



## **Universidad Austral de Chile**

Facultad de Ciencias  
Escuela de Química y Farmacia

**PROFESOR PATROCINANTE: Ricardo Oyarzún B.**  
**INSTITUCIÓN: Instituto de Salud Pública.**  
**FACULTAD: Facultad de Medicina.**

**“DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DE SALUD Y CARACTERIZACIÓN DE LA  
AUTOMEDICACIÓN ALOPÁTICA Y A BASE DE PLANTAS MEDICINALES DE LOS  
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CESFAM GIL DE CASTRO DE  
VALDIVIA”.**

Tesis de Grado presentada como  
parte de los requisitos para optar  
al Título de Químico Farmacéutico

**SUSAN KARLA MARÍA PROSSER ARAVENA**

VALDIVIA – CHILE  
2005

## **AGRADECIMIENTOS**

... A *Dios* por haberme dado esta vida de enseñanzas y oportunidades...

A mis queridos *padres*, quienes siempre me han apoyado en todo proyecto de mi vida y siempre me han brindado todo lo que esta a su alcance, pero sobre todo su amor incondicional. Se que finalizar esta etapa para ellos es difícil tal como fue venirme a Valdivia a estudiar y ahora comenzar otra etapa de mi vida la que es forma una familia, pero se que ellos siempre estarán conmigo, aunque algunos kilómetros nos separen, sólo puedo decirles: los amo con todo mi corazón.

A *Pedro* por apoyarme, soportarme, aconsejarme, cuidarme y principalmente amarme incondicionalmente durante todo este tiempo. El término de esta etapa es el comienzo de un sueño que hemos anhelado desde hace un par de años el de estar juntos, es por ésto mi amor que desde mi corazón te doy las gracias por todo.

A mí querido profesor *Ricardo Oyarzún*, quien apostó a la realización de esta tesis. A él debo agradecer el camino recorrido, por su ayuda, apoyo y tiempo que dedicó a resolver mis dudas sobre aspectos de mi tesis y finalmente por su amistad. Sólo puedo decirle: gracias, Profe.

A mí querida profesora *Karin*, quien dedico horas de su tiempo para ayudarme en mi tesis, por su amistad y apoyo en todo momento.

A *Claudita*, que me dio fortaleza y convicción, que hizo de la ilusión un resplandor.

A mis amigos *Carolina, Marcela, Ivan, Marcia y Joel*, por brindarme su amistad, apoyo, ayuda y sobre todo por que de ustedes aprendí mucho.

A las sugerencias y recomendaciones entregadas por la profesora *Carin*, quién lamentablemente no pudo finalizar este camino de mí tesis por problemas de salud, pero se que espiritualmente está.

A *Janita y señora Ruth*, del Instituto de Salud Pública por su colaboración incondicional en todo lo que necesitaba.

Finalmente mi *abuelita*, a quien dedico está tesis, que dio luz a esta tesis, mi cruz del sur en el norte, ella desde el cielo me guió para poder finalizar esta etapa de mi vida. Doy fé que ella seguirá cuidándome en este comienzo de nuevas etapas de mi vida. Todo es un ciclo en esta vida ella me cuidó cuando nací y fue mi segunda mamá, luego cuando ella enfermó me correspondió cuidarla junto a mi madre hasta cuando ella falleció....han pasado los años y aún la extraño, pero mi consuelo es que ella es mi *angelito de la guarda.....*

***“...A todos ustedes muchísimas gracias de todo corazón...”***

## INDICE

RESUMEN.....	5
SUMMARY.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	17
3.1 INSTRUMENTOS.....	17
3.2 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
3.3 MÉTODO.....	25
3.4 MUESTRA.....	25
4. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	27
5. CONCLUSIONES.....	53
6. PROYECCIONES DEL ESTUDIO.....	56
7. LITERATURA CITADA.....	57
8. ANEXOS 1-2-3.....	62
ANEXO 1.1.....	62
ANEXO 1.2.....	71
ANEXO 1.3.....	80
ANEXO 2.....	88
ANEXO 3.....	94

## **RESUMEN**

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos que provoca mayor impacto en la sociedad de hoy en día. En Chile en la actualidad se calcula que el 11,4% de los habitantes del país corresponde a adultos mayores, cifra que aumentará significativamente en el futuro.

Vivir más años no es una meta en sí misma, lo fundamental es que los adultos mayores puedan disfrutar de una vejez saludable. Es por ello que los medicamentos constituyen un pilar fundamental en el sistema de salud. El problema es que este mismo acceso a los medicamentos lleva a la existencia de la automedicación, ésto inducido principalmente por la falta de cultura hacia los medicamentos, la necesidad de aliviar síntomas y patologías en forma rápida, entre otros factores. Otra alternativa de curación para los adultos mayores es la medicación basada en plantas medicinales, debido principalmente a fuertes patrones sociales.

El estudio realizado se basó en las informaciones entregadas por hombres y mujeres de la tercera edad inscritos en el CESFAM Gil de Castro, siendo el objetivo indagar la realidad de la automedicación alopática en dichas personas mediante medicamentos de origen sintético y natural, ambos en concentraciones farmacológicas. Para la recolección de datos se utilizaron tres instrumentos, dos de los cuales fueron fabricados exclusivamente para esta investigación.

## **SUMMARY**

The aging of the population is one of the phenomenons that arouses most impact in society at present times. In Chile it has been currently calculated that 11,4% of the population belongs to the senior adult group, a number that should grow remarkably in the future.

To live more years is not an aim in itself, what is important is that the senior citizens can enjoy a healthy old age. That is why medical drugs constitute a basic support for the Health System. The problem is that this approach to drugs conveys the existence of self-prescription, induced mostly by the lack of an education of drug management, and the need to relieve symptoms and pathologies quickly, and other reasons. Another alternative towards health improvement for senior adults is the medication based on medicinal plants, due mostly to strong social patterns.

This study was founded on the information delivered by men and women of the senior adult age enrolled in the "CESFAM Gil de Castro" (family health centre), with a study aim of searching the reality of allopathic self-prescription in these people by means of medicines of synthetic and natural origin, both in concentrations pharmacology's. For the evaluation of this study we used three tools, two of them were prepared specially for this research.

## 1. INTRODUCCIÓN

El proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población está generando impacto considerable en la sociedad. Según el CENSO realizado en el año 2002, en Chile hay un millón 700 mil personas mayores de 60 años, a los que denominaremos adultos mayores y que corresponden al 11,4% de la población total del país. El INE en el año 2003 informó que en una década la población chilena creció a una tasa del 1,2% anual, en tanto los adultos mayores lo hicieron a una tasa del 2,7%. Al comparar los datos entregados por el MIDEPLAN en los años 1990 y 2003 se observa un aumento de la población de 66 a 75 años y una disminución de la población de 60 a 65 años y de 76 años y más. Respecto al género, la proporción de hombres disminuye a medida que aumenta la edad.

Según el INE de la región de Los Lagos, en el año 2005 la ciudad de Valdivia presenta una población total de adultos mayores de 42.868, la que se desglosa en:

Edad	Nº de adultos mayores	%
<b>60-64 años</b>	12.831	29,9
<b>65-74 años</b>	18.356	42,8
<b>75 años y más</b>	11.681	27,2
<b>Total</b>	42.868	100

El incremento del envejecimiento en la población chilena esta ligada a la baja sostenida de la mortalidad y al aumento de la longevidad, entendida ésta como la

capacidad de sobrevivir de un año a otro. Todo lo anterior es gracias a los progresos en medicina preventiva y curativa, al descubrimiento y mejora de los medicamentos y vacunas y a la adopción de medidas sanitarias, entre otros adelantos (Aguilera, 2002).

Como envejecimiento entendemos el tráfico desde la juventud a la senectud, el que es un proceso fisiológico normal al que están expuestos todos los organismos vivos desde el momento de su concepción (Hoyl, 2004). Los cambios físicos que se van produciendo con el envejecimiento sólo constituyen una parte de la realidad de la vejez, la otra parte corresponde a la concepción de la vejez que aprendemos socialmente y compartimos como miembros de una sociedad. Esta concepción de la vejez se refleja en actitudes y conductas con que se va encontrando la persona a medida que envejece (Bustos, 1998).

Popolia (1987) entrega dos definiciones de actitud basadas en autores de diferentes épocas, una es la de Allport (1955, en Popolia, 1987, 112) quien define actitud como: “un estado mental y neural de disposición, organizado a través de la experiencia que ejerce una influencia directa o dinámica en la reacción del individuo ante todos los objetos y todas las situaciones con que se encuentra relacionado”. Por otro lado, la definición de Zanna (1981, en Popolia, 1987, 118) nos dice que las “actitudes son una manera eficiente de evaluar el mundo. Cuando tenemos que responder a ello, puede guiar el modo en que reaccionamos”. Ambos autores llegan a la misma conclusión, que las actitudes implican expectativas acerca de nuestra propia conducta y de la conducta de los otros y se vinculan con todos los aspectos de la vida social.



Las actitudes, al igual que los valores, son adquiridos como resultado de la incorporación del individuo a los modos y costumbres de una sociedad. Las actitudes actuales de una persona, son el resumen de sus experiencias del pasado. Hoy en día existen diferentes teorías para explicar la formación de actitudes. Una de ellas es la Teoría del Aprendizaje, según la cual aprendemos las actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás y así, al aprender la información nueva, aprendemos los sentimientos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. Otra corresponde a la Teoría de la Consistencia Cognitiva, que nos dice que la incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas, en consecuencia, cambian sus pensamientos o sus acciones con tal de ser coherentes. Por último la Teoría de la Disonancia Cognitiva o Desacuerdo nos entrega dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, ésto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso hemos de hacer algo para disminuir esta discordancia (Myers, 1983).

Todo lo anterior debe relacionarse con las actitudes que aprendemos socialmente durante toda nuestra vida. En el caso del adulto mayor se observan actitudes y conductas más estables, debido a que su estructura cognitiva es más rígida, ya que se basan en la experiencia e influencias que hayan obtenido a lo largo de su vida.

El envejecimiento, como se mencionó anteriormente, no sólo es un fenómeno social sino que también es un hecho fisiológico que se traduce externamente en cambios corporales. Bellani (1998, 1038), define envejecimiento como el “último período de la vida, caracterizado por una declinación global en la competencia fisiológica que

resulta en una falla en la capacidad de adaptación a las demandas del ambiente y culmina con la muerte.” Es así como en la última etapa de nuestras vidas, éste proceso favorece la aparición de enfermedades y por lo tanto se ve favorecido el consumo de medicamentos. En lo que respecta a la morbilidad, esta puede ser aguda o crónica, pudiendo llegar esta última a ser incapacitante. Según este indicador de salud, los adultos mayores pueden presentar hasta tres enfermedades crónicas. De este modo, la morbilidad en este grupo no permite establecer diferencia entre sanos o enfermos, ya que en su gran mayoría, presentarán alguna enfermedad crónica (García, 1998). Un estudio realizado por Peña y Redondo en el año 2003, concluye que el 81% de los adultos mayores consume algún medicamento, siendo el motivo más frecuente de consumo hipertensión arterial (HTA) seguida por artrosis, asma bronquial y diabetes mellitus.

Hoy en día la terapia alopática, es la columna vertebral de la asistencia sanitaria de los adultos mayores. A nivel mundial esta población ostenta el mayor consumo de fármacos. Es así, como en el adulto mayor, la medicina alopática pasa a ser un instrumento que forma parte de la vida cotidiana y que muchas veces constituye el elemento que permite mantener su autovalencia (García, 1998). Está demostrado que los pacientes mayores de 60 años consumen dos a tres veces más medicamentos que el promedio de la población en general (Ritter, 1995). El consumo de fármacos constituye una señal de la prevalencia de patologías, ya que los medicamentos constituyen una herramienta terapéutica esencial en todo acto médico (García, 1998). Pero a la vez pueden convertirse en una peligrosa arma si son mal utilizados, de esto nace el concepto de automedicación, que corresponde a la utilización por parte del

paciente de medicamentos por decisión propia y sin intervención por parte del médico (Mant et al, 1992).

Dentro de las diversas variables que pueden influir en la automedicación está el género. Jorgensen (1993) demostró que las mujeres se automedican más que los hombres, principalmente porque ellas presentan una mayor preocupación por su salud y una mayor incidencia de aparición de enfermedades crónicas. Otras variables que afectan la automedicación son las diferentes fuentes de información que llevan a esta práctica, como los familiares, los amigos o vecinos, quienes aconsejan medicamentos que ellos han usado o les han recomendado obteniendo mejoras en su salud, y los medios de comunicación social, que a través de la propaganda de ciertos productos influyen el consumo de algún tipo de medicamento con el fin de probar nuevas alternativas para curar o aliviar la enfermedad o algún síntoma. El estudio realizado por Pellanea en Argentina en el año 2003, señala que la cantidad de anuncios sobre medicamentos en la televisión argentina ha aumentado, siendo el blanco privilegiado de éstos las mujeres y los adultos mayores. Para despertar el interés de los receptores de esta información, usan estrategias como destacar la efectividad del medicamento, su eficacia en el control de los síntomas, “innovación” y “desarrollo” de estos productos y énfasis en la conveniencia de usarlos. Pero al mismo tiempo, entregan escasa o nula información acerca de los efectos colaterales y del riesgo que representa la automedicación.

