en salud supone mantenerse en armonía y coherencia con la filosofía de vida por la que cada uno ha optado. Esta visión holística de la salud amplía las consideraciones a tener en cuenta para estar sano, de forma que incluye estados que han sido descritos hasta hoy como estados de enfermedad. La enfermedad supone la ruptura de esta armonía, pero también puede ser el proceso que permita a la persona entender qué

le está pasando y por qué. Y es que, a veces, estar enfermo puede ser la única manera que una persona tiene para seguir viviendo, o su manera de estar en el mundo. Esta nueva concepción de la salud holística, más que ser un concepto es una realidad; una razón de ser de los cuidados de enfermería. Y es aquí donde cobran sentido y ya se integran muchas de las terapias naturales(61)

2.2.5 Aportaciones de la enfermeras teóricas al campo de las terapias complementarias.

Son muchas las teóricas enfermeras que, con sus contribuciones particulares y relevantes, han permitido el avance de la enfermería en la definición de su rol y en el camino hacia una concepción holística, aspectos ambos que han permitido la incorporación de las ideas, conceptos, principios y orientaciones de las Terapias o Instrumentos Complementarios de los Cuidados.

Algunas de estas autoras y su enseñanza son altamente significativos en el contexto de las TC. Entre ellas, cabe destacar (16,48,62): Florence Nightingale, Eunice Ingham, Marta Rogers, Marie Françoise Collière, Madelein Leninger, Margaret Newman, Jean Watson, Dolores Krieger, Rosemarie Rizzo-Parse y Rosette Poletti.

En primer lugar, **Florence Nightingale** fue la primera enfermera que, en el año 1858, puso de manifiesto de manera magistral la influencia del entorno, así como la salubridad medio ambiental (calidad del aire y del agua, la importancia de la luz solar, la higiene, las condiciones del alcantarillado, etc.) en la salud de la persona. Las recomendaciones que ya daba a la enfermera para que el entorno, el medio, fuese siempre considerado en los procesos de atención de los cuidados enfermeros, son cada día más actuales. Sus aportaciones contienen el núcleo o la esencia de los cuidados y hay quien considera que en estas aportaciones está la raíz de la enfermería holística. F. Nightingale hacía diferentes afirmaciones relacionadas con la salud, la enfermedad, los cuidados, de entre ellas cabe destacar: “Soló la naturaleza cura y lo que ha de hacer la enfermera es poner a la persona en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe” y “La enfermería se ha limitado a la administración de medicamentos y la aplicación de cataplasmas,

pero debería significar el uso apropiado del aire, la luz, la calor, la limpieza , la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración con el menor coste de energía posible...(63)". Posteriormente, 1930 **Eunice Ingham**: La enfermera que, hacia el 1930, trabajó la terapia de las zonas reflejas, elaborando el primer mapa de las zonas reflejas de los pies, en relación con los diferentes órganos del cuerpo y que ha servido de base para la práctica y enseñanza de la reflexología y la reflexoterapia. Sobre la década de los años setenta, aparece varias autoras de referencia. **Marta Rogers**, doctora y teórica enfermera innovadora que, hacia el 1970, elabora su teoría sobre el ser humano unitario, a partir de diferentes teorías. Describe a la persona y al entorno como "campos de energía que interactúan y se intercambian entre sí". Cada persona está caracterizada por su "propio patrón de energía" y la salud es un proceso de intercambios energéticos que trascienden la dimensión corporal y comprenden la persona en su globalidad. Todo lo que ocurre en uno de estos campos repercute en los otros. También, **Marie-Françoise Collière** enfermera, doctora, antropóloga historiadora, pionera en el análisis del origen de los cuidados. Esta profesional destaca como las mujeres, desde la más remota antigüedad, han proporcionado cuidados utilizando sus manos, su propio cuerpo, las plantas, los aceites, los masajes... y lo han hecho para mantener la vida y porque esta continúe proporcionando cuidados de acompañamiento, de estimulación, de curación y de orientación en los diferentes pasajes de la vida y cuando esta se vea amenazada. Esto es lo que los cuidados han de continuar haciendo. Así, según esta autora las manos de la enfermera han sido siempre uno de los principales instrumentos de los cuidados – desde principios de las civilizaciones- utilizándolas para cuidar, estimular, mitigar el dolor, desarrollar y mantener las capacidades.

Según Collière, el dilema de la enfermera es recuperar este tipo de cuidados que acompañan la vida y reencuentran sus dimensiones culturales y sociales, y exigir o propiciar las condiciones adecuadas para prodigarlas. Insiste en que es a los profesionales enfermeros a quien corresponde mostrar o hacer aparecer, revelar y argumentar la aportación insustituible de los cuidados, más allá de cualquier tratamiento. Finalmente, **Madeleine Leininger**: enfermera, doctora en Antropología, promotora de la nombrada "enfermería transcultural", en la década de los 70. En su enfoque, pone de relieve que los cuidados enfermeros han de

considerar los diferentes significados, patrones y valores que cada cultura da a la salud y a la enfermedad. Rechaza la tendencia de los profesionales de la salud de imponer sus creencias y valores a las personas de otras culturas, con la convicción de que las suyas son superiores, ejerciendo el etnocentrismo. Destaca la importancia de los cuidados culturales, de la adaptación o negociación de cuidados culturales -ajustándonos a la salud y estilo de cada persona reestructurando los cuidados- y de facilitar que las nuevas orientaciones o hábitos sean significativos para las personas. Su trabajo continua muy unido a la teoría del cuidado humano de la enfermera J. Watson. **Jean Watson:** Doctora en Enfermería que, en la década de los 70, elabora los principios filosóficos de la ciencia enfermera. Situada en una concepción holística señala que el objetivo de la enfermería es facilitar que las personas adquieran un grado superior de armonía entre la mente, el cuerpo y el alma, que den lugar a procesos de autoconocimiento, de auto curación. Destaca entre otros principios relevantes, la libertad de elección de la persona, su control y su responsabilidad. Juntamente con M. Leininger son las impulsoras y representantes más notables de “la escuela de pensamiento del Caring”. Indica como las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas, si se abren a las dimensiones de la espiritualidad y la cultura. Defiende un cuidado que integre los aspectos humanos y científicos. Considera, de manera particular, las experiencias de salud en la vida de las personas, considerando el acto de curar como una relación transpersonal. La enfermera es coparticipe del proceso por el cual pasa la persona, tratando de generar la autocomprensión y la autodeterminación por medio de las actitudes que confirmen el Caring: conocimiento, alternancia en los ritmos, paciencia, honestidad, elección, ayuda, ánimo, compromiso y esperanza.

Dolors Krieger. Doctora en Enfermería. Hace aportaciones respecto a la concepción holística de la persona, la salud y el cuidado. En el año 1972 comenzó a trabajar con otras profesionales en el llamado Toque o Tacto Terapéutico, terapia que tiene su origen en la antigua imposición de manos y que hoy se enseña en muchas escuelas y países de Estados Unidos y de Europa.

Así mismo, en la década de los años ochenta, **Margaret Newman:** doctora en Enfermería elabora su teoría en la que se destaca la concepción holística de la

salud como expansión de la conciencia; en la salud incluye la enfermedad y la ausencia de enfermedad. Es un proceso de desarrollo del conocimiento de sí mismo y del entorno. Es una manera de estar en el mundo que tiene que ver con la percepción subjetiva de la persona. Es una armonía entre las diferentes dimensiones de la persona. También **Rosemarie Rizzo-Parse**: Doctora en Enfermería. Centra todos sus aportaciones en una concepción avanzada de la enfermería, reconociendo en la persona la capacidad de actuar en sinergia con el universo, que escoge libremente el significado de las situaciones. Considera la salud como una experiencia vivida. La enfermera guía a la persona en la elección de las diferentes posibilidades que se tienen delante de un proceso cambiante de la salud e incluso, en algunas ocasiones, ha de tratar de ir más allá de lo que se esperaba conseguir con el cuidado.

Rosette Poletti: Licenciada y doctora en enfermería, directora durante muchos años de la escuela Le Bon Secours de Ginebra. Ya hace más de veinticinco años que comenzó a enseñar en su escuela “prácticas de salud consideradas holística”, destacando la reflexología, la visualización y la relajación.

En los últimos años ha emergido la teoría de enfermera integral, la enfermera **Barbara Dossey**(64) se basó en las teorías de Wilber donde el enfoque integral está interesado en el desarrollo de una individualidad sana que incluya los aspectos más elevados y creativos de cada ser humano. Esta perspectiva ve a la persona como un todo, integrando el cuerpo, las emociones, la mente y el espíritu. Ayuda a verse a uno mismo y al mundo de una manera diferente, cada vez más ampliamente. Permite tomar perspectiva y dimensión de los problemas y las situaciones. facilitando así la búsqueda de las respuestas y soluciones originales. Esta perspectiva incluye las teorías holísticas e integrativas.

Según Dossey la teoría de la enfermera integral es una forma completa y actual de organización de los fenómenos de interés para las enfermeras. Está diseñada para completar los principios de la enfermería holística, del cuidado humano y la curación. Esta teoría presenta un modelo integral relacionado con la complejidad de la totalidad y la forma de abordar al mismo tiempo la salud y el bienestar de las enfermeras, del equipo de salud, los pacientes, las familias y las

comunidades, y el sistema sanitario. Incluye una perspectiva global y el papel que las enfermeras tienen en el colectivo, en la conformación de un mundo sano(65).

En la Teoría de la Enfermería Integral son ocho los supuestos filosóficos son los siguientes(64): El primero es el de una comprensión integral reconoce al individuo como un campo de energía conectado a los campos de energía de otros y la totalidad de la humanidad; El mundo es abierto, dinámico, interdependiente, fluido y continuamente interactuando con variables cambiantes que pueden conducir a una mayor complejidad y orden.

El segundo nos habla de una cosmovisión integral; es una manera integral de organizar múltiples fenómenos de la experiencia humana desde 4 perspectivas de la realidad: (1) interior individual (subjetivo, personal); (2) exterior individual (objetivo, conductual); (3) interior colectivo (intersubjetivo, cultural); Y (4) exterior colectivo (interobjetivo, sistemas o estructuras).

El tercer supuesto nos dice que la curación es un proceso inherente a todos los seres vivos; Puede ocurrir con la sanación de los síntomas, pero no es sinónimo de curación.

El cuarto habla de que la integridad de la salud es experimentada por una persona como su totalidad con el desarrollo hacia el crecimiento personal y expandir los estados de conciencia a niveles más profundos de comprensión personal y colectiva de las dimensiones físicas, mentales, emocionales, sociales y espirituales de una persona.

El quinto supuesto señala que la enfermería integral se fundamenta en una visión integral del mundo que utiliza un lenguaje y un conocimiento integrales que integran las prácticas y habilidades de la vida integral cada día.

El sexto expresa que la enfermería integral se define ampliamente para incluir el desarrollo del conocimiento y todas las formas de conocimiento.

El séptimo afirma que una enfermera integral es un instrumento en el proceso de curación y facilita la curación a través de su conocimiento, hacer y ser.

Y el octavo supuesto nos dice que la enfermería integral es aplicable en la práctica, la educación, la investigación y la política sanitaria.

En resumen, todas estas autoras han realizado aportaciones totalmente congruentes en el enfoque de las TC y que, sin duda, permitirán continuar haciendo del **Cuidado un Arte**, el arte de percibir, entender, comunicar y ayudar mejor a las personas cuidadas. Son expertas y eruditas en la disciplina enfermera. Con sus investigaciones han contribuido a desarrollar el cuerpo del conocimiento enfermero, en el cual diferentes aspectos de las terapias complementarias están incluidos como Instrumentos de los Cuidados Enfermeros.

2.2.6 Cuidados Enfermeros y las terapias complementarias.[†]

Los cuidados enfermeros deben de ser integrales e incluir tanto la atención convencional como las prácticas complementarias, proporcionando al cliente lo mejor para una atención completa y personalizada.

Las terapias complementarias pueden ser utilizadas en conjunto con el enfoque convencional, o de manera aislada en cualquiera de las situaciones, el proceso de los cuidados enfermeros debe de ser utilizado como un todo: en la recopilación de datos (entrevista y examen físico), que plantea problemas, en el diagnóstico, en las acciones a implementar y en la monitorización de su progreso para evaluar la eficacia de las prácticas utilizadas. El verdadero enfoque holístico o enfoque integral es capaz de elegir o combinar estas diferentes prácticas con el fin de obtener el máximo beneficio para el cliente.

Rankin (62)(66) recomienda seguir algunos criterios para la selección de una terapia en un área clínica, o para un cliente determinado, analizando: Cuál es el objetivo de esta terapia; Las investigaciones que justifican su uso. Que terapias pueden ser utilizadas en la práctica diaria; Qué beneficios puede proporcionar a esta persona en particular. Si la enfermera tiene conocimiento y capacidad para aplicarla; Cuál es el coste de esta terapia y quién lo ha de pagar; Cuáles son los recursos requeridos en tiempo, espacio, entrenamiento, etc.; y si existe alguna implicación legal, como el consentimiento informado, etc., que deba ser tomada en cuenta.

La clasificación actual de la Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) se esfuerza por tener en cuenta el punto de vista holístico en la terminología de los diagnósticos enfermeros. Un ejemplo de ello es el Diagnostico enfermero, Perturbación del campo de energía, desarrollados por la NANDA(67). Código 00050. Dominio 4 Actividad/Reposo. Clase 3 Equilibrio de la energía. Definición: Desorganización del flujo de energía que rodea a una persona, lo que resulta en una falta de armonía del cuerpo, la mente o el espíritu. Factores

[†] Los términos de Terapias complementarias, practicas complementarias y terapias naturales son utilizados como sinónimos en el presente trabajo.

relacionados Enlentecimiento o bloqueo del flujo de energía secundario a diferentes factores como el de: maduración, fisiopatológicos, situacionales (ansiedad, temor, duelo, dolor) y relacionados con el tratamiento. Los criterios de resultado son:

1. Bienestar, código 2002. Definición: satisfacción expresada sobre el estado de salud Intervenciones: Acupresión, Apoyo espiritual, Contacto terapéutico, Facilitar la meditación, Imaginación simple dirigida, Manejo de energía, Manejo del dolor, Potenciación de la conciencia de sí mismo, Regulación de la temperatura y
2. Bienestar Espiritual, código 2001. Definición: expresiones personales de vinculación con el yo, los otros, el poder superior, toda la vida, la naturaleza y el universo que trasciende y se apoderan del yo. Intervenciones: Apoyo espiritual, Contacto terapéutico, Dar esperanza, Facilitación del crecimiento espiritual, Facilitar la meditación.

Este diagnóstico de Perturbación del campo de energía ha sido retirado por falta de evidencia en la última revisión. Desde Nanda-Internacional animan a mejorar la evidencia para volver a incorporarlo. Textualmente se explicita que queda “Reasignado a nivel de evidencia 1.2 pendiente de nuevo desarrollo y validación. La literatura relacionada con este diagnóstico ofrece soporte sobre intervenciones más que sobre el propio diagnóstico en sí mismo”(68)

Igualmente dentro de la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC)(69), figuran varias intervenciones que recogen contenidos de las terapias holísticas y naturales, como son: 001320 Acupresión, 006520 Análisis de la situación sanitaria, 001330 Aromaterapia, 005820 Disminución de la ansiedad, 005510 Educación sanitaria, 000226 Terapia de ejercicios: control muscular, 000180 Manejo de la energía, 001400 Manejo del dolor, 001480 Masaje, 004400 Musicoterapia 005465, Tacto terapéutico y 004390 Terapia con el entorno.

Y aquellas intervenciones que en la actualidad están en vías de normalización, como: acupuntura, drenaje linfático manual, homeopatía, homotoxicología, terapia neural, moxibustión, osteopatía, reflexología podal, yoga,

terapia floral, visualización, todas ellas empleadas por los enfermeros que desempeñan sus cometidos en este ámbito profesional.

Y como Criterios de Resultados Enfermeros (NOC): 001804 Conocimiento: conservación de la energía; 000002 Conservación de la energía; 000006 Energía psicomotora; 001007 Estado nutricional: energía.

Es importante señalar que como en todos los aspectos de la actividad enfermera, es preciso desarrollar protocolos y guías de actuación, con metodología rigurosa, de manera que permitan analizar los resultados y publicarlos. Se debe ser consciente de sus limitaciones; se ha de saber escoger aquello que tiene más garantías de ayuda y bases más sólidas. Se ha de discernir cuáles son más idóneas para ser incorporadas dentro de la actividad profesional enfermera. Como dice Trevelyan, "la investigación es esencial para proporcionar un alto estándar de cuidados dentro de este campo; la investigación en las terapias complementarias es una necesidad urgente"(62).

Para que una disciplina siga siendo relevante en la prestación de sus servicios a la sociedad requiere creatividad, incorporación de nuevos recursos y conocimientos, y discernir qué es lo adecuado en cada momento según el criterio profesional y, sobre todo, la estrategia a seguir. Por ese motivo, estos Instrumentos Complementarios (IC) son algo más que intervenciones o actividades; deben integrarse en la propia función de cuidar, enriqueciéndola.

A nivel de la práctica el uso de los IC puede permitir y facilitar a las/los enfermeras/os (48): Desarrollar la capacidad de percepción hacia la persona cuidada, de entenderla, de considerar su propio potencial y sus capacidades; de trabajar las actitudes de cuidados o de caring: comprensión, compasión, empatía, respeto, compromiso, esperanza, diálogo, entre otros.; de mejorar la capacidad de comunicación, a los diferentes niveles, y de manera particular desarrollar la capacidad y sensibilidad para acercarnos al otro, trabajar mejor "la relación de ayuda"; de colaborar con la persona cuidada en el desarrollo de sus propias defensas, sus propios recursos, sus propios conocimientos, para su autocontrol, ya sea del dolor, de su vida y de su situación concreta; de buscar la manera de asegurar a la persona cuidada y a su familia el mantenimiento de la esperanza, y a

veces, más allá de lo que parece lógico o posible (como dice Rizo-Parse), confiando en el propio potencial de la persona y en sus decisiones ante la vida y la muerte, de proporcionar los cuidados de estimulación de todas las capacidades y funciones, y estimular para que se mantengan y no aumenten las pérdidas, ya sean las de fuerza, de control, de decisión, de energía o de comunicación, con el máximo respeto a sus creencias, convicciones y cultura, de activar las endorfinas de las personas; de hacer presente el contacto con otro ser humano; todos sabemos que el "tacto" es vital en la vida de las personas, y hay ocasiones en que éste no se recibe o no se permite y; de poner en marcha los medios para abordar determinados problemas, como intervenciones específicas de enfermería.

Si se asume que los IC de los cuidados enfermeros amplían los conocimientos y facilitan el desarrollo de la función de cuidados, es lógico que se utilicen allí donde los profesionales enfermeros ofrecen sus servicios. Son los profesionales enfermeros que desarrollan su actividad en el contacto más directo y continuo con los usuarios/clientes los que están mejor situados, dentro del sistema de salud, para ofrecer muchos de estos recursos de cuidados, aportando, también, calidad a los servicios. Pero, igualmente, es necesario que las condiciones de los lugares de trabajo de los profesionales enfermeros mejoren, y que la enfermera disponga del tiempo requerido para dar cuidados, para la reflexión y la formación.

Los ámbitos donde las enfermeras pueden utilizar los IC son variados (48): en los centros hospitalarios, de atención primaria, en los sociosanitarios y en la atención domiciliaria. El toque terapéutico, la relajación, la visualización, el masaje reflexológico, la técnica metamórfica, etc., son medios que pueden ser integrados en los cuidados básicos, resultando beneficiosos para el usuario y la enfermera. También los profesionales enfermeros pueden ofertar estos medios en consultas privadas a las personas que los solicite, como recursos de apoyo a su salud.

Además la aplicación de los IC por parte de las enfermeras en la atención a personas con problemas crónicos de salud y/o en situaciones terminales aporta numerosos beneficios. Se les puede estimular física y energéticamente y puede ofrecerse como un medio de apoyo, personal y familiar. La enseñanza de técnicas concretas a familiares puede ser adecuada para ayudar en el control del dolor,

favorecer la relación, el bienestar... Puede producir un sentimiento de apoyo, de cierta paz, incluida la espiritual, y de comprensión de sus problemas. El toque terapéutico, la técnica metamórfica, la visualización, la técnica de polaridad, el reiki, entre otras, son las situaciones en las que el tacto es mejor que las palabras, porque éstas pueden ya decir poco.

Finalmente, los IC sirven como medios de autoayuda de los propios profesionales, dados los conocidos niveles de estrés a los que están sujetos los profesionales de la salud y, en concreto, los profesionales enfermeros. Difícilmente uno se puede preocupar de la salud, el bienestar y la armonía de los otros, si no se preocupa de la suya o no mantiene su equilibrio.

Sin embargo, cada uno de estos IC tiene su grado de complejidad, su tiempo para dominarlo y su facilidad o no para practicarlo. A este respecto, Trevelyan y Booth consideran que (70): existen terapias que pueden incorporarse en la práctica sin grandes dificultades, tras un aprendizaje apropiado, como son la reflexología, el masaje, el shiatsu, la aromaterapia y el toque terapéutico o la relajación. Por otro lado, hay otras que exigen un mayor grado de entrenamiento, pero que ofrecen un amplio campo y técnicas asequibles como las terapias nutricionales, homeopatía, plantas medicinales y naturopatía. Finalmente estos autores consideran que algunas terapias exigen un alto grado de entrenamiento como la acupuntura, quiropráctica, osteopatía y técnica de Alexander entre otras.

2.3 Reiki

Este capítulo se inicia con una introducción de las bases científicas de las terapias energéticas seguido de la historia del Reiki, su definición, como se realiza un tratamiento de Reiki y que formación existe, así como el apartado del Reiki en enfermería.

2.3.1 Introducción de las bases científicas de las terapias energéticas.

El Reiki es una terapia energética que permite activar los procesos curativos naturales del cuerpo humano mediante la canalización de energía por parte del practicante hacia el sujeto que la recibe, pertenece a la clasificación de terapias que se enfocan en el uso de los campos de energía humano o biocampo. Pero ¿qué es la energía? ¿Cómo explicamos que la energía de nuestro cuerpo active un proceso sanador en otra persona?, ¿Qué es un biocampo?.

Para la mayoría de las personas, este tipo de técnicas sale de lo convencional y por ello, no está del todo aceptada en la vida cotidiana, ni en la mayor parte de los hospitales públicos y privados, ni centros de asistencia primaria ni en las universidades. Si bien es cierto que este tipo de terapias se van introduciendo cada vez más en estos ambientes, y la razón de ello es la existencia de un creciente interés por parte de la población en las terapias naturales pudiendo ser el motivo principal una búsqueda de soluciones a los problemas de salud que no resuelve la medicina alopática. Cabe destacar el hecho de que, además, dichas terapias tienen como objetivo mejorar las propias capacidades del individuo y se caracterizan por ver al ser humano de manera holística, es decir, como una unidad.

Por este motivo es importante que se conozcan los estudios que diversos investigadores están desarrollando, basados en el método científico, y que aportan una visión más clara sobre aspectos que son difícilmente comprensibles desde una óptica tradicional.

A la vista de estos antecedentes y antes de entrar en materia deberíamos hacernos la siguiente pregunta: ¿Cómo percibimos la realidad?. Estamos

acostumbrados a percibirla como algo físico y seguro, pero ésta no es como siempre nos han enseñado a verla. Actualmente tenemos un modelo biomédico lineal, en el que predomina la base bioquímica, si bien, cada vez más, se está empezando a cambiar hacia un modelo que contempla que somos más de lo que vemos, tanto en el ámbito científico como en el de los profesionales de la salud.

¿De dónde proceden nuestras ideas actuales sobre la realidad y a donde nos han llevado?. Fue gracias a Descartes y a Newton que durante siglos el estudio del universo se dividió en dos clases: materia y mente (71). René Descartes separaba nuestro cuerpo de nuestra mente. Sentimientos, pensamientos y espiritualidad estaba exclusivamente en manos de la iglesia ya que el interior de la mente se consideraba demasiado imprevisible y complicada, de ahí su célebre afirmación “el concepto de cuerpo no incluye nada que pertenezca a la mente y el de mente, nada que pertenezca al cuerpo”.

Este es el legado que interpreta al cuerpo como una gran máquina gobernada por el cerebro y el sistema nervioso, de una precisión extraordinaria; por ello, si algo no funciona, lo extirpo, lo sustituyo o le doy un fármaco (72). Isaac Newton describió un universo sin anomalías, de cosas separadas que operan en el espacio y el tiempo según leyes fijas. Esta es la física clásica que estudia la mecánica del funcionamiento de los cuerpos en el espacio y tiempo. La física newtoniana trata sobre lo previsible y aborda el universo como si funcionara a modo de una máquina gigantesca (71).

¿Qué es lo que ha cambiado para cuestionarse este modelo de 400 años?. En 1927, la conferencia de Solvay reunió a los físicos más importantes del mundo y apareció otra manera de percibir la realidad. Aquí se sentaron las bases de la física cuántica para el microcosmos, donde aparece el mundo de las probabilidades, de la dualidad onda partícula y donde el observador es capaz de cambiar la realidad y la energía electromagnética es lo principal, frente a otro, el macrocosmos en que Einstein nos habla de la teoría de la relatividad, porque depende del observador y de su punto de referencia y donde lo fundamental es la gravedad. Es decir que las leyes que rigen en el microcosmos no rigen de igual manera en el macrocosmos.

Este grupo de físicos tenían como objetivo averiguar la relación existente entre energía y la estructura de la materia, al poco tiempo, los físicos desecharon su fe en el universo material newtoniano porque llegaron a darse cuenta de que el universo no está formado por materia suspendida en el espacio, sino por energía (73).

En nuestros días empieza a existir un choque de paradigmas. Por un lado está el clásico, que lo podemos llamar paradigma o modelo mecanicista y reduccionista, el cual sigue imperando en nuestros hospitales y universidades, y por otro está el llamado paradigma energético o cuántico. Según la autora Oliva (72), estas teorías recientes nos acercan a explicar determinados fenómenos o procesos, y a medida que se aumenta la capacidad de observación (por las mejoras tecnológicas o de la conciencia), las teorías son obligatoriamente revisadas y cambia de nuevo el paradigma. A lo que cabe añadir lo que dice McTaggart (74) y es que la ciencia se escribe en capítulos, y puntualiza que prácticamente todas las culturas ancestrales y las culturas indígenas han considerado el universo como una unidad, como un círculo y el hombre como centro de él. Pero fueron los descubrimientos de Descartes y Newton los que desmontaron la estructura de nuestro universo y crearon un modelo de maquinaria de relojería en que la mente está separada del cuerpo y en la que estamos separados unos de otros.

La idea del cuerpo como máquina con dos motores corporales, que serían el cerebro y el corazón, y toda la orquesta central dirigida por el ADN es el modelo que tenemos en la actualidad, y creemos que los distintos procesos están localizados en ciertas partes del cuerpo, pero es incorrecto en su mayoría ya que el cuerpo está totalmente descentralizado, no hay un cerebro central en sí, el cerebro sería algo así como el receptor de una antena, más bien un transductor y un receptor de información pero no el almacén de esa información (74).

Esta creencia newtoniana del mundo material y de una realidad mecánica ha llevado a descartar el concepto de energía y de campos como información y biología. El estudio de nuestro biocampo nos da una luz a aspectos tales como se desarrolla nuestro cuerpo, se renueva, funciona y se adapta con tanta rapidez y de forma instantánea y coordinada delante de situaciones muy variadas y complejas

(75). Para poder entender estos aspectos en el ser humano, debemos tener en cuenta tres conceptos básicos: campo, holograma y coherencia.

El campo es una región del espacio que rodea a un determinado objeto y que se ve modificado en sus propiedades porque está ese objeto, por ejemplo un imán. Igual pasa con la tierra, tiene un campo que nos protege y también con nosotros que modificamos el entorno en el que estamos.

El campo asociado a un ser vivo se llama biocampo y tiene unas características como el imán. Una de ellas es que, así como el cuerpo físico tiene un límite, el campo asociado al cuerpo humano no lo tiene. Otra es que la forma y la naturaleza del campo son inseparables, no se puede aislar e interactúa continuamente con el resto de campos por superposición y por resonancia. El campo no se puede medir en sí mismo, es necesario estudiar sus interacciones con otros campos u objetos(76).

Todos estamos familiarizados con la medición en superficie de la electricidad del corazón o de la del cerebro con instrumentos como el electrocardiograma o electroencefalograma. Actualmente podemos hacer mediciones a distancia con magnetómetros de estos mismos órganos.

El holograma es una imagen tridimensional que se obtiene con una técnica de fotografía especial, donde una fuente de luz tipo laser se divide en dos haces. Uno es el de referencia y no atraviesa objeto alguno, el otro impacta en el objeto que se va a fotografiar antes de pasar a la placa fotográfica. En la placa es donde se produce una interferencia de los dos haces y el resultado es un patrón en el que se solapan informaciones de ambos haces, lo que da lugar a una imagen con información tridimensional (76).

¿Porque es importante el concepto de holograma? Porque si yo cojo de esa placa fotográfica donde está la imagen, un trocito y lo ilumino, vuelvo a tener la imagen del todo, más pequeña, pero del todo.

Ese concepto de que el todo está en cada una de las partes o que cada una de las partes es un reflejo del todo explica porque funcionan las terapias reflejas, y porque la información del cuerpo está en el iris y en la planta de los pies y tantas otras partes del cuerpo. Está en cada una de las células, por eso se pueden clonar, porque la información del todo está en cada una de las partes.

Esto lo podemos trasladar a la dinámica holográfica humana. Como por ejemplo: en la visión (77); en los estímulos sensoriales como el oído, el tacto, el gusto y los olores (78); la memoria (79); el reconocimiento de formas y caras (80); y la memoria fotográfica (81).

Según la teoría holográfica, el ser humano es un aparato receptor que se halla flotando en un mar inmenso de frecuencias y patrones de interferencias, del cual extrae una serie de informaciones que transforma la realidad física (76).

La coherencia es lo que cotidianamente diríamos de alguien que piensa, siente y actúa en la misma línea. Con las ondas es lo mismo, en ciencia, una radiación coherente es la que está en fase, toda la información está en sincronía.

Frölich (1905-1991) fue el primero en aplicar el concepto de coherencia en biología y propuso que “existe una vibración colectiva que es responsable de que haya una sincronización en el funcionamiento del cuerpo a nivel bioquímico”. Las células emiten campos electromagnéticos y parece que se comunican entre ellas mediante ondas electromagnéticas (76).

Es un concepto importante porque el cuerpo humano emite señales, ondas (electricidad y magnetismo) que podemos medir, infrarrojos (tenemos una temperatura de 36º C) y luz. Emitimos ondas que generan una interferencia con otras ondas que nos rodean, sean del ambiente o de otros organismos biológicos.

La coherencia, la interferencia de ondas, nos permite entender porque cuando me siento al lado de una determinada persona, me siento muy bien y cuando estoy sentada al lado de otras me siento muy mal. No tiene nada que ver con que la energía de una persona sea buena o mala. Tiene que ver en que

nuestras ondas están en fase y generan una interferencia que se llama constructiva, es decir que suman y que si yo estoy a tu lado nos crecemos y que si estamos en momentos distintos podemos tener una interferencia destructiva y que nos anulemos. La energía no es ni buena ni mala.

También explica que en un estado de stress en que existe una incoherencia en las ondas y frecuencias que emitimos, se reduce el flujo energético con la consiguiente contracción de nuestro biocampo dando lugar a una desinformación, llegando a una alteración anatómica.

Estos conceptos no ayudan a podernos expresar con otro lenguaje, el de la energía, que nos habla de campos electromagnéticos, de frecuencias, de ondas y de patrones de interferencia que nos llevan información (82). Otro aspecto a destacar cuando hablamos de terapias energéticas de la conexión energética entre el geomagnetismo de la tierra y la vibración del cuerpo humano. Hablamos de la frecuencia de Schumann.

Las ondas Schumann son ondas de baja frecuencia que envuelven la tierra y crean una oscilación de 7 -10 Hz. Esta frecuencia es la misma que las ondas cerebrales de los seres humanos cuando están en un estado “alfa” que corresponde a la relajación y que te permite desarrollar la creatividad, la intuición y la memoria.

Las “ondas cerebrales” no son confinadas únicamente en el cerebro, sino que se difunden por todo el cuerpo mediante el sistema perineural. El Dr. Robert O. Becker describió justamente como este sistema, más que cualquier otro sistema del cuerpo, se encarga de la curación de las heridas en todo el cuerpo. A través del sistema perineural, la vibración se transmite a la mano donde crea un campo biomagnético (82).

El sistema nervioso actúa como una “antena” para proyectar las pulsaciones biomagnéticas que empiezan en el cerebro, en el Tálamo. Las ondas que empiezan en el cerebro como pulsaciones relativamente débiles, ganan fuerza mientras se desplazan a lo largo de los nervios periféricos hasta las manos. El mecanismo de

esta amplificación incluye probablemente el sistema perineural y los demás sistemas de tejidos de conexión.

Las manos tienen 5000 veces más potencia que el campo magnético del corazón y aún aumenta unas 1000 veces más durante el tratamiento de Reiki. Los patrones de ondas cerebrales tanto del terapeuta como del receptor se sincronizan en el estado alfa y pulsan al unísono con el campo magnético de la tierra. Investigaciones médicas independientes han mostrado que este rango de frecuencias estimula la sanación del cuerpo, 2 Hz promueve la regeneración de los nervios, 7 Hz crecimiento de los huesos, 10 Hz restauración de ligamentos, 15 Hz formación capilar (83). La conexión bioenergética de las manos del terapeuta con el cuerpo desbloquea el flujo energético.

La piel que recubre las palmas de las manos y las yemas de los dedos está repleta de terminaciones nerviosas, con receptores sensoriales de alta y baja frecuencia que nos permiten sentir frecuencias que no son visibles al espectro de luz que podemos ver con los ojos cómo las energías sutiles (Reiki y otras)

Mediante las manos, podemos percibir espectros electromagnéticos de múltiples frecuencias. Estas percepciones viajarán mediante el sistema nervioso periférico al cerebro que interpretará los datos y nos dará mucha información (como un sonar) (84). Esta información es de mucha utilidad para saber que está pasando en el cuerpo energético o en el de la persona o elemento que pongas las manos.

En las manos contamos con sensores como los corpúsculos de Meissner ubicados principalmente en las yemas de los dedos son los responsables de nuestra sensibilidad al tacto suave, y nos permiten sentir las frecuencias de baja vibración comprendidas entre los 1 a 50 hercios. Dentro de los cuerpos energéticos, estaríamos hablando del doble etérico (los meridianos de acupuntura), el campo electromagnético y los procesos bioquímicos de los órganos(84).

También existen los corpúsculos de Pannini encargados de la percepción de la presión y la alta vibración (50Hz a los 2000Hz). Los encontramos principalmente en la palma de la mano, la planta de los pies, en el tejido subcutáneo, submucoso

y seroso; alrededor de las articulaciones. Estos sensores, nos permiten percibir y conectar con las vibraciones de alta frecuencia de todo lo que nos rodea(84).

Tal y como menciona el Dr. Ballester, el bloqueo energético se produce siempre en los niveles de conciencia, el temor, el miedo, la rabia, la vergüenza, la impotencia, la imposibilidad de expresar la pena, el aislamiento social, etc., son elementos que bloquean el flujo de energía y este bloqueo se traduce físicamente en forma de densificaciones y alteraciones físicas y funcionales del campo de influencia. Por ello, situaciones de estrés o ansiedad tienen como consecuencia síntomas físicos como palpitaciones, taquicardias, extrasístoles, dolores torácicos, dolores de extremidades, y una amplia lista (75). De esta lista y como consecuencia de estos estados destacamos la hipertensión arterial que es el objeto de esta tesis.

Gran parte este tipo de patologías debidas a formas de ansiedad y de estilos de vida se pueden resolver con terapias energéticas ya que el biocampo se expande y se organiza, es decir que se hace más coherente. La información fluye y los tejidos se desdensifican, ya que nuestras manos favorecen que fluya la energía estancada. Y se liberan las memorias holográficas gracias a la expansión del biocampo. Como vemos, la salud se puede expresar en clave energética y esta concepción ampliada del ser humano nos permite explicar muchos de los procesos actualmente inexplicables e incluso encontrar soluciones a enfermedades hasta el momento consideradas intratables.

La comprensión de los campos energéticos biológicos nos da elementos para valorar la salud de las personas y herramientas para mejorar el mismo. Como conclusión podemos decir que la visión bioenergética nos ofrece otro tipo de abordaje diferente y complementario al planteamiento actual.

2.3.2 Breve historia del Reiki[‡]

Mikao Usui, nació el 15 de agosto de 1865, en la localidad de Taniai del distrito de Yamagata (Prefectura de Gifu, Japón). El Reiki es una técnica japonesa

[‡] En este trabajo se diferencian la terapia del Toque Terapéutico con el Reiki dado que son terapias energéticas pero con diferencias. Aunque en las bases de datos se acceda por Toque Terapéutico.

recuperada por Mikao Usui, fue un redescubrimiento, pues muchas otras culturas ya habían utilizado milenariamente la imposición de manos como método de curación(83,85).

En el Tíbet existen registros de técnicas de curación por medio de imposición de las manos desde hace más de ocho mil años. Esas técnicas se expandieron por Grecia, Egipto, India y otros países, a pesar de que la técnica permaneció perdida durante casi 2 milenios. Asimismo, culturas nativas de todo el planeta cuentan con sistemas de sanación y armonización natural similares en su forma al Reiki.

Desde niño, Usui oyó relatos acerca de Buda, estaba fascinado tanto por el deseo de Buda de ayudar a los demás como por las insólitas facultades metafísicas que Buda recibió después de alcanzar la iluminación. Para encontrar respuestas a sus preguntas internas, Usui aprendió diferentes idiomas como chino, inglés, el idioma sagrado, “sánscrito”, probablemente también hebreo y estudió las enseñanzas espirituales de éstas y otras culturas.

Usui viajó por todo el Japón estudiando en los templos budistas y haciendo preguntas sobre la curación, le permitían estudiar las sagradas escrituras copiando en su cuaderno esta información. En 1908, Usui fue invitado por el abad de un monasterio Zen a quedarse allí para estudiar y le animó en su búsqueda. Después de haber descubierto las “escrituras sagradas”, las instrucciones para la “curación con las manos”, como Jesús, Buda y otros iluminados hicieron, regresó de nuevo a Japón y en marzo de 1922 Usui viajó a la montaña sagrada de Kurama en Kyoto donde ayunó, meditó y siguió las indicaciones de la fórmula durante 21 días. Decidió que la facultad para sanar la enfermedad tenía tanto valor que merecía la pena arriesgarse a morir para recibirla. En el vigésimo primer día y en estado profundo de meditación obtuvo la iluminación y el don de sanar.

Mikao Usui regresó a su monasterio donde fue a ver a su viejo amigo el abad, quien estaba sufriendo de fuertes dolores causados por una artritis. Mientras hablaba de sus experiencias y de que finalmente había encontrado lo que buscaba le puso las manos en las zonas afectadas y los dolores desaparecieron. Alentado por el abad se dispuso a ayudar a los más pobres y fue a la Ciudad de los

Mendigos, un barrio muy pobre de Kyoto. Allí trabajó con los pobres. Consiguió ayudar a muchas personas dándoles Reiki y sanándoles para que así pudieran optar a una vida mejor. Después continuó su trabajo en las aldeas cercanas durante 3 años. A la vuelta a Kyoto se dio cuenta de que las personas a las que había ayudado volvían a estar mendigando. Intrigado les preguntó porque habían vuelto a esa vida y no trabajaban en un trabajo digno si ya estaban curados y podían trabajar. Los mendigos le dijeron que preferían esa vida a tener que esforzarse en trabajar. Mikao Usui se dio cuenta que a parte del cuerpo había que sanar también el espíritu.

El doctor Usui practicó Reiki y lo enseñó por todo Japón durante el resto de su vida. Poco antes de morir (1926), el doctor Usui entregó la maestría (conocimientos necesarios para iniciar a otras personas) a 16 profesores, siendo uno de ellos el doctor Chujiro Hayashi, el cual transmitió todas las enseñanzas a 2 mujeres, su mujer y Hawaya Takata, la cual impresionada por su curación en 4 meses decidió aprender Reiki e inició a 22 Maestros de Reiki, extendiéndose así a varios lugares del mundo.

Con la desaparición de la Sra. Takata surgieron varias ramas de Reiki, el sistema Usui/Tibetano de Reiki y el Karuna Reiki, este último sólo se enseña a las personas que han alcanzado la Maestría de Reiki en el Sistema Usui/Tibetano. El sistema de sanación que se desarrolló a partir del método del doctor Usui se llama Sistema Usui de Sanación Natural o Usui Shiki Ryoho. En España fue introducido en año 1994 por Antonio Moraga, fundador de la Alianza Española de Reiki(86).

Existen distintos sistemas de Reiki en la actualidad, por orden de aparición son los siguientes(87):

1. Reiki Usui Tradicional s. XIX (3 niveles de evolución hasta la maestría).
2. Reiki Usui Japonés s. XIX- XX (3 niveles de evolución hasta la maestría).
3. Reiki Usui Tibetano- Tántrico. s. XX-XXI (3 niveles de evolución hasta la maestría).
4. Reiki Usui Tibetano- Tántrico. s. XX-XXI (Maestría Tántrica).
5. Den-Do Reiki Tibetano s. XX-XXI (Maestría).

6. Reiki Karuna s. XX-XXI (1 o 2 niveles y Maestría)
7. Reiki Egipcio s. XX- XXI (1 o 2 niveles y Maestría)
8. Omnia Reiki s. XXI (2 niveles de evolución hasta el Nivel Formador).
9. Omnia Seals s. XXI (Maestría Omnia Seals)

2.3.3 Definición de Reiki

Reiki es una palabra oriental que se le atribuye el significado de energía vital universal(88–92). El prefijo "Rei" es la energía vital del universo, la esencia de la energía cósmica que impregna todas las cosas y rodea a todos los lugares. El sufijo "ki" se le considera la energía básica, fuerza vital de la cual dependen nuestras vidas(89,93–100). El concepto de fuerza vital se utiliza en todas las artes curativas orientales, aunque recibe distinto nombre según la cultura: *Chi* en chino, *Prana* en hindú y *Mana* para los Kahunas. Los investigadores rusos la llaman *Bioplasmática Energía*, Hipócrates la llamó *Fuerza Vital de la Naturaleza* y Cristo "*La Llama de la Luz*"; también ha sido llamada la *Energía Cósmica*, la *bioenergía* y la *fuerza vital*. En hebreo se llama *Ruaj* y los antiguos egipcios la denominaron *KA* y los sufíes, *BARAKA* (101).

El Reiki es una terapia bioenergética tradicional del Japón, que consiste en la canalización y transmisión manual de la energía vital universal, presente en todo ser vivo y en la naturaleza, enfocada específicamente a la sanación y armonización global del individuo

Es un gran optimizador y potenciador de los mecanismos de regulación, regeneración y de auto-sanación del propio cuerpo, incidiendo directamente sobre los centros energéticos, meridianos y bio-frecuencias de los diferentes órganos. Es el organismo el que regula, optimiza su intensidad, los efectos locales y globales, garantizando así la máxima eficacia y rapidez en los resultados. El resultado, es una persona más sana y vital, centrada, relajada y equilibrada, psicoemocionalmente o sea más autosuficiente y capaz (87).

El Reiki es un sistema holístico que mejora el cuerpo, la mente y el espíritu. No es sólo una terapia sino una forma de vivir que nos ayuda en nuestro crecimiento

personal y en nuestro estado evolutivo de conciencia. Describir el Reiki como simplemente un método de sanación por imposición de manos resulta un tanto simplista, ya que, en etapas más profundas la idea original del sistema era la de un camino de vida que condujera a una vida iluminada(102).

La aplicación de los 5 principios del Reiki es la base de esta filosofía de vida. Los 5 principios del Reiki son(86):

Sólo por hoy: No te preocupes; No te enfades; Honra a tus padres, maestros y mayores; Gánate la vida honradamente; Demuestra gratitud hacia todo ser vivo.

