



# Representaciones sobre los cuidados con plantas medicinales en enfermeras de atención primaria en salud

Lizet VÉLIZ-ROJAS<sup>1</sup>

## Resumen Abstract

**Objetivo:** Describir las representaciones sociales que tienen las enfermeras de atención primaria sobre el cuidado con plantas medicinales en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. **Metodología:** Estudio cualitativo, descriptivo, hermenéutico, delineado por medio de las Representaciones Sociales en su enfoque procesual. Los métodos de producción de información fueron la entrevista enfocada y grupos focales. Se realizó la triangulación de fuentes y de datos, y se utilizó el análisis de contenido cualitativo inductivo. **Resultados:** Se presentan tres dimensiones y once categorías. Las dimensiones fueron: Cuidado con plantas medicinales en el ámbito personal y profesional; motivaciones para cuidar con plantas medicinales y dificultades para cuidar con plantas medicinales. **Conclusión:** Las enfermeras manifiestan que estas terapias, asociadas a lo ancestral, permiten cuidar desde una perspectiva holística, que es el núcleo del accionar y pensar de la enfermería. **Palabras claves:** Plantas medicinales. Atención primaria de salud. Medicina tradicional. Enfermería holística.

## REPRESENTATIONS ON CARE WITH PLANTS MEDICINAL IN PRIMARY HEALTH CARE NURSES

**Objective:** Describe the social representations that have primary health care's nurses on care with medicinal plants in patients with chronic diseases. **Methods:** Qualitative, descriptive, hermeneutical study, with a focus of the Social Representations in their procedural approach. The data collection methods was the interview and focus groups. Was used the triangulation of sources and data, and the inductive qualitative content analysis. **Results:** It's found three dimensions and eleven categories. The dimensions were: Beware of medicinal plants in the personal and professional field; motivations to care with medicinal plants and difficulties to care with medicinal plants. **Conclusions:** Nurses point out that these therapies, associated with the ancestral, allow care from a holistic perspective, which is the core of the actions and thinking of nursing.

**Key words:** Plants medicinal. Nursing care. Primary health care. Medicine traditional. Holistic nursing.

<sup>1</sup>Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias. Universidad de La Serena, Coquimbo, Chile.

CORRESPONDENCIA:  
lizhelen@hotmail.com

Esta investigación fue financiada por la Dirección de investigación y desarrollo de la Universidad de la Serena a través de DIDULS 10201020897

Manuscrito recibido el 20.08.2019  
Manuscrito aceptado el 11.10.2019

Index Enferm 2019; 28(4):189-193

## Introducción

El uso terapéutico de las plantas medicinales es una práctica muy antigua, que históricamente ha sido construida en base a las tradiciones y la sabiduría de sentido común, las cuales han articulado de manera armónica la cultura y salud de las personas.<sup>1</sup> Con la consolidación del positivismo se produjo una quiebra con el conocimiento metafísico y tradicional,<sup>2</sup> que fue desplazado por el saber científico; en este último aún prevalece una hegemonía médica en los cuidados de la salud humana.<sup>1</sup>

A pesar de lo anterior, diversas organizaciones han desarrollado distintas estrategias para rescatar, preservar y continuar con los cuidados en base a terapias tradicionales. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido y reconocido la importancia del uso de plantas medicinales en el cuidado de la salud.<sup>3</sup> En el caso de Chile, en el año 2009, un total de 103 plantas medicinales denominadas medicamentos herbarios tradicionales (MHT)<sup>4</sup> se incorporaron en el concepto de medicamentos.<sup>5</sup> A pesar de esta situación, estas no son habitualmente indicadas por el personal sanitario. Mientras que en el sector salud prevalece la lógica excluyente, es decir, que solo la biomedicina es eficaz para favorecer y mejorar la salud de las personas, la literatura muestra una lógica aditiva,<sup>6,7</sup> es decir, la utilización de diferentes alternativas al mismo tiempo o secuencialmente para mejorar su estado de salud.

