



**Universidad Austral de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería**

Automedicación en Adultos Mayores con Patologías Crónicas, asistentes al Hospital Base de Osorno

**Tesis presentada como parte de
los requisitos para optar al grado
de Licenciado en Enfermería.**

**Viviana Andrea Caqueo Tapia
Valdivia-Chile
2007**

Profesor patrocinante:

Nombre : Gema Santander Manríquez.

Profesión : Enfermera.

Grados : Magíster en Salud Pública.

Instituto : Enfermería.

Facultad : Medicina.

Firma :

Profesores Informantes:

1) Nombre : Beate Messing Grube.

Profesión : Enfermera.

Grados : Especialista en Salud Familiar y Comunitaria.

Instituto : Enfermería.

Facultad : Medicina.

Firma :

2) Nombre : Ricardo Ayala Valenzuela.

Profesión : Enfermero.

Grados : Magíster en Educación (c).

Instituto : Enfermería.

Facultad : Medicina.

Firma :

Fecha de Examen de Grado: 28 de Mayo de 2007.

2. ÍNDICE

	Página
1. TÍTULO	
2. ÍNDICE	
3. RESUMEN	
4. SUMMARY	
5. INTRODUCCIÓN	6
6. MARCO TEÓRICO	7
7. OBJETIVOS	19
8. MATERIAL Y MÉTODO	21
9. RESULTADOS	27
10. DISCUSIÓN	47
11. CONCLUSIONES	54
12. BIBLIOGRAFÍA	56
13. ANEXOS	60

3. RESUMEN

La automedicación es un “hábito” nocivo para la salud cuando no se conocen los efectos adversos de los elementos que se usan a criterio de los usuarios.

El presente estudio tiene por objetivo determinar el grado de automedicación en los adultos mayores insertos en el programa de patologías crónicas, que se atienden de forma ambulatoria en el Hospital Base de Osorno (H.B.O.), durante el segundo semestre del 2006, y relacionarlo con variables socioculturales.

El universo de la investigación comprendió a un total de 62 personas, mayores de 60 años que se atienden de forma ambulatoria en el Consultorio Adosado a Especialidades del H.B.O, durante los meses de Octubre y Noviembre del 2006. El estudio fue de carácter Cuantitativo, Descriptivo de corte Transversal. En el cual se aplicó un instrumento creado por la investigadora que constó de 23 preguntas dirigidas.

La investigación arrojó como resultados, que del total de la población encuestada un 85% pertenece al nivel socioeconómico “E”, es decir con ingresos menores a ciento sesenta mil pesos, lo que significa que pertenecen a un estrato social bajo. Donde dos tercios del total de ella no completó la enseñanza básica. Cuando se les preguntó si consumían medicamentos y/o hierbas que no fueran recetados por el médico para ayudar en el tratamiento de su patología de base arrojó que solo un 23% reconoció automedicarse con hierbas como terapia paralela al tratamiento médico. Pero el resultado cambió al preguntarles si toman algún medicamento y/o hierba sin receta médica en caso de presentar alguna dolencia, donde un 76% reconoció hacerlo. De los cuales casi la mitad refieren tomar solo fármacos, en menor cantidad hierbas y dos quintos del total de ella menciona consumir ambos productos. Los medicamentos más utilizados son los analgésicos en un 79%, encabezado por el paracetamol. Y en el caso de las hierbas con un 20% lidera la menta. En general, se puede observar que la proporción de personas que se automedican es parecida en ambos sexos, con una pequeña tendencia al sexo masculino.

Por lo tanto los adultos mayores si son una población de riesgo, de la cual hay que preocuparse, aun más, cuando los conocimientos de la población son escasos, donde el factor sociocultural influye en gran medida en el nivel de automedicación y los productos utilizados para ello. Es por eso que la enfermera(o) no debe olvidar esta parte del rol, “educación” y contribuir así en el mejoramiento de la calidad de atención.