Debemos tener en cuenta que Reiki no tiene dogma, religión, creencias, etc., ya que se utiliza en todas las religiones, es un método de canalización de energía con fines terapéuticos y sin adhesiones a sistemas de creencias específicos. Las cuatro características singulares que otorgan la condición de Reiki a una categoría de métodos curativos son, en primer lugar, la capacidad de dar Reiki se obtiene mediante una sintonización y no proviene de algo que se ha adquirido a lo largo del tiempo con ayuda de la meditación o de otro tipo de ejercicios. La segunda característica es que todos los métodos Reiki pertenecen a una corriente. Es decir, que el método es transmitido del docente al alumno por medio de una sintonización. La tercera considera que en Reiki no es necesario dirigir la energía con la razón, ya que ella es guiada por el poder superior y conoce su camino y sus efectos propios. Y la cuarta hace referencia a que si un método curativo dispone de estas cuatro características puede entonces considerarse un método Reiki(86).

Según Guirao (87), el Reiki puede actuar a nivel físico, emocional y mental. A nivel **Físico** como: *Antioxidante y desintoxicante, potenciador del sistema inmunitario, regenerador orgánico y celular, regulador metabólico, especialmente indicado para enfermedades degenerativas y crónicas, inflamaciones y dolores de todo tipo, lesiones, fatiga crónica, ayudando a mejorar los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos (náuseas, vómitos, astenia, dolor de todo tipo, falta de vitalidad, insomnio...)*. A nivel **Emocional** indicado en *estrés emocional, traumas, desequilibrios, problemas afectivos, depresión, agresividad, conflictividad, apatía, infelicidad, entre otros*. Y a nivel **Mental** indicado en *estrés mental, malos hábitos y*

adicciones, nerviosismo y angustia, insomnio, déficit de atención e hiperactividad, dificultad de concentración bajo rendimiento, inseguridad. (87).

El Reiki siempre ayuda al cuerpo en su habilidad natural de curarse. Después del tratamiento, algunos pacientes pueden sentir un empeoramiento temporal de sus síntomas, incluso manifestaciones menores como sudoración, dolor de cabeza, flatulencia... que se diluyen por sí mismas y no siempre se manifiestan. A esto se le llama “crisis curativa” y es otra indicación de que la energía está trabajando. El cuerpo puede empezar a desintoxicarse con síntomas tales como un aumento de la función renal y de la intestinal como manifestación de limpieza natural del organismo. Se recomienda beber mucha cantidad de agua después de la sesión de Reiki(86).

Sus efectos pueden ser entendidos a la luz de la física cuántica, en particular para la comprensión de la vibración / energía de la naturaleza. La ecuación conocida formulada por Einstein ($E = m.c^2$) muestra que la materia y la energía son dos manifestaciones diferentes de la misma energía primaria, de la que están hechas todas las cosas del universo, incluyendo nuestros cuerpos físicos y sutiles (103).

Gerber (103) afirma que cuando un cuerpo se debilita o se desequilibra este oscila en una frecuencia menos armoniosa, que refleja el estado general del balance de energía celular; si la persona no es capaz de balancear o aumentar su patrón de energía, es necesario introducir una frecuencia específica que promueva el cambio. El intento de curar el cuerpo mediante el uso de este nivel básico de la energía puede ser llamada terapia vibracional. La terapia del Reiki, por tanto, la podemos utilizar en un estado de desequilibrio energético.

2.3.4 Tratamiento tradicional de Reiki.

El tratamiento de Reiki por imposición de manos se ofrece a través de un toque suave a un receptor completamente vestido, sentado en una silla o recostado en una mesa de tratamiento. Un lugar tranquilo propicio para la relajación es aconsejable, pero no necesario. Un tratamiento completo normalmente incluye la colocación de las manos en 12 posiciones en la cabeza, y en las partes frontal y

posterior del torso; desde el chacra de la cabeza hasta los pies (104). Se ha de señalar que los chacras son centros energéticos que se encuentran en el cuerpo humano y tienen por función energizarlo. Aunque hay numerosas chacras en el cuerpo, los más importantes son siete que se distribuyen en tronco y cabeza. Cada Chakra principal está asociado a un plexo nervioso principal y a una glándula endocrina (105). (Ver figura X) Al realizar el Reiki, las manos deben ser colocadas aproximadamente a tres centímetros de los chacras de 1 a 3 minutos (102).

TABLA 2. Asociación de los chacras con las glándulas.

Principales centros energéticos. Chakras	Glándulas del Sistema Endocrino
7°. Chakra coronilla.	Glándula Pineal
6°. Chakra Tercer ojo	Glándula Pituitaria
5°. Chakra garganta	Glándula Tiroides
4°. Chakra corazón	Glándula Timo
3°. Chakra plexo solar	Páncreas
2°. Chakra centro púbico	Ovarios/Testículos
1°. Chakra Base	Glándulas suprarrenales

Las manos también pueden colocarse directamente en el sitio de la herida o del dolor si se desea, pero la técnica no es específica ni para los síntomas ni para la patología. Cuando está contraindicado incluso el toque suave, por ejemplo en la presencia de lesiones, las manos pueden flotar sobre el cuerpo a una distancia de algunos centímetros. Si bien se puede acortar o alargar una sesión según las necesidades, los tratamientos completos habituales duran entre 45 y 75 minutos. No es necesario que el receptor esté consciente y se puede aplicar Reiki durante la cirugía. La práctica del Reiki es principalmente pasiva, incorporando así la filosofía asiática de la no-acción. Ofrecer Reiki es tan reconfortante para el practicante como para el receptor. Los practicantes creen que el Reiki tiene la capacidad de reequilibrar el biocampo en el nivel vibracional más profundo, eliminando así las causas sutiles de la enfermedad y al mismo tiempo mejorando la resistencia general. Como el Reiki es una modalidad holística que favorece la curación general y el bienestar a todos los niveles, es imposible predecir cuánto tardan en remitir los síntomas específicos. En general, cuando se abordan

enfermedades crónicas, se recomienda un mínimo de 4 tratamientos completos antes de evaluar los beneficios clínicos (104).

2.3.5 Formación.

El Reiki se practica en un primer nivel, segundo nivel y a nivel de maestría, y cada nivel tiene un ámbito de práctica definido. En el centro de la formación, y exclusivas de esta práctica, existen una serie de iniciaciones, también llamadas habilitaciones o sintonizaciones que se cree que conectan al estudiante con la conciencia primordial, la inteligencia que impregna a la creación, manteniendo funciones que sostienen a la vida y dirigiendo procesos celulares complejos, y que es la fuente de las vibraciones sutiles de Reiki. Se cree que esta conexión está disponible en cualquier momento, sin tener en cuenta la salud, estado mental o intención del estudiante. Se estima que el auto-tratamiento es la práctica fundamental para todos los niveles. El Reiki se considera como auto-revelador, y a los estudiantes no se les enseña el Reiki, sino que se les enseña cómo aprender Reiki. La iniciación en cada nivel representa el comienzo del estudio en ese nivel y no la culminación de su aprendizaje.(106)

El primer nivel de Reiki es fácil de aprender y adecuado para los estudiantes de cualquiera edad o estado de salud que sientan el deseo de practicarlo. Los estudiantes de primer nivel están capacitados para tratarse a sí mismos y a los demás utilizando el toque suave no-manipulador para provocar una cascada de vibración curativa. La eficacia del tratamiento y la capacidad del receptor de percibir la energía parecen no estar relacionados. Es aconsejable practicar un mínimo de 3 meses antes proceder al segundo nivel(106).

A los practicantes de segundo nivel se les enseña el uso de símbolos específicos para acceder mentalmente al Reiki en la curación a distancia. El aprendizaje del primer y segundo nivel requiere entre 8 y 12 horas de clase cada uno y suelen ser enseñados de manera grupal, aunque la instrucción privada también puede organizarse previo acuerdo. Hay cuatro iniciaciones de primer nivel, y una iniciación en cada uno de los niveles restantes.

Según Miles & and True(106) el Reiki se desarrolla en todos los niveles a través de la práctica comprometida. No es necesario ni recomendable tener iniciaciones más elevadas para mejorar su práctica. El motivo para estudiar otro nivel debe ser adquirir esa habilidad en particular: curación a distancia en el segundo nivel, o la enseñanza e iniciación en el nivel de Maestría. Sea cual fuere el nivel, los estudiantes sólo pueden avanzar a través de un auto-tratamiento diligente. De esta manera, los Maestros de Reiki no dominan el Reiki, sino que son simplemente estudiantes que se sienten llamados a enseñar, y que continúan aprendiendo a través de la enseñanza. La verdadera maestría, en el sentido de Usui, Hayashi, y Takata no es cuestión de recibir una iniciación, sino más bien de una vida dedicada a la práctica.

Una práctica de entre 3 y 10 años de Reiki constituye un fundamento razonable para la enseñanza. La formación en el nivel de Maestro es un aprendizaje de al menos un año. Cuando se enseña en cualquier nivel, es responsabilidad del maestro de Reiki considerar cualquier circunstancia excepcional y utilizar su discreción en la personalización del aprendizaje para adaptar el Reiki al individuo. El Reiki se aprende por transmisión directa de un maestro de Reiki y no de un libro. Ninguno de los niveles tradicionales de Reiki incluye práctica ni en el tratamiento profesional ni en la dinámica de la relación terapéutica.

El entrenamiento descrito anteriormente es el ideal basado en Takata. Sin embargo, desde su muerte en 1980, muchos estudiantes de Reiki no han recibido una formación tan minuciosa. Hoy en día, es común que los nuevos estudiantes reciban una formación de menos de un fin de semana y salgan con la impresión equivocada de que son maestros de Reiki. Sólo se puede crecer en la maestría a través de años de práctica disciplinada.

Aunque existan varias organizaciones profesionales de maestros de Reiki, la Alianza de Reiki adhiere de forma más consistente al modelo de Takata. Cuenta con más de 700 miembros en 45 países que hacen honor a un código de ética que incluye el respeto de la relación médico-paciente. También hay maestros de Reiki no afiliados a la Alianza de Reiki que se han comprometido con una práctica ética y la formación e iniciación integral de nuevos estudiantes(106).

Es importante señalar que no hay ningún certificado que transmita información confiable sobre la calidad de la capacitación en Reiki. Por eso, es útil tener en cuenta varios factores cuando consideremos las credenciales de un practicante, tales como la constancia del auto- tratamiento, la experiencia de la práctica clínica, y la duración de la formación en los distintos niveles.

Existen tres estratos de práctica del Reiki(104). El primer estrato son las personas que usan Reiki para sí mismos, su familia y amigos. El segundo son los profesionales de la salud con o sin licencia que ofrecen tratamiento completo de Reiki o una combinación de Reiki con otras modalidades (por ejemplo, un terapeuta de masaje que inicia o termina el tratamiento con unos minutos de Reiki, o un médico que usa el Reiki para aliviar la molestia de un examen).y el tercer estrato los programas comunitarios y afiliados a hospitales que ofrecen tratamiento o formación de Reiki.

2.3.6 El Reiki en enfermería.

El Reiki está reconocido por la OMS como TC desde el año 1995 (107) así como por el NCCAM, que depende del *National Institutes of Health* (NIH) de los Estados Unidos (108) y por el COIB que incluye el Reiki en la categoría de Terapias con base energética(21,51) adaptando los informes de la White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy (17) y de la NCCAM (18).

La teoría de los campos energéticos de la enfermera Martha Rogers incluida en el paradigma de la Transformación afirma que "*la persona es un campo de energía en constante relación con el entorno*" (109). De acuerdo con la autora, la Enfermería requiere de una nueva visión del mundo y de un sistema conceptual específico para los fenómenos que la conciernen, Rogers refiere que el bienestar es uno de los objetivos primordiales de la enfermera, implicando un sentimiento de armonía y satisfacción con la vida (98).

El Reiki también se incluye en los NIC como el contacto Terapéutico (código 5465) (110) y el manejo de la energía (0180) (110), ante el diagnóstico enfermero de Perturbación del Campo de energía (69) desarrollados por la NANDA Internacional. En el año 2013 se revisó la clasificación de Intervenciones enfermeras introduciendo el Reiki como NIC 1520 (111):

NIC [1520] Reiki

CÓDIGO: 1520 EDICIÓN: 2013

INTERVENCIÓN: Reiki

DEFINICIÓN: Utilización de una secuencia específica de posiciones de manos y de símbolos para canalizar la fuerza vital universal con el fin de recargar, realinear y reequilibrar el campo de energía del ser humano.

CAMPO: 1 Fisiológico: Básico CLASE: E Fomento de la comodidad física

ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA: Control del dolor, Oncología, Holística

ACTIVIDADES

- Crear un ambiente tranquilo y cómodo.
- Utilizar aromas o música suave para crear una atmósfera adecuada.
- Lavarse las manos.
- Preguntar sobre los motivos de consulta, si presenta dolor en alguna parte o si padece una enfermedad concreta.
- Permitir que el paciente que va a recibir Reiki se siente cómodamente o se tumbe en una camilla de masaje, totalmente vestido y en decúbito supino.
- Limitar cualquier distracción innecesaria.
- Relajar la mente y realizar varias respiraciones profundas para concentrarse.
- Recordar que es el Reiki quien hace el trabajo, no el profesional.
- Empezar enviando Reiki desde una distancia de 1 metro, si es posible, como un modo suave de comenzar la sesión.
- Seguir una serie de posiciones específicas de las manos: sobre los ojos, sobre las orejas, una mano en la frente y otra en la parte alta de la cabeza, manos bajo la cabeza, sobre el cuello, parte alta del tórax, abdomen superior, abdomen inferior, muslos (de uno en uno), rodillas (de una en una), parte inferior de las piernas, tobillos, pies, plantas de los pies, hacer que el paciente se gire a una posición de decúbito prono, hombros, cintura, zona lumbar, parte posterior de las piernas y parte anterior de las piernas.
- Trazar los símbolos del Reiki (p. ej., potencia, mental o emocional, distancia), guiándose por la propia intuición.
- Permitir que la intuición guíe los movimientos para la colocación de las manos en (o a unos centímetros de) la parte del cuerpo que más requiera la curación.

- Permanecer en cada zona durante 5-15 minutos, o hasta que se perciba que la energía fluye más despacio, o que la intuición diga que es el momento de cambiar la posición de las manos.
- Pedir permiso específico antes de la sesión para actuar sobre los órganos sexuales o las partes del cuerpo que se pudieran considerar inapropiadas, si está indicado.
- Mover las manos de una en una para mantener el contacto de forma continua.
- Observar la respuesta de relajación del paciente y cualquier cambio relacionado.

Existen 3 vías a través de las cuales el Reiki está siendo incorporado al cuidado médico convencional(104). Una es a través del personal sanitario que está aprendiendo el Reiki de primer nivel, usándolo para el autocuidado e integrando este toque reconfortante en el cuidado rutinario. La otra por los practicantes de Reiki que están ofreciendo tratamiento a pacientes y personal. Y por último los Programas de educación realizados en hospitales que están enseñando el primer nivel de Reiki a pacientes, cuidadores, y familiares.

Por todo esto, el Reiki puede ser para las enfermeras otro método de trabajo que permita y facilite alcanzar el objetivo de ayudar a las personas a lograr su máximo potencial de salud. La OMS propone a las enfermeras una serie de medidas tendentes a “*alcanzar la salud para todos*”, incluyendo entre ellas los “*métodos tradicionales y complementarios*”(112). En resumen, esta terapia contribuye a que la persona esté más sana, vital, centrada y relajada emocionalmente, en definitiva sea, más autosuficiente y capaz de desenvolverse con mayor equilibrio en su vida.

2.3.7 Evidencia científica del uso del Reiki.

Los beneficios que aportan los artículos científicos nos muestran que no solo existen para los pacientes sino que también para los profesionales de enfermería.

En el ámbito internacional diferentes estudios muestran que se han medido los efectos positivos sobre la vía colinérgica (113), al reducir la frecuencia cardíaca, respiratoria y la presión arterial. Diferentes autores (114), en sus estudios de

investigación, demuestran los beneficios obtenidos en los enfermos de cáncer con una clara mejora de los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia.

Las enfermeras norteamericanas demuestran los beneficios de la aplicación de Reiki evidenciando una disminución del dolor, fatiga, ansiedad, aumento de la relajación y la curación acelerada (89,96,100,115–117). A pesar de los resultados favorables, todos ellos insisten en la necesidad de realizar más estudios sobre la eficacia del método.

Los autores Tsang, Carlson y Olson (96) centraron su estudio en personas afectadas de cáncer, que recibían quimioterapia, se investigó el efecto del Reiki en la fatiga, el dolor y la ansiedad. El grupo experimental recibió 5 sesiones de Reiki, más dos sesiones adicionales con una semana de descanso entre medio y el grupo control esperaba una hora durante 5 días consecutivos, seguido de dos semanas de descanso. Todos los participantes completaron tres cuestionarios relacionados con el cáncer, y puntuaron escalas visuales analógicas para la fatiga, el dolor y la ansiedad antes y después de cada intervención de Reiki. Hubo diferencias significativas entre los resultados de los dos grupos con una mayor reducción en la fatiga, el dolor y la ansiedad en el grupo experimental en comparación con el control.

Un estudio centrado en la ansiedad, llegó a la conclusión de que después de la intervención con Reiki hay un aumento de la relajación, disminución del estrés, así como una disminución significativa de la presión arterial sistólica y la temperatura corporal, además de un aumento de IgA en saliva (100).

Hulse et al. (118) llevaron a cabo un estudio por miembros de la Sociedad de enfermeras en gastroenterología (EEUU), se compararon los efectos de Reiki antes de la colonoscopia en dos grupos, experimental y control. Los síntomas de la ansiedad y el dolor se evaluaron mediante una escala tipo Likert. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Sin embargo, en el grupo experimental, los signos vitales de FC, FR y PA se redujeron, aunque tuvieran mayor ansiedad y dolor antes de la colonoscopia; y no tuvieron necesidad de medicación adicional. Los autores del estudio concluyeron que el Reiki reduce

la ansiedad y el dolor y que la aplicación de la técnica antes de la colonoscopia puede evitar la medicación adicional durante el procedimiento.

Las enfermeras italianas Vitale et al. (119) de un Hospital Oncohematológico en Milán muestran la importancia de Reiki como un método más en los cuidados paliativos en un estudio referido a 35 participantes con cáncer terminal; éstos recibieron una media de dos sesiones de Reiki a la semana y mostraron una reducción del dolor, vómitos, ansiedad y mostrando una profunda relajación y sensación de bienestar. Las autoras concluyen que las personas deben ser atendidas hasta los momentos finales de su vida, y debe proporcionarse su comodidad y bienestar. Se reafirma que el Reiki es una herramienta adecuada para este fin.

Diferentes estudios apoyan el uso de Reiki en el cuidado de los pacientes oncológicos, afirmando ser eficaz para el control de los síntomas derivados de los efectos secundarios y de la propia enfermedad. Los efectos que tiene el Reiki sobre los pacientes oncológicos son: alivio del dolor (96,114,120–123), bienestar (120,123), relajación (120,122), mejora de la calidad de sueño (120,122), disminuye la ansiedad (96,120,122), disminuye la fatiga(96,121), náuseas (121), mejorar el estado de ánimo (122) aumenta la vitalidad y disminuye los efectos secundarios del tratamiento con quimioterapia (121), alivia los síntomas en todas las dimensiones humanas (96,124), aumenta la calidad de vida (96) y ayuda en el proceso de curación (114).

Otro grupo de enfermeras italianas Merati et al. (125), evaluaron la eficacia del Reiki en la profilaxis de la migraña y la relación coste-eficacia del método. El estudio incluyó a 36 participantes de edades comprendidas entre 18 y 50 años que sufrían de migrañas hacía más de un año, con al menos tres episodios por semana. Después de 8 sesiones de Reiki, el número de episodios de migraña, la depresión y la gravedad disminuyeron en un 50% y el número de días de ausencia en el trabajo disminuyó al 100%. También encontraron que los beneficios del Reiki se mantuvieron durante al menos seis meses después del ciclo de aplicación.

En una Unidad Básica de Salud de Brasil se aplicó Reiki, como una intervención de los cuidados enfermeros. Santos, en sus resultados confirmó la posibilidad de utilizar las TC en los espacios públicos para fortalecer el enfoque holístico que propugna el Programa de Salud Familiar. En este estudio, después de 4 sesiones de Reiki, los principales resultados fueron relajación, disminución de la ansiedad y los cambios en la actitud y estilo de vida de los clientes (126).

Se ha de hacer mención a todos los estudios de Reiki realizados a enfermeras o personal sanitario para conocer los efectos que se producen en los profesionales y posteriormente a las personas a las que prestan su cuidado. Después de recibir Reiki, las enfermeras que trabajan en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) de un hospital en Sao Paulo, presentaron un mayor equilibrio: físico, mental, emocional y espiritual, y a una relación armoniosa con su medio entorno, además de un autoconocimiento (127).

Raingruber y Robinson (128), en un estudio fenomenológico en cuyo programa de autocuidados a enfermeras se aplicaban las terapias de Reiki, Yoga, Tai-chi y meditación, se obtuvieron como resultados que las enfermeras: Se percataban de sensaciones de calor, hormigueo y pulsaciones con la cuales se relajaban; Se sentían más conscientes con una mayor capacidad para la resolución de problemas. Y se daban cuenta que tenían una mayor capacidad para concentrarse en las necesidades de las personas que cuidaban.

Similares resultados encontró en su estudio Brathovde (88) donde concluye que después de 3 meses tras aprender Reiki de nivel I de formación, los participantes (enfermeras) expresaron los cambios en su propia percepción de sus conductas de cuidado, así como un aumento de la conciencia, de su auto-cuidado y el deseo para la consecución de una educación más integral.

En otro estudio fenomenológico (91) basado en la teoría del cuidado de la persona de Jean Watson, dedujo que las principales categorías temáticas surgieron en torno a los temas de manejo del estrés diario, la auto-sanación, la espiritualidad, y la interconexión de uno mismo, los demás, y el más allá.

Actualmente, en diferentes hospitales públicos del estado español, se está aplicando la terapia del Reiki por diferentes grupos de profesionales en diferentes servicios: Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario 12 de Octubre, Hospital Universitario Ramón y Cajal en Madrid (129) y en el Hospital Materno-infantil de Vall d'Hebrón, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Hospital Duran y Reynals, Hospital Clínico, Hospital de Terrassa y también en diferentes Centros de atención primaria de salud y centros geriátricos de Barcelona).

El estudio de Maza, en el hospital Ramón y Cajal de Madrid con 50 participantes en tratamiento contra el cáncer recibieron Reiki. Se obtuvo un 82% de aceptabilidad de la terapia por parte de los participantes. Las investigaciones de Maza indican que las aplicaciones de Reiki ayudaron a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a disminuir la duración de la estancia en el hospital. Se realizaron una media de 15 sesiones y las sensaciones más experimentadas fueron: el calor, el alivio del dolor, relajación muscular, disminución de la ansiedad, la mejora de la calidad del sueño y del estado de ánimo, más del 80% de los pacientes estuvieron satisfechos con la técnica (122) .

Existen dos estudios realizados por Ávila, uno en el que se estudia el efecto del Reiki como cuidado enfermero en el control metabólico de personas con diabetes tipo 2 (99) y el otro estudia el bienestar de personas con diabetes (98). Los dos estudios concluyeron que el Reiki puede influir en el control de la glucosa y el colesterol, sin embargo es necesario realizar más investigaciones al respecto. En el segundo estudio se valoró el bienestar, antes y después del Reiki con la escala de bienestar general de Gueldner, con alfa de Cronbach de 0.90. En la postprueba del grupo experimental se vio un aumento significativo del Nivel de Bienestar posterior al Reiki, esto coincide con los resultados obtenidos en el estudio realizado por Giasson, en el cual se observó un aumento significativo del bienestar de los pacientes con cáncer terminal posterior a una terapia de energía.

En la biblioteca Cochrane Plus existe una revisión de terapias de toque para el alivio del dolor en adultos que incluyen las terapias del toque curativo, toque terapéutico y Reiki. Esta revisión concluye que se necesitan más estudios sobre el

toque curativo y el Reiki, ya que las terapias de toque tienen un efecto moderado en el alivio del dolor (130).

Freitang (131) en su revisión concluye que el Reiki, como dispositivo de cuidado, provoca cambios significativos en el individuo, especialmente en lo referente a la ansiedad, dolor, estrés, aumento de células de defensa y disminución de la presión arterial. Que hay pocos estudios para demostrar la eficacia del Reiki, fundamental en la práctica de enfermería, y por lo tanto es de suma importancia disponer de esta herramienta de cuidado, pudiendo así publicar sus experiencias y estudios, pues cuantos más estudios se publiquen más motivación hay para poner en práctica este dispositivo tan importante para el equilibrio del ser humano.

Y otra revisión del Reiki para la depresión y la ansiedad en la que encontraron tres estudios. Uno incluyó a hombres con un diagnóstico probado por biopsia de cáncer de próstata no metastásico que no recibían quimioterapia y habían optado por recibir radioterapia de haz externo; el segundo estudio incluyó a participantes de la comunidad a partir de los 55 años de edad; el tercer estudio reclutó a estudiantes universitarios. Estos estudios incluyeron a subgrupos con ansiedad y depresión según lo definido por las puntuaciones de los síntomas y los datos proporcionados por separado para dichos subgrupos. Debido a que los estudios incluyeron solamente a 25 pacientes con ansiedad y a 17 con depresión y a 20 más con ansiedad o depresión, pero no especificada, los resultados solamente se pudieron informar de forma narrativa. No proporcionan pruebas de que el Reiki tenga efectos beneficiosos o perjudiciales en esta población. En general el riesgo de sesgo de los estudios incluidos se consideró incierto o alto para la mayoría de los dominios, lo que reduce la certeza de las pruebas. Los autores concluyen que no hay pruebas suficientes para establecer si el Reiki es útil en los pacientes con 16 años de edad o más con ansiedad o depresión o ambas (132).

Además, existen estudios que muestran los efectos no tan positivos del Reiki en el tratamiento de la fibromialgia que concluyen que se necesita estudios más rigurosos (133).

Vandervaart et al. (134) en un estudio aleatorizado doble ciego controlado cuyo objetivo era medir el efecto del Reiki a distancia (una vez al día) en el dolor después de la cesárea electiva en mujeres. No demostró un beneficio significativo del mismo durante la atención habitual para el manejo del dolor en los primeros 3 días después de la mencionada cesárea.

Otro estudio piloto de Shiflett et al.(135) sobre los efectos del tratamiento del Reiki en la recuperación funcional en las personas en rehabilitación después de un ACV concluyó que el Reiki no tiene ningún efecto clínicamente útil en la recuperación de personas hospitalizadas que tuvieran un accidente cerebrovascular subagudo y que recibieran terapia de rehabilitación estándar, pero también refirieron que la Medida de Independencia Funcional (FIM) no es una buena medida de la recuperación o que no es suficiente sensible para detectar las diferencias atribuibles al Reiki .

Baldwin et al. (136) realizó un estudio con ratas, concluyó que el Reiki (no el falso Reiki), redujo significativamente el ritmo cardiaco (HR) en comparación con los valores iniciales. Con Reiki, hubo una alta correlación entre el cambio en el HR y HR inicial, lo que sugiere un efecto homeostático. El Reiki verdadero, redujo significativamente el aumento en el HR producido por la exposición de fuertes ruidos a las ratas. Ni el Reiki ni el falso Reiki afectan significativamente la presión arterial.

Los investigadores dedujeron que el principal inconveniente o problema para evidenciar los beneficios del Reiki es el instrumento de análisis que utilizaron. Los estudios que incluyen profesionales más experimentados en Reiki tienden a producir un mayor efecto en la reducción del dolor. Es también evidente que los estudios con mayor efecto son realizados por profesionales de Reiki con mucha experiencia.

Algunas investigaciones sobre el Reiki se están llevando a cabo, a pesar de que aún no han encontrado una forma efectiva de recopilar datos y medir los resultados del método en los campos de energía de la persona (137).

De los estudios que muestran un efecto positivo del Reiki en personas con HTA es relevante citar el de Díaz(138), en el que las enfermeras diagnosticadas con síndrome de Burnout tras una sesión de Reiki tenían efectos beneficiosos sobre la concentración de IgA salival y la presión arterial. Las participantes recibieron tratamiento con Reiki o Reiki fingido según el orden establecido por la randomización en dos días distintos. El test de ANOVA mostró un interacción significativa momento intervención para la presión arterial diastólica ($F=4.92$, $P=0.04$) a y la concentración de sIgA ($F=4.71$, $P=0.04$). Concluyendo que una sesión de Reiki de 30 minutos puede mejorar de manera inmediata la respuesta de IgAs y la presión arterial diastólica en enfermeras con síndrome de Burnout.

En los últimos años la enfermera Fortes (139) realizó un estudio para determinar el efecto inmediato del Reiki en la hipertensión arterial. La investigación experimental, doble ciego en el que incluyó a 66 pacientes hipertensos asignados al azar en tres grupos: control, placebo y experimental. La intervención duró 20 minutos, el grupo control se mantuvo en reposo, el grupo de placebo recibió una imitación de la técnica estudiada y el grupo experimental recibió la técnica Reiki. La presión arterial se midió antes y después de la intervención por la misma persona y con el mismo aparato. Hubo una disminución de la presión arterial en los tres grupos y la reducción fue mayor en el grupo experimental, seguido por los grupos de placebo y de control. El modelo ANOVA para mediciones repetidas mostró que había diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($p < 0,0001$). Concluyendo que el Reiki tiene un efecto positivo en la reducción de la presión arterial, lo que sugiere que es una técnica complementaria para el control de la hipertensión.

En resumen, el análisis de la situación actual respecto a los resultados de la terapia del Reiki permite constatar que se necesitan estudios más rigurosos para evidenciar resultados significativos, porque hasta ahora los instrumentos utilizados no parecen ser los más apropiados para medir los efectos del Reiki sobre la HTA y se requiere también una mayor muestra de población en los estudios para obtener resultados más evidentes.

2.4 Problema – pregunta

¿Es el Reiki eficaz en la regularización de la Tensión Arterial de las personas con hipertensión arterial del “Equipo de Atención Primaria (EAP) *dreta eixample*”?

3. OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos General

1. Evaluar la eficacia del Reiki en la en la regularización de la TA de las personas con HTA .
2. Describir la experiencia de pacientes y reikistas en relación a la terapia

3.2 Objetivos Específicos

Objetivos específicos derivados del objetivo general 1.

- **Describir** el perfil sociodemográfico de los sujetos con HTA participantes en el estudio.
- **Comparar** las variables de autocuidado y las variables clínicas de los sujetos del grupo control (GC) y grupo experimental (GE).
- **Comparar** las cifras de la TA y FC pre y post sesión de Reiki entre el GE y el Grupo Control GC.
- **Comparar** el nivel de calidad de vida pre y post del GC y GE.

Objetivos específicos derivados del objetivo general 2.

- **Describir** las sensaciones de los reikistas al realizar la técnica en los diferentes puntos.
- **Explorar** las sensaciones y los cambios que manifiestan los participantes del GE antes, durante y después de la sesión de Reiki.

4. HIPÓTESIS

4 HIPÓTESIS.

Hipótesis Conceptual:

Las personas con HTA que reciben tratamiento convencional más Reiki, disminuirán las cifras de TA tras haber realizado las 12 sesiones de Reiki respecto a las personas que solo han recibido su tratamiento convencional de HTA.

Hipótesis Operativa: Las personas con HTA que reciben tratamiento convencional más Reiki disminuirán 5 mmHg la TA sistólica y diastólica frente a las personas con HTA que reciben tratamiento convencional.

5. METODOLOGÍA

5 METODOLOGÍA.

5.1 Diseño.

Estudio de intervención cuasi-experimental con grupo control

5.2 Ámbito del estudio.

El estudio se llevó a cabo en el “Equip d’atenció primària drete de l’Eixample” (Centro de atención primaria de Roger de Flor Barcelona 2G/2J). Desde marzo 2013 hasta marzo 2014. Cuyo centro está acreditado por la la Joint Commission Internacional.

La población asignada del EAP en el año 2012 era de: 45819 habitantes. La distribución de la población atendida por edades son: entre 0-14 años: 6.157 hab.; entre 14-64: 29.891 hab.; entre 65-75: 3.977 hab.; mayores de 75 años: 5.794 hab. La tasa de envejecimiento es del 21,3% y la tasa de sobre envejecimiento es del 59,3%.

5.3 Población y muestra.

Población: Personas con HTA que acuden a la consulta de enfermería del “EAP drete de l’Eixample”.

Muestra: Partiendo de una población de 1930 personas diagnosticadas de HTA y aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta inferior al 0,2 en un contraste bilateral, se necesitaron 79 sujetos en cada uno de los grupos (experimental y control) para detectar una diferencia igual o superior a 5 unidades. Se asume que la desviación estándar común es de 10. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 20%.

La muestra se seleccionó mediante la técnica de muestreo probabilístico aleatorio simple. El EAP facilito el listado de personas hipertensas del centro y a través del programa Excel se realizó el muestreo.

Para realizar la asignación, las enfermeras del EAP fueron las encargadas de llamar a los sujetos y de comentar en consulta la posibilidad de entrar en el estudio. Tras decir que si querían formar parte del estudio, la enfermera les ofrecía a las personas interesadas ya fuera vía teléfono, carteles o a través de la consulta, que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, la posibilidad de escoger, sin saber a qué grupo pertenecían, entre un listado de horarios de: martes tarde (primer turno y segundo turno), miércoles mañana (primer turno y segundo turno) y miércoles tarde (primer turno y segundo turno). Ni las enfermeras colaboradoras ni los participantes sabían si pertenecían al GE o al GC.

Los participantes apuntados en los turnos de martes tarde (primer turno y segundo turno) y miércoles mañana (primer turno) fueron el GE y los participantes apuntados en los turnos de miércoles mañana (segundo turno) y miércoles tarde (primer turno y segundo turno) fueron el GC.

Una vez captados, se les informó con más detalle sobre el estudio, se entregó la hoja informativa (que incluye la hoja de cesión o abandono) y se cumplimentó el consentimiento informado del estudio. **Ver ANEXO 3 y 4.**

En relación a los reikistas la muestra fue de 50 reikistas de entre ellos 12 enfermeras voluntarias y 38 personas voluntarias. Todas con un mínimo de nivel 1 de Reiki.

5.4 Criterios de inclusión:

Se han incluido a todos los pacientes hombres y mujeres diagnosticados de HTA independientemente de la comorbilidad que presentasen, en edades comprendidas entre los 45 y 75 años con estado cognitivo conservado; que supieran leer y escribir.

5.5 Criterios de exclusión:

Usuarios con estado de salud mental severo, problemas cognitivos o de comprensión. Personas que estuvieran ingresadas en residencias o que no pudieran acudir al centro.

5.6 Variables del estudio:

- Variable independiente: intervención del Reiki.
Definición conceptual: El Reiki es una terapia bioenergética tradicional del Japón, que consiste en la canalización y transmisión manual de la energía vital universal, presente en todo ser vivo y en la naturaleza, enfocada específicamente a la sanación y armonización global del individuo(87).
Definición operativa: Se siguió el protocolo de posiciones de Reiki para el tratamiento de la hipertensión arterial que consta de 18 posiciones (**Ver ANEXO 5**) y se registró en la hoja de registro del reikista. (**Ver ANEXO 6**)
- Variable dependiente: valores de TA o presión arterial.
Definición conceptual(140). La Presión Arterial (PA) es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Esta presión es imprescindible para que circule la sangre por los vasos sanguíneos y aporte el oxígeno y los nutrientes a todos los órganos del cuerpo para que puedan funcionar correctamente.

La PA tiene dos componentes(141):

- La Presión Arterial Sistólica (PAS) que corresponde al valor máximo de la presión arterial en sístole (cuando el corazón se contrae). Se refiere al efecto de presión que ejerce la sangre eyectada del corazón sobre la pared de los vasos.
- Y la Presión Arterial Diastólica (PAD) que corresponde al valor mínimo de la presión arterial cuando el corazón está en diástole o entre latidos cardíacos. Depende fundamentalmente de la resistencia vascular periférica. Se refiere al efecto de distensibilidad de la pared de las arterias, es decir el efecto de presión que ejerce la sangre sobre la pared del vaso.

Definición operativa. La presión arterial se mide en milímetros de Mercurio (mm de Hg) se considera una presión arterial optima menos de 120 mmHg en PAS y menos de 80 mmHg en PAD, se considera normal menos de 130 mmHg en PAS y menos de 85 en PAD, normal-alta en 130-139 mmHg en

PAS y/o 85-89 en PAD a partir de 140 mmHg en PAS y/o 90-99 en PAD se considera hipertensión. (Ver Tabla 1) y ver Hoja de seguimiento de las 12 sesiones dentro del cuestionario de recogida de datos. **Ver ANEXO 7**

- Variables principales: sociodemográficas, clínicas, de autocuidado y nivel de calidad de vida.
 - a) Variables sociodemográficas:
 - Edad es una variable cuantitativa expresada en años.
 - Sexo es una variable cualitativa dicotómica (Hombre/Mujer)
 - Estado civil es una variable cualitativa con las siguientes respuestas: soltero, casado, viudo, divorciado y pareja de hecho.
 - Profesión actual es una variable cualitativa, siguiendo la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO-08 que divide los puestos de trabajo en 10 grupos principales(142): 1 Directores y gerentes; 2 Profesionales científicos e intelectuales; 3 Técnicos y profesionales de nivel medio; 4 Personal de apoyo administrativo; 5 Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados; 6 Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros; 7 Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios; 8 Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores; 9 Ocupaciones elementales; 10 Ocupaciones militares.
 - Situación laboral es una variable cualitativa que contempla 5 categorías: en paro, activo, jubilado, estudiante y otros.
 - Nivel de estudios es una variable cualitativa con 7 categorías: sin estudios, Educación Primaria, Educación Secundaria, Bachillerato-BUP-COU, Formación Profesional, Formación Universitaria, Master y/o Doctorado, y otros.
 - b) Variables Clínicas: Cifras de FC expresadas en pulsaciones por minuto, brazo de control en izquierdo o derecho, altura en centímetros, peso en Kilogramos, Índice de Masa Corporal (IMC) en Kg/m², perímetro abdominal en centímetros, patologías, antecedentes familiares, tipo de HTA, tratamientos convencionales, alergias conocidas, si recibe alguna terapia complementaria o tratamiento naturista y antecedentes familiares. Ver **ANEXO 7** para mayor información

c) Variables de autocuidado: consumo de alcohol en Unidades de Medida Estándar (UBE), consumo de tabaco en cigarrillos al día, actividad física tanto la de trabajo con 5 categorías: Inactivo, Ligero, Moderado ligero, moderado intenso e intenso; como la de tiempo libre que mide la intensidad en Ligera, moderada e intensa y la frecuencia en : Ninguna vez por semana; de una a tres veces por semana y en más de tres veces por semana, dieta y adherencia al tratamiento con 4 categorías. Ver **ANEXO 7** para mayor información.

d) Nivel de calidad de vida.

Según la OMS la definición de Calidad de Vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno(143)"

Se midió mediante el cuestionario validado SF12 que valora dos componentes sumarios el físico y el mental. Mediante 12 preguntas. Ver **ANEXO 8** para más información.

- Variables secundarias:

- Sensaciones de los reikistas categorizadas en frio, calor, hormigueo, bloqueo, escalofrió, calambre y otros e intensidad (escala del 1 al 4, siendo 1 la mínima intensidad y 4 la máxima intensidad) en los 18 puntos del protocolo de Reiki; Ver **ANEXO 6**.
- El Recibir o no previamente la terapia de Reiki de todos los participantes del estudio variable que se encuentra en los Cuestionarios post para los participantes del GC y GE. Ver **ANEXO 9 y 10**.
- Sensaciones que tienen los participantes del Grupo Experimental antes, durante y después de la sesión de Reiki. Cuestionario post para el participante del GE. Ver **ANEXO 10**.

5.7 Intervención.

Los participantes del GE recibieron las sesiones de la terapia Reiki durante 15 a 20 minutos, durante doce semanas, una vez por semana y sentados en sillas. El lugar donde se realizaron las sesiones fue el aula de educación sanitaria del CAP de Roger de Flor en el año 2013 y en la sala de extracciones en el 2014. Se llevó a cabo durante los meses de marzo a diciembre de 2013 (excluyendo festivos, semana santa y vacaciones) y de enero a marzo de 2014 (excluyendo navidades), hasta llegar al tamaño de la muestra.

La terapia fue aplicada por los profesionales de la asociación de Reiki de Barcelona. Con un total de 8 reikistas en cada turno, todos ellos con el nivel I de Reiki como mínimo. Éstos, siguieron las pautas del protocolo de las posiciones de Reiki para el tratamiento de la hipertensión tal como se describe en el **ANEXO 5**. Y se necesitó de tres a cuatro enfermeras colaboradoras para tomar las constantes de TA y FC en cada turno.

La captación de enfermeras y reikistas se realizó a través de la web: <https://estudiosreiki.wordpress.com> Posteriormente se realizaron charlas informativas a las enfermeras voluntarias y a los reikistas. Para explicar la normativa y el protocolo del estudio de toma de presión y clasificación de la medicación antihipertensiva. Ver **ANEXO 11 y 12**.

Para captar enfermeras se colgó un anuncio en la web del Colegio de enfermería. Ver **ANEXO 13**.

Al necesitar el seguro de responsabilidad civil era requisito que las enfermeras tanto del GC como del GE estuvieran colegiadas y los reikistas formaran parte de la asociación para tener cubierta la responsabilidad civil.

5.8 Instrumentos de recogida de datos.

- **Cuestionario SF12v1 sobre el estado de salud (144)** (ver **ANEXO 8**)
 - Este cuestionario es la adaptación realizada al español por Alonso y cols.(145)(146) del SF-12 Health Survey.

- Este instrumento proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para personas con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación. El tiempo de cumplimentación es de ≤ 2 minutos.
- Consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36 Función Física (2), Función Social (1), Rol físico (2), Rol Emocional (2), Salud mental (2), Vitalidad (1), Dolor corporal (1), Salud General (1). Valorando 2 componentes sumarios (físico y mental).
- Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia.
- El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem y cada pregunta recibe un valor que posteriormente se transforma en una escala de 0 a 100 siendo 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).
- Las puntuaciones tienen una media de 50 con una desviación estándar de 10, por lo que valores superiores o inferiores a 50 indican un mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la población de referencia. Los estudios publicados sobre sus características métricas aportan buena fiabilidad, validez y sensibilidad (alfa de Cronbach $> 0,7$, reproducibilidad test-retest Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) $\rho \geq 0,75$). (147)(148)(149)

- Cuestionario de recogida de datos (ver ANEXO 7):

El cuestionario recoge los datos del paciente, relacionado con las variables sociodemográficas, las clínicas y las de autocuidado, además de la hoja de seguimiento de las 12 sesiones. El cuestionario está organizado en 9 apartados y subapartados resultando el siguiente orden:

- El primer y segundo apartado se recogen los datos identificativos del paciente y las variables sociodemográficas,
- El tercero contempla las variables clínicas que se organizan en: Peso, altura, IMC y perímetro abdominal.

- El cuarto apartado recoge la historia clínica como las alergias conocidas, las enfermedades que padece, el tiempo de diagnóstico y el de tratamiento, que tratamiento antihipertensivo toma y otros tratamientos, incluyendo el naturista y si además es tratado con terapias naturales.
- El quinto apartado es sobre la adhesión al tratamiento.
- El sexto sobre los antecedentes familiares de hipertensión arterial, diabetes mellitus y problemas cardiovasculares.
- Las variables de autocuidado están recogidas en los apartados séptimo, octavo y noveno. En el séptimo se describe si el participante hace dieta hiposódica y si ingiere fritos, conservas y rebozados, el octavo la actividad física de lugar de trabajo y de tiempo libre y el noveno los factores de riesgo tabaco y alcohol en UBE/semana.
- **La hoja de seguimiento de las 12 sesiones** contempla el número de sesión y de identificación del paciente, la fecha, la medida de presión inicial para detectar el brazo de control. Las tensiones arteriales pre sesión y post sesión, tanto sistólica como diastólica y la frecuencia cardiaca pre y post sesión.