Acorde a lo expuesto, el presente estudio tiene como propósito describir las representaciones sociales que tienen las enfermeras de atención primaria en salud (APS) acerca de la incorporación de las Plantas Medicinales en los cuidados de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

## Metodología

Estudio cualitativo, descriptivo con enfoque hermenéutico, delineado por medio de las Representaciones Sociales (RS) en su perspectiva procesual, cuyo énfasis se coloca en el proceso social. Acorde a Banch, para acceder al conocimiento de las RS con enfoque procesual se debe partir de un abordaje hermenéu-

tico,<sup>8</sup> entendiendo al ser humano como productor de sentidos y focalizándose en el análisis de las producciones simbólicas, de los significados, del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos construimos el mundo en que vivimos.

El colectivo estuvo constituido por enfermeras y enfermeros de los centros de salud familiar de la comuna de La Serena, Chile. El diseño muestral fue intencional cuya representatividad se determinó por saturación de categorías (n= 22). Los criterios de inclusión fueron enfermeras con más de dos años de experiencia en APS y que realizaran cuidados de enfermería en pacientes con ECNT. Los métodos de producción de información fueron la entrevista (ocho participantes) y dos grupos focales (catorce participantes). Los datos se obtuvieron entre los meses de septiembre de 2017 y agosto de 2018. La validación de la información se efectuó mediante la triangulación de fuente, en la cual, la investigadora para confirmar los hallazgos y revisar algunos datos particulares, volvió a los participantes durante el análisis de la información. También se utilizó la triangulación de datos, que consistió en efectuar comparaciones entre los datos obtenidos en las entrevistas individuales con los datos del grupo focal. Para el análisis de la información se efectuó el análisis de contenido cualitativo inductivo,<sup>9</sup> que consiste en profundizar más allá del contenido manifiesto de las entrevistas, considerando el contexto y el contenido latente donde se expresa el mensaje. Fue inductivo, ya que se caracterizó por una construcción de categorías emergentes desde el contenido, y que por tanto, se podían inferir.

Las participantes firmaron el consentimiento informado y el estudio fue aprobado por el comité ético científico de la Universidad de La Serena, Chile

## Resultados

Del total de participantes, 18 fueron mujeres y 4 hombres, las edades fluctuaron entre los 26 y los 72 años. Los años de experiencia laboral variaron desde los 3 hasta 27 años laborales. Solo tres enfermeras tenían estudios en terapias complementarias, de estas solo una se encontraba con un diplomado en fitoterapia. En el análisis de las entrevistas emergieron

tres dimensiones y sus respectivas categorías.

### Cuidado con plantas medicinales en el ámbito personal y profesional

Los relatos dieron cuenta que los participantes mayoritariamente utilizan las plantas medicinales en el ámbito personal y con sus familiares, pero habitualmente no las indican a sus pacientes que tienen ECNT, aludiendo a la falta de conocimientos sobre los principios activos y efectos de la planta medicinal: *“Al menos en mi familia, el uso de las hierbas, igual es como tradición, las sigo, pero no las indico en los pacientes, menos indicarlas para las enfermedades crónicas no transmisibles, pero si les recomiendo como para el dolor de estómago, algún dolor de cabeza, que el toronjil para la pena, la malva la meta cosas así, más como de intervención rápida”* (focusgroup 2).

### Motivaciones para cuidar con plantas medicinales

*Efecto positivo en usuarios.* Las entrevistadas señalaron que visualizar la efectividad de las hierbas a nivel fisiológico y psicológico les motiva cuidar con hierbas: *“Lo que pasa es que yo partí con una señora que tenía dolencias de artritis, entonces yo le dije que probara con agüita de marihuana, pero sabes dio buenos resultados, y después de esa experiencia les indico a los pacientes que tienen dolores muy grandes el agüita de marihuana”* (entrevistada de grupo focal 1).

*Creencias y esperanza en usuarios.* Adicional a lo anterior, se incorporan en los relatos elementos asociados a la práctica cultural, tales como las creencias y la fe respecto al uso de plantas medicinales: *“los pacientes se sienten bien, les hacen efectos, por ejemplo el uso de matico en las heridas, les disminuye el dolor y el olor en ocasiones, porque igual estos usos van bastante de la mano con la fe que tienen respecto a las hierbas, las creencias que tienen, y si ellos tienen fe en las hierbas, nosotras tenemos que incorporar esto cuando les damos atención”* (entrevistada 1 de grupo focal 1).

