

**Ane Berrueta Llona**

**Marta Valdearcos Beltran**

---

**PERFIL DE LAS PERSONAS QUE PADECEN CÁNCER Y  
UTILIZAN MEDICINA INTEGRATIVA: Estudio piloto**

---

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**Dirigido por: Dra. Neus Esmel Esmel**

**Grado de enfermería**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Seu del Baix Penedès**

**Tarragona 2019**

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>FUNDAMENTACIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>OBJETIVOS:</b> .....	<b>7</b>
<b>GENERAL:</b> .....	<b>7</b>
<b>ESPECÍFICOS:</b> .....	<b>7</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>7</b>
<b>CÁNCER</b> .....	<b>7</b>
Definición.....	7
Epidemiología.....	8
Tipos.....	9
Categorías.....	10
Origen.....	11
Tratamiento convencional .....	13
Efectos secundarios y calidad de vida .....	16
Los cuidados paliativos .....	18
<b>TERAPIAS COMPLEMENTARIAS</b> .....	<b>21</b>
Definición.....	21
Definición de la OMS.....	22
Definición de la AECC.....	22
Clasificación .....	22
Terapias complementarias: Demanda, motivos y razones .....	23
<b>MEDICINA INTEGRATIVA (MI)</b> .....	<b>26</b>
Oncología Integrativa (OI).....	26
Enfermería Integrativa.....	28
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>29</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>29</b>
<b>ÁMBITO DE ESTUDIO</b> .....	<b>29</b>
Población de estudio .....	29
Muestra .....	30
Criterios de inclusión .....	30
<b>INSTRUMENTOS</b> .....	<b>30</b>
Proceso de elaboración del cuestionario .....	32
Procedimiento .....	32
<b>BASES DE DATOS Y FUENTES DOCUMENTALES CONSULTADAS</b> .....	<b>33</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>36</b>
<b>Fase cuantitativa:</b> .....	<b>36</b>
<b>Fase cualitativa (Anexo 2: transcripción de entrevistas)</b> .....	<b>42</b>
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>43</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>45</b>

<b>LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....</b>	<b>46</b>
<b>CONTRIBUCIONES EN ESTE ESTUDIO .....</b>	<b>46</b>
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXOS:.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO 1: Tablas.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO 2: TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS.....</b>	<b>62</b>
Entrevista a la Dra. Cristina Abadía: .....	62
Entrevista a la enfermera Enoé Candela: .....	67
<b>ANEXO 3: HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO 4: CUESTIONARIO .....</b>	<b>70</b>
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	70
DATOS CLÍNICOS .....	72
DATOS RELACIONADOS CON USO DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS.....	75
TERAPIAS UTILIZADAS.....	78
¿CÓMO CONOCIÓ LA MEDICINA INTEGRATIVA?.....	82
<b>ANEXO 5: IMÁGENES.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO 6: HOJA INFORMATIVA QUE RECIBEN LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTEGRATIVA DE TERRASSA.....</b>	<b>84</b>

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido avances muy importantes en el campo de la oncología que desempeñan un papel fundamental en la comprensión de los mecanismos moleculares y celulares que impulsan la iniciación, el mantenimiento y la progresión tumoral. Estos descubrimientos han impulsado al desarrollo de nuevas dianas farmacológicas y nuevas estrategias de tratamiento. Ello ha permitido avanzar en los últimos años hacia una medicina personalizada de precisión que ha cambiado los paradigmas de la oncología, permitiendo un diagnóstico más rápido, preciso y una mejor selección del tratamiento. (1)

Así mismo, este proceso, ha hecho que la seguridad de los tratamientos farmacológicos se haya convertido en una preocupación mundial, y es una prioridad.

La farmacovigilancia es hoy, uno de los retos más importantes. Definida por la OMS como «una ciencia y actividades relacionadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los eventos adversos o cualquier otro posible problema relacionado con medicamentos». (2,3)

Aunque hace ya muchos años, Hipócrates decía: «ante todo no hacer daño». El proceso de farmacovigilancia refuerza este concepto: ante todo la seguridad del paciente, la mejora de las curas, del conocimiento de los medicamentos, del reconocimiento de las reacciones adversas, el balance riesgo/beneficio; en otras palabras, seguridad/eficacia de los medicamentos. Con el objetivo final de mejorar el tratamiento del cáncer, tanto en lo que se refiere a su eficacia como a su perfil de seguridad. (3)

La farmacovigilancia se enfrenta actualmente a retos importantes para determinar, recopilar, confirmar y comunicar la mejor evidencia para ayudar a la mejor elección clínica para pacientes individuales. Aunque, para lograr este objetivo se necesitan cambios estructurales profundos en la organización de la educación médica y la investigación general. (4)

Tras investigaciones los primeros biosimilares de anticuerpos monoclonales han sido aprobados recientemente en oncología por la Agencia Europea del Medicamento (EMA). Son definidos como medicamentos biológicos que contienen el principio activo de un medicamento biológico original aprobado previamente.

Estos no muestran diferencias significativas en la farmacocinética, la eficacia y la seguridad en comparación con los biológicos originales. La introducción de biosimilares es una oportunidad ya que puede contribuir a la sostenibilidad del sistema y a garantizar el acceso a la innovación sin comprometer la calidad de la asistencia oncológica. (5,6)

El cáncer es una enfermedad heterogénea y multifactorial que engloba entidades distintas en cuanto a posibles causas, pronóstico y tratamiento. Esta enfermedad puede originarse en cualquier parte del cuerpo y comienza cuando el crecimiento de las células se descontrola por encima de los límites habituales, pudiendo invadir partes adyacentes del organismo o propagarse a otros órganos (metástasis). (7,8)

El cáncer está clasificado como maligno o benigno. Los tumores malignos están caracterizados por ser muy invasivos, con un impacto en la calidad de vida, una mayor dependencia de la cura personal y, en definitiva, un tiempo de supervivencia más corto. (3,9)

Los tratamientos básicos del cáncer son: resección quirúrgica, quimioterapia y radioterapia. Son modalidades de tratamientos muy agresivas, no exentas de efectos secundarios, que pueden conducir a deficiencias, pérdida de independencia, invalidez y toxicidad severa. La independencia y la autonomía del paciente pueden verse comprometida cuando existe un tumor. Por lo tanto, tener cura y entender a los pacientes con cáncer es primordial para promover la autonomía, confianza, aceptación del tratamiento y rehabilitación, respetando sus limitaciones, valores y creencias. En este sentido, se necesitan intervenciones transversales para minimizar las deficiencias y mejorar la calidad de vida del paciente. (10,11)

Como dice Gerardo Cajaraville, jefe del Servicio de Farmacia Oncológica, “Hemos pasado de ser una figura lejana cuya responsabilidad principal era la preparación de los citostáticos en condiciones óptimas, a participar en la atención al paciente oncológico de una forma más general e integrada.” (10)

El papel que juega enfermería en las enfermedades oncológicas es importante para que la atención a estos pacientes sea activa, con un enfoque holístico y una comprensión individualizada. Como informa la literatura, de este modo se conseguirá un mejor pronóstico para los pacientes, con mayor índice de supervivencia y una mejor calidad de vida de los estos y sus familiares. (9)

A menudo, se requieren profesionales de la salud en oncología para abordar los aspectos bio-psico-social-espirituales de la atención al brindar atención de apoyo relacionada con la calidad de vida. (11) En la actualidad, el uso de terapias no convencionales está cobrando importancia, haciéndose cada vez más frecuentes en los tratamientos para los síntomas derivados del cáncer. (12) Desde el punto de vista enfermero, se trata de modalidades que permiten un acercamiento al lado más humano de los cuidados, ayudando a entender el proceso y facilitando la gestión de las emociones implicadas, repercutiendo en un mayor confort de los pacientes. Dichas terapias son aquellas en las que la persona es tratada desde un enfoque holístico, en continua interacción y cambio con el entorno y en el cual, se integran aspectos físicos, espirituales, emocionales, genéticos, medioambientales y sociales. (11,13,14)

Aunque el porcentaje de pacientes con cáncer que utiliza las terapias complementarias no es muy elevado, en los últimos años, ha ido aumentando hasta llegar a un 23,6% de nuestra población. (13)

El objetivo de este trabajo ha sido investigar y describir el perfil de personas que padecen cáncer y que utilizan las terapias complementarias junto a la biomedicina, abordando para ello el nuevo modelo de salud de la medicina integrativa. En este sentido, se han creado situaciones para estudiar las características sociodemográficas y clínicas de estas personas, además de los aspectos relacionados con el abordaje de su problema de salud.

## **FUNDAMENTACIÓN**

Tras años de búsqueda, investigación y estudio, los avances que ayudan a paliar y curar enfermedades son cada vez más grandes. Esto ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a sobrellevar la situación de otro modo. (11)

En el caso particular del cáncer han sido muchos los avances que se han logrado. Aun así, la tasa de mortalidad sigue siendo muy elevada. Hoy en día dicha enfermedad se encuentra entre las diez causas principales de muerte en España y en el mundo en general. (3,15,16)

Las técnicas complementarias están cada vez más demandadas entre la población. (17) Su uso suele realizarse al margen del sistema sanitario, sin tener en cuenta que las posibles interacciones con fármacos pueden poner en riesgo al paciente. (18)

A principios del año 2000, aparece un nuevo modelo de salud que se denomina medicina integrativa. (19) Es un concepto novedoso, y, por lo tanto, es difícil de especificar. Podría definirse como "El uso de terapias complementarias integrado en la medicina convencional, que debe estar respaldado por la evidencia". (20)

Es una propuesta de trabajo interdisciplinar en la que distintos profesionales de la salud integran sus conocimientos conformando un equipo preparado para ocuparse de las necesidades de los pacientes en su totalidad. (21)

En España este modelo se está iniciando. Básicamente la oferta de estos servicios se ofrece en centros privados de las principales capitales españolas. Existe un único proyecto dentro del sistema público de salud, se trata de un proyecto pionero en Cataluña que integra este modelo, aunque con unas características especiales, porque los profesionales aplican este modelo fuera de horas de trabajo, como voluntariado, es el Consorci Sanitari de Terrassa. Por otro lado, en los últimos años, han aparecido asociaciones de profesionales sanitarios que defienden este modelo, como SESMI (Sociedad Española de Salud y Medicina Integrativa) o AESMI (Asociación Española de Medicina Integrativa). (22)

Por otra parte, los servicios que ofrece este modelo pueden ser de gran importancia en los cuidados oncológicos, ya que ofrecen el uso de terapias complementarias en forma simultánea y coordinada con el tratamiento oncológico convencional, (23) y hay estudios que muestran la efectividad de la combinación de ambas modalidades. (18)

En los últimos años, la gestión de la calidad en los servicios de salud está orientados al usuario. Estudiar los procesos de salud y el perfil de los usuarios es de gran importancia, ya que permite garantizar los recursos para estos, además de mejorar la eficacia y optimizar la utilización de dichos recursos, permitiendo a su vez aplicar modelos de salud dirigidos a la población (24)

En base a lo expuesto, investigar el perfil de las personas que padecen cáncer y que utilizan la medicina integrativa, nos ofrecerá la posibilidad de abrir una nueva

línea de investigación para enfermería y la posibilidad de un trabajo en equipo para ofrecer cuidados integrales. (23)

## **OBJETIVOS:**

### **GENERAL:**

- Describir el perfil de las personas que padecen cáncer y que utilizan la medicina integrativa.

### **ESPECÍFICOS:**

- Conocer el cáncer: su proceso, origen y tratamientos.
- Conocer las modalidades de terapias complementarias más utilizadas.
- Describir el nuevo modelo de salud de la medicina integrativa.
- Diseñar las bases para un cuestionario de perfil de estos usuarios.

## **MARCO TEÓRICO**

### **CÁNCER**

#### **Definición**

Hablar de cáncer, actualmente, es hablar de una de las enfermedades o grupo de enfermedades de mayor importancia en términos de salud pública.

La Organización Mundial de la Salud - OMS, define al cáncer como proceso de crecimiento y diseminación incontrolado de células anómalas, destruyendo los tejidos corporales; que pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo y a cualquier edad de la vida. (16) Aunque puede aparecer en cualquier momento, la prevalencia aumenta con la edad y, por lo tanto, es más común encontrar casos de cáncer entre personas de mediana edad y personas ancianas. (15)

El término engloba varias enfermedades relacionadas y caracterizadas por la alteración de ciertos genes encargados de controlar la forma en la que funcionan nuestras células. Produciendo consecuentemente un desarrollo anormal de las células que se dividen, crecen y se diseminan de forma incontrolada, desarrollando mutaciones y perdiendo la capacidad para morir. Estas células adicionales tienen la

capacidad de crecer sin interrupción y pueden llegar a formar masas conocidas como tumores o neoplasias. Los tumores pueden ser benignos cuando aún no están infiltrados los tejidos u órganos del cuerpo o ser malignos y, por lo tanto, cancerosos. (16,25)

El tumor puede invadir el tejido circundante y algunas células cancerosas pueden desprenderse, emigrar a lugares distintos del cuerpo por medio del sistema circulatorio o el sistema linfático y diseminarse a distancia. Formando de este modo nuevos tumores lejos del original y destruyendo otros tejidos. Este proceso de diseminación celular es conocido con el nombre de metástasis y es la principal causa de muerte. (25,26)

## **Epidemiología**

Los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>1</sup> en 2016, nos informan de que cada día se diagnostican nuevos números de casos por cáncer, con una alta tasa de mortalidad y morbilidad en la población. Es una enfermedad diagnosticada a más de 13 millones de personas en todo el mundo que representa ya la segunda causa de muerte en la población general, teniendo un gran impacto económico y social que va en aumento.

Alrededor del 60% de los nuevos casos de cáncer en el mundo diagnosticados anualmente ocurren en países de ingresos medios y bajos, como los países de Asia, África, Sudamérica y Centroamérica y un 70% de las muertes por cáncer a nivel mundial ocurren en estas mismas regiones. Además, entre el 10 y el 15% de los casos de cáncer humano, en consecuencia, a los ingresos medios y bajos, se atribuyeron a varias infecciones. (16,27) Ciertas bacterias y virus pueden estar asociadas con el desarrollo del cáncer y con diferentes respuestas a la terapia. (28) Su principal efecto sobre la inestabilidad genética incluye mutaciones, aberraciones y daños en el ADN. (27,29)

En los últimos 20 años, el número de tumores ha experimentado un crecimiento constante debido no solo al aumento de la población, sino también al aumento de la esperanza de vida y las técnicas de cribaje. Sin embargo, aunque el riesgo de

---

<sup>1</sup> <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>

desarrollar cáncer ha aumentado el riesgo de mortalidad ha ido disminuyendo de forma considerable. Probablemente en relación con los avances en el tratamiento y con el diagnóstico precoz. (15,16)

En 2015, se estima que el cáncer fue responsable de 8,8 millones de defunciones en España. El aumento de casos de este padecimiento se debe a una mayor exposición a los factores de riesgo relacionados en gran parte con el estilo de vida.

Entre los principales factores se destacan: el tabaquismo, la ingesta de alcohol, una dieta pobre en fibra y rica en azúcares, el sedentarismo, la contaminación del aire, la obesidad o exceso de peso, las infecciones oncogénicas. (16,30)

El tabaquismo fue el principal factor de riesgo, produciendo un 22% de las muertes por cáncer. (31)

Según el informe “Las Cifras del Cáncer en España 2018” que se realiza anualmente por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) para recoger datos de incidencia, mortalidad, supervivencia y prevalencia de cáncer, los tumores más frecuentes diagnosticados en el año 2017 fueron los de colorrectal, próstata, pulmón, mama, vejiga y estómago. El cáncer pulmonar, de mama, colorrectal, próstata, estómago e hígado son los tipos de cáncer que producen el mayor número de fallecimientos en el mundo. (7)

## **Tipos**

El cáncer no es exactamente una enfermedad única, sino un gran grupo que abarca cerca de 200 enfermedades según el órgano o tejido en el que se ha infiltrado. (26,31) Este conjunto de enfermedades se pueden clasificar en función del tejido corporal y de las células de origen. Así, por ejemplo, el cáncer de colon que dio lugar a metástasis hepática sigue denominándose cáncer de colon, y no cáncer hepático. (32)

A pesar de existir cientos de formas distintas, estas se caracterizan en subtipos principales según el tipo de célula que los transforma y sus características. Es importante conocer el subtipo para determinar el pronóstico y poder planificar el tratamiento más adecuado.

## Categorías

Las categorías tienen su origen en tipos específicos de células: (26,33,34)

**Carcinomas:** Estos son cánceres que se originan en el tejido epitelial. Un tejido que recubre la superficie corporal, los órganos internos y diferentes glándulas de la persona. Representa un 80% de la totalidad de los cánceres. Algunos tipos de células epiteliales tienen nombres específicos:

- Adenocarcinoma (el cáncer que se forma en la célula epitelial que produce mucosidad o fluidos).
- Carcinoma de células basales (el cáncer que empieza en la capa basal de la epidermis) es el cáncer de la piel más común.
- Carcinoma de células escamosas (el cáncer que se infiltra en las células epiteliales que están debajo de la superficie exterior de la piel).
- Carcinoma de células de transición (es un cáncer que se forma en el tejido epitelial de transición o urotelial).

**Sarcomas:** Son cánceres que se originan en tejidos conjuntivos de los huesos, cartílagos, vasos sanguíneos, tejido graso o músculos. Los más frecuentes son los sarcomas óseos. Pero existen también otros tipos, como: leiomioma, el sarcoma de Kaposi, el liposarcoma, el condrosarcoma, angiosarcoma, etc.

**Melanomas:** Es un tipo de cáncer que se origina en la piel, generalmente en las células pigmentarias. Conocidas con el nombre de meloncitos.

**Leucemias:** Incluyen los cánceres de los tejidos formadores de células sanguíneas. Son aquellos que se originan en la médula ósea, el tejido encargado de mantener la producción de glóbulos rojos, blancos y plaquetas. En función del tipo de célula alterada, tenemos:

- Leucemia mieloide
- Leucemia linfocítica

Según la rapidez con la que empeora la enfermedad tenemos otra clasificación:

- Leucemia aguda (las células son inmaduras), es característica en niños.
- Leucemia crónica (las células están en la última etapa de la maduración).