4. SUMMARY

Automedication is a dangerous habit for human health when the adverse effects are unknown.

This study was carried out in order to determine the automedication degree in the elders that belong to the programme of chronic pathologies at the Hospital Base Osorno, and to relate these cases with sociocultural variables.

The research was done on sixty two people over 60 years old, who were assisted in the Consultorio Adosado a Especialidades (CAE) of the Hospital Base Osorno during October and November of 2006. The elders had to answer a survey of 23 directed questions. The study was quantitative and of a descriptive transversal type.

The outcome of this research showed that 85% of the surveyed people belong to a socioeconomical level “E”, that is to say they do not earn more than \$160 a month, stratified as lower social class. Two third of them did not finish their elementary education. When they were asked if they consumed herbs and/or medicine without medical prescription for their pathologies, 23% of them acknowledged the use of herbs as a parallel treatment with the prescribed medicines. But when they were asked about the consumption of medicines without prescription in case of any pain or sickness; 76% of them recognized doing it. Half of them prefer to take only medicine, a 19% only herbs and 38% both products. Paracetamol is the most popularest painkiller used among the surveyed people, and mint is the most used herb. In relation to genre, there is a slight difference among them, male population tends to automedicate more.

As a conclusion it can be said elders are a population at risk, especially when their education and knowledge about automedication is scarce, and when the sociocultural fact has a big influence over the level of automedication and products used to do so. Due to this fact, the nurse has always to take into account the “education” teaching factor in order to provide and develop the best quality of assistance.

5. INTRODUCCION

Desde la antigüedad “y desde el punto de vista de la salud” las personas buscan solución a sus dolencias. Más antigua que el hombre es la existencia de las plantas. Desde que él las encontró y probó sus poderes curativos, traspasando épocas y culturas, no ha dejado de usarlas durante toda su existencia. Al pasar los años esta costumbre se ha transmitido de generación en generación y con el tiempo se ha perfeccionado y aumentado el conocimiento de sus propiedades, por ejemplo: en la Edad Media los árabes perfeccionaron la destilación de las plantas, surgiendo así las primeras farmacias (Jácome, 1998). Al pasar el tiempo, en el siglo XIX, junto con la aparición del microscopio surge otro tipo de elemento más sofisticado que el primero y mucho más efectivo, **los medicamentos**.

Es así como en la actualidad ya existe una gran gama de éstos. La globalización, las telecomunicaciones y una población con más acceso a la educación, hace que las personas estén mucho más informadas sobre distintas gamas de medicamentos existentes.

En Chile la automedicación ha crecido notablemente en el último tiempo, empíricamente se conoce de la venta indiscriminada de medicamentos sin receta médica en las farmacias. Para las personas es mucho más fácil adquirir los fármacos de esta forma, saltándose la necesidad de ir al médico y recién ahí adquirir el medicamento. Por otro lado la gente se ve influenciada por las experiencias de otras personas y creen que, lo que les hizo bien a uno, será efectivo para otro. Quizá si le preguntamos a una persona ¿qué tomaría Ud si le duele la cabeza?, respondería X medicamento, pero si le preguntamos ¿sabe Ud el efecto adverso que tiene para su salud tomar ese medicamento? no lo sabría. Lógicamente existen factores que pueden influir en esta repuesta, como nivel socioeconómico, nivel de educación, y otros, lo que se conocerá en la investigación.

Conocer la causa de la automedicación, los factores que influyen en ésta, con qué se automedica la gente es de gran importancia, debido a que esto lleva a riesgos de los cuales la población no está del todo enterada. Es el grupo de adulto mayor, en especial el paciente crónico el que se encuentra más propenso a transgredir esta situación, debido a su condición de salud, el hecho de estar obligados a tomar numerosos medicamentos y sufrir dolencias propias de la edad, es el que le da el carácter de población en riesgo de automedicamentarse. Por lo que la investigación se enfocará en los adultos mayores crónicos que se controlan en el Hospital Base de Osorno donde se encuentran pacientes usuarios de terapia Anticoagulante, personas que padecen de Diabetes tipo I y II, Epilepsia y Parkinson.