*Alternativas de tratamiento.* Las enfermeras también incluyen las plantas

## ORIGINALES

medicinales como tratamientos alternativos debido a la solicitud de las personas: *“ha habido alternativas en que la familia consulta si hay otra posibilidad de tratamiento, además de lo que ya tiene el paciente, surge de conversaciones espontáneas, por una parte surge de la necesidad de la familia o de la consulta de una segunda alternativa que no sea biomédica”* (entrevistada 2).

**Acceso a tratamiento.** Las entrevistadas realizaban cuidados de enfermería principalmente a personas en contextos de vulnerabilidad social, por tanto, los recursos para el cuidado son escasos, y las plantas medicinales representaban una alternativa de tratamiento de fácil acceso para los pacientes: *“casi todos los adultos mayores tienen bien arraigado el tema de las hierbas, entonces yo también sé que tienen propiedades, entonces también las utilizo, además los adultos mayores tampoco tienen mucho dinero para estar comprando, por ejemplo, el suero fisiológico, entonces la hierba es mucho más barata y también beneficiosa, y no he tenido malos resultados”* (entrevistada grupo focal 1).

**Cuidado sustentable.** Un elemento que emerge en los discursos de las enfermeras, es la posibilidad de otorgar un cuidado entrelazado con el medio ambiente: *“Yo que creo que nosotras deberíamos orientar para hacer más sustentable el planeta, entonces yo propicio el cultivo en los espacios que tienen los pacientes, algo para su consumo, la ruda, que va a usar el matico, la ruda y el natre que bajan la presión arterial”* (entrevistada grupo focal 2).

**Huertas comunitarias.** Las huertas comunitarias aparecen en los discursos como un componente que va articulado al consumo de plantas medicinales. El cultivo y el cuidado de las plantas medicinales, en comunidad, otorgan elementos sanadores y de protección para la salud mental de los usuarios, así como también favorece el empoderamiento: *“Nosotros fuimos una acompañante, con un rol de mediador cuando se hizo la huerta, al final las decisiones salió por parte de las pacientes, que siento que es así como debiera ser, o sea es la comunidad la que debe empoderarse de un centro de salud”* (entrevistada 3).

**Visión holística y cultural del cuidado.** La incorporación de las hierbas me-

dicinales al cuidado es visualizado por las enfermeras como una oportunidad para establecer cuidados holísticos, considerando a la persona como un todo, respetando su cultura y sus creencias: *“Incluir las hierbas en lo que hacemos, igual sería una buena herramienta que nosotros tendríamos para la enfermería, a veces integrar lo que ellos saben de sus ancestros, porque ellos también van con esta cultura del agüita, y reafirmar lo que saben, entonces yo creo que tendríamos más cercanía, y a lo mejor más compensación de los pacientes”* (entrevistada 7).

### Dificultades para cuidar con plantas medicinales

**Formación en pre-grado.** Las entrevistadas coinciden que su formación de pregrado fue de carácter biomédico, a pesar que en las visiones de las mallas curriculares o discursos de las docentes señalaban una atención de enfermería integral y holística, se daba prioridad a las prácticas clínicas a nivel hospitalario: *“En la universidad siempre se hablaba de ver al ser humano holístico, en forma integral, pero esa integralidad no se visualizaba tomando el tema de la medicina tradicional, no estaba como inserto el tema de los pueblos originarios, el uso de medicinas complementarias, por lo menos cuando yo estudie”* (entrevistada grupo focal 1).