**Linfomas:** Incluyen los cánceres de los tejidos formadores de los ganglios linfáticos, como los existentes en ganglios y órganos linfáticos.

- Linfoma de Hodgkin. En este tipo predominan las células de Reed- Sternberg, linfocitos anormales y el cáncer se forma a partir de células B.
- Linfoma no Hodgkin, el cáncer se forma a partir de células B y T y puede ser de crecimiento rápido o lento.

**Gliomas:** Son los cánceres de origen en el tejido nervioso.

## Origen

### El cáncer como enfermedad genética

El cáncer es conocido por la comunidad científica como una enfermedad de carácter genético. Este modelo nos propone que el cáncer es ocasionado por ciertos factores que tienen la capacidad de interactuar con los genes moduladores del crecimiento y la diferenciación celular y de producir mutaciones o alteraciones en el genoma. (35,36)

Según la perspectiva genética del cáncer, cualquier fenómeno que dañe los genes en nuestras células puede ocasionar cáncer. (37) Pero para la primera mutación proporcionaría una pequeña ventaja de crecimiento a una célula normal y sería necesaria la adquisición de alteraciones genéticas posteriores para que la pequeña neoplasia continuara expandiéndose y llegara a metastatizar a órganos distantes. (38) Para que la célula se vuelva cancerosa los genes alterados tienen que formar parte de unos procesos característicos a la formación del cáncer: proliferación celular, resistencia a la muerte celular, formación de nuevos vasos sanguíneos, capacidad de diseminación, reprogramación energética y evasión al sistema inmune. (37)

El microambiente del tumor podría tener también un papel decisivo en seleccionar a las células que se encuentran mejor adaptadas para sobrevivir al ambiente hostil en el que se desarrolla la enfermedad. (37)

La visión genético molecular considera el cáncer como una enfermedad causada por factores heredados o adquiridos que dañan o mutan genes esenciales en la regulación del ciclo celular, en los procesos de reparación del DNA y en la muerte celular programada o apoptosis. Tales daños confieren ventajas adaptativas a las

células para proliferar de manera no regulada y eventualmente conducir a una propagación de aquellas transformaciones a otras partes del cuerpo. (31)

- Heredados: Puede heredarse de nuestros padres si los cambios genéticos están presentes en las células germinativas que son las células reproductoras de nuestro cuerpo. Ello posibilitaría que el cáncer se desarrolle más precozmente, ya que bastaría un menor número de mutaciones adquiridas en vida.
- Adquiridos: Durante la vida estamos expuestos a sustancias carcinógenas que dañan el ADN. Por ejemplo, sustancias químicas, el humo del tabaco o la radiación de los rayos ultravioleta. Estos pueden ser causantes de alteraciones en la secuencia química del ADN de la célula y provocar las mutaciones genéticas.

Aun así, las mutaciones genéticas heredadas tan solo es un 5 a 10% de los cánceres totales. Aquello que heredamos no es la enfermedad, sino una mayor predisposición a que determinados genes muten y consecuentemente podamos desarrollar la enfermedad.

Desentrañar la historia evolutiva de un tumor es clínicamente valioso, ya que el pronóstico depende del curso futuro del proceso evolutivo y la respuesta terapéutica está determinada principalmente por la evolución.

Se ha observado que las mutaciones somáticas asociadas con los cánceres afectan a la totalidad del genoma. Aquellas que confieren una ventaja selectiva de crecimiento posibilitando la aparición y desarrollo del tumor se encuentran agrupadas en un subconjunto específico de genes entre los que se distinguen dos tipos: protooncogenes y antioncogenes. (37)

Los perfiles genómicos de cáncer son a menudo difíciles de interpretar. Los estudios se complican por la variación entre pacientes y la heterogeneidad genética existente. (39)

Los estudios realizados distinguen al menos cuatro tipos de heterogeneidad genética en los tumores:

- Intratumoral: Hace referencia a la variabilidad entre las células de un mismo tumor.

- Intermetastática: Se refiere a la variabilidad genética entre las diferentes lesiones metastáticas de un mismo paciente. Es común que una metástasis contenga diferentes alteraciones mutacionales y no compartidas con otras lesiones del mismo paciente si cada una de las lesiones posee diferente constitución genética, una terapia común podría no resultar satisfactoria.
- Intrametastática: Se refiere a la heterogeneidad entre las células de una misma metástasis. A medida que la lesión crece, cada célula adquiere nuevas mutaciones.
- Interpaciente: Se refiere a la heterogeneidad entre tumores similares de diferentes pacientes. Las diferencias se pueden asociar a factores del huésped como los que derivan de la línea germinal. La variabilidad interpaciente es uno de los mayores obstáculos en el diseño de terapias efectivas para todos los pacientes que padecen el mismo tipo de cáncer.

El panorama que ha desvelado el análisis genético de los tumores apunta hacia una enorme heterogeneidad en su constitución. Bajo esta perspectiva, sugiere una enorme dificultad para desarrollar terapias comunes efectivas para curar efectivamente la enfermedad en cualquiera de sus tipos.

## **Tratamiento convencional**

El tratamiento del cáncer es multidisciplinar. Esto significa que las distintas modalidades terapéuticas existentes pueden ser combinadas para proporcionar al enfermo el plan de tratamiento más adecuado.

El tratamiento de esta enfermedad ha cambiado de una forma muy importante en los últimos años gracias al conocimiento que nos ha aportado la biología molecular. Su aportación a consistido en entender que el cáncer es una enfermedad genética. Aunque también hemos podido demostrar que existen otras desregulaciones que no están propiamente en la célula, sino que se hallan en el microambiente celular y en la matriz extracelular. (40)

A lo largo de estos años se han desarrollado numerosas variedades de tratamientos desde los clásicos citotóxicos a las más innovadoras terapias dirigidas frente a alteraciones moleculares y la inmunoterapia, también conocida como terapias biológicas. (41,42)

Algunas personas solo recibirán un tipo de tratamiento. Sin embargo, la gran mayoría reciben una combinación de estos con el objetivo de aumentar las posibilidades de curación de la enfermedad.

Generalmente en el tratamiento del cáncer se siguen unos protocolos. Son un conjunto de normas y pautas que se establecen, basándose en la experiencia científica, para el tratamiento de una enfermedad. El tratamiento recibido depende de diferentes factores que están relacionados con el tipo de tumor y el paciente. Se tiene en cuenta la localización, la etapa del cáncer, el tamaño, la afectación de los ganglios u otros órganos del cuerpo, la edad, el estado general, otras enfermedades importantes del paciente y el deseo del propio paciente. (41,43, 44)

Las principales modalidades de tratamiento son las siguientes:

- **Tratamiento con cirugía**

Es un procedimiento utilizado para extirpar el tumor y hacer frente a las células cancerosas del cuerpo. Se usa especialmente si el cáncer está restringido en una zona concreta. Para que sea completamente eficaz se precisa extirpar parte del tejido que rodea el tumor para asegurar así que todas las células cancerosas han sido extirpadas.

Si el cáncer se ha extendido a otras zonas, a través de la sangre o de la linfa, habrá que realizar otros tratamientos. (45)

- **Tratamiento con radioterapia**

La radioterapia consiste en el uso de la radiación ionizante con fines terapéuticos y tiene como objetivo primario erradicar la enfermedad, es decir, destruir el mayor número posible de células tumorales, reducir el tamaño de los tumores y limitar el daño sobre el tejido sano circundante. Si este objetivo no puede alcanzarse, el segundo es la paliación, en la que la radioterapia se administra en varias sesiones fraccionadas (entre 1 y 5-10, aproximadamente) para mejorar la calidad de vida del paciente y reducir la sintomatología en la enfermedad avanzada o metastásica. de tumor y la presencia de tejidos o estructuras sensibles que puedan verse afectadas. (46,47)

Existen dos tipos de radioterapia según su aplicación: Externa e interna. En la radioterapia externa desde una máquina se emite radiación de alta energía. En la radioterapia interna se colocan unos implantes en el cuerpo cerca del tumor. (33,48)

- **Tratamiento con quimioterapia**

Es un tratamiento que usa fármacos de acción fuerte para destruir células cancerosas. A diferencia de las terapias anteriores, los medicamentos quimioterapéuticos pueden tratar el cáncer que se ha propagado, ya que viajan por todo el torrente sanguíneo. (48)

- **Inmunoterapia**

Este tipo de tratamiento consiste en estimular el propio sistema inmune o introducir en el organismo sustancias elaboradas semejantes a las del sistema inmune con el objetivo de controlar la enfermedad mediante el sistema de defensa.

La inmunoterapia del cáncer consiste en dirigir los mecanismos de destrucción celular del sistema inmunitario para eliminar el tejido canceroso. (49,50,51)

- **Terapia hormonal**

Es el tipo de tratamiento que se emplea en aquellos tumores que crecen por el estímulo de hormonas. Es un tratamiento que utiliza fármacos para modificar las hormonas que algunos tumores necesitan para crecer. Este tratamiento actúa sobre las hormonas para detener o disminuir el crecimiento de estas células cancerígenas. Se utiliza en algunos cánceres de mama, próstata y otros del aparato reproductor. (52,53)

- **Trasplante de células madre**

Las dosis muy elevadas de algunos tratamientos, como la quimioterapia o la radiación, eliminan las células anormales del cuerpo, pero también destruye células sanas de la médula ósea. Ello puede provocar que la médula ósea deje de producir por completo las células sanguíneas necesarias para vivir. Para restaurar la función de la médula es necesario administrar células madre hematopoyéticas sanas, que ocupan de nuevo el espacio medular y permiten que la médula vuelva a producir células sanas. Este procedimiento es lo que conocemos como trasplante.

Las células madre hematopoyéticas son las células sanguíneas más inmaduras que forman la sangre, es decir, son células progenitoras. Estas tienen la capacidad de generar cualquiera de los tipos de células sanguíneas del cuerpo. Mediante este procedimiento se permiten restaurar las células madre y se ayuda a tratar ciertos tipos de cáncer. (33,40,54)

### **Efectos secundarios y calidad de vida**

El cáncer es una dolencia crónica que se relaciona con sufrimiento, complejos procesos de afrontamiento y adaptación de los pacientes a causa de la multiplicidad de síntomas que se generan consecuentes a la enfermedad, los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos, y de fases avanzadas en la que se requiere cuidados paliativos. Es una enfermedad devastadora que afecta a la comodidad de la persona y por lo tanto a la experiencia de vida. (55)

Las cuatro prioridades de la oncología son: la calidad de vida, el efecto tardío de los efectos secundarios, el acceso a la atención y los cuidados paliativos. (56)

La mayoría de los fármacos que se emplean en el tratamiento están diseñados para destruir las células cuando se dividen. Sin embargo, estos tratamientos no solo destruyen o hacen lento el crecimiento de las células cancerosas, sino que pueden provocar también efectos secundarios, afectando a las células sanas del cuerpo.

Algunos de los tratamientos dañan el revestimiento del estómago, el sistema encargado de producir células sanguíneas y el sistema inmunitario. Como consecuencia de estos daños los pacientes con cáncer a menudo experimentan entre 3 y 13 síntomas durante la trayectoria de la enfermedad. Los síntomas asociados incluyen fatiga, náuseas, vómitos, dolor, depresión, dificultad para dormir, propensión a las infecciones, entre otros. (55,56,57)

Se estima un aumento de los síntomas presentados por los pacientes durante la enfermedad, especialmente la presencia de dolor. El dolor oncológico está relacionado con múltiples factores y es definido como:

“las sensaciones simultáneas de dolor agudo y crónico, de diferentes niveles de intensidad, asociadas a la diseminación invasiva de células cancerosas en el cuerpo; consecuencia del tratamiento del cáncer, incluyendo la quimioterapia, o las condiciones relacionadas con el cáncer, como el dolor de

la herida. El dolor oncológico se suele describir como impreciso, hiriente, doloroso, asustador; o como sensación inestable de dolor, con episodios de sensaciones intensas de dolor, acompañada por dificultades para dormir, irritabilidad, depresión, sufrimiento, aislamiento, desesperanza y desamparo” (58)

Los efectos secundarios que se viven en el proceso de la enfermedad de un paciente con cáncer producen un distrés físico que altera el estado de ánimo, las relaciones familiares y sociales, y disminuye la calidad de vida del enfermo. El distrés y el dolor oncológico son una experiencia muy desagradable que produce un gran sufrimiento y que interfiere en la capacidad para afrontar la enfermedad. (59) Para su afrontamiento existen una amplia gama de fármacos, aunque, como todo medicamento, también tienen sus propios efectos secundarios. (56)

El manejo de los síntomas es fundamental para aumentar el confort de la persona. El uso de medicamentos (Escala Analgésica OMS) ayuda a aliviar el dolor, pero muchas veces de forma inadecuada. Por ello, es necesario tomar otro tipo de decisiones que ayuden a gestionarlo y que conduzcan a resultados más favorables para los pacientes. Existe la posibilidad de incorporar las técnicas complementarias, también conocidas como medicina integral, para intentar proporcionar un mejor control del dolor. Especialmente cuando los tratamientos convencionales se vuelven limitados.

Actualmente existen estudios que evalúan la asociación entre terapias complementarias y analgésicas para actuar conjuntamente en el alivio del dolor oncológico. Al utilizar los tratamientos de manera combinada se obtienen efectos satisfactorios, incidiendo en el tiempo de alivio del dolor. (60)

El estudio de los síntomas implica el abordaje de las percepciones, la experiencia, la intensidad, la angustia percibida y las respuestas de los pacientes ante la aparición de estos. Es fundamental identificar los significados de cada persona. Cómo se producen y se expresan. (56)

Existen diferentes variables que influyen en los síntomas incluyendo factores situacionales, fisiológicos y psicológicos. La capacidad de las personas para percibir el grado de bienestar físico o mental está influenciada por varios factores tales como la edad, el nivel socioeconómico, la cultura, el papel de la familia, la educación, el

conocimiento de la salud y las experiencias pasadas. Las características de los pacientes y el impacto que supone para cada uno pueden ser diferentes, percibiendo así los síntomas de forma distinta. Dependerá del tipo, los efectos del tratamiento y la edad. Es necesario explorar los síntomas de los usuarios sometidos a diferentes terapias oncológicas y la angustia que representa para cada uno de ellos. (61)

Para el estudio de los síntomas se deben reconocer los antecedentes y las consecuencias, añadiéndole el valor del significado de la experiencia que los pacientes proporcionan, lo que implica un abordaje individualizado y complejo. (56)

## **Los cuidados paliativos**

La Organización mundial de la Salud (OMS) cita textualmente que los cuidados paliativos son:

“El enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y sus familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales, a través de la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”. (62)

Por otra parte, el Proyecto de Consenso Nacional define los cuidados paliativos del siguiente modo: “Cuidados paliativos significa cuidados centrados en el paciente y la familia que optimizan la calidad de vida anticipando, previniendo y tratando el sufrimiento. El cuidado paliativo a lo largo del continuo de la enfermedad implica abordar las necesidades físicas, intelectuales, emocionales, sociales y espirituales y facilitar la autonomía del paciente, el acceso a la información y la elección”. (63)

El aumento de la necesidad de proporcionar cuidados paliativos es debido al aumento de la esperanza de vida de la población, la cual está directamente ligada con el aumento de la prevalencia e incidencia de enfermedades oncológicas. (64)

La mayoría de los cánceres se diagnostican en etapas muy avanzadas e incurables, con lo cual muchos pacientes requieren tarde o temprano de los cuidados paliativos. En países desarrollados la necesidad de estos cuidados llega a un porcentaje de 70% y en países en vías de desarrollo esta cifra alcanza un 90%.

Los cuidados paliativos deben iniciarse lo antes posible para maximizar los beneficios. (65) La remisión de pacientes con cáncer temprano o avanzado a

equipos de cuidados paliativos interdisciplinarios es óptima. Estos equipos interdisciplinarios brindan asistencia hospitalaria y atención ambulatoria temprana en el curso de la enfermedad, junto con el tratamiento activo del cáncer. (63)

Los pacientes con cáncer avanzado se definen como aquellos con metástasis a distancia, enfermedad en etapa tardía, cáncer que limita la vida y / o con un pronóstico de 6 a 24 meses. Para los pacientes recién diagnosticados con cáncer avanzado, el Panel de expertos sugiere la participación temprana de cuidados paliativos dentro de las 8 semanas posteriores al diagnóstico. (63)

La etapa del cáncer avanzado descrita como terminal, o etapa IV, es difícil para el paciente y su familia. No existe curación posible en esta fase y solo se puede ofrecer un tratamiento paliativo de los síntomas con una muerte que se encuentra a corto o mediano plazo. (66)

Los cuidados paliativos según la OMS deben perseguir premisas como el alivio del dolor u otros síntomas que angustian a las personas, deben contemplar una visión holística del cuidado de la persona integrando los ámbitos físico, psicológico, social y espiritual, tanto del enfermo como de su fuente de apoyo (familia, seres queridos, etc.). De esta forma, se conseguirá proporcionar una atención integral con el objetivo de lograr la máxima calidad de vida. Es por ello por lo que los cuidados han de adaptarse a medida que la enfermedad avance. (67)

Los componentes esenciales de los cuidados paliativos según la OMS y American Society of Clinical Oncology pueden incluir:

- Relación y construcción de relaciones con pacientes y cuidadores familiares.
- Ayudar al enfermo y familia a considerar la muerte un proceso normal.
- Proporcionar alivio del dolor, síntomas, malestar y manejo del estado funcional (p. Ej., Dolor, disnea, fatiga, trastornos del sueño, estado de ánimo, náuseas o estreñimiento).
- Integrar aspectos psicosociales y espirituales en el cuidado del enfermo.
- Ofrecer apoyo al paciente para vivir de una forma activa hasta el momento de la muerte.
- Brindar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.
- Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

- Exploración de la comprensión y educación sobre la enfermedad y el pronóstico.
- Aclaración de los objetivos del tratamiento.
- Evaluación y apoyo de las necesidades de afrontamiento (por ejemplo, prestación de terapia de dignidad)
- Asistencia en la toma de decisiones médicas.
- Coordinación con otros proveedores de atención.
- Provisión de referencias a otros proveedores de atención médica según lo indicado.
- No tratar de acelerar la muerte ni retrasarla.
- Abordar las necesidades de la familia y el paciente, incluida la orientación para afrontar la pérdida a través de un enfoque en equipo.
- Aplicar los cuidados en fases tempranas de la enfermedad junto con otras terapias dirigidas a prolongar la vida (radioterapia o quimioterapia, por ejemplo).
- Realizar las investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas difíciles. (63,66,68)

El abordaje de los diferentes síntomas de la enfermedad puede ser de carácter farmacológico o no farmacológico. Dentro de los tratamientos no farmacológicos, se encuentran las terapias complementarias, modalidades que en los últimos años han experimentado un aumento en su uso por parte de la población en general, (69,70) así como también de las personas que padecen cáncer. (69)

Diferentes estudios muestran los beneficios obtenidos con estas modalidades en las diferentes etapas de la enfermedad, ayudando a aliviar el dolor, gestionar el miedo, la incertidumbre y la desesperanza entre otros. (67,71)

Los humanos somos cuerpo, pero también somos alma, psiquis y mente. No hay una enfermedad orgánica que no tenga un impacto psíquico, por ello, se recomienda el uso de tratamientos farmacológicos unidos a intervenciones que abordan también el carácter psicológico. (71) La psicología estudia el impacto del cáncer en la función psicológica de los pacientes y sus familiares. Este impacto se extiende más allá de los síntomas físicos, implica un proceso emocional que afecta aspectos personales, familiares y ambientales de la persona y su familia, lo

que nos hace tener la necesidad de una mirada biopsicosocial. Existen trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia en pacientes oncológicos. Son frecuentes los trastornos de adaptación, el trastorno depresivo mayor y el delirium en los pacientes oncológicos. Ello demuestra una vulnerabilidad psíquica que requiere consideración y adaptación de los tratamientos dependiendo de las necesidades emocionales del paciente. (72)

## **TERAPIAS COMPLEMENTARIAS**

### **Definición**

Seguidamente introduciremos el concepto de Terapias Complementarias (TC) como hilo conductor hacia el tema de estudio.