6. MARCO TEÓRICO

Hoy en día vivimos en un época de grandes avances científicos y tecnológicos, cada vez se descubren nuevos productos para conservar y mejorar nuestra calidad de vida, una época donde la atención sanitaria está en pleno desarrollo, con nuevas técnicas de medicina, fármacos, etc, donde la mirada y esfuerzo de las organizaciones de salud se han dirigido este último tiempo a promocionar la prevención de las enfermedades más que a curarlas.

La automedicación se define como el “consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico” (Sistema Nacional de Salud, 2000). Por otro lado, el Ministerio de Salud (MINSAL) la define como “el uso de medicamentos por decisión propia, o por consejo de otra persona que no tiene conocimientos sobre los medicamentos o la enfermedad”(MINSAL, 2000).

Asimismo, se hace necesario aclarar el término medicamento, “es una sustancia o preparado de origen natural o sintético, que se elabora y fabrica en laboratorios farmacéuticos o farmacias, para ser administrado a las personas con la finalidad de proteger y recuperar la salud” (MINSAL, 2000).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (citado en Carrefour, 2002), reconoce la práctica inadecuada de las personas en relación al uso irresponsable de medicamentos, sin embargo, llama a los países a educar a su población en el uso de éstos, instando así a la *Automedicación responsable*, “que es aquella en la que las personas tienen el derecho y la responsabilidad de participar individual y colectivamente en el cuidado de su salud. Para ello, el paciente debe tener conocimientos mínimos sobre las patologías menores y las crónicas. Así podrá hacer un uso adecuado de ciertos medicamentos que se expenden sin receta, por considerarse que su uso responsable es eficaz y seguro para el consumidor”. Sin embargo esto puede ser aplicable en países desarrollados, pero en países como el nuestro, que está en vías de desarrollo, es más difícil orientar a toda la población, por el nivel de educación y sociocultural de ella.

Los medicamentos fueron creados para ayudar a mantener o restablecer la salud. Según el Código Sanitario de Chile, tomo II, Art. 97 (2000), dice que se entenderá por producto farmacéutico “cualquiera sustancia, natural o sintética, o mezcla de ellas, que se destine a la administración en el hombre o en los animales con fines de curación, atenuación, tratamiento, prevención o diagnóstico de las enfermedades o de sus síntomas”. Sin embargo, éstos también pueden tener un efecto adverso (RAM) en el hombre, si no se utilizan correctamente. Pero ¿por qué se producen los RAM?. La OMS, lo atribuye a que “una gran

proporción de éstos se deben al uso irracional de los medicamentos o a errores humanos, y por consiguiente son evitables” (citado en Organización Mundial de la Salud, 2006).

Las principales causas son:

- Diagnóstico erróneo.
- Prescripción del medicamento equivocado o de una dosis equivocada del medicamento correcto.
- Trastornos médicos, genéticos o alérgicos subyacentes causantes de la RAM.
- **Automedicación.**
- Incumplimiento del tratamiento prescrito.
- Interacciones entre medicamentos en pacientes tratados con múltiples fármacos.

No obstante, un RAM no es lo único en que se debe tener precaución. Existen otros riesgos que hay que tener en cuenta, que pueden repercutir en las personas, uno de éstos son las *interacciones* entre los medicamentos. Por ejemplo, el Ministerio de Salud se refiere al respecto como “la administración de más de un medicamento a un mismo paciente, uno de ellos puede influir en el efecto del otro, ya sea disminuyendo o aumentando el efecto beneficioso o efecto adverso”. El otro punto a considerar son las contraindicaciones, que este mismo organismo la explica como “la restricción del uso de un medicamento en ciertos pacientes, que presentan una determinada condición (enfermedad, embarazo) a la cual ese medicamento puede perjudicar”(MINSAL, 2000).