**Capacitación sobre plantas medicinales.** Los discursos reflejan un déficit de capacitaciones y formación en esta área, estableciendo la necesidad de ampliar los conocimientos del uso de plantas medicinales: *“No hemos recibido capacitaciones en el tratamiento con hierbas, nada, sólo nos han ido acompañando en las curaciones avanzadas con los diabéticos, en eso si hemos recibido capacitación, pero no así con el tema de las hierbas”* (entrevistada 3). Sumado a lo anterior, las entrevistadas mencionan la necesidad de que la formación en plantas medicinales se desarrolle en un instituto de nivel superior, que permita avalar una calidad educativa: *“Siempre sería bueno tener la posibilidad de en algún momento capacitarnos, pero en un curso bueno, bien decente y confiable, no en un curso así, un curso de un día”* (entrevistada grupo focal 2).

**Modelo de salud en APS.** El actual modelo de salud familiar es considerado como una dificultad al momento de la aplicación de la enfermería desde una perspectiva holística, tal como lo se establece en el siguiente relato: *“El tema es que yo tengo que cumplir con las metas, por lo tanto, no puedo quitarle horas de mi horario asignado para metas, como para estar haciendo algo con las plantas medicinales, quedamos con estas barreras, que se supone que iba a cambiar de biomédico a la salud familiar, al final por más que tengamos la intención y tratar de hacer salud familiar, las metas sanitarias nos comen todos los tiempos”* (entrevistada 5).

**Cultura medicalizada.** Los relatos dieron cuenta de una cultura medicalizada. Este elemento se considera una limitación al momento de cuidar con plantas medicinales, especialmente por el temor al cuestionamiento del quehacer del profesional de enfermería: *“Yo siento que la seguridad que les da la medicina alópata a los pacientes es mucho más visible, según ellos, porque a veces no es así en la medicina tradicional, ya que requiere de tiempo. Una persona empieza a creer en algo que le da seguridad y que este por escrito, entonces los pacientes prefieren que algo este envasado”* (entrevistada 2).

### Discusión

Las entrevistas permitieron arrojar ciertas categorías que finalmente se entrelazan y permiten tener una aproximación acerca de las representaciones Sociales sobre el tema planteado.

En el “cuidar con plantas medicinales”, existió la utilización de plantas medicinales por parte de las entrevistadas desde el ámbito personal y familiar, pero esta práctica es poco desarrollada en los cuidados en el ámbito sanitario, centrándose solamente para afecciones agudas de los usuarios, lo que coincide con investigaciones realizadas en Brasil.<sup>7</sup> Lo anterior refleja la práctica cultural del uso de las plantas medicinales por parte de las enfermeras, donde el conocimiento adquirido es a través de la transmisión oral. Este saber popular generalmente es poco valorado en la cultura occidental donde se prioriza la tecnología y la validez científica-objetiva de los conoci-

## ORIGINALES

mientos.<sup>10</sup> En este sentido, emerge la necesidad de desarrollar un diálogo entre la producción y consumo de saberes y conocimiento científico, lo que permitiría que las enfermeras comunitarias, que aplican la ciencia y tecnología en los cuidados, puedan establecer una acción recíproca con el saber tradicional de las comunidades, de tal forma que desarrollen una transferencia de saberes y conocimientos de forma bidireccional,<sup>10</sup> superando la unidireccional que se genera en el modelo biomédico y que confluye en desigualdades e inequidades en salud.

Entre “las motivaciones para cuidar con plantas medicinales” emergieron siete categorías principales. Por un lado, tres categorías (el efecto positivo de las plantas medicinales en las personas, la incorporación de las creencias y la fe de los pacientes, y la visión holística del cuidado), se articulan reflejando un cuidado centrado en la persona y su contexto. Estos discursos originan una ruptura con la mirada clásica de la atención en salud de visualizar a la persona por partes<sup>11</sup> con una actitud paternalista y hegemónica,<sup>12</sup> y al contrario, acogen un cuidado humanizado. Acorde a lo expuesto, se podría señalar que los discursos de las entrevistadas dan indicios de avanzar hacia una mirada holística, incorporando la cultura, y que su principal motivación se centra en el otro.