Cuestionario post para los participantes del GC y de GE.

El cuestionario post para los participantes del GC consta de 7 preguntas, 6 de ellas de tipo cerrado (dicotómicas y categóricas) y 1 abierta para las observaciones o comentarios. En los del GE hay 15 preguntas: 2 abiertas, 10 cerradas (dicotómicas y categóricas) y 3 mixtas. **Ver ANEXO 9 y 10**

Una vez finalizado las 12 sesiones los participantes cumplimentaban este cuestionario para recoger las preguntas de: si habían recibido alguna vez Reiki, si habían asistido a todas las sesiones, como se consideraban a nivel de carácter y si tenían observaciones o comentarios (estas preguntas eran iguales para ambos grupos, GC y GE).

Las preguntas específicas para el GC eran para saber si una vez finalizado el estudio querían recibir una sesión de reiki en agradecimiento, en que horario

prefería realizarlo y como información para el CAP si realizaban talleres de Reiki si querían que se les informase, ya que tendrían preferencia en ellos.

En cuanto a las preguntas específicas del GE se preguntó si habían sentido cambios a lo largo de las sesiones. Como se sentían antes de la realización del Reiki, si habían notado alguna sensación física o psíquica/emocional antes durante y después y los días posteriores al Reiki. Si la familia o personas cercanas habían notado algún cambio. Si se había plantado o iniciado algún tipo de cambio al iniciar el Reiki, Si descansaba mejor después de las sesiones, si el médico de cabecera le había tenido que ajustar la dosis de tratamiento y si prefería que fuera el mismo reikista el que le hiciera todas las sesiones.

5.9. Recogida de datos: Procedimiento

Tras obtener la autorización de la comisión de bioética de la Universidad de Barcelona (Ver **Anexo 14**). Se procedió a firmar el contrato con la dirección del centro para la realización del ensayo clínico del Equipo de atención primaria de la derecha del ensanche de Roger de Flor. El contrato fue como el de un ensayo clínico pero adaptándolo al de estudio cuasi-experimental.

Se garantizó en todo momento la confidencialidad de cualquier material, información y documentación asociada al estudio. También se respetó el anonimato de todos los participantes. Así mismo, la investigadora y los colaboradores estuvieron sujetos a esta misma obligación. La información obtenida sólo se utilizará a efectos relacionados con el estudio.

Previamente se validó el contenido del cuestionario de recogida de datos con diferentes enfermeras/profesoras expertas en el tema de la Terapias Complementarias y enfermeras no expertas que no tuvieran nada que ver con el tema, también con una enfermera experta en la realización de estudios clínicos de la empresa Projectam 43 S.L. y con una enfermera del EAP para la aclaración y modificación de las preguntas.

Posteriormente se procedió a realizar la prueba piloto del cuestionario de recogida de datos con un total de 17 participantes (14 participantes del GE y 3 del

GC.) y se identificaron los siguientes aspectos en los que se debía incidir o modificar:

- Se valoró que para captar a los pacientes era necesario informar a más usuarios ya que solo a través de la información de las enfermeras en consulta era muy lenta la incorporación de los participantes.
- Se amplió la franja de edad 50 y 65 años de edad paso a 45 y 75 años con la finalidad de alcanzar la muestra.
- Se consideró necesario utilizar además de la sala una consulta para realizar los cuestionarios y no interferir en la sesión de Reiki.
- Se creyó conveniente elaborar una hoja de registro para el Reikista a partir de su demanda para poder anotar sus sensaciones y observaciones.
- Se consideró adecuado confeccionar dos cuestionarios (Ver **ANEXO 9 y 10**) que incluyeran ítems relacionados con el Reiki. El **ANEXO 9** iba dirigido a los participantes del GC y el **ANEXO 10** a los del GE para pasar una vez finalizado las 12 sesiones. Tras implantar los cuestionarios se modificaron algunas preguntas para su correcta comprensión y cumplimentación.
- Se consideró que el hecho de recoger los valores de tres tensiones previas al inicio del estudio para tener una medida promedio de TA, no era fiable dado que en muchos casos no se podía conseguir las diferentes mediciones y si se conseguían eran datos demasiado antiguos. Por lo tanto se optó por no recoger estos datos.
- Se añadió como grupo de medicación los bloqueantes de receptores de la angiotensina II (ARAII) y se añadieron también las tres preguntas referentes al alcohol tal como se realizan en el protocolo del CAP.
- Se observó la necesidad de que la enfermera ayudara al participante a la cumplimentación del cuestionario. Aunque en un principio se pensó que el cuestionario fuera autocumplimentado se creyó oportuno cambiar para asegurarse de la correcta realización del mismo.

El procedimiento de reclutamiento de los pacientes hipertensos candidatos a participar en el estudio se realizó: a través de llamadas por teléfono, de los carteles informativos que se colgaron (Ver **ANEXO 15**) en la entrada y en las diferentes plantas del CAP para que las personas interesadas rellenaran un

formulario con sus datos para ponernos en contacto con ellas (Ver **ANEXO 16**). Y también se informó a los diferentes médicos y enfermeras del resto del CAP para que nos derivaran las personas hipertensas interesadas. Las enfermeras colaboradoras del EAP fueron las responsables de informar y captar a los pacientes de sus consultas, que cumplían los criterios de inclusión del estudio y de llamar por teléfono.

Una vez captados tanto en consulta, como por teléfono o a través de los carteles se les informó primero a los participantes, se entregó la hoja informativa (que incluye la hoja de cesión o abandono) y se cumplimentó el consentimiento informado del estudio, (Ver **ANEXO 3 y 4**) proporcionándole la información, la comprensión y la libertad de participación en el estudio en todo momento. Se mantuvo y respetó la declaración de Helsinki.

Confirmados los grupos, estos se citaron en dos días distintos y horas diferentes en la misma semana para que no hubiera contaminación de la muestra. Se les pidió que trajeran consigo el papel de la medicación crónica para que no tuvieran problemas al rellenar el cuestionario de recogida de datos (Ver **ANEXO 7**). Si alguno no lo trajo se obtuvieron los datos del programa informático del CAP.

En cada turno había cuatro enfermeras encargadas de entregar y recoger los cuestionarios de recogida de datos, el SF12 y los cuestionarios post para los participantes de GC y GE, ayudando a las participantes a rellenarlo (Ver **ANEXO 8**), de revisar y cumplimentar la parte de enfermería del cuestionario de recogida de datos y de tomar las constantes vitales: TA y FC y otros parámetros que se anotaron en el recuadro de la hoja de seguimiento de las 12 sesiones (dentro del **ANEXO 7**) como la talla, el peso y el IMC. Y la terapia se llevó a cabo por los voluntarios de la asociación de Reiki de Barcelona.

Los pacientes que se derivaron del GE recibieron durante 15 a 20 minutos, una sesión de Reiki por semana durante 12 semanas (Ver **ANEXO 5 Posiciones de Reiki**).

Desarrollo de las sesiones GE.

Primera Sesión: La enfermera informo sobre el estudio (previa entrega de la hoja informativa y posterior firma del consentimiento informado por parte del participante).

Los participantes:

- a) Cumplimentaron el cuestionario de recogida de datos.
- b) Cumplimentaron el cuestionario SF12 que analiza la calidad de vida del usuario.
- c) Se recogió y anoto los valores de TA y FC (tomada por dos profesionales de enfermería) pre y post sesión de Reiki.

De la Segunda Sesión a la Onceava sesión:

- a) Se recogió y anotó los valores de TA, FC pre y post sesión de Reiki.

En la doceava sesión:

- a) Se volvió a pasar el cuestionario SF12 y el cuestionario del estudio de post para los participantes del grupo experimental (**Ver ANEXO 10**)
- b) Se tomó y anoto los valores de TA, FC pre y post sesión de Reiki.

Los reikistas a su vez rellenaron la Hoja de registro del reikista en cada sesión (**Ver ANEXO 6**) anotando las sensaciones y la intensidad de la sensación del 1 al 4; siendo 1 la mínima intensidad y 4 la máxima intensidad.

Desarrollo de las sesiones GC.

Los usuarios del GC se citaron una vez por semana durante las doce semanas, se realizó una primera sesión en la que la enfermera informo sobre el estudio, previa entrega de la hoja informativa y posterior firma del consentimiento informado por parte del participante. Además los participantes:

- a) Cumplimentaron el cuestionario de recogida de datos,
- b) Cumplimentaron el cuestionario SF12 que analiza la calidad de vida del usuario, y se recogió y anoto la TA y FC (tomada por dos profesionales de enfermería)

De la Segunda sesión a la Onceava sesión:

- a) Se recogió y anoto los valores de TA, FC.

En la doceava sesión:

- a) Se volvió a pasar el cuestionario SF12 y el cuestionario post para los participantes del grupo control. **(Ver ANEXO 9)**
- b) Se recogió y anoto los valores de TA, FC.

1.10 Análisis de datos

Para el tratamiento de los datos se creó una Base de datos en Access, creada a medida para este estudio, para su medición y registro primario con el fin de agrupar los datos de los indicadores seleccionados y su variabilidad tras realizar las intervenciones elegidas. Tras la recogida de datos fue exportado a una base Excel para su posterior interpretación con el paquete estadístico. StataMP13.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables: las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes para cada una de las categorías y las variables cuantitativas con media, desviación estándar, mediana, mínimo y máximo.

Para contrastar la hipótesis planteada y detectar las diferencias entre variables estas fueron consideradas estadísticamente significativas con un intervalo de confianza del 95% para una $p < 0.05$. Se utilizó la prueba de la Ji-cuadrado para evaluar las diferencias entre grupos si se analizaba una variable de tipo cualitativo y con la prueba t de Student para datos independientes si se analizaba una variable de tipo cuantitativo. Se realizó la prueba de ANOVA para medidas repetidas para analizar la evolución de las diferentes medidas en el tiempo por grupo de estudio. Y se realizó un análisis multivariante con la variable dependiente reducción de presión arterial sistólica entre la visita inicial y final para evaluar los factores que se relacionan con la diferencia en las cifras de tensión arterial.

6. RESULTADOS

6 RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del estudio. Después de la selección del muestreo en GC y GE el reclutamiento de los participantes que se realizó tanto en consulta, como por teléfono y a través de los carteles. La **Tabla 3.** Muestra una síntesis del proceso de reclutamiento de los participantes y se puede observar que el teléfono fue la vía más exitosa de captación 87,75% en GC y 60,4% en GE.

Tabla 3. Captación de los participantes.

Captación de los participantes.	Carteles n (%)	Consulta n (%)	Teléfono n (%)	Total n
Grupo Control	8(8,16)	4(4,08)	86(87,75)	n=98
Grupo Experimental	12(11,88)	28(27,72)	61(60,4)	n=101

En la **Figura 1** Se presenta el Diagrama de flujo de la Guía CONSORT 2010 con las fases de reclutamiento, asignación, seguimiento y análisis donde se especifican las pérdidas de los sujetos de estudio.

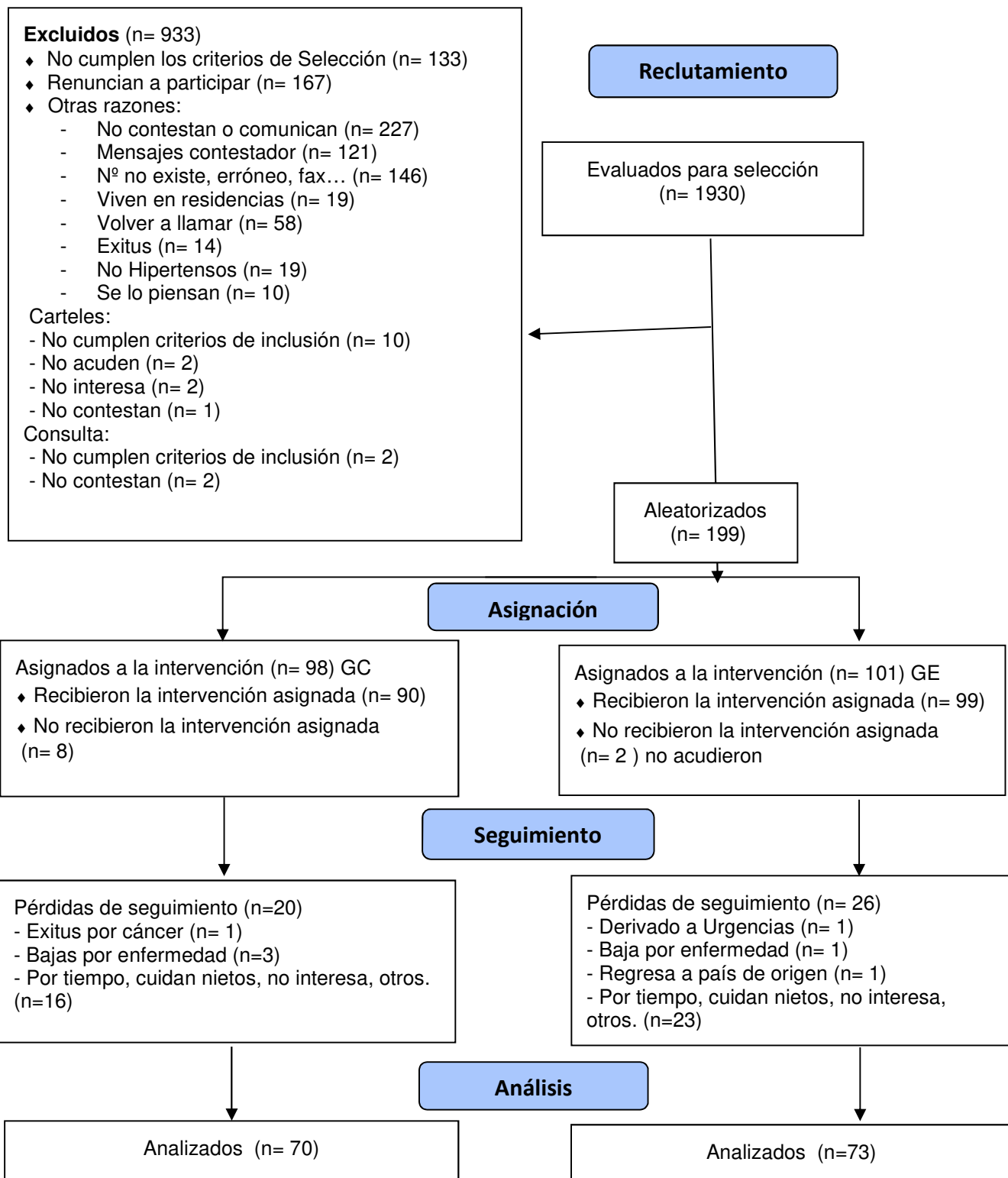


Figura 1. Diagrama de flujo según guía CONSORT 2010.

6.1 Resultados del objetivo general 1.

6.1.1 Descripción del perfil sociodemográfico de los sujetos de estudio.

El perfil sociodemográfico de los participantes es de un 54,55% mujeres y un 45,5% de hombres con una media de 64 años, con un mínimo de 45 años y el máximo de 75 años, más de la mitad casados, jubilados y con estudios universitarios y de Bachillerato BUP - COU. Las profesiones que más se han encontrado son: profesionales científicos e intelectuales, trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados y personal de apoyo administrativo. En la **Tabla 4** se describen las variables sociodemográficas y las pruebas que se han realizado para conocer la homogeneidad entre los sujetos de estudio GC y GE.

Tabla 4. Descripción de las Variables Sociodemográficas.

VARIABLES SOCIO-DEMOGRAFICAS	GRUPO CONTROL n (%)	GRUPO EXPERIMENTAL n (%)	TOTAL n (%)	Valor de p
SEXO	n=90	n=99	n=189	0,388
Hombres	38(42,22)	48(48,48)	86(45,50)	
Mujeres	52(57,78)	51(51,52)	103(54,55)	
EDAD				0,628
Media y (DE)	64,38(6,72)	63,88(7,38)	64,12(7,06)	
ESTADO CIVIL				0,157
Soltero	4(15,56)	11(11,11)	25(13,23)	
Casado/ Pareja de hecho	64(71,11)	62 (62,63)	126(66,67)	
Viudo	4(4,44)	10(10,10)	14(7,41)	
Divorciado	8(8,89)	16(16,16)	12,70(24)	
PROFESION	n=90	n=98	n=188	0,236
1. Directores y gerentes	6(6,67)	9(9,18)	15(7,98)	
2. Profesionales científicos e intelectuales	17(18,89)	20(20,41)	37(19,68)	
3. Técnicos y profesionales de nivel medio	10(11,11)	11(11,22)	21(11,17)	
4. Personal de apoyo administrativo	10(11,11)	21(21,43)	31(16,49)	
5. Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	16 (17,78)	19(19,39)	35(18,62)	

6.Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros	0(0,00)	1(1,02)	1(0,53)	
7.Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	14(15,56)	6(6,12)	20(10,64)	
8.Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	2(2,22)	2(2,04)	4(2,13)	
9.Ocupaciones elementales	15(16,67)	9(9,18)	24(12,77)	
10.Ocupaciones militares	0(0,00)	0(0,00)	0(0,00)	
SITUACIÓN LABORAL	n=90	n=99	n=189	0,318
En paro	5(5,56)	13(13,13)	18(9,52)	
Activo	24(26,67)	25(25,25)	49(25,93)	
Jubilado	54(60,00)	56(56,57)	110(58,20)	
Otros (Amas de casa, bajas, Incapacidad y jubilación parcial)	7(7,78)	5(5,05)	12(6,35)	
NIVEL DE ESTUDIOS	n=88	n=99	n=187	0,061
Sin estudios	1(1,14)	1(1,01)	2(1,07)	
Educación Primaria	17(19,32)	15(15,15)	32(17,11)	
Educación Secundaria	4(4,55)	13(13,13)	17(9,09)	
Bachillerato -BUP-COU	20(22,73)	22(22,22)	42(22,46)	
Formación Profesional	16(18,18)	5(5,05)	21(11,23)	
Formación Universitaria	26(29,55)	34(34,34)	60(32,09)	
Master y/o Doctorado	3(3,41)	8(8,08)	11(5,88)	
Otros: Ingeniería Técnica y Técnico Medio	1(1,14)	1(1,01)	2(1,07)	

6.1.2 Comparativa de las variables clínicas y de autocuidado.

Los participantes presentan un 27,96% de IMC, perímetro abdominal de 101,56%, el 28,19% presenta alergias conocidas y con un promedio de 9,8 años de diagnóstico de HTA. En cuanto a otras enfermedades, presentan en ambos grupos la hipercolesterolemia con un 38,62% y los problemas articulares 31,75%.

En el GC toman tratamiento antihipertensivo 92,22% y en el GE el 87,88%. Los sujetos tienen un promedio de 8,3 años de tratamiento antihipertensivo. Los medicamentos antihipertensivos más utilizados son con 47,06% los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAS), con un 45,88% los diuréticos y

con un 34,71 % los antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARAII). Además de los antihipertensivos el 79,56% de los sujetos toman otras medicaciones (con un máximo de 16 fármacos, mínimo de 0 y DE=2,399).

Por otro lado, un 28,04% toma tratamiento naturista: el 50,94% (n=27) plantas medicinales, el 20,75% (n=11) vitaminas, el 16,98% (n=9) suplementos dietéticos y el 9,43% (n=5) oligoelementos. El 24,08% reciben otro tipo de terapias naturales entre ellas: quiromasaje con 27,27% (n=12), acupuntura y homeopatía con un 22,73% (n=10) respectivamente, osteopatía con un 20,45% (n=9), plantas medicinales 15,91% (n=7), reflexología y yoga con 11,36% (n=5) respectivamente, flores de Bach con un 6,82% (n=3), barros 4,55% (n=2), y con 2,27% (n=1) aromaterapia, envolturas o cataplasmas, ventosas, hidroterapia, tacto terapéutico, sofrología. También practican otras terapias el Taichí con 6,82%(n=3), Chikung, coaching, magnetoterapia, terapia neural, Shiatsu, termoterapia y masaje tailandés con un 2,27% (n=1).

El grado de cumplimiento de la medicación “todos los días sin excepción” es de 74,14% y de “todos los días, pero puede que se le haya pasado de forma excepcional” es de 20,69%.

En cuanto los antecedentes familiares de mayor a menor, el primero es el de hipertensión arterial, seguido de los infartos agudos de miocardio, anginas, ictus etc. y por último la diabetes Mellitus.

En la **Tabla 5** se describen y comparan las variables clínicas de los participantes del GC y del GE del estudio recogidas por las enfermeras.

Tabla 5. Descripción de las Variables Clínicas.

VARIABLES CLÍNICAS	GRUPO CONTROL n(%)	GRUPO EXPERIMENTAL n(%)	TOTAL n(%)	Valor de p
IMC	n=88	n=99	n=187	0,216
Media y (DE)	27,42(3,79)	28,52(7,61)	27,96(6,14)	
PERIMETRO ABDOMINAL	n=88	n=98	n=186	0,747
Media y (DE)	101,25(12,30)	101,85(13,23)	101,56(12,77)	
ALERGIAS CONOCIDAS	n=89	n=99	n=188	0,977
	25(28,09)	28(28,28)	53(28,19)	
Semanas de diagnóstico de HTA	n=89	n=99	n=188	0,942
Media y (DE)	515,04(389,49)	510,25(511,17)	512,52(456,43)	
OTRAS ENFERMEDADES:	n=90	n=99	n=189	
Hipercolesterolemia	34(37,78)	39(39,39)	73(38,62)	0,820
Diabetes Mellitus	8(8,98)	13(13,13)	21(11,11)	0,354
Cardiológicas	13(14,44)	17(17,17)	30(15,87)	0,608
Renales	10(11,11)	12(12,12)	22(11,64)	0,829
Cerebrovasculares	4(4,44)	5(5,05)	9(4,76)	0,845
Respiratorias	12(13,33)	11(11,11)	23(12,17)	0,641
Digestivas	18(20,00)	16(16,16)	36(17,99)	0,493
Oncológicas	12(13,33)	12(12,12)	24(12,70)	0,803
Osteoarticulares	30(33,33)	30(30,30)	60(31,75)	0,655
Emocionales	15(16,67)	21(21,21)	36(19,05)	0,427
Migrañas/dolor de cabeza	5(5,65)	7(7,07)	12(6,35)	0,670
Dolor en general	5(5,56)	10(10,10)	15(7,94)	0,248
Toma tto para HTA	n=90	n=99	n=189	0,321
	83(92,22)	87(87,88)	170(89,95)	
SEMANAS TTO HTA	n=89	n=99	n=188	0,244
Media y (DE)	465,30(373,71)	399,16(399,614)	430,47(387,95)	
SI tto para HTA: (solo en personas con tto HTA)	n=83	n=87	n=170	
Diuréticos	38(45,78)	40(45,98)	78(45,88)	0,98
Betabloqueantes	10(12,05)	18(20,69)	28(16,47)	0,129
Calciantagonistas	15(18,07)	16(18,39)	31(18,24)	0,957
IECAS	36(43,7)	44(50,57)	80(47,06)	0,347
Vasodilatadores	1(1,20)	3(3,45)	4(2,35)	0,335
Alcaloides	0(0,00)	0(0,00)	0(0,00)	
ARAI	30(36,14)	29(33,33)	59(34,71)	0,7
Otra medicación	n=85	n=96	n=181	0,549
	66(77,65)	78(81,25)	144(79,56)	
Toman tto naturista	n=90	n=99	n=189	0,028

	32(35,56)	21(21,21)	53(28,04)	
TERAPIAS NATURALES	n=90	n=93	n=183	0,108
	17(18,89)	27(29,03)	44(24,04)	
Grado de cumplimiento medicación:(solo los que toman tto)	n=84	n=90	n=174	0,186
Todos los días sin excepción.	56(66,67)	73(81,11)	129(74,14)	
Todos los días pero pude que se haya pasado de forma excepcional.	22(26,19)	14(15,56)	36(20,69)	
Me olvido alguna medicación varias veces al mes.	2(2,38)	1(1,11)	3(1,72)	
Me olvido de tomar alguna medicación varias veces a la semana.	4(4,76)	2(2,22)	6(3,45)	
Antecedentes familiares:				
HTA	n=90	n=98	n=188	0,545
	54(60,00)	63(64,29)	117(62,23)	
Diabetes Mellitus	n=98	n=96	n=194	0,349
	34(37,78)	30(31,25)	64(34,41)	
IAM, angina, ictus...	n=90	n=97	n=187	0,475
	52(57,78)	51(52,58)	103(55,08)	

En cuanto a las variables de autocuidado referentes a la dieta, el 44,44% de los participantes realiza la dieta sin sal y solo un 28,88% consume fritos conservas y rebozados. Ver **Tabla 6**.

Tabla 6. Descripción de las Variables de autocuidado.

VARIABLES DE AUTOCUIDADO:	GRUPO CONTROL n(%)	GRUPO EXPERIMENTAL n(%)	TOTAL n(%)	Valor de p
Dieta sin sal	n=90	n=99	n=189	0,379
	37(41,11)	47(47,47)	86(44,44)	
Consumo fritos, conservas y rebozados	n=90	n=97	n=187	0,331
	29(32,22)	25(25,77)	54(28,88)	

En cuanto a la actividad física en el lugar de trabajo o vida diaria el 53,97% realiza una actividad clasificada en moderada ligera; en relación a la frecuencia de actividad física de tiempo libre, un 47,49% la realizan más de tres veces por semana

y el 37.43% de 1 a 3 veces por semana. La intensidad de la actividad física de tiempo libre es ligera en un 55,08% y moderada un 32,80%. Ver tabla **Tabla 7**.

Tabla 7. Descripción de la Variable Actividad Física.

ACTIVIDAD FÍSICA:	GRUPO CONTROL n(%)	GRUPO EXPERIMENTAL n(%)	TOTAL n(%)	Valor de p
en lugar de trabajo	n=90	n=99	n=189	0,504
Inactivo	14(15,56)	22(22,22)	36(19,05)	
Ligero	20(22,22)	17(17,17)	37(19,58)	
Moderado ligero	50(55,56)	52(52,53)	102(53,97)	
Moderado intenso	5(5,65)	8(8,08)	13(6,88)	
Intenso	1(1,11)	0(0,00)	1(0,53)	
Frecuencia de actividad física:				
de tiempo libre ligera	n=87	n=92	n=179	0,726
De 1 a 3 veces por semana	30(34,48)	37(40,22)	67(37,43)	
Más de 3 veces por semana	43(49,43)	42(45,65)	85(47,49)	
Ninguna vez por semana	16(16,09)	13(14,13)	27(15,08)	
de tiempo libre moderada	n=89	n=74	n=163	0,764
De 1 a 3 veces por semana	21(23,60)	21(28,38)	42(25,77)	
Más de 3 veces por semana	10(11,24)	7(9,46)	17(10,43)	
Ninguna vez por semana	58(65,17)	46(62,16)	104(63,80)	
de tiempo libre intensa	n=88	n=69	n=157	0,098
De 1 a 3 veces por semana	0(0,00)	3(4,35)	3(1,91)	
Más de 3 veces por semana	1(1,14)	0(0,00)	1(0,64)	
Ninguna vez por semana	87(98,86)	66(95,65)	153(97,45)	
Actividad física tiempo libre (intensidad)	n=90	n=99	n=189	0,566
Intensa	1(1,11)	4(4,04)	5(2,65)	
Ligera	50(55,56)	56(56,57)	106(55,08)	
Moderada	32(35,56)	30(30,30)	62(32,80)	
No realiza actividad	7(7,87)	9(9,09)	16(8,47)	

Referente a los hábitos tóxicos, el 91,21% tiene un consumo prudencial de alcohol, solo un 14,29% es fumador y un 34,39% exfumador. Ver **Tabla 8**.

Tabla 8. Descripción de las Variables de Hábitos Tóxicos

VARIABLES DE HÁBITOS TÓXICOS	GRUPO CONTROL n(%)	GRUPO EXPERIMENTAL n(%)	TOTAL n(%)	Valor de p
CONSUMO DE ALCOHOL:	n=88	n=94	n=184	0,910
Consumo prudencial	81(92,05)	85(90,43)	166(91,21)	
Riesgo bajo	5(5,68)	6(6,38)	11(6,04)	
Riesgo alto	2(2,72)	3(3,19)	5(2,75)	
Consumo perjudicial	0(0,00)	0(0,00)	0(0,00)	
TABACO	n=98	n=99	n=197	0,629
No fumador	45(50,00)	48(48,48)	93(49,21)	
Exfumador	31(34,44)	34(34,34)	65(34,39)	
Fumador	11(12,22)	16(16,16)	27(14,29)	
Fumador Ocasional	3(3,33)	1(1,01)	4(2,12)	

6.1.3 Comparativa de las cifras de la TA y FC pre y post sesión de Reiki entre el GE y el Grupo Control GC.

De los datos obtenidos en la hoja de seguimiento de las 12 sesiones, 189 participantes, un 51,85% (n=98), utilizaron como brazo de control el derecho y un 48,15% (n=91) utilizaron el izquierdo. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($p= 0,846$).

La **Tabla 9** muestra el porcentaje y los sujetos que asistieron a cada una de las sesiones. Los sujetos del GC y GE que realizaron las 12 visitas o sesiones fueron de 70 y 73, respectivamente.

Tabla 9. Visitas o sesiones realizadas.

Realizan visita nº	GC n=90 n(%)	GE n=99 n(%)	Total n=189 n(%)	Valor de p
2	86(95,56)	93(93,94)	179(94,71)	0,620
3	82(91,11)	90(90,91)	172(91,01)	0,961
4	81(90,00)	89(89,90)	189(89,95)	0,982
5	79(87,78)	87(87,88)	166(87,83)	0,983
6	79(87,78)	84(84,85)	163(86,24)	0,559
7	78(86,67)	84(84,85)	162(85,71)	0,721
8	78(86,67)	83(83,84)	161(85,19)	0,585
9	77(85,56)	81(81,82)	158(83,60)	0,488
10	74(82,22)	77(77,78)	151(79,89)	0,446
11	73(81,11)	77(77,78)	189(79,37)	0,572
12	70(77,78)	73(73,74)	143(75,66)	0,518

GC: Grupo Control. **GE:** Grupo Experimental.

En la **Tabla 10** se presenta la comparación de PA y FC entre GC y GE para cada sesión (solo valores pre). En ella se observa que en la PAS (Presión Arterial Sistólica) del GE presenta un descenso paulatino en cambio en el GC no se observa. Se destaca en la primera y segunda sesión de la PAS una diferencia significativa de 0,010 y 0,049 respectivamente. Así como en la sexta, séptima y doceava sesión en los valores de la frecuencia cardiaca una p significativa de 0,050, 0,042 y 0,033.

Tabla 10. Comparación PA y FC entre GC y GE antes de cada sesión.

Nº SESION	PAS GC media (DE)	PAS GE media (DE)	Valor de p	PAD GC media (DE)	PAD GE media (DE)	Valor de p	FC GC media (DE)	FC GE media (DE)	Valor de p	Total n GC	Total n GE
1	140,366(16,000)	147,818(22,714)	0,010	82,366(9,223)	85,020(11,204)	0,078	75,666(10,998)	74,797(11,774)	0,601	90	99
2	134,162(16,295)	139,505(19,503)	0,049	79,337(9,292)	80,086(11,902)	0,641	78,5(11,546)	76,344(10,916)	0,200	86	93
3	134,451(15,478)	137,533(19,118)	0,249	79,646(9,466)	80,155(11,337)	0,750	79,743(13,859)	77,188(12,473)	0,192	82	90
4	136,654(16,931)	136,730(18,172)	0,977	80,629(9,065)	79,775(12,153)	0,606	77,135(11,059)	75,966(12,227)	0,518	81	89
5	134,974(17,052)	137,183(20,097)	0,448	79,848(9,641)	79,068(14,362)	0,685	77,784(11,93)	77,080(12,135)	0,707	79	87
6	136,430(14,718)	135,857(17,913)	0,824	80,531(8,968)	78,928(9,880)	0,280	78,544(12,499)	74,928(10,942)	0,050	79	84
7	135,512(16,026)	135,464(16,760)	0,985	80,641(8,657)	80,821(12,863)	0,917	79,961(14,004)	75,726(12,314)	0,042	78	84
8	132,782(14,879)	135,313(16,346)	0,306	78,397(8,421)	79,722(11,554)	0,409	78,256(11,369)	76,024(11,742)	0,222	78	83
9	134,155(14,169)	135,296(18,550)	0,665	79,506(9,686)	79,382(11,079)	0,940	78,181(11,852)	74,555(13,278)	0,072	77	81
10	134,432(15,012)	135,831(20,622)	0,635	79,013(9,040)	79,961(13,757)	0,619	79,013(9,040)	73,974(12,154)	0,084	74	77
11	136,780(14,997)	135,090(20,937)	0,572	79,753(9,647)	78,766(11,914)	0,579	77,561(12,554)	74,883(10,643)	0,160	73	77
12	134,871(15,383)	135,301(18,949)	0,879	79,714(10,506)	79,027(13,921)	0,740	77,942(12,418)	73,726(11,036)	0,033	70	73

PAS: Presión Arterial Sistólica. **PAD:** Presión Arterial Diastólica. **FC:** Frecuencia Cardíaca

En la **Tabla 11** se presenta la comparativa de la PA y FC entre el GC y el GE para cada sesión con valores postsesión del GE, es decir después de haber realizado intervención del Reiki. Resultando el valor de p significativo en 3 sesiones: la cuarta, sexta y onceava sesión de la PAS y en las 12 sesiones de los valores de la FC.

Tabla 11. Comparación PA y FC entre GC y GE posterior a cada sesión

Nº SESION	PAS GC media (DE)	PAS GE media (DE)	Valor de p	PAD GC media (DE)	PAD GE media (DE)	Valor de p	FC GC media (DE)	FC GE media (DE)	Valor de p	Total n GC	Total n GE
1	140,366(16,000)	140,767(22,738)	0,889	82,366(9,223)	83,303(10,779)	0,523	75,666(10,974)	70,424(11,661)	0,001	90	99
2	134,162(16,295)	136,172(20,281)	0,468	79,337(9,292)	81,612(11,442)	0,147	78,5(11,546)	70,258(10,097)	0,000	86	93
3	134,451(15,478)	132,577(18,790)	0,478	79,646(9,466)	80,166(11,769)	0,751	79,743(13,126)	71,011(10,720)	0,000	82	90
4	136,654(16,931)	131,181(16,151)	0,033	80,629(9,065)	79,556(11,014)	0,492	77,135(11,213)	70,340(10,211)	0,0001	81	88
5	134,974(17,052)	132,505(17,062)	0,353	79,848(9,641)	79,068(10,780)	0,625	77,784(11,93)	70,701(10,903)	0,0001	79	87
6	136,430(14,718)	130,381(17,842)	0,019	80,531(8,968)	79,416(11,238)	0,486	78,544(12,468)	70,178(10,815)	0,000	79	84
7	135,512(16,026)	133,142(19,694)	0,404	80,641(8,657)	79,630(10,506)	0,507	79,961(14,004)	69,738(11,179)	0,000	78	84
8	132,782(14,879)	133(18,653)	0,935	78,397(8,421)	79,602(11,143)	0,442	78,256(11,369)	69,927(10,679)	0,000	78	83
9	134,155(14,169)	129,407(18,010)	0,068	79,506(9,686)	78,987(12,092)	0,767	78,181(11,852)	69,839(10,151)	0,000	77	81
10	134,432(15,012)	129,376(20,947)	0,091	79,013(9,040)	78,545(13,724)	0,805	77,432(12,449)	69,363(10,810)	0,000	74	77
11	136,780(14,997)	130,701(19,755)	0,036	79,753(9,647)	79,467(13,400)	0,881	77,561(12,554)	68,935(9,550)	0,000	73	77
12	134,871(15,383)	133,054(19,288)	0,528	79,714(10,506)	78,301(9,927)	0,409	77,942(12,418)	69,205(9,85)	0,000	70	73

En la **Tabla 12** se puede observar la comparativa entre PA y FC pre y post sesión del Reiki en el GE, donde en 9 de las 12 sesiones la PAS, en 2 de la PAD y en las 12 sesiones de la FC, existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 12. Comparativa de los valores pre-post sesión de Reiki

Nº SESION	PREPAS media (DE)	POSTPAS media (DE)	Valor de p	PREPAD media (DE)	POSTPAD media (DE)	Valor de p	PRE FC media (DE)	POST FC media (DE)	Valor de p	Total n
1	147,818(22,714)	140,767(22,738)	0,000	85,020(11,204)	83,303(10,779)	0,0215	74,797(11,774)	70,424(11,661)	0,000	99
2	139,505(19,503)	136,172(20,281)	0,0191	80,086(11,902)	81,612(11,442)	0,0479	76,344(10,91)	70,258(10,097)	0,000	93
3	137,670(19,056)	132,637(18,694)	0,000	80,296(11,740)	80,263(11,740)	0,966	77,494(12,742)	71,351(11,144)	0,000	91
4	136,842(18,030)	131,101(16,077)	0,000	79,831(12,193)	79,662(10,997)	0,853	75,483(11,106)	70,382(10,160)	0,000	89
5	137,727(20,621)	132,897(17,358)	0,0017	79,193(14,326)	79,136(10,737)	0,961	77,113(12,069)	70,806(10,885)	0,000	88
6	135,857(17,913)	130,381(17,842)	0,0004	78,928(9,880)	79,416(11,238)	0,554	74,928(10,942)	70,178(10,815)	0,000	84
7	135,464(16,760)	133,142(19,694)	0,197	80,821(12,863)	79,630(10,506)	0,272	75,726(12,314)	69,738(11,179)	0,000	84
8	135,488(16,326)	133,023(18,542)	0,091	79,857(11,549)	79,678(11,097)	0,839	75,976(11,679)	69,880(10,623)	0,000	84
9	135,597(18,636)	129,634(18,016)	0,0006	79,487(11,052)	78,939(12,026)	0,577	74,378(13,294)	69,707(10,159)	0,0003	82
10	137,135(21,007)	130,185(20,750)	0,0002	80,037(13,540)	78,703(13,406)	0,316	73,765(12,48)	69,320(11,260)	0,000	81
11	135,461(21,057)	131,166(20,052)	0,0061	78,833(11,851)	79,538(13,327)	0,486	75,115(10,77)	69,141(9,661)	0,000	78
12	135,594(18,987)	133,310(19,282)	0,184	79,283(14,001)	78,527(10,048)	0,563	73,918(11,085)	69,486(10,076)	0,000	74

PREPAS: Presión arterial sistólica previa intervención. **PREPAD:** Presión arterial diastólica previa intervención. **PRE FC:** Frecuencia cardiaca previa intervención. **POSTPAS:** Presión arterial sistólica post intervención. **POSTPAD:** Presión arterial diastólica post intervención. **POST FC:** Frecuencia cardiaca post intervención.

En la **Tabla 13** se muestra la evolución de la PAS, PAD y FC de la sesión 1 a la 12 por grupos, siendo el valor de p significativo en todos los casos excepto en los valores pre de la FC del GE.

Tabla 13. Evolución de PAS, PAD y FC en las 12 sesiones por grupos valores pre.

PREPAS GC S1 n=70 media (DE)	PREPAS GC S12 n=70 media (DE)	Valor de p	PREPAS GE S1 n=73 media (DE)	PREPAS GE S12 n=73 media (DE)	Valor de p
139,687(13,897)	134,871(14,664)	0,028	144,780(20,822)	135,301(18,949)	0,000

PREPAD GC S1 n=70 media (DE)	PREPAD GC S12 n=70 media (DE)	Valor de p	PREPAD GE S1 n=73 media (DE)	PREPAD GE S12 n=73 media (DE)	Valor de p
83,014(8,824)	79,714(10,506)	0,003	83,863(11,566)	79,027(13,921)	0,001

PREFC GC S1 n=70 media (DE)	PREFC GC S12 n=70 media (DE)	Valor de p	PREFC GE S1 n=73 media (DE)	PREFC GE S12 n=73 media (DE)	Valor de p
74,828(10,946)	77,942(12,418)	0,005	74,410(11,742)	73,726(11,036)	0,532

En la **Tabla 14** se muestra la Evolución de los valores PAS, PAD y FC postsesión de Reiki en el GE entre la sesión 1-12 , siendo el valor de p significativo en todos excepto en los valores post de la FC del GE.

Tabla 14. Evolución utilizando valores PAS, PAD y FC post-sesión Reiki en GE (S1-S12)

PAS GC S1 n=70 media (DE)	PAS GC S12 n=70 media (DE)	Valor de p	POSTPAS GE S1 n=73 media (DE)	POSTPAS GE S12 n=73 media (DE)	Valor de p
139,685(13,897)	134,871(14,644)	0,028	138,095(21,643)	133,054(19,288)	0,011

PAD GC S1 n=70 media (DE)	PAD GC S12 n=70 media (DE)	Valor de p	POSTPAD GE S1 n=73 media (DE)	POSTPAD GE S12 n=73 media (DE)	Valor de p
83,014(8,824)	79,714(10,506)	0,0039	82,438(11,021)	78,301(9,927)	0,0001

FC GC S1 n=77 media (DE)	FC GC S12 n=77 media (DE)	Valor de p	POSTFC GE S1 n=73 media (DE)	POSTFC GE S12 n=73 media (DE)	Valor de p
74,828(10,946)	77,942(12,418)	0,005	69,821(11,080)	69,205(9,850)	0,530

Por lo tanto, en cuanto a la variable de resultados reduce PAS al menos 5mmhg entre sesión 1 y sesión 12 resulta que en el GC un 52,86% n=37 reduce al menos 5mmHg y el GE un 64,38% n=47 en total el 58,74% n=84 y la p= 0,162. En la PAD se reduce 5mmhg en el GC un 38,57% n=27 y el GE un 47,95% n=35 en total 43,36% n=62 y la p=0,258.

Como resumen de los datos más relevantes del test de Anova de medidas repetidas se muestran las **Figuras 1, 2 y 3** que permiten visualizar la evolución de la PAS, PAD y FC desde la sesión 1 a la 12 en los dos grupos.