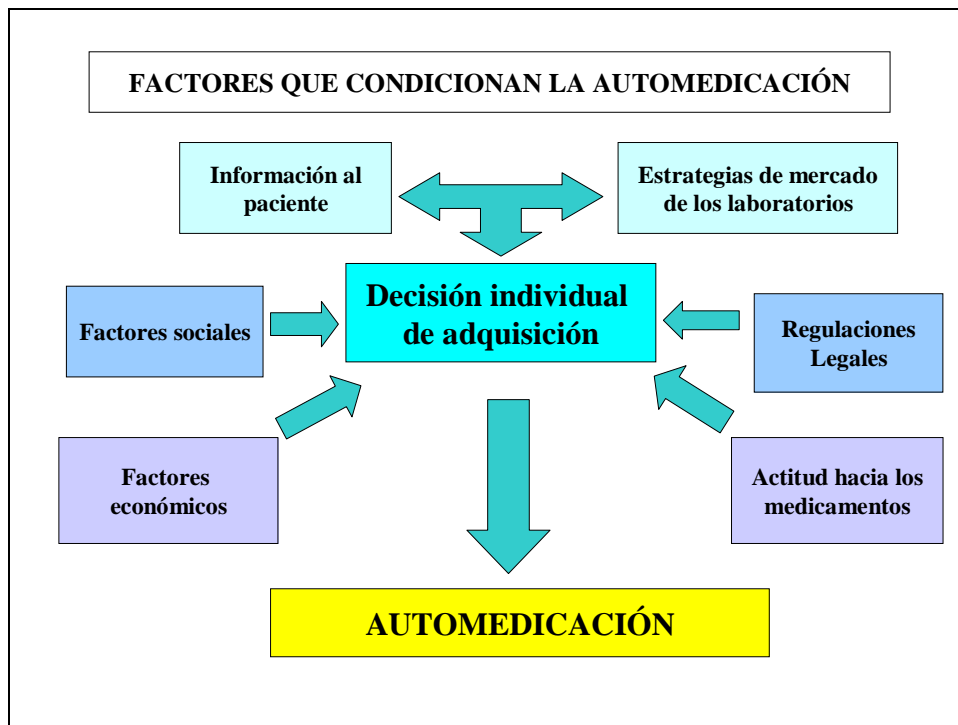
En algunos casos pueden detectarse problemas inherentes al consumo de medicamentos, por lo que su mal uso y efectos iatrogénicos son cada vez más

frecuentes en la población. El adulto mayor se ve más afectado que el resto de la población, ya que sus funciones biológicas se encuentran más deterioradas, esto a causa de su propia vejez o por el hecho de padecer una o más patologías crónicas. Un estudio realizado por Fernández y Díaz en el año 2002 en Cuba, demostró que la tercera parte de los adultos mayores encuestados utilizaban cuatro o más fármacos, en donde la prevalencia de automedicación fue mayor en mujeres que en hombres. Resultados similares fueron obtenidos por Jorgensen en el año 1993, en un estudio realizado en Suecia, el que además mostró una predisposición al abuso en los mayores de 85 años, los cuales tienen más riesgos de reacciones adversas. Asimismo, los adultos mayores que se automedican, en muchos casos lo hacen con más de un fármaco (Peña y Redondo, 2003).

Distintos estudios poblacionales realizados por Jiménez y Lainez (1996) en Europa y Estados Unidos, estiman que entre un 50%-90% de las enfermedades son inicialmente tratadas con medicamentos sin prescripción médica, y sólo un tercio de la población que presenta alguna enfermedad consulta a un médico. Estudios realizados en España sitúan la prevalencia de la automedicación entre un 40% y 75%.

En los países industrializados la automedicación ha aumentado en las últimas décadas, como se observa en la siguiente figura de Cranz (1990), favorecida principalmente por el aumento de medicamentos disponibles sin receta y mejor educación sanitaria, entre otros factores más (Blenkinsopp, 1996).

**Figura 1:** “Factores que condicionan la automedicación”



Pero hoy en día la terapia alopática no es la única alternativa de sanación para el adulto mayor. La terapia basada en medicina herbolaria, que corresponde al uso de plantas medicinales, es otra alternativa. Entenderemos como planta medicinal todo “vegetal que contiene en uno o en más órganos sustancias que pueden ser utilizadas con fines terapéuticos o que son precursores de hemisíntesis químico farmacéutica” (Montes et al, 1992). Las plantas medicinales se utilizan principalmente a la forma de infusiones y decoctos. Las infusiones son la forma más frecuente para obtener los principios activos de las partes blandas del vegetal (flores y hojas) y se obtienen agregando agua hirviendo sobre el material vegetal. Éstas son de uso interno generalmente, aunque también pueden ser usadas de forma externa. Por otro lado, los

decoctos se obtienen agregando agua fría sobre el material vegetal, haciéndolos hervir por algunos minutos, para posteriormente filtrar. Éstos permiten obtener principios activos de las partes duras de la planta (raíces, tallos, corteza, semillas e incluso hojas) y son de uso interno y externo (Hoffmann et al, 1992).

Los adultos mayores mantienen vigente la utilización de las plantas medicinales, debido a que la medicina herbácea esta muy arraigada en la población. Es por ello que aparece como necesidad imperiosa garantizar la inocuidad de su uso y de los medicamentos derivados de ella. Lo anterior no sólo requiere de medidas de control de calidad, sino de educación e información al público surgida de la enseñanza profesional sobre el uso adecuado de las plantas, cuándo es recomendable su uso y cuándo no es conveniente utilizarlas. La desventaja al utilizar las diferentes formas de preparación, es que no conocemos la cantidad de principio activo que se encuentra en una medida determinada; por ejemplo, no hay manera de asegurar que una taza de infusión siempre contendrá los mismos componentes y las mismas cantidades de principio activo (Morales, 1999). A pesar del uso de esta medicina, estudios de Peña y Redondo (2003) en Cuba demuestran que sólo un 16% de los adultos mayores estudiados consume plantas medicinales. Este bajo consumo de plantas medicinales podría estar determinado por el hecho de que estos no representan aún una alternativa eficaz para el tratamiento de la mayoría de las enfermedades que ellos padecen.

En el año 1993, Araneda y Rivera realizan un estudio en Chillán con el propósito de conocer características de automedicación en adultos mayores chilenos, factores relacionados a ella e identificar tipos de medicina que ellos utilizan. De este estudio se

obtiene que el 25% de los adultos mayores se automedican, no demostrándose una asociación estadísticamente significativa entre automedicación y característica demográfica, de salud y obtención de medicamentos. Una alta proporción de los adultos mayores que se automedica, utiliza preferentemente fármacos de administración oral, favoreciendo la medicina alopática para solucionar sus problemas de salud.

Todo lo anterior nos lleva a plantearnos que la automedicación en sí representa un problema complejo, que puede verse afectada por variables como la educación, el género, las costumbres y las actitudes, el estado de salud y los medios de comunicación social, entre otros. Por lo tanto, en esta investigación se propuso estudiar, el perfil de salud de los adultos mayores de la ciudad de Valdivia pertenecientes al Centro de Atención Familiar Gil de Castro, la prevalencia de la automedicación alopática y en base a plantas medicinales y su actitud frente a ellas, caracterizar a los adultos mayores que se automedican a base de plantas medicinales y finalmente, determinar la influencia de diversas variables sobre la automedicación alopática.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

§ Describir el perfil de salud de los adultos mayores atendidos en el CESFAM Gil de Castro de Valdivia y caracterizar la medicación alopática, la automedicación alopática y basada en plantas medicinales, con respecto a la prevalencia, actitudes y otros factores condicionantes.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- § Determinar el perfil de salud de los adultos mayores.
- § Determinar la prevalencia de la automedicación alopática y basada en plantas medicinales en los adultos mayores.
- § Caracterizar a los adultos mayores que se automedican a base de plantas medicinales.
- § Determinar las actitudes del adulto mayor frente a la medicación alopática.
- § Determinar las actitudes del adulto mayor frente a la automedicación alopática y a base de plantas medicinales.
- § Determinar actitudes del adulto mayor frente a las diferentes fuentes de información sobre medicamentos.
- § Determinar la influencia de acuerdo al género, edad, nivel socioeconómico, lugar de origen, composición de la familia, escolaridad, tipo de patología, auto valencia y fuentes de información sobre la automedicación alopática.



### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1. Instrumentos**

Para este estudio se utilizaron tres instrumentos de recolección de datos. Uno de ellos se encontraba validado, mientras que los otros dos fueron validados como parte del trabajo de investigación.

El primero de ellos se denominó Cuestionario de respuesta abierta y cerrada (Anexo 1.1), estando compuesto por diversos ítems que tenían como objetivo recoger información acerca de la población en estudio. Los datos obtenidos a partir de este cuestionario nos entregaron información acerca de la prevalencia de la automedicación en este grupo etario, su estado sociodemográfico y perfil de salud. La construcción de este cuestionario se basó en el planteamiento de Ander (1983), que nos dice que un cuestionario es un instrumento de investigación de recopilación de datos, rigurosamente estandarizado, que traduce y operacionaliza determinados problemas que son objeto de investigación. Esta operacionalización se realiza mediante la formulación escrita de una serie de preguntas que, respondidas por los sujetos de la encuesta, permiten estudiar el hecho propuesto en la investigación o verificar hipótesis formuladas. El que sea estandarizado, nos dice que el mismo modelo es empleado para obtener la información de todos los participantes en el estudio, con la misma formulación de las preguntas y en el mismo orden. Además es un proceso estructurado, esto quiere decir que a todos los

participantes se les formulan las mismas preguntas, de la misma forma y en la misma secuencia. Su finalidad es poder comparar el máximo de la información recogida.

Al referirse a los cuestionarios se pueden distinguir dos tipos y modalidades. El primer tipo está conformado por el Cuestionario de respuesta indirecta y cuestionarios de respuesta directa, los que se distinguen según la forma de obtener las respuestas, ya sea directa o indirectamente. Los cuestionarios de respuesta indirecta, son los utilizados en las entrevistas estructuradas y necesitan del entrevistador. Los cuestionarios de respuesta directa, más conocidos como “cuestionarios postales” o “enviados por correos”, son respondidos directamente por la persona o grupo interrogado. También corresponde a esta categoría el cuestionario por grupo o de redacción colectiva (Ander, 1983). El segundo tipo corresponde a los Cuestionarios pre-codificados y Cuestionarios post-codificados, en donde se hace una distinción entre los diferentes tipos de cuestionarios teniendo en cuenta las diferentes formas de estructurar las preguntas en relación con la codificación de las respuestas. Se denomina cuestionario pre-codificado a aquel cuyas preguntas están formuladas de tal manera que sólo exigen elegir respuesta preestablecidas, de acuerdo con el código que se ha escogido. La elección puede efectuarse mediante una señal (cruz o tilde) en el lugar reservado para tal efecto. Por lo general, el cuestionario pre-codificado utiliza preguntas cerradas o preguntas en abanico con alternativas múltiples. Por otra parte, el cuestionario post-codificado es aquel cuyas respuestas están formuladas libremente con las palabras y términos del sujeto encuestado. Este último tipo de cuestionario se elabora siempre con preguntas abiertas (Ander, 1983).

Respecto a los tipos de preguntas, existen dos tipos, las preguntas abiertas y las cerradas. En las preguntas abiertas las respuestas no son preestablecidas, sino que cada entrevistado contesta con sus propias palabras; por el contrario, las preguntas cerradas se refieren a aquellas en las que se especifican de antemano las posibles respuestas alternativas. Las preguntas cerradas son más fáciles de aplicar, tabular y analizar, los datos son más precisos y uniformes, a la vez es más eficiente. Pero este tipo de preguntas también tienen sus inconvenientes, ya que son más difíciles de elaborar. La principal dificultad es considerar todas las posibles alternativas en términos correctos para todos los participantes, otra desventaja es que permiten sólo un número limitado de opciones (Pallas, 1995).

La validación del cuestionario de respuesta abierta y cerrada se realizó a través de un pre-cuestionario, el que fue aplicado de manera previa a un grupo de adultos mayores con similares características a los pertenecientes a la muestra y se analizó lo obtenido para constatar si los resultados satisfacían los requerimientos deseados. El objetivo de esta etapa fue verificar la pertinencia de las preguntas, el grado de comprensión y discriminación de los ítems.

Con el propósito de entregarle una mayor validez de contenido y de construcción al instrumento, este fue sometido a revisión de cuatro expertos: dos antropólogos y dos farmacéuticas, todos docentes de la Universidad Austral de Chile.

Como resultado de las observaciones y recomendaciones de estos expertos, el instrumento de investigación fue revisado y posteriormente se incorporaron las modificaciones sugeridas.

El segundo instrumento utilizado en esta investigación se denominó Cuestionario tipo Lickert (Anexo 1.2), el que estaba compuesto por 44 juicios. Estos juicios tenían como objetivo recoger las actitudes del adulto mayor frente a la medicina alopática, información entregada por el médico, automedicación alopática, automedicación con plantas medicinales, publicidad escrita sobre medicamentos, mensajes televisivos y radiales sobre automedicación, consejos de amistades o conocidos y hacia los consejos de los profesionales de la salud.

Para el desarrollo de este cuestionario nos basamos en el método desarrollado por Renis Lickert a principios de los años treinta, el que aún es considerado vigente y se encuentra bastante popularizado. Este tipo de cuestionario consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se administra. Es decir, se presenta cada afirmación o juicio y se pide al sujeto que demuestre su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala, asignándole a cada uno de ellos un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a cada juicio y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones (Hernández, 1991).