Por otro lado, las cuatro categorías restantes que motivan a cuidar con las plantas medicinales (una alternativa terapéutica, como facilitador para el acceso a tratamiento, el cuidado sustentable y el desarrollo de huertas comunitarias), confluyen en la perspectiva socioecológica del cuidado, que apunta a la equidad en salud en armonía con el entorno. En general, tratamiento de las ECNT se enfoca en el uso de medicamentos y cambios en los estilos de vida,<sup>13</sup> este último se encuentra ligado a los determinantes sociales y al contexto sociocultural, que podrían actuar como un facilitador o una barrera para el alcance de un óptimo bienestar.<sup>14</sup> El modelo actual en salud, habitualmente ignora las oportunidades reales que tienen las personas para alcanzar hábitos de vida saludable, dejando de lado las raíces sociales, económicas y culturales de la salud.<sup>15</sup> Las entrevistadas ejercían en APS, cuyas comunidades se encuentran en contexto de

vulnerabilidad social, y los discursos se enmarcan en esta realidad social, reflejando la necesidad de superar esta dificultad en el desarrollo de un cuidado digno y equitativo. Acerca del uso de las Plantas medicinales como acceso a tratamiento, lo señalado por las entrevistadas coincide con lo mencionado por la OMS,<sup>3</sup> que declaró que las medicinas tradicionales de calidad, seguridad y eficiencia comprobada, contribuyen a asegurar el acceso de todas las personas a la atención en salud. Lo anterior refleja la necesidad de recurrir a herramientas disponibles en la comunidad y que garanticen la equidad en salud.

La utilización de plantas medicinales, acorde a los discursos de las participantes, favorecen el cuidado de enfermería sustentable y el desarrollo de huertas comunitarias, que converge en la participación ciudadana y empoderamiento social. Este aspecto concuerda con un estudio efectuado en Madrid, cuyos principales resultados indicaron que los huertos comunitarios promueven la corresponsabilidad y participación, fomentando el manejo de una pluralidad de saberes, y que representan una forma de rehabilitación relacional, en cuanto se construyen los vínculos entre las personas y con la naturaleza.<sup>16</sup>

En la dimensión dificultades para utilizar plantas medicinales en los cuidados, dio cuenta de cuatro categorías. Dos de estas categorías se ligaron al conocimiento y las otras dos categorías se asociaron al modelo y cultura en salud.

Respecto al conocimiento, las entrevistadas manifestaron que su “formación en el pregrado” sobre este fenómeno fue escasa o nula, aludiendo a mallas y contenidos curriculares orientados al cuidado clínico. Este aspecto concuerda plenamente con diversos autores que establecen que los esquemas de formación en enfermería están fundamentados en abordajes biomédicos y biologicistas.<sup>17,18</sup> Resulta relevante que los currículum y los sistemas de enseñanza aprendizaje, tanto en el pregrado como en educación continua, den mayor relevancia a los paradigmas de integración y transformación que incluyan elementos interculturales y holísticos. Los discursos también dieron cuenta sobre la escasa “capacitación en plantas medicinales” que se ofertan como continuidad de estudios, señalan-

do que este tipo de capacitaciones habitualmente no se imparten en instituciones formales o acreditadas. Este aspecto podría estar determinado a que el código sanitario de Chile reconoce solamente a la acupuntura, la homeopatía y la naturopatía, como prácticas médicas alternativas, dejando al margen la fitoterapia, que aún no es reconocida oficialmente como terapia complementaria.<sup>19</sup>