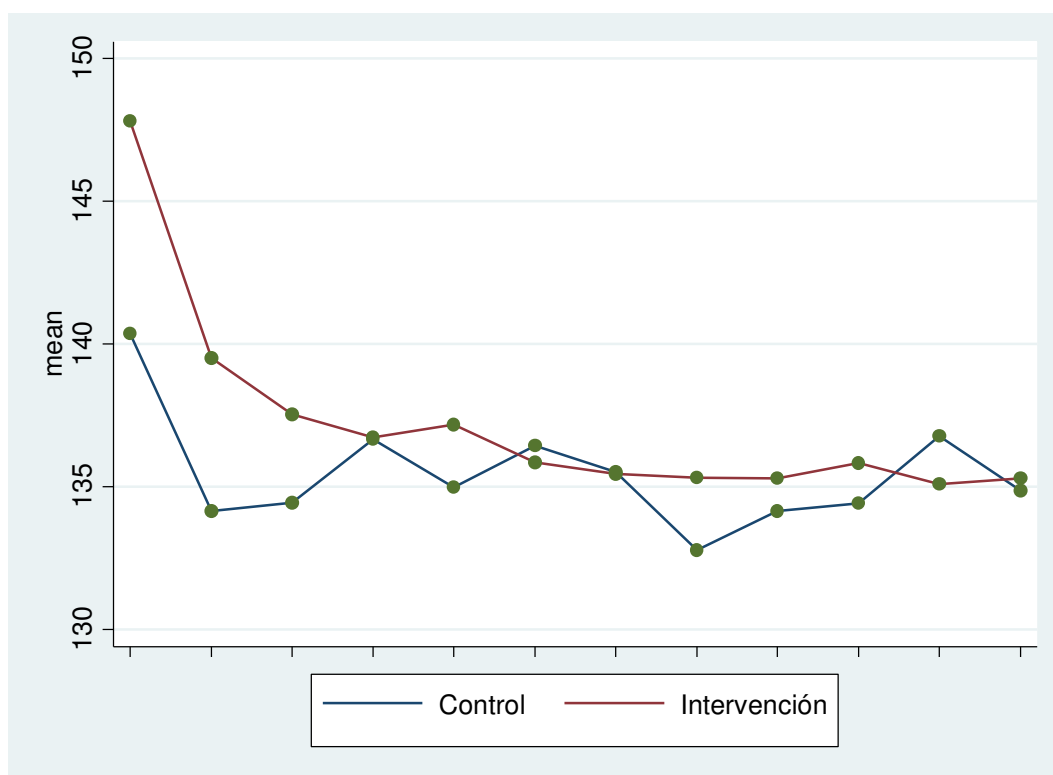


Figura 2. Gráfico evolución PAS

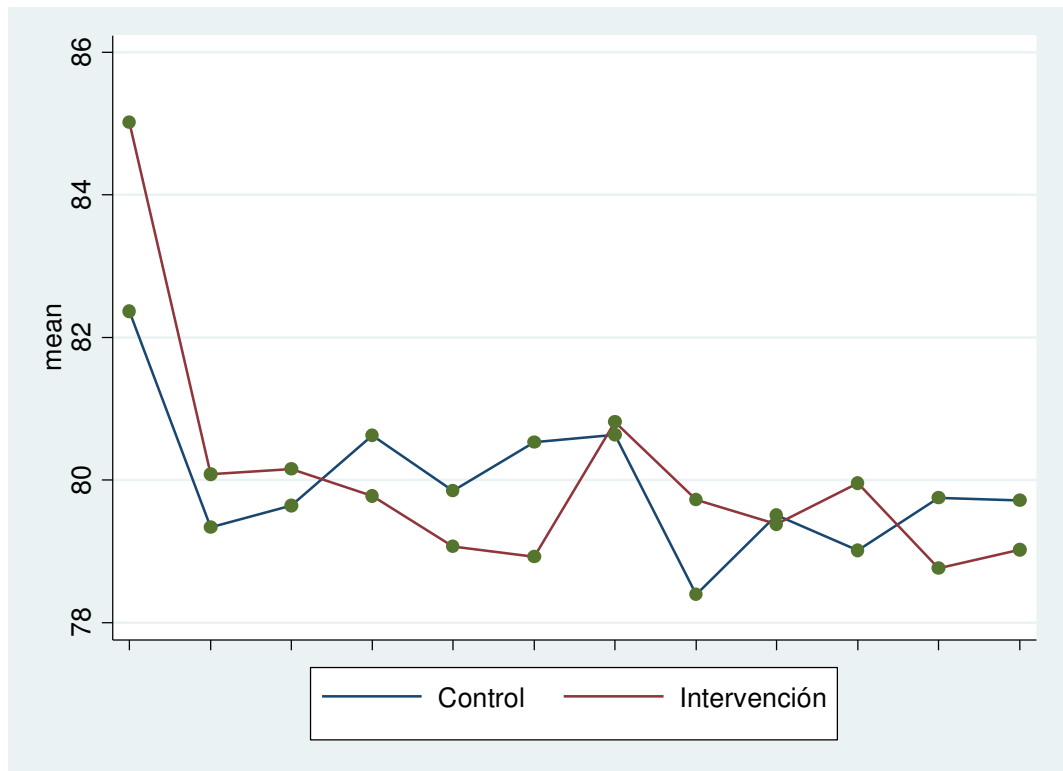


Figura 3. Gráfico evolución PAD

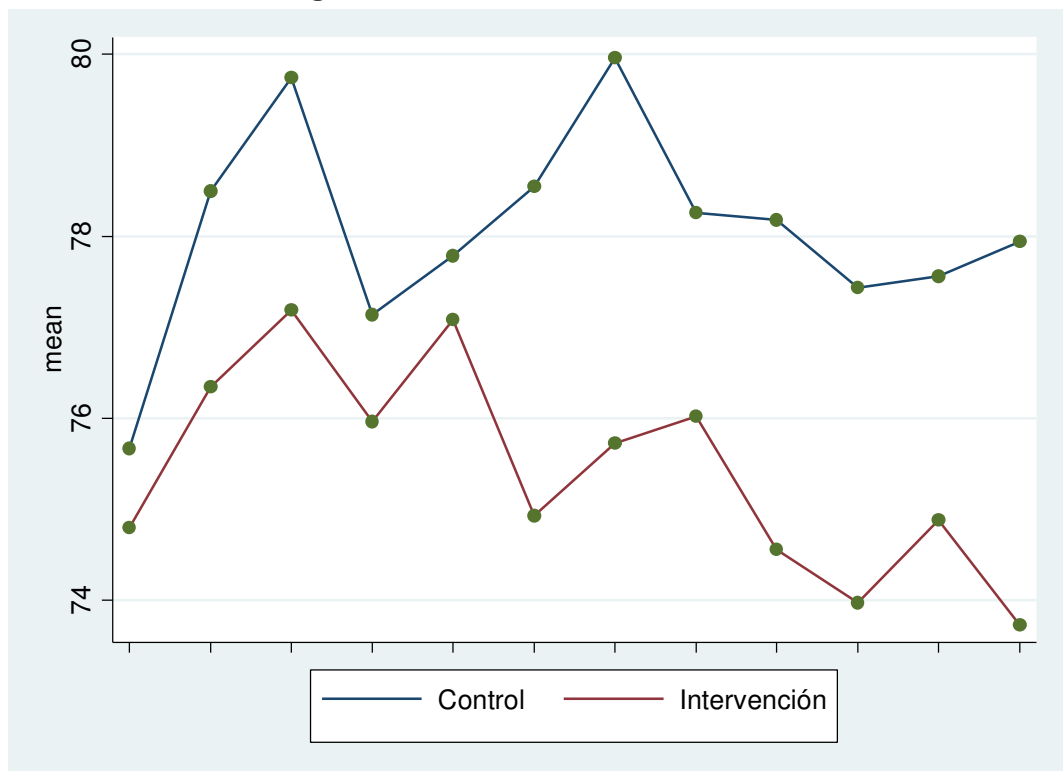


Figura 4. Gráfico evolución FC

Se realiza el análisis multivariante con la variable dependiente reducción de la PAS entre las visitas inicial y final (PAS tiene más variabilidad que PAD) n=143

ver **Tabla 15**. Se han incluido todas las variables basales candidatas y la única variable explicativa es la enfermedad renal. Los grupos son homogéneos respecto a la prevalencia de enfermedad renal, en torno al 12% y la reducción media es de 8mmHG en los pacientes sin enfermedad renal y aumentan 1 mmHG en media los que sí tienen enfermedad renal.

Tabla 15. Modelo multivariante diferencia PAS (previa a sesión) entre visita inicial y visita final.

Reduce PAS	Coefficiente	95% Intervalo de confianza)	
Edad	0,2506961	-0,3033772	0,8047695
Sexo	-2,803364	-10,39475	4,788025
IMC	-0,6188074	-1,434611	0,1969961
Perímetro abdominal	0,2962998	-0,0654516	0,6580513
Hipercolesterolemia	-0,6442682	-8,403205	7,114668
Diabetes Mellitus	-0,9775746	-13,03738	11,08223
Enfermedades Cardiológicas	0,3402108	-10,65148	11,3319
Enfermedad renal	-14,95436	-26,51494	-3,393776
Enfermedades cerebrovasculares	-2,636568	-20,53106	15,25975
Enfermedades respiratorias	-5,296141	-15,38344	4,791159
Enfermedades digestivas	1,288503	-8,555125	11,13213
Enfermedades oncológicas	3,191439	-8,222091	14,60497
Enfermedades osteoarticulares	-6,766045	-15,21017	1,678084
Enfermedades emocionales	2,639032	-7,145868	12,42393
Migraña/dolor de cabeza	7,291208	-7,913392	22,49581
Alergias conocidas	7,02841	-1,671972	15,72879
Semanas de diagnóstico de la HTA	0,0082109	0,0002303	0,0161914
Tratamiento naturista	-4,278673	-8,801956	7,917689
Terapias naturales	-4,278673	-12,7432	4,18585
Actividad física tiempo libre 2 versus 1	3,451988	-16,50917	23,41314
Actividad física tiempo libre 3 versus 1	5,258265	-14,9289	25,44543
Actividad física tiempo libre 4 versus 1	-2,911189	-26,02213	20,19975
Tabaco 2 versus 1	-3,90045	-11,83079	4,029894
Tabaco 3 versus 1	-7,408278	-19,07467	4,258119
Tabaco 4 versus 1	-19,75875	-50,02717	10,50966
Consumo alcohol cálculo de riesgo 2 v 1	4,349434	-10,34018	19,03905
Consumo alcohol cálculo de riesgo 3 v 1	-8,062141	-32,45836	16,33408
Grupo	5,827757	-1,07616	12,73167
Constante	-8,490975	-56,59743	39,61547

6.1.4 Calidad de vida de los sujetos.

A continuación se muestran los resultados sobre calidad de vida de los sujetos medida mediante el cuestionario SF12 v1 de la calidad de vida. La **Tabla 16** presenta la comparativa de la calidad de vida para el GC y GE valorando la componente física y la componente mental en los cuestionarios pre (primera visita) y post (visita doceava).

Tabla 16. Comparativa de la calidad de vida del GC y GE de la primera sesión y la doceava

PRE SF12	GC n=90 media(DE)	GI n=95 media (DE)	Valor de p
Componente física	47,420(9,902)	47,427(10,483)	0,996
Componente mental	49,420(9,260)	49,454(10,038)	0,981

POST SF12	GC n=77 media(DE)	GI n=82 media (DE)	Valor de p
Componente física	47,964(8,519)	48,066(8.700)	0.941
Componente mental	51,390(9,757)	52,759 (8,396)	0.343

En la **Tabla 17** se muestra el cambio de las puntuaciones de calidad de vida en las componentes física y mental de la primera sesión (SF12 pre) con las puntuaciones del cuestionario pasado en la 12 sesión (SF12 post) resultando una p significativa en el componente mental.

Tabla 17. Análisis del cambio de las puntuaciones de calidad de vida

Componente física	n=156 media(DE)	Valor de p
pcs	47,697(9,926)	0,7215
pcspost	47,928(8,625)	
Componente mental		
mcs	49,447(9,887)	0,0007
mcspost	51,957(9,098)	

En la **Tabla 18** se presenta el nivel de calidad de vida de la parte del componente mental por grupos resultando que aun habiendo una mejora en la percepción del componente mental en ambos grupos dado que la media es mayor

de 50, en el GE el valor de $p= 0,0046$ es estadísticamente significativo. Cambio significativo en general y para cada grupo por separado.

Tabla 18. Componente mental de la calidad de vida por grupos.

GC n=77 media(DE)	Valor de p	GE n=79 media (DE)	Valor de p
49,565(9,170)	0,0605	49,333(10,597)	0,0046
51,390(9,757)		52,509(8,432)	

6.2 Resultados del objetivo general 2.

6.2.1 Sensaciones de los reikistas al realizar la técnica en los diferentes puntos.

Se contabilizaron un total 979 sesiones de Reiki realizadas por 50 reikistas.

A continuación se presentan las sensaciones e intensidades de los reikistas obtenidas en cada uno de los dieciocho puntos del protocolo de Reiki en las 12 sesiones (**Tablas de la 19 a la 30**) y un resumen de dichas sensaciones y frecuencia en la **Tabla 31** (pp 152).

En la **Tabla 19** que corresponde a la 1era sesión de Reiki se observa que el calor se presenta de mayor a menor en los puntos de hombro Izquierdo 79,03%, corazón 82,54% y occipital 79,03%, le sigue la sensación de hormigueo en coronilla un 27,94%, muñeca un 20,97 y rodilla izquierda 19,35, luego la sensación de frío en el 1er chakra 12,5%, en riñones y mejillas con un 9,84%. En otras sensaciones la zona de la punta de los pies 11,94%, riñones 9,84% y garganta 8,06%. Le sigue el bloqueo en garganta 11,29% y rodilla Izquierda 6,45%. La sensación de calambre en el punto de ojos es de un 3,17%. En cuanto a la intensidad: el punto de coronilla con una media de 2,39 y el de riñones con 2,285 son la medias más elevadas.

Tabla 19. Sensaciones de los reikistas sesión 1

SESIÓN 1	SENSACIONES							TOTAL n	INTENSIDAD			SESIÓN 1.
	Frio n(%)	Calor n(%)	Hormigueo n(%)	Bloqueo n(%)	Escalo frión n(%)	Calambre n(%)	Otros n(%)		MEDIA	(DE)	Min 1 TOTAL n	
1. Coronilla	3(4,41)	41(60,29)	19(27,94)	2(2,94)	0,00	0,00	4,41(3)	68	2,239	1,015	46	1. Coronilla
2.Ojos	5(7,94)	46(73,02)	7(11,11)	1(1,59)	0,00	3,17(2)	3,17(2)	63	2,115	0,983	52	2.Ojos
3. Mejillas	6(9,84)	47(77,05)	5(8,20)	0,00	0,00	0,00	4,92(3)	61	2,075	1,016	53	3. Mejillas
4. Orejas	6(9,09)	49(74,24)	5(7,58)	2(3,03)	0,00	0,00	6,06(4)	66	2,192	1	57	4. Orejas
5. Occipital	2(3,23)	49(79,03)	10(16,13)	0,00	0,00	0,00	1,61(1)	62	2,215	1,119	51	5. Occipital
6. Hombros laterales	2(3,17)	52(82,54)	7(11,11)	1(1,59)	0,00	0,00	1,59(1)	63	2,072	1,033	55	6. Hombros laterales
7. Hombros frontales	2(3,17)	47(74,60)	11(17,46)	0,00	0,00	0,00	4,76(3)	63	2,02	1,05	49	7. Hombros frontales
8. Garganta	2(3,23)	36(58,06)	11(17,74)	7(11,29)	0,00	1,61(1)	8,06(5)	62	2,155	1,086	45	8. Garganta
9. Corazón	2(3,13)	52(81,25)	4(6,25)	2(3,13)	0,00	0,00	6,25(4)	64	2,214	1,073	56	9. Corazón
10. Takata	5(8,06)	46(74,19)	6(9,68)	1(1,61)	0,00	0,00	6,45(4)	62	2,23	1,13	52	10. Takata
11 Muñeca	5(8,06)	39(62,90)	13(20,97)	2(3,23)	0,00	0,00	4,84(3)	62	2,065	1,041	46	11 Muñeca
12. Riñones	6(9,84)	40(65,57)	6(9,84)	3(4,92)	0,00	0,00	9,84(6)	61	2,285	1,118	49	12. Riñones
13.Zona pélvica	4 (7,14)	41(73,21)	8(14,29)	0,00	0,00	1,79(1)	3,57(2)	56	2,222	1,105	45	13. Zona pélvica
14. Rodilla I	5(8,06)	39(62,90)	12(19,35)	6,45(4)	0,00	1,61(1)	1,61(1)	62	1,916	0,985	48	14. Rodilla I
15. Rodilla D	6(9,52)	41(65,08)	12(19,05)	3,17(2)	0,00	1,59(1)	1,59(1)	63	1,959	0,934	49	15. Rodilla D
16 1er Chakra	8(12,50)	37(57,81)	12(18,75)	1,56(1)	0,00	1,56(1)	7,81(5)	64	1,978	0,93	46	16 1er Chakra
17. Tobillos	4(6,25)	49(76,56)	8(12,50)	0,00	0,00	0,00	4,69(3)	64	1,943	0,988	53	17. Tobillos
18. Punta Pies	5(7,46)	46(68,66)	8(11,94)	0,00	0,00	0,00	11,94(8)	67	2,078	1,092	51	18. Punta Pies

En la **Tabla 20** que corresponde a la sesión 2. El calor se muestra como la sensación más relevante en los puntos de mejilla 81,97%, occipital 80,33%, y hombros frontales 79,41%. Le sigue la sensación de hormigueo en los puntos de muñeca 15,63%, garganta y rodilla derecha con 15,38%, la sensación de frío en riñones con un 15,29%, muñeca 7,81% y orejas con 7,14%, después otras sensaciones en corazón 11,59%, riñones 10,17% y rodilla derecha 9,23%. Sensación de bloqueo en garganta y rodilla derecha (6,15), sensación de calambre en zona pélvica 1,69% y escalofrió en coronilla 1,49%. La intensidad media más alta ha sido en punto de occipital 2,372 y ojos 2,358.

Tabla 20. Sensaciones de los reikistas sesión 2.

SESIÓN 2	SENSACIONES							TOTAL n	INTENSIDAD			SESIÓN 2
	Frio n(%)	Calor n(%)	Hormigueo o n(%)	Bloqueo o n(%)	Escalofrió n(%)	Calambre n(%)	Otros n(%)		MEDIA	(DE)	Min 1 TOTAL n	
1. Coronilla	1(1,49)	50(74,63)	13(19,40)	0,00	1(1,49)	0,00	2(2,99)	67	2,352	1,145	51	1. Coronilla
2.Ojos	1(1,49)	52(77,61)	10(14,93)	0,00	0,00	0,00	4(5,97)	67	2,358	1,145	53	2.Ojos
3. Mejillas	2(3,28)	50(81,97)	6(9,84)	0,00	0,00	0,00	3(4,92)	61	2,096	1,071	52	3. Mejillas
4. Orejas	5(7,14)	54(77,14)	4(5,71)	1(1,43)	0,00	0,00	6(8,57)	70	2,166	1,122	60	4. Orejas
5. Occipital	2(3,28)	49(80,33)	6(9,84)	0,00	0,00	0,00	4(6,56)	61	2,372	1,076	51	5. Occipital
6. Hombros laterales	3(4,41)	52(76,47)	10(14,71)	0,00	0,00	0,00	3(4,41)	68	2,036	0,922	55	6. Hombros laterales
7. Hombros frontales	1(1,47)	54(79,41)	9(13,24)	0,00	0,00	0,00	4(5,88)	68	1,963	0,98	55	7. Hombros frontales
8. Garganta	3(4,62)	43(66,15)	10(15,38)	4(6,15)	0,00	0,00	5(7,69)	65	2,18	0,983	50	8. Garganta
9. Corazón	3(4,35)	46(66,67)	10(14,49)	2(2,90)	0,00	0,00	8(11,59)	69	2,274	1,078	51	9. Corazón
10. Takata	2(3,08)	52(80,0)	6(9,2)	1(1,54)	0,00	0,00	4(6,15)	65	2,218	1,012	55	10. Takata
11 Muñeca	5(7,81)	46(71,88)	10(15,63)	0,00	0,00	0,00	3(4,69)	64	2,215	1,101	51	11 Muñeca
12. Riñones	9(15,25)	38(64,41)	6(10,17)	0,00	0,00	0,00	6(10,17)	59	2,191	1,076	47	12. Riñones

13. Zona pélvica	0,00	45(76,27)	8(13,56)	0,00	0,00	1(1,69)	5(8,47)	59	2,177	1,093	45	13. Zona pélvica
14. Rodilla I	2(2,99)	53(79,10)	6(8,96)	2(2,99)	0,00	0,00	4(5,97)	67	2,035	1,051	57	14. Rodilla I
15. Rodilla D	3(4,62)	42(64,62)	10(15,38)	4(6,15)	0,00	0,00	6(9,23)	65	1,938	1,008	49	15. Rodilla D
16 1er Chakra	2(3,08)	50(76,92)	8(12,31)	1(1,54)	0,00	0,00	4(6,15)	65	2,358	1,145	53	16 1er Chakra
17. Tobillos	4(6,15)	51(78,46)	7(10,77)	1(1,54)	0,00	0,00	2(3,08)	65	2,232	1,19	56	17. Tobillos
18. Punta Pies	3(4,55)	49(74,24)	8(12,12)	0,00	0,00	0,00	6(9,09)	66	2,019	1,038	52	18. Punta Pies

En la **Tabla 21** que corresponde a la sesión 3 el calor fue la sensación más apreciada en el punto de mejillas 79,45% en el de corazón 78,95% y el de orejas 78,48%, le sigue la sensación de hormigueo en punto de garganta 25,33% y primer chakra 23,19% y zona pélvica 21,43%, sensación de frío en riñones un 17,46% rodilla derecha 13,51% y rodilla izquierda 12,16%. Otras sensaciones en el punto de occipital y primer chakra 8,70% y garganta con 8%, sienten bloqueo en garganta 4%, corazón 3,95% y primer chakra 2,9%. Sensación de calambre en primer chakra 2,9% y garganta 2,67%. La sensación de escalofrió en corazón 1,32%. La intensidad media más alta fue en punto de occipital 2,836 y muñeca 2,482.

Tabla 21. Sensaciones de los reikistas sesión 3.

SESIÓN 3	SENSACIONES							TOTAL n	INTENSIDAD			SESIÓN 3
	Frio n(%)	Calor n(%)	Hormigueo n(%)	Bloqueo n(%)	Escalofrió n(%)	Calambre n(%)	Otros n(%)		MEDIA	(DE)	TOTAL n	
1. Coronilla	1(1,25)	60(75,0)	13(16,25)	1(1,25)	0,00	0,00	5(6,25)	80	2,322	1,141	62	1. Coronilla
2. Ojos	1(1,30)	59(76,62)	12(15,58)	0,00	0,00	1(1,30)	4(5,19)	77	2,1	1,115	60	2. Ojos
3. Mejillas	1(1,37)	58(79,45)	10(13,70)	1(1,37)	0,00	1(1,37)	2(2,74)	73	2,166	1,027	60	3. Mejillas
4. Orejas	3(3,80)	62(78,48)	11(13,92)	0,00	0,00	0,00	3(3,80)	79	2,307	0,998	65	4. Orejas
5. Occipital	1(1,45)	48(69,57)	14(20,29)	0,00	0,00	0,00	6(8,70)	69	2,836	1,047	49	5. Occipital

6. Hombros laterales	8(10,67)	55(73,33)	9(12,0)	1(1,33)	0,00	1(1,33)	1(1,33)	75	1,968	0,942	64	6. Hombros laterales
7. Hombros frontales	7(9,59)	52(71,23)	9(12,33)	1(1,37)	0,00	1(1,37)	3(4,11)	73	2,133	0,891	60	7. Hombros frontales
8. Garganta	2(2,67)	43(57,33)	19(25,33)	3(4,0)	0,00	2(2,67)	6(8,0)	75	2,102	1,005	49	8. Garganta
9. Corazón	2(2,63)	60(78,95)	9(11,84)	3(3,95)	1(1,32)	0,00	1(1,32)	76	2,246	1,104	65	9. Corazón
10. Takata	5(6,58)	57(75,0)	9(11,84)	2(2,63)	0,00	0,00	3(3,95)	76	2,218	1,133	64	10. Takata
11 Muñeca	5(6,67)	53(70,67)	14(18,67)	0,00	0,00	0,00	3(4,0)	75	2,482	1,03	58	11 Muñeca
12. Riñones	11(17,46)	41(65,08)	7(11,11)	0,00	0,00	0,00	4(6,35)	63	2,307	1,112	52	12. Riñones
13. Zona pélvica	3(4,29)	47(67,14)	15(21,43)	1(1,43)	0,00	1(1,43)	3(4,29)	70	2,372	1,112	51	13. Zona pélvica
14. Rodilla I	9(12,16)	51(68,92)	9(12,16)	1(1,35)	0,00	0,00	4(5,41)	74	2,049	0,92	61	14. Rodilla I
15. Rodilla D	10(13,51)	52(70,27)	8(10,81)	0,00	0,00	0,00	4(5,41)	74	2,08	0,946	62	15. Rodilla D
16 1er Chakra	3(4,35)	40(57,97)	16(23,19)	2(2,90)	0,00	2(2,90)	6(8,70)	69	2,222	1,042	45	16 1er Chakra
17. Tobillos	4(5,41)	54(72,97)	12(16,22)	1(1,35)	0,00	1(1,35)	2(2,70)	74	2,423	1,053	59	17. Tobillos
18. Punta Pies	4(5,41)	54(72,97)	12(16,22)	0,00	0,00	1(1,35)	3(4,05)	74	2,258	1,052	58	18. Punta Pies

En la **Tabla 22** que corresponde a la sesión 4 la sensación más destacada fue el calor en mejillas 82,89%, zona pélvica 82,86% y orejas 79,22%. Le sigue el hormigueo en garganta 23,29%, garganta 23,94% y coronilla 20,78%. La sensación de frío en punto de riñones 20,90%, rodilla derecha 11,43% e izquierda 10%. Después la sensación de bloqueo en garganta 9,86%, hombros laterales 7,25% y muñeca 4,48%. Otras sensaciones en punto de primer chakra 8,22% hombros laterales 7,25% y zona pélvica 4,29%, la sensación de calambre en ojos 2,74% y escalofrió en zona pélvica 1,43%. En cuanto a la intensidad el punto de corazón y el de orejas fueron los más elevados con 2,53 y 2,303 de media.

Tabla 22. Sensaciones de los reikistas sesión 4.

SESIÓN 4	SENSACIONES							TOTAL n	INTENSIDAD			SESIÓN 4
	Frio n(%)	Calor n(%)	Hormigueo n(%)	Bloqueo n(%)	Escalo frío n(%)	Calambre n(%)	Otros n(%)		MEDIA	(DE)	TOTAL n	
1. Coronilla	3(3,90)	56(72,73)	16(20,78)	0,00	0,00	0,00	2(2,60)	77	2,186	1,106	59	1. Coronilla
2.Ojos	2(2,74)	49(67,12)	15(20,55)	2(2,74)	1(1,37)	2(2,74)	2(2,74)	73	2,188	1,075	53	2.Ojos
3. Mejillas	3(3,95)	63(82,89)	5(6,58)	1(1,32)	0,00	0,00	4(5,26)	76	2,089	0,98	67	3. Mejillas
4. Orejas	4(5,19)	61(79,22)	7(9,09)	1(1,30)	0,00	0,00	4(5,19)	77	2,303	0,976	66	4. Orejas
5. Occipital	3(4,55)	52(78,79)	7(10,61)	0,00	0,00	0,00	5(6,06)	66	2,49	1,05	55	5. Occipital
6. Hombros laterales	1(1,45)	52(75,36)	6(8,70)	5(7,25)	0,00	0,00	5(7,25)	69	2,189	0,907	58	6. Hombros laterales
7. Hombros frontales	2(2,90)	54(78,26)	7(10,14)	2(2,90)	0,00	0,00	4(5,80)	69	2,137	0,999	58	7. Hombros frontales
8. Garganta	2(2,82)	41(57,75)	17(23,94)	7(9,86)	0,00	0,00	4(5,63)	71	2,12	0,961	50	8. Garganta
9. Corazón	5(6,67)	57(76,0)	7(9,33)	3(4,0)	0,00	0,00	3(4,0)	75	2,353	1,037	65	9. Corazón
10. Takata	3(4,05)	58(78,38)	7(9,46)	1(1,35)	0,00	0,00	5(6,76)	74	2,29	1,077	62	10. Takata
11 Muñeca	4(5,97)	43(64,18)	13(19,40)	3(4,48)	0,00	1(1,49)	3(4,48)	67	2,32	1,168	50	11 Muñeca
12. Riñones	14(20,90)	43(64,18)	3(4,48)	2(2,99)	0,00	0,00	5(7,46)	67	2,152	1,079	59	12. Riñones
13. Zona pélvica	2(2,86)	58(82,86)	6(8,57)	0,00	1(1,43)	0,00	3(4,29)	70	2,1	0,951	60	13. Zona pélvica
14. Rodilla I	7(10,0)	49(70,0)	10(14,29)	1(1,43)	0,00	0,00	3(4,29)	70	1,859	0,895	57	14. Rodilla I
15. Rodilla D	8(11,43)	50(71,43)	8(11,43)	0,00	0,00	0,00	4(5,71)	70	1,948	0,906	58	15. Rodilla D
16 1er Chakra	5(6,85)	44(60,27)	17(23,29)	0,00	0,00	1(1,37)	6(8,22)	73	2,244	1,071	49	16 1er Chakra
17. Tobillos	4(5,97)	51(76,12)	8(11,94)	0,00	0,00	0,00	4(5,97)	67	2,272	1,096	55	17. Tobillos
18. Punta Pies	6(8,57)	51(72,86)	10(14,29)	0,00	0,00	0,00	3(4,29)	70	2,070	1,032	57	18. Punta Pies

En la **Tabla 23** que corresponde a la sesión 5 la sensación de calor fue la que más se presenta en los puntos de orejas 86,11%, hombros frontales 85,07% y punta de los pies 84,06%, seguido de la sensación de hormigueo en primer chakra 19,40%, ojos 17,91% y garganta 15,94%, la sensación de frío en rodilla derecha 15,94%, riñones 14,04% , muñeca y rodilla izquierda con 12,50%, la sensación de bloqueo en garganta 13,04%, corazón 7,14 y riñones 5,26%, la sensación de calambre con 1,54% y el escalofrió 1,45%. Los puntos con mayor intensidad fueron el calambre 1,54 y el escalofrió 1,45 de media.

Tabla 23. Sensaciones de los reikistas sesión 5.

SESIÓN 5	SENSACIONES							TOTAL n	INTENSIDAD			SESIÓN 5
	Frio n(%)	Calor n(%)	Hormigueo n(%)	Bloqueo % (n)	Escalofrió % (n)	Calambre % (n)	Otros % (n)		MEDIA	(DE)	Min 1 TOTAL n	
1. Coronilla	2(2,63)	58(76,32)	12(15,79)	1(1,32)	0,00	0,00	3(3,95)	76	2,161	1,027	62	1. Coronilla
2.Ojos	1(1,49)	50(74,63)	12(17,91)	0,00	0,00	0,00	4(5,97)	67	2,254	0,996	51	2.Ojos
3. Mejillas	2(2,94)	55(80,88)	5(7,35)	0,00	0,00	0,00	6(8,82)	68	2,21	0,901	57	3. Mejillas
4. Orejas	2(2,78)	62(86,11)	3(4,17)	2(2,78)	0,00	0,00	3(4,17)	72	2,242	1,053	66	4. Orejas
5. Occipital	0,00	51(78,46)	8(12,31)	0,00	0,00	1(1,54)	5(7,69)	65	2,588	1,042	51	5. Occipital
6. Hombros laterales	0,00	54(80,60)	7(10,45)	1(1,49)	0,00	0,00	5(7,46)	67	2,018	0,971	55	6. Hombros laterales
7. Hombros frontales	0,00	57(85,07)	6(8,96)	2(2,99)	0,00	0,00	2(2,99)	67	2,135	0,99	59	7. Hombros frontales
8. Garganta	0,00	44(63,77)	11(15,94)	9(13,04)	1(1,45)	0,00	4(5,80)	69	2,188	1,02	53	8. Garganta
9. Corazón	0,00	56(80,0)	6(8,57)	5(7,14)	0,00	0,00	3(4,29)	70	2,269	1,08	63	9. Corazón
10. Takata	2(2,90)	55(79,71)	8(11,59)	0,00	0,00	0,00	4(5,80)	69	2,438	1	57	10. Takata
11 Muñeca	8(12,50)	46(71,88)	9(14,06)	0,00	0,00	0,00	1(1,56)	64	2,203	1,07	54	11 Muñeca
12. Riñones	8(14,04)	38(66,67)	5(8,77)	3(5,26)	0,00	0,00	3(5,26)	57	2,183	0,905	49	12. Riñones

13. Zona pélvica	2(3,28)	51(83,61)	5(8,20)	0,00	0,00	0,00	3(4,92)	61	2,15	1,026	53	13. Zona pélvica
14. Rodilla I	9(12,50)	48(66,67)	8(11,11)	0,00	0,00	0,00	7(9,72)	72	1,947	0,914	57	14. Rodilla I
15. Rodilla D	11(15,94)	47(68,12)	7(10,14)	1(1,45)	0,00	0,00	3(4,35)	69	1,915	0,915	59	15. Rodilla D
16 1er Chakra	1(1,49)	41(61,19)	13(19,40)	2(2,99)	0,00	0,00	10(14,93)	67	2,227	1,008	44	16 1er Chakra
17. Tobillos	4(6,06)	49(74,24)	9(13,64)	0,00	0,00	0,00	4(6,06)	66	2,207	1,098	53	17. Tobillos
18. Punta Pies	0,00	58(84,06)	7(10,14)	0,00	0,00	0,00	4(5,80)	69	2,172	1,028	58	18. Punta Pies

En la **Tabla 24** que corresponde a la sesión 6 la sensación más frecuente fue la de calor en el punto de mejillas 86,57%, takata 85,71% y orejas 82,67%, le sigue la sensación de hormigueo en el primer chakra 23,53%, coronilla 20,25% y muñeca 18,84%, la sensación de frío en rodilla derecha 14,8%, riñones 14,06%, tobillos y rodilla izquierda 12,33%. Otras sensaciones en los puntos de garganta 8,45%, primer chakra 7,35% y riñones 6,25%, la sensación de escalofrió en la zona pélvica 1,49%. Los puntos con intensidad media más alta fueron el de corazón 2,557 y occipital 2,526.

Tabla 24. Sensaciones de los reikistas sesión 6.

SESIÓN 6	SENSACIONES							TOTAL n	INTENSIDAD			SESIÓN 6
	Frio n(%)	Calor n(%)	Hormigueo n(%)	Bloqueo n(%)	Escalofrió n(%)	Calambre n(%)	Otros n(%)		MEDIA	(DE)	TOTAL n	
1. Coronilla	0,00	63(79,75)	16(20,25)	0,00	0,00	0,00	0,00	79	2,349	1,018	63	1. Coronilla
2.Ojos	1(1,39)	58(80,56)	9(12,50)	1(1,39)	0,00	0,00	3(4,17)	72	2,083	1,062	60	2.Ojos
3. Mejillas	0,00	58(86,57)	5(7,46)	1(1,49)	0,00	0,00	3(4,48)	67	2,237	0,877	59	3. Mejillas
4. Orejas	2(2,37)	62(82,67)	7(9,33)	1(1,33)	0,00	0,00	3(4,00)	75	2,169	0,944	65	4. Orejas
5. Occipital	0,00	57(81,43)	11(15,71)	0,00	0,00	0,00	2(2,86)	70	2,526	1,103	57	5. Occipital
6. Hombros laterales	2(2,99)	55(82,09)	6(8,96)	0,00	0,00	0,00	4(5,97)	67	2,017	0,834	57	6. Hombros laterales

7. Hombros frontales	1(1,49)	55(82,09)	7(10,45)	0,00	0,00	0,00	4(5,97)	67	2,035	0,913	56	7. Hombros frontales
8. Garganta	3(4,23)	49(69,01)	11(15,49)	2(2,82)	0,00	0,00	6(8,45)	71	2,092	0,976	54	8. Garganta
9. Corazón	3(4,11)	56(76,71)	11(15,07)	1(1,37)	0,00	0,00	2(2,74)	73	2,557	1,088	61	9. Corazón
10. Takata	3(4,29)	60(85,71)	4(5,71)	0,00	0,00	0,00	3(4,29)	70	2,38	1,069	63	10. Takata
11 Muñeca	2(2,90)	50(72,46)	13(18,84)	1(1,45)	0,00	0,00	3(4,35)	69	2,301	0,991	53	11 Muñeca
12. Riñones	9(14,06)	44(68,75)	6(9,38)	1(1,56)	0,00	0,00	4(6,25)	64	1,87	0,825	54	12. Riñones
13. Zona pélvica	2(2,99)	53(79,10)	7(10,45)	0,00	1(1,49)	0,00	4(5,97)	67	2,163	0,957	55	13. Zona pélvica
14. Rodilla I	9(12,33)	52(71,23)	8(10,96)	0,00	0,00	0,00	4(5,48)	73	1,901	0,978	61	14. Rodilla I
15. Rodilla D	11(14,86)	49(66,22)	9(12,16)	0,00	0,00	0,00	5(6,76)	74	2,05	1,048	60	15. Rodilla D
16 1er Chakra	7(10,29)	40(58,82)	16(23,53)	0,00	0,00	0,00	5(7,35)	68	2,125	1,044	48	16 1er Chakra
17. Tobillos	9(12,33)	51(69,86)	11(15,07)	0,00	0,00	0,00	2(2,74)	73	2,183	1,096	60	17. Tobillos
18. Punta Pies	6(8,45)	52(73,24)	10(14,08)	0,00	0,00	0,00	3(4,23)	71	2,086	1,03	58	18. Punta Pies

En la **Tabla 25** que corresponde a la sesión 7 la sensación más percibida fue la de calor en los puntos de corazón 79,71% , coronilla 79,25% y hombros laterales 76,71%. A continuación el hormigueo en la zona de occipital 26,09%, zona pélvica 24,64% y garganta 24,29%, la sensación de frío en riñones 21,67%, rodilla derecha 10% y zona pélvica 8,70%, otras sensaciones en punto de mejillas 9,86%, orejas 8,97% y muñecas 8,70%. Sensación de bloqueo en garganta 5,71%, hombros frontales 5,48% y punto takata 4,17%, la sensación de calambre en primer chakra 1,49 y escalofrió en hombros laterales 1,37%. La mayor intensidad media en el punto occipital con 2,229.

Tabla 25. Sensaciones de los reikistas sesión 7.

SESIÓN 7	SENSACIONES							TOTAL n	INTENSIDAD			SESIÓN 7
	Frio n(%)	Calor n(%)	Hormiguelo n(%)	Bloqueo n(%)	Escalofrió n(%)	Calambre n(%)	Otros n(%)		MEDIA	(DE)	Min 1 TOTAL n	
1. Coronilla	1(1,27)	60(79,25)	15(18,99)	1(1,27)	0,00	0,00	2(2,53)	79	2	0,905	62	1. Coronilla
2.Ojos	1(1,30)	54(70,13)	15(19,48)	1(1,30)	0,00	0,00	6(7,79)	77	1,964	0,99	56	2.Ojos
3. Mejillas	3(4,23)	54(76,06)	7(9,86)	0,00	0,00	0,00	7(9,86)	71	1,842	0,774	57	3. Mejillas
4. Orejas	3(3,85)	55(70,51)	13(16,67)	0,00	0,00	0,00	7(8,97)	78	1,913	0,941	58	4. Orejas
5. Occipital	1(1,45)	47(68,12)	18(26,09)	0,00	0,00	0,00	3(4,35)	69	2,229	0,95	48	5. Occipital
6. Hombros laterales	3(4,11)	56(76,71)	10(13,70)	1(1,37)	1(1,37)	0,00	2(2,74)	73	1,866	0,7	60	6. Hombros laterales
7. Hombros frontales	3(4,11)	55(75,34)	7(9,59)	4(5,48)	0,00	1(1,37)	3(4,11)	73	1,854	0,902	62	7. Hombros frontales
8. Garganta	1(1,43)	44(62,86)	1(24,29)	4(5,71)	0,00	0,00	4(5,71)	70	2,061	1,008	49	8. Garganta
9. Corazón	1(1,45)	55(79,71)	10(14,49)	1(1,45)	0,00	0,00	2(2,90)	69	2,192	0,811	57	9. Corazón
10. Takata	1(1,39)	54(75,0)	10(13,89)	3(4,17)	0,00	0,00	4(5,56)	72	2,103	0,852	58	10. Takata
11 Muñeca	3(4,35)	45(65,22)	15(21,74)	0,00	0,00	0,00	6(8,70)	69	2,208	0,966	48	11 Muñeca
12. Riñones	13(21,6)	35(58,33)	10(16,67)	0,00	0,00	0,00	2(3,33)	60	1,916	0,895	48	12. Riñones
13. Zona pélvica	6(8,70)	43(62,32)	17(24,64)	1(1,45)	0,00	0,00	2(2,90)	69	1,82	0,747	50	13. Zona pélvica
14. Rodilla I	5(6,94)	54(75,0)	9(12,50)	1(1,39)	0,00	1,39(1)	2(2,78)	72	1,766	0,87	60	14. Rodilla I
15. Rodilla D	7(10,0)	48(68,57)	12(17,14)	0,00	0,00	1,43(1)	2(2,86)	70	1,763	0,792	55	15. Rodilla D
16 1er Chakra	4(5,97)	43(64,18)	15(22,39)	1(1,49)	0,00	1,49(1)	3(4,48)	67	2	0,945	48	16 1er Chakra
17. Tobillos	4(5,56)	50(69,44)	14(19,44)	0,00	0,00	0,00	4(5,56)	72	2,074	1,113	54	17. Tobillos
18. Punta Pies	5(6,94)	52(72,22)	12(16,67)	0,00	0,00	0,00	3(4,17)	72	1,964	0,962	57	18. Punta Pies

En la **Tabla 26** que corresponde a la sesión 8 la sensación más repetida fue la de calor en punto hombros laterales 85,92%, hombros frontales 83,10% y orejas 82,86%, le sigue la sensación de hormigueo en garganta 18,18%, ojos 17,81% y occipital 16,13%, la sensación de frío en riñones 13,79%, rodilla derecha 7,25 y rodilla izquierda 7,14%, otras sensaciones en garganta 9,09%, punta de los pies 8,82% y occipital 8,06%, sensación de bloqueo en primer chakra 7,46%, rodilla derecha 5,80% y rodilla izquierda 5,71%. Sensación de escalofrío en muñeca 3,08% y calambre en primer chakra 1,49%. La intensidad media más alta fue de 3 en occipital, corazón 2,535 y riñones 2,51.

Tabla 26. Sensaciones de los reikistas sesión 8.

SESIÓN 8	SENSACIONES							TOTAL n	INTENSIDAD			
	Frio n(%)	Calor n(%)	Hormigueo n(%)	Bloqueo n(%)	Escalofrío n(%)	Calambre n(%)	Otros n(%)		MEDIA (DE)	Min 1 n	Max 4 n	SESIÓN 8
1. Coronilla	1(1,35)	60(81,08)	7(9,46)	3(4,05)	0,00	0,00	4,05(3)	74	2,296	1,049	64	1. Coronilla
2.Ojos	1(1,37)	54(73,97)	13(17,81)	1(1,37)	0,00	0,00	5,48(4)	73	2,218	1,083	55	2.Ojos
3. Mejillas	3(4,48)	54(80,60)	6(8,96)	0,00	0,00	0,00	5,97(4)	67	2,21	0,92	57	3. Mejillas
4. Orejas	3(4,29)	58(82,86)	6(8,57)	1(1,43)	0,00	0,00	2,86(2)	70	2,354	0,942	62	4. Orejas
5. Occipital	1(1,61)	46(74,19)	10(16,13)	0,00	0,00	0,00	8,06(5)	62	3	1	47	5. Occipital
6. Hombros laterales	1(1,41)	61(85,92)	6(8,45)	0,00	0,00	0,00	4,23(3)	71	2,274	0,926	62	6. Hombros laterales
7. Hombros frontales	0,00	59(83,10)	7(9,86)	1(1,41)	0,00	0,00	5,63(4)	71	2,333	0,932	60	7. Hombros frontales
8. Garganta	4(6,06)	40(60,61)	12(18,18)	3(4,55)	1(1,52)	0,00	9,09(6)	66	2,255	0,846	47	8. Garganta
9. Corazón	3(4,48)	51(76,12)	9(13,43)	1(1,49)	0,00	0,00	4,48(3)	67	2,535	0,971	56	9. Corazón
10. Takata	2(2,90)	56(81,16)	5(7,25)	2(2,90)	0,00	0,00	5,80(4)	69	2,366	1,007	60	10. Takata
11 Muñeca	1(1,54)	53(81,54)	6(9,23)	0,00	2(3,08)	0,00	4,62(3)	65	2,388	0,959	54	11 Muñeca

12. Riñones	8(13,79)	40(68,97)	5(8,62)	1(1,72)	0,00	0,00	6,90(4)	58	2,51	0,981	49	12. Riñones
13. Zona pélvica	3(4,41)	53(77,94)	4(5,88)	2(2,94)	1(1,47)	0,00	7,35(5)	68	2,172	0,975	58	13. Zona pélvica
14. Rodilla I	5(7,14)	49(70,0)	8(11,43)	4(5,71)	0,00	0,00	5,71(4)	70	2,051	1,05	58	14. Rodilla I
15. Rodilla D	5(7,25)	47(68,12)	8(11,59)	4(5,80)	0,00	0,00	7,25(5)	69	2	0,99	56	15. Rodilla D
16 1er Chakra	3(4,48)	46(68,66)	10(14,93)	5(7,46)	0,00	1(1,49)	2,99(2)	67	2,314	1,078	54	16 1er Chakra
17. Tobillos	3(4,29)	55(78,57)	8(11,43)	0,00	0,00	1(1,43)	4,29(3)	70	2,172	0,993	58	17. Tobillos
18. Punta Pies	3(4,41)	53(77,94)	5(7,35)	1(1,47)	0,00	0,00	8,82(6)	68	2,14	1,007	57	18. Punta Pies

En la **Tabla 27** que corresponde a la sesión 9 la sensación más frecuente fue el calor con un 84,38% en el punto takata, 81,43 en orejas y 80,95 en mejillas, le sigue la sensación de hormigueo en occipital 23,08%, coronilla 19,44% y primer chakra 18,75%. La sensación de frío en riñones 20,97%, muñeca 10,14% y primer chakra 9,38%. Otras sensaciones en mejillas 9,52% riñones 8,06, rodilla izquierda 7,35%, sensación de bloqueo en primer chakra 6,25%, garganta 5,80% y riñones 3,23% y sensación de calambre en primer chakra 3,13%. La intensidad media más alta fue el punto de occipital 2,625 y corazón 2,519.