Las afirmaciones pueden tener dirección favorable o positiva y desfavorable o negativa. Esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuesta. En nuestro caso la codificación utilizada fue la siguiente:

Codificación: 1= Muy en desacuerdo

2= En desacuerdo

3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

4= De acuerdo

5= Muy de acuerdo

Si la afirmación es positiva significa que califica favorablemente al objeto de actitud, y mientras más de acuerdo los sujetos estén con la afirmación, su actitud es más favorable. Las puntuaciones de las escalas Lickert se obtienen sumando los valores obtenidos respecto de cada afirmación o juicio. Una puntuación se considera alta o baja según el número de ítems o afirmaciones (Hernández, 1991).

En la escala de Lickert podemos calcular el puntaje promedio obtenido en la escala mediante la fórmula  $Pt / n$ , donde Pt es la puntuación total y n es el número de afirmaciones. Entonces, la puntuación obtenida se analiza en una escala de 1 a 5.

Para el análisis de este cuestionario, se agruparon las afirmaciones de acuerdo a las variables en estudio, obteniéndose un puntaje promedio para cada grupo de afirmaciones. Aquellos individuos que obtuvieron un puntaje promedio igual o superior a 2,5 fueron considerados con actitud favorable hacia la variable en estudio. Mientras que los individuos con puntuación inferior a 2,5 se consideraron con actitud desfavorable frente a la variable.

La validación del cuestionario tipo Lickert se realizó a través de una aplicación previa a un grupo de adultos mayores con similares características a los pertenecientes

a la muestra y se analizó lo obtenido para constatar si los resultados satisfacían los requerimientos deseados. El objetivo de esta etapa fue verificar la pertinencia de los juicios, el grado de comprensión y discriminación de los ítems.

Con el propósito de entregarle una mayor validez de contenido y de construcción al instrumento, este fue sometido a revisión, al igual que el cuestionario anterior, de cuatro expertos: dos antropólogos y dos farmacéuticas, todos docentes de la Universidad Austral de Chile.

Como resultado de las observaciones y recomendaciones de estos expertos, el instrumento de investigación fue revisado y posteriormente se incorporaron las modificaciones sugeridas.

El tercer instrumento utilizado en esta investigación corresponde al cuestionario denominado “Evaluación Funcional del Adulto Mayor” (EFAM), el cual es aplicado en los Centros de Salud Familiar (CESFAM), bajo la responsabilidad de un profesional de la salud, como por ejemplo médico o enfermera.

Este cuestionario es capaz de discriminar si el adulto mayor es dependiente o autovalente, pudiendo ser autovalente con riesgo o autovalente sin riesgo. El estado del adulto mayor se relaciona con la puntuación que obtenga en este cuestionario.

Este cuestionario fue desarrollado basándose en las recomendaciones que hacen en el año 1970 la OMS Y OPS acerca del uso de la autonomía o estado de salud funcional como el indicador más representativo del estado de salud de los adultos

mayores, medida que llevó a este organismo a revisar y formular una serie de acciones.

El informe Técnico N° 779 de 1989, formula las áreas a considerar en la evolución del estado de salud funcional en un adulto mayor. Estas son:

1. Actividades de la vida diaria en movilidad, trabajos instrumentales que le permiten ser miembro funcional de la sociedad, incluyendo la realización de las tareas domésticas y desempeño de funciones físicas básicas de atención personal.
2. Funcionalidad relacionada con la salud mental. Esta incluye funcionalidad cognitiva y presencia de síntomas psiquiátricos.
3. Funcionalidad psicosocial o bienestar emocional en los aspectos sociales y culturales.
4. Funcionalidad en relación a la salud física. Esta incluye condiciones de salud en su percepción personal, síntomas físicos y condiciones diagnosticadas, utilización de servicios de salud y niveles de actividad y medición de la incapacidad.
5. Recursos sociales. Entre otros: accesibilidad a la familia, amigos y comunidad familiar y disponibilidad de estos recursos cuando los necesite.
6. Recursos económicos. Estos, por regla general, se evalúan comparándolos con un factor externo como puede ser un determinado nivel de pobreza.

7. Recursos ambientales. Estos consideran: vivienda adecuada y al alcance de los medios económicos y ubicación de la vivienda respecto al transporte, centro de compras y servicios públicos.

Al aplicar estos criterios al estado de salud de los adultos mayores, la evidencia demuestra que estos pueden ser funcionalmente sanos o bien tener una condición de salud alterada. Esta última será expresada como una deficiencia, incapacidad o dependencia (OMS, 1989).

El cuestionario “Evaluación Funcional del Adulto Mayor” se encuentra validado por el Ministerio de Salud. Este instrumento, al igual que los anteriores, fue aplicado de manera previa a un grupo de adultos mayores con similares características a los pertenecientes a la muestra con la finalidad de que estos se familiarizaran con la aplicación de este.

### **3.2 Recolección de datos**

La aplicación de los instrumentos se realizó en dos sesiones y estuvo a cargo de alumnos de Química y Farmacia y Enfermería. A los alumnos se les entregaron instrucciones en forma oral y escrita para la óptima completación del cuestionario. Los alumnos aplicaron en la primera sesión el cuestionario de respuesta abierta y cerrada y el cuestionario tipo Lickert. Luego, en una segunda sesión, aplicaron el test de autovalencia.



En cada sesión se dio a los informantes todo el tiempo que ellos estimaran necesario para la completación del cuestionario.

### **3.3 Método**

La presente investigación es de carácter descriptivo. Se asume una complementariedad metodológica que incorpora la perspectiva cuantitativa y cualitativa que permite no sólo una mirada amplia del problema, sino que además profundizar para entregar herramientas de intervención.

### **3.4 Muestra**

La selección de la muestra fue de tipo aleatoria sistemática de la población de adultos mayores bajo control en el Centro de Atención Familiar Gil de Castro y que se encuentren en condiciones de auto valencia mental.

Para la determinación del tamaño de la muestra, se utilizaron datos entregados por el Centro de Atención Familiar Gil de Castro de Valdivia, en donde a partir de una población de 6.513 adultos mayores validados para el año 2004, se tomó una muestra de 136 personas. Para ello se asumió un nivel de confianza de un 99%, una precisión del 10% y una varianza estimada de un 0,21.

La población elegible mayor de 60 años estaba compuesta por 77 mujeres y 59 hombres, obteniéndose una media de edad de 74 años. De estos 126 participaron en el

estudio, lo que corresponde al 93%. Se excluyeron 10 adultos mayores, equivalentes al 7% de la población. De estos 10, cinco se encontraban fallecidos, cuatro eran interdictos y uno rechazó participar en el estudio.

#### **4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Los datos cuantitativos se analizaron de acuerdo a técnicas estadísticas descriptivas. Los datos cualitativos se analizaron de acuerdo a técnicas de análisis de contenido por intensidad.

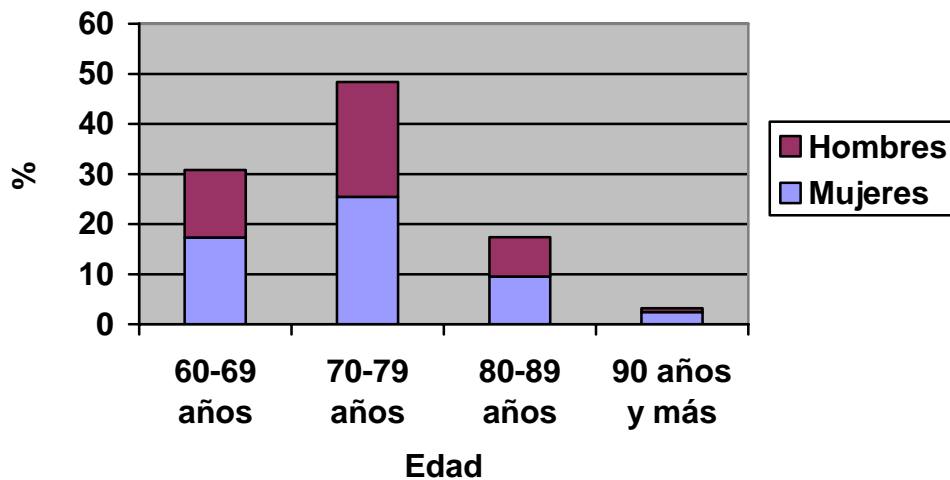
Es así, como los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos se sometieron a un análisis estadístico, a través del programa EPI INFO versión 3.01, año 2003.

Las medidas de posición y dispersión utilizadas en el estudio fueron: media aritmética y desviación standard.

También se calculó el coeficiente de contingencia. Al presentar las variables cuantitativas en más de dos categorías se utiliza este coeficiente para medir el grado de dependencia entre ellas y determinar el grado de asociación entre estas dos variables. El coeficiente de contingencia (C) toma valores entre 0 y 1. Valores próximos a 0 indican no asociación entre las variables y valores próximos al coeficiente máximo (que siempre será inferior a 1), indica una fuerte asociación. Para discriminar si existe o no algún grado de asociación entre las variables, se determinó una escala de valores: entre 0 y 0,49 significa que no existe asociación entre las variables y entre 0,5 y 1 significa que si existe asociación entre ellas.

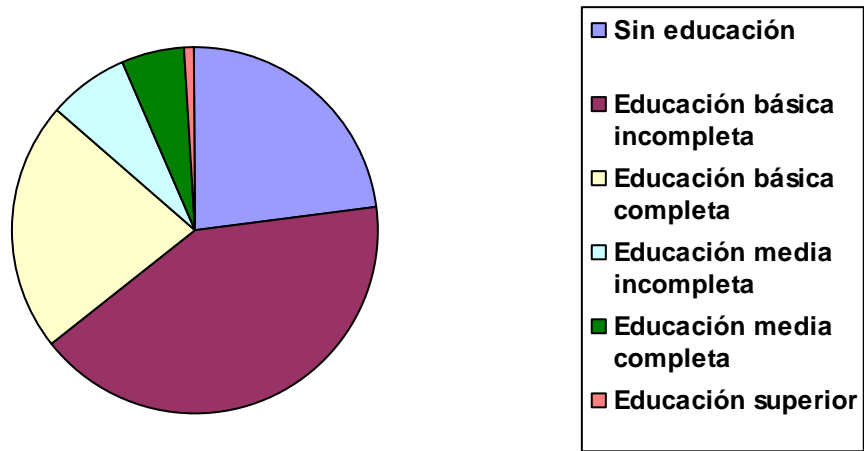
De la muestra seleccionada de adultos mayores inscritos en los programas del CESFAM Gil de Castro en el año 2004, se obtuvieron los siguientes resultados sociodemográficos:

**Gráfico 1:** “Distribución de los adultos mayores de acuerdo al sexo y edad”.



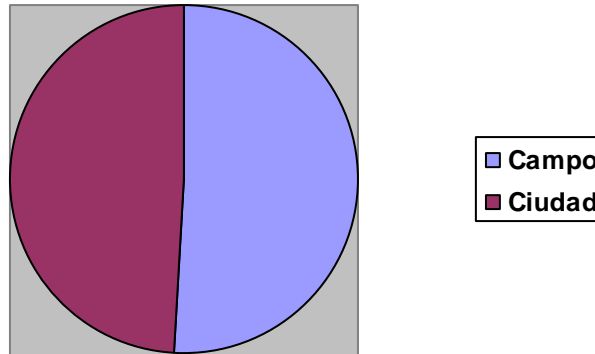
De este gráfico se desprende que un 30,9% de los adultos mayores tiene entre 60 a 69 años de edad, predominando las mujeres en un 56,3% y un 43,7% hombres, un 48,4% entre los intervalos de 70 a 79 años, de los cuales eran mujeres un 52,4% y un 47,6% hombres, también en este intervalo de edad se represento a la mayor cantidad de adultos mayores estudiados. Un 17,5% de los adultos mayores tiene entre 80 a 89 años, de los cuales eran mujeres un 54,5% y un 45,5% hombres. Un 3,2% de esta población tiene 90 años y más, donde un 75% eran mujeres y un 25% hombres.

**Gráfico 2:** “Distribución de los adultos mayores según escolaridad”.



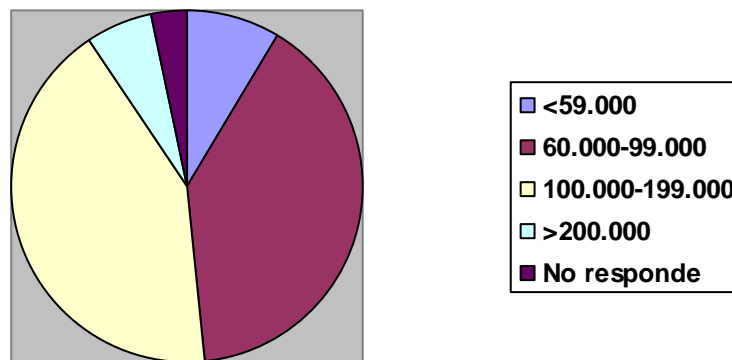
Con respecto a la escolaridad, del gráfico anterior se desprende que un 23% de los adultos mayores no posee escolaridad, aunque todos ellos manifestaron saber leer y escribir. Asimismo, un 41,3% posee estudios de enseñanza básica incompleta y un 22,2% de los adultos mayores cursó enseñanza básica completa; un 5,6% posee estudios de enseñanza media incompleta y un 7,1% enseñanza media completa. Sólo un 0,8% de los adultos mayores presentaron un nivel educacional superior.

**Gráfico 3:** “Distribución de los adultos mayores según lugar de origen”.



De éste gráfico se desprende que un 50,8% de los adultos mayores estudiados provienen de sectores rurales y un 49,2% provienen de sectores urbanos.