Con relación al “modelo de salud”, las entrevistadas lo percibieron como principal barrera para cuidar holísticamente y poder aplicar medicinas ancestrales. En el caso de Chile, se declara que la atención primaria se sustenta en el modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), de carácter familiar y comunitario que prioriza actividades de promoción de la salud y prevención, fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria.<sup>20</sup> En este estudio, las participantes aluden que el cumplimiento de las metas sanitarias establecidas por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), les impide el desarrollo de este modelo y el cuidado con plantas medicinales, ya que deben estar mayoritariamente en box de atención en vez de realizar actividades comunitarias. Este aspecto coincide con un estudio cuyo objetivo fue explorar la experiencia de las enfermeras con el trabajo en salud pública, las entrevistas revelaron que las enfermeras comunitarias estaban en su mayoría ocupadas con actividades individuales de resolución de problemas y que su trabajo con la población en promoción y prevención apenas recibió prioridad, principalmente debido a una falta de recursos y de reconocimiento del papel de las enfermeras de atención primaria.<sup>21</sup> En esta línea, se visualiza que la implementación de modelos de práctica y el desarrollo de mejoras administrativas y de recursos son necesarios para establecer diversas estrategias de enfermería que podrían contribuir efectivamente a la salud de las personas y comunidades. Acorde a lo expuesto emerge la inquietud de si las enfermeras tienen desarrolladas las competencias necesarias para la implementación del MAIS. Se ha señalado que las enfermeras deben desempeñarse como líderes del proceso administrativo o gerentes en la atención primaria, en donde diseñan, ejecutan y evalúan las acciones de salud en mejora del bienestar

de la población.<sup>22</sup> Sin embargo, Guerrero y Cid, establecieron un análisis sobre la falta de interés en liderar la gestión del cuidado y la comodidad de realizar solo intervenciones dependientes.<sup>23</sup> Este aspecto constituye un desafío para la educación superior, en relación a incorporar en sus estrategias el desarrollo del liderazgo, autonomía y responsabilidad social en los estudiantes de enfermería.

Respecto a la “cultura medicalizada”, en la actualidad existen “medicamentos para todo”,<sup>24</sup> pero además personas que buscan o desean deliberadamente estar siempre sanas, y la ciencia médica está disponible para calmar sus preocupaciones, dolores y ansiedades con los medicamentos y las tecnologías que esta ofrece. Las participantes de este estudio manifestaron que los pacientes prefieren el consumo de medicamentos “envasados” y que otorguen una rápida solución, lo que coincide con Quadrelli, quien señala que ha disminuido la tolerancia de las personas a síntomas leves e incomodidades físicas, y que en las sociedades más desarrolladas cada vez más se instala el rechazo de la enfermedad y la muerte, como partes de la vida, y que existe la convicción de que la medicina moderna es capaz de resolver mucho más de lo que en realidad es posible.<sup>25</sup> En este aspecto, es relevante que las enfermeras deban sentirse capaces de cuidar a los pacientes con ECNT más allá del tratamiento farmacológico, y direccionar el cuidado hacia la humanización y el rescate de lo tradicional y cultural.

## Conclusiones

La hegemonía del paradigma biomédico y la cultura medicalizada, se perciben como principales barreras para el cuidado con plantas medicinales. Este paradigma trasciende desde la formación hasta el desarrollo profesional. En este sentido, parece relevante dar un salto en el paradigma del cuidado que permita incorporar herramientas propias de las culturas y creencias de las personas.

A pesar de lo anterior, las enfermeras

manifiestan que estas terapias asociadas a lo ancestral, permiten cuidar desde una perspectiva holística, que es el núcleo del accionar y del pensar de la enfermería. Se evidencia la necesidad de investigar en estas temáticas, pero los discursos en este aspecto no se separan del modelo occidental de generar ciencia, ya que se enfocan solamente a la práctica basada en evidencia e investigación experimental, lo que da cuenta la valoración sobre lo objetivo y comprobable, dejando a un lado los saberes de las comunidades.