Existe una gran diversidad de modalidades complementarias, esto hace que sea complicado definirlas en un único concepto. Además, según el contexto, se utilizan diferentes términos para referirse a ellas. Entre otras podemos encontrar las siguientes definiciones: medicina complementaria, medicina alternativa y complementaria, terapias complementarias, terapias alternativas, medicina tradicional, terapias naturales, etc. En muchas ocasiones, se utilizan como sinónimos lo cual puede inducir a error y confusión. Asimismo, también puede haber variaciones en la definición dependiendo del país, cultura, momento histórico, etc.

(73) En nuestro país y sobre todo por parte del personal de enfermería, el término más utilizado para designar a estas modalidades es el de TC, motivo por el que se utilizará en este estudio. (19)

El término alternativo significa “otro”, y hace referencia a todas las técnicas terapéuticas que hasta hace poco no se enseñaban en las escuelas médicas y que se inscriben en contraposición de la medicina convencional o científica. (73)

El término “complementaria” ha reemplazado al de “alternativa”, por ser un término que se ajusta mucho más a la realidad, ya que en general los pacientes no dejan de acudir a su médico convencional, aunque utilicen TC. (73)

Como resumen y a modo general, podemos decir que las TC comprenden un grupo amplio y diverso de terapias, técnicas, prácticas, filosofías, procedimientos, intervenciones, sistemas de curación y productos. Tienen en común la mirada de la

persona como un todo en interrelación permanente con su entorno. La importancia centrada en la persona, vivencias, significados y la implicación activa de la persona en su proceso. (19)

## **Definición de la OMS**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define por un lado la Medicina Tradicional y por otro lado la Medicina Complementaria/Alternativa.

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

La **Medicina Complementaria o Alternativa** hacen referencia a *“un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal”*. (74)

## **Definición de la AECC**

A nivel nacional, la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) define estas terapias como: *“Conjunto de 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 manera individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.”*

La AECC también hace una diferencia a la hora de definir la medicina alternativa y la complementaria.

Define medicina alternativa como aquella que *“se utiliza en lugar de la medicina convencional”*, y en cambio la medicina complementaria es la que *“se utiliza conjuntamente con la medicina convencional”*. (75)

## **Clasificación**

La gran variedad y heterogeneidad de las terapias hace que la clasificación de éstas sea dificultosa. Por esta razón, nos ceñiremos a la clasificación del *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) de los EE. UU. de América,

por ser el referente mundial en la implementación de estas modalidades en sus Sistemas de Salud.

El NCCAM, las clasifica en cinco áreas diferentes, aceptando cierto grado de solapamiento. (76) (Anexo 1)

- **Sistemas integrales o completos:** son métodos de una atención completa tanto en la teoría como en la práctica que han evolucionado hasta día de hoy y que se utilizan además de la medicina occidental convencional.
- **Prácticas biológicas:** Se emplean sustancias que se encuentran presentes en la naturaleza con la finalidad de mejorar la salud de la persona (vitaminas, minerales, hierbas, alimentos, flores, etc.).
- **Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo:** manipulan o movilizan una o varias partes del cuerpo. Se basan en que todos los sistemas del cuerpo trabajan conjuntamente, con lo cual los trastornos de un sistema pueden afectar a otro conjuntamente.
- **Técnicas de la mente y el cuerpo:** son intervenciones que potencian la capacidad de la mente para influir sobre la salud física.
- **Técnicas sobre la base de la energía:** algunas orientan su uso a los campos de energía que hay alrededor del cuerpo humano (terapias del biocampo) y otras emplean la energía externa para influir sobre la salud de la persona (terapia biomagnética o con campos magnéticos). (76)

### **Terapias complementarias: Demanda, motivos y razones**

Es una realidad el aumento de interés de la población occidental por las TC. (17) Este interés se puede identificar en diferentes países y abarca tanto población adulta como niños. En Europa el uso de las TC esta alrededor del 35,9% de toda la población. (76) Tienen una prevalencia media del 48% en personas adultas y 45% en niños. (70) El número de usuarios de estas modalidades es mucho mayor en África, Asia, Australia y América del norte según la OMS. (74)

Según la OMS (2013), actualmente más de 100 millones de europeos emplean las TC, y de éstos, 20 millones recurren habitualmente a ellas y preferirían su inclusión en la asistencia sanitaria. (69)

En España, según los datos del Ministerio de Hacienda, diariamente se llevan a cabo unas 300.000 consultas diarias de TC. (70) Su popularidad ha aumentado en los últimos años paralelamente a la búsqueda de formas más holísticas para mantener una buena salud y bienestar. De hecho, las TC se muestran cada vez más como una forma segura y eficaz de reducir las causas y los impactos del dolor y la enfermedad. (14)

Los patrones de uso de estas modalidades varían en función de la cultura, la importancia histórica, el entorno social, las experiencias sobre las enfermedades y los conocimientos y promoción de la salud. (69)

Según el estudio *Presentación del primer estudio sobre uso y hábitos de consumo de las terapias naturales en España en 2008* del Observatorio de Terapias Naturales, el 95,4% de la población española conocía alguna terapia natural, siendo las más conocidas yoga, acupuntura o medicina tradicional china, tai-chi, quiromasaje y homeopatía. El 23,6% de la población las habían utilizado alguna vez, además el grado de satisfacción con las terapias era muy elevado (de 4,8 sobre 5). (77)

Los datos del barómetro del CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) en febrero de 2018 demuestran que las TC más utilizadas son el masaje terapéutico (13,5%), la fitoterapia (10,3%), el yoga (7,6%), la meditación (6,4%), seguido por la homeopatía (5,0%). (78,79)

Según el estudio de percepción social (OTN 2008), las terapias que los españoles usaban con más frecuencia eran: yoga (32,5%), acupuntura/medicina tradicional china (31,5%), quiromasaje (28,4%), homeopatía (23%), reflexología (16,1%), tai-chi (13,3%), terapia floral (12%), drenaje linfático (9,1%), naturopatía (8,8%), reiki (8,4%), osteopatía (8,2%), shiatsu (3,9%) y kinesiología (2,1%). (69)

Los pacientes con cáncer son los que recurren frecuentemente al uso de las TC; esto es debido a que el resultado desfavorable en un porcentaje elevado de casos lleve a los pacientes a acudir a otro tipo de tratamientos. Otro de los motivos, es las altas toxicidades asociadas muchas veces a tratamientos convencionales antineoplásicos. (76)

Los estudios disponibles, informan que la prevalencia de uso de las TC en pacientes con cáncer se sitúa entre un 12,5 a 73%. Esta gran variabilidad se justifica en pequeña medida por la definición inconsciente de las TC. (76,80)

Los datos acerca de la prevalencia de las TC en usuarios con cáncer no son especialmente extensas. Muchos pacientes no declaran la práctica de estas modalidades, por un lado, porque subestiman la relevancia de los productos considerándolos “naturales”, y, por otro lado, temen que este comportamiento pueda interpretarse como una pérdida de confianza en su oncólogo y el tratamiento que éste haya recetado. (76) Se estima que solo un 14% de usuarios comunican el uso de las TC. (81)

Referente a las terapias, hay evidencias de que algunas de estas modalidades son específicas para el tratamiento de algún tipo de dolor. La acupuntura está indicada para el dolor crónico y el dolor de cabeza, el tai-chi para la osteoartritis, dolor musculoesquelético, dolor general y dolor crónico. El mindfulness para el dolor lumbar, y el masaje puede ser de ayuda para el dolor general, dolor crónico, dolor de cabeza, cuello, espalda, artritis, postoperatorio y temporomandibular. (82)

Las razones principales por las cuales los pacientes oncológicos acuden a estas modalidades terapéuticas son muy variadas. En una revisión sistemática de abundantes estudios, las razones más prevalentes fueron: querer tratar o curar el cáncer, intentar tratar las complicaciones y efectos secundarios del tratamiento convencional, conseguir una influencia general en el estado de salud, una visión holística de la persona, tener el control del tratamiento, recomendación por parte de otras personas y la creencia en las TC. (17)

Esta gran demanda de las TC está llevando a que cada vez sean más los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, farmacéuticos, etc.) que se formen y que investiguen esta línea, con el objetivo de comprobar su utilización, efectividad y seguridad. En el caso de la enfermería, en España, son más de 15.000 las enfermeras y enfermeros que emplean en su práctica habitual las TC según los datos ofrecidos por el Consejo General de Enfermería. (70)

## **MEDICINA INTEGRATIVA (MI)**

La medicina integrativa (MI) es un nuevo concepto que surge a principios de la pasada década. Este término fue ideado por el doctor Andrew Weil, fundador del Center for Integrative Medicine en la University of Arizona en 1994. (19)

La MI es un término novedoso, por ello, no hay consenso sobre como definirla. Una definición de este término enfocado en su significado es "El uso de TC integrado en la medicina convencional, que debe estar respaldado por la evidencia". (20)

Además de un nuevo concepto, también es un nuevo enfoque de la salud. La MI utiliza determinantes biomédicos y sociales con la finalidad de promover la salud y prevenir enfermedades, (83) asimismo, da gran importancia a la relación entre el médico y el paciente, ya que se centra en la persona en su totalidad. (83,84)

Es el resultado de una "revolución" por parte de consumidores que por diversas razones no están satisfechos con lo que la medicina alopática ofrece o que buscan una medicina más holística que esté enfocada a su propia salud. (19) La MI considera los factores que puedan afectar a la salud de la persona, incluyendo la mente, las emociones, el estilo de vida y el cuerpo. (84)

Dos informes publicados por el profesor Rosenberg de la Cátedra de la Salud Pública de la Facultad de Medicina de Harvard en la década de los 90, señalaban que un 45% de pacientes norteamericanos acudían a profesionales de las TC después de la consulta con sus médicos. Buscaban asesoramiento nutricional, apoyo emocional o psicológico, reducir el dolor sin tomar más medicamentos o mejorar el sueño sin necesidad de hipnóticos. (22)

Concluyendo, la MI combina la medicina alopática con TC seguras y eficaces. Al integrar estas modalidades en los planes de tratamientos tradicionales, se consiguen profesionales más capacitados para ocuparse de las necesidades físicas, emocionales y espirituales de sus pacientes. (21)

## **Oncología Integrativa (OI)**

Los pacientes con cáncer están utilizando activamente la medicina alopática junto con las TC como parte de su cuidado, (85) ya que, en el curso de su enfermedad, a menudo sufren una inmensa angustia física y psicológica debido al dolor, la depresión, la ansiedad, etc. Recurren al uso conjunto de ambas modalidades (84)

La Oncología Integrativa es una rama de la MI y puede definirse como “*el uso de terapias complementarias en forma simultánea y coordinada con el tratamiento oncológico convencional*”. (86) Es una de las áreas donde más se ha desarrollado el modelo de trabajo de la MI. (71)

En 2017 proporcionaron una definición completa para oncología integrativa en la revista *Journal of the National Cancer Institute*:

“La oncología integrativa es un campo de atención al cáncer centrado en el paciente y basado en la evidencia que utiliza prácticas de la mente y el cuerpo, productos naturales y/o modificaciones de estilo de vida de diferentes tradiciones junto con los tratamientos convencionales para el cáncer. La oncología integrativa tiene como objetivo optimizar la salud, la calidad de vida y los resultados clínicos en todo el proceso continuo de atención al cáncer y capacitar a las personas para prevenir el cáncer y convertirse en participantes activos antes, durante y después del tratamiento del cáncer”. (18)

La OI ha surgido en respuesta al creciente papel que tienen las personas con cáncer y los sobrevivientes en el manejo de su propio cuidado, el uso creciente de TC y la importancia de una alianza terapéutica - atención oncológica y TC que respeta las preferencias y valores de tratamiento de los pacientes. (85) Busca potenciar la capacidad del propio cuerpo para sanarse teniendo en cuenta dimensiones psíquicas, sociales, psicológicas y espirituales del paciente. (71)

En los últimos años, en las guías de práctica clínica (GPC), las cuales están basadas en evidencias que representan los documentos de más alto nivel, han ido incrementando las recomendaciones de OI. (4)

Hay estudios que demuestran que, el cuidado convencional combinado con las modalidades complementarias puede estimular la efectividad y reducir los síntomas adversos del cáncer, pero el uso de TC en el contexto del cáncer no se puede tomar como algo benigno, ya que, algunos tratamientos tienen potencial para interactuar con terapias convencionales como la quimioterapia. (18)

Las inquietudes sobre la seguridad, el riesgo de interacciones con el tratamiento activo del cáncer y la evidencia insuficiente de beneficios, son una barrera significativa para el apoyo de OI por parte de oncólogos. (4) Además, muchos profesionales de la medicina convencional, incluidos los oncólogos, no tienen tiempo

suficiente para familiarizarse con el ámbito de las TC, y, en consecuencia, no pueden proporcionar a los usuarios información acerca de ellas. (18)

## **Enfermería Integrativa**

Desde los comienzos, la enfermería ha sido una disciplina integrativa. A lo largo del tiempo, las teorías enfermeras han abrazado la complejidad holística del ser humano y han afirmado que el foco de la atención de la enfermería es la totalidad de la respuesta humana a los problemas potenciales o reales de salud. (87) Florence Nightingale fue considerada la primera enfermera holística, (12,88) destacó la importancia de crear un entorno en el que la curación pudiera ocurrir y la importancia de las terapias en el proceso de curación. (12)

Hoy en día, el campo de la enfermería integrativa abarca el concepto del holismo y las TC. Se está expandiendo y reconociendo cada vez más como una parte esencial de un enfoque integrador de atención. (88) Las TC dentro de este modelo, ofrecen una opción a las enfermeras para mostrar otra forma de cuidar. (12)

El aumento de la demanda de estas modalidades en la sociedad actual hace necesario que las enfermeras tengan un conocimiento básico sobre las mismas, con el fin de poder orientar y/o recomendarlas. (12) Por otra parte, las personas quieren participar más activamente en la toma de decisiones relacionadas con su salud y están pidiendo un sistema de atención que abarque la salud y la calidad de vida. (88)

Es difícil que enfermería conozca todo acerca de las TC, pero, si que debería conocer un mínimo de habilidades y conocimientos sobre estas modalidades. (12)

En un estudio realizado en 2015, el 66,4% de las enfermeras participantes tuvieron una actitud positiva ante las TC y el 77,4% no tenían el conocimiento de los riesgos y beneficios de estas modalidades. Un número considerable de enfermeras no se sentía cómoda hablando de las TC a sus pacientes. (12)

En 2006, la enfermería holística se convirtió en una especialidad oficial de enfermería reconocida por la *American Nursing Association* (ANA). El campo ha ido ganando fuerza e impacto, de hecho, se espera que la especialidad de enfermería holística crezca en casi un 20% para 2022. (88)

A diario, las enfermeras de todo el mundo participan en la promoción y sanación de la salud de toda la persona, aprovechando los principios de las ciencias de la salud, las artes y la literatura para ayudar a las personas, las familias y las comunidades a encontrar confort y significado en sus vidas y para aliviar el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual, (87) por ello, es de gran importancia tener habilidades y conocimientos en estas modalidades. (12)

La enfermera integrativa acompaña en el sufrimiento y ofrece respuestas humanas, reconociendo todos los componentes (mente, cuerpo y espíritu), ve a la persona en su totalidad. (87) Los seres humanos son sistemas completos que no se pueden separar de los ambientes en los que viven. (89)

La *American Holistic Nurses Association* (AHNA) define la enfermería holística como: "*toda enfermería que tiene como objetivo la curación de la persona en su totalidad*". (88)

La enfermería integrativa trabaja con una mirada holística por favorecer la capacidad innata del ser humano para tener salud y bienestar, utilizando herramientas que proporciona la naturaleza. (89) A su vez, se basa en la evidencia científica para escoger la opción más natural, la más efectiva y la menos invasiva teniendo en cuenta el momento, el entorno y la persona. (87,88,89)

## **METODOLOGÍA**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional descriptivo de carácter transversal. Se utilizó metodología cuantitativa y cualitativa.