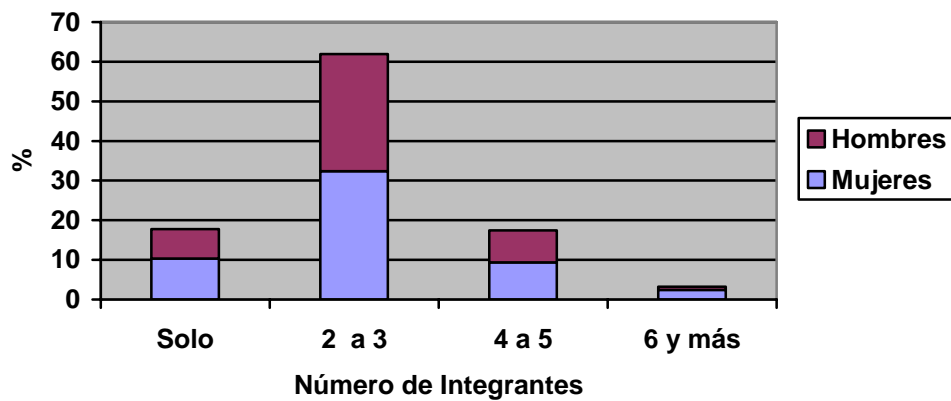
**Gráfico 4:** “Distribución de los adultos mayores según ingreso per capita familiar”.



Con respecto al ingreso per capita familiar se observó que un 8,7% de los adultos mayores presenta un ingreso per cápita familiar menor a 59.000 pesos, un 39,7% entre 60.000 a 99.000 pesos, un 42,1% entre 100.000 a 199.000 pesos y sólo un 6,3%

presentó un ingreso mayor a 200.000 pesos. De los adultos mayores estudiados un 3,2% no respondió a la pregunta planteada.

**Gráfico 5:** “Distribución de los adultos mayores según género y número de integrantes del grupo familiar”.



Del gráfico 5 se desprende que de los adultos mayores estudiados un 17,5% vive solo, predominando las mujeres con un 59% y un 41% los hombres, un 61,9% vive con dos a tres personas, de los cuales un 52,5% eran mujeres y un 65% hombres. Un 17,4% de los adultos mayores menciona vivir con cuatro a cinco personas, donde un 54,5% eran mujeres y un 45,5% eran hombres y sólo un 3,2% de los adultos mayores vive con más de seis personas, de los cuales eran mujeres un 75% y un 25% hombres.

Podemos concluir, a partir del perfil sociodemográfico de los adultos mayores estudiados, que hay una prevalencia de mujeres. Este fenómeno se explica por la sobre mortalidad masculina a temprana edad y la mayor sensibilidad de las mujeres de éste intervalo de edad a adherirse a los programas de salud. El nivel de escolaridad

mayoritario fue enseñanza básica incompleta. No se encontraron diferencias con respecto al lugar de origen. Con respecto al ingreso per capita familiar la mayoría de ellos vive con menos de 199.000 pesos. Por último, los adultos mayores viven preferentemente con un grupo familiar de dos a tres personas.

Con respecto al perfil de salud de los adultos mayores estudiados, en la siguiente tabla se observa la prevalencia de patologías crónicas que ellos padecen.

**Tabla 1:** “Distribución de los adultos mayores según patologías crónicas”.

PATOLOGÍAS	Nº	%
Hipertensión arterial	71	42,1
Diabetes Mellitus	19	11,2
Asma	19	11,2
Otras	40	23,7
Ninguna	20	11,8
Total	169	100

Se obtuvo que la patología crónica predominante es la hipertensión arterial, donde cuarenta de cada cien adultos mayores la presentan. Con respecto a la diabetes y asma, éstas se presentan en diez de cada cien adultos mayores. Con respecto a otras patologías crónicas, las que incluyen artrosis, glaucoma y problemas cardiovasculares entre otras, se presenta en veinte de cada cien adultos mayores. Además, al ser esta una pregunta abierta, 43 adultos mayores informaron que presentaban más de una patología crónica.



La cantidad de medicamentos que consumen se describe en la tabla 2, en donde se observa que principalmente cuarenta de cada cien adultos mayores consumen uno a dos medicamentos y tan sólo un 19% menciona no tomar medicamentos. Sólo uno de cada diez adultos mayores presenta polifarmacia (consume más de cinco medicamentos).

**Tabla 2:** “Distribución de los adultos mayores de acuerdo a la cantidad medicamentos alopáticos que consume”.

CANTIDAD DE MEDICAMENTOS QUE CONSUME	CONSUME MEDICAMENTOS	
	Nº de adultos mayores	%
1-2	54	42,9
3-4	32	25,4
Más de 5	13	10,3
No consume	24	19,0
No responde	3	2,4
Total	126	100

El grado de autovalencia se describe en la tabla 3, clasificándose los adultos mayores en autovalentes sin riesgo, autovalentes con riesgo y dependientes.

**Tabla 3:** “Distribución de los adultos mayores según grado de autovalencia”.

GRADO DE AUTOVALENCIA	Nº	%
Autovalente sin riesgo	42	33,3
Autovalente con riesgo	30	23,8
Dependiente	54	42,9
Total	126	100

Son autovalentes sin riesgo treinta de cada cien adultos mayores y autovalentes con riesgo veinte de cada cien adultos mayores. Los adultos mayores que presentan el grado de dependientes son cuarenta de cada cien adultos mayores.

Respecto al sistema de previsión y como se observa en la tabla 4, uno de cada cien adultos mayores pertenece a FFAA, ochenta de cada cien adultos mayores pertenecen a FONASA (A o B), casi dos de cada cien adultos mayores pertenecen a alguna ISAPRE y veinte de cada cien adultos mayores no cuenta con previsión.

**Tabla 4:** “Distribución de los adultos mayores según sistema de previsión”.

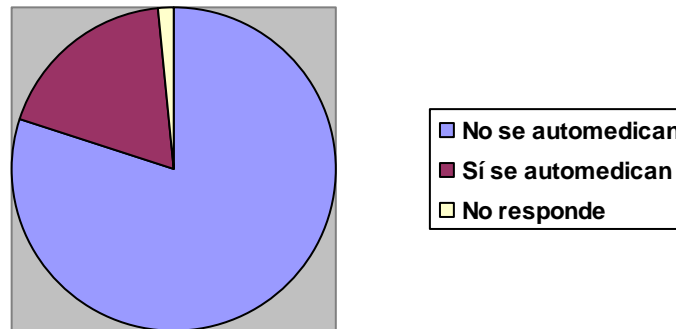
PREVISIÓN	Nº	%
FFAA	1	0,8
FONASA	100	79,4
ISAPRE	2	1,6
Sin previsión	23	18,2
Total	126	100

Con los datos anteriores podemos concluir que la mayoría de los adultos mayores estudiados son hipertensos y que un 78,6% consume medicamentos. Estas cifras se acercan a los valores mostrados por Peña y Redondo en el año 2003, los que concluyen que el 81% de los adultos mayores consume algún medicamento, siendo el motivo más frecuente de consumo hipertensión arterial (HTA) seguida por artrosis, asma bronquial y diabetes mellitus.

Además, los adultos mayores estudiados presentan un grado de dependencia hacia otras personas, lo que se relaciona con los datos sociodemográficos obtenidos, donde la mayor parte de los adultos mayores vive con otras personas. Con respecto al sistema previsional, FONASA es el sistema que presenta mayor demanda en los adultos mayores. Esto concuerda con el ingreso per cápita familiar, donde la mayoría presenta un ingreso menor a 199.000 pesos. Los adultos mayores con este nivel de ingreso clasifican como FONASA A o B, lo que implica que la atención de salud es gratuita.

Al graficar la prevalencia de la automedicación alopática se obtiene lo siguiente:

**Gráfico 6:** “Distribución de los adultos mayores según prevalencia de la automedicación alopática”.



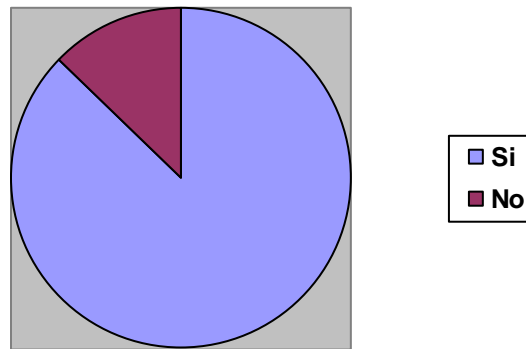
Aquí destaca que la población de adultos mayores que se automedica alopáticamente presenta una prevalencia del 18,2%, en tanto la población de adultos mayores que no se automedica alopáticamente es de un 80,2%. No responden a la pregunta un 1,6% de los adultos mayores.

Los resultados obtenidos del presente estudio se acercan a los obtenidos por Araneda y Rivera en el año 1995, donde se obtiene que el 25% de los adultos mayores se automedican. Esta baja prevalencia de automedicación de los adultos mayores estudiados se debe básicamente a que estos respondieron “...que el automedicarse les puede traer problemas a su salud...”, “... es malo usar medicamentos que el médico no ha recetado...”, “...a todos las personas no les hace bien tomar medicamentos...”. Los adultos mayores por efecto propio del envejecimiento son más vulnerables a sufrir reacciones adversas a medicamentos, además con el paso de los años se produce una serie de cambios fisiológico, lo que implica un mayor riesgo a sufrir estas reacciones

adversas por causa de este deterioro en las funciones vitales del organismo. También esta baja prevalencia de automedicación alopática podría deberse a que los adultos mayores estudiados se encuentran institucionalizados. Entenderemos como adulto mayor institucionalizado aquellos adultos mayores que pertenezcan a algún Centro de Atención Familiar, consultorio o posta, por lo que mayoritariamente consumen medicamentos bajo prescripción médica y directamente relacionados a la patología que padecen. Además, al pertenecer la mayoría a FONASA tipo A o B reciben sus medicamentos gratuitamente, por lo tanto se hace innecesario la compra de medicamentos en la farmacia, lo cual influye directamente sobre el nivel de automedicación que se pueda encontrar.

Con respecto a la prevalencia de la automedicación basado en plantas medicinales se obtuvo el siguiente gráfico:

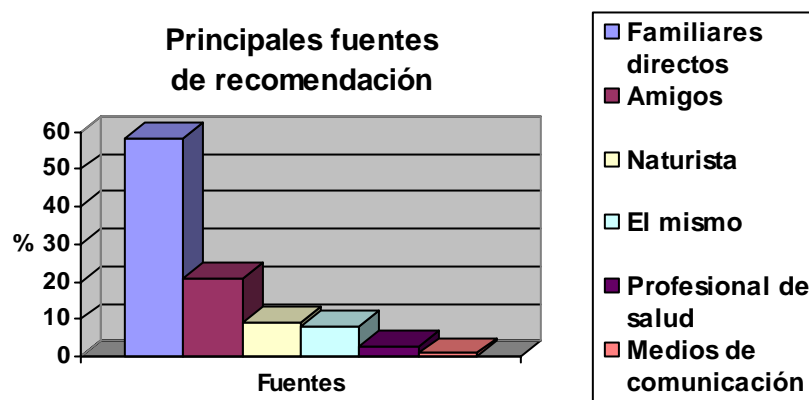
**Gráfico 7:** “Distribución de los adultos mayores según prevalencia de la automedicación a base a plantas medicinales”.



Destaca que la población de adultos mayores que se automedica en base a plantas medicinales presentó una prevalencia de un 87,3%, en tanto la población de adultos mayores que no se automedica en base a plantas medicinales fue de un 12,7%. Los resultados obtenidos en el presente estudio se alejan con los obtenidos por Peña y Redondo (2003) los cuales demuestran que sólo un 16% de los adultos mayores estudiados consume plantas medicinales. El alto consumo de la población estudiada estaría determinado por el hecho de que estas representan una alternativa eficaz para el tratamiento de los síntomas que ellos padecen.

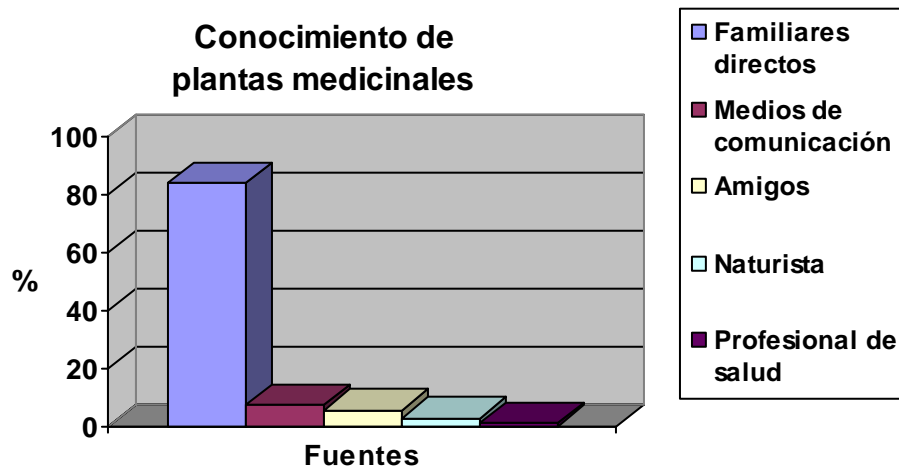
Para determinar las características que presentan los adultos mayores que se automedican en base de plantas medicinales se analizaron algunas preguntas del cuestionario de respuesta abierta y cerrada (anexo 1.1).