Tabla 27. Sensaciones de los reikistas sesión 9.

SESIÓN 9	SENSACIONES							TOTAL n	INTENSIDAD		TOTAL n	Max 4 SESIÓN 9
	Frio n(%)	Calor n(%)	Hormigueo n(%)	Bloqueo n(%)	Escalofrió n(%)	Calambre n(%)	Otros n(%)		MEDIA	(DE)		
1. Coronilla	3(4,17)	53(73,61)	14(19,44)	0,00	0,00	0,00	2(2,78)	72	2,482	1,061	56	1. Coronilla
2.Ojos	3(4,41)	53(77,94)	10(14,71)	0,00	0,00	0,00	2(2,94)	68	2,303	1,06	56	2.Ojos
3. Mejillas	1(1,59)	51(80,95)	5(7,94)	0,00	0,00	0,00	6(9,52)	63	2,384	1,087	52	3. Mejillas
4. Orejas	3(4,29)	57(81,43)	8(11,43)	0,00	0,00	0,00	2,(2,86)	70	2,416	0,996	60	4. Orejas
5. Occipital	1(1,54)	47(72,31)	15(23,08)	0,00	0,00	0,00	2(3,08)	65	2,625	0,981	48	5. Occipital

6. Hombros laterales	4(6,15)	51(78,46)	7(10,77)	0,00	0,00	0,00	3(4,62)	65	2,254	0,966	55	6. Hombros laterales
7. Hombros frontales	3(4,69)	50(78,13)	7(10,94)	0,00	0,00	0,00	4(6,25)	64	2,396	1,115	53	7. Hombros frontales
8. Garganta	2(2,90)	48(69,57)	11(15,94)	4(5,80)	0,00	1(1,45)	3(4,35)	69	2,148	0,855	54	8. Garganta
9. Corazón	3(4,76)	49(77,78)	8(12,70)	0,00	0,00	0,00	3(4,76)	63	2,519	0,999	52	9. Corazón
10. Takata	1(1,56)	54(84,38)	3(4,69)	2(3,13)	0,00	0,00	4(6,25)	64	2,35	1,026	57	10. Takata
11 Muñeca	7(10,14)	51(73,91)	7(10,14)	0,00	0,00	0,00	4(5,80)	69	2,206	0,968	58	11 Muñeca
12. Riñones	13(20,97)	37(59,68)	5(8,06)	2(3,23)	0,00	0,00	5(8,06)	62	2,288	1,035	52	12. Riñones
13. Zona pélvica	4(6,06)	49(74,24)	8(12,12)	1(1,52)	0,00	0,00	4(6,06)	66	2,055	0,833	54	13. Zona pélvica
14. Rodilla I	5(7,35)	49(72,06)	8(11,76)	1(1,47)	0,00	0,00	5(7,35)	68	1,963	0,98	55	14. Rodilla I
15. Rodilla D	3(4,62)	51(78,46)	6(9,23)	1(1,54)	0,00	0,00	4(6,15)	65	2	0,902	55	15. Rodilla D
16 1er Chakra	6(9,38)	38(59,38)	12(18,75)	4(6,25)	0,00	2(3,13)	2(3,13)	64	2,187	1,003	48	16 1er Chakra
17. Tobillos	4(6,15)	50(76,92)	6(9,23)	1(1,54)	0,00	0,00	4(6,15)	65	2,163	1,014	55	17. Tobillos
18. Punta Pies	3(5,08)	46(77,97)	7(11,86)	1(1,69)	0,00	1(1,69)	1(1,69)	59	2,18	1,003	50	18. Punta Pies

La **Tabla 28** corresponde a la sesión 10 la sensación más frecuente fue el calor en mejillas 85,92%, hombros laterales 85,51%, hombros frontales y corazón con 84,85%. Seguido de la sensación de hormigueo en coronilla 14,29% y occipital 13,85%, la sensación de frío en rodilla derecha 14,71% y rodilla izquierda 14,29% y riñones 11,86%. Otras sensaciones en mejillas 7,05%, zona pélvica 6,25% y primer chakra 6,15%. Sensación de calambre en primer chakra 3,08%, sensación de bloqueo en corazón 3,03% y punto takata 2,94%. Y sensación de escalofrió en zona pélvica 1,56%. La intensidad media más elevada fue en los puntos de coronilla 2,482 y garganta 2,259.

Tabla 28. Sensaciones de los reikistas sesión 10.

SESIÓN 10	SENSACIONES							TOTAL n	INTENSIDAD			SESIÓN 10
	Frio n(%)	Calor n(%)	Hormigueo n(%)	Bloqueo n(%)	Escalofrió n(%)	Calambre n(%)	Otros n(%)		MEDIA	(DE)	Min 1 TOTAL n	
1. Coronilla	0,00	56(80,00)	10(14,29)	0,00	0,00	0,00	4(5,71)	70	2,482	1,061	57	1. Coronilla
2.Ojos	1(1,52)	55(83,33)	7(10,61)	0,00	0,00	0,00	3(4,55)	66	2,107	1,073	56	2.Ojos
3. Mejillas	1(1,41)	61(85,92)	4(5,63)	0,00	0,00	0,00	5(7,05)	71	2,08	0,996	62	3. Mejillas
4. Orejas	4(5,71)	57(81,43)	6(8,57)	1(1,43)	0,00	0,00	2(2,86)	70	2,177	1	62	4. Orejas
5. Occipital	1(1,54)	54(83,08)	9(13,85)	0,00	0,00	0,00	1(1,54)	65	2,272	1,062	55	5. Occipital
6. Hombros laterales	2(2,90)	59(85,51)	4(5,80)	0,00	0,00	0,00	4(5,80)	69	1,918	0,918	61	6. Hombros laterales
7. Hombros frontales	2(3,03)	56(84,85)	5(7,58)	0,00	0,00	0,00	3(4,55)	66	2,189	1,099	58	7. Hombros frontales
8. Garganta	2(3,08)	51(78,46)	8(12,31)	1(1,54)	1(1,54)	0,00	2(3,08)	65	2,259	0,974	54	8. Garganta
9. Corazón	0,00	56(84,85)	5(7,58)	2(3,03)	0,00	0,00	3(4,55)	66	2,258	1,035	58	9. Corazón
10. Takata	2(2,94)	55(80,88)	5(7,35)	2(2,94)	0,00	0,00	4(5,88)	68	2,203	0,96	59	10. Takata
11 Muñeca	6(8,96)	51(76,12)	8(11,94)	1(1,49)	0,00	0,00	1(1,49)	67	2,258	1,052	58	11 Muñeca
12. Riñones	7(11,86)	43(72,88)	6(10,17)	0,00	0,00	0,00	3(5,08)	59	2,12	0,961	50	12. Riñones
13. Zona pélvica	1(1,56)	51(79,69)	6(9,38)	1(1,56)	1(1,56)	0,00	4(6,25)	64	1,924	0,895	53	13. Zona pélvica
14. Rodilla I	10(14,29)	53(75,71)	6(8,57)	0,00	0,00	0,00	1(1,43)	70	2,031	1,015	63	14. Rodilla I
15. Rodilla D	10(14,71)	52(76,47)	5(7,35)	0,00	0,00	0,00	1(1,47)	68	2,064	1,022	62	15. Rodilla D
16 1er Chakra	3(4,62)	42(64,62)	13(20,0)	1(1,54)	0,00	2(3,08)	4(6,15)	65	1,978	0,954	46	16 1er Chakra
17. Tobillos	4(5,97)	56(83,58)	6(8,96)	0,00	0,00	0,00	1(1,49)	67	2	1,025	60	17. Tobillos
18. Punta Pies	4(6,15)	53(81,54)	6(9,23)	0,00	0,00	0,00	2(3,08)	65	2	1,069	57	18. Punta Pies

En la **Tabla 29** que corresponde a la sesión 11 la sensación más repetida fue la de calor en mejillas 90,16%, hombros laterales 90%, hombros frontales 89,83 %. Seguido de la sensación de frío en riñones 18,03%, rodilla izquierda 15,63% y rodilla derecha 11,11%., sensación de hormigueo en muñeca 17,19%, occipital 16,39% y en primer chakra 13,33% y Otras sensaciones en primer chakra 6,67%, punto takata y punta de pies con 4,76%. Sensación de bloqueo en garganta 4,62%, punto takata 3,17%, corazón 3,13%. Sensación de calambre en primer garganta 1,54%. En cuanto a la media de la intensidad el valor más alto fue en ojos 2,452 y occipital 2,411.

Tabla 29. Sensaciones de los reikistas sesión 11.

SESIÓN 11	SENSACIONES							TOTAL n	INTENSIDAD			SESIÓN 11
	Frio n(%)	Calor n(%)	Hormigueo n(%)	Bloqueo n(%)	Escalofrió n(%)	Calambre n(%)	Otros n(%)		MEDIA	(DE)	TOTAL n	
1. Coronilla	0,00	60(88,24)	8(11,76)	0,00	0,00	0,00	0,00	68	2,2	1,07	60	1. Coronilla
2.Ojos	1(1,61)	52(83,97)	8(12,90)	0,00	0,00	0,00	1(1,61)	62	2,452	1,158	53	2.Ojos
3. Mejillas	0,00	55(90,16)	5(8,20)	0,00	0,00	0,00	1(1,64)	61	1,945	1,007	55	3. Mejillas
4. Orejas	3(4,55)	59(89,39)	4(6,06)	0,00	0,00	0,00	0,00	66	2,045	1,022	62	4. Orejas
5. Occipital	2(3,28)	49(80,33)	10(16,39)	0,00	0,00	0,00	0,00	61	2,411	1,062	51	5. Occipital
6. Hombros laterales	0,00	54(90,0)	5(8,33)	0,00	0,00	0,00	1(1,67)	60	2,037	0,93	54	6. Hombros laterales
7. Hombros frontales	0,00	53(89,83)	4(6,78)	0,00	0,00	0,00	2(3,39)	59	2,075	1,016	53	7. Hombros frontales
8. Garganta	2(3,08)	50(76,92)	8(12,31)	3(4,62)	0,00	1(1,54)	1(1,54)	65	2,0127	1,001	55	8. Garganta
9. Corazón	0,00	55(85,94)	5(7,81)	2(3,13)	0,00	0,00	2(3,13)	64	2,333	1,17	57	9. Corazón
10. Takata	0,00	54(85,71)	4(6,35)	2(3,17)	0,00	0,00	3(4,76)	63	2,214	1,073	56	10. Takata
11 Muñeca	4(6,25)	49(75,56)	11(17,19)	0,00	0,00	0,00	0,00	64	1,981	1,009	53	11 Muñeca
12. Riñones	11(18,03)	41(67,21)	7(11,48)	1(1,64)	0,00	0,00	1(1,64)	61	2,018	1,168	53	12. Riñones

13. Zona pélvica	1(1,67)	49(81,67)	7(11,67)	1(1,67)	0,00	0,00	2(3,33)	60	2,019	1	51	13. Zona pélvica
14. Rodilla I	10(15,63)	50(78,13)	4(6,25)	0,00	0,00	0,00	0,00	64	1,85	0,953	60	14. Rodilla I
15. Rodilla D	7(11,11)	52(82,54)	4(6,35)	0,00	0,00	0,00	0,00	63	1,932	1,014	59	15. Rodilla D
16 1er Chakra	2(3,33)	45(75,00)	8(13,33)	1(1,67)	0,00	0,00	4(6,67)	60	2,041	1,11	48	16 1er Chakra
17. Tobillos	5(8,06)	51(82,26)	6(9,68)	0,00	0,00	0,00	0,00	62	2,053	1,134	56	17. Tobillos
18. Punta Pies	2(3,17)	50(79,37)	7(11,11)	1(1,59)	0,00	0,00	3(4,76)	63	2,056	1,167	53	18. Punta Pies

En la **Tabla 30** correspondiente a la última sesión la 12 la sensación más frecuente fue la de calor en punto de mejillas 90,16% orejas 89,06%, y hombros laterales 88,71%. Seguido de la sensación de frío en rodilla derecha 22,58%, rodilla izquierda 22,22% y muñeca 19,05%. Sensación de hormigueo en primer chakra 19,67%, coronilla 13,43%, occipital, muñeca y rodilla izquierda 12,70%. Otras sensaciones en punto takata 9,84%, primer chakra 6,56% y riñones 5,17%, sensación de bloqueo en hombros laterales y frontales 3,23% y garganta 3,13%. La intensidad media más alta fue en el punto de corazón y occipital con 2,384.

Tabla 30. Sensaciones de los reikistas sesión 12.

SESIÓN 12	SENSACIONES							TOTAL n	INTENSIDAD		TOTAL n	SESIÓN 12
	Frio n(%)	Calor n(%)	Hormigueo n(%)	Bloqueo n(%)	Escalofrió n(%)	Calambre n(%)	Otros n(%)		MEDIA	(DE)		
1. Coronilla	2(2,99)	53(79,10)	19(3,43)	0,00	0,00	0,00	3(4,48)	67	2,054	0,95	55	1. Coronilla
2.Ojos	1(1,56)	55(85,94)	6(9,38)	0,00	0,00	0,00	2(3,13)	64	2,071	1,041	56	2.Ojos
3. Mejillas	2(3,28)	55(90,16)	3(4,92)	0,00	0,00	0,00	1(1,64)	61	2,14	0,953	57	3. Mejillas
4. Orejas	4(6,25)	57(89,06)	3(4,69)	0,00	0,00	0,00	0,00	64	2,295	1,005	61	4. Orejas
5. Occipital	1(1,59)	51(80,95)	8(12,70)	0,00	0,00	0,00	3(4,76)	63	2,384	1,05	52	5. Occipital
6. Hombros laterales	1(1,61)	55(88,71)	4(6,45)	2(3,23)	0,00	0,00	0,00	62	2,034	0,954	58	6. Hombros laterales

7. Hombros frontales	2(3,23)	53(85,48)	4(6,45)	2(3,23)	0,00	0,00	1(1,61)	62	1,947	0,952	57	7. Hombros frontales
8. Garganta	2(3,13)	50(78,13)	7(10,94)	2(3,13)	0,00	0,00	3(4,69)	64	2,277	0,94	54	8. Garganta
9. Corazón	1(1,64)	51(83,61)	6(9,84)	0,00	0,00	0,00	3(4,92)	61	2,384	1,012	52	9. Corazón
10. Takata	1(1,64)	50(81,97)	4(6,56)	0,00	0,00	0,00	6(9,84)	61	2,333	0,909	51	10. Takata
11 Muñeca	12(19,05)	40(63,49)	8(12,70)	0,00	0,00	0,00	3(4,76)	63	2,153	1,055	52	11 Muñeca
12. Riñones	19(15,52)	41(70,69)	4(6,90)	1(1,72)	0,00	0,00	3(5,17)	58	2,274	1,078	51	12. Riñones
13. Zona pélvica	1(1,69)	50(84,75)	6(10,17)	1(1,69)	0,00	0,00	1(1,69)	59	2,076	0,925	52	13. Zona pélvica
14. Rodilla I	14(22,22)	38(60,32)	8(12,70)	0,00	0,00	0,00	3(4,76)	63	1,788	0,935	52	14. Rodilla I
15. Rodilla D	14(22,58)	41(66,13)	5(8,06)	0,00	0,00	0,00	2(3,23)	62	1,854	0,931	55	15. Rodilla D
16 1er Chakra	5(8,20)	40(65,57)	12(19,67)	0,00	0,00	0,00	4(6,56)	61	2,266	0,986	45	16 1er Chakra
17. Tobillos	11(17,74)	45(72,58)	5(8,06)	0,00	0,00	0,00	1(1,61)	62	2,142	1,135	56	17. Tobillos
18. Punta Pies	4(6,56)	47(77,05)	7(11,48)	0,00	0,00	0,00	3(4,92)	61	1,941	1,047	51	18. Punta Pies

A modo de resumen se presenta en la **Tabla 31** las frecuencias de las sensaciones del reikista durante las sesiones. (mínimo una sesión realizada). La tabla muestra que los reikistas sienten de mayor a menor frecuencia: calor, hormigueo, frío, otras sensaciones, calambre y bloqueo.

Se observa que en la sensación de frío el punto más repetido es el de riñones 8,08%, de la sensación de calor las orejas 96,97%, de la sensación de hormigueo el punto de garganta 15,15%, de la sensación de bloqueo la garganta 2,02%, de la sensación de calambre los puntos de coronilla, garganta y primer chakra 1,01% y en otras sensaciones el punto de riñones 4,04%.

Tabla 31. Sensaciones de los reikistas más frecuentes durante las sesiones realizadas.

SENSACIONES MÁS FRECUENTES DURANTE LAS SESIONES REALIZADAS.	Frio n(%)	Calor n(%)	Hormigueo n(%)	Bloqueo n(%)	n(%)	Calambre n(%)	Otros n(%)	TOTAL n
1. Coronilla	1(1,01)	89(89,90)	8(8,08)	0,00	0,00	1(1,01)	0,00	99
2.Ojos	1(1,02)	89(90,82)	8(8,16)	0,00	0,00	0,00	0,00	98
3. Mejillas	1(2,02)	94(94,95)	1(2,02)	0,00	0,00	0,00	1(1,01)	99
4. Orejas	1(1,01)	96(96,97)	1(2,02)	0,00	0,00	0,00	0,00	99
5. Occipital	1(1,01)	90(90,91)	6(6,06)	0,00	0,00	0,00	1(2,02)	99
6. Hombros laterales	1(1,01)	93(93,94)	5(5,05)	0,00	0,00	0,00	0,00	99
7. Hombros frontales	1(1,01)	92(92,93)	6(6,06)	0,00	0,00	0,00	0,00	99
8. Garganta	0,00	81(81,82)	15(15,15)	2(2,02)	0,00	1(1,01)	0,00	99
9. Corazón	0,00	93(94,90)	4(4,08)	0,00	0,00	0,00	1(1,02)	98
10. Takata	1(1,01)	91(91,92)	5(5,05)	0,00	0,00	0,00	1(2,02)	99
11 Muñeca	3(3,03)	87(87,88)	9(9,09)	0,00	0,00	0,00	0,00	99
12. Riñones	8(8,08)	82(82,83)	5(5,05)	0,00	0,00	0,00	4(4,04)	99
13. Zona pélvica	2(2,02)	89(89,90)	7(7,07)	0,00	0,00	0,00	1(1,01)	99
14. Rodilla I	2(2,04)	87(88,78)	8(8,16)	0,00	0,00	0,00	1(1,02)	98
15. Rodilla D	2(2,04)	87(88,78)	8(8,16)	0,00	0,00	0,00	1(1,02)	98
16 1er Chakra	3(3,06)	80(81,63)	13(13,27)	0,00	0,00	1(1,02)	1(1,02)	98
17. Tobillos	0,00	93(94,90)	4(4,08)	0,00	0,00	0,00	1(1,02)	98
18. Punta Pies	0,00	92(92,93)	6(6,06)	0,00	0,00	0,00	1(1,02)	99

6.2.2 Sensaciones y cambios de los sujetos del GE antes, durante y después de la sesión de Reiki.

El 84,13% de los sujetos de estudio cumplieron el cuestionario post intervención. El 86,79% nunca habían recibido una sesión de Reiki. El 64,46% asistió a todas las sesiones, un 18,24% faltó a una sesión o control y un 12,58% han faltado a más de una sesión o control. En relación a como se definen en cuanto a su carácter el 46,54% se definen tranquilos, el 39,62% nerviosos, el 35,22% sentimentales y el 21,38% impulsivos/sanguíneos. (Ver **Tabla 32**).

Tabla 32. Experiencias previas de Reiki, asistencia a las sesiones y carácter de los sujetos.

Contestan cuestionario post	GC n=90 n(%)	GE n=99 n(%)	Total n=189 n(%)	Valor de p
SI	77(85,56)	82(82,83)	159(84,13)	0,608
NO	13(14,44)	17(17,17)	30(15,87)	
REIKI previo	GC n=77 n(%)	GE n=82 n(%)	Total n=159 n(%)	Valor de p
SI	6(7,79)	14(17,07)	20(12,58)	0,130
NO	70(90,91)	68(82,93)	138(86,79)	
NC	1(1,30)	0(0,00)	1(0,63)	
Asistencia	GC n=77 n(%)	GE n=82 n(%)	Total n=159 n(%)	Valor de p
Ha faltado a más de una sesión/control	14(18,18)	6(7,32)	20(12,58)	0,130
Ha faltado a una sesión/control	11(14,29)	18(21,95)	29(18,24)	
NO	0(0,00)	8(9,76)	8(5,03)	
SI	52(67,53)	50(60,98)	102(64,15)	
Carácter	GC n=77 n(%)	GE=82 n(%)	Total n=159 n(%)	Valor de p
Nervioso	29(37,66)	34(41,46)	63(39,62)	0,535
Impulsivo/sanguíneo	15(19,48)	19(23,17)	34(21,38)	0,518
Tranquilo	39(50,65)	35(42,68)	74(46,54)	0,404
Sentimental	28(36,36)	28(34,15)	56(35,22)	0,606
Apasionado	13(16,88)	20(24,39)	33(20,75)	0,301
Colérico	3(3,90)	2(2,44)	5(3,14)	0,547
Flemático	2(2,60)	1(1,22)	3(1,89)	0,512
Apático	3(3,90)	1(1,22)	4(2,52)	0,354

Durante la sesión el 68,3% siente relajación, un 58,55% calor y el 18,3% con somnolencia. Después de la sesión, el 49,35 % sienten relajación y un 8,54% se sienten energéticos. Durante los días posteriores al Reiki, el 15,86% sienten relajación y un 6,10% se sienten energéticos como sensación física. En la **Tabla 33** se muestran los resultados de las sensaciones Físicas de los sujetos del GE.

Tabla 33. Sensaciones Físicas en el trans y post intervención.

SENSACIONES FÍSICAS	Durante la sesión n(%)	Después de la sesión de Reiki n(%)	Durante los días posteriores al Reiki n(%)
Calor	48(58,55)	2(4,22)	1(1,22)
Frío	5(6,10)	2(2,44)	0(0,00)
Hormigueo	99(9,76)	2(4,22)	1(1,22)
Relajación	56(68,3)	40(49,35)	13(15,86)
Dolor	1(1,22)	0(0,00)	0(0,00)
Bloqueo	3(3,66)	0(0,00)	0(0,00)
Nervios/ Ansiedad/ Angustia	7(8,54)	2(2,44)	0(0,00)
Escalofríos	2(2,44)	2(2,44)	0(0,00)
Vómitos/ Nauseas	0,00(0)	1(1,22)	0(0,00)
Mareos	1(1,22)	0(0,00)	0(0,00)
Con Somnolencia	15(18,3)	5(6,10)	3(3,66)
Energéticos	5(6,10)	7(8,54)	5(6,10)
Otras sensaciones	8(9,76)	6(7,32)	2(2,44)

La sensación de paz durante la sesión está presente en un 60,98% de los sujetos, en un 40,25% después de la sesión y un 13,42% durante los días posteriores al Reiki. En la **Tabla 34** se presentan las sensaciones psíquicas/emocionales de los sujetos participantes en el GE.

Tabla 34. Sensaciones psíquicas/emocionales en el trans y post intervención.

SENSACIONES psíquicas/emocionales	Durante la sesión n(%)	Después de la sesión de Reiki n(%)	Durante los días posteriores al Reiki n(%)
Miedo	2(2,44)	0(0,00)	0(0,00)
Paz	50(60,98)	33(40,25)	11(13,42)
Ganas de llorar	2(2,44)	3(3,66)	0(0,00)
Ganas de Gritar	0(0,00)	1(1,22)	0(0,00)
Otras sensaciones	5(6,10)	3(3,66)	4(4,88)

Los sujetos manifiestan en un 34,15% sentirse menos estresados y afrontan la vida de una forma más serena y el 24,39% se sienten más positivos. En la **Tabla 35** se muestran los cambios de actitud de los sujetos del GE

Tabla 35. Cambios de actitud post intervención.

Cambios de actitud n=82	SI n(%)	No n(%)	A veces n(%)	No contesta n(%)
Estar más positivo	20(24,39)	41(50,00)	10,98(9)	14,63(12)
Enfadarse menos	16(19,51)	45(54,88)	7(8,54)	14(17,07)
Estar más cariñoso/ amoroso	15(18,29)	48(58,54)	6(7,32)	13(15,85)
Tener cambios de humor	6(7,32)	60(73,17)	0(0,00)	16(19,51)
Sentirse menos estresado	28(34,15)	36(43,90)	5(6,10)	13(15,85)
Afrontar la vida de una manera más serena	28(34,15)	36(43,90)	5(6,10)	13(15,85)

Tras la intervención el 12,20% los sujetos del GE se han planteado empezar una dieta y el 10,89% hacer deporte/ejercicio. También afirman haber iniciado relaciones más amables con sus familiares (10,89%) e iniciado deporte /ejercicio (9,76%). En la **Tabla 36** se presentan los cambios de hábitos que se han planteado e iniciado los sujetos del GE..

Tabla 36. Cambios de hábitos planteados post intervención.

Cambios de hábitos n=82	Planteado n(%)	Iniciado n(%)	No n(%)	No contesta n(%)
Empezar una dieta*	10(12,20)	6(7,32)	51(62,20)	15(18,29)
Dejar de fumar**	5(6,10)	2(2,44)	56(68,29)	19(23,17)
Hacer deporte/ ejercicio	9(10,98)	8(9,76)	49(59,76)	16(19,51)
Ser más amables con sus familiares	6(7,32)	9(10,98)	50(60,98)	17(20,73)
Otros cambios	1(1,22)	6(7,32)	42(51,22)	33(40,24)

En la **Tabla 37** se detallan los cambios de hábitos relacionados con la dieta de aquellos sujetos con IMC mayor de 25.

Tabla 37. Cambios de hábitos relacionados con la dieta post intervención.

*Cambios de hábitos relacionados con la dieta n=58	Planteado n(%)	Iniciado n(%)	No n(%)	No contesta n(%)
Empezar una dieta pacientes con IMC \geq 25	8(13,79)	6(10,34)	33(56,90)	11(19,97)

Y en la **Tabla 38** se muestra la posibilidad de dejar de fumar tras la intervención, observando que la mitad de los fumadores, 2 personas han iniciado el dejar de fumar y 4 se lo han planteado.

Tabla 38. Dejar de fumar tras intervención.

**Dejar de fumar	No fumador n=42	Exfumador n=27	Fumador n=12	Fumador ocasional n=1	total n=82
No contesta n(%)	9(21,43)	8(29,63)	2(16,67)	0(0,00)	19(23,17)
Iniciado n(%)	0(0,00)	0(0,00)	2(16,67)	0(0,00)	2(2,44)
No n(%)	33(78,57)	18(66,67)	4(33,33)	1(100)	56(68,29)
Planteado n(%)	0,00(0)	1(3,70)	4(33,33)	0(0,00)	5(6,10)

En la pregunta de si descansan mejor después de recibir la sesión de Reiki el 51,22%(n=42) afirma que si, y el 9,76%(n=8) algunas veces, el 37,80%(n=31) dice que no y solo un 1,22% (n=1) no contesta.

En cuanto a la pregunta de si tuvieron que ir al médico para que les ajustara la medicación, al 14,63%(n=12) si se les realizó algún ajuste en el tratamiento antihipertensivo.

A la pregunta de si prefería tener el mismo reikista en todas las sesiones, el 36,59%(n=30) contestó que prefería el mismo reikista, el 14,63%(n=12) comentaba que le daba igual, un 47,56%(n=39) dijo que no y el 1,22%(n=1) no contestó.

Referente a las observaciones y comentarios se destaca el cambio en el estado de ánimo de muchos de los participantes reflejándose en su aspecto físico, también la inquietud e interés en formarse en la terapia del Reiki o en seguir recibiendo sesiones de Reiki. De los participantes en general se ha tenido una muy buena recepción de los participantes al estudio y a la técnica del Reiki.

7. DISCUSIÓN

7 DISCUSIÓN.

En cuanto a los resultados del objetivo general uno, específicamente en la **descripción del perfil sociodemográfico** de los sujetos de estudio, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio, lo que muestra la homogeneidad de los grupos.

Cabe destacar la media de edad de los participantes que es de 64 años, ya que los jubilados son los que tienen más tiempo y dedicación para poder cumplir con las 12 sesiones, en el estudio de la enfermera Fortes et al (139) la media es de 60 años. Observamos que las edades por debajo de los 57 años es difícil de que puedan realizar estudios largos dado que se encuentran en activo y tienen menos tiempo libre.

Fortes et al.(139) en *“The effect of Reiki on blood hypertension”* comenta que: “Las mujeres son generalmente las que buscan atención médica, pero como ambos sexos son afectados por la hipertensión, no es de extrañar que en esta investigación tenían una gran presencia de hombres, con la participación de aproximadamente el 36,4% de la muestra”. En nuestro estudio la participación de hombres ha sido del 45,50% y el de mujeres 54,55%. Y se ha de apreciar que los hombres tuvieron más continuidad a la hora de asistir a las sesiones que las mujeres.

Se observa un menor porcentaje de las personas que están en activo. Preferentemente están casados y cursan con estudios universitarios. La población es de nivel cultural medio-alto. Este hecho a la hora de la cesión en el estudio ha podido ser una causa a tener en cuenta.

Referente a la comparativa de las **variables clínicas y de autocuidado**.

La media del índice de masa corporal es de 27,96Kg/m² en todos los participantes, si recordamos que un IMC por debajo de 18,5Kg/m² indica desnutrición o algún problema de salud, mientras que un IMC superior a 25Kg/m² indica sobrepeso. Por encima de 30 Kg/m² obesidad leve, y por encima de 40 Kg/m² hay obesidad elevada que necesita seguimiento médico continuo. Podemos observar que nuestra población tiene sobrepeso y tal como dicen los autores de la Figuera, Mancía et al., Dickinson et al., Neter et al. y *“the Prospective Studies Collaboration”*. (26–30) se recomienda una pérdida mínima de 4kg.

El perímetro abdominal de los participantes fue de una media de 101,47cm y la DE=12,59 según la guía de práctica clínica la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología (ESH/ESC) para el manejo de la hipertensión arterial(27) la adecuada circunferencia de cintura es de < 102 cm los varones y < 88 cm las mujeres por lo tanto más a las mujeres que a los hombres se ha de procurar incidir en la pérdida del peso. Según estudios recientes Méndez et al.(150) la intervención grupal es efectiva para disminuir peso e índice de masa corporal.

En cuanto a las variables clínicas y de autocuidado, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio, lo que muestra la homogeneidad de los grupos excepto en otra medicación ha sido estadísticamente significativo el hecho de tomar tratamiento naturista siendo el GC quien más se trata observando que el 50,94% toman plantas medicinales. Dato considerable a destacar dado que muchas veces no se tienen en cuenta las plantas que pueden consumir los usuarios a pesar de tomar sus tratamientos ya que en muchos casos pocas veces se comenta que se tratan con TC de Fernández & Salvador(22).

En otras enfermedades se observa que la hipercolesterolemia, los problemas osteoarticulares y los renales son los más frecuentes.

El promedio de diagnóstico de la HTA es de 9,8 años y el de tratamiento antihipertensivo de 8,3 años o sea que en menos de año y medio de diagnóstico los pacientes empiezan con tratamiento antihipertensivo. En el estudio de Fortes et al.(139) el tiempo promedio que los sujetos de estudio conviven con la hipertensión fue de 12 años.

En cuanto a la medicación de los antihipertensivos predomina la combinación de los IECAS combinados con la hidroclorotiazida como diurético seguido de los ARAI con hidroclorotiazida concuerda con lo que se menciona en la guía de práctica clínica ESH/ESC en cuanto a la combinación y los tratamientos(27) y con la pirámide, dado que el cuarto medicamento que se administra son los calciantagonistas(26). En el vértice de la pirámide estarían los IECAS/ARAI y en la base en una punta los diuréticos y en la otra los antagonistas del calcio.

El grado de cumplimiento de la adhesión al tratamiento de los que se toman todos los días la medicación es de un 74,14% y un 20,69% se pueden olvidar de tomar la de forma excepcional. Se puede decir que es un porcentaje considerable de adhesión al tratamiento. Como la guía práctica clínica aconseja que el hecho de dar la combinación de dos fármacos reduce el número de pastillas y esto mejora la adherencia al tratamiento(27). En nuestro estudio el promedio es de dos fármacos por lo tanto corrobora la afirmación de la guía.

En cuanto a los antecedentes familiares tanto el GC como el GE presentan en primer lugar el de hipertensión arterial, seguido de infartos agudos de miocardio y por último de diabetes mellitus.

En cuanto a las variables de autocuidado no hay diferencias estadísticamente significativas aunque se debe incidir a nivel de educación sanitaria dado que la dieta sin sal solo la realiza el 44,44% y consumen fritos conservados y rebozados. Se recomienda la restricción de la ingesta de sal a 5-6 g/día y se recomienda un mayor consumo de frutas, hortalizas y productos lácteos bajos en grasa(27). Y comprender que el consumo de sal implica alimentos con «sal oculta».

Ortega et al. (151) en su estudio de pautas nutricionales en prevención y control de la hipertensión arterial concluye diciendo que “mejora la alimentación, aumentando el consumo de verduras, legumbres, cereales integrales, lácteos, pescado, evitando un aporte insuficiente de nutrientes (especialmente de calcio, magnesio, proteínas y vitamina D) puede tener un mayor beneficio en el control de la presión arterial que el seguimiento de pautas restrictivas más extendidas en la práctica.

Una revisión de Borgi et al (152,153) de 3 grandes estudios de cohortes de Estados Unidos ha concluido que el consumo de fruta entera (excluyendo zumos) y de vegetales, así como el cambio positivo en dicho consumo, disminuye la incidencia de HTA. Un estudio español de Estruch et al.(37,153), donde más del 80% de los pacientes eran hipertensos, ha demostrado que una dieta mediterránea suplementada con consumo diario de frutos secos (30 g de frutos secos compuestos —15 g de nueces, 7,5 g de avellanas y 7,5 g de almendras—) o aceite de oliva virgen extra (aproximadamente 1l a la semana) frente a una dieta baja en grasas disminuyó la morbimortalidad cardiovascular en pacientes de alto riesgo vascular pero sin eventos vasculares presentes (prevención primaria).

En relación a la actividad física en la vida diaria la mitad de los sujetos realizan una actividad moderada ligera y en tiempo libre es casi la mitad que realizan más de tres veces por semana una actividad ligera, según la guía de práctica clínica ESHESC para el manejo de la hipertensión arterial(27) es recomendable una actividad moderada. Se debería concienciar más en la práctica regular de ejercicio, al menos 30 min de ejercicio dinámico moderado 5 o 7 días por semana. En el estudio de Guitard et al(154) utilizando el cuestionario Minnessota concluye que “más de la mitad de la población hipertensa cumple las recomendaciones de la actividad física. Y que para mejorar el nivel de actividad física puede recomendarse una prescripción individualizada según la actitud hacia ésta”.

En cuanto a los hábitos tóxicos el 91,21% mantiene un consumo prudencial de alcohol y solo un 14.29% es fumador por lo tanto siguen las directrices de la

ESH/ESC(27). Comentar que existe un estudio del Reiki de Chapman & Milton (155) el cual se utilizó como una modalidad en el programa de drogas y alcohol de Windana con éxito. La Clínica de Reiki en Windana concluyó que el Reiki había sido eficaz para aliviar las tensiones físicas y psicosociales que ocurren durante la retirada y la recuperación. Afirmó que el Reiki induce una profunda y prolongada respuesta de relajación con reducción de la ansiedad, la tensión y la agresión, y los clientes informaron que tenían una mayor capacidad para dormir después del tratamiento, como la observación de que Reiki a menudo parece abordar las necesidades espirituales conscientes e inconscientes de los usuarios de drogas y despierta la conciencia de sí mismo, facilitando así el proceso de counselling y la asistencia a los clientes en su crecimiento personal.

Comparativa de las cifras de la TA y FC pre y post sesión de Reiki entre el GE y el Grupo Control GC.

De un total de 70 sujetos en el GC y 73 en el grupo experimental que han realizado las 12 sesiones a diferencia del estudio de Fortes et al.(139) que de 66 sujetos totales 22 pertenecían al GC, 22 al grupo de Reiki y 22 al grupo de placebo. Si comparamos las medias iniciales (primera sesión) de PAS, la PAS del GC= 140,366mmHg y la PAS del GE= 147,818mmHg con el estudio de Fortes et al. (139) PAS Reiki=161,00 mmHg, PAS Placebo=151,23 mmHg y PAS Control= 154,05 mmHg, se observa que la media de PAS en el GE es más elevada que en el GC y en su caso también del placebo. Nos cuestionamos que es lo que provoca que en la primera toma del GE sean cifras más altas si los grupos son homogéneos. ¿Es el hecho de realizar la técnica Reiki?. Destacar que Fortes et al.(139) en su estudio la presión mínima inicial fue mayor en el grupo de control (media 97,3) y en nuestro caso la PAD no hubo diferencias estadísticamente significativas ni valores superiores a 90mmHg.

Los valores pre y post de PAS y PAD entre la sesión primera y la doceava se reducen en ambos grupos, pero más en el GE, en cambio en la FC aumentan los valores del GC y disminuyen en el GE. Por tanto, en cuanto a la variable de

resultados reduce PAS al menos 5mmhg entre sesión 1 y sesión 12 resulta que en el GC un 52,86% reduce al menos 5mmHg y el GE un 64,38% en total el 58,74%. En la PAD se reduce 5mmhg en el GC un 38,57% y el GE un 47,95% en total 43,36%. Aunque los resultados no sean estadísticamente significativos no se puede obviar el resultado clínico del Reiki en la PA. Y si se observa que disminuye más en el GE que en el GC, esto nos hace cuestionarnos que el hecho de realizar controles por parte del profesional de enfermería ayuda a mejorar el control de la HTA dado que la educación sanitaria constituye una de las labores más importantes tal como Fernández et al. (156) nos dice en su estudio. En cuanto a la FC queda evidenciado que el Reiki disminuye las cifras siendo estadísticamente significativo.

En la literatura encontramos diferentes artículos que evidencian la disminución de la PA sobretodo la PAS y la FC como en el de Wind Wardell et al. (100) hubo una caída significativa de la PAS, $F(2, 44) = 6,60$, $p < 0,01$ donde se examinó los efectos fisiológicos y bioquímicos tras recibir 30 minutos de Reiki. En el de Hulse et al. (118) en su estudio uso el Reiki en personas sometidas a la colonoscopia, con el objetivo de reducir la ansiedad, el dolor y minimizar el uso de medicamentos, en comparación con la atención habitual antes de someterse al procedimiento, concluyendo que estos estaban menos ansiosos y con menos dolor tras la aplicación de la terapia beneficiándose de este método adyuvante.

Además, se comprobó que la intervención Reiki reduce la FC media, la PAS, la PAD y la FR en estos pacientes, alcanzando los índices normales. En los estudios de Mackay et al.(113) investigo si el Reiki, tiene algún efecto en los índices de la función del sistema nervioso autónomo. Cuarenta y cinco de los sujetos asignados al azar en tres grupos GC, placebo administrado por una persona que no tiene conocimiento de Reiki y que imitaba el tratamiento de Reiki y GE con Reiki. La FC y la PAD disminuyó significativamente en el grupo de Reiki en comparación con los dos grupos de placebo y de control. El estudio indica que el Reiki tiene algún efecto sobre el sistema nervioso autónomo.

Freitas et al.(131) en su revisión del Reiki constató que, de los artículos analizados, se puede afirmar que el Reiki, en cuanto a dispositivo de cuidado,

provoca cambios significativos en el individuo, especialmente en lo referente a la ansiedad, dolor, estrés, aumento de células de defensa y disminución de la PA. Baldwin et al.(136) determino si la aplicación de Reiki en ratas con estrés producido por ruido puede reducir sus frecuencias cardíacas. Concluyendo que el Reiki es eficaz en la modulación de la FC en ratas estresadas y no estresadas, apoyando su uso como reductor de estrés en humanos.

En el estudio de Fortes et al.(139) se concluye que el Reiki tiene un efecto positivo en la reducción de la presión arterial, lo que sugiere que es una técnica complementaria para el control de la hipertensión. Se constató una disminución de la presión arterial en los tres grupos y la reducción fue mayor en la del GE, seguido por el placebo y el GC. El modelo ANOVA para medidas repetidas mostró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($p < 0,0001$).

Comparar el nivel de calidad de vida pre y post del GC y GE

Las puntuaciones de la calidad de vida por grupos, en cuanto a la componente de física del cuestionario de calidad de vida tanto el GC como el GE no presentan valores estadísticamente significativos pero en cambio en el componente mental si se aprecia un cambio significativo por grupos el GE el valor de p es más significativo que el del GC.

En la literatura no se han encontrado artículos con los que se pueda hacer una comparativa en cuanto a la calidad de vida en hipertensos tras realización de la terapia de Reiki ni similares.

En cuanto a los resultados del objetivo general dos: Describir las sensaciones de los reikistas al realizar la técnica en los diferentes puntos.

En cuanto a las sensaciones de los reikista al realizar la técnica en los diferentes puntos vemos que la sensación de calor es la que se presenta con mayor frecuencia en las 12 sesiones con más de un 80%. Seguido del hormigueo con

puntuaciones menores del 15,15% siendo el punto de garganta y el primer chakra los más recurrentes. Hay que destacar aunque el porcentaje sea menor 8,8% que la sensación de frío se ha manifestado en el punto de riñones.

Referentes a los estudios que hay de Reiki Raingruber & Robinson(128) concluyeron que las enfermeras que recibieron clases de autocuidado: Se percataban de sensaciones de calor, hormigueo y pulsaciones con la cuales se relajaban; Se sentían más conscientes con una mayor capacidad para la resolución de problemas. Y se daban cuenta que tenían una mayor capacidad para concentrarse en las necesidades de las personas que cuidaban. Coincidiendo en el calor y el hormigueo como las sensaciones más relevantes.

Explorar las sensaciones y los cambios que manifiestan los participantes del GE antes, durante y después de la sesión de Reiki.

Tanto los participantes del GC como del GE no habían recibido nunca una sesión de Reiki en un 86,79%. Es curioso que el 46,54% se consideran de carácter tranquilo y el 39,62% nervioso.

Durante la sesión el 68,3% sienten relajación, un 58,55% calor y el 18,3% con somnolencia. Después de la sesión el 49,35 % sienten relajación y se sienten energéticos un 8,54%, durante los días posteriores al Reiki el 15,86% sienten relajación y un 6,10% se sienten energéticos como sensación física. La sensación de paz se presenta un 60,98% durante la sesión, un 40,25% después de la sesión y un 13,42% durante los días posteriores al Reiki. Con un 34,15% los participantes se sienten menos estresados y afrontan la vida de una forma más serena, el 24,39 se sienten más positivos.

Los pacientes oncológicos del estudio de Maza et al.(122) con una media de 15 sesiones de Reiki experimentaron como sensaciones: calor 65,8%, relajación muscular 61,5%, sueño 31,6%, disminución de ansiedad 30% y mejora del estado

de ánimo 30%, describiéndose también mejora del sueño 48,3% y disminución del dolor 46,2%.