### **ÁMBITO DE ESTUDIO**

Participaron en el estudio 2 centros privados de Medicina Integrativa de Barcelona capital, 1 centro público de Tarrasa (Barcelona), y 1 centro de Madrid. El estudio se llevó a cabo de febrero a mayo de 2019.

### **Población de estudio**

Pacientes atendidos en las consultas de Medicina Integrativa de los citados centros.

## **Muestra**

La muestra estuvo compuesta por 31 pacientes y por dos profesionales de la salud, una enfermera y una doctora. Los pacientes se reclutaron entre los que acudieron a la consulta de medicina integrativa durante los meses de febrero a mayo de 2019. Fueron contactados en la consulta por 2 enfermeras y 1 doctora que les informaron del estudio y solicitaron su participación voluntaria. El cuestionario fue autoadministrado y cumplimentado en el mismo centro.

Se utilizó una entrevista semiestructurada para los profesionales de salud.

## **Criterios de inclusión**

1. Tener más de 18 años.
2. Tener un diagnóstico de cáncer comprobado histológicamente.
3. Acudir a consulta de oncología y utilizar terapias complementarias.
4. Aceptar participar en el estudio de forma voluntaria.

## **INSTRUMENTOS**

Se utilizó una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas para la enfermera y la doctora (Anexo 2)

No se encontraron cuestionarios homologados del perfil a estudiar. El instrumento utilizado fue un cuestionario ad-hoc adaptado a partir de dos estudios: “Estudio descriptivo del perfil de paciente con cáncer de próstata en consulta de Oncología radioterápica” (90) y “Utilización de terapias complementarias y alternativas en niños con cáncer”. (91) Se escogieron estos estudios por presentar similitudes con nuestros datos de interés, sin embargo, no se ajustaban a las necesidades de este estudio y a las modalidades estudiadas, por lo que el cuestionario fue ampliado con ítems relacionados con el objetivo de estudio.

El cuestionario (Anexo 4) consta de 27 ítems y se estructuró en cinco bloques principales:

1. Datos sociodemográficos: sexo, edad, peso, etnia, residencia actual, grupo ocupacional, principal fuente de ingresos, religión, estado civil y niveles de estudio.

La edad y el peso se evaluaron mediante la media de los datos recibidos.

Se ofrecieron dos opciones para identificar el género (masculino, femenino).

La etnia se evaluó con una respuesta única del 1 al 4.

La residencia actual se evaluó mediante una escala diferencial de tres opciones donde otorgamos un número del 1 al 3 para cada punto.

El grupo ocupacional de las personas se midió mediante la respuesta múltiple de 8 opciones.

Las principales fuentes de ingreso se midieron mediante una escala diferencial de tres opciones (trabajo, pensión, ingresos familiares).

Se investigó la religión con una opción dicotómica (si, no).

El estado civil se evaluó con una respuesta única del 1 al 5.

El nivel de estudios se midió con una respuesta múltiple de 4 opciones (sin escolarizar, primarios, medios/formación profesional, universitarios).

2. Datos clínicos: Se pregunto por tipo de cáncer, tiempo desde el diagnóstico, tipo de tratamiento, estadio actual, tolerancia al tratamiento y efectos secundarios al tratamiento.

Para conocer la prevalencia del tipo de cáncer, se otorgó un valor para cada una de las respuestas recibidas.

El tiempo de diagnóstico se evaluó mediante la mediana de los datos recibidos.

El tipo de tratamiento se evaluó mediante a respuesta múltiple de 8 opciones.

El estadio actual de cáncer se otorgó una numeración del 1 al 7.

La tolerancia al tratamiento se evaluó en una escala diferencial de 3 puntos (buena, regular, mala).

Para los efectos secundarios consecuentes al tratamiento se evaluaron con respuesta múltiple los 25 con más prevalencia. (55,56,58)

3. Datos relacionados con el uso de terapias complementarias: El uso de las Terapias Complementarias previas al diagnóstico y el momento de su uso se evaluaron con una escala diferencial de 3 opciones. Los motivos y razones se midieron mediante la respuesta múltiple de 9 opciones.

4. Terapias utilizadas: Se agruparon por categorías en sistemas integrales o completos, técnicas de la mente y el cuerpo, prácticas biológicas, prácticas

de manipulación y basadas en el cuerpo y técnicas sobre la base de la energía.

Dentro de las categorías se midieron 62 modalidades terapéuticas mediante respuesta múltiple.

5. Las fuentes de información se evaluaron mediante una pregunta de respuesta múltiple de 6 opciones.

## **Proceso de elaboración del cuestionario**

El presente estudio forma parte de un estudio piloto, en el que, entre los objetivos, se encuentra el de crear las bases de un cuestionario. Por lo que, para este estudio, se realizó la validación del contenido a través de la opinión de expertos, en la que participaron una Doctora en enfermería experta en Terapias Complementarias y una enfermera oncológica integrativa, a quienes se solicitó una valoración inicial del cuestionario.

## **Procedimiento**

Inicialmente, se realizó una búsqueda por internet y a través de contactos personales de los centros que ofrecen servicios de Medicina Integrativa. En un segundo paso, las investigadoras contactaron personalmente, vía telefónica y vía mail con doctoras y enfermeras oncólogas especializadas en MI. Seguidamente se les informó de los objetivos del estudio y se solicitó su colaboración para contactar con los pacientes y proceder a la recogida de datos.

Se realizaron algunas visitas in situ (*Anexo 5*) para conocer las instalaciones, la estructura, los servicios ofertados y la organización del equipo de profesionales. En las visitas personales se entregaron los cuestionarios en mano, y en las otras se les envió por correo electrónico.

Una doctora o enfermera en cada centro informó de la naturaleza del estudio a los participantes, sus objetivos y los procedimientos para la recolección de la información. Una vez que los participantes aceptaron participar en el estudio, se les entregó el cuestionario para ser respondido de forma individual. Los participantes pudieron solicitar ayuda en caso necesario para aclarar dudas acerca del cuestionario.

Los cuestionarios cumplimentados fueron recogidos en mano o enviados por mensajero.

Las entrevistas fueron realizadas por las investigadoras en los centros colaboradores.

## **BASES DE DATOS Y FUENTES DOCUMENTALES CONSULTADAS**

Se realizó una amplia revisión y una búsqueda exhaustiva de información relacionada con el problema a estudiar. Para llevar a cabo esta revisión, se han utilizado las siguientes bases de datos como fuente de información:

PUBMED CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), CUIDATGE, SciELO (Scientific Electronic Library Online), CUIDEN PLUS BIBLIOTECA COCHRANE PLUS, Mesh, Bibliotheca Cochrane Plus, SCOPUS, LILACS, EBSCO.

Se han utilizado las palabras clave “Alternative and complementary medicine”, “Oncology patient”, “Integrative oncology”, “Cancer”, “Pain”, “Integrative nursing”, “Profile of users in oncology” y “Complementary and alternative medicine cancer”; unidos por los operadores booleanos “AND” y “OR”.

No se utilizó ningún filtro relacionado con la edad o el género de las personas estudiadas. Ni se tendrá en cuenta el tipo de artículo.

La búsqueda realizada para seleccionar los artículos pertinentes siguió los criterios de inclusión y exclusión expuestos a más adelante.

Tras leer el título y el resumen de los artículos obtenidos en la búsqueda de las diferentes fuentes de datos, se realizó el proceso de selección final.

### Criterios de Inclusión

- Artículos que abordan el uso de técnicas complementarias en pacientes oncológicos, en cualquier estadio de la enfermedad.
- Artículos que hablen sobre efecto de las TC respecto al dolor, fatiga y ansiedad en pacientes oncológicos.
- Artículos publicados durante los últimos cinco años
- Artículos publicados en algunos de los siguientes idiomas: inglés o español

- Artículos centrados en seres humanos.
- Posibilidad de acceso al texto completo

### Criterios de Exclusión

- Artículos que tratasen las terapias complementarias y el control del dolor sin hacer referencia explícita al dolor en oncología.
- Artículos duplicados en las distintas bases de datos consultadas
- Artículos que hacen referencia a artículos casos clínicos aislados
- Artículos que necesitan ser estudiados por no llegar a conclusiones precisas.

### Variables

#### - Variables sociodemográficas:

- **Edad:** (Continua) en años (Cuestionario Ad-hoc)
- **Peso:** (Continua) en kilogramos (Cuestionario Ad-hoc)
- **Sexo:** (Categórica, dicotómica) hombre, mujer (Cuestionario Ad-hoc)
- **Nacionalidad:** (Categórica, politómica) (Cuestionario Ad-hoc)
- **Etnia:** (Categórica, politómica) caucásica, hispánica, negra, otros (Cuestionario Ad-hoc)
- **Residencia actual:** (Discreta) <2.500 habitantes, entre 2.500 y 10.000 habitantes, >10.000 habitantes (Cuestionario Ad-hoc)
- **Grupo ocupacional:** (Categórica, politómica) profesional libre, técnico, auxiliar, pensionista, servicios, estudiante, desempleado, funcionario (Cuestionario Ad-hoc)
- **Principales fuentes de ingresos:** (Categórica, politómica) trabajo, pensión, ingresos familiares (Cuestionario Ad-hoc)
- **Religión:** (Categórica, dicotómica) si, ninguna (Cuestionario Ad-hoc)
- **Estado civil:** (Categórica, politómica) casado/a o con pareja, soltero/a, viudo/a, separado/a, divorciado/a (Cuestionario Ad-hoc)
- **Nivel de estudios:** (Categórica, politómica) sin escolarización, primarios, medios/formación profesional, universitarios (Cuestionario Ad-hoc)

- Variables clínicas:
  - **Tipo de cáncer:** (Categórica, politómica) (Cuestionario Ad-hoc)
  - **Tiempo desde el diagnóstico:** (Continua) en meses (Cuestionario Ad-hoc)
  - **Estadio actual:** (Categórica, politómica) I,II,III,IV, no clasificado, desconocido, remisión completa (Cuestionario Ad-hoc)
  - **Tolerancia al tratamiento:** (Categórica, politómica) buena, mala, regular (Cuestionario Ad-hoc)
  - **Efectos secundarios del tratamiento:** (Categórica, politómica) (Cuestionario Ad-hoc)
  
- Variables relacionadas con la medicina integrativa:
  - **Empleo de las terapias complementarias previas al diagnóstico:** (Categórica, politómica) con frecuencia, poco habitual, nunca (Cuestionario Ad-hoc)
  - **Razón de uso:** (Categórica, politómica) (Cuestionario Ad-hoc)
  - **Momento de empleo de las terapias:** (Categórica, politómica) antes, durante, después del tratamiento convencional (Cuestionario Ad-hoc)
  - **Beneficios percibidos:** (Categórica, politómica) (Cuestionario Ad-hoc)
  - **Conocimiento de la medicina integrativa:** (Categórica, politómica) amigos/familiares, personal sanitario, otras personas con el mismo problema, medios de comunicación, internet (Cuestionario Ad-hoc)
  
- Variables independientes:
  - La utilización de las terapias complementarias.

### Análisis

Las puntuaciones de los cuestionarios se recogieron para crear una base de datos con el programa EXCEL 2019. El análisis posterior de los datos se hizo con el programa de análisis estadísticos XLSTAT.

Se ha realizado un análisis descriptivo de las características de los participantes y de los resultados obtenidos.

### Aspectos éticos

Se adjuntó al cuestionario información detallada acerca de la investigación. El cuestionario era anónimo y voluntario, por lo que el consentimiento se consideró tácito. Se tuvieron en cuenta los principios éticos de autonomía, beneficencia, privacidad y veracidad.

## RESULTADOS

### Fase cuantitativa:

Durante los meses en los que se realizó la recogida de datos, hubo 31 pacientes que completaron los cuestionarios. La media de edad de los pacientes fue de 56 años. En la *tabla 2* se puede ver la distribución por sexos y grupos de edad. La muestra estuvo formada mayoritariamente por mujeres. Respecto a la etnia, todos los participantes fueron caucásicos.

**Tabla 2. Distribución de la edad por sexo y grupos**

	Global [n(%)]	Hombres [n(%)]	Mujeres [n(%)]
<b>Global</b>	31	11(35,48)	20 (64,52)
<b>Grupos de edad (años)</b>			
40-49	7 (23)	2 (18)	5 (25)
50-59	14 (45)	4 (36)	10 (50)
60-69	8 (26)	4 (36)	4 (20)
70-79	2 (6)	1 (10)	1 (5)

El número de usuarios que no creían en ninguna religión fue superior que los que eran creyentes, pero con una diferencia muy pequeña. Los no religiosos fueron 16 (51,61%) mientras que 15 (48,39%) creían en una religión.

Respecto al estado civil, mayoritariamente estaban casados con un porcentaje del 80,65%, en menor medida encontramos divorciados y solteros.

El lugar de residencia habitual se situó mayormente en zonas con más de 10.000 habitantes, con una mayoría de 77,42%.

En cuanto al nivel de estudios, 16 (51,61%), poseían estudios universitarios, 12 (38,71) estudios medios o formación profesional, y solo 3 (9,68) tenían estudios primarios.

En la *tabla 3* se puede ver la distribución en cuanto al grupo ocupacional de los encuestados:

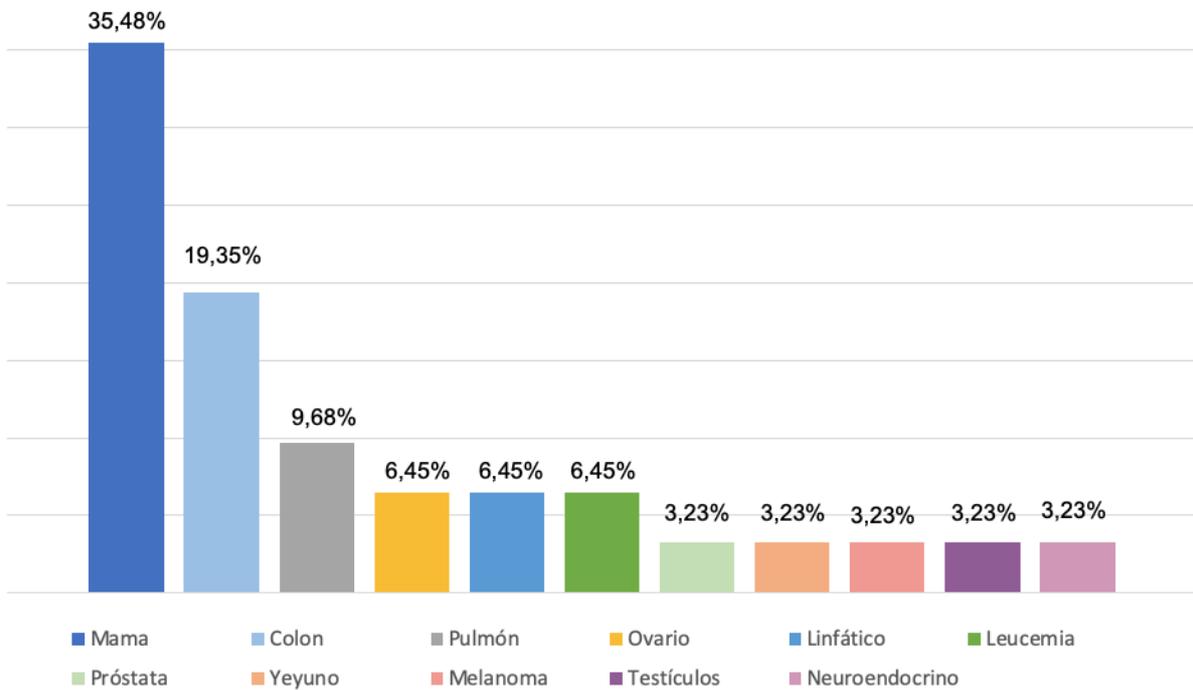
**Tabla 3. Grupo ocupacional**

	Global [n(%)]
<b>Global</b>	31 (100)
Profesional libre	8 (25,81)
Técnico	3 (9,68)
Pensionista	9 (29,03)
Servicios	2 (6,45)
Desempleado	5 (16,13)
Funcionario	4 (12,90)

La principal fuente de ingreso la encontramos en relación con el ámbito laboral, que representó un 51,61%, seguido de la pensión e ingresos familiares con un 35,48% y 12,90% respectivamente.

En la *figura 1* podemos observar que el cáncer de mama fue el predominante entre los encuestados fue el cáncer de mama con un 35,48%, seguido por el cáncer de colon 19,35% y en tercer lugar el cáncer de pulmón con un porcentaje del 9,68%.

**Figura 1. Tipos de cáncer**



El tiempo medio de diagnóstico entre todos los participantes fue de 38 meses aproximadamente, lo que equivale a unos 3 años.

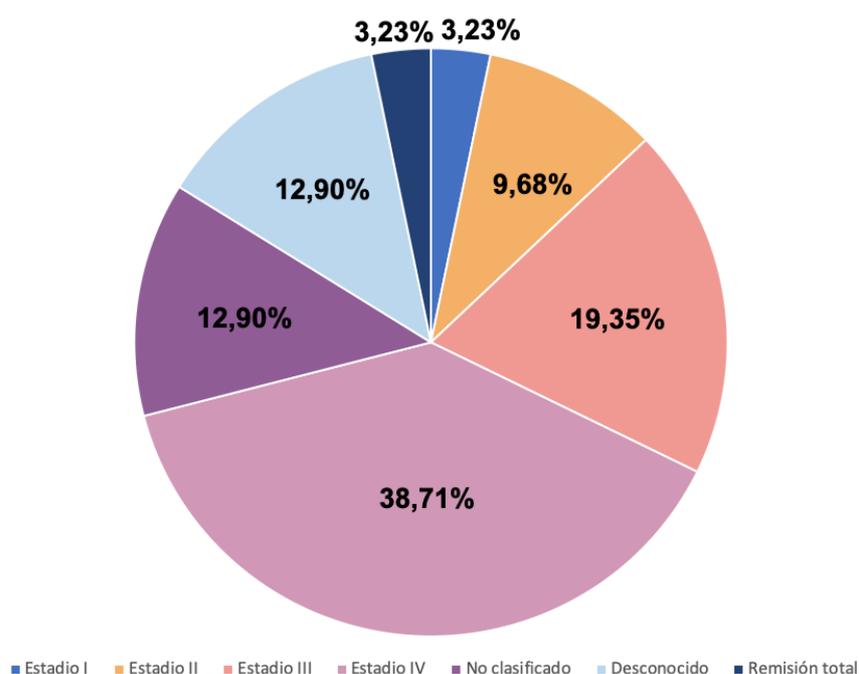
El tipo de tratamiento alopático más fue utilizado entre los pacientes se puede apreciar en la *tabla 4*. Observamos que la quimioterapia fue utilizada por 22 (32%), seguido por la cirugía que fue aplicada a 20 (29%) y la radioterapia ocupó el tercer lugar con un 20,29%.