**Gráfico 8:** “Distribución de los adultos mayores según fuentes de recomendación de plantas medicinales”.



Para los adultos mayores la principal fuente de recomendación con respecto al uso de plantas medicinales, con un 58,2%, son los familiares directos, entendiendo como familiar directo a los padres, abuelos, esposo(a), hijos y nietos. La segunda fuente de recomendación de estos productos corresponde a los amigos, vecinos o conocidos con un 20,9%. En menor porcentaje aparecen otras fuentes de recomendación como los naturistas, yerbateros, meicas y machis con un 9,2%. Un porcentaje de adultos mayores inferior al anterior (8,1%) dice haberse recomendado a si mismo la planta medicinal a utilizar. Con respecto a los profesionales de salud como fuentes de recomendación, estos aparecen en un 2,7% de los casos. Finalmente, el medio de comunicación escrito y audiovisual se presenta en un 0,9%.

**Gráfico 9:** “Distribución de los adultos mayores según conocimiento de plantas medicinales”.

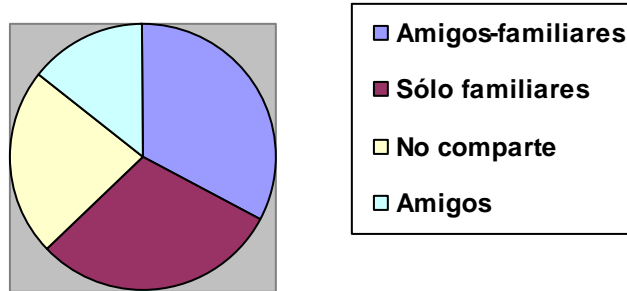


Al consultar acerca del conocimiento de las plantas medicinales que tienen los adultos mayores estudiados, un 83,6% de ellos refiere haberlo adquirido a través de sus familiares directos, de preferencia a partir de su madre y su abuela (Gráfico 9). Un porcentaje mucho menor refiere haber adquirido esta información a partir de los medios de comunicación escrito y audiovisual (7,3%). Los amigos, vecinos y conocidos son fuente de información para el 5,5% de los adultos mayores estudiados; los naturistas, yerbateros, machis y meicas para el 2,7% y los profesionales de la salud para el 0,9% de ellos.

Al consultarle a los adultos mayores con quienes comparte este conocimiento y si lo aplica con otras personas, estos responden que lo comparten con sus familiares, amigos, vecinos y conocidos en un 32,8%, sólo con sus familiares en un 30%, un 22,7% de los adultos mayores no comparte sus conocimientos y un 14,5% de ellos lo comparte con amigos, vecinos y conocidos (Gráfico 10).



**Gráfico 10:** “Distribución de los adultos mayores con respecto a la trasmisión de información sobre plantas medicinales”.



Frente a la pregunta “¿Por qué cree usted que el uso de plantas medicinales ha perdurado en el tiempo?” se obtuvieron las siguientes respuestas, las que se encuentran en la siguiente tabla.

**Tabla 5:** “¿Por qué cree usted que el uso de plantas medicinales ha perdurado en el tiempo?”.

Respuesta	Nº	%
“hacen bien”	20	18,3
“tradición popular”	16	14,5
“hacen bien y sanan”	16	14,5
“no hay recursos económicos para comprar otra cosa”	14	12,8
“los remedios se hacen de las plantas”	13	11,8
“son mas sanos y sin efectos malos como los remedios”	12	10,9
“ porque sanan”	7	6,4
“lo usaban los antepasados”	5	4,5
“por la Fe que le tiene la gente”	4	3,6
“ son mejores que los remedios”	3	2,7
Total	110	100

Se observa que veinte de cada cien adultos mayores cree que el uso de plantas medicinales a perdurado en el tiempo porque “hacen bien”, diez de cada cien adultos mayores cree que este conocimiento a perdura porque es “tradición popular”, “hacen bien”, “no hay recursos económicos para comprar otra cosa”, “los remedios se hacen de las plantas”, “son más sanos y sin efectos malos como los remedios”; seis de cada cien adultos mayores cree que “porque sanan”; cinco de cada cien adultos mayores cree que “porque lo usaban los antepasados”; cuatro de cada cien adultos mayores cree “por la Fe que le tiene la gente” y tres de cada cien adultos mayores cree que “son mejores que los medicamentos”.

Por lo tanto, para los adultos mayores encuestados serían factores sociales y culturales los que permitirían que la medicina basada en plantas medicinales perdure en el tiempo.

Para determinar la actitud del adulto mayor frente a las distintas variables en estudio se calculó el valor de la media, basándose en la puntuación dada a cada juicio del cuestionario tipo Lickert. Si la media obtenida es 2,5 o superior, se considera que el adulto mayor presenta una actitud favorable hacia la variable en estudio, mientras que valores de media inferiores a 2,5 son considerados indicadores de actitud desfavorable hacia la variable en estudio.

Para determinar la actitud que tienen los adultos mayores frente a la medicación alopática se calcula la media de los juicios presentados en la tabla 6.

**Tabla 6:** “Distribución de las respuestas de los adultos mayores de acuerdo a sus actitudes sobre la medicación alopática”.

Juicios	Media	Desviación Standard
Cuando siento dolores por ejemplo: de huesos, rodilla, brazo u otro dolor, los remedios que me entregan en el consultorio me alivian.	3,88	1,09
Siempre que voy al consultorio me dan remedios que me sanan	3,89	1,06
Los remedios que receta el doctor me hacen sentir bien (aliviar)	4,23	0,99
En el consultorio solo a veces me dan remedios que me hacen sentir bien.	2,72	1,34

**Media = 3,88**

**Desviación Standard = 1,12**

A partir de estos juicios se obtiene una media de 3,88, la que nos indica que los adultos mayores presentan una actitud favorable frente a la medicación alopática. Ellos evalúan favorablemente los medicamentos que son entregados en el consultorio, lo que se explica por que los medicamentos que son entregados en el CESFAM se encuentran estrechamente relacionados a las patologías que padecen, que en su mayoría son crónicas, por lo tanto estos medicamentos los ayuda a mantenerse estables.

Con respecto a las actitudes de los adultos mayores frente a la automedicación alopática (tabla 7), se obtuvo una media de 2,42. Este valor nos indica una actitud

desfavorable de los adultos mayores frente a la automedicación alopática, esto refleja que ellos reconocen que el automedicarse es malo para su salud. Esta actitud desfavorable es independiente de la situación económica que tengan.

**Tabla 7:** “Distribución de las respuestas de los adultos mayores de acuerdo a sus actitudes sobre la automedicación alopática”.

Juicios	Media	Desviación Standard
El medicarme con remedios sin prescripción médica es bueno para mi salud	2,19	1,25
Cuando estoy enfermo, también tomo remedios que no me haya recetado el doctor.	2,19	1,51
Los remedios que uso, sin preguntarle al doctor, mejoran mis malestares	2,40	1,35
Yo uso remedios sin prescripción médica, cuando no tengo recursos económicos para ir al doctor.	2,05	1,18
Si yo tuviera recursos económicos, usaría más remedios sin prescripción médica.	1,84	1,21
Es bueno tener un botiquín con remedios en casa.	4,31	1,24

**Media = 2,42**

**Desviación Standard = 1,29**

Sin embargo, llama la atención la actitud favorable que manifiestan los adultos mayores frente al juicio “es bueno mantener un botiquín con remedios en casa”. Esto podría asociarse a automedicación, ya que en la mayoría de los casos en el botiquín se almacenan medicamentos que fueron prescritos por el médico para alguna

enfermedad determinada, los cuales son nuevamente utilizados sin la debida indicación médica.

La actitud de los adultos mayores frente a la automedicación basada en plantas medicinales es favorable (tabla 8), obteniéndose una media de 3,79.

**Tabla 8:** “Distribución de las respuestas de los adultos mayores de acuerdo a sus actitudes sobre la automedicación basada en plantas medicinales”.

Juicios	Media	Desviación Standard
Las agüitas de hierbas son buenas para mi salud.	4,16	1,31
Las hierbitas son mejores que los remedios que me dan en el consultorio.	2,79	1,47
Los remedios naturales no son dañinos para mi salud.	4,31	2,17
Es bueno para mi salud tomar todos los días una agüita de hierbas.	4,36	1,28
Después de las comidas pesadas, me tomo una agüita de hierbas, para el estomago.	4,03	1,31
Siempre que estoy enfermo tomo agüitas de hierbas	3,83	1,49
Siempre tengo hierbitas en mi casa.	4,25	1,27
Es bueno tener hierbitas en la casa.	4,36	1,18
Cuando mis hijos o mis nietos están enfermos les preparo una agüita de hierbas.	3,96	1,42
Las plantas medicinales no me sanan	4,08	2,32
Cuando estoy enfermo prefiero tomar una agüita de hierbas antes que ir al médico	2,43	1,49

**Media = 3,79**

**Desviación Standard = 1,44**

Ellos reconocen que las plantas medicinales son buenas para la salud y que además ayudan a prevenir malestares ó enfermedades. Además, reconocen que es bueno mantener plantas medicinales en la casa con el fin de utilizarlas ellos y sus familiares cuando sea necesario. Este hecho se explica básicamente por que este tipo de medicación se encuentra más a mano y porque el costo económico que tiene es bajo.

Las actitudes de los adultos mayores hacia las fuentes de información sobre medicamentos y salud se resumen en la tabla 9.

**Tabla 9:** “Distribución de las respuestas de los adultos mayores de acuerdo a sus actitudes sobre fuentes de información de medicamentos y salud”.

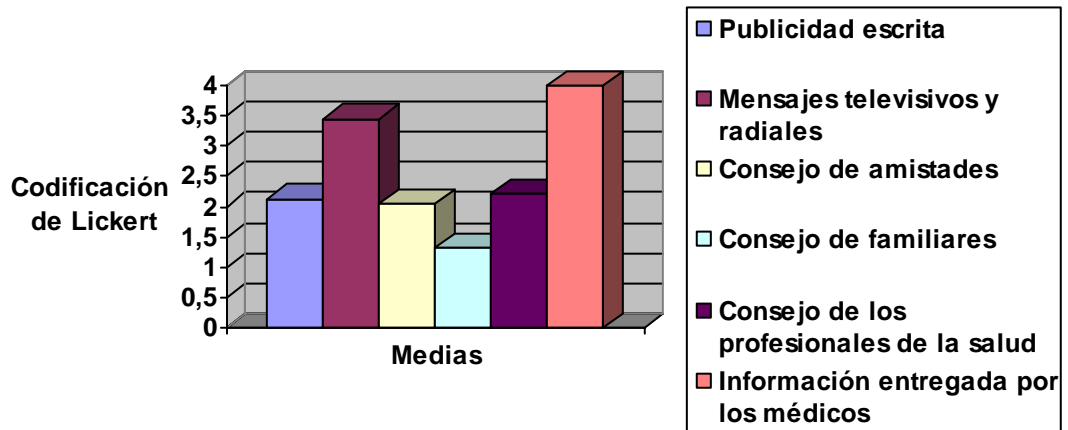
Juicios	Media	Desviación Standard
Leo la publicidad de remedios que aparece en las revistas.	2,41	1,43
Leo la publicidad de remedios que aparece en los diarios.	2,40	1,29
Compro revistas de salud, para ver que remedios puedo tomar.	1,87	1,15
Uso remedios después de leer su publicidad en diarios y revistas.	1,86	0,97
Cuando veo los programas de televisión, siempre veo publicidad de remedios.	2,80	1,17
Cuando veo comerciales de medicamentos en la televisión, pienso que a mí también me harían bien.	3,11	1,09
En la televisión debieran hacer programas de medicamentos más seguidos.	3,48	1,18
En la radio debieran hacer programas de medicamentos más seguidos.	3,50	1,25
En la radio debieran hacer programas de remedios dedicados especialmente para nosotros (adultos mayores).	3,95	1,24
La televisión debiera hacer programas de remedios dedicados especialmente para nosotros (adultos mayores).	3,83	1,28

Mis vecinos (as) siempre saben que remedios me pueden mejorar.	2,41	1,26
Cuando me siento enfermo, le pregunto a mí vecino (a) que remedios puedo tomar.	1,80	1,15
Cuando mi vecino (a) se siente enfermo, yo siempre le convido de mis remedios.	2,01	1,40
Los remedios que me recomienda mi vecino(a) me hacen sentir bien	2,03	1,30
Mi esposo(a) me convida de sus medicamentos para que yo me sienta mejor.	1,30	0,53
Mi esposo(a) me dice que remedio tomar cuando me siento enfermo(a)	1,35	0,52
Cuando me siento enfermo me dirijo a la farmacia y pido hablar con el Farmacéutico.	1,90	1,20
Cuando voy a control con la Enfermera en el Consultorio, le pregunto que remedios (medicamento alopático) puedo tomar.	2,43	1,29
Cuando voy a la Farmacia a comprar, me guío por los consejos del vendedor de la farmacia.	2,32	1,59
Cuando voy a la Farmacia a comprar, reconozco quien es el Farmacéutico y quien es el vendedor.	2,17	1,41
El médico del consultorio me explica bien, que remedios tengo que tomar.	4,27	1,15
El médico particular me explica bien, que remedios tengo que tomar	4,13	1,16
El médico del consultorio me receta siempre remedios que me alivian.	3,63	1,68



Al graficar los datos obtenidos en la tabla 9 se obtiene lo siguiente:

**Gráfico 11:** “Distribución de los adultos mayores con respecto a las fuentes de información sobre medicamentos y salud”.