Miles et al.(106) en su análisis de las terapias del biocampo comenta que los receptores perciben un flujo vibracional, a veces es una sensación de calor o frío, u ondas de relajación a través de su cuerpo o en áreas específicas que pueden corresponder o no al lugar donde las manos del profesional estén ubicadas.

Como se ha comentado anteriormente los resultados del estudio de Wind Wardell et al.(100) centrado en la ansiedad llegó a la conclusión de que después de la intervención con Reiki hay un aumento de la relajación, disminución del estrés, así como una disminución significativa de la presión arterial sistólica y la temperatura corporal, además de un aumento de IgA en saliva.

Las enfermeras norteamericanas evidenciaron: disminución del dolor fatiga ansiedad, aumento de la relajación y la curación acelerada cuyos autores son. Gallob, Tsang et al., Wind Wardell & Engesbretson, Bossi & DeCristofaro, Nield-Anderson & Ameling y Vitale en su revisión del Reiki (89,96,100,115–117). También Vitale (119) demostró una reducción del dolor, vómitos, ansiedad, mostrando una profunda relajación y sensación de bienestar en el paciente anciano con neoplasia avanzada.

En otros estudios como el de Bricco et al. y el de Catlin & Taylor-Ford (120,123) se evidenció el bienestar, la relajación y la mejora de la calidad del sueño (120,122) y la mejora en el estado de ánimo en el de Maza(122) aumenta la vitalidad en el de Scandrett (121), aumenta la calidad de vida, en el estudio de Tsang(96) todos con pacientes oncológicos. Se obtuvo un nivel de bienestar más alto en pacientes con diabetes en los estudios de Ávila(98,99). En el de Santos (126) se obtuvo relajación, disminución de la ansiedad y cambios en la actitud y estilo de vida de los clientes en una unidad básica de salud. En el de Salome(127) las enfermeras de la UCI presentaron un mayor equilibrio: físico, mental, emocional

y espiritual, y a una relación armoniosa con su medio entorno, además de un autoconocimiento.

Aportaciones a la práctica clínica

Debido a la escasez de estudios en el tema que nos compete, este estudio permite evidenciar los resultados de poder utilizar el Reiki como una herramienta más en los cuidados enfermeros.

Una de las aportaciones más claras en la práctica clínica es que se debe incidir más en la educación sanitaria ya que las personas presentan sobrepeso y perímetro abdominal superior al recomendado en las guía de práctica clínica. Se debe fomentar más la actividad física de tiempo libre a moderada.

Cada vez más el Reiki se introduce tanto en la asistencia hospitalaria como en la primaria. Sí que se debería considerar tener espacios donde se pudieran realizar este tipo de terapias cómodamente favoreciendo la relajación de los pacientes. Realizar cursos para que las enfermeras pudieran aprender y utilizar el Reiki como instrumento complementario en sus actividades diarias con sus usuarios.

En una de las comunicaciones los mismos médicos sugirieron que el Reiki podría ser útil en las crisis hipertensivas ya que reduce la FC. Por lo tanto es importante que las enfermeras estén formadas para poder administrar esta serie de terapias no solo para los pacientes incluso para ella mismas para proporcionar una mejor calidad asistencial.

Líneas futuras de investigación

El tema de estudio de las TC o como actualmente se le denominan integrativas o holísticas abre un abanico de posibilidades dado que se necesita más

evidencia científica al respecto. En cuanto al Reiki cada vez más se va introduciendo en los hospitales y en los CAPs, esto favorece la realización de más estudios.

Se ha de perfilar más los instrumentos de recogida de datos, dado que existen muchas variables que influyen en la HTA y contemplar los estudios cualitativos. Y se ha de tener en cuenta el nivel de experiencia de los reikistas tal y como refieren algunos autores.

Otra línea de investigación sería la de hacer grupos según las patologías, es decir, si aparte de hipertensión tienen insuficiencia renal, diabetes mellitus etc. Y tener en cuenta el síndrome de la bata blanca. Y también en las crisis hipertensivas.

8. LIMITACIONES

8 LIMITACIONES.

Una de las dificultades encontradas fue el desconocimiento de la terapia del Reiki por parte de los participantes que se subsano con la explicación pertinente previa al estudio.

Otra limitación fue la no obsequiosidad a la hora de las respuestas de las preguntas del cuestionario. Y el reclutamiento de los participantes, no fue posible realizar el estudio solamente en tres meses y se tuvo que alargar a un año ya que el reclutamiento fue lento. Por este motivo hay variables que se han de tener en cuenta para futuras investigaciones como: la meteorología y las estaciones del año, las condiciones ambientales como los estresores externos. También se ha de tener en cuenta las emociones de los participantes. Y el síndrome de la bata blanca a pesar de no haberla llevado.

En cuanto a la posibilidad de abandonos del estudio por las diferentes causas muerte, bajas o ausencias repetitivas en el estudio se valoró la inclusión o no de dichos participantes a la hora del análisis de datos. Siendo válidos aunque no hubieran llegado a realizar las 12 sesiones pero si hubieran complementado el cuestionario post y el cuestionario de SF 12 post de la calidad de vida.

El hecho de ser tantos reikistas hizo que fuera difícil captar la percepción de la intensidad de las sensaciones que ellos tenían y no obtener unos datos más concluyentes.

También se ha de tener en cuenta que la relajación es mayor en sedestación en una camilla que en una silla. Dado que la zona cervical sufre más en sedestación. El hecho de no tener suficientes camillas fue el motivo de realizar el Reiki en sillas, por ello se ha de contemplar como una limitación del estudio.

Además de encontrar pocos estudios a nivel nacional e internacional relacionados con el objeto de estudio para poder comparar los resultados.

Posiblemente una limitación importante es la duración de las sesiones (12 semanas) dado que la hipertensión arterial es considerada como una patología crónica. Aunque en la revisión bibliográfica la mayoría de los estudios realizan menos sesiones de 1 a 4. Por ello la importancia de este estudio para aportar más datos referente a cuantas sesiones son necesarias para que el Reiki sea eficaz en la hipertensión arterial.

Otra limitación ha sido la poca muestra si la atribuimos a las diferentes patologías que se pueden asociar a la hipertensión como es la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus o la comorbilidad cardiológica.

También comentar el hecho de no disponer de estructuras suficientes para poder realizar un placebo de Reiki ya que se hubieran necesitado más días y más personal voluntario.

Por último tener en cuenta la posibilidad del efecto Hawthorne como respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que se les esté estudiando.

9. DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

9 DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Durante la elaboración de esta investigación y hasta la fecha actual, se han realizado diferentes actividades de difusión de los resultados obtenidos, que se detallan a continuación:

ARTÍCULO: (ANEXO 2)

Fernández-Cervilla AB, Piris-Dorado AI, Cabrer-Vives ME, Barquero-González A. Situación actual de las Terapias Complementarias en España en el Grado de Enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mayo-jun. 2013; 21(3):[09 pantallas]

Current impact factor: 0.53

Q1 en 2013

SJR 0,596

SJCR indicator Vs Cites per Doc (2y): 1.204

PONÉNCIA: *“Enfermería y terapias complementarias: Impacto del Reiki sobre la regularización de la tensión arterial en personas hipertensas.”* Presentando el estudio. El 29 de Junio de 2014 en el “SYMPOSIUM de médicos y sanadores” <http://forodemedicosysanadores2.blogspot.com.es/>

PONÉNCIA: *“Enfermería y terapias complementarias: Impacto del Reiki sobre la regularización de la tensión arterial en personas hipertensas.”* Presentando los resultados preliminares del estudio en la 2ª Semana Natural del COIB del 17 al 20 de noviembre de 2014.

Póster: Hipertensió arterial i Reiki: millora el control de la tensió arterial en pacients hipertensos? Fernández, A.B.; Cuixart, Ll.; Moral, I.; Delgado, P.; Fort, I.; Sierra, V. XXV Congrés d'atenció primària CAMFIC. Tarragona, Espanya 5 i 6/11/2015.

COMUNICACIÓN oral breve:” HTA Y REIKI: ¿Mejora el control de la tensión arterial en pacientes hipertensos?” Fernández, A.B.; Cuixart, Ll.; Zamora, S.; Guirao, E.; Barquero, A.; Dalmau, M.; 7/04/2016 VIII Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Madrid. Palacio nacional de congresos

COMUNICACIÓN sesión paralela ICN17-SPP-7464 "Eficacia del Reiki sobre la regularización de la tensión arterial en personas hipertensas" C052-a. 30/05/2017. Fernández, A.B., Guirao, E., Vernet, E., Fort, I., Cuixart, Ll., Delgado, P. Barcelona CIE congreso 2017. España.

10. CONCLUSIONES.

10 CONCLUSIONES.

En consideración a los objetivos planteados se concluye que:

- Los grupos de estudio son homogéneos en cuanto al perfil sociodemográfico, presentando personas jubiladas, casadas y con estudios medios altos y de ambos sexos.
- En las variables clínicas se presenta una población con sobrepeso y medidas de perímetro abdominal superiores a lo establecido en las guías de práctica clínica de la hipertensión arterial. Los diuréticos, IECAS y ARAII son los tratamientos antihipertensivos más consumidos, presentando buena adherencia al tratamiento. Los antecedentes de hipertensión arterial y IAM son los más destacados.
- En cuanto a las variables de autocuidado los sujetos realizan una actividad física de moderada ligera en la actividad diaria y en la actividad física de tiempo libre ligera con una frecuencia de más de 3 veces por semana. Los sujetos manifiestan un consumo prudencial de alcohol y un porcentaje alto de no fumadores y exfumadores.
- Al comparar las variables clínicas y de autocuidado el GC destaca por tomar más tratamiento naturista siendo de especial relevancia ya que en el resto los grupos son homogéneos.
- El Reiki es eficaz para la reducción de la FC por ser estadísticamente significativo en comparación al GC.
- La eficacia del Reiki en la regulación de la TA en personas con HTA es clínicamente positiva en los valores de PAS, a pesar que estadísticamente no sea significativa.

- Los efectos de la aplicación del Reiki tienen un efecto estadísticamente significativo sobre el componente mental de la calidad de vida del GE aunque el GC mejora, su aplicación no es estadísticamente significativa y no se observan cambios en el componente físico en ningún grupo.
- La sensación más frecuente en los reikistas fue la del calor aunque presentan en menor medida: hormigueo, frío, otras sensaciones, calambre y bloqueo.
- Las sensaciones físicas que más sienten los sujetos del GE durante la sesión son: relajación, calor y somnolencia. Y tras la sesión la relajación y la sensación de sentirse más energéticos. Durante los días posteriores al Reiki, sienten relajación y se sienten energéticos pero en menor porcentaje tras la sesión.
- La paz es la sensación psíquica/emocional más presente durante, después y los días posteriores a la sesión de Reiki.
- Los sujetos del GE tras las sesiones de Reiki se sienten menos estresados y más positivo, y manifiestan afrontar la vida de una forma más serena.
- Las personas del GE tras recibir las sesiones de Reiki duermen mejor después de recibir la sesión.
- Más de la mitad de los sujetos del GE afirman que el hecho de cambiar de reikista no les importa.

11. BIBLIOGRAFÍA

11 BIBLIOGRAFÍA.

1. Jané E VM. Políticas de Salud y Economía: organización de los Sistemas sanitarios y modelos de atención. Máster Oficial de Lideratge i Gestió dels Serveis d'infermeria. Barcelona; 2007.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe de la conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS. [Internet]. OMS. Ginebra; 1978 [citado 16 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
3. Iñiguez L, Sanchez-Candamio, M Camps S, Maestres B, Muñoz J, Sans J, Vàquez F. Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció sanitària a Catalunya. [Internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona y Universitat de Girona; 2006 [citado 8 de enero de 2015]. Disponible en: http://caps.cat/images/stories/candamiomapa_sanitari.pdf
4. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Pla d'innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Elements estratègics i operatius [Internet]. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2010 [citado 8 de enero de 2015]. Disponible en: http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/prov_piapisc.htm
5. Martin Santos F, Morilla Herrera JC, Morales-Asencio JM, Gonzalo Jiménez E. Gestión compartida de la demanda asistencial entre médicos y enfermeras de Atención Primaria. *Enferm Comunitaria*. 2005;1(1):35-42.
6. Brugués A. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Atención Primaria*. 2008;40(8):387-91.
7. Monteagudo J, Hernández C, García F. Metodología de introducción de e-salud para el seguimiento y control de pacientes crónicos. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:57-581.
8. Amado Guirado E, Brotons Cuixart C, Dalfó Baqué A, Gibert Llorach E, Pepió Vilaubí JM, Salleras Marcó N. Hipertensió Arterial. Guies de pràctica clínica i material docent. [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2003 [citado 15 de diciembre de 2014]. p. 1-44. Disponible en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/docs/guia_hipertensio_completa.pdf
9. Coca A, Conthe P, Llisterra J, Ampudia-Blasco F, Lopez de Sá E, Aranda P. Hipertensión Arterial. 2020. Euromedice. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2011.
10. Banegas J. Epidemiología de la hipertensión arterial en España. Situación actual y perspectivas. *Hipertensión*. *Sci direct* [Internet]. 2005 [citado 8 de enero de 2015];22(9):353-62. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212824105715875>
11. Garcia-Armesto S, Abadia Taira B, Durán A, Delgado B. Análisis del sistema sanitario de 2010 de la Sociedad Española de Salud Pública y administración sanitaria. (SESPAS). 2010 [citado 15 de diciembre de 2014];12(4):1-240. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Sistemas+Sanitarios+en+Transición.n.#0>
12. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Informe de salut 2016 [Internet].

- 2016 [citado 23 de marzo de 2017]. p. 29-30. Disponible en: <http://salutweb.gencat.cat/informedesalut2016>
13. Baena J, Barceló E, Ciurana R, Franzí A, García M, Ríos M, et al. Colesterol i risc coronari. [Internet]. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2009 [citado 8 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/colesterol/colesterol.htm>
 14. Villar F, Banegas J, Rodríguez F, Del Rey J. Mortalidad cardiovascular en España y sus Comunidades Autónomas (1975-1992). *Med Clin*. 1998;110(9):321-7.
 15. Navarro V, Martín- Zurro A. La atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Proyecto de Investigación. IDIAP Jordi Gol; 2009.
 16. López Ruiz J. Instrumentos complementarios de los cuidados enfermeros: toma de posición. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2003 [citado 14 de enero de 2015];13(4):227-36. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862103738133>
 17. White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy: Final Report. 2002 [citado 8 de enero de 2015];(March). Disponible en: www.whccamp.hhs.gov
 18. Medicine A. Complementary , Alternative , or Integrative Health : What ' s In a Name ? [Internet]. U.S: National Institutes of Health; 2017 [citado 15 de diciembre de 2014]. p. 2-5. Disponible en: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscaam>
 19. Marriner-Tomey A, Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería : cuarta edición. En: 4ª. Madrid: Harcourt Brace de España; 1999 [citado 8 de enero de 2015]. Disponible en: http://cataleg.ub.edu/record=b1433229~S1*cat
 20. Riehl-Sisca J, Peya Gascons M, Busquets Surribas M. Modelos conceptuales de enfermería. En: Doyma. Barcelona : Doyma; 1992 [citado 8 de enero de 2015]. Disponible en: http://cataleg.ub.edu/record=b1463972~S1*cat
 21. Arqué M, Cuxart N, Erdozain MÁ, Victoria M, Rousell N. Diplomes d'acreditació i capacitació(DAC)en instruments complementaris de les cures infermeres: Teràpies naturals i complementàries. [Internet]. Barcelona: Col · legi Oficial d ' Infermeres i Infermers de Barcelona; 2012 [citado 8 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/DIPLOMA DAC EN ICCI DEF MOD %2706-12.PDF>
 22. Fernández Cervilla A, Salvador Ríos T. Formación y aplicación de las terapias complementarias en los cuidados de enfermería al paciente oncológico. *Nurs (Ed española)* [Internet]. 2010 [citado 8 de enero de 2015];28(7):52-8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212538210704362>
 23. Programa de Actividades Preventiva y Promoción de la Salud (PAPPS). Atención Primaria. 1999;24:9-192.
 24. Andujar J, Fortun M, Arias I, Gómez I. Guías de intervención en hipertensión y riesgo cardiovascular para enfermería [Internet]. Madrid; 2010 [citado 8 de enero de 2016]. p. 1-184. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
 25. División Garrote JA, Alonso Moreno FJ, Cruz Doménech JM, García JE, García-Norro Herreros FJ, Llamas LG, et al. Medidas domiciliarias de presión arterial. Documento de consenso. SEH-LELHA 2014. *Hipertens Riesgo Vasc* [Internet]. 2015

[citado 8 de agosto de 2016];32(1):27-39. Disponible en: <http://www.ascarica.org/es/wp-content/uploads/2015/02/10.1016@j.hipert.2014.10.001.pdf>

26. de la Figuera von Wichmann M. Evolución de las opciones terapéuticas en el tratamiento de la hipertensión arterial. *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2013 [citado 23 de julio de 2016];30(Supl 2):2-12. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183713700205>
27. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A. Guía práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013). *Hipertens y riesgo Cardiovasc*. 2013;30(3):1-94.
28. Dickinson H, Mason J, Nicolson D, Campbell F, Beyer F, Cook J, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens*. 2006;24:215-33.
29. Neter J, Stam B, Kok F, Grobbee D, Geleijnse J. Influence of weight reduction on blood pressure: a metaanalysis of randomized controlled trials. *Hypertension*. 2003;42:878-84.
30. Prospective SC. Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*. 2009;373:1083-96.
31. Flegal K, Kit B, Orpana H, Graubard B. Association of allcause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories. A systematic review and metaanalysis. *JAMA*. 2013;309:71-82.
32. Cornelissen V, Fagard R. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms and cardiovascular risk factors. *Hypertension*. 2005;46:667-75.
33. Fagard R. Exercise therapy in hypertensive cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2011;53:404-11.
34. Vanhees L, Geladas N, Hansen D, Koudi E, Niebauer J, Reiner Z, et al. Importance of characteristics and modalities of physical activity and exercise in the management of cardiovascular health in individuals with cardiovascular risk factors: recommendations from the EACPR. Part II. *Eur J Prev Cardiol*. 2012;19:1005-33.
35. Mente A, de Koning L, Shannon H, Anand S. A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Arch Intern Med*. 2009;169:659-89.
36. Sofi F, Abbate R, Gensini G, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2010;92:1189-96.
37. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas M, Corella D, Arós F, et al. The PREDIMED Study Investigators. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Eng J Med*. 2013;368:1279-90.
38. Pimenta E, Gaddam K, Oparil S, Aban I, Husain S, Dell'Italia L, et al. Effects of dietary sodium reduction on blood pressure in subjects with resistant hypertension: results from a randomized trial. *Hypertension*. 2009;54:475-81.
39. Graudal N, Hubeck-Graudal T, Jurgens G. Effects of lowsodium diet vs. highsodium

- diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol and triglyceride (Cochrane Review). *Am J Hypertens*. 2012;25:1-15.
40. He F, MacGregor G. How far should salt intake be reduced? *Hypertension*. 2003;42:1093-9.
 41. Cook N, Cutler J, Obarzanek E, Buring J, Rexrode K, Kumanyika S, et al. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *BMJ*. 2007;334:885-8.
 42. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 1994;309:901-11.
 43. Rosenberg L, Kaufman D, Helmrich S, Shapiro S. The risk of myocardial infarction after quitting smoking in men under 55 years of age. *N Engl J Med*. 1985;313:1511-4.
 44. Manson J, Tosteson H, Ridker P, Satterfield S, Hebert P, O'Connor G, et al. The primary prevention of myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1992;326:1406-1416.
 45. Puddey I, Beilin L, Vandongen R. Regular alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects. A randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 1987 [citado 10 de diciembre de 2016];1:647-51. Disponible en: [http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(87\)90413-2/abstract](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(87)90413-2/abstract)
 46. Cushman W, Cutler J, Hanna E, Bingham S, Follmann D, Harford T, et al. Prevention and Treatment of Hypertension Study (PATHS): effects of an alcohol treatment program on blood pressure. *Arch Intern Med*. 1998;158:1197-207.
 47. Blanco Blanco J, Esquinas López C, Gea Sánchez M, Martínez Soldevila J, Otero García L, Vendrell Justribó J. Guia de bones pràctiques basada en l'evidència. Barcelona: Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya; 2014.
 48. López Ruiz J, Arqué Blanco M. Instruments complementaris de les cures d'infermeria: document marc: Barcelona, juny-novembre, 2001 [Internet]. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona; 2004 [citado 9 de enero de 2015]. Disponible en: http://cataleg.ub.edu/record=b1670726~S1*cat
 49. (OIIQ) O des I et I du Q. Les instruments complementaries des soins. I Presse de Position i II Document d'Apruy. 1987.
 50. De Andrés Á, Ausin JL, García R, Gonzalez J, López JA, Pérez C, et al. Análisis de situación de las terapias naturales.
 51. López Ruiz J, Arqué Blanco M. Bases per a l'acreditació de la competència dels professionals infermers en Teràpies naturals i complementàries. [Internet]. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona; 2009 [citado 8 de enero de 2015]. p. 20. Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/BASES PER A L'ACREDITACIÓ DOC J LIA L PEZ.PDF>
 52. Fernández-Cervilla A. Situación actual de las Terapias Complementarias en España en el Grado de Enfermería. 2013 [citado 19 de enero de 2015];21(3). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0679.pdf
 53. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y

- establecimientos sanitarios. [Internet]. BOE. 2003 [citado 12 de enero de 2016]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2003-19572
54. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. DECRETO 31/2007, de 30 de enero, por el que se regulan las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales [Internet]. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. [citado 12 de enero de 2016]. p. 3758-65. Disponible en: <http://www.comz.org/SECCIONES/SMA/decretotmnc.pdf>
 55. Cuxart Ainaud N. Jornada: Les teràpies complementàries en la professió infermera. La situació legal de les teràpies complementàries. Vic; 2010.
 56. Proyectos de Resoluciones del ámbito profesional [Internet]. 2014 [citado 12 de enero de 2016]. p. 1-20. Disponible en: http://enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/6_Resolucion_num___1.pdf
 57. Pueyo M, Céspedes O, Castillo MP. El laborioso camino recorrido por la Enfermería Española en el ámbito de los cuidados naturales. [Internet]. [citado 12 de enero de 2016]. Disponible en: https://www.dropbox.com/s/4g43lamvayu2khv/El_laborioso_camino_recorrido_por_la_Enfermeria_Espanola_en_el_ambito_de_los_cuidados_naturales..pdf?dl=0
 58. Grupo Intercolegial de Enfermería Española de Cuidados Holísticos. (CHEE) [Internet]. [citado 12 de enero de 2016]. Disponible en: <http://enfermeriacuidadosholisticos.blogspot.com.es/>
 59. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. Propuestas para la práctica enfermera. En: El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson . S.A.; 1996. p. 77.
 60. Collière F. Cuidar: asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida. Index Enferm. 1996;18:9-14.
 61. Gella-Jarne H. Las terapias naturales, un instrumento de cuidados. Med Natur. 2015;9(1):25-30.
 62. López Ruiz J. Terapia Complementarias Integradas en el Cuidado Enfermero. En: Instrumentos para la práctica profesional de la enfermera comunitaria. Barcelona: Monsa Prayma.; 2005. p. 169-78.
 63. Nightingale F. Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es. Barcelona: Masson . S.A.; 2002.
 64. Dossey BM. Theory of integral nursing. Adv Nurs Sci [Internet]. 2008 [citado 11 de febrero de 2017];31(1):E52-73. Disponible en: <http://thhin.nursing.arizona.edu/PDF/DosseyTIN.pdf>
 65. Villanueva Contreras N. La enfermera integral i holística. La renovada enfermera del segle XXI: Una revisió bibliogràfica. 2012.
 66. Rankin-Box D. The nurses' handbook of complementary therapies. 2 edition. Edimburgh: Churchill Livingstone: Bailliere Tindall; 1985.
 67. ELSIEVER, editor. NANDA diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2012-2014 [Internet]. Madrid [etc.]: Harcourt; 2013 [citado 28 de julio de 2016]. 228 p. Disponible en: http://cataleg.ub.edu/record=b1630110~S1*cat
 68. Céspedes Tuero O, Echevarria Perez P, Sala Llinares A. Evaluación de los resultados NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería) en el tratamiento de

- pacientes con ansiedad, relacionado con dolor, tras intervención de enfermería, manejo de la fitoterapia e intervenciones conductuales. 2015.
69. Dochterman, Joanne McCloskeyBulechek GM, Butcher HK. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) : quinta edición [Internet]. Madrid : Elsevier; 2009 [citado 9 de enero de 2015]. 208,513. Disponible en: http://cataleg.ub.edu/record=b1921392~S1*cat
 70. Trevelyan J, Booth B. Complementary medicine for nurses, midwives and health visitor. MacMillan pres Ltd.; 1994.
 71. Dispenza J. El placebo eres tú. Urano, editor. 2014. 226 p.
 72. Oliva AM. Ana Oliva bases científicas de la medicina energética y cuántica. [Internet]. Evento Movimiento de la Vida de la Fundación Dr. Rath. 2014 [citado 1 de enero de 2016]. Disponible en: <https://youtu.be/L1GFhEFU8qw>
 73. Lipton BH. La biología de la creencia: La liberación del poder de la conciencia, la materia y los milagros. Palmyra; 2007. 134 p.
 74. McTaggart L, Paradise R. La matriz de la vida, documental completo en español.- The living matrix. [Internet]. 2013 [citado 14 de diciembre de 2016]. Disponible en: https://youtu.be/9j_AdiZDtgo
 75. Ballester M. Una visión Energética de la Medicina - Dr. Manel Ballester - Parte 2 [Internet]. La caja de Pandora. 2014 [citado 14 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://youtu.be/FQ-ppHSW9qM>
 76. Oliva AM. Lo que tu luz dice. Un viaje desde la tecnología hacia la Consciencia. Sirio E, editor. 2014. 43, 49,51,55,92 p.
 77. DeValois K, DeValois R. Spatial visión. Ann Rev Physiol. 1980;31:309-41.
 78. Pribram K. Languages of the brain. California: Ed. Brooked/Cole Pub Co.; 1969.
 79. Penfield W. The Mystery of the Mind. 1975;
 80. Heerden V. Models for the brain. Nature [Internet]. 1970 [citado 15 de diciembre de 2016];227:410-1. Disponible en: <http://www.nature.com.sire.ub.edu/nature/journal/v227/n5256/pdf/227410b0.pdf>
 81. Pollen D, Tractenberg M. Alpha rhythm and eye movement in eidetic imagery. Nature [Internet]. 1872 [citado 15 de diciembre de 2016];237:109. Disponible en: <http://www.nature.com/nature/journal/v237/n5350/abs/237109a0.html>
 82. Ballester M. Una visión Energética de la Medicina - Dr. Manel Ballester - PARTE 1 [Internet]. La caja de Pandora. 2014 [citado 15 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=2Vt3p5xiDsw>
 83. . [Internet]. Sanación Holística. 2016 [citado 8 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://sanacionholisticasalamanca.wordpress.com>
 84. Guirao E. Descubre porqué sentimos más en las manos la energía universal. [Internet]. Omnia Reiki. 2016 [citado 2 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://omniareikiinstitute.com/2016/08/02/descubre-porque-sentimos-mas-en-las-manos-la-energia-universal/%0D>
 85. Rowland R, Carrasco A. Manual de Reiki 1. Asociación Española de Terapias Complementarias Causay.;

86. Reiki [Internet]. Sanación Holística. [citado 10 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://sanacionholisticasalamanca.wordpress.com/reiki/>
87. Guirao E. Manual de Omnia Reiki. Barcelona; 2010. p. 1-49.
88. Brathovde A. A Pilot Study. Reiki for Self Care of Nurses and Healthcare Providers. *Holist Nurs Pract* [Internet]. marzo de 2006 [citado 16 de agosto de 2005];20(2):95-101. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00004650-200603000-00010>
89. Gallob R. Reiki: a supportive therapy in nursing practice and self-care for nurses. *J N Y State Nurses Assoc* [Internet]. 2003 [citado 16 de octubre de 2014];34(1):9-13. Disponible en: <http://www.reikiclarity.com/reiki.pdf>
90. Rubik B, Brooks AJ, Schwartz GE. In Vitro Effect of Reiki Treatment on Bacterial Cultures: Role of Experimental Context and Practitioner Well-Being. *J Altern Complement Med* [Internet]. enero de 2006 [citado 9 de agosto de 2016];12(1):7-13. Disponible en: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/acm.2006.12.7>
91. Vitale A. Nurses' Lived Experience of Reiki for Self-care. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2009 [citado 13 de noviembre de 2014];129-45. Disponible en: http://journals.lww.com/hnpjjournal/Abstract/2009/05000/Nurses__Lived_Experience_of_Reiki_for_Self_care.2.aspx
92. Williams AM, Davies A, Griffiths G. Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: preliminary development of clinical practice guidelines. *Int J Nurs Pract* [Internet]. junio de 2009 [citado 15 de octubre de 2014];15(3):145-55. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19531072>
93. Latorre MA. The use of reiki in Psychotherapy. *Perspect Psychiatr Care*. 2005;41(4):184-7.
94. Maza Muela B, Chao Lozano C. Estudio de los beneficios de la aplicación de la terapia reiki en pacientes oncohematológicos. *Metas Enferm* [Internet]. 2010 [citado 15 de octubre de 2014];13(3):6-12. Disponible en: <http://www.congresoseeo.org/pages/comunicaciones/ponencias/119.pdf>
95. Storto S, Armando T, Arnaud M, Balestra L. REIKI: INTEGRAZIONE ALLA CHEMIOTERAPIA NEI PAZIENTI CON NEOPLASIE AVANZATE. *cerchiodiluce.it* [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2014];94. Disponible en: http://www.cerchiodiluce.it/wp-content/uploads/2012/04/cerchiodiluce_articolo_coes_mar07.pdf
96. Tsang KL, Carlson LE, Olson K. Pilot crossover trial of Reiki versus rest for treating cancer-related fatigue. *Integr cancer ther* [Internet]. marzo de 2007 [citado 25 de noviembre de 2014];6(1):25-35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17351024>
97. Watson Natale G. Reconnecting to Nursing Through Reiki. *Great Nurs* [Internet]. 1 de noviembre de 2010 [citado 15 de octubre de 2014];16(4):171-6. Disponible en: <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article&issn=1078-4535&volume=16&issue=4&page=171>
98. Avila G, Casique L, Ávila-Sansores G, Casique-Casique L. Influencia del Reiki como Cuidado de Enfermería en el Bienestar de Personas con Diabetes. *Desarro Científico Enferm*. 2009;17(2):57-61.

99. Ávila-Sansores G, Ávila Sansores GM. Efecto del Reiki como cuidado de enfermería en el control metabólico de diabéticos tipo 2. *Rev Enferm Inst Mex* [Internet]. 2010 [citado 9 de enero de 2015];18(2):75-80. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim102c.pdf>
100. Wind Wardell D, Engebretson J. Biological correlates of Reiki Touchsm healing. *J Adv Nurs* [Internet]. 28 de febrero de 2001 [citado 13 de noviembre de 2014];33(4):439-45. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2001.01691.x/full>
101. Fortes L, Paes M. *Enfermagem e as Práticas Complementares em Saúde. En Brasil: Yendis*; 2011.
102. Losada M. *Reiki*. Madrid: Libsa; 2007. 11-21 p.
103. Gerber R. *Medicina Vibracional: una medicina para o futuro*. 6ª. São Paulo: Cultrix; 1999.
104. Miles P, True G. Reiki: Análisis de las terapias del biocampo-Historia, teoría, práctica e investigación. *Altern Ther Heal Med* [Internet]. 2003 [citado 23 de julio de 2016];9:62-72. Disponible en: <http://reikiinmedicine.org/pdf/ReikiReviewSpanishFinal.pdf>
105. Versyp T. *La Dimensión cuántica : de la física cuántica a la conciencia* [Internet]. [S.l.]: la autora; 2005 [citado 8 de enero de 2015]. Disponible en: http://cataleg.ub.edu/record=b1802202~S1*cat
106. Miles P, True G. Reiki--review of a biofield therapy history, theory, practice, and research. *Altern Ther Heal Med* [Internet]. 2003 [citado 29 de julio de 2016];Mar-Apr;9(2):62-72. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12652885>
107. OMS. No Title [Internet]. [citado 1 de enero de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/es/%0Dwww.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/BB_Summary_span.pdf
108. National Institutes of Health. Department of Health and Human Services. National Center for Complementary and Alternative. ¿Qué es la medicina complementaria y alternativa? What Is CAM?.
109. Johnson M. *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC : diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones : segunda edición* [Internet]. Madrid : Elsevier; 2006 [citado 9 de enero de 2015]. Disponible en: http://cataleg.ub.edu/record=b1767741~S1*cat
110. Organización Mundial de la Salud (OMS). *El ejercicio de la enfermería. Informe del comité de expertos de la OMS*. Geneve; 1995. 11-2 p.
111. NIC [1520] Reiki [Internet]. 2013 [citado 12 de enero de 2016]. p. 2013. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/nic/1520>
112. Marriner-Tomey A. *Modelos y teorías en enfermería* [Internet]. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1994 [citado 9 de enero de 2015]. Disponible en: http://cataleg.ub.edu/record=b1245989~S1*cat
113. Mackay N, Hansen S, McFarlane O. Autonomic nervous system changes during Reiki treatment: a preliminary study. *J Altern Complement Med* [Internet]. diciembre de 2004 [citado 13 de noviembre de 2014];10(6):1077-81. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15674004>

114. Olson K, Hanson J, Michaud M. A phase II trial of reiki for the management of pain in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. noviembre de 2003 [citado 15 de octubre de 2014];26(5):990-7. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392403003348>
115. Bossi LM, Ott MJ DS, Ott M, DeCristofaro S. Reiki as a clinical intervention in oncology nursing practice. *Clin J Oncol ...* [Internet]. 2008 [citado 25 de noviembre de 2014];12(3):489-94. Disponible en: <http://ons.metapress.com/index/gj00pq20t1614591.pdf>
116. Nield-Anderson L, Ameling A. Reiki. A complementary therapy for nursing practice. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [Internet]. 1 de abril de 2001 [citado 25 de noviembre de 2014];39(4):42-9. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med/11324176>
117. Vitale A. An integrative review of Reiki touch therapy research. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2007 [citado 13 de noviembre de 2014];21(4):167-79. Disponible en: http://journals.lww.com/hnpjournal/Abstract/2007/07000/An_Integrative_Review_of_Reiki_Touch_Therapy.2.aspx
118. Hulse, RS; Stuart-Shor ER. Endoscopic procedure with a modified Reiki intervention: a pilot study. *Gastroenterol Nurs* [Internet]. 2010 [citado 25 de noviembre de 2014];33(1):20-6. Disponible en: http://journals.lww.com/gastroenterologynursing/Abstract/2010/01000/Endoscopic_Procedure_With_a_Modified_Reiki.3.aspx
119. Vitale M, Grassa M La, Lombardi F, Cova D, Cofrancesco E. Il Reiki nell'assistenza infermieristica al paziente anziano con neoplasia avanzata. *oncologica* [Internet]. 2005 [citado 13 de noviembre de 2014];5(3):54-9. Disponible en: http://www.dacuoreacuore.it/e107_files/downloads/Autunno05_pag_54_59.pdf
120. Bricco N, Guillame C, Storto S, Ritorto G, Catino C, Gir N, et al. The effects of reiki therapy on pain and anxiety in patients attending a day oncology and infusion services unit. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012;29(4):290-4.
121. Scandrett Hibdon S. Biofield Considerations in Cancer Treatment. *Semin Oncol Nurs*. 2005;21(3):196-200.
122. Maza Muela B. Beneficios percibidos de la aplicación de la terapia Reiki en pacientes oncohematológicos. *Metas ...* [Internet]. 2010 [citado 9 de enero de 2015];13(3):6-12. Disponible en: <https://medes.com/publication/58298>
123. Catlin A, Taylor-Ford RL. Investigation of standard care versus sham Reiki placebo versus actual Reiki therapy to enhance comfort and well-being in a chemotherapy infusion center. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. mayo de 2011 [citado 16 de enero de 2015];38(3):E212-20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21531671>
124. Pierce B. The use of biofield therapies in cancer care. *Clin J Oncol Nurs*. 2007;11(2):253-8.
125. Merati L, Brianzoli C, Barbagelata F. Le tecniche di rilassamento come trattamento integrativo nella cura del dolore : Reiki e terapia dell ' emicrania. *dacuoreacuore.it* [Internet]. 2010 [citado 13 de noviembre de 2014];(7):7-9. Disponible en: http://www.dacuoreacuore.it/e107_files/downloads/Le_tecniche_di_rilassamento....pdf
126. Santos A. O cuidado tridimensional através do Reiki e florais de Bach numa unidade básica de saúde [Internet]. Florianópolis (SC): Escola de Enfermagem da

- Universidade Federal de Santa Catarina.; 2005 [citado 15 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.sbpnet.org.br/livro/58ra/SENIOR/RESUMOS/resumo_1463.html
127. Salomé M. Sentimientos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em Unidade Terapia Intensiva após aplicação do Reiki. *Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 [citado 13 de noviembre de 2014];6(28):54-8. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/40424604_Sentimentos_vivenciados_pelos_profissionais_de_enfermagem_que_atuam_em_Unidade_Terapia_Intensiva_aps_aplicao_do_Reiki/file/3deec52657f2227053.pdf
 128. Raingruber B, Robinson C. The effectiveness of Tai Chi, yoga, meditation, and Reiki healing sessions in promoting health and enhancing problem solving abilities of registered nurses. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. octubre de 2007 [citado 10 de octubre de 2014];28(10):1141-55. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17957554>
 129. Larrañeta A. Dos hospitales públicos aplican ya terapias de sanación con las manos [Internet]. 20minutos. Madrid; [citado 21 de septiembre de 2007]. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/279335/0/>
 130. Shan S, Yu J, Qin Y. Terapias de Toque para el alivio del dolor en adultos. *Bibl Cochrane Plus* [Internet]. 2011 [citado 9 de enero de 2015];1. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=10945384&DocumentID=CD006535>
 131. Freitas de Moura VL, Andrade A De, Rossato Badke M. El Reiki como forma terapéutica en el cuidado de la salud: una revisión narrativa de la literatura. *Metas de enfermería* [Internet]. 2015 [citado 8 de agosto de 2016];14(1):335-56. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5044727&orden=0&info=link%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=5044727%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4971325>
 132. Joyce J, Herbison P. Reiki treatment for psychological symptoms. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4).
 133. Assefi N, Bogart A, Goldberg J, Buchwald D. Reiki for the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *J Altern Complement Med* [Internet]. noviembre de 2008 [citado 15 de octubre de 2014];14(9):1115-22. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3116531&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 134. Vandervaart S, Berger H, Tam C, Goh YI, Gijsen VMGJ, de Wildt SN, et al. The effect of distant reiki on pain in women after elective Caesarean section: a double-blinded randomised controlled trial. *BMJ Open* [Internet]. 1 de enero de 2011 [citado 15 de octubre de 2014];1(1):1-9. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3191394&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 135. Shiflett S, Nayak S, Bid C. Effect of Reiki treatments on functional recovery in patients in poststroke rehabilitation: a pilot study. *J Altern Complement Med* [Internet]. 2002 [citado 13 de noviembre de 2014];8(6):755-63. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/10755530260511766>
 136. Baldwin AL, Wagers C, Schwartz GE. Reiki improves heart rate homeostasis in

- laboratory rats. *J Altern Complement Med* [Internet]. mayo de 2008 [citado 15 de octubre de 2014];14(4):417-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18435597>
137. Sader M. Reiki e as pesquisas científicas [Internet]. [citado 13 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.moacirsader.com/artigo/reiki-e-as-experiencias-cientificas>
 138. Díaz-Rodríguez L, Arroyo-Morales M, Cantarero-Villanueva I, Fernández-Lao C, Polley M, Fernández-de-las-Peñas C. The application of Reiki in nurses diagnosed with Burnout Syndrome has beneficial effects on concentration of salivary IgA and blood pressure. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [citado 17 de febrero de 2014];19(5):1132-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22030577>
 139. Fortes Salles L, Vannucci L, Salles A, Paes da Silva M. The effect of Reiki on blood hypertension. *Acta Paul ...* [Internet]. 2014 [citado 14 de enero de 2015];27(5):479-84. Disponible en: http://www.scielo.br/article_plus.php?pid=S0103-21002014000500014&tIng=pt&lng=en
 140. American Society of Hypertension. La presión arterial y su salud. *Am Soc Hypertens*. 2010;1-14.
 141. Presión arterial [Internet]. [citado 7 de diciembre de 2016]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Presi3n_arterial
 142. Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) [Internet]. [citado 1 de febrero de 2012]. Disponible en: es.wikipedia.org/wiki/Clasificaci3n_Internacional_Uniforme_de_Ocupaciones
 143. González Platas M. M3DULO 4. Calidad de vida. [Internet]. *Neurodidacta*. 2012 [citado 21 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.neurodidacta.es/es/comunidades-tematicas/esclerosis/esclerosis-multiple/calidad-vida-esclerosis-multiple/definician>
 144. Schmidt S, Vilagut G, Garin O, Cunillera O, Tresserras R, Brugulat P, et al. [Reference guidelines for the 12-Item Short-Form Health Survey version 2 based on the Catalan general population]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 8 de diciembre de 2012 [citado 9 de enero de 2015];139(14):613-25. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775311011304>
 145. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)* [Internet]. [citado 9 de enero de 2015];111(11):410-6. Disponible en: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=10650548>
 146. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* [Internet]. abril de 2005 [citado 9 de enero de 2015];19(2):135-50. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911105713418>
 147. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. [Interpretation of SF-36 and SF-12 questionnaires in Spain: physical and mental components]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 24 de mayo de 2008 [citado 9 de enero de 2015];130(19):726-35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18570798>
 148. Monteagudo Piqueras O, Hernando Arizaleta L, Palomar Rodríguez JA. Reference values of the Spanish version of the SF-12v2 for the diabetic population. *Gac Sanit*

- [Internet]. [citado 9 de enero de 2015];23(6):526-32. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
149. Ramírez-Vélez R. Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. Rev Salud ... [Internet]. 2010 [citado 9 de enero de 2015]; Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a11.pdf>
 150. Méndez Montes SM, Mota Sanhua V, Maldonado Miranda EP, Rivas Ayala L. Efectividad de una intervención en nutrición en pacientes con hipertensión arterial sistémica que reciben atención primaria de salud : resultados de un estudio piloto en la Ciudad de México in primary health care : results of a pilot study in Mexico City. 2015;35(3):51-8.
 151. Ortega Anta RM, Jiménez Ortega AI, Perea Sánchez JM, Cuadrado Sotto E, López Sobaler AM. Pautas nutricionales en prevención y control de la hipertensión arterial. Nutritional patterns on prevention and control of hypertension. Nutr Hosp. 2016;33(Supl 4):53-8.
 152. Borgi L, Muraki I, Satija A, Willett WC, Rimm EB, Forman JP. Fruit and Vegetable Consumption and the Incidence of Hypertension in Three Prospective Cohort Studies. Hypertension. 2016;67(2):288-93.
 153. Maiques A, Brotons C, Villar F, Navarro J, Lobos J, Ortega R, et al. Atención Primaria Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Aten Primaria. 2012;44(1):3-15.
 154. Guitard Sein-Echaluce ML, Torres Puig-gros J, Farreny Justribó D, Gutiérrez Vilaplana JM, Martínez Orduna M, Artigues Barberá EM. Cumplimiento de las recomendaciones sobre actividad física en personas hipertensas asistidas en atención primaria. Gac Sanit [Internet]. julio de 2013 [citado 16 de febrero de 2017];27(4):365-8. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911112003251>
 155. Chapman E, Milton G. Reiki as an intervention in drug and alcohol withdrawal and rehabilitation: almost a decade of experience. Proc World Fed ... [Internet]. 2002 [citado 13 de noviembre de 2014];1-11. Disponible en: http://www.reikiheals.com/wp-content/uploads/2013/02/reiki_as_intervention_20th_feb_02.pdf
 156. Fernández L, Guerrero L, Segura J, Gorostidi M. Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión arterial y en la investigación cardiovascular. Hipertens y Riesgo Vasc [Internet]. 2010 [citado 5 de agosto de 2016];27(Supl 1):41-52. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1889-1837\(10\)70008-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1889-1837(10)70008-8)

12. ANEXOS

12 ANEXOS

ANEXO 1. Glosario y concepto básico de las terapias naturales más utilizadas. (Según la clasificación de la NCCAM)

A. Terapias nucleares de sistemas integrales o completos:

A.1. Acupuntura.