**Tabla 4. Tipo de tratamiento**

	Global [n(%)]
<b>Global</b>	69 (100)
Cirugía	20 (29)
Radioterapia	14 (20,29)
Quimioterapia	22 (32)
Trasplante de células madre	1 (1,41)
Hormonal	7 (10)
Otros	5 (7,25)

Como se puede apreciar en la *figura 2*, el estadio en el que mayor número de sujetos se encontró era el IV con un 38,71%, seguido del estadio III con un 19,35%. En tercer lugar, ambos con el mismo porcentaje (12,90%), estuvieron los diagnósticos de “desconocido” y “no clasificado”. Finalmente, ambos con un 3,23% se encontraron el estadio I y la remisión total.

**Figura 2. Estadio actual**



La mayoría de los sujetos toleraron bien el tratamiento con un porcentaje de 51,61%. El 25,81% lo toleró de manera regular y el 22,58% tuvo una mala tolerancia.

En la *tabla 5 (Anexo 1)* se pueden apreciar todos los efectos secundarios padecidos. Los más prevalentes entre los encuestados fueron: cansancio/fatiga (12%), debilidad y caída de pelo (9%) y recuentos sanguíneos bajos (8%).

21 usuarios (67,74%) emplearon frecuentemente las terapias complementarias previas a su diagnóstico con un 67,74%. El 19,35% las empleaba en pocas ocasiones y el 12,90% no las utilizó nunca.

Las razones por las que más utilizaron estas modalidades fueron: para tratar los síntomas y efectos secundarios (11%), para manejar los síntomas de la enfermedad

o relacionados con la terapia (11%), por que tratan toda la persona, mente cuerpo y espíritu (10%) y para mejorar el bienestar general (10%). En la *tabla 6 (Anexo 1)* se ven representados las razones de uso mencionadas.

Durante el tratamiento convencional fue cuando más utilizaron estas modalidades, con un porcentaje del 39%.

Los beneficios percibidos por los pacientes se representan en la *tabla 7*:

**Tabla 7. Beneficios percibidos por los pacientes**

	Global [n(%)]
<b>Global</b>	111 (100)
Me ayuda a hacer frente a mis problemas de salud	21 (19)
Siento que mi salud está mejorando	18 (16,22)
Siento que mis niveles de estrés disminuyen	18 (16,22)
Me da una sensación de control de la enfermedad	16 (14,41)
Me encuentro mejor emocionalmente	15 (13,51)
Consigo relajarme	12 (10,81)
Me ayuda a dormir	8 (7,21)
Noto mejoría a la hora de relacionarme	3 (2,70)

A partir de los datos recopilados en la *tabla 8 (Anexo 1)*, extraemos una serie de datos que recopilamos en la *figura 3*. El grupo de terapias complementarias que más utilizaron los pacientes durante su tratamiento oncológico fueron del grupo de prácticas biológicas, con un porcentaje del 39% del total. La terapia más utilizada de este grupo fue la terapia nutricional (7%), siendo esta además la más utilizada de todas las modalidades de terapias.

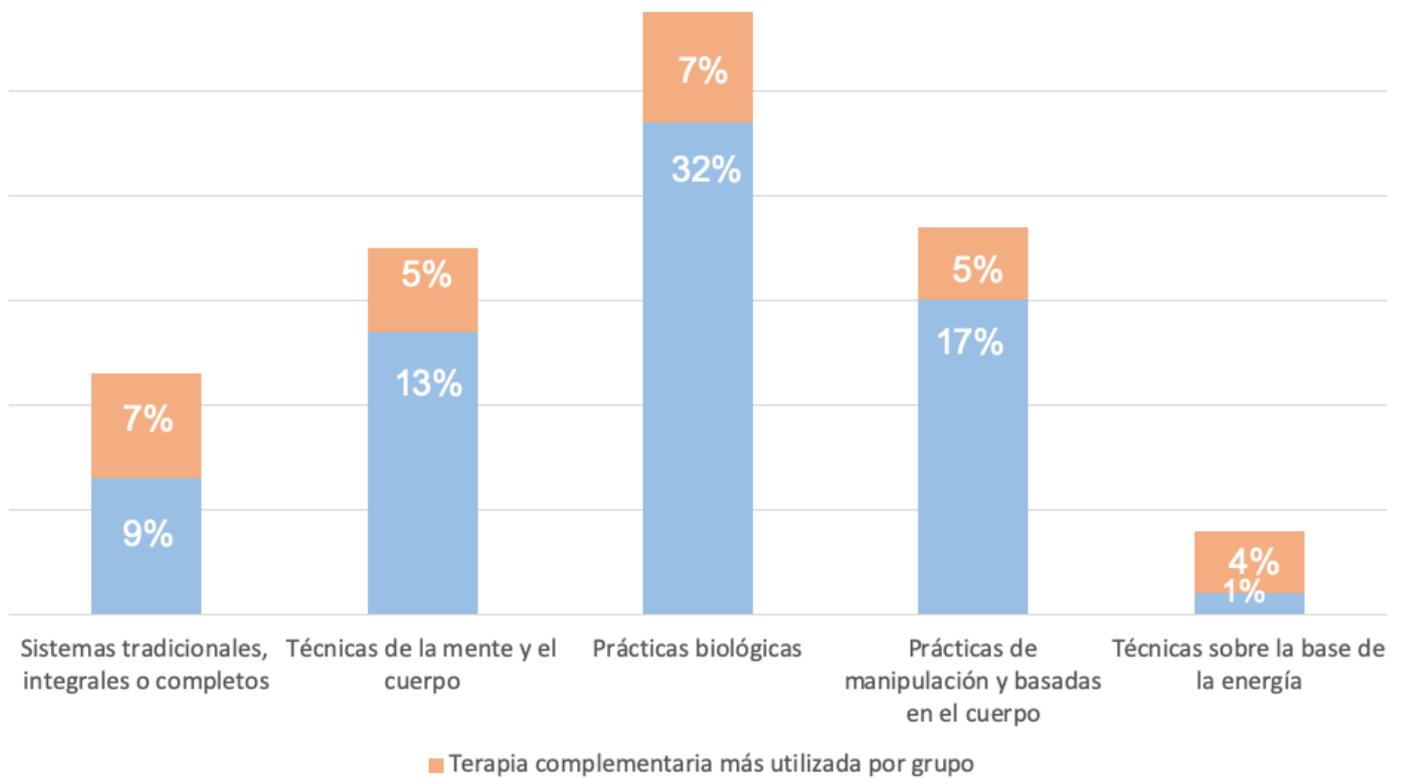
El segundo grupo más prevalente fue el de prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo (22%), de éste, la terapia más utilizada fue la acupuntura (5%).

En tercer lugar, se encuentra el grupo de técnicas de la mente y el cuerpo (17%), y la terapia más empleada de esta modalidad fue la meditación. (5%)

En cuarto lugar, se observa el grupo de sistemas tradicionales, integrales o completos (16%) de la cual la más empleada fue la homeopatía (7%).

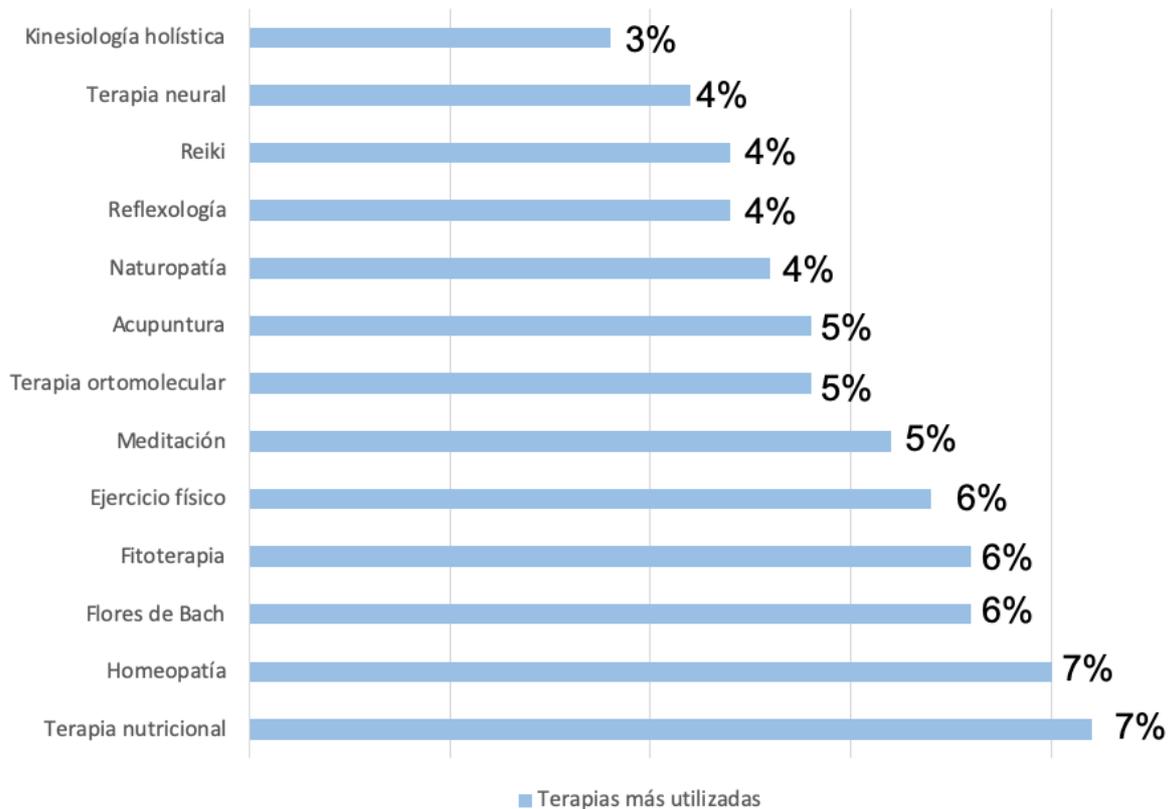
Finalmente, las modalidades menos empleadas por los encuestados fueron del grupo de técnicas sobre la base de la energía y el cuerpo (5%), de la cual el Reiki fue la más utilizada (4%).

**Figura 3. Utilización de los grupos de terapias y su terapia más empleada**



En cambio, si miramos el uso de las terapias complementarias sin basarnos en el grupo al que pertenecen las más utilizadas son las que se muestran en la *figura 4*.

**Figura 4. Terapias más empleadas**



La mayoría de encuestados conocieron la medicina integrativa a través de sus amigos y/o familiares, con un porcentaje del 64%, seguido por información dada por profesionales sanitarios con un 16,67%. El 11,11% la conoció por otras personas con el mismo problema y un 8,33% se informó por internet. Ninguno de los encuestados la descubrió por los medios de comunicación.

### **Fase cualitativa** (*Anexo 2: transcripción de entrevistas*)

#### Dra. Cristina Abadía:

Cristina Abadía se licenció en medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona y se especializó en Medicina de Trabajo. Una enfermedad le descubrió la existencia de otras técnicas que también ayudaban al bienestar de la persona. Actualmente forma parte de un equipo de Medicina Integrativa en el Hospital de Terrassa (Barcelona) y es la presidenta del Comité de Salud Integrativa de este hospital.

### Enoé Candela, enfermera integrativa:

Enoé Candela se licenció en enfermería en la Universitat Rovira i Virgili y posteriormente realizó un máster en enfermería oncológica en la Universidad Autónoma de Barcelona. En su experiencia laboral trabajando en un servicio de oncología, se planteó muchos aspectos. La medicina convencional no respondía a las preguntas que se planteaba y esto hizo que comenzará a incorporarse en el mundo de la enfermería integrativa. Actualmente trabaja como enfermera en el Instituto de Medicina y Oncología Holística Eres (IMOHE).

## **DISCUSIÓN**

Los hallazgos en este estudio muestran que el perfil del paciente oncológico de los centros estudiados y que utiliza la medicina integrativa pertenece a una mujer joven con estudios universitarios que trabaja y vive en poblaciones con más de 10.000 habitantes. Aunque no hemos encontrado estudios específicos de perfil de usuarios de medicina integrativa, estos datos coinciden con los encontrados por otros autores que estudiaron los usuarios de terapias complementarias. (92,93)

Las modalidades más utilizadas en este estudio resultaron ser la terapia nutricional y la homeopatía seguidas de las flores de Bach y la fitoterapia, coincidiendo con un estudio (85), que identificó a la homeopatía y fitoterapia como las TC más utilizadas entre los europeos.

En el estudio de Rhee y Pawloski, (94) las más utilizadas entre los usuarios de TC de EE. UU. fueron la fitoterapia, quiropraxia, masaje terapéutico, yoga y meditación. En nuestro estudio, la fitoterapia y la meditación también fueron de las más utilizadas, parece ser que son las TC más empleadas de estas modalidades en general. Autores como Pagliaro y Bernardini, (95) que han investigado sobre la meditación, reportan que aporta beneficios como disminución de niveles de ansiedad, depresión, enfado, fatiga o confusión, lo cual en este tipo de pacientes puede ayudar en reducir uno de los efectos secundarios mencionados por ellos, los cambios en el estado emocional y psicológico.

Por su parte, Schuerger y Klein, (96) en otro estudio realizado, hallaron que la fitoterapia, homeopatía, vitaminas y selenio eran las modalidades más utilizadas en mujeres que padecían cáncer de mama.

En correlación con la prevalencia de mujeres en los estudios sobre la utilización de las TC en la población general, también estas modalidades son mayoritariamente utilizadas por mujeres (97,98). En varios estudios, el género femenino fue un porcentaje muy elevado, al igual que ocurre en nuestro estudio que un 64,52% fueron mujeres. Los datos también tienen similitudes con un estudio italiano (98), en el que la edad media fue de 57 años, muy similar a la media de nuestro estudio en el que la edad media fue de 56 años.

En cuanto a las variables clínicas, se encontraron grandes semejanzas con el estudio de Fatma Arikan (93), en el cual el diagnóstico de cáncer más prevalente fue el cáncer de mama, seguido de cáncer gastrointestinal y cáncer de pulmón. Además, la mayoría de los pacientes se encontraban en el estadio IV de la enfermedad. En nuestro estudio el cáncer más prevalente fue el de mama, seguido de el cáncer de colon y el cáncer de pulmón, y al igual que en ese estudio, la mayoría se encontraban en un estadio avanzado, en el IV.

Otros autores que han investigado acerca de las razones por las que los pacientes utilizan TC (92) también muestran similitudes con los resultados obtenidos en este estudio, en el que la mayoría las utiliza para influir en el cáncer, seguidos por los que buscan tratar las complicaciones y efectos secundarios de su cáncer y del tratamiento, o para influir en la salud en general y de manera menos prominente se usan por ser un tratamiento holístico que engloba toda la persona y para obtener cierto control de su enfermedad.

En el estudio de Casas Patarroyo realizado en un hospital colombiano, (99) los pacientes, empleaban prácticas complementarias junto con la quimioterapia, y dichas modalidades eran empleadas antes, durante o después del tratamiento, ya que lo valoraban como fuente de bienestar, al igual que ocurre en nuestro estudio.

En el presente estudio, la mayor fuente de información fueron los amigos y familiares, seguido por el personal sanitario, y un porcentaje más pequeño la obtuvo a través de personas con el mismo problema.

En España, el estudio realizado por la OTN (2008) afirmó que el conocimiento de estas modalidades fue principalmente por el boca a boca. Esto coincide con el estudio de Boiron (2016); en primer lugar, por amigos y familiares, en segundo por parte de profesionales sanitarios y en un tercer por internet. (69)

Como consideraciones finales, estos datos, nos permiten reflexionar acerca de la convivencia de incluir estas modalidades en los planes de estudios de las ciencias de la salud, sobre todo en el curriculum de enfermería, consideramos de suma importancia que enfermería pueda informar a los usuarios sobre la posibilidad en los cuidados. Aunque algunos estudios indican un cierto porcentaje de actitudes desfavorables hacia su implementación en los planes de estudio, estas actitudes vendrían relacionadas sobre todo con la falta de evidencias en este campo. (100)

Así mismo, Ballesteros-Peña et al, (101) hallaron que los estudiantes reclaman esta formación en sus programas universitarios, mayoritariamente los de enfermería y fisioterapia, en contraposición a una mayoría de estudiantes de medicina y farmacia que argumentan un efecto placebo a los logros de las TC. Sin embargo, en el estudio de Tiralongo, (102) el 95% de los estudiantes de farmacia demanda una formación completa en TC que forme parte integral de su formación, y que les permita en su futuro profesional informar y orientar con seguridad a sus clientes. Este autor encontró una alta prevalencia de uso de las TC en estos estudiantes. Estos resultados evidencian una actitud más positiva en los estudiantes de farmacia australianos que en los españoles.

En este contexto, el modelo de salud integrativa nos acerca desde una mirada holística a un abordaje multidisciplinar, que centra su interés en la persona y a los remedios más efectivos y menos invasivos, lo cual ofrece a la enfermería la posibilidad de un nuevo paradigma en la práctica de los cuidados.

## **CONCLUSIONES**

El perfil del paciente que padece cáncer y utiliza la medicina integrativa en este estudio, resultó ser mayoritariamente femenino, de mediana edad, con estudios universitarios o formación profesional, que trabaja y es económicamente independiente, reside en una población con más de 10.000 habitantes y esta casada o vive en pareja.

En relación a desde cuando las utilizaban, la mayoría de pacientes utilizaban con frecuencia antes de su diagnóstico y durante el mismo. Las más utilizadas fueron la terapia nutricional, la homeopatía, las flores de Bach y la fitoterapia, y su razón de

uso fue principalmente paliar los efectos secundarios de los tratamientos y obtener bienestar general.

Respecto a la cantidad de terapias utilizadas, la mayoría utilizaron entre 5 y 10 modalidades.

Sus fuentes de información provienen mayormente de amigos y familiares y en menos medida a través de personal sanitario.

Es importante incluir la formación de los profesionales de enfermería en este campo dentro del curriculum académico, para poder informar con seguridad de riesgos y beneficios a los pacientes.

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

En el desarrollo de la investigación se presentaron ciertas limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra. Este hecho hace que no se puedan generalizar los resultados. Un segundo aspecto lo encontramos en el hecho de que la medicina integrativa no este regulada en nuestro país, y que en el momento del estudio los medios de comunicación iniciaran una campaña muy agresiva al respecto, lo cual incidió en la dificultad de encontrar centros colaboradores. El tiempo para finalizar el estudio y la distancia geográfica entre la población de estudio y las investigadoras, fueron otros factores que no permitieron obtener una muestra más grande.

Finalmente, otra limitación la encontramos en que no todos los usuarios contactados quisieron participar. Hay que tener en cuenta que el perfil estudiado nos remite a un paciente que en muchos casos puede sentirse cansado o fatigado, lo cual fue una dificultad añadida a una encuesta que resultó ser demasiado extensa.

## **CONTRIBUCIONES EN ESTE ESTUDIO**

Sería interesante para enfermería abrir una línea de investigación en este campo, para profundizar sobre los cuidados integrativos hacia el paciente oncológico, para poder entender e incorporar esta realidad en la práctica enfermera.

Se propone un estudio para mejorar y validar el cuestionario utilizado.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quisiéramos expresar en estas líneas nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que han colaborado de alguna forma en la elaboración de este trabajo.

En primer lugar, queremos agradecer a nuestra tutora del TFG, la Dra. Neus Esmel, por su gran implicación, ayuda y supervisión; que ha hecho posible la realización de este trabajo pese a las dificultades presentadas en el camino.

En segundo lugar, nos gustaría agradecer a los centros que han aceptado y han podido colaborar en nuestro estudio; al Instituto de Medicina y Oncología Holística Eres (IMOHE), por acogernos y tratarnos de una forma espectacular, en especial a Enoé Candela, enfermera del centro y nuestro contacto principal en el instituto. Gracias por la gran labor que has hecho por nosotras, nos has mostrado una nueva perspectiva de la enfermería y tus palabras nos han emocionado mucho. A la Dra. Cristina Pellicer e Inma Torrent, secretaria de la consulta de la doctora y principal intermediaria entre ambas. Vuestra gran labor nos ha sido imprescindible para nuestro trabajo, ya que habéis estado atentas en todo momento y siempre dispuestas a ayudar y facilitarnos todo lo que estaba en vuestras manos. Gracias por vuestro tiempo. A la Dra. Cristina Abadia, por acogernos en el hospital de Terrassa y mostrarnos que con trabajando duro, con esfuerzo y perseverancia todo se puede lograr. Asimismo, queremos agradecer a todos los pacientes que han rellenado nuestros cuestionarios por propia voluntad. Sin vosotros, este trabajo carecería de sentido.

Por último, queremos mencionar a nuestra familia y amigos, por su comprensión, confianza y acompañamiento durante este camino.

A todos, nuestro reconocimiento y gratitud de corazón.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gonzalo-Calvo D, Iglesias-Gutiérrez E, Llorente-Cortés V. Biomarcadores epigenéticos y enfermedad cardiovascular: los microARN circulantes. *Rev Española Cardiol*. 2017;
2. World Health Organization. WHO pharmacovigilance indicators: A practical manual for the assessment of pharmacovigilance systems. World Health Organization. 2014.
3. Médica SSE de O, Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cancer en ESpaña 2018. SEOM [Internet]. 2018; Available from: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las\\_Cifras\\_del\\_cancer\\_en\\_Espana2018.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf)
4. Rocca E, Copeland S, Ralph Edwards I. Pharmacovigilance as Scientific Discovery: An Argument for Trans-Disciplinarity. *Drug Saf* [Internet]. 2019;(0123456789). Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40264-019-00826-1>
5. Wörmann B, Sinn M. Position of scientific oncological societies towards biosimilar antibodies. *Breast Care*. 2019.
6. SEOM. Posicionamiento sobre los Anticuerpos Biosimilares. 2018; Available from: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Posicionamiento\\_sobre\\_biosimilares\\_mayo\\_2018.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Posicionamiento_sobre_biosimilares_mayo_2018.pdf)
7. DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. Devita, Hellman & Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology, 10 Edition. 2017;1044–79.
8. SEER Cancer Statistics. Kidney and Renal Pelvis Cancer - Cancer Stat Facts. NIH. 2018.
9. Magalhães KCSF de, Vaz JPM, Gontijo PAM, Carvalho GTC de, Christo PP, Simões RT, et al. Profile of patients with brain tumors and the role of nursing care. *Rev Bras Enferm*. 2016;
10. R GA. El papel de los farmacéuticos en el proceso de tratamiento de los pacientes con cáncer ha cambiado radicalmente. *Rev Inf en Farm*. 2012;(4):4–5.

11. Sharabi IS, Levin A, Schiff E, Samuels N, Agour O, Tapiro Y, et al. Quality of life-related outcomes from a patient-tailored integrative medicine program: experience of Russian-speaking patients with cancer in Israel. *Support Care Cancer*. 2016;
12. Leonard B. *Complementary Therapies: Nurse's Self-Care*. 8th ed. Lindquist R, Snyder M, Tracy MF, editors. *Complementary & Alternative Therapies in Nursing*. New York: Springer Publishing Company; 2018.
13. Garzón-Soler T. Terapias no convencionales en los cuidados enfermeros en oncología. *Rev científica Enferm Integr [Internet]*. 2016;(112):19–21. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6125036>
14. McCullough JEM, Liddle SD, Sinclair M, Close C, Hughes CM. The physiological and biochemical outcomes associated with a reflexology treatment: A systematic review. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*. 2014.
15. *Cancer I nacional del cancer. Estadísticas del cáncer - National Cancer Institute*. Instituto Nacional De Cancerologia. 2017.
16. (en ligne). OMS | Cancer. WHO. 2016.
17. Keene MR, Heslop IM, Sabesan SS, Glass BD. Complementary and alternative medicine use in cancer: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract [Internet]*. 2019;35:33–47. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.01.004>
18. Marsden E, Nigh G, Birdsall S, Wright H, Traub M. Oncology association of naturopathic physicians: Principles of care guidelines. *Curr Oncol*. 2019;26(1):12–8.
19. Esmel-Esmel N. Influencia de la Reflexologia en la calidad de vida de los estudiantes de enfermería. TDX (Tesis Dr en Xarxa) [Internet]. 2016;497. Available from: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/401576>
20. M T, Casarin A. *Integrative Medicine and Prospective Research on CAM*. 2019.
21. Linfomas S de L y. Información sobre la medicina integrativa y las terapias complementarias. *Leuk lymphoma Soc [Internet]*. 2016;1–8. Available from:

- [www.LLS.org/espanol%0Ahttps://www.lls.org/sites/default/files/file\\_assets/FS8\\_S\\_Span\\_Integrative Medicine Facts\\_FINAL\\_Mar2017.pdf](http://www.LLS.org/espanol%0Ahttps://www.lls.org/sites/default/files/file_assets/FS8_S_Span_Integrative%20Medicine%20Facts_FINAL_Mar2017.pdf)
22. SESMI. Directorio Profesionales. 2019; Available from: [https://sesmi.es/directorio-profesionales/?ihcUserList\\_p=1](https://sesmi.es/directorio-profesionales/?ihcUserList_p=1)
  23. Clinica Medicina Integrativa. Apoyo al paciente oncológico. 2019; Available from: <http://www.medicinaintegrativa.com/es-es/Enfermedades/Cancer-y-apoyo-al-paciente-oncologico/Apoyo-al-paciente-oncologico.aspx>
  24. Contreras Camarena CW, Galarza Manyari CA. Perfil del paciente de medicina en un hospital público. Acta Médica Peru [Internet]. 2009;26(4):212–6. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172009000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  25. NIH. ¿Qué es el cáncer? - National Cancer Institute. Instituto Nacional De Cancer. 2015.
  26. Dr. Puente J, Dr. de Velasco G. ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? Sociedad Española de Oncología Médica. 2017.
  27. García Niebla LM, Ricardo Zaldívar TD, Friman Suárez O. Virus, genes y cáncer. Ccm [Internet]. 2015;19(2):308–11. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v19n2/ccm12215.pdf>
  28. Fernández MF, Reina-Pérez I, Astorga JM, Rodríguez-Carrillo A, Plaza-Díaz J, Fontana L. Breast cancer and its relationship with the microbiota. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018.
  29. Arturo Morín Juárez A, Rivera Silva G. MICROORGANISMOS RELACIONADOS CON EL CÁNCER (Microorganisms and cancer). Rev Medica Sinerg [Internet]. 2018;3(12):3–7. Available from: <http://revistamedicasinergia.com>
  30. Arem H, Lofffield E. Cancer Epidemiology: A Survey of Modifiable Risk Factors for Prevention and Survivorship. Am J Lifestyle Med. 2018;12(3):200–10.
  31. Peralta R, Garcés H, Cocho G, Miramontes P. La génesis de la cultura universitaria en Morelos. Inventio. 2014;34:29–35.

32. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2016, Atlanta: American Cancer Society; 2016. Cancer Facts & Figures 2016. Atlanta . 2016.
33. AECC, ASEICA, Caixa. Comprometidos con la investigación en Cáncer. Primer informe sobre la investigación e innovación en cáncer en España. 2018;122. Available from: <https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Informe-investigacion-cancer.pdf>
34. Cdec-sic GDEL. Glosario del cáncer. 2015;
35. Miramontes P, Peralta R, Garcés H, Cocho G. Carcinogénesis y complejidad. INTERdisciplina. 2017;
36. Shiovitz S, Korde LA. Genetics of breast cancer: A topic in evolution. Ann Oncol. 2015;
37. NIH. Genética del cáncer. 2017; Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/genetica>
38. Marta Cornago Serrano. La nutrición en su tratamiento y prevención bajo este nuevo paradigma del proceso tumoral. Universidad de Zaragoza,Huesca; 2016.
39. Williams MJ, Werner B, Barnes CP, Graham TA, Sottoriva A. Identification of neutral tumor evolution across cancer types. Nat Genet [Internet]. 2016 Jan 18;48:238. Available from: <https://doi.org/10.1038/ng.3489>
40. Noguera R, Burgos-Panadero R, Gamero-Sandemetro E, de la Cruz-Merino L, Álvaro Naranjo T. Una visión integral del cáncer (I). Microambiente tumoral: estudio, clasificación y reprogramación. Rev Española Patol. 2019;
41. Dalotto-moreno T, Blidner ada g., Girotti1 m. romina, Maller1 sebastián m., Rabinovich gabriel a. Inmunoterapia en cáncer. Perspectivas actuales, desafíos y nuevos horizontes. Med (Buenos Aires). 2018;78(1669–9106):336–48.
42. Miozzo M, Vaira V, Sirchia SM. Epigenetic alterations in cancer and personalized cancer treatment. Futur Oncol. 2015;11(2):333–48.
43. National Cancer Institute. Estadificación del cáncer. El Cáncer. Diagnóstico y Estadificación. 2015.

44. Instituto nacional del cáncer. Tipos de tratamiento - National Cancer Institute. 6 abril. 2017.
45. Cirugía oncológica. Mayo Clin [Internet]. 2019; Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cancer/in-depth/cancer-surgery/art-20044171>
46. Muñoz Paula Cantero, Gerardo Merino A. Radioterapia intraoperatoria en el tratamiento del cáncer colorrectal. Santiago Compost Cons Sanidade, Axencia Avaliación Tecnoloxías Sanit Galicia (avalia-t);Madrid Minist Sanidad, Serv Soc e Igual [Internet]. 2014;(2014):0–143. Available from: <http://www.sergas.es/docs/Avalia-t/riocolon/avalia-t201215RioColon-def.pdf>
47. M GG, O AR, J. HG. Tratamiento del cáncer. Oncología médica, quirúrgica y radioterapia México: Manual de Enfermería Oncológica [Internet]. Manual Moderno. 2016. Available from: [www.msal.gov.ar/inc](http://www.msal.gov.ar/inc)
48. Instituto Nacional del Cáncer. Tipos De Tratamiento. NIH. 2017.
49. SEOM. La inmunoterapia en algunos tipos de tumores es tratamiento de primera elección. 2018;1–3. Available from: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/NdP\\_HITOS\\_EN\\_InmunoOncologia\\_2018.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/NdP_HITOS_EN_InmunoOncologia_2018.pdf)
50. Hopkins J, Cancer K, Unidos E. Un biomarcador revela la sensibilidad de 14 tumores a la inmunoterapia. 36 Redacción médica [Internet]. 2019; Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/oncologia-medica/un-biomarcador-revela-la-sensibilidad-de-14-tumores-a-la-inmunoterapia-9373>
51. MedlinePlus. Inmunoterapia para el cáncer. NIH [Internet]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/cancerimmunotherapy.html>
52. Hormonoterapia. Canal Salut [Internet]. 2018; Available from: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/c/cancer/tractaments/hormonoterapia/>
53. Rodríguez EH, Cabanell MP. Terapias dirigidas contra el cáncer. Universidad complutense; 2016.
54. Cubana R, Revisi CDE, Hern P, Habana L. Is it really useful the treatment with regenerative cell therapy? Rev Cuba Hematol Inmunol y Hemoter. 2017;33(1):1–13.

55. Castañeda de la Lanza C, O'Shea C. GJ, Narvárez Tamayo MA, Lozano Herrera J, Castañeda Peña G, Castañeda de la Lanza JJ. Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. *Gac Mex Oncol* [Internet]. 2015;14(3):150–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665920115000449>
56. Carrillo-González GM. Os grupos de sintomas em pessoas com câncer: Uma revisão integrativa. *Aquichan*. 2017;17(3):257–69.
57. Factores de riesgo contra el cáncer. *Inst Nac Cancer* [Internet]. 2015; Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo>
58. Enfermeiros O dos. CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lusodidacta. 2016.
59. Martí-Augé P, Mercadal-Brotons M, Solé-Resano C. Music therapy in Oncology. *Gac Mex Oncol* [Internet]. 2015;14(6):346–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2015.11.013>
60. Ruela L de O, lunes DH, Nogueira DA, Stefanello J, Gradim CVC. Efetividade da acupuntura auricular no tratamento da dor oncológica: ensaio clínico randomizado. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03402.
61. Yates P, Miaskowski C, Cataldo JK, Paul SM, Cooper BA, Alexander K, et al. Differences in composition of symptom clusters between older and younger oncology patients. *J Pain Symptom Manage*. 2015;
62. Organizaci L. Definition of paliative care. *World Heal Organ* [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
63. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of paliative care into standard oncology care: American society of clinical oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol*. 2017;
64. Cruz MBM, Y. MMJCLMTG-BM. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. 1st ed. Elsevier, editor. Barcelona; 2012. 55–9 p.
65. Dionne-Odom JN, Azuero A, Lyons KD, Hull JG, Tosteson T, Li Z, et al. Benefits of early versus delayed paliative care to informal family caregivers of

- patients with advanced cancer: Outcomes from the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2015;
66. Maritza V V. Cáncer: cuidado continuo y manejo paliativo. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2015;
  67. Martí-Augé P, Mercadal-Brotons M, Solé-Resano C. La musicoterapia en Oncología. *Gac Mex Oncol*. 2015;
  68. Allende-Pérez S, Verástegui-Avilés E, Mohar-Betancourt A, Arrieta-Rodríguez ÓG, Barrera-Franco L, Castañeda-de la Lanza C. Incorporación de los cuidados paliativos al Plan Nacional de Cáncer: consenso. *Gac Mex Oncol*. 2013;
  69. Cano-Orón L. Correlación entre las búsquedas sobre terapias complementarias en Google y su uso por parte de la población española. *Panacea*. 2016;
  70. Sánchez Quiles F, Gutiérrez Gascón J, del Pino Casado R. Frecuencia de uso de terapias alternativas/complementarias (TAC) en pacientes con enfermedades hematológicas ingresados en la unidad de hematología del Hospital Universitario de Jaén. *Med Natur*. 2014;8(2):31–6.
  71. Clinica Medicina Integrativa. Salud mental. Available from: <http://www.medicinaintegrativa.com/es-es/Especialidades/Salud-mental/articleType/ArticleView/articleId/914/Salud-mental.aspx>
  72. Rojas O, Fuentes C, Robert PV. PSICOONCOLOGÍA EN EL HOSPITAL GENERAL. ALCANCES EN DEPRESIÓN Y CÁNCER. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2017;
  73. E G, Al Q. La incorporación de terapias naturales en los servicios de salud [Internet]. Elsevier. Barcelona (España): Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona; 2010. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4274042.pdf>
  74. OMS. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Organ Mund la salud Ginebra. 2013;
  75. AECC. Terapias complementarias y alternativas. 2018; Available from: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tratamientos/otros->

tratamientos/que-son-terapias-complementarias-alternativas

76. Berretta M, Dellapeppa C, Tralongo P, Fulvi A, Lleshi A, Nasti G, et al. S21Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in cancer patients: an Italian multicenter Survey. *Ann Oncol*. 2017;
77. DSalud. Presentación del primer estudio sobre uso y hábitos de consumo d naturales en España. *Rev Mens Salud y Med [Internet]*. 2008; Available from: <https://www.dsalud.com/noticias/uso-y-habitos-de-consumo-de-las-terapias-naturales-en-espana>
78. CIS. Barómetro de febrero de 2018. Cent invstigación Sociológicas [Internet]. 2018;Estudio n°. Available from: [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3200\\_3219/3205/es3205mar.pdf](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3200_3219/3205/es3205mar.pdf)
79. Cano-Orón L, Mendoza-Poudereux I, Moreno-Castro C. Perfil sociodemográfico del usuario de la homeopatía en España. *Atención Primaria*. 2018;
80. Rhee TG, Pawloski PA, Parsons HM. Health-related quality of life among US adults with cancer: Potential roles of complementary and alternative medicine for health promotion and well-being. *Psychooncology*. 2019;
81. Latte-Naor S, Mao JJ. Putting Integrative Oncology Into Practice: Concepts and Approaches. *J Oncol Pract*. 2019;
82. Kacel EL, Pereira DB, Estores IM. Advancing supportive oncology care via collaboration between psycho-oncology and integrative medicine. *Support Care Cancer*. 2019;
83. Taren D, Kligler B, Lebensohn P, Brooks AJ, Maizes V. The Need for a Public Health Competency-Based Education for Integrative Health Care. *Pedagog Heal Promot*. 2018;5(1):70–4.
84. Schuerger N, Klein E, Hapfelmeier A, Kiechle M, Brambs C, Paepke D. Evaluating the demand for integrative medicine practices in breast and gynecological cancer patients. *Breast Care*. 2019;
85. Grant SJ, Hunter J, Seely D, Balneaves LG, Rossi E, Bao T. Integrative Oncology: International Perspectives. *Integr Cancer Ther*. 2019;18.