De este gráfico se desprende que los adultos mayores presentan una actitud desfavorable hacia la publicidad escrita en diarios y revistas sobre medicamentos (tabla 9). Con respecto a los mensajes televisivos y radiales sobre medicamentos ellos presentan una actitud favorable hacia éstos. Hacia los consejos de amistades o conocidos sobre medicamentos presentaron una actitud desfavorable y respecto a los consejos de familiares sobre medicamentos se presentó una actitud desfavorable, además estos reconocen no utilizar medicamentos que son utilizados por sus parejas. Con respecto de los consejos de los profesionales de la salud como el Químico Farmacéutico y la Enfermera presentaron actitudes desfavorables. Con respecto a la información entregada por el Médico, los adultos mayores presentaron actitudes favorables hacia esta fuente de información.

Por lo tanto los adultos mayores estudiados presentan actitudes favorables principalmente hacia dos fuentes de información, los medios audiovisuales y los profesionales de salud. La actitud favorable hacia los mensajes televisivos y radiales, se debería a que son medios de comunicación masiva y porque en la mayoría de los hogares existe un televisor y/o radio. La segunda fuente de información de estos temas son los profesionales de salud como el Médico. Esto se explicaría por el alto nivel de credibilidad que presentan estos profesionales de la salud en la población de estudio. Sin embargo, la actitud desfavorable frente al profesional de salud Químico Farmacéutico como fuente de información sobre medicamentos, se explicaría por la falta de conocimiento que estos tienen de éste profesional, ya que los adultos mayores reconocen no saber distinguir entre el Químico Farmacéutico y el vendedor de la farmacia. Para los adultos mayores estudiados la actitud favorable hacia el Médico se explica por que éste, ya sea particular o perteneciente a un servicio público, entrega información comprensible para el paciente adulto mayor.

Como se plantea en los objetivos de esta investigación, se asocian una serie de variables en estudio, como género, edad, nivel socioeconómico, lugar de origen, composición de la familia, escolaridad, tipo de patología, auto valencia y fuentes de información con la automedicación alopática. Mediante la aplicación del coeficiente de contingencia, determinamos si estas variables independientes se asocian estadísticamente a la variable dependiente automedicación.

Los resultados obtenidos (anexo 3) nos indican que no existe asociación entre las siguientes variables y la automedicación: género (C = 0,06), ingreso per capita familiar (C = 0,42), lugar de origen (C = 0,19), grado de autovalencia (0, 12), nivel educacional (C = 0,29), patologías crónicas que padece el adulto mayor (C = 0,12) y por último las fuentes de información (C = 0,08). Con respecto a las variables que sí se asocian con la automedicación, sólo se obtuvieron dos: la edad del adulto mayor (C = 0,53) y el número de integrantes del grupo familiar, incluido el adulto mayor, (C = 0,97),

Por lo tanto, de los resultados obtenidos tenemos que sólo dos factores se asocian a la automedicación alopática: la edad y el número de integrantes del grupo familiar. Respecto a la edad, los intervalos que presentan un mayor consumo de medicamentos fueron los comprendidos entre 70 y 79 años, a diferencia del estudio de Jorgensen quien demostró en el año 1993 una predisposición al abuso en los mayores de 85 años, los cuales tienen más riesgos de reacciones adversas. Esta asociación entre edad y automedicación alopática se explicaría porque a medida que aumenta la edad se incrementan las enfermedades y por consiguiente el consumo de medicamentos alopáticos. A la vez se incrementan las detecciones de enfermedades crónicas, por lo tanto estos buscarán formas de “sanación” con respecto a estas patologías detectadas recurriendo a la automedicación alopática. Respecto al número de integrantes del grupo familiar, este se asocia con la automedicación y se debería a que al vivir el adulto mayor con otras personas se desarrolla con mayor fuerza el instinto de sobreprotección tanto de él como de sus familiares. La mayoría de los adultos mayores menciona que al menos uno de los integrantes del grupo familiar es un familiar directo, ya sea esposo(a) y/o hijos(as).

Respecto a las variables que no se asocian con la automedicación, entre las que se destacan el ingreso per capita familiar, se debería a que más de la mitad de los adultos mayores presenta un per capita familiar menor a 199.000 pesos, lo que quiere decir que el grupo familiar destinaría mayoritariamente sus ingresos a necesidades básicas como luz, agua, alimentación, entre otros gastos prioritarios. En relación con el lugar de origen del adulto mayor se obtuvo que este no se asocia con la automedicación, los cuales concuerdan con los obtenidos por Araneda y Rivera en el año 1995, quienes demostraron que no existe una asociación estadísticamente significativa con la característica demográfica que presentaban los adultos mayores. El género tampoco se asocia con la automedicación, sin embargo estudios realizados por Jorgensen en el año 1993 demuestran que las mujeres se automedican más que los hombres, lo mismo obtuvieron Fernández y Díaz en el año 2002 obtuvieron resultados similares a los de Jorgensen. Respecto a las fuentes de información no se demostró asociación significativa con la automedicación. Sin embargo, los medios de comunicación audiovisuales destacaron como fuentes de información de medicamentos, esto se debería al aumento de programas de salud y publicidad de medicamentos, lo que concuerda con estudios realizados por Pellanea en Argentina en el año 2003, quien señaló que la cantidad de anuncios sobre medicamentos en la televisión argentina ha aumentado, siendo el blanco privilegiado de éstos las mujeres y los adultos mayores.

## **5. CONCLUSIONES**

☞ Los adultos mayores estudiados son pacientes crónicos que presentan una o más patologías crónicas, principalmente hipertensión arterial (HTA) y la mayor parte de éstos consume uno a dos medicamentos. Respecto a su autovalencia, más de un cuarto de la población de adultos mayores estudiados son dependientes. El sistema previsional principal es FONASA.

☞ Un 80,2% de los adultos mayores estudiados consume medicamentos bajo prescripción médica.

☞ Un 18,2% de los adultos mayores estudiados se automedican alopáticamente, siendo la edad y el número de integrantes del grupo familiar factores que se asocian a la automedicación.

☞ Los adultos mayores estudiados se automedican en base a plantas medicinales y el alto consumo de éstas estaría determinado por el hecho de que éstas representan una alternativa eficaz para el tratamiento de los síntomas que ellos padecen.

☞ Para los adultos mayores estudiados la principal fuente de recomendación y conocimiento sobre el uso de plantas medicinales es la familia. Éstos a la vez comparten sus conocimientos principalmente con sus familiares, amigos, vecinos y conocidos. Además, el que perdure el conocimiento de plantas medicinales se debe a factores sociales.

☞ Los adultos mayores estudiados presentaron actitudes favorables hacia los medicamentos alopáticos entregados en el CESFAM Gil de Castro. Esto se explica por que los medicamentos entregados se encuentran estrechamente relacionados con las patologías que padecen, por lo tanto estos medicamentos los ayudan a mantenerse estables, ya que las patologías crónicas no son curables.

☞ Los adultos mayores estudiados presentaron actitudes desfavorables hacia la automedicación alopática.

☞ Los adultos mayores estudiados presentaron actitudes favorables hacia la automedicación basada en plantas medicinales, ya que para ellos es sana, económica y fácil de realizar.

☞ Los adultos mayores estudiados presentaron actitudes favorables a determinadas fuentes de información sobre medicamentos, como la televisión y la radio, los que son medios de comunicación masiva.

☞ Los adultos mayores estudiados no reconocen con claridad al profesional Químico Farmacéutico, esto se explica por la falta de conocimiento por parte de los adultos mayores de quién es el Químico Farmacéutico y cuál es su rol en el sistema de salud.

## **6. PROYECCIONES DEL ESTUDIO**

- 👉 Promover una mayor regulación e información del consumo de medicamentos en nuestro país.
  
- 👉 Promover una mayor información sobre el consumo de medicina basada en plantas medicinales en nuestro país.
  
- 👉 Promover el rol del Químico Farmacéutico en la población de adultos mayores institucionalizados.



## 7. LITERATURA CITADA

Aguilera, G. (2002) Instituto Nacional de Estadísticas (INE): Foro Panel, Desafíos para una Población que envejece", Organizado por el Comité Adulto Mayor, Santiago, Chile.

Ander, E. (1983) Técnicas de investigación social. Ed. McGraw-Hill, México. Pág. 1274.

Araneda, G., Rivera, P. (1995) Características de la automedicación en el adulto mayor, Chillán urbano 1993. *Rev. Theor.*, 4, 25-27.

Bellani, A., Hubert, H. (1998) Health risks and cumulative disability. *New Engl. J. Med.*, 338, 1035-1039.

Benítez Del Rosario, M. A. (1996) Hábitos de prescripción a los ancianos en atención primaria. *Esp. Ger. Geront.*, 31, 5-10.

Blekinsopp A. et al. (1996) Patients, society and the increase in self medication. *NURS Res.*, 43, 44-49.

Bustos, Z. C. (1998) Introducción a la gerontología social. *INTA*, Pág. 58.

Cranz, H. (1990) Over the counter drug. *Journal Soc. Adm. Pharm.*, 5, 120-125.

Fernández, N., Díaz, D. (2002) Polifarmacia en el adulto mayor. *Revista acta médica*, 10, 21-24.

García, G. (1998) Farmacocinética y farmacodinámica en el envejecimiento. *INTA*, pág: 244-246.

Hernández, S., R, Fernández, C., C y Baptista, L., P. (1991) Metodología de la investigación. Ed. McGraw-Hill, México, Pág. 529.

Hoffmann, A., Fraga, C., Lastra, J., Veghazi E. (1992) Plantas medicinales de uso común en Chile. 2ª Ed. Fundación Gay, Chile, Pág.273.

Hoyl, M. T. (2004) Teorías actuales del envejecimiento. *ARS Médica* 8, 36-40.

Jiménez, V. Lainez, M. (1996) Automedicación: riesgo y beneficio. *Boletín terapéutico andaluz*, 12, 31-35.

Jorgensen, T. M. (1993) Prescription drug use among ambulatory elderly in Swedish municipality. *Ann phar*, 9, 1120-1125.

Mant, A. et al. (1992) Over the counter self medication. *Drugs aging*, 4, 257-261

Montes, M. Wilkomisky, T. Valenzuela, L. (1992) Plantas medicinales. Ed. Universidad de Concepción, Concepción. Pág. 207.

Morales, M, A. (1999) Fitofármaco. *Magazine Botika*, 131, 28-31.

Myers, D. G. (1983) Social psychology. Ed. McGraw –Hill, New York, Pág. 845.

OMS (1989) Informes técnicos de comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos nº 779.

OPS y OMS (1970) Informe de comité de expertos de la OMS. Planificación y organización de los Servicios Geriátricos. Serie de informes Técnicos, N° 546.

Pallas, A. (1995) Métodos de investigación aplicados a la atención primaria. Ed. Mosby, Barcelona, Pág. 562.

Pellanea, A. B., Drutman, J. (2003) Publicidad de medicamentos: derecho a la salud o incitación al abuso y a la automedicación. *Boletín fármacos*, 7,35-38.

Peña, M., Redondo, A. (2003) Consumo de medicamentos en ancianos. *Revista cubana medicina interna integral*, 19, 20-27.

Popolia, E. D., Wendesolds, S. (1987) *Psicología: Conducta y actitudes*. Ed. McGraw-Hill, México, Pág. 458.

Ritter, J. M., Lewis, L. D., Mant, G. K. (1995) *Drugs in the elderly. A textbook of clinical pharmacology*. 3ª Ed Ritter, J. M., Lewis, L. D., Mant, G. K., New England, Pág. 266.

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1 : INSTRUMENTOS

#### ANEXO 1.1: CUESTIONARIO

Nº .....

#### I. IDENTIFICACIÓN:

1. Nombre: \_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_

3. Entrevistador: \_\_\_\_\_

4. Sexo            a. Hombre                             b. Mujer

5. Edad en años cumplidos:

6. Previsión: Sin Previsión     FONASA             ISAPRE             FF AA

Primera visita: Fecha: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de término: \_\_\_\_\_

#### I. PRESENTACIÓN:

Somos estudiantes de las Escuelas de Química y Farmacia y Enfermería de la Universidad Austral de Chile y el propósito de nuestra visita es conocer algunos aspectos relacionados con sus opiniones en relación al uso de medicamentos. La información que usted nos proporcione será tratada bajo estricta **confidencialidad** con el fin de proteger la identidad de las personas que como usted nos entreguen su opinión. El Instituto de Salud Pública y el Instituto de Farmacia agradecen desde ya su valiosa participación.

## II. ASPECTOS GENERALES:

1. ¿Dónde vivió usted la mayor parte de su vida hasta los 15 años de edad?

1	Campo	
2	Ciudad	

Cantidad de años vividos:

2. ¿Durante ese tiempo con quien vivía usted?

1. Padre
2. Madre
3. Hermanos
4. Abuela
5. Abuelo
6. Tíos
7. Otros: (anotar): .....

3. Y en la actualidad, dígame usted quienes viven en su casa. Mencióneme las personas de mayor a menor edad. La o el informante debe ser el primero a registrar.

Nombre	Relación	Estado civil	Edad	Escolaridad	Ocupación
1 Informante					

Relación		Estado civil		Educación		Ocupación	
1	Esposo(a)	1	Casada(o)	1	Sin educación	1	Jubilado(a)
2	Hijo (a)	2	Viuda(o) /sin pareja	2	Educación básica o primaria completa	2	Montepiada
3	Nieto (a)	3	Viuda(o) /con pareja	3	Educación básica o primaria incompleta	3	Pensión asistencial
4	Otro familiar	4	Separada(o) vive sin pareja	4	Enseñanza media o secundaria, industrial, comercial, técnica o normal completa.	4	Pensión de invalidez
		5	Separada(o) vive con pareja	5	Enseñanza media o secundaria, industrial, comercial, técnica o normal incompleta	5	Pensión de orfandad
		6	Soltera(o)	6	Educación superior completa	6	<b>Otra.</b>

Si tiene *Otra Ocupación*, especifique cual: .....