El término acupuntura describe una serie de técnicas que comprenden la estimulación de puntos anatómicos del cuerpo utilizando distintas técnicas. La más usada y estudiada es la introducción de finas agujas metálicas en la piel y su manipulación con las manos, el calor o la estimulación eléctrica. Es un procedimiento milenario de curación y forma parte nuclear de la medicina tradicional china. En la concepción del equilibrio y la salud de la medicina tradicional china, el balance entre las fuerzas opuestas del yin y el yang y el mantenimiento del flujo de la energía vital (Qi) a través de los denominados meridianos, puede ser restablecido mediante la acupuntura en puntos específicos del cuerpo que conectan las redes del flujo de la energía vital. Como técnica se usa en el alivio de dolor, mejora del bienestar, y el tratamiento de patologías agudas, crónicas y degenerativas.

A.2. Homeopatía.

Es un sistema médico integral que se originó en Europa. La homeopatía y la medicina homeopática (homeo pathos) utilizan un enfoque alternativo de la medicina occidental (alopathos), basándose en el principio de similitud y la premisa de curación con lo semejante y el estímulo de las propias defensas naturales y la capacidad de curación del cuerpo humano. El tratamiento homeopático comprende la administración individualizada de dosis extremadamente pequeñas de sustancias naturales preparadas específicamente y usadas muy frecuentemente. Las mismas sustancias que producen un determinado síntoma pueden ser utilizadas a dosis muy diluidas para aliviar dicho síntoma. Esta nueva aproximación fue propuesta a finales del siglo XVIII por Samuel Hahnemann. Aunque se han formulado varias teorías para explicar los posibles mecanismos de acción de la

homeopatía, ninguna ha sido científicamente verificada. En muchos países occidentales, entre ellos España, la autorización, registro y dispensación de los medicamentos homeopáticos están claramente regulados por normas que afectan a los medicamentos de uso humano.

A.3. Naturopatía.

Es un sistema completo de diagnóstico y tratamiento que se originó en Europa y que se fundamenta en el uso de elementos de la propia naturaleza para, utilizando la capacidad innata del cuerpo, alcanzar y mantener un buen estado de salud, o facilitar los mecanismos de equilibrio y curación que posee el propio organismo. La medicina naturopática promueve el tratamiento integral, el principio de no hacer daño y la prevención y promoción de las capacidades de curación, utilizando una gran variedad de productos naturales, técnicas y procedimientos que incluyen dieta y suplementos nutricionales, medicina herbal, ejercicios físicos, masaje y manipulación de las articulaciones, hidroterapia, homeopatía, y otros muchos usados en las medicinas tradicionales. Es un sistema muy extendido en países occidentales y con raíces en Alemania.

A.4. Medicina tradicional china.

Es el nombre que en la actualidad se da al antiguo sistema de atención a la salud proveniente de China. Se fundamenta en que la energía vital (Qi) regula el equilibrio espiritual, emocional, mental y físico y está afectado por las fuerzas opuestas del "yin" (energía negativa) y el "yang" (energía positiva). La enfermedad ocurre cuando se altera el flujo del Qi. Este tipo de medicina comprende terapias de hierbas, dietas y uso de nutrientes, ejercicios físicos, meditación, acupuntura y moxibustión, masajes terapéuticos y otras.

A.5. Ayurveda.

Es un antiguo sistema milenario de medicina originario de la India. El objetivo de los procedimientos usados en el Ayurveda (ciencia de la vida) es restaurar y mantener el equilibrio básico entre el cuerpo, la mente y el espíritu, desde una

perspectiva integral del sujeto y su entorno básico de desarrollo, en su comunidad, su trabajo y su vida familiar.

Incluye múltiples procedimientos como el consejo nutricional y sobre estilos de vida, el masaje, la medicina herbal, el yoga, la meditación y otros utilizados en un amplio espectro de síntomas y enfermedades.

B. Prácticas biológicas:

B.1. Fitoterapia, medicina herbal.

Es el uso de plantas naturales o de sustancias vegetales para el tratamiento de un amplio rango de síntomas y enfermedades y la mejoría de las funciones de los órganos y sistemas corporales. Es una modalidad de amplio uso en todo el mundo y que forma parte de otros sistemas completos de atención a la salud como la naturopatía, la medicina china y el Ayurveda. Gran parte de su extenso uso se hace en forma de autoconsumo. En muchos países occidentales, como ocurre en España, está regulada la producción, la autorización, el registro, la distribución y la dispensación de productos que forman parte de la medicina herbal, bien a través de la legislación alimentaria o de la de medicamentos tradicionales a base de plantas.

B.2. Dietoterapia, terapia nutricional, suplementos nutricionales y vitamínicos.

Comprende el uso de nutrientes y alimentos para ayudar al propio cuerpo a recuperar o mantener el equilibrio y la salud. El consejo dietético y nutricional está ampliamente integrado en la medicina convencional occidental de base científica. Se incluye como terapia natural, complementaria o alternativa cuando constituye un elemento nuclear en el proceso de manejo de la salud-enfermedad en sistemas conceptualmente alternativos de cuidados de salud.

C. Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo:

C.1. Osteopatía.

Es un sistema de medicina manual que ofrece cuidados de salud comprensivos, que pueden incluir la prevención y el tratamiento, que focaliza su atención en alteraciones del aparato locomotor. Presta especial atención a las

alteraciones de las articulaciones y del sistema músculo-esquelético, a la relación entre la estructura y las funciones del cuerpo. La osteopatía utiliza fundamentalmente técnicas manipulativas manuales, como el masaje, los estiramientos y la movilización de articulaciones, así como el consejo postural para devolver el equilibrio alterado por ciertas enfermedades o síntomas.

Algunos osteópatas practican la manipulación osteopática, un sistema de técnicas prácticas para aliviar el dolor, restaurar funciones y promover la salud y el bienestar, y el masaje, un conjunto de técnicas que consisten en hacer presión, frotar y mover los músculos y otros tejidos blandos del cuerpo, principalmente mediante el uso de las manos y los dedos, con el objetivo de aumentar el flujo de sangre y oxígeno al área masajeadas.

C.2. Quiropraxia y quiromasaje.

Es un sistema médico complementario integral que se centra en la relación entre estructura corporal, principalmente la columna vertebral, y la función corporal, y la manera en que dicha relación afecta a la salud. Los quiroprácticos tratan alteraciones de las articulaciones, músculos y ligamentos utilizando técnicas manipulativas como una herramienta para el tratamiento integral. Estas terapias se utilizan fundamentalmente en la corrección mecánica de distintos trastornos locomotores y el alivio del dolor agudo y crónico de espalda, dolor cervical, dolor de articulaciones periféricas y dolor de cabeza.

C.3. Reflexología.

Es la práctica de estimular puntos reflejos localizados en los pies, las manos, o los pabellones auriculares, mediante la aplicación de presión con el objetivo de obtener efectos beneficiosos reactivos sobre otros órganos y funciones del cuerpo. Se habla así de reflexología de la mano, podálica, auricular, del cuero cabelludo, abdominal, etc.

C.4. Shiatsu.

Práctica milenaria procedente de Japón, es una variante del masaje terapéutico y la acupuntura, y consiste en la aplicación de una presión manual con los dedos (acupresión) firme realizada sobre los puntos de acupuntura, con el objeto de aliviar el dolor y la enfermedad y mantener la salud.

C.5. Aromaterapia.

Es una terapia que utiliza aceites esenciales destilados de plantas (como camomila, espliego, geranio, madera de cedro, etc.) inhalados o bien aplicados en la piel o en baños con el objetivo de mejorar el bienestar, reducir la ansiedad, el estrés, la alteración emocional. A veces se usa junto a otras técnicas como el masaje, la acupuntura, la reflexoterapia, la medicina herbal, etc.

D. Medicina de la mente y el cuerpo:

D.1. Kinesiología

Comprende el estudio y análisis de los músculos y el movimiento corporal. La kinesiología aplicada es un sistema que usa procedimientos de medida y pruebas musculares con métodos estándar de diagnóstico para obtener información del estado global de salud del sujeto. El análisis de la función muscular, la postura, la marcha y otros factores estructurales, así como de estilos de vida, pueden contribuir a mejorar determinados problemas de salud.

D.2. Yoga.

El yoga utiliza una variedad de técnicas diseñadas con el fin de afianzar la capacidad de la mente para afectar la función y los síntomas corporales. Es un término que agrupa conceptos y prácticas muy amplias y variadas derivadas de filosofías orientales. Como terapia utiliza prácticas posturales, técnicas y ejercicios respiratorios, técnicas de meditación y relajación y orientaciones verbales, encaminados a obtener relajación, bienestar y a mejorar las funciones mentales y físicas.

D.3. Meditación.

La meditación es un procedimiento de concentración mental que emplea distintas técnicas para limitar los estímulos externos y relajar el cuerpo y la mente. Es un término general que incluye un amplio rango de prácticas y técnicas. La meditación implica un proceso de entrenamiento para el control del nivel de atención y el estado de conciencia, limitando el efecto de los estímulos exteriores y focalizando la atención en un punto, palabra u objeto de forma que se genera una sensación de armonía e integración de cuerpo y mente y un estado de relajación y alivio.

D.4. Hipnoterapia, sofronización, técnicas de regresión.

Conjunto de técnicas que permiten superar el estado de conciencia y así facilitar la relajación profunda, la reducción del dolor y el tratamiento de ciertos síntomas relacionados fundamentalmente con trastornos mentales o emocionales. También se ha utilizado para acceder a contenidos del subconsciente o de la memoria. La hipnosis en determinadas situaciones puede facilitar el cambio de comportamientos, actitudes y emociones.

E. Medicina sobre la base de la energía, terapias energéticas:

E.1. Reiki.

El Reiki es una terapia mediante la cual los terapeutas buscan transmitir energía universal, ya sea a distancia o colocando sus manos sobre una persona o cerca de ésta. Es una aproximación a la auto-curación natural. Utiliza el concepto de energía vital universal (Reiki) que, adecuadamente dirigida por un profesional, tiene como objetivo mejorar el espíritu y, en consecuencia, el cuerpo. Las manos del terapeuta pueden transmitir energía vital al paciente con el fin de tratar problemas mentales y emocionales, así como paliar o eliminar síntomas, molestias y curar enfermedades agudas o crónicas.

E.2. Qi-Gong o Chi-Kung.

Comprende una gran diversidad de técnicas habitualmente relacionadas con la medicina tradicional china y el yoga, que incluyen ejercicios respiratorios y

ejercicios físicos. Se practica, generalmente, con objetivos orientados al mantenimiento de la salud, pero también se puede prescribir con objetivos terapéuticos (reducción del estrés, mejorar la circulación sanguínea o la inmunidad, tratar distintas alteraciones). Este sistema de ejercicios persigue el equilibrio del flujo de la energía vital (Qi) a través de los meridianos de la acupuntura. Así, el Qi-Gong es un componente de la medicina china tradicional que combina el movimiento, la meditación y la regulación de la respiración para ampliar el flujo de "Qi" en el cuerpo, mejorar la circulación sanguínea y afianzar la función inmune.

E. 3. Terapia biomagnética o con campos magnéticos.

Comprende el uso de imanes, dispositivos electromagnéticos y generadores de campos magnéticos para el tratamiento de una gran variedad de alteraciones físicas y emocionales, que se ha extendido a problemas circulatorios, artritis, dolor crónico de columna vertebral y de articulaciones periféricas, alteraciones del sueño, estrés. Muchos dispositivos son autoadministrados (pulseras, collares, cintas, cinturones). Se basa en que la Tierra también produce campos electromagnéticos, los cuales se generan cuando hay actividad de tormenta eléctrica. Se considera que los campos magnéticos son producidos por corrientes eléctricas que fluyen en el centro de la Tierra, tales como campos de impulsos, campos magnéticos o campos de corriente alterna o directa.

ANEXO 2. Artículo “Situación actual de las Terapias Complementarias en España en el grado de Enfermería.”

Rev. Latino-Am. Enfermagem
21(3):[09 pantallas]
mayo-jun. 2013
www.eerp.usp.br/rlae

Artículo Original

Situación actual de las Terapias Complementarias en España en el Grado de Enfermería

Ana Belén Fernández-Cervilla¹
Ana Isabel Piris-Dorado²
María Esperança Cabrer-Vives²
Ana Barquero-González³

Objetivo: Describir la situación actual de las Terapias Complementarias en la formación enfermera en las escuelas y facultades de enfermería en España. Método: estudio observacional descriptivo transversal. Población de estudio todas las facultades, escuelas públicas y adscritas de España. Recolección de datos mediante una ficha de observación. Unidades de análisis los Planes de Estudio. Variables (créditos, tipo de asignatura, ubicación, tipo de terapia). Análisis descriptivo de los datos relativos y absolutos mediante hoja de Excel. Resultados: en la mayoría de las facultades y escuelas escrutadas la asignatura de Terapias Complementarias ha desaparecido y en aquellas que aparece es una asignatura optativa. Conclusión: la formación en Terapias Complementarias en España es deficiente, debido a que no se recoge como asignatura troncal y/o obligatoria. La ausencia de las Terapias Complementarias en el currículum, plantea interrogantes tales como el valor de éstas en la formación, conceptualización que tienen los docentes, la repercusión en la calidad de los cuidados, la formación de los docentes encargados de impartir la asignatura, así como el número de créditos y el curso a impartir en la titulación del Grado.

Descriptores: Terapias Complementarias, Educación en Enfermería, Estudiantes de Enfermería.

¹ PhD, Profesor Colaborador, Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

² Enfermeras.

³ PhD, Profesor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva, Huelva, España.

Correspondencia:

Ana Belén Fernández Cervilla
Universidad de Barcelona. Escuela de Enfermería
Feixa Llarga s/n
Pavelló de govern 3ª planta despacho 339
CEP: 08097, Barcelona, España
E-mail: abfernandez@ub.edu

Introducción

El creciente interés de los profesionales de enfermería por conocer y recurrir a las llamadas Terapias Complementarias (TC) es relatado en diversos artículos, tanto a la hora de afrontar problemas relacionados con la salud, como para conseguir mejores niveles de bienestar, así como los motivos por los que la población recurre cada vez más a ellas⁽¹⁻⁴⁾.

Es evidente que muchas personas recurren a todos los medios posibles, buscando aquello que la medicina alopática no les ofrece, como sentirse relajados, apoyados, encontrar momentos de bienestar, poder interiorizar y asumir su situación.

Es destacable también que numerosos profesionales de la salud se sienten implicados en el reto de integrar los conocimientos que han de dar respuesta, incorporando los conocimientos de la llamada medicina natural a los conocimientos adquiridos en la formación de sus carreras profesionales. Están haciendo suya la idea de una Medicina Integrativa.

Por ello, en este artículo se pretende conocer el nivel de docencia de las TC que se imparten en los futuros profesionales de enfermería en España.

Existen varios términos para designar el mismo concepto, así, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la "medicina alternativa" y "medicina complementaria" responde a una clasificación otorgada en países donde no existe integración entre medicina tradicional y medicina occidental, por eso, prefiere hablar en "términos" de medicina tradicional. Según la OMS, este vocablo debe referirse tanto a los sistemas de medicina tradicional, así como a las diversas formas de medicina indígena no sistemáticas⁽⁵⁾. Así mismo, define esta medicina como "prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades⁽⁵⁾."

Existen varias clasificaciones de las TC, la más utilizada es la publicada en el informe de la *White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy*, y el Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM)⁽⁶⁾ en la que se diferencian cinco categorías o dominios:

- Sistemas médicos alternativos: las que se consideran sistemas completos de teoría y práctica, sistemas alternativos a la medicina convencional, y que se han practicado principalmente en China e India desde hace

miles de años. Incluyen la medicina tradicional China, la ayurvédica, la naturopatía y la homeopatía;

- Las intervenciones mente cuerpo: incluye aquellas técnicas o intervenciones que realzan la capacidad de la mente para afectar las funciones y síntomas corporales. Incluye las terapias de apoyo, terapia cognitiva y conductual, la meditación, la relajación y visualización, terapia del arte, musicoterapia, etc.;

- Las terapias con base biológica: aquellas que utilizan sustancias naturales, como hierbas dietéticas, alimentos y vitaminas. (Se incluyen también las sustancias que no siempre han sido probadas científicamente, como el cartilago de tiburón en el tratamiento del cáncer...);

- Métodos de manipulación del cuerpo: aquellos que ponen el énfasis en la manipulación o en el movimiento de una o varias partes del cuerpo. Incluyen quiropráctica, osteopatía, masajes, reflexología, entre otras;

- Terapias de base energética: aquellas que se basan en la manipulación de los campos de energía e incluyen a la vez dos subcategorías: Terapias del biocampo, las que afectan al campo de energía que rodean y penetra al cuerpo humano. Como el reiki, el tacto terapéutico, etc. y Terapias bioelectromagnéticas, las que implican el uso no convencional de campos electromagnéticos, campos de corriente alterna, etc.

En cuanto a la utilización de las TC, el interés del público por éstas no está limitado a una determinada clase social, área rural o regiones de bajo desarrollo económico-social, por el contrario, alcanza a todos los sectores de la sociedad⁽⁷⁾ siendo muy extensa su utilización. Por ejemplo, en los Estados Miembros Africanos, un 90% de la población de Etiopía utiliza la Medicina Tradicional para ayudar a satisfacer las necesidades sanitarias; en Latinoamérica, la práctica asciende hasta el 40% en la población de Colombia y hasta un 71% en Chile. En China, el 40% de la población ha utilizado alguna vez esas terapias, siendo ampliamente utilizadas en Asia, las Medicinas Tradicionales de la China, Malaya e India⁽⁸⁾.

En otros países desarrollados también se observa una amplia utilización: en los Estados Unidos se ha calculado que el número de visitas a establecimientos de medicina alternativa asciende a 425 millones, cifra que supera el número de visitas a los consultorios médicos convencionales (388 millones). Un 46% de los australianos, un 49% de franceses y el 70% de canadienses también han utilizado alguna de esas terapias, así como uno de cada tres alemanes, siendo la acupuntura y la homeopatía las TC más empleadas⁽⁹⁾.

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁽⁸⁾, un 5,5% de la población encuestada en el 2003 consumió productos de Medicina Alternativa en

las dos últimas semanas, siendo más amplio el consumo por parte de las mujeres (7,57%) que de los hombres (3,46%); también se observa que lo utilizan más las personas con alta formación académica, con un elevado rango profesional o gente en edades comprendidas entre 45 y 64 años.

En la encuesta del 2006 se sigue el mismo patrón y, además, se observa un aumento del consumo en jubilados y amas de casa.

En la Encuesta Europea de Salud en España realizada en el 2009 se observa que las mujeres y las personas de edades comprendidas entre 35 y 54 años, son los que realizaron más visitas a servicios de Medicina Alternativa en los doce meses previos a la encuesta, siendo Madrid, Cataluña y Murcia las comunidades autónomas donde más las utilizan con un porcentaje, del 7,32%, 5,7% y 4,94% respectivamente⁽⁸⁾. Así mismo, entre el grupo de hombres que realizaron más visitas se incluyen los discapacitados para trabajar y los que se encontraban en situación de ocupación laboral. En las mujeres se repite este patrón, añadiendo las que se encontraban en situación de paro⁽⁸⁾.

Los motivos que guían al aumento de la demanda de TC tiene su origen en el descontento de los consumidores con la medicina convencional y también con el descontento de determinados profesionales con su propia manera de atender⁽⁹⁾. La opinión de otro autor a este respecto es que "dado el interés de los usuarios por la Medicina Complementaria/Alternativa (MCA), un sistema que no las tenga en cuenta no puede estar realmente centrado en la persona"⁽¹⁰⁾.

Respecto a la situación legal de las TC, los profesionales formados en éstas se siguen encontrando barreras legales para su aplicación, a pesar de que han interesado al personal sanitario en el transcurso de los años debido a su objetivo de tratar a los usuarios de una manera holística y más humana⁽¹¹⁾.

En Europa, el Parlamento europeo aprobó, en Marzo de 1997, el informe Paul Lannoye sobre el estatus de las TC, en que hace recomendaciones a los estados miembros respecto a su reconocimiento, regulación y armonización⁽¹²⁾.

En julio de 1999 el Parlamento de Cataluña, bajo las recomendaciones del Parlamento europeo, elaboró un amplio informe que se encuentra en la base de la regulación presente de las TC⁽¹²⁾.

En Febrero de 2007, la Generalitat de Cataluña elaboró el decreto 31/2007^(1,12) por el cual se regulaban las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales, pero el 25 de Julio de ese mismo año el *Departament de Salut* recibió la notificación de la

suspensión cautelar que el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (TSJC) dictó sobre varios artículos a raíz de la demanda promovida por el Ministerio de Sanidad, el Consejo General del Colegio de Médicos y el colegio de Fisioterapeutas de Cataluña, entendiendo que el texto catalán era arbitrario por dos motivos: que invade las competencias del Estado y que permite ejercer profesiones y prácticas relacionadas con el sector sanitario a personas sin titulación básica marcada por el Estado.

El *Departament de Salut* recurre ya que cree haber actuado en el ámbito de la competencia, exigiendo unos mínimos en la actuación de los prácticos y de los establecimientos donde actúan, afrontando esta realidad con escrupuloso respeto de las competencias profesionales sanitarias y, precisamente, poniendo límite al intrusismo que se pudiese producir en este vacío legal. Pero el 11 de junio de 2009, el TSJC anula íntegramente el decreto de terapias naturales de la Generalitat de Cataluña⁽²⁾.

A raíz de ésta problemática, en Cataluña, el grupo de TC del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (COIB) presentó un proyecto para la aprobación del Diploma de Acreditación y Capacitación (DAC) de las TC para que fuesen administrativamente reconocidas y reguladas en su ejercicio⁽²⁾. En él se expone que, ante las limitaciones de la medicina convencional, se está buscando un enfoque integral que tenga en cuenta la globalidad de la persona y todos los modos de curación.

Debido a la preocupación de que las TC sean ofertadas y aplicadas con las mayores garantías de calidad y seguridad la implantación de éstas resulta dificultosa, aunque existen varias zonas geográficas donde la docencia en TC está implantada debido a su uso constante por parte de los usuarios^(3,5). Así, en Latinoamérica, la población utiliza la etnomedicina (medicina popular), cuya práctica es trasladada a los profesionales sanitarios llegando a crear una cátedra de medicina naturista en la universidad de Las Condes, en Santiago de Chile. En Cuba, actualmente existe una especialidad médica de medicina naturista, de cuatro años de duración. En México, se ha desarrollado un programa de estudios de medicina complementaria y en Venezuela se reconocen las TC a nivel legal por lo que se ha creado una Comisión Nacional de Terapias Complementarias, la cual regula la docencia en este campo y valida los títulos y certificados a través del Ministerio de Salud de Venezuela⁽⁴⁾. En Perú, algunas escuelas de medicina han sido anfitrionas de congresos de medicina tradicional⁽¹³⁾.

Algunas escuelas de medicina, hospitales y otros servicios de salud norteamericanos ofrecen medicina no convencional como alternativa terapéutica y de enseñanza, incluso, algunos estados norteamericanos

ofrecen, en sus coberturas de seguro, coberturas para terapias no convencionales^(12,14-16).

En Estados Unidos no existe propiamente una enseñanza universitaria de Medicina Naturista, aunque hay numerosos *Colleges*, que imparten una enseñanza de medicina complementaria que dura entre tres y cinco años. Sus programas de estudios son realmente exhaustivos y completos. Hay que recordar que el término de naturópata viene de Estados Unidos, donde los profesionales formados de estos *Colleges* se llaman "Doctors of Naturopathy"⁽⁴⁾.

En Alemania, en 1991 se crea la cátedra de Berlín, dirigida por el Dr. Buring, y en otras universidades como Múnich aparecen proyectos en docencia de la Medicina Naturista. Desde 1993 se incluyen en los currículos médicos alemanes la enseñanza de la Medicina Naturista⁽⁴⁾.

En Francia existen unas siete universidades que imparten estudios de hidrología y otras tantas que enseñan homeopatía, acupuntura o sofrología. En la Universidad de Bobigny, en París, hace más de doce años que se imparten estudios de Medicina Naturista, y en la Universidad de Montpellier se imparte un diploma europeo en plantas medicinales⁽⁴⁾.

En España se inició la enseñanza de medicina naturista en 1989, con la integración de un curso de postgrado⁽⁴⁾. No existen masters oficiales dedicados a la enseñanza de las TC, aunque sí existen numerosos masters no oficiales impartidos por diferentes universidades y organizaciones de numerosas provincias españolas: en Barcelona (IL3-UB, COIB, Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB)), Madrid (Instituto Superior de Estudios Psicológicos, Universidad de Alcalá de Henares), Zaragoza (Universidad de Zaragoza), Navarra (Universidad Pública de Navarra), Toledo (Universidad Castilla La Mancha), etc.⁽¹⁷⁾.

En España, en cuanto a la formación básica enfermera en TC, las Escuelas pioneras fueron la Escuela de Santa Madrona (1989) y la Escuela Gimbernat (Cataluña) introduciendo en sus currículos básicos asignaturas optativas de TC; posteriormente en el curso 1992-3⁽¹⁸⁾.

La Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona (UB), comienza a impartir asignaturas optativas tales como: Métodos de relajación y visualización, Reflexología y, posteriormente en el año 2006, Masaje y técnica metamórfica. A nivel de estudios de postgrado se realizó el "Postgrado de instrumentos complementarios en los cuidados enfermeros" en los años 1998-2006⁽¹⁹⁾. Paralelamente, el COIB ha ido ofertando cursos de formación en este campo desde el año 1995. En el año 2009 surge el "Máster en Medicina Naturista y en Enfermería Naturista" organizado por la Comisión

de Terapias Naturales y Complementarias del COIB y la Sección Colegial de Médicos Naturistas del COMB⁽¹⁹⁾.

Las TC en la práctica enfermera ha interesado principalmente en aquellos campos donde existe la necesidad de contemplar a la persona desde un enfoque holístico integral. Florence Nightingale, la impulsora de la enfermería moderna, ya aplicaba un proceso de observación, poniendo especial atención al entorno que rodeaba al individuo. En sus apuntes, *Notes on nursing. What it is and what it is not*, conceptualizó la enfermería como la encargada de la salud personal de alguien y lo que la enfermera tenía que hacer era poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre él⁽²⁰⁾. De esta manera con la integración de las prácticas holísticas en la formación enfermera se conseguiría tener "una nueva generación de enfermeras holísticas cuidadoras"⁽²¹⁾. Esto provocaría cambios positivos en la manera de ofrecer los cuidados y en la manera de relacionarnos con las personas cuidadas⁽³⁾.

La enfermería es una ciencia en continua evolución. Esto se demuestra tanto por los cambios curriculares en la formación, como en las competencias en el campo asistencial. A lo largo de los últimos cuarenta años se ha ido pasando desde Ayudante Técnico Sanitario (ATS), a Diplomatura Universitaria en Enfermería (DUE) hasta llegar a Grado⁽²²⁻²³⁾.

Estudios recientes afirman que la enseñanza desarrollada permanece mayoritariamente vinculada al modelo biomédico preventivo, y que las concepciones de educación crítica y las prácticas educativas 'populares' son escasas, debido a la deficiente formación política de los docentes⁽²⁴⁾.

Es de vital importancia que todas las Escuelas de Enfermería se sometan a criterios y estándares universales, para obtener un consenso sobre el nivel mínimo de formación para los estudiantes, como también establecer los estándares de calidad en la formación de enfermería en el país⁽²⁵⁾.

Además existe la necesidad de implementar modificaciones en la formación profesional del enfermero, rescatando la mirada humanística junto a la científica. Se sugiere que en los cursos de graduación se desarrolle una metodología interactiva capaz de subsidiar una praxis de cuidado más humana, sensible e intersubjetiva⁽²⁶⁾.

Justificación y objetivos

Dado que no existe ninguna referencia se ha creído conveniente estudiar como ha cambiado la situación de las asignaturas de TC en la docencia enfermera en España tras la implantación de la modalidad de Grado, teniendo como

Objetivo General, describir la situación actual de la docencia de TC en las facultades, escuelas y centros de estudio de enfermería públicos y adscritos del Estado Español y como *Objetivos Específicos*: Cuantificar la proporción de Universidades Españolas públicas y adscritas que ofertan en sus planes educativos la enseñanza en TC; Especificar en que curso académico se cursa la asignatura; Detallar el número de créditos asignados a la asignatura; Determinar la naturaleza de las TC ofertadas.

Metodología

Se trata de un estudio observacional descriptivo que se realizó en todas las Escuelas, Facultades y centros públicos del Estado Español que ofertan la enseñanza de Enfermería en el periodo 2011-12. En este caso son 94 según el Ministerio de Educación, Deporte y Cultura.

Se utilizaron como criterios de inclusión, Escuelas y Facultades Universitarias de Enfermería Públicas y adscritas del Estado Español y como *Criterios de exclusión*, Escuelas Universitarias, facultades y centros de estudio de Enfermería privadas.

Para la recolección de datos se utilizaron las siguientes fuentes de datos: Páginas web de las Facultades y/o Escuelas; Planes de Estudio (PE) y Planes Docentes (PD) de la asignatura de las diferentes universidades.

El PE es el diseño curricular concreto respecto de unas determinadas enseñanzas realizadas por una universidad, sujetas a las directrices generales comunes y a las correspondientes directrices generales propias, cuya superación da derecho a la obtención de un título universitario de grado de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.

El PD es el elemento central de la acción formativa, permite conocer el nº de créditos, organizar los distintos elementos de la asignatura alrededor de la planificación de la actividad del estudiante, convirtiéndose en el guión de referencia para orientar los distintos procesos involucrados en la creación, la selección y la edición de los Objetos de Aprendizaje que constituyen el contenido y las actividades de la misma.

Se estudiaron las variables, existencia de la docencia en TC, universidad, modalidad (Grado o Diplomatura), nombre de la asignatura impartida, carácter (obligatoria u optativa), curso en la que se imparte, tipo de terapia impartida; número de créditos ECTS otorgados a la asignatura, entendiéndose por crédito ECTS la unidad

de valoración de la actividad académica necesaria para alcanzar los objetivos de la enseñanza en cada materia (RD 1125/2003)*.

Como instrumento, se elaboró una parrilla de observación que recoge todas las variables del estudio y como procedimientos para su realización se ha recurrido a los PE de Enfermería de todas las universidades públicas del Estado Español del año 2011-12, se ha recolectado información sobre las asignaturas impartidas en las diplomaturas y las ofertadas de los estudios del Grado a través del acceso a las páginas Web, comunicación a través de correo electrónico y mediante llamadas telefónicas a las universidades (para acceder a los PD que no estaban en la Web).

A continuación se han agrupado los datos en dos tablas (una con los de la antigua diplomatura y otra con los del Grado actual) mediante el programa informático Microsoft Excel 2003 y se han calculado las diferentes cifras relativas para su posterior análisis.

Análisis de los datos obtenidos: se han representado en dos tablas mediante el programa informático Microsoft Excel 2003. Posteriormente, se ha realizado el cálculo de las cifras relativas y absolutas para poder realizar un mejor análisis de la situación actual de la docencia de las terapias complementarias en enfermería, en las diferentes universidades.

Aspectos éticos

No procede, ya que la fuente de datos es pública.

Resultados

Los resultados encontrados se han clasificado en dos áreas: Grado y Diplomatura. En este estudio se ha dado una mayor importancia a los datos obtenidos de los planes docentes de la modalidad de Grado, utilizando los datos de diplomatura como datos comparativos de la situación actual**.

Se observó que, en la modalidad de Grado de 94 escuelas, centros y facultades de enfermería analizados, en 20 (21,28%) se imparten asignaturas que incluyen TC, siendo 67 de ellas (71,28%) las que no ofrecen ninguna asignatura relacionada. En las 7 restantes (7,45%) no hay información debido a que estas escuelas están en proceso de selección sobre las asignaturas optativas a implantar. (Figura 1)

* El Sistema Europeo de transferencia y acumulación de créditos (European Credits Transfer System), es un sistema centrado en el estudiante, que se basa en la carga de trabajo del estudiante necesaria para la consecución de los objetivos de un programa. Estos objetivos se especifican preferiblemente en términos de los resultados del aprendizaje y de las competencias que se han de adquirir. El valor del crédito está entre 25 y 30 ECTS.

** Debido a la extinción inminente de la Diplomatura, muchas facultades ya no contemplaban los PD de las asignaturas optativas en TC.



Figura 1 -Distribución de la modalidad de Grado en las escuelas y facultades de enfermería, de acuerdo con las asignaturas de TC en España, 2011-2012

En 94 escuelas, centros y facultades de enfermería analizados se imparte la modalidad de Grado, en 20 (21,28%) se imparten asignaturas que incluyen TC, siendo 67 de ellas (71,28%) las que no ofrecen ninguna asignatura relacionada. En las 7 restantes (7,45%) no hay información debido a que estas escuelas están en proceso de selección sobre las asignaturas optativas a implantar.

Estas asignaturas están presentes en cuatro de las 17 Comunidades Autónomas (CC.AA.) y dos ciudades autónomas de España (Ceuta y Melilla): Cataluña, País Vasco, Andalucía y las Islas Canarias. Siendo 20 de ellas (100%) de carácter optativo. (Figura2)

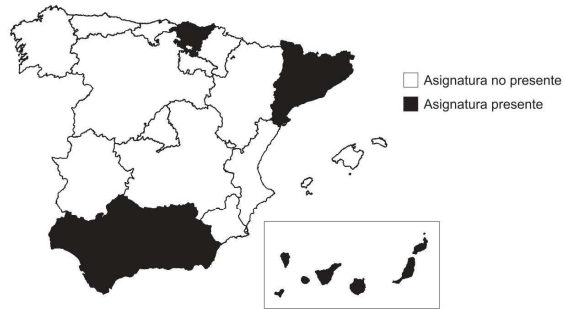


Figura 2 - Comunidades y Ciudades Autónomas de España en las que se lleva a cabo la impartición de asignaturas de TC. España, 2011-2012

Actualmente, 10 de las 20 asignaturas (50%) están implantadas; las otras 10 son asignaturas aprobadas, las cuales están pendientes de implantación para futuros años académicos.

En relación con los cursos académicos se observa que un 10% (n=2) se imparten en el primer año; el 25% (n=5) en el segundo; un 30% (n=6) en el tercer año, mientras que las que se imparten en el último curso la cifra aumenta al 35% (n=7). (Figura 3)

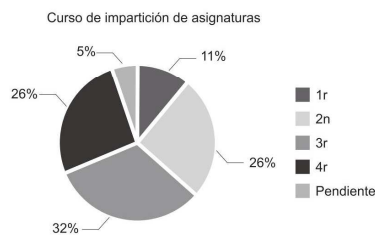


Figura 3 - Distribución de los cursos académicos en el que se imparte la asignatura de TC en España, 2011-2012

En cuanto a los créditos en los que se cuantifican estas asignaturas, se carece de información en 7 de ellas (35%); de las 13 restantes el 35% (n=7) tienen un valor de 3 créditos ECTS, un 5% (n=1) 4,5 ECTS y un 30% (n=6) tienen un valor de 6 ECTS.

El contenido de las TC en las asignaturas establecidas son: la reflexología podal, flores de Bach, la relajación y la hidroterapia; otras menos presentes son la acupuntura, el quiromasaje, el toque terapéutico o técnica metamórfica, la risoterapia, la aromaterapia, la fitoterapia, el reiki, el yoga, la musicoterapias, etc.

Diferencias entre Diplomatura y Grado

A nivel comparativo con la modalidad de Diplomatura, se observa que en algunas universidades se han suprimido asignaturas relacionadas con las TC durante la adaptación a los estudios de Grado; entre ellas se encuentran la universidad de Alicante, las Escuelas de Enfermería de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Universidad de Extremadura, la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva y la Escuela Universitaria de Enfermería de Valdecillas de la Universidad de Cantabria.

Por otro lado, otras universidades han añadido asignaturas de TC a sus P.E. con la aplicación de la modalidad de Grado: Universidad de Sevilla, en el Centro de Enfermería San Juan de Dios, Centro de Estudios Universitarios Francisco Maldonado, Centro de Enfermería Virgen del Rocío y Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología; Universidad de Jaén en su Facultad de Ciencias de la Salud; Universidad de Cádiz en la Facultad de Enfermería y Fisioterapia tanto en Cádiz como en la delegación en Jerez de la Frontera y Universidad de las Palmas de Gran Canaria, tanto en Las Palmas como en las dos delegaciones de Fuerteventura y Lanzarote.

También se observan universidades que mantienen las asignaturas de TC, entre ellas, la Universidad de Barcelona en la Escuela Universitaria de Enfermería; la Universidad Autónoma de Barcelona en la Escuela Universitaria de Enfermería de Vall d'Hebrón; Universidad Rovira y Virgili de Tarragona, en la Escuela Universitaria de Enfermería y en la Facultad de Ciencias de la Salud, hoy conocida como Centro de Enfermería Virgen de las Nieves de la Universidad de Granada.

Es destacable que, debido a la reciente introducción de la modalidad de Grado y la desaparición inminente de la Diplomatura (en proceso de extinción), la información accesible de ésta última ha sido escasa, por lo que la comparación entre ambas modalidades no es valorable.

Discusión

En nuestra búsqueda bibliográfica hemos encontrado artículos que describen de forma general la situación del marco educativo de las TC a nivel mundial⁽⁴⁾; hay artículos que explican la forma más idónea de aplicar las TC en el currículum enfermero⁽²⁻³⁾; pero, ninguno de los artículos revisados analizaron la situación educativa de TC en el currículum enfermero ni en el Estado Español, ni en otro lugar, de ahí, la imposibilidad de hacer un análisis comparativo de investigaciones anteriores con la llevada a cabo en este estudio, por ello pensamos que este primer estudio puede ser la puerta de entrada a nuevas investigaciones que corroboren la importancia de las TC y su repercusión en los cuidados enfermeros.

En este curso académico se está terminando la implantación del Grado en la mayoría de las Escuelas y Facultades de Enfermería, en los nuevos PE de diferentes centros ha desaparecido la asignatura de TC aunque en el anterior se ofertaba. Queda pendiente de análisis las Universidades y Escuelas que aun no tenían definidas las optativas del cuarto año de carrera.

www.eerp.usp.br/rlae

Conclusiones

Los resultados obtenidos demuestran la ausencia de estudios sobre la docencia en TC en el Estado Español, esto es significativo y habría que investigar el valor que se les da a dichas terapias en el currículum básico enfermero, la conceptualización que sobre ellas tienen los docentes y si la ausencia de éstas, es el resultado de lo anteriormente expuesto.

Otra consecuencia derivada de esta evidencia, ha impedido hacer una comparación de nuestros resultados con otros estudios en la formación en TC, lo cual demuestra que aún queda mucho trabajo por hacer en cuanto a la introducción de las mismas en la docencia enfermera.

Se debe considerar que la enfermería es una ciencia centrada en la persona y una de sus principales competencias es la de tener un sólido compromiso con la sociedad y dar una respuesta ajustada a sus necesidades, favoreciendo la libre elección de las personas en las decisiones de salud y ajustarlos a los principios bioéticos, las TC en la mayoría de las ocasiones están ausentes. De ahí la afirmación que el profesional enfermero deba tener conocimientos sobre todo tipo de tratamientos: alopático, medicina tradicional, como en TC. Pensamos que la ausencia en esta formación en las universidades españolas, hace que el tratamiento y asesoramiento al paciente esté mermado; si esta deficiencia no se va corrigiendo se corre el riesgo de tener a un gran número de profesionales de enfermería graduados carentes de formación en este ámbito y por tanto en competencias para ello. Igualmente sería necesario reflexionar y revisar los PE del Grado con el fin de tomar conciencia sobre la importancia de las TC en la formación enfermera y su implantación como asignatura obligatoria que de respuesta a la población, de esta manera se podría contar con profesionales de enfermería competentes en el cuidado integral de los ciudadanos, dando respuesta también a lo planteado en el código ético.

Sería necesario abrir nuevas líneas de investigación sobre la formación que deberían tener los docentes que impartieran esta asignatura, así como el número de créditos y el curso a impartir en el Grado.

Para finalizar se debería potenciar la investigación de las TC tanto a nivel académico como asistencial (en el ámbito público como privado) para seguir profundizando en la evidencia de las mismas.

Agradecimientos

A los profesores y a los jefes de estudio así como al personal de las diferentes universidades de toda España que nos han facilitado los datos para realizar este trabajo.

Especialmente queremos agradecer la colaboración de la profesora Julia López por la corrección de este trabajo. Y a la profesora Rosa M^a Blasco por la aportación de documentación.

Referencias

1. Comissió de teràpies naturals del COIB. La sofrologia: Instrument complementari de les cures infermeres. Barcelona; 2011. [acceso en: 14 sep. 2011]. Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/SOFROLOGIA%20AMB%20ISBN.PDF>
2. Comissió de teràpies naturals del COIB. Proposta per a l'obtenció de diplomes d'acreditació (DAC) en instruments complementaris de les cures infermeres: Teràpies naturals. Barcelona; 2008. [acceso en: 14 sep. 2011]. Disponible en: <http://www.coib.cat/Generiques.aspx?idPagina=974&idMenu=-1>
3. López Ruiz J. Integración de las terapias complementarias en el currículo enfermero. Nursing. 2008;26(3):58-63.
4. Saz Peiró P. Situación actual de la medicina naturista. Médicos Descalzos. 2001. [acceso en: 14 sep. 2011]. Disponible en: <http://www.medicosdescalzos.es/content/view/773/5/>
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002
6. NCCAM. What is CAM. [acceso en: 14 sep. 2011]. Disponible en: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>
7. Diperrí JE. Impacto e integración entre la medicina alternativa y la convencional. Cuad. Fac. Humanid. Cienc. Soc., Univ. Nac. Jujuy 2004;22(5):241-63. [acceso en: 6 de nov 2011]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042004000100017&lng=es&nrm=iso
8. Instituto Nacional de Estadística (ES) [internet]. Madrid: Ine.es; 2012; [acceso en: 12 feb. 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
9. Snyderman R, Weil A. Integrative medicine: bringing medicine back to its roots. Arch Intern Med. 2002;162(4):395-7.
10. Katz DL. La integración de la medicina convencional y la no convencional: tendiendo un puente sobre las turbulentas aguas del cuidado de la salud. Humanitas: Humanidades médicas. Medicinas alternativas y complementarias. 2003;1(2):171-80.
11. Zamarra MP. Integración de las terapias naturales en la práctica diaria de Enfermería. Hacia una salud holística. Revista de Especialidades Enfermeras 2006;3(7)[en línea] [acceso en: 14 sep. 2011]. Disponible en: <http://www.especialidadesenfermeras.com/revista/index.htm>
12. Decreto 31/2007 del 30 de Enero (ES). Decreto por el cual se regulan las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya; 1 feb. 2007. [acceso en: 7 nov. 2011]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/diari/4812/07025003.htm>
13. Universidad San Martín de Porres [internet]. Lima: Facultad de Medicina, Universidad San Martín de Porres. V Congreso Mundial de Medicina Tradicional 2005. [acceso en: 14 sep. 2011]. Disponible en: <http://www.medicina.usmp.edu.pe/congresomundial/>
14. Cooper RA, Stoflet SJ. Trends in the education and practice of alternative medicine clinicians. Health Aff (Millwood). 1996;15(3):226-38.
15. Spiegel D, Stroud P, Fyfe A. Complementary medicine. West J Med. 1998;168(4):241-7.
16. Pelletier KR, Marie A, Krasner M, Haskell WL. Current trends in the integration and reimbursement of complementary and alternative medicine by managed care, insurance carriers, and hospital providers. Am J Health Promot. 1997;12(2):112-22.
17. Ministerio de Educación (ES). [acceso en: 24 de oct 2011]. Disponible en: <http://www.guiainiversidades.uji.es/postgrados2010/index.html>
18. Teixidor M. La EU. Enfermería Santa Madrona de la Fundación "la Caixa": un proyecto formativo global. 5 Google académico. (Acceso día 10-4-2009) Disponible en: <http://www.fundacio.lacaixa.es/StaticFiles/StaticFiles/c16934a6c1801110VgnVCM20000128cf10aRCRD/es/PROYECTOGLOBAL.pdf>
19. Fernández Cervilla AB. Salvador Ríos, T. Formación y aplicación de las terapias complementarias en los cuidados de enfermería al paciente oncológico. Nursing. 2010;28(7):52-8.
20. Hernández A, Guardado de la Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev Cubana Enfermer. 2004;20(2).
21. Sandor MK. Educating the next generation of healers. J Holistic Nurs. 2005;23(2):117-9.
22. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (ES). La integración del sistema universitario español en el espacio europeo de enseñanza superior. Documento Marco. Febrero 2003.
23. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ES). Libro Blanco: Título de Grado de Enfermería. Biblioteca Lascasas 2005; p. 1.
24. Almeida AH, Soares CB. Health education: analysis of its teaching in undergraduate nursing courses. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(3):614-21.
25. Guerrero VG, Alvarado OS. Outcome analysis of accreditation processes for Chilean

nursing programs. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010;18(1):94-101.