Es aquí donde otorgan protagonismo los adultos mayores. El envejecimiento es un proceso natural que comienza desde que nacemos, a medida que pasa el tiempo el cuerpo va experimentando cambios, donde tratamos de mantener un buen estado de salud, a través del autocuidado. Según un estudio realizado por la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile “Visión actualizada de la geriatría y gerontología” (citado en Pontificia Universidad Católica, 2000) el número de personas mayores de 65 años ha aumentado en forma considerable en los últimos años. De acuerdo a datos del censo de 2002, aproximadamente un 11.4% de la población chilena es mayor de 60 años. Tal como lo muestra la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN, 2003), según el módulo demográfico, “población por zona según Región y Edad”, colocándolo en contexto de la región del estudio, se puede apreciar lo siguiente:

Población por Zona según Región y Edad			
--	--	--	--

X Región	Edad	Zona		
		Urbana	Rural	Total

60-64	19.654	15.357	35.011
65-69	15.996	12.986	28.982
70-74	18.454	9.969	28.423
75-79	10.089	6.206	16.295
80 y más	11.961	7.178	19.139
Total	755.616	340.023	1.095.639

Fuente: MIDEPLAN, División Social, Encuesta CASEN 2003, con factores de expansión en base a CENSO 2002. (17)

Por lo que no es una población menor a la que debemos enfocarnos, representando un 11,66% del total de la población a los adultos mayores. Levy, M. (2006) se refiere al respecto, cuando sitúa a este grupo etáreo como uno de los más propensos en automedicarse, “debido a que son mucho más vulnerables a enfermarse, generalmente consumen 2 a 3 veces más medicamentos que el promedio de la población, lo que aumenta el riesgo de sufrir interacciones medicamentosas sin mencionar el deterioro propio de la edad, que produce cambios en el organismo que pueden influir en la absorción, distribución, metabolización y excreción de los medicamentos. También hace alusión a los riesgos de automedicarse, como enmascaramiento de la enfermedad, agravamiento o prolongación de ésta, resistencia a los fármacos utilizados o llegar incluso hasta la dependencia”. Sin olvidar que no sólo puede ocurrir al consumir medicamentos, sino también al usar hierbas o mezclar estos dos tipos, lo que es muy común dentro de la población de estudio.

En la Teoría “De Autocuidado”, de Dorothea E. Orem, el individuo tanto joven o maduro, trata de forma deliberada de mantener su bienestar, un buen estado de salud y prolongar el desarrollo (Marriner, 1999). En este caso las personas tratan por sus propios medios de mantener su bienestar y estado de salud, pero al mismo tiempo se está deteriorando, y/o enmascarando una enfermedad a través de la automedicación, por lo que para volver a restaurar su bienestar, la enfermera(o) deberá diseñar y aplicar un sistema de salud que compense el problema mencionado.

Se entiende por déficit de autocuidado a la “necesidad del servicio de enfermería, que se asocia con factores subjetivos que afectan a personas jóvenes o maduras, cuyas acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que lo hace total o

parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales o emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a cargo”(Marriner, A. 1999:181). Por lo tanto, una de las labores de las enfermeras es continuar con la promoción, prevención y educación para fomentar el autocuidado en las personas, sin olvidar que el cuidar es un acto de reciprocidad, en este caso entre las enfermeras y el paciente.

Siguiendo la misma línea, hay otro modelo que puede asociarse a este tema, “Creencias en Salud”. Surge en los años 50, a través de Godfrey Hochbaum, (Cabrera, G. 2001) “con el fin de explicar y predecir el comportamiento preventivo de las personas en salud. Posteriormente, se extendió a analizar las respuestas de las personas a los síntomas y al comportamiento, en respuesta a enfermedades diagnosticadas, con énfasis en la adhesión al tratamiento médico”. Este modelo menciona dos factores que determinan la conducta en salud: uno es la percepción de amenaza sobre la