4. Ahora, pensemos en dinero. ¿Puede calcular cuánto es el ingreso familiar? Considere todos los ingresos de todos quienes reciben algún sueldo o salario en su casa.

\$ .....

5. Y de esos ingresos, ¿cuánto es lo que usted dispone para sus gastos en salud?

\$ .....

**II. SALUD:**

Ahora, pasemos a otro tema.

6. Hablando de su salud, ¿cómo calificaría Ud. su estado de salud en general, durante los últimos 6 meses? Esto es una aproximación auto evaluativo

- 1. Muy malo
- 2. Malo
- 3. Menos que regular
- 4. Regular
- 5. Mas que regular
- 6. Bueno
- 7. Muy bueno

7. Durante estos últimos 6 meses, ¿ha sufrido alguna enfermedad por la que haya debido guardar cama o reposo bajo consejo médico?

- 1. Sí
- 2. No

8. Y actualmente, ¿esta con algún tratamiento médico?

- 1. Sí
- 2. No

9. Y ¿esta consumiendo algún medicamento? (si contesta no, pase a la pregunta N° 11)

- 1. Sí
- 2. No



10. ¿Cuántos medicamentos toma usted diariamente? N°

11. ¿Cuál es el o los diagnósticos médicos que actualmente tiene? pídale el carné o algún documento entregado por el médico o el centro de salud.

.....  
.....

12. ¿Pertenece usted a algún programa de pacientes crónicos? pídale el carné o algún documento entregado por el médico o el centro de salud.

- 1. Sí  Cuál: .....
- 2. No

13. ¿De qué otras enfermedades sufre usted, fuera de las diagnosticadas por el médico?

.....  
.....

14. Cuando usted se siente enfermo, ¿de qué forma se trata de aliviar? Trate de capturar el tipo de medicina utilizada en los términos del o la informante.

.....  
.....

15. Respecto a las formas que usted conoce de sanarse, ¿cree usted en la medicina natural (hierbas medicinales)? Trate en lo posible que el informante aluda al por qué

.....  
.....

16. Ahora, puede usted decirme qué medicamentos usa (que no sean hierbas), para qué los usa y quién se los recetó o recomendó. Por medicamento pensemos en los que le entrega el Centro de Salud o compra en la Farmacia. Pídale el carné o algún documento entregado por el médico o el centro de salud.

Medicamentos	Enfermedad	Quien se lo recetó o recomendó

17. Ahora, en el caso de que usted utilice como tratamiento complementario la medicina natural, me puede mencionar: que plantas utiliza, para que las usa y quien se las recomendó.

Planta utilizada	Para que la usa	Recomendado por:

18. El conocimiento que usted tiene de las hierbas ¿cómo lo adquirió? Trate de capturar la o las fuentes de información que puede incluir algún familiar, amigos medios de comunicación, etc.

.....  
 .....

19. ¿Este conocimiento lo comparte y lo aplica con otras personas? ¿Y de qué manera?

.....  
 .....

20. ¿Por qué cree usted que el uso de plantas medicinales ha perdurado en el tiempo?

.....  
 .....

21. ¿Usted ocupa *medicamentos* sin consultarle a su médico? El entrevistador deberá insistir de que se habla de **medicamentos alopáticos** y no de remedios naturales.

1. Sí  Por qué: .....
2. No

22. ¿Cree usted que a medida que envejece la persona aumenta el consumo de medicamentos por cuenta propia? Insista que sin prescripción médica.

1. Sí  Por qué: .....
3. No

23. Desde su punto de vista, ¿cree usted que las mujeres consumen más medicamentos que los hombres sin indicación médica?

1. Sí  Por qué: .....
2. No

24. ¿Cuándo usted se siente enfermo a que lugar recurre primero? Sólo se debe marcar una alternativa.

1. Hospital   
  
 2. Consultorio   
 3. Posta   
 4. Farmacia   
 5. Consulta a un amigo, pariente o vecino

¿Por qué? .....

25. ¿Cuándo usted compra en una farmacia, compra medicamentos por recomendación de alguien?

1. Sí  De quién:.....  
 2. No

26. Usted compra medicamentos en una farmacia: El entrevistado podrá elegir más de una alternativa.

Cuando se los receta el médico.	<input type="checkbox"/>
Cuando se lo recomienda un amigo, vecina.	<input type="checkbox"/>
Cuando se lo recomiendan en la farmacia.	<input type="checkbox"/>
Cuando lo lee en algún diario o revista.	<input type="checkbox"/>
Otra	<input type="checkbox"/>

Si la persona nombra otra, nombrar cuál \_\_\_\_\_

27. ¿Cree usted que a mayor cantidad de enfermedades que tenga una persona mayor, más medicamentos consume por cuenta propia sin consultar al médico?

1. Sí  Por qué: .....
2. No

28. Que opina usted de las siguientes afirmaciones:

a) *Si usted tuviera pocos recursos económicos usaría más remedios caseros.*

1. Sí  Por qué: .....
2. No

b) *Si usted tuviera más recursos económicos compraría más medicamentos sin consultar al médico.*

1. Sí  Por qué: .....
2. No

29. Usted como comprador(a) de medicamentos por cuenta propia se considera un comprador(a): Explique al entrevistado que se refiere a medicamentos que compra en la farmacia sin receta médica.

1. Habitual	
2. Ocasional.	
3. No compro	

30. Finalmente, ¿cuáles son sus principales fuentes de información sobre el tema de salud-enfermedad y medicamento? El entrevistado podrá elegir más de una alternativa.

1.	Radio	
2.	Televisión	
3	Diario	
4	Revistas	
5	Libros	
6	Médico	
7	Farmacéutico	
8	Enfermera	
9	Otros	

Cuáles.....

## **ANEXO 1.2: CUESTIONARIO TIPO LICKERT**

### **Instrucciones**

Para cada uno de los siguientes planteamientos, seleccione sólo una de las alternativas de respuesta, marcando con una cruz el casillero correspondiente. Por favor complete la información solicitada para todos los planteamientos.

- 1= Muy en desacuerdo
- 2= En desacuerdo
- 3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 4= De acuerdo
- 5= Muy de acuerdo

### **Glosario**

**AUTOMEDICACIÓN:** administración por cuenta propia. Se refiere a medicamentos sin prescripción médica.

**REMEDIOS:** Son medicamentos alopáticos, no aquellos de origen natural.

## Medicina alopática

**Actitud de los adultos mayores encuestados frente a la medicación con medicina alopática.**

<b>Juicios</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo, NI en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
Cuando siento dolores por ejemplo: de huesos, rodilla, brazo u otro dolor, los remedios que me entregan en el consultorio me alivian.					
Siempre que voy al consultorio me dan remedios que me sanan					
Los remedios que receta el doctor me hacen sentir bien (aliviar)					
En el consultorio solo a veces me dan remedios que me hacen sentir bien.					



**Automedicación alopática:** El encuestador deberá dejar claro que “REMEDIOS” son aquellos medicamentos alopáticos y no remedios naturales.

<b>Juicios</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
El medicarme con remedios sin prescripción médica, es bueno para mi salud.					
Cuando estoy enfermo, también tomo remedios que no me haya recetado el doctor.					
Los remedios que uso, sin preguntarle al doctor, mejoran mis malestares					
Yo uso remedios sin prescripción médica, cuando no tengo recursos económicos para ir al doctor.					
Si yo tuviera recursos económicos, usaría más remedios sin prescripción médica.					
Es bueno tener un botiquín con remedios en casa.					

**Actitud de los adultos mayores frente a la automedicación basada en plantas medicinales.**

<b>Juicios</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
Las agüitas de hierbas son buenas para mi salud.					
Las hierbitas son mejores que los remedios que me dan en el consultorio.					
Los remedios naturales no son dañinos para mi salud.					
Es bueno para mi salud tomar todos los días una agüita de hierbas.					
Después de las comidas pesadas, me tomo una agüita de hierbas, para el estomago.					
Siempre que estoy enfermo tomo agüitas de hierbas					
Siempre tengo hierbitas en mi casa.					
Es bueno tener hierbitas en la casa.					
Cuando mis hijos o mis nietos están enfermos les preparo una agüita de hierbas.					
Las plantas medicinales no me sanan					
Cuando estoy enfermo prefiero tomar una agüita de hierbas antes que ir al médico					

**Fuentes de información****Actitud de los adultos mayores frente a la publicidad escrita sobre medicamentos**

<b>Juicios</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
Leo la publicidad de remedios que aparece en las revistas.					
Leo la publicidad de remedios que aparece en los diarios.					
Compro revistas de salud, para ver que remedios puedo tomar.					
Uso remedios después de leer su publicidad en diarios y revistas.					

**Actitud de los adultos mayores frente a los mensajes televisivos y radiales sobre medicación alopática.**

<b>Juicios</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
Cuando veo los programas de televisión, siempre veo publicidad de remedios.					
Cuando veo comerciales de medicamentos en la televisión, pienso que a mí también me harían bien.					
En la televisión debieran hacer programas de medicamentos más seguidos.					
En la radio debieran hacer programas de medicamentos más seguidos.					
En la radio debieran hacer programas de remedios dedicados especialmente para nosotros (adultos mayores).					
La televisión debiera hacer programas de remedios dedicados especialmente para nosotros (adultos mayores).					

**Actitud de los adultos mayores hacia los consejos de amistades o conocidos sobre medicamentos.**

<b>Juicios</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
Mis vecinos (as) siempre saben que remedios me pueden mejorar.					
Cuando me siento enfermo, le pregunto a mí vecino (a) que remedios puedo tomar.					
Cuando mi vecino (a) se siente enfermo, yo siempre le convido de mis remedios.					
Los remedios que me recomienda mi vecino(a) me hacen sentir bien					

**Actitud de los adultos mayores hacia los consejos de familiares sobre medicamentos.**

<b>Juicios</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
Mi esposo(a) me convida de sus medicamentos para que yo me sienta mejor.					
Mi esposo(a) me dice que remedio tomar cuando me siento enfermo(a)					

**Actitud de los adultos mayores hacia los consejos de los profesionales de la salud.**

<b>Juicios</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
Cuando me siento enfermo me dirijo a la farmacia y pido hablar con el Farmacéutico.					
Cuando voy a control con la Enfermera en el Consultorio, le pregunto que <b>remedios</b> (medicamento alopático) puedo tomar.					
Cuando voy a la Farmacia a comprar, me guío por los consejos del vendedor de la farmacia.					
Cuando voy a la Farmacia a comprar, reconozco quien es el Farmacéutico y quien es el vendedor.					

**Actitud de los adultos mayores frente a la información sobre medicamentos entregada por los médicos**

<b>Juicios</b>	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
El médico del consultorio me explica bien, que remedios tengo que tomar.					
El médico particular me explica bien, que remedios tengo que tomar					
El médico del consultorio me receta siempre remedios que me alivian.					

**ANEXO 1.3: CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO  
MAYOR (EFAM – CHILE)**

**INTRODUCCIÓN**

Al iniciar la aplicación de este instrumento de *screening* es recomendable advertir a la persona mayor que se le realizarán una serie de preguntas para conocer su estado de salud.



**PARTE A****DISCRIMINACION ENTRE AUTOVALENTE Y DEPENDIENTES**

	ITEM	PUNTAJE
1	<b>¿Puede Ud. Por si solo ducharse o bañarse?</b>	
	Incapaz	0
	Con ayuda de otra persona	3
	Sin ayuda	6
2	<b>¿Es capaz Ud. De manejar su propio dinero?</b>	
	Incapaz	0
	Con ayuda de alguien	3
	Sin ayuda	6
3	<b>¿Puede Ud. por si solo tomar sus medicamentos?</b>	
	Incapaz	0
	Con ayuda de alguien	3
	Sin ayuda	6
4	<b>¿Puede Ud. mismo preparar su comida?</b>	
	Incapaz	0
	Con ayuda de alguien (en alguna etapa del proceso)	3
	Sin ayuda (incluyendo la planificación, compra y elaboración de la comida)	6
5	<b>¿Puede realizar Ud. las tareas de su casa?</b>	
	Incapaz	0
	Lo hace con ayuda de alguien	3
	Lo hace sin ayuda	6
6*	<b>MMSE *</b>	
	<13	0
	13 a14	3
	15 a17	4
	18 a 19	6
7	<b>¿Cuántos años de escolaridad tiene Ud?</b>	
	0 a 1	0
	2 a 3	1
	4 a 5	2
	6 a 8	3
	9 a 10	4
	11 a 12	5
	13 o más	6

Nota: MMSE, corresponde al minimal abreviado que se encuentre en la página 84.

8	<b>De pie, con los brazos extendidos al máximo por sobre los hombros, tome con ambas manos un objeto.</b>	
	No lo logra	0
	Presenta dificultad con ambas manos para lograrlo	2
	Lo logra sin dificultad con una mano	4
	Lo logra sin dificultad con ambas manos	6
9	<b>En posición de pie, encucillarse, tome el objeto desde el suelo y levántese.</b>	
	Le cuesta mucho encucillarse y no lo logra	0
	Se encucilla bien, pero tiene dificultad para tomar el objeto y levantarse	2
	Se encucilla y toma el objeto sin dificultad, pero le cuesta levantarse espontáneamente	4
	Se encucilla y toma el objeto y se levanta sin dificultad	6
<b>Total de puntaje</b>		

### Clasificación del puntaje

Si suma puntaje < o igual a 42 = Persona dependiente.