26. Nunes ECDA, Silva LWS, Pires EPOR. Nursing professional education: implications of education for transpersonal care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(2):252-60.

Recibido: 25.7.2012

Aceptado: 6.3.2013

Como citar este artículo:

Fernández-Cervilla AB, Piris-Dorado AI, Cabrer-Vives ME, Barquero-González A. Situación actual de las Terapias Complementarias en España en el Grado de Enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mayo-jun. 2013 [acceso: / /];21(3):[09 pantallas]. Disponible en: _____

día
mes abreviado con punto
año

URL

www.eerp.usp.br/rlae

ANEXO 3. Hoja de información para el participante.

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Enfermería y terapias complementarias: En la regularización de la tensión arterial.”

PROMOTOR: Ana Belén Fernández Cervilla. Enfermera y Profesora colaboradora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Doctoranda del Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: **Ingrid Fort García.** Enfermera en el Centro CAP Roger de Flor 194-196 4ª planta

CENTRO: Centre CAP Roger de Flor

INTRODUCCION

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente de acuerdo a la legislación vigente, el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico/enfermera ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Objetivo General

Analizar el impacto de una Terapia complementaria en la regularización de la Tensión Arterial de las personas con hipertensión del “EAP Dreta Eixample” (CAP de Roger de Flor Barcelona 2G/2J).

Diseño

Estudio de intervención cuasi-experimental con grupo control.

Se espera que participen 196 usuarios hipertensos del EAP del cual la mitad formaran parte del **Grupo Control** (98) y la otra mitad formaran parte del **Grupo Experimental** (98). Ni los participantes ni las enfermeras y/o médicos sabrán a que grupo pertenecen.

Los participantes serán hombres y mujeres diagnosticados de HTA en edades comprendidas entre los 45 y 75 años con estado cognitivo conservado.

El estudio empezara en marzo de 2013 y acabará diciembre de 2013.

2013

ENERO

L	MMX	J	V	S	D
	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29
30	31				

FEBRERO

L	MMX	J	V	S	D
			1	2	3
4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27
28	29	30			

MARZO

L	MMX	J	V	S	D
			1	2	3
4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27
28	29	30	31		

ABRIL

L	MMX	J	V	S	D
	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29
30					

MAYO

L	MMX	J	V	S	D
		1	2	3	4
5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28
29	30	31			

JUNIO

L	MMX	J	V	S	D
			1	2	
3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26
27	28	29	30		

JULIO

L	MMX	J	V	S	D
	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29
30	31				

AGOSTO

L	MMX	J	V	S	D
			1	2	3
4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27
28	29	30	31		

SEPTIEMBRE

L	MMX	J	V	S	D
					1
2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	

OCTUBRE

L	MMX	J	V	S	D
		1	2	3	4
5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28
29	30	31			

NOVIEMBRE

L	MMX	J	V	S	D
			1	2	3
4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27
28	29	30			

DICIEMBRE

L	MMX	J	V	S	D
					1
2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31

MARTES TARDE: 1er turno de 16h a 18h y 2º turno de 18h a 20h

MIERCOLES MAÑANA: 1er turno de 9.30h a 11.30h y 2º de 11.30 a 13.30h

MIERCOLES TARDE: 1er turno de 16h a 18h y 2º turno de 18h a 20h

De los Horarios propuestos escogerá uno de ellos, **serán 12 sesiones** en total.

Dependiendo en el grupo que este recibirá seguimiento de la tensión arterial o seguimiento más terapia complementaria.

En la **Primera sesión** se les informa del estudio nuevamente y se cumplimentará el cuestionario del estudio de investigación y el cuestionario que mide la calidad de Salud (SF12)

De la **2ª a la 12ª** se le tomará la tensión arterial y frecuencia cardiaca tanto si es del grupo control como del experimental. La duración de las sesiones será de una media hora como mínimo y dos horas máximo.

En la **última sesión** se volverá a contestar el cuestionario SF12.

Las sesiones se realizarán en la 5ª planta del CAP Roger de Flor en el Aula sanitaria.

Es imprescindible que asista a todas las sesiones en caso de abandono deberán rellenar el documento adjunto y entregarlo en el mostrador del CAP Roger de Flor a la atención de INGRID FORT.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es posible que no obtenga ningún beneficio para su salud por participar en este estudio o que refiera cambios positivos en su percepción de salud así como relajación, bienestar y posibles cambios en su tensión arterial.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo el personal sanitario del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

Sólo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente,

como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y, puede exigir la destrucción de todas las muestras identificables previamente retenidas para evitar la realización de nuevos análisis.

También debe saber que puede ser excluido del estudio si el promotor o los investigadores del estudio lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

Cuando acabe su participación recibirá el mejor tratamiento disponible y que su médico considere el más adecuado para su enfermedad, pero es posible que no se le pueda seguir administrando la terapia aplicada en el estudio. Por lo tanto, ni el investigador ni el promotor adquieren compromiso alguno de mantener dicho tratamiento fuera de este estudio.

DOCUMENTO DE CESIÓN O ABANDONO DEL ESTUDIO

Yo.....con
DNI..... Informo al investigador del estudio “**Enfermería y terapias complementarias: En la regularización de la tensión arterial**”, mi cesión voluntaria.

Fecha: Barcelona,.....de.....de 2013.

Firma:

Nota: Rellenar el documento y entregarlo en el mostrador del CAP Roger de Flor a la atención de **INGRID FORT**.

ANEXO 4. Consentimiento informado.

TÍTULO DEL ESTUDIO: “Enfermería y terapias complementarias: En la regularización de la tensión arterial.

Código del Estudio:

Yo (**nombre y apellidos**).....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....

(Nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos y enfermeros.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

SI NO

Firma del paciente:

DNI:

Nombre:

Fecha:

Firma del investigador:

DNI:

Nombre:

Fecha:

Hoja para el PARTICIPANTE.

ANEXO 5. Posiciones de Reiki para el tratamiento de la hipertensión. Protocolo.

PROTOCOLO DE SESIÓN PARA EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN "Impacto del Reiki sobre la regularización de la tensión arterial"

IMPORTANTE:

Cada practicante de reiki deberá ceñirse a estas posiciones para que el estudio de investigación sea uniforme, científico y sin variables que puedan distorsionar y/o invalidar la investigación.

Primero os damos un resumen de los pasos que deberéis hacer en las sesiones, y a continuación, os mostramos las correspondientes imágenes orientativas.

Posiciones básicas para el tratamiento de la tensión arterial

Conexión con la intención de equilibrar la tensión arterial del usuario.

1. Manos sobre el chakra de la corona, sin reposarlas (7º chakra).
2. Manos sobre los ojos, sin reposarlas (6º chakra).
3. Manos sobre las mejillas cubriendo las sienas.
4. Manos sobre las orejas.
5. Una mano en un lado de los occipitales, y la otra en el parietal contrario. Y viceversa.
6. Manos sobre los hombros, en los laterales.
7. Manos sobre los hombros, en la parte frontal.
8. Manos sobre el chakra de la garganta (5º chakra) sin posarlas.
9. Manos sobre el chakra corazón, entre senos (4º chakra), la punta de los dedos hacia arriba en dirección al 5º chakra de la garganta.
10. Manos en el Punto Takata (3º y 2º chakra), unos 3 dedos por encima del ombligo y 3 dedos por debajo de él.
11. Manos sobre la parte interna de las muñecas.
12. Manos a la altura de los riñones.
13. Manos sobre la región pélvica, una mano en dirección a los pies y la otra hacia la cabeza.
14. Manos sobre una rodilla por delante y por detrás.
15. Manos sobre la otra rodilla por delante y por detrás.
16. Entre las piernas, a la altura de las rodillas, en dirección al perineo (1r chakra).
17. Manos justo sobre los tobillos, por la parte interna.
18. Manos sobre las puntas de los dedos de los pies.






¡1 minuto por posición!

Os pedimos que para que sea todo fluido, os aprendáis bien las 18 posiciones y que no os demoréis en pasar de una posición a otra.







Sobre todo los que ya tenéis una costumbre marcada y propia de realizar el reiki. En esta ocasión pedimos UNIFORMIDAD para la validación del estudio.

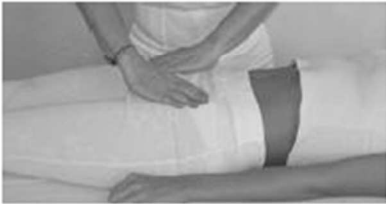



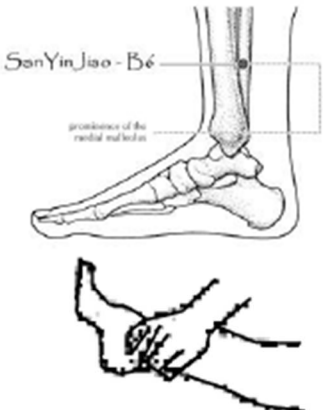
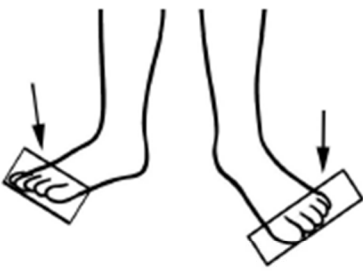
(Las posiciones 14 y 15 son las dos rodillas, pero lo hemos dividido para que lo contéis como que cada cambio de manos es una "posición").

Posiciones básicas con imágenes orientativas

1. Manos sobre el chakra de la corona, sin reposarlas (7º chakra).	2. Manos sobre los ojos, sin reposarlas (6º chakra).
	
3. Manos sobre las mejillas cubriendo las sienes.	4. Manos sobre las orejas.
	
5. Una mano en un lado de los occipitales, y la otra en el parietal contrario. Y viceversa.	6. Manos sobre los hombros, en los laterales.
	

Cuando estemos en la posición 5, en el occipital, incorporar un decreto en el inconsciente del usuario: "yo tengo la presión arterial perfecta".

<p>7. Manos sobre los hombros, en la parte frontal.</p>	<p>8. Manos sobre el chakra de la garganta (5º chakra) sin posarlas.</p>
	
<p>9. Manos sobre el chakra corazón, entre senos (4º chakra), la punta de los dedos hacia arriba en dirección al 5º chakra de la garganta.</p>	<p>10. Manos en el Punto Takata (3º y 2º chakra), unos 3 dedos por encima del ombligo y 3 dedos por debajo de él.</p>
	 <p>Cuando estemos en el 3º chakra, incorporar un decreto: "yo tengo la presión arterial perfecta".</p>
<p>11. Manos sobre la parte interna de las muñecas.</p>	<p>12. Manos a la altura de los riñones (por encima de las lumbares).</p>
	

<p>13. Manos sobre la región pélvica, una mano en dirección a los pies y la otra hacia la cabeza.</p>	<p>14. Manos sobre una rodilla por delante y por detrás.</p>
	
<p>15. Manos sobre la otra rodilla por delante y por detrás.</p>	<p>16. Entre las piernas, a la altura de las rodillas, en dirección al perineo (1r chakra).</p>
	<p>NUEVA FOTO</p> 
<p>17. Manos justo sobre los tobillos, por la parte interna.</p>	<p>18. Manos sobre las puntas de los dedos de los pies.</p>
	

Empezando por la cabeza y acabando por los pies, se mantendrá las manos en cada posición entre un minuto, minuto y medio.

POSICIÓN 1: CHACRA DE LA CORONA

POSICIÓN 2: 6º CHACRA POR DELANTE Y POR DETRÁS. – a la misma vez–

POSICIÓN 3: Una mano en la carótida derecha y otra en la zona parietal izquierda, y al cabo de 2 minutos, cambio de dirección, la carótida izquierda y la zona parietal derecha.

POSICIÓN 7: DETRÁS CERVICALES Y PRINCIPIO COLUMNA

POSICIÓN 9: GARGANTA Y CLAVÍCULAS FORMANDO TRIÁNGULO CENTRAL

- 5º Chakra.
- Sistema de temperatura corporal.
- Tiroides, paratiroides e hipotálamo.
- Metabolismo, problemas de peso, de pulmones y bronquios, palpitaciones, problemas de circulación, ataques de apoplejía, gripe, anginas, molestias del cuello y tensión arterial alta o baja.
- Activa todas las funciones de este chacra.

POSICIÓN 11: MANOS SOBRE CHACRA CORAZÓN

- 4º Chakra.
- Glándula timo.
- Todas las enfermedades de corazón y pulmón, circulación sanguínea, brazos y manos.
- Emociones y depresiones.
- Acciona todas las cualidades de este chacra.

POSICIÓN 12: UNA MANO SOBRE CINTURA Y OTRA DEBAJO (punto Takata)

- 2º y 3er chakra (aprox. 3 cm. por encima y debajo del ombligo). Centro del equilibrio.
- Sistema linfático.
- Estómago, intestinos y corazón.
- Shocks, digestiones y depresiones.
- Auto confianza, recarga de energía vital, relajación y emociones. Activa todas las funciones de estos dos chacras.

POSICIÓN 28: MANOS EN LOS RIÑONES

- Órganos: Corazón, pulmón, intestinos y vejiga.
- Sistemas: Nervioso y de defensas.
- Órganos: Riñones, vejiga, hígado, vesícula biliar, parte del estómago, páncreas, zona alta de los intestinos y bazo.
- Enfermedades: Dolores de espalda, estrés, shock, alergia, catarro o fiebre del heno, hepatitis, piedras en la vesícula, hipoglucemia, depresiones, quejas crónicas reprimidas, desintoxicación, anemia, leucemia y diabetes.
- Glándulas: Suprarrenales.

POSICIÓN FINAL DE PIES Y LATERAL DE TOBILLOS.

ANEXO 6. Hoja de registro del reikista.

HOJA DE REGISTRO DEL REIKISTA

ID participante: _____

Fecha: _____

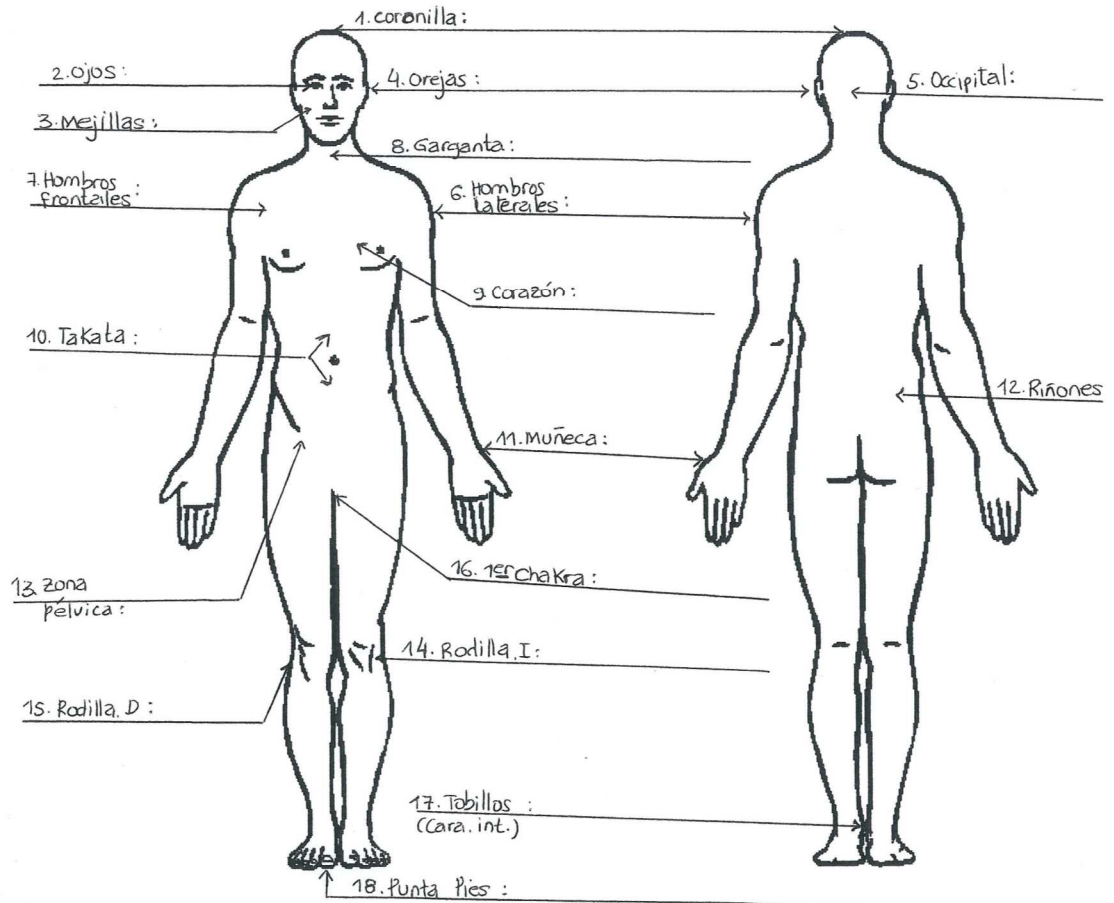
Reikista: _____

SENSACIONES:

Describe la sensación que ha tenido en los diferentes puntos: frío, calor, hormigueo, bloqueo, escalofrío, calambre, otros...

INTENSIDAD:

Enumere del 1 al 4 su intensidad, siendo el 1 mínima intensidad y el 4 máxima intensidad.



Otras observaciones:

ANEXO 7. Cuestionario de recogida de datos **/ Qüestionari de recollida de dades.**

Conteste a las preguntas, o bien escribiendo, marcando con una **X** en la casilla o haciendo **un círculo** en el número de la opción correspondiente. **Respongui a les preguntes: escrivint, marcant amb una X en la casella o fent un cercle en el numero de l'opció corresponent.**

1.DATOS DEL PACIENTE / DADES DEL PACIENT

<i>A cumplimentar por la enfermera / A complimentar per la infermera</i>	
- Fecha de la entrevista basal / <i>Data de l'entrevista:</i>	/ /
- Identificador ID:	
1___ = paciente control	
2___ = paciente intervención	

- Iniciales del nombre / *Inicials del nom:*

- CIP :

- Sexo / *Sexe:* Mujer / *Dona* Hombre / *Home*

- Fecha de nacimiento / *Data de naixement* / /

2.VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS / VARIABLES

SOCIODEMOGRÀFIQUES

2.1 Estado civil / *Estat civil:*

-0 Soltero / *Solter*

-1 Casado / *Casat*

-2 Viudo / *Vidu*

-3 Divorciado/ *Divorciat*

-4 Pareja de Hecho/ *Parella de Fet*

2.2 Profesión – Ocupación Actual / *Professió – Ocupació Actual:*

(Especifique el trabajo que desempeña o desempeñaba en el caso de que esté jubilado, con la mayor claridad posible)/(Especifiqui el treball que desenvolupa o va fer en el cas de estar jubilat, amb la major claredat possible)

2.3 Situación laboral/ *Situació laboral:*

-0: En paro/ *Aturat*

-1: Activo/ *Actiu*

-2: Jubilado/ *Jubilat*

-3: Estudiante/ *Estudiant*

-4: Otros especificar/ *Altres especificar* _____

2.4 Nivel de Estudios / *Nivell d'estudis:*

-0: Sin estudios / *Sense estudis*

-1: Educación Primaria / *Educació Primària*

-2: Educación Secundaria / *Educació Secundària*

-3: Bachillerato -BUP-COU / *Batxillerat - BUP – COU*

-4: Formación Profesional / *Formació Professional*

-5: Formación Universitaria / *Formació Universitària*

-6: Master y/o Doctorado / *Màster i/o Doctorat*

-7: Otros especificar/ *Altres especificar* _____

3.VARIABLES CLÍNICAS / VARIABLES CLÍNIQUES

A complimentar por la enfermera/A complimentar per la infermera

EXPLORACIÓN FÍSICA / EXPLORACIÓ FÍSICA

- Altura / *Alçada* : cm - Peso / *Pes* : kg

- IMC (kg/m²): - P.A (Perímetro Abdominal): cm

4.HISTORIA CLÍNICA / HISTÒRIA CLÍNICA

4.1 Alergias conocidas / *Al·lèrgies conegudes*: Si No

4.2 ¿Cuáles (especificar)? / *Quines (especificar)?*:

4.3 Hipertensión / *Hipertensió*: Si No

4.4 Otras enfermedades / *Altres malalties*: Si No

4.5 ¿Cuáles (especificar)?/ *Quines (especificar)?*:

- 1.Hipercolesterolemia
 - 2.Diabetes
 - 3.Cardiológicas: ej. infarto, angina de pecho, etc.
 - 4.Renales
 5. Cerebrovascular: ej. ictus
 - 6.Respiratorias: bronquitis crónica, asma, etc.
 - 7.Digestivas
 - 8.Oncológicas
 - 9.Osteoarticulares
 - 10.Emocionales: ej. depresión, ataque de ansiedad, etc.
 - 11.Migrañas/dolor de cabeza
 - 12.Dolor en general
 - 13.Otras _____
-

4.6 ¿Cuánto tiempo hace del diagnóstico de la Hipertensión Arterial? / *Quan temps fa del diagnòstic de la Hipertensió Arterial?*: _____ semanas/*setmanes* _____ meses/*mesos* _____ años/*anys*

4.7 ¿Cuánto tiempo hace que lleva tratamiento? / *Quant temps fa que segueix un tractament?*: _____ semanas / *setmanes* _____ meses / *mesos* _____ años/*anys*

MEDICACIÓN/ *MEDICACIÓ*

4.8 Toma usted Tratamiento para la hipertensión / *Tractament per la hipertensió*:

Si No

4.9 Que tratamiento toma para la Hipertensión arterial / *Tractament per la hipertensió arterial*: _____

A complimentar por la enfermera/A complimentar per la infermera

1. DIURÉTICOS
2. BETABLOQUEANTES
3. CALCIOANTAGONISTAS
4. IECAS
5. VASODILATADORES
6. ALCALOIDES
7. ARAII

4.10 ¿Toma usted alguna medicación además de la anteriormente citada?/*Pren vostè alguna medicació a més de la citada anteriorment?* Si No

4.11 ¿Cuál?/*Quina?* _____

4.12 ¿Toma usted algún tratamiento naturista / *Pren vostè algun tractament naturista:*

Si No

¿Cuál? / *Quin?: Ejemplos/Exemples:*

-0 Plantas medicinales/*Plantes medicinals*

-1 Suplementos dietéticos/ *Suplements dietètics*

-2 Vitaminas/ *Vitamines*

-3 Oligoelementos/ *Oligoelements*

- 4 Otros/*Altres*

4.13 ¿Terapias naturales? / *Teràpies naturals?:* Si No

4.14 ¿Cuáles (especificar)?/ *Quines (especificar)?:*

0 Acupuntura

1 Osteopatía

2 Reflexología

3 Tacto terapéutico

4 Quiromasaje

5 Sofrología

6 Flores de Bach

7 Plantas medicinales

8 Aromaterapia

9 Homeopatía

10 Envolturas o cataplasmas

11 Ventosas

12 Hidroterapia

13 Barros

14 Yoga

15 Otras.....

5.ADHESIÓN AL TRATAMIENTO / *ADHESIÓ AL TRACTAMENT:*

5.1 ¿Cómo definiría su 'grado de cumplimiento' de la medicación que tiene que tomar habitualmente?/ *Com definiria el seu "grau de compliment" de la medicació que te que prendre habitualment?*

1. Tomo la medicación todos los días sin excepción/*Pren la medicació tots els dies sense excepció*/___/
2. Tomo la medicación todos los días, pero puede ser 'que se me haya pasado' de forma excepcional/*Pren la medicació tots els dies, però potser "que se m'hagi passat" de forma excepcional*.|___|
3. Me olvido de tomar alguna medicación varias veces al mes/*M'he oblidat de prendre alguna medicació varies vegades al mes* /___/
4. Me olvido de tomar alguna medicación varias veces a la semana/*M'he oblidat de prendre alguna medicació varies vegades* /___/

6. ANTECEDENTES FAMILIARES / ANTECEDENTS FAMILIARS

Recuerda usted si su padre, madre, abuelos o bisabuelos tenían/ *Recorda vostè si el seu pare, mare, avis o besavis patien:*

6.1 Hipertensión arterial / *hipertensió arterial:*

Si No

6.2 Diabetes Mellitus/ *Diabetis Mellitus:*

Si No

6.3 Embolias cerebrales, infarto agudo de miocardio, anginas de pecho, etc. /*embòlies cerebrals, infarts aguts de miocardi, angines de pit, etc.:*

Si No

7.VARIABLES DE AUTOCUIDADO / VARIABLES D'AUTOCURA

7.1 ¿Hace usted Dieta sin sal para la hipertensión? / *Dieta:* Si No

7.2 ¿Ingiere fritos, conservas y rebozados habitualmente? / *Ingereix fregits, conserves y arrebossats habitualment?:* Si No

8. ACTIVIDAD FÍSICA / *ACTIVITAT FÍSICA* :

8.1 ¿Qué tipo de actividad física realiza en su lugar de trabajo (en su vida cotidiana)?/*Quin tipus d'activitat física realitza al seu lloc de treball (o a la seva vida quotidiana) ?:*

-1 Inactivo: Básicamente estoy sentado/a y camino poco (funcionario, administrativo)/ *Inactiu: bàsicament estic assegut/da i camino poc (funcionari, administratiu...)*

-2 Ligero: Estoy sentado/a pero hago esfuerzos moderados continuados (cajero/a) o Básicamente estoy derecho sin moverme (dependiente) / *Lleuger bàsicament estic dret sense mourem o estic assegut/da però faig esforços moderats continuats (caixer...)*

-3 Moderado ligero: Camino mucho pero no hago ningún esfuerzo vigoroso (vendedor comercial)/ *Moderat lleuger: Camino força però no faig cap esforç vigorós (venedor, comercial...)*

-4 Moderado intenso: Camino mucho y hago esfuerzos vigorosos (cartero, transportista)/ *Moderat intens: camino força i faig esforços vigorosos (carter, transportista...)*

-5 Intenso: Básicamente hago esfuerzos vigorosos y de mucha actividad (construcción, cargadores)/ *Intens: bàsicament faig esforços vigorosos i de molta activitat (construcció, carregadors...)*

8.2 Actividad física de tiempo libre / *Activitat física de lleure.*

-1: Ligera: Pasear, petanca, loga, etc. / *Lleugera: Passejar, petanca, ioga, etc.*

Frecuencia / *Freqüència:*

-0: Ninguna vez por semana / *Cap cop per setmana.*

-1: De una a tres veces por semana / *D'un a tres cops per setmana.*

-2: Más de tres veces por semana / *Més de tres cops per setmana.*

-2: Moderada: Bicicleta, gimnasia, aeróbic, jugando / *Moderada: Bicicleta, gimnàstica, aeròbic, jòguing, tennis, natació, etc.*

Frecuencia / *Freqüència*:

-0: Ninguna vez por semana / *Cap cop per setmana*.

-1: De una a tres veces por semana / *D'un a tres cops per setmana*.

-2: Más de tres veces por semana / *Més de tres cops per setmana*.

-3: Intensa: Esquaix, futbol, básquet, hoquei, etc. / *Intensa: Esquaix, futbol, bàsquet, hoquei, etc.*

-Frecuencia / *Freqüència*:

-0: Ninguna vez por semana / *Cap cop per setmana*.

-1: De una a tres veces por semana / *D'un a tres cops per setmana*.

-2: Más de tres veces por semana / *Més de tres cops per setmana*.

9.FACTORES DE RIESGO / FACTORS DE RISC

9.1TABACO

-Fumador / *Fumador*:

-0: No / *No*

-1: Exfumador / *exfumador*.

-2: Fumador / *fumador*.

-3: Fumador ocasional / *fumador ocasional*.

Si fumador nº de cigarros al día / *si fumador nº de cigarretes al dia*: _____/día-dia

Si exfumador nº de años de exfumador (> de un año) / *si exfumador nº d'anys d'exfumador (>d'un any)*: _____/mes-mesos _____/ años- anys

9.2 ALCOHOL

-¿Cuántas copas de vino, cerveza o bebidas alcohólicas bebe?

Quantes copes de vi, cervesa o alcoholiques pren?:

A cumplimentar por la enfermera/A complimentar per la infermera

	Consumo	Equivalencia UBE	Consumo habitual	semana	Consumo esporádico	mes
Vino o cava	1 vaso o copa (100 ml)	1				
	1 botella (3/4)	7,5				
	1 litro	10				
Cerveza o sidra	1 canya (200 ml)	1				
	1 litro	5				
Copas	1 copa (50 ml)	2				
	1 carajillo (25 ml)	1				
	1 combinado (cubata,...) (50 ml)	2				
	1 litro	40				
Generosos (jerez, vermouth,..)	1 copa	1				
	1 vermut (50 ml)	2				
	1 litro	20				

RESULTADO UBE SEMANA: _____ UBE

Cálculo de riesgo de alcohol

NO

Riesgo Bajo

De Riesgo

De riesgo 2

	HOMBRE	MUJER
Consumo prudencial	1-21 UBE/semana 1-24 gr/día	1-14 UBE/semana 1-16 gr/día
Riesgo bajo	22-35 UBE/semana 25-40 gr/día	15-21 UBE/semana 17-24 gr/día
Riesgo alto	36-50 UBE/semana 41-57 gr/día	22-35 UBE/semana 18-40 gr/día
Consumo perjudicial	50 UBE/semana 57 gr/día	35 UBE/semana 40 gr/día

1. ¿Ingiere alcohol mientras realiza actividad laboral de riesgo? Si No
2. ¿Toma tratamiento con fármacos con interacción relevante? Si No
3. ¿Ha consumido al menos una vez al mes y en un periodo corto de tiempo, más de 5 UBE en mujeres y más de 6 UBE en hombres? Si No

HOJA DE SEGUIMIENTO DE LAS 12 SESIONES

ID paciente:

Nº Sesión	Fecha de la sesión	Tensión Arterial (mmHg)				Frecuencia cardiaca (px')	
		Pre sesión		Post sesión		Pre sesión	Post sesión
		PAS	PAD	PAS	PAD		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Tensión arterial:

BD:

BI:

-Óptimo	<140-<90 mmHg
-DM, Insuficiencia cardiaca e Insuficiencia Renal	<130 - <85 mmHg
-Insuficiencia renal + proteinuria >g/día	<125 - <75

ANEXO 8. Cuestionario "SF-12" sobre el estado de salud.

CUESTIONARIO "SF-12" SOBRE EL ESTADO DE SALUD

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
2. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	SÍ	NO
4.) Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- | | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6.) Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.) No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Durante <u>las 4 últimas semanas</u> , ¿hasta qué punto <u>el dolor</u> le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? | | |

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...

- | | Siempre | Casi siempre | Muchas veces | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. se sintió calmado y tranquilo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. tuvo mucha energía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. se sintió desanimado y triste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca

ANEXO 9. Cuestionario post para los participantes del grupo control.

Marque con una X en la casilla correspondiente:

1. ¿Le han hecho alguna vez Reiki?

SI	NO
----	----

2. ¿Ha asistido a todos los controles con regularidad?

SI	
NO	
He faltado a 1 control	
He faltado a más de 1 control	

3. ¿En relación a su carácter como se describiría...?

Nervioso	
Impulsivo/sanguíneo	
Tranquilo	
Sentimental	
Apasionado	
Colérico	
Flemático	
Apático	

4. ¿Quiere recibir una sesión de Reiki?

SI	NO
----	----

5. ¿Qué prefiere? (Especifique una hora 16h, 16.30h, 17h etc....):

Martes tarde (de 16 a 19.30h)	
Miércoles mañana (de 9.30 a 13.00h)	

6. ¿Quiere que le informemos de los próximos talleres de Reiki que se realicen en el ambulatorio?

SI	NO
----	----

7. Observaciones o comentarios:

.....

.....

.....

ANEXO 10. Cuestionario post para los participantes del grupo experimental.

Marque con una X en la casilla correspondiente:

1. Antes de empezar con las sesiones de Reiki ¿le habían hecho alguna vez?

SI	NO
----	----

2. ¿Ha asistido a todas las sesiones con regularidad?

SI	
NO	
He faltado a 1 sesión	
He faltado a más de 1 sesión	

3. ¿En relación a su carácter como se describiría...?

Nervioso	
Impulsivo/sanguíneo	
Tranquilo	
Sentimental	
Apasionado	
Colérico	
Flemático	
Apático	

4. A lo largo de las sesiones ha sentido cambios:

SI	NO	Algunas veces
----	----	---------------

5. ¿Cómo se sentía antes de la realización de las sesiones de Reiki? (Puede contestar a más de una respuesta)

Cansado	
Nervioso/inquieto/intranquilo	
Relajado	
Estresado	
Con curiosidad	
Con ganas de cambio	
Tristes	
Contento/alegre	
Con dolor	
Preocupado	
Otras sensaciones....	

6. ¿Ha notado usted alguna de estas sensaciones físicas?:

	Durante la sesión	Después de la sesión de Reiki	Durante los días posteriores al Reiki
Calor			
Frío			
Hormigueo			
Relajación			
Dolor			
Bloqueo			
Nervios/ansiedad Angustia			
Escalofríos			
Vómitos/nauseas			
Mareos			
Con somnolencia			
Energéticos			
Otras sensaciones.....			

7. ¿Ha notado usted alguna de estas sensaciones psíquicas/emocionales?

	Durante la sesión	Después de la sesión de Reiki	Durante los días posteriores al Reiki
Miedo			
Paz			
Ganas de llorar			
Ganas de gritar			
Otras sensaciones.....			

8. ¿Su familia o personas cercanas le han comentado que han notado algún cambio en usted?

	SI	NO
Familia		
Personas cercanas		

9. ¿Ha notado usted cambios de actitud ante las situaciones como: ?

	SI	NO	A veces
Estar más positivo			
Enfadarse menos			
Estar más cariñoso/ amoroso			
Tener cambios de humor			
Sentirse menos estresado			
Afrontar la vida de una manera más serena			

10. Se ha planteado /iniciado algún cambio en su vida desde que inicio las sesiones de Reiki, por ejemplo:

	Planteado	Iniciado	NO
Empezar una dieta			
Dejar de fumar			
Hacer deporte/ejercicio			
Ser más amable con sus familiares.			
Otros:			

11. ¿Descansa mejor después de las sesiones?

SI	NO	Algunas veces
----	----	---------------

12. ¿Su Dr. /a ha tenido que ajustar la dosis de su tratamiento?

SI	NO
----	----

13. ¿Prefiere que sea el mismo reikista el que le haga todas las sesiones?

SI	NO
----	----

14. Comentario para mejoras o problemas que hayan surgido durante sus sesiones:

.....

.....

.....

.....

15. Otras observaciones.

ANEXO 11. Estandarización de la medida de la presión arterial.

(Protocol d'Hipertensió arterial *Joint comission Annex 1*)

1. Pacient

Condicions prèvies:

- no menjar abundantment, no fumar, no beure alcohol ni cafè, ni fer exercici, de mitja hora a una hora abans de la visita.
- No tenir la bufeta de l'orina plena.

Postura:

- Sedestació.
- Braç recolzat sobre la taula a l'alçada del cor i sense roba que estrenyi.
- Esperar en aquesta posició 5 minuts.
- No parlar durant mesura.
- També es pot determinar la PA en decúbit supí mantenint el braç recolzat a la llitera i a l'alçada del cor.

2. Entorn

- Ambient relaxat.
- Evitar sorolls intensos i situacions d'alarma.
- Mantenir una temperatura aproximada de 20° C.

3. Material

- Equip validat, bones condicions de manteniment i recalibració anual..
- La cambra del braçal ha d'ocupar 2/3 parts de la circumferència del braç
- Mesura braçal inflable d'adults estàndard (circumferència braç 20-32 cm):12-13 cm llarg x 21-26 cm d'ample.
- Mesura braçal inflable adults obesos (circumferència braç >32 cm):12-16 cm llarg x 33-40 cm d'ample.
- Mesura braçal inflable d'adults primos o nens (circumferència braç < 20cm):8-12 cm llarg x 18 cm d'ample.

4. Tècnica

Aparell recolzat sobre una superfície estable, que no es pugui moure.

- Col·locar braçal deixant totalment lliure la fosa avantcubital.
- Inicialment mesurar la PA en els dos braços per escollir-ne el de control (el de la PA més alta). Si les diferències entre ambdós braços són superiors a 20mmHg de sistòlica o 10 mmHg de diastòlica hauria de valorar-se una possible arteriopatia obstructiva.
- A cada visita s'han de realitzar, com a mínim, dues mesures tensionals separades un mínim de 2 minuts entre cadascuna.
- Si es detecta una ampla discordança entre xifres, cal realitzar mesures addicionals i fer la mitjana de les més concordants.
- En cas d'arítmia caldrà prendre la pressió amb esfigmomanòmetre aneròide.

ANEXO 12. Clasificación medicación antihipertensiva.

DIURÉTICOS Grupo	Nombre genérico		
TIACIDAS	Clorotiacida		
	Hidroclorotiacida		
	Clortalidona		
	Indapamida		
	Metolazona		
	Bendroflumetiácida		
DIURÉTICOS DE ASA	Furosemida		
	Ácido etacrínico		
	Bumetanida		
	Piretanida		
AHORRADORES DE POTASIO	Espironolactona	25-100	8-24
	Triamtereno	50-150	12-24
	Amilorida	5-10	12-24

Grupo	Nombre genérico
BETABLOQUEANTES	Atenolol
	Bisoprolol
	Metoprolol
	Nadolol.
	Oxprenolol
	Propranolol
	Timolol
	Labetalol
	Carvedilol
BETABLOQUEANTES ALFA	Prazosina
	Dosazosina
	Terazosina

CALCIOANTAGONISTAS Grupo	subgrupo	Nombre genérico
DIHIDROPIRIDINAS	de primera generación	Nifedipino
	de segunda generación	Amlodipino
		Felodipino
		Nitrendipino
		Lacidipino
		Nicardipino
		Isradipino
BENZOTIACEPINAS		Diltiacem
FENILALQUILAMINAS		Verapamilo

IECAS Grupo	Nombre genérico
Grupo sulhidrido	Captopril
Grupo carboxilo	Enalapril
	Benazepril
	Cilazapril
	Lisinopril
	Perindopril
	Quinapril
	Ramipril
	Trandolapril
Grupo fosfonilo	Fosinopril

VASODILADORES Grupo	Nombre genérico
	Hidralazina
	Minoxidilo
	Diazóxido
	Nitroprusiato sódico

ALCALOIDES TOTALES Grupo	Nombre genérico
	Reserpina
	Bietaserpina

ARAII Bloqueantes de receptores de la angiotensina II Grupo	Nombre genérico
	Candesartan
	Losartan
	Valsartán
	Esporsartán
	Irbesartán
	Telmisartán

ANEXO 13. Anuncio en el COIB para captar enfermeras reikistas.⁴

Si ets **Infermera Reikista** i vols col·laborar en el estudi d'investigació "**Infermeria i Teràpies Complementaries: Impacte del Reiki en la regularització de la Tensió arterial**" de la Universitat de Barcelona que es realitza en el CAP Roger de Flor de BCN, posat en contacte amb nosaltres en <http://estudiosreiki.wordpress.com/enfermerosas/>

Es col·labora fent Reiki, prenent i registrant la Tensió arterial, ajudant a complimentar i recollir els qüestionaris en els horaris següents:

Dimarts TARDA: 1er torn de 16h a 18h y 2º torn de 18h a 20h

Dimecres MATÍ: 1er torn de 9.30h a 11.30h y 2º torn de 11.30 a 13.30h

Dimecres TARDA: 1er torn de 16h a 18h y 2º torn de 18h a 20h

Requisits: Estar col·legiat en el COIB (Col·legi Oficial d'Infermeres/s de Barcelona) i tenir com a mínim el primer nivell de Reiki de qualsevol sistema.



⁴ El anuncio se encontraba en la antigua web del COIB:
<http://www.coib.cat/Genericos.aspx?idPagina=1758&idMenu=898>

ANEXO 14. Autorización Comisión de Bioética de la UB.



UNIVERSITAT DE BARCELONA

Gestió de la Recerca

Pavelló Rosa (recinte Maternitat)
primer pis
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Tel. 93 403 53 95 - 93 403 53 97
Fax (34) 93 403 54 00
g.recerca@ub.edu
www.ub.es/ogrc/ogrc.htm

COMISSIÓ DE BIOÈTICA

En Albert Royes i Qui, Secretari de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona

CERTIFICA

Que analitzada la sol·licitud presentada per Ana Belen Fernández Cervilla, doctoranda en el Departament de Infermeria de Salut Pública, Salut Mental i Materno Infantil de la Facultat d'Infermeria, i referent a la Tesi intitulada "ENFERMERIA Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS: IMPACTO DEL REIKI SOBRE LA REGULARIZACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL", dirigida pels investigadors Dra. M^a Teresa Lluch Canut (Directora), Dra. Pilar Delgado Hito i la Dra. Ana Barquero González (co directoras), aquesta Comissió, ha resolt **AUTORITZAR** la realització de l'esmentada Tesi.

I perquè en quedi constància a tots els efectes, signa la present, amb el vist i plau del President de la Comissió, a Barcelona, 5 de febrer de 2013.



Vist i Plau
El president de la Comissió de Bioètica
de la Universitat de Barcelona

Institutional Review Board (IRB00003099)

ANEXO 15. Cartel para la captación de participantes.



HIPERCAP



**SI TENS ENTRE 45 I 75 ANYS I
ETS HIPERTENS. T'AGRADARIA
PARTICIPAR EN UN PROJECTE
D'INVESTIGACIÓ?**

DURANT L'ANY 2018 EN AQUEST AMBULATORI REALITZAREM
UN ESTUDI D'INFÈRMERIA I TERÀPIES COMPLEMENTÀRIES EN
LA REGULARITZACIÓ DE LA TENSIÓ ARTERIAL.

ELS PAREM CONTROLS D'INFÈRMERIA QUE CONSISTEIXEN EN:

- 12 PRESSÉS DE TENSIÓ ARTERIAL
- 12 SÈSSIONS DE REIKI



PER MÉS INFORMACIÓ

Cumple el formulari disponible al marçador, amb el teu nom y
cognoms, telèfon de contacte. A la clínica d'Arnau Fort. Ens
pararem en contacte amb tu.

ANEXO 16. Formulario para recibir información del estudio.



HIPERCAP



I

Full per rebre informació de l'Estudi d'Infermeria i Teràpies Complementàries
en la Regularització de la Tensió arterial.

A l'atenció d' Ingrid Ford:

NOM _____

1er COGNOM _____

2º COGNOM _____

Telèfon de contacte _____

MOBIL _____

DATA _____