86. Lescano-Alva O, Angulo-Bazan Y. Oncología integrativa: el papel de la medicina complementaria en el manejo integral de enfermedades oncológicas. *Rev Peru Med Integr.* 2019;3(2):52–4.
87. M JK, M. K. Integrative nursing. 2nd ed. New York: Oxford University; 2019.
88. Hart J. The Expanding Field of Holistic Nursing—A Growing Trend. *Altern Complement Ther.* 2018;25(1):53–5.
89. Instituto de Salud Integrativa y Consciente. Enfermería Integrativa. ISIC [Internet]. Available from: <http://isic-bcn.com/servei/enfermeria-integrativa/>
90. Zapatero A, López Torrecilla J, Maldonado X. Estudio descriptivo del perfil del paciente con cáncer de próstata. *Consulta de oncología radioterápica.* Vol 2, 11 de mayo de 2010.
91. Sánchez R, Ibáñez C, Suárez A. Utilización de terapias complementarias y alternativas en niños con cáncer. *Revista de salud pública* · Vol 17(5), octubre 2015.
92. Keene MR, Heslop IM, Sabesan SS, Glass BD, Complementary and alternative medicine use in cancer: A systematic review, *Complementary Therapies in Clinical Practice* (2019).
93. Arikan F, Reasons for complementary therapy use by cancer patients, information sources and communication with health professionals, *Complementary Therapies in Medicine* (2019).
94. Rhee, T. G., Pawloski, P. A., & Parsons, H. M. (2019). Health-related Quality of Life among US Adults with Cancer: Potential Roles of Complementary and Alternative Medicine for Health Promotion and Well-being. *Psycho-Oncology.*
95. Pagliaro, G., & Bernardini, F. (2019). A Specific Type of Tibetan Medicine Meditation for Women with Breast Cancer: A Pilot Survey. *Oncology*, 1–5.
96. Schuerger, N., Klein, E., Hapfelmeier, A., Kiechle, M., Brambs, C., & Paepke, D. (2018). Evaluating the Demand for Integrative Medicine Practices in Breast and Gynecological Cancer Patients. *Breast Care.*
97. Wode, K., Henriksson, R., Sharp, L., Stoltenberg, A., & Hök Nordberg, J. (2019). Cancer patients' use of complementary and alternative medicine in

- Sweden: a cross-sectional study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 19(1).
98. Berretta, M., Dellapeppa, C., Tralongo, P., Fulvi, A., Lleshi, A., Nasti, G., ... Tirelli, U. (2016). S21Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in cancer patients: an Italian multicenter Survey. *Annals of Oncology*, 27(suppl\_4), iv113–iv113.
  99. Casas Patarroyo CP, Otero de la Hoz DM, Mesa Melgarejo LDP, Carrillo AJ, Solano MH. Prácticas de medicina tradicional y complementaria: en pacientes con neoplasias hematológicas. *Index de enfermería*. 2017.
  100. Akan H, Izbirak G, Kaspar EC, et al. Knowledge and attitudes towards complementary and alternative medicine among medical students in Turkey. *BMC Complement Altern Med*. 2012;12:115.
  101. Ballesteros-Peña S, Fernández-Aedo I. Conocimientos y actitudes sobre terapias alternativas y complementarias en estudiantes de ciencias de la salud. *Investig en Educ Médica*. August 2015.
  102. Tiralongo E, Wallis M. Attitudes and perceptions of Australian pharmacy students towards Complementary and Alternative Medicine - a pilot study. *BMC Complement Altern Med*. 2008;8:2.

## ANEXOS:

### ANEXO 1: Tablas

**Tabla 1. Clasificación de las terapias naturales basada en El *National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)* de los EE. UU.**

Área	Terapias
Sistemas integrales o completos	Homeopatía Medicina naturista Naturopatía

	<p>Medicina tradicional china</p> <p>Acupuntura</p> <p>Ayurveda</p>
Prácticas biológicas	<p>Fitoterapia</p> <p>Terapia nutricional</p> <p>Tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas</p>
Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo	<p>Osteopatía</p> <p>Quiropraxia, quiromasaje y drenaje linfático</p> <p>Shiatsu y sotai</p> <p>Aromaterapia</p>
Técnicas de la mente y el cuerpo	<p>Yoga</p> <p>Meditación, curación mental, oración</p> <p>Kinesiología</p> <p>Hipnoterapia, sofronización</p> <p>Musicoterapia, arteterapia y otras</p>
Técnicas sobre la base de la energía (terapias del biocampo y terapias bioelectromagnéticas)	<p>Qi-Gong o Chi-Kung</p> <p>Reiki</p> <p>Terapia floral</p> <p>Terapia biomagnética o con campos magnéticos</p>

**Tabla 5. Efectos secundarios del tratamiento**

	Global [n(%)]
<b>Global</b>	204 (100)
Recuentos sanguíneos bajos	16 (8)
Caídas	3 (1)
Caída de pelo	18 (9)
Cambios en piel y uñas	13 (6)
Sudoración	5 (2)
Náuseas y vómitos	16 (8)
Pérdida de apetito	10 (5)
Dificultad para respirar	2 (1)
Cansancio/Fatiga	24 (12)
Debilidad	18 (9)
Problemas de la boca	7 (3)
Calambres en las piernas	9 (4)
Cambios en el estado emocional	15 (7)
Hinchazón	6 (3)
Efectos sobre la sexualidad/fertilidad	12 (6)
Dificultad para dormir	11 (5)
Fiebre	1 (0)
Infecciones	4 (2)
Cambios urinarios y de excreción	12 (6)
Prótesis	1 (0)

**Tabla 6. Razón de uso de las terapias complementarias**

	Global [n(%)]
<b>Global</b>	190 (100)
Manejo de los síntomas de la enfermedad o relacionados con la terapia	21 (11)
Bienestar general	19 (10)
Prevenir enfermedades	7 (3,68)
Es natural	3 (1,58)
Tratar los síntomas y efectos secundarios	22(11,58)
Terapia y tratamiento médico pueden servir de ayuda	16 (8,42)
Aumentar las defensas	15 (7,89)
Mejorar la energía	15 (7,89)
Tratan toda la persona, mente, cuerpo y espíritu	19 (10)
La medicación causa efectos secundarios	6 (3,16)
Mejorar la memoria y concentración	4 (2,11)
Esperanza	12 (6,32)
Curación	4 (2,11)
Controlar la enfermedad	11 (5,79)
Refuerzo de los tratamientos recibidos	16 (8,42)

**Tabla 8. Terapias complementarias utilizadas**

	Global [n(%)]
<b>Global</b>	295 (100)
<b>Sistemas tradicionales, integrales o completos:</b>	46 (16)
- Ayurveda	2 (1)
- Medicina tradicional china	8 (3)
- Medicina antroposófica	1 (0)
- Homeopatía	20 (7)
- Naturopatía	13 (4)
- Medicina cuántica	2 (1)

<b>Técnicas de la mente y el cuerpo:</b>	<b>54 (18)</b>
- Meditación	16 (5)
- Yoga terapéutico	5 (2)
- Biodescodificación	3 (1)
- Bioneuroemoción	2 (1)
- Hipnosis	5 (2)
- Terapia Gestalt	1 (0)
- Mindfulness	6 (2)
- Tai Chi Chi Kung	1 (0)
- Musicoterapia	3 (1)
- Danzaterapia	1 (0)
- Visualización	6 (2)
- Psicoterapia	2 (1)
- Psicoanálisis	2 (1)
- Coherencia cardíaca	1 (0)
<b>Prácticas biológicas:</b>	<b>115 (39)</b>
- Fitoterapia	18 (6)
- Ejercicio físico	17 (6)
- Aromaterapia científica	8 (3)
- Flores de Bach	18 (6)
- Sales de Schüssler	2 (1)
- Terapia nutricional	21 (7)
- Terapia ortomolecular / suplementación	14 (5)
- Micronutrición intensiva	6 (2)
- Micoterapia	8 (3)
- Ozonoterapia	1 (0)
- Biorresonancia	2 (1)
<b>Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo:</b>	<b>64 (22)</b>
- Osteopatía	6 (2)
- Acupuntura	14 (5)
- Hidroterapia	2 (1)
- Kinesiología holística	9 (3)

- Quiropraxia	1 (0)
- Quiromasaje	2 (1)
- Masaje terapéutico	3 (1)
- Drenaje linfático	3 (1)
- Reflexología	12 (4)
- Terapia neural	11 (4)
<b>Técnicas sobre la base de la energía:</b>	16 (5)
- Reiki	12 (4)
- Terapia biomagnética	2 (1)
- Cristaloterapia	1 (0)
- Electroestimulación	1 (0)

## **ANEXO 2: TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS**

### **Entrevista a la Dra. Cristina Abadia:**

*¿Cómo surgió el interés por la medicina integrativa y cuando surgió?*

Pues nosotros empezamos hace diez años, éramos un grupo de profesionales interesados en la medicina integrativa y empezamos con un primer estudio clínico con una técnica energética hace 10 años, luego creamos el Comité de Medicina Integrativa para ir sensibilizando a los profesionales y pacientes. A partir de aquí empezamos a seguir pasos hasta llegar a día de hoy. Hace tres años empezamos con la actividad en la unidad de salud integrativa.

Nosotros empezamos cada uno por sus motivos. Yo en concreto hace 20 años tuve una enfermedad y me ayudó la medicina convencional pero también me ayudaron las terapias complementarias. Con lo cual a partir de ahí empecé a formarme y por eso creo que lo tengo que retornar de alguna forma.

*¿Tuvisteis algún problema para implementar el proyecto?*

Bueno... ¿Por dónde empiezo? Millones de problemas, pero como éramos trabajadores de aquí de hace muchos años fuimos hacia delante. Y yo creo que hemos ido muy poco a poco, empezamos con el comité para ir venciendo

resistencias y dando información. Además, lo hacemos de forma voluntaria, no cobramos por nuestro horario.

*¿Cómo es la respuesta de los pacientes a estas terapias?*

La respuesta de los pacientes está siendo fantástica. Además, una de las condiciones que nos puso la dirección es que hiciéramos estudios y de los estudios que tenemos se ha demostrado una mejora estadísticamente significativa en la ansiedad, la depresión, la fatiga y la calidad de vida de los pacientes.

*¿Cuáles son las terapias que utilizáis?*

Aquí estamos haciendo nutrición, mindfulness, acupuntura y dos técnicas energéticas que son la terapia de polaridad y armonización energética.

*¿Cómo crees que afecta la nutrición en la persona enferma?*

Para nosotros la dieta es básica. Aquí lo que hacemos es una nutrición adaptada para cada persona, dependiendo del tratamiento oncológico que esté realizando. Porque según el tipo de tratamiento le convendrá más una dieta u otra. Es un proceso oncológico, aunque ahora ya empezamos a tener pacientes no oncológicos. Pero lo que queremos nosotros es ir a regenerar la mucosa del colon, tratar temas de permeabilidad intestinal para mejorar un poco el estado general de salud de la persona.

*¿Qué tipo de pacientes tratábais al principio y cuales habéis ampliado ahora?*

Bueno, la mayor parte de pacientes era oncológica pero ahora ya hay otras especialidades que nos vienen. Nos empiezan a derivar pacientes de hematología, atención primaria, traumatología, por el tema del dolor.

*El término de medicina integrativa es un poco innovador, ¿podrías explicar un poco su significado?*

La medicina integrativa combina lo mejor de la medicina convencional y lo mejor de la medicina natural o terapias complementarias y comprobada evidencia científica. Esto es una definición que seguimos del modelo de estados unidos que es el modelo que nosotros hemos implementado aquí. Y el NIH ha establecido la definición de medicina alternativa, medicina complementaria y medicina integrativa. Y es esta, ¿no?, la de combinar la medicina convencional con lo mejor de las terapias complementarias comprobado con evidencia científica.

*¿Por qué razón habéis seleccionado estas técnicas y no otras?*

Porque nosotros empezamos con las técnicas energéticas porque hace 10 años cuando empezamos éramos 5 profesionales formados con estas técnicas con lo cual por eso se inició el primer estudio clínico con esto y a partir de ahí es que el modelo que seguimos es el de Estados Unidos. El de Estados Unidos principalmente lo que ofrece son estas 4 terapias que nosotros ofrecemos.

*¿Hay más investigación y más evidencia científica?*

Sí, hay más evidencia científica y hay un poco más de experiencia.

*¿Por qué crees que es importante la implementación de estas técnicas?*

Porque, por ejemplo, ahora acabo de ver un paciente con neuropatía periférica. La quimioterapia a veces puede dar unos efectos secundarios como dolor, pérdida de fuerza y de sensibilidad en manos y pies. Para eso no hay ningún fármaco posible para abordar. Y yo lo que me cuesta mucho es creer que se puede dejar al paciente sin nada. O una paciente de ginecología, no oncológico hablo eh, con una endometriosis que sí que es verdad que hay tratamiento médico con cirugía, pero ¿porque no podemos bajar la inflamación con acupuntura? Entonces, yo creo que combinando las dos podemos hacer que el paciente llegue mejor preparado a los tratamientos médicos como la radio y la quimioterapia y que, aunque llegue bien preparado si presenta efectos secundarios pues vamos a ayudarlo con terapias complementarias. Para mejorar los síntomas que tenga o la calidad de vida.

*Nosotras hemos trabajado también con un centro llamado Imohe. ¿Hay alguna diferencia entre la medicina holística y la medicina integrativa?*

En principio, para mí no hay diferencia. Lo único que nosotros somos un hospital público y todo tiene que ir aprobado por la dirección, por los comités éticos de investigación científica con lo cual por eso no estamos haciendo homeopatía, no estamos dando suplementación nutricional porque no tenemos permiso para hacerlo. Pero la idea es que todo lo que vaya saliendo que tenga evidencia científica pues iremos ampliando todo lo que podamos pasando todos los comités necesarios. Estas 4 terapias que ofrecemos las ofrecemos aquí en consultas externas y el hospital de día de oncología. En pacientes hospitalizados les estamos ofreciendo reiki, arteterapia y ahora vamos a implementar la musicoterapia.

Ahora me preguntabas la diferencia entre medicina holística y medicina integrativa. La medicina holística yo creo que considera a la persona en toda su globalidad. Si la medicina holística admite la medicina convencional eso para mí ya es medicina integrativa. Si no es medicina alternativa. Y yo no creo en la medicina alternativa cuando tienes una enfermedad. Creo en la medicina alternativa antes de tener una enfermedad. Yo es lo que digo. Si llevamos el coche a la ITV periódicamente, ¿porque no llevamos el cuerpo? Entonces puede ser una alternativa por que no estoy enfermo. Lo importante es prevenir. El trio nutrición, estado de salud y ejercicio físico es fundamental para ganar salud. Pero si tengo un síntoma, para mí un síntoma es una forma que tiene el cuerpo de hablar. Si el síntoma yo lo escucho y puedo ayudarlo con una terapia complementaria antes de ponerme enfermo pues fantástico.

*¿Crees que hasta que no se utilizan estas terapias no se cree realmente en ellas? Te pongo mi ejemplo. Yo creo en que la acupuntura, la musicoterapia, la reflexoterapia, entre otras, tengan efectos beneficiosos porque las percibimos por los órganos de los sentidos. Pero las terapias energéticas que ni siquiera se toca al paciente no lo consigo entenderlas.*

¡Claro! Yo por ejemplo soy médico. Yo no creía en nada. Hago terapias energéticas, pero aun cuando hablo de esto pienso "¿pero, qué hago yo hablando de esto?" Pero fue a raíz de la enfermedad que una persona de mi confianza me invitó a hacer tratamiento con terapias energéticas. Después de ello estuve un año sin hablarle porque para mí fue un shock. A mí nadie me había explicado que esto existía. Si me lo hubiesen explicado en la universidad pues quizás me hubiera ayudado a abrirme un poco. Si nadie me ha hablado de un sistema yo lo que creo es que cuando me vienen a hablar de esto me están engañando. Porque nadie me ha hablado de eso. Yo en mi caso pues no he podido decir nada en contra, aunque me cueste porque lo he vivido, lo he experimentado y la medicina convencional me ayudó a SOBREVIVIR y lo otro me ha ayudado a VIVIR. Con mayúsculas. Con lo cual yo me tengo que callar. Es que no puedo decir nada en contra porque me ha ayudado. Pero reconozco que es un tema muy difícil porque es como que va en contra de nuestro sistema de creencias. Pues porque como nunca me lo han explicado pues será falso.

*¿Cuándo tu estudiaste no te explicaron nada de terapias ni te dieron la oportunidad de conocerlas?*

No.

*Nosotras que hemos estudiado en la universidad el grado de enfermería, sí que nos han dado la oportunidad de conocer algunas de estas terapias. Empiezan a integrarlas en los estudios, aunque sea de forma optativa. Por ejemplo, nosotras hemos podido cursar relajación y reflexoterapia. Posiblemente jamás nos hubiésemos interesado por las técnicas complementarias de no haberlas conocido y experimentado de forma personal.*

Ya están empezando a abrirse un poco. De todas formas, yo creo que no todo el mundo tiene que creer en esto. Porque hay gente muy racional que me llega aquí a la consulta. Y yo no le voy a hablar de técnicas energéticas porque me dicen "es que yo no creo en eso". Yo creo que hay que respetarlo. ¡Y por otro lado tengo pacientes desde la medicina convencional que les doy un paracetamol y olé! Pero les doy un ibuprofeno y no les ayuda. Y otros al revés. Cada cuerpo es diferente y a uno le irá muy bien una cosa y a otro no porque cada cuerpo es diferente. Entonces pues hay que encontrar lo mejor para cada paciente. Y si tú no crees en las técnicas energéticas y no lo has necesitado pues fantástico. En lo que no creo es en que nadie te obligue a hacerlo porque te va a ir muy bien. ¡Pues oiga... no! No creo en esto y no lo necesito. Yo como no creía en esto, pero lo necesité, me lo ofrecieron y vi que me iba bien después del shock. En este momento estoy en un punto en el que me lo creo porque lo hago, pero no creía en nada de todo esto y explicarlo la verdad que aún me cuesta. A pesar de mis reticencias iniciales, este tratamiento energético me ayudó tanto que años después pensé en usarlos aquí en el Hospital.

*¿Te formaste para impartir este tipo de terapias?*

Si, estuve 8 años formándome y bueno poco a poco pues lo he ido haciendo y he visto los cambios que hacen las personas. Esto también es una invitación porque sí ofrecemos una terapia igual que damos una pastilla yo creo que estamos repitiendo un modelo que ya tenemos. Para mí el hecho de ofrecer medicina integrativa es: yo le acompaño, pero es la persona la que tiene que trabajar para dirigirse a un cambio. Porque para mí el síntoma o la enfermedad es una invitación para integrar

una parte nuestra que quiere cambiar y la única forma que tiene de expresarse a lo mejor a veces es ya a través del síntoma.

**Muchas gracias Cristina por esta oportunidad.**

### **Entrevista a la enfermera Enoé Candela:**

*¿Cuándo nace el interés por las terapias complementarias?*

Mi interés por las terapias complementarias nace cursando el Grado de enfermería. Escogí como asignaturas optativas reflexología podal y relajación. Me encantó hacerlas. Aprendí mucho.

Siempre me interesó acompañar a la persona en su proceso de salud y las técnicas complementarias que aprendí en la facultad me ofrecían herramientas para acompañar.

*¿Qué fue lo que te llevo a querer trabajar con ellas?*

Unos años más tarde de acabar el grado, con unos años de experiencia clínica y personal, hice el Máster en enfermería oncológica de la UAB. Esta formación me abrió las puertas para trabajar como enfermera en el servicio de oncología, tanto en hospital de día de oncología como en hospitalización. Durante esta experiencia me planteé muchas preguntas. Con la medicina convencional no se respondían. Me caracterizo por ser una persona curiosa e inquieta, y no quería quedarme con la duda, sin encontrar la respuesta. Decidí dejar el trabajo de aquel entonces y empezar mi aventura "Integrativa". Hoy en día, me siento mucho más satisfecha porque mi aportación y mi acompañamiento a las personas es mucho más coherente con mi esencia, con mi estilo de cuidados de enfermería.

*¿Es muy diferente el trabajo que realizas en el centro Imohe a los que realizabas en otros lugares como enfermera?, ¿Cuál es la mayor diferencia?*

Mi labor como enfermera en Imohe es muy diferente a mi rol en otros equipos porque soy mucho más madura y eso me permite acompañar con más sutileza, compasión y siguiendo el ritmo del paciente. Cuento con un equipo de excelencia humana y profesional.

Actualmente administro vitaminas y minerales endovenosos, trabajo con homeopatía, técnicas manuales, técnicas energéticas, meditación, relajación y muchas otras herramientas.

La mayor diferencia es el nivel de consciencia con el que trabajo y la autonomía que tengo.

*¿Es mayor el vínculo que se forma con los pacientes al ofrecerles un cuidado más holístico?*

No. Siempre he ofrecido este acompañamiento “holístico”. La presencia es una cualidad importantísima en mí día a día y no preciso de mucho tiempo con la persona para ofrecérsela. Presencia es estar al lado de la persona a la que cuidas con la mente en silencio y apertura para escuchar y sentir. La diferencia es que actualmente lo puedo desarrollar con plenitud y aceptación por el resto del equipo.

*¿Crees que se implantará la medicina integrativa en los servicios sanitarios públicos?, ¿Por qué es importante?*

Confío en ello. Por este motivo trabajo y desarrollo mi rol “holístico” con empeño e ilusión para cambiar el paradigma. Es muy importante porque la medicina Integrativa propone trabajar con todas las herramientas disponibles y eficaces que mejoren la salud de las personas.

*¿Hay alguna experiencia personal que la recuerdes en algunas ocasiones?, ¿Por qué razón?*

La muerte de mi abuela. Gracias a los aprendizajes de esta experiencia puedo acompañar y cuidar. Ella murió de leucemia. Tuvo una muerte “preciosa” que motivó mi “despertar”. Fue la primera vez que escuché cuidados paliativos.

Esta experiencia la viví el primer año de carrera y por este motivo me interesaba más la parte humana de la profesión que la técnica o biomédica las cuales creo que son importantes, pero que no quería quedarme sólo con esa teoría.

*¿Cómo se cuida para poder cuidar de los demás?*

El autocuidado es imprescindible para mí: para cuidar tengo que cuidarme.

En mí día a día es esencial nutrirme, moverme y oxigenarme. Me nutro con consciencia. La vida es movimiento: hago ejercicio regularmente. El oxígeno es fuente de vida y respirando me conecto a ella. Meditar me aporta silencio y oxígeno.

*¿Podrías añadir unas palabras como despedida?*

*“Cuando te des cuenta de que lo que haces a otro te lo haces a ti mismo, habrás entendido la gran verdad”. Lao Tse.*

**Enoé, muchas gracias por tu tiempo y tus palabras.**

## **ANEXO 3: HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE**

**Investigadoras principales:** Ane Berrueta Llona y Marta Valdearcos Beltran

**Centro:** Universidad Rovira i Virgili (Tarragona)

### **Introducción:**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el estudio de investigación: “perfil de las personas que padecen cáncer y utilizan la medicina integrativa”, en el que se le invita a participar.

### **Descripción general del estudio:**

Hasta hace poco el enfoque clínico de la medicina en el tratamiento del cáncer se centraba principalmente en tratar el tumor. Actualmente la medicina integrativa propone tratar al paciente oncológico desde diferentes ámbitos con una visión global de la persona y con la implicación de la misma en el proceso.

Los tratamientos integrativos, combinan la biomedicina con las diferentes modalidades complementarias, permitiendo que la persona valore y decida las diferentes opciones.

El objetivo de este estudio es: Explorar el perfil de las personas que padecen cáncer y que utilizan la medicina integrativa.

Para realizar la investigación necesitamos su colaboración, por lo tanto, le proponemos rellenar un cuestionario que nos proporcionará los datos necesarios.

La participación en el presente estudio es anónima y voluntaria por lo que el consentimiento se considera implícito.

Agradecemos su colaboración.

## ANEXO 4: CUESTIONARIO

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo	Hombre	
	Mujer	
Edad		
Peso		
Etnia	Caucásica	
	Hispánica	
	Negra	
	Otros	
Residencia actual	< 2.500 habitantes	
	Entre 2.500 y 10.000 habitantes	
	>10.000 habitantes	

Grupo ocupacional	Profesional libre		
	Técnico		
	Auxiliar		
	Pensionista		
	Servicios		
	Estudiante		
	Desempleado		
	Funcionario		
Principal fuente de ingreso	Trabajo		
	Pensión		
	Ingresos familiares		
Religión	Si		
	Ninguna		

Estado civil	Casado/a o con pareja	
	Soltero/a	
	Viudo/a	
	Separado/a	
	Divorciado/a	
Nivel de estudios	Sin escolarización	
	Primarios	
	Medios/Formación profesional	
	Universitarios	

## DATOS CLÍNICOS

Tipo de cáncer	
Tiempo desde el diagnóstico	

Tipo de tratamiento	Cirugía	
	Radioterapia	
	Quimioterapia	
	Trasplante de células madre	
	Hormonal	
	Paliativo	
	Otros	
Estadio actual	I	
	II	
	III	
	IV	
	No clasificado	
	Desconocido	
	Remisión completa	
Tolerancia al tratamiento	Buena	

	Regular																																									
	Mala																																									
Efectos secundarios del tratamiento	<table border="1"> <tr> <td>Recuentos sanguíneos bajos – Anemia, Trombocitopenia</td> <td></td> <td>Sudoración</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Caídas</td> <td></td> <td>Náuseas y vómitos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Caída del pelo</td> <td></td> <td>Deshidratación</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cambios en piel y uñas</td> <td></td> <td>Pérdida de apetito</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Problemas de la boca</td> <td></td> <td>Dificultad para respirar</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Calambres en las piernas</td> <td></td> <td>Cansancio/Fatiga</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Convulsiones</td> <td></td> <td>Debilidad</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cambios en el estado emocional y psicológico</td> <td></td> <td>Efectos sobre la sexualidad y la fertilidad</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Estomas (ostomía)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Dificultad para dormir</td> <td></td> </tr> </table>		Recuentos sanguíneos bajos – Anemia, Trombocitopenia		Sudoración		Caídas		Náuseas y vómitos		Caída del pelo		Deshidratación		Cambios en piel y uñas		Pérdida de apetito		Problemas de la boca		Dificultad para respirar		Calambres en las piernas		Cansancio/Fatiga		Convulsiones		Debilidad		Cambios en el estado emocional y psicológico		Efectos sobre la sexualidad y la fertilidad				Estomas (ostomía)				Dificultad para dormir	
Recuentos sanguíneos bajos – Anemia, Trombocitopenia		Sudoración																																								
Caídas		Náuseas y vómitos																																								
Caída del pelo		Deshidratación																																								
Cambios en piel y uñas		Pérdida de apetito																																								
Problemas de la boca		Dificultad para respirar																																								
Calambres en las piernas		Cansancio/Fatiga																																								
Convulsiones		Debilidad																																								
Cambios en el estado emocional y psicológico		Efectos sobre la sexualidad y la fertilidad																																								
		Estomas (ostomía)																																								
		Dificultad para dormir																																								

Delirio		Fiebre	
Hinchazón		Infecciones	
Linfedema		Cambios urinarios y de excreción	
		Prótesis	

### DATOS RELACIONADOS CON USO DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

Empleo de terapias complementarias previas al diagnóstico	Con frecuencia	
	Poco habitual	
	Nunca	
Razón de uso	Manejo de los síntomas de la enfermedad o relacionados con la terapia.	
	Bienestar general	
	Prevenir enfermedades	

Es natural	
Tratar los síntomas y efectos secundarios	
Terapia + tratamiento médico puede servir de ayuda	
Aumentar defensas	
Mejorar la energía	
Tratan toda la persona, mente, cuerpo y espíritu	
La medicación causa efectos secundarios	
Mejorar memoria y concentración	
Mejora el rendimiento deportivo	
Los tratamientos médicos son muy caros	
Esperanza	
Curación	
Controlar de la enfermedad	
Refuerzo de los tratamientos recibidos	

Momento de empleo de las terapias	Antes del tratamiento convencional	
	Durante del tratamiento convencional	
	Después del tratamiento convencional	

Beneficios percibidos	Siento que mi salud está mejorando.	
	Me da una sensación de control sobre la enfermedad.	
	Me ayuda a hacer frente a mis problemas de salud.	
	Siento que mis niveles de estrés disminuyen.	
	Consigo relajarme.	
	Me encuentro mejor emocionalmente.	
	Me ayuda a dormir.	
	Noto mejoría a la hora de relacionarme.	
	Mejora mi asistencia al trabajo	

Otros beneficios (describirlos)	
------------------------------------	--

## TERAPIAS UTILIZADAS

Sistemas tradicionales, integrales o completos	Ayurveda	
	Medicina tradicional china	
	Medicina antroposófica	
	Homeopatía	
	Naturopatía	
	Medicina cuántica	
	Iridología	
Técnicas de la mente y el cuerpo	Meditación	
	Yoga terapéutico	
	Biodescodificación	
	Bioneuroemoción	

Hipnosis	
Terapia gestalt	
Mindfulness	
Tai Chi Chi Kung	
Qi Gong	
Grupos de apoyo	
Musicoterapia	
Danzaterapia	
Risoterapia	
Arte terapia	
Visualización	
Psicoterapia	
Psicoanálisis	
Coherencia cardíaca	

Prácticas biológicas

Fitoterapia	
Ejercicio físico	
Medicina estética (mesoterapia)	
Aromaterapia científica	
Flores de Bach	
Sales de Schüssler	
Terapia nutricional	
Terapia ortomolecular o suplementación	
Terapia quelante	
Micronutrición intensiva	
Micoterapia	
Ozonoterapia	
Biorresonancia	
Oncothermia/Nanothermia	

	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="754 185 1190 315">Microinmunoterapia</td> <td data-bbox="1190 185 1361 315"></td> </tr> </table>	Microinmunoterapia																							
Microinmunoterapia																									
Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="754 450 1161 667">Osteopatía</td> <td data-bbox="1161 450 1361 667"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="754 667 1161 779">Acupuntura</td> <td data-bbox="1161 667 1361 779"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="754 779 1161 891">Hidroterapia</td> <td data-bbox="1161 779 1361 891"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="754 891 1161 1003">Kinesiología holística</td> <td data-bbox="1161 891 1361 1003"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="754 1003 1161 1115">Fisioterapia</td> <td data-bbox="1161 1003 1361 1115"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="754 1115 1161 1227">Electroterapia</td> <td data-bbox="1161 1115 1361 1227"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="754 1227 1161 1339">Eutonía</td> <td data-bbox="1161 1227 1361 1339"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="754 1339 1161 1451">Body Rolling</td> <td data-bbox="1161 1339 1361 1451"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="754 1451 1161 1563">Kinesiotaping</td> <td data-bbox="1161 1451 1361 1563"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="754 1563 1161 1675">Quiropraxia</td> <td data-bbox="1161 1563 1361 1675"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="754 1675 1161 1787">Quiromasaje</td> <td data-bbox="1161 1675 1361 1787"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="754 1787 1161 1926">Masaje terapéutico</td> <td data-bbox="1161 1787 1361 1926"></td> </tr> </table>	Osteopatía		Acupuntura		Hidroterapia		Kinesiología holística		Fisioterapia		Electroterapia		Eutonía		Body Rolling		Kinesiotaping		Quiropraxia		Quiromasaje		Masaje terapéutico	
Osteopatía																									
Acupuntura																									
Hidroterapia																									
Kinesiología holística																									
Fisioterapia																									
Electroterapia																									
Eutonía																									
Body Rolling																									
Kinesiotaping																									
Quiropraxia																									
Quiromasaje																									
Masaje terapéutico																									

	<table border="1"> <tr> <td>Drenaje linfático</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Reflexología</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Shiatsu</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Terapia neural</td> <td></td> </tr> </table>	Drenaje linfático		Reflexología		Shiatsu		Terapia neural					
Drenaje linfático													
Reflexología													
Shiatsu													
Terapia neural													
Técnicas sobre la base de la energía	<table border="1"> <tr> <td>Reiki</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Terapia biomagnética</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tacto curativo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cristaloterapia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Homotoxicología</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Electroestimulación</td> <td></td> </tr> </table>	Reiki		Terapia biomagnética		Tacto curativo		Cristaloterapia		Homotoxicología		Electroestimulación	
Reiki													
Terapia biomagnética													
Tacto curativo													
Cristaloterapia													
Homotoxicología													
Electroestimulación													

**¿CÓMO CONOCIÓ LA MEDICINA INTEGRATIVA?**

Amigos/familiares	
Personal Sanitario	

Por otras personas con el mismo problema.	
Medios de comunicación (TV, radio, periódico, revista, etc)	
Internet	
Otros	

## ANEXO 5: IMÁGENES



*Hospital de Terrassa*

# ANEXO 6: HOJA INFORMATIVA QUE RECIBEN LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTEGRATIVA DE TERRASSA

## UNIDAD DE SALUD INTEGRATIVA DEL CST

La Unidad de Salud Integrativa combina la medicina convencional con las terapias complementarias de probada eficacia científica. Atiende al proceso de la enfermedad en su totalidad, abarcando hábitos de vida, factores psicoemocionales y alimentación.

El equipo de la Unidad está integrado por **médicos, enfermeros, fisioterapeutas, nutricionistas y psicólogo**, todos trabajadores del Consorci Sanitari de Terrassa (CST), que realizan esta atención de forma voluntaria.

El equipo está coordinado con los Servicios de **Oncología Médica y Oncología Radioterápica**.

### Ofrecemos

Esta Unidad ofrece **sesiones gratuitas** a pacientes derivados por los médicos, desde las consultas externas de oncología de nuestro hospital, con el objetivo de mejorar su **calidad de vida** durante el proceso terapéutico.

En la primera visita médica, se orientará sobre las terapias más indicadas en cada caso. Acordaremos con usted los tratamientos y planificaremos su agenda.

Las terapias que ofrecemos de forma simultánea a los tratamientos convencionales son:

- **Acupuntura:** Forma parte de la medicina tradicional china. Se basa en la inserción de finas agujas en el cuerpo, en unos puntos concretos, estudiados y seleccionados según la disfunción y la persona. De las múltiples indicaciones, el tratamiento del dolor es la más conocida.
- **Asesoramiento nutricional:** Dietas adaptadas para llevar el cuerpo al equilibrio sin perder nutrientes, vitaminas y minerales, reforzando los órganos.
- **Mindfulness:** Se trata de una práctica de grupo, centrada en la atención plena, la interacción mente-cuerpo y el comportamiento con técnicas de meditación, para promover la salud.
- **Terapias energéticas (armonización energética y terapia de polaridad):** El concepto de Salud es holístico, englobando los aspectos físico, emocional y espiritual. Mediante el toque terapéutico el terapeuta detecta desequilibrios energéticos y armoniza el flujo de la energía.

### Contacto

Si quiere modificar el día de consulta, debe llamar al teléfono **937311039**

**Gracias por su interés y colaboración**