Si suma puntaje > o igual a 43 = Persona auto Valente.

Si la persona es clasificada como auto Valente se deberá aplicar la parte B para determinar condición de riesgo. (Página 87)

**MINIMENTAL ABREVIADO**

1. **Por favor dígame la fecha de hoy.** (El entrevistador deberá sondear el mes, año y día de la semana).

	BIEN	MALO
Mes		
Día mes		
Año		
Día semana		

**Anote un punto por cada respuesta correcta.**

2. **Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a nombrar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?**

	CORRECTA	NO SABE
Árbol		
Mesa		
avión		

**Número de repeticiones.....**

El entrevistador deberá explicar bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente, aproximadamente una palabra cada 2 segundos.

Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repítalos todos hasta que la persona se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que se debió hacer.

Se anotará un punto por cada objeto recordado en el primer intento.

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita de atrás para adelante:

1 3 5 7 9

Respuesta entrevistado					
Respuesta correcta					

Nº dígitos en el orden correspondiente.

Anote la respuesta el número), en el espacio correspondiente.

**La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto:**

Ej.: 9 7 5 3 1 = 5

4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:

Toma papel con mano derecha	
Dobla por la mitad con ambas manos	
Coloca sobre las piernas	
Ninguna acción	(0)

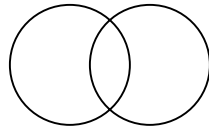
**El entrevistador anotará un punto por cada acción que realice la persona.**

5. Hace un momento le leí una serie de tres palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

	Correcta	Incorrecta	NR
Árbol			
Mesa			
avión			

**Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.**

6. Por favor copie este dibujo:



Correcto	Incorrecto	NR

El entrevistador mostrará el dibujo. La acción esta correcta sí las figuras no se cruzan más de la mitad.

***Contabilice un punto si esta correcta***

**FINALMENTE** el entrevistador sumará el total de puntos.

Puntaje máximo obtenido 19

Normal = > o igual a 14

Alterado = < o igual a 13

**PARTE B****DISCRIMINA ENTRE AUTOVALENTES CON Y SIN RIESGO**

1. Tomar la presión arterial. Tratamiento incluye: indicación médica farmacológica y no farmacológica.

<b>Presión arterial</b>	<b>Puntaje</b>
PA normal sin antecedentes HTA	13
PA con diagnostico previo en control y tratamiento	13
PA normal con diagnostico previo, sin control pero con tratamiento	9
PA normal con diagnostico previo, con o sin tratamiento	6
PA elevada, sin antecedentes HTA	3
PA elevada y con diagnostico previo, con o sin control o sin tratamiento	0

2. ¿Tiene Ud. Diagnostico de Diabetes? Tratamiento incluye: indicación médica farmacológica y no farmacológica.

<b>Diabetes</b>	<b>Puntaje</b>
Sin diabetes	13
Diagnosticada, en control y con tratamiento	6
Diagnosticada, sin control o sin tratamiento	3
Diagnosticada, sin control y sin tratamiento	0

3. ¿Lee Ud. Diario, revista o libro?

<b>Diario, revista o libro</b>	<b>Puntaje</b>
Casi nunca o nunca	0
De vez en cuando	2
Una vez por semana	5
2 ó 3 veces por semana	7
Todos los días	9

4. Aplique MMSE. Indique con un círculo en columna izquierda el puntaje obtenido. Marque la ponderación correspondiente (misma línea) en columna derecha.

MMSE	Puntaje
13 a 14	5
15 a 18	7
19	9

5. ¿En el último mes se ha sentido deprimido o sentir que nada logra animarlo?

	Puntaje
Casi todo el día	0
Bastante seguido	2
Casi nunca	7
Nunca	9

6. En el último mes se ha sentido nervioso o angustiado.

	Puntaje
Casi todo el tiempo	0
Bastante seguido	2
Casi nunca	7
Nunca	9

**SUMA DE TODOS LOS PUNTAJES:**

**CLASIFICACIÓN DEL PUNTAJE**

\* Si suma Puntaje > 46 = Persona autovalente sin Riesgo.

\* Si suma Puntaje < 46 = Persona autovalente con Riesgo.

## **ANEXO 2: TABLAS DE ACTITUDES**

**Tabla 1:** “Distribución de las respuestas de los adultos mayores de acuerdo a sus actitudes sobre la publicidad escrita de medicamentos”.

Juicios	Media	Desviación Standard
Leo la publicidad de remedios que aparece en las revistas.	2,41	1,43
Leo la publicidad de remedios que aparece en los diarios.	2,40	1,29
Compro revistas de salud, para ver que remedios puedo tomar.	1,87	1,15
Uso remedios después de leer su publicidad en diarios y revistas.	1,86	0,97

**Media total = 2,13**

**Desviación Standard = 1,21**



**Tabla 2:** “Distribución de las respuestas de los adultos mayores de acuerdo a sus actitudes sobre los mensajes televisivos y radiales sobre automedicación”.

Juicios	Media	Desviación Standard
Cuando veo los programas de televisión, siempre veo publicidad de remedios.	2,80	1,17
Cuando veo comerciales de medicamentos en la televisión, pienso que a mí también me harían bien.	3,11	1,09
En la televisión debieran hacer programas de medicamentos más seguidos.	3,48	1,18
En la radio debieran hacer programas de medicamentos más seguidos.	3,50	1,25
En la radio debieran hacer programas de remedios dedicados especialmente para nosotros (adultos mayores).	3,95	1,24
La televisión debiera hacer programas de remedios dedicados especialmente para nosotros (adultos mayores).	3,83	1,28

**Media total = 3,45**

**Desviación Standard = 1,20**

**Tabla 3:** “Distribución de las respuestas de los adultos mayores de acuerdo a sus actitudes sobre los consejos de amistades o conocidos sobre medicamentos”.

Juicios	Media	Desviación Standard
Mis vecinos (as) siempre saben que remedios me pueden mejorar.	2,41	1,26
Cuando me siento enfermo, le pregunto a mí vecino (a) que remedios puedo tomar.	1,80	1,15
Cuando mi vecino (a) se siente enfermo, yo siempre le convido de mis remedios.	2,01	1,40
Los remedios que me recomienda mi vecino(a) me hacen sentir bien	2,03	1,30

**Media total = 2,06**

**Desviación Standard = 1,28**

**Tabla 4:** “Distribución de las respuestas de los adultos mayores de acuerdo a sus actitudes sobre los consejos de familiares sobre medicamentos”.

Juicios	Media	Desviación Standard
Mi esposo(a) me convida de sus medicamentos para que yo me sienta mejor.	1,30	0,53
Mi esposo(a) me dice que remedio tomar cuando me siento enfermo(a)	1,35	0,52

**Media total = 1,33**

**Desviación Standard = 0,52**

**Tabla 5:** “Distribución de las respuestas de los adultos mayores de acuerdo a sus actitudes sobre los consejos de los profesionales de la salud sobre medicamentos”.

Juicios	Media	Desviación Standard
Cuando me siento enfermo me dirijo a la farmacia y pido hablar con el Farmacéutico.	1,90	1,20
Cuando voy a control con la Enfermera en el Consultorio, le pregunto que remedios (medicamento alopático) puedo tomar.	2,43	1,29
Cuando voy a la Farmacia a comprar, me guío por los consejos del vendedor de la farmacia.	2,32	1,59
Cuando voy a la Farmacia a comprar, reconozco quien es el Farmacéutico y quien es el vendedor.	2,17	1,41

**Media total = 2,21**

**Desviación Standard = 1,3**

**Tabla 6:** “Distribución de las respuestas de los adultos mayores de acuerdo a sus actitudes sobre la información de medicamentos entregada por el médico”.

Juicios	Media	Desviación Standard
El médico del consultorio me explica bien, que remedios tengo que tomar.	4,27	1,15
El médico particular me explica bien, que remedios tengo que tomar	4,13	1,16
El médico del consultorio me receta siempre remedios que me alivian.	3,63	1,68

**Media total = 3,99**

**Desviación Standard = 1,33**

### **ANEXO 3: TABLAS DE CONTINGENCIA**

**Tabla 1:** “Distribución de los adultos mayores según género y automedicación alopática”.

Género	Automedicación						Total
	No	%	Si	%	No responde	%	
Femenino	57	56,4	11	47,8	1	50	69
Masculino	44	43,6	12	52,2	1	50	57
Total	101	100	23	100	2	100	126

**Probabilidad Chi cuadrado Coef. Cont**  
 0,74 0,5791 0,0676

**Tabla 2:** “Distribución de los adultos mayores según edad y automedicación alopática”.

Edad	Automedicación						Total
	No	%	Si	%	No responde	%	
60-69 años	31	30,7	8	34,8	0	0	39
70-79 años	49	48,5	10	43,5	2	100	61
80-89 años	17	16,8	5	21,7	0	0	22
90 años y más	4	3,96	0	0	0	0	4
<b>Total</b>	101	100	23	100	2	100	126

**Probabilidad Chi cuadrado Coef. Cont**

0,55

49,93

0,532

**Tabla 3:** “Distribución de los adultos mayores según nivel socioeconómico y automedicación alopática”.

Nivel socioeconómico	Automedicación						Total
	No	%	Si	%	No responde	%	
<59.000	10	9,9	1	4,3	0	0	11
60.000-99.000	41	40,6	9	39,1	0	0	50
100.000-199.000	45	44,6	7	30,4	1	50	53
>200.000	2	2,0	5	21,7	1	50	8
No responde	3	3,0	1	4,3	0	0	4
Total	101	100	23	100	2	100	126

**Probabilidad**   **Chi cuadrado**   **Coef. Cont**  
 0,005                      27,65                      0,42



**Tabla 4:** “Distribución de los adultos mayores según lugar de origen y automedicación alopática”.

Lugar de origen	Automedicación						Total
	No	%	Si	%	No responde	%	
<b>Campo</b>	56	55,4	7	30,4	1	50	64
<b>Ciudad</b>	45	44,6	16	69,6	1	50	62
<b>Total</b>	101	100	23	100	2	100	126

Probabilidad	Chi cuadrado	Coef. Cont
0,095	4,68	0,189

**Tabla 5:** “Distribución de los adultos mayores según grado de autovalencia y automedicación alopática”.

Grado de autovalencia	Automedicación						Total
	No	%	Si	%	No responde	%	
Autovalente sin riesgo	34	33,7	6	26,1	1	50	41
Autovalente con riesgo	23	22,8	7	30,43	0	0	30
Dependiente	43	42,6	10	43,47	1	50	54
Total	101	100	23	100	2	100	126

**Probabilidad Chi cuadrado Coef. Cont**

0,941

1,74

0,116

**Tabla 6:** “Distribución de los adultos mayores según número de integrantes del grupo familiar y automedicación alopática”.

Nº de integrantes	Automedicación						Total
	No	%	Si	%	No responde	%	
Solo	18	17,8	4	17,4	0	0	22
2-3 personas	62	61,4	14	60,9	2	100	78
4-5 personas	17	16,8	5	21,7	0	0	22
6 y más personas	4	4,0	0	0	0	0	4
<b>Total</b>	101	100	23	100	2	100	126

**Probabilidad Chi cuadrado Coef. Cont**

0,760

1,16

0,967

**Tabla 7:** “Distribución de los adultos mayores según nivel educacional y automedicación alopática”.

Nº de integrantes	Automedicación						Total
	No	%	Si	%	No responde	%	
Sin educación	26	25,7	2	8,7	1	50	29
Educación básica o primaria incompleta	42	41,6	9	39,1	1	50	52
Educación básica o primaria completa	22	21,8	6	26,0	0	0	28
Enseñanza media o secundaria, industrial, comercial, técnica o normal incompleta	4	4,0	5	21,7	0	0	9
Enseñanza media o secundaria, industrial, comercial, técnica o normal completa	6	6,0	1	4,3	0	0	7
Educación superior completa	1	1,0	0	0	0	0	1
Total	101	100	23	100	2	100	126

**Probabilidad Chi cuadrado Coef. Cont**

0,050

11,06

0,286

**Tabla 8:** “Distribución de los adultos mayores según patologías y automedicación alopática”.

Patologías	Automedicación						Total
	No	%	Si	%	No responde	%	
Hipertensión arterial	61	44,2	9	31,0	1	50	71
Diabetes Mellitus	15	10,8	4	13,8	0	0	19
Asma	14	10,4	4	13,8	1	0	19
Otros patologías	31	22,5	9	31,0	0	0	40
Ninguna	17	12,3	3	10,3	0	0	20
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>169</b>

**Probabilidad Chi cuadrado Coef. Cont**

0,68

2,28

0,116

**Tabla 9:** “Distribución de los adultos mayores según fuentes de información y automedicación alopática”.

Fuentes de información	Automedicación						
	No	%	Si	%	No responde	%	Total
Profesionales de la salud	100	43,1	33	41,3	1	50	134
Medios de comunicación audiovisuales	85	36,6	28	35,0	0	0	113
Medios de comunicación impresos	36	15,5	17	21,3	0	0	53
Otros	11	4,74	2	2,5	1	50	14
Total	232	100	80	100	2	100	42

**Probabilidad Chi cuadrado Coef. Cont**

0,58

1,96

0,08