## Bibliografía

1. Leighton A, Monsalve D. Documentación en terreno de buenas prácticas en fitoterapia en la red asistencial. MINSAL, 2015. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/INFORME-FINAL-FITOTERAPIA-30-12-2015.pdf> [acceso: 3/05/2029].
2. Véliz L, Ceballos P, Valenzuela S, Sanhueza O. Análisis crítico al paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería. *Index de Enfermería* 2012; 21(4): 224-228.
3. Organización Mundial de la salud. Estrategia OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098\\_spa.pdf;jsessionid=F183527962D549EA9CE02EE8C858CF10?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf;jsessionid=F183527962D549EA9CE02EE8C858CF10?sequence=1) [acceso: 30/04/2019].
4. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). MHT. Medicamentos Herbarios Tradicionales. 103 especies vegetales, 2009. Disponible en: [http://www.ispch.cl/sites/default/files/decreto\\_exento\\_25.pdf](http://www.ispch.cl/sites/default/files/decreto_exento_25.pdf) [acceso: 3/01/2018].
5. Instituto de Salud Pública. Chile. Definición de medicamento, 2012. Disponible en: [http://www.ispch.cl/anamed/subdeptoregistro/definicion\\_medamentos](http://www.ispch.cl/anamed/subdeptoregistro/definicion_medamentos) [acceso: 28/12/2018].
6. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga OA. Autoconsumo de hierbas medicinales en usuarios con enfermedades cardiovasculares en una comuna de Chile. *Index de Enfermería* 2015; 24(3):123-128.
7. Heisler E, Budó M, Schimith M, Badke M, Ceolin S, Heck R. Uso de plantas medicinales en el cuidado de la salud: la producción científica de tesis y disertaciones de enfermería brasileña. *Enferm. Glob.* 2015; 14(39): 390-403.
8. Banch M. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las Representaciones Sociales. *Paperson Social Representations* 2000; 9(3):1-15. Disponible en: <http://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/view/269/234> [acceso: 10/12/2018].
9. Díaz C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. *Orientación intelectual de revista Universum. Rev. Gen. Inf. Doc.* 2018; 18(1): 119-42.
10. Mora D. Diálogo y transferencia dialéctica de saberes/conocimiento. *Revista Integra Educativa*, 2012; 5(3):31-75.
11. Hugo S. Máquinas y arte-sanos. *Salud Colect.* 2018; 14(3). Disponible en: [https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652018000300483&lang=es#](https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652018000300483&lang=es#) [acceso: 39/04/2019].
12. Nogueira C. A sociological view on the epistemic privilege of biomedicine: deconstructing the metanarrative. *Saúde Soc. São Paulo*, 2018; 27 (4): 1019-32.
13. Veliz-Rojas L, Bianchetti A. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 2017; (32):186-96.
14. Pereira G. Estilos de vida y justicia. *Ideas y Valores*, 2018; 67(167): 265-87.
15. Restrepo-Ochoa, Diego A. La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. *Cad. Saúde Pública*, 2013; 29(12): 2371-82.
16. Del Viso N, Fernández J, Morán N. Cultivando relaciones sociales. Lo común y lo “comunitario” a través de la experiencia de dos huertos urbanos de Madrid. *Rev Antropología Social*, 2017; 26(2): 449-72.
17. Sánchez J, Aguayo C, Galdames L. Desarrollo del conocimiento de enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica. *Rev. Cubana Enferm.* 2017; 33(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091> [acceso: 30/04/2019].
18. Borré-Ortiz Y, Lenis-Victoria C, Suárez-Villa M, Tafur-Castillo J. El conocimiento disciplinar en el currículo de enfermería: una necesidad vital para transformar la práctica. *Rev Cienc Salud*, 2015; 13(3): 481-91.
19. Biblioteca del Congreso Nacional. Chile. Código sanitario. Reglamento para el ejercicio de prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y los recintos en que estas se realizan. 2005. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/a21482c735dd536ce04001011f0136fd.pdf5> [acceso: 10/04/2019].
20. Ministerio de salud de Chile. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, 2013. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24ee3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf> [acceso: 5/05/2019].
21. Berit D. Challenges and demands in the population-based work of public health nurses. *Scandinavian Journal of Public Health* 2018; 46 (Suppl 20): 53-8.
22. De Arco-Canoles O, Suarez-Calle Z. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Univ. Salud.* 2018; 20(2):171-82.
23. Guerrero S, Cid-Henríquez P. Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería. *Aquichan* 2015; 15(1): 129-40.
24. Anahi S. La medicalización de la vida: hibridaciones ante la dicotomía Naturaleza/Cultura. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; 23(5):1531-39.
25. Quadrelli S. La medicalización de la vida: entre el anhelo y la quimera. *Rev. am. med. Respir*, 2015; 15(1): 2-10.

«La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar» *Florence Nightingale* (Notas sobre hospitales, 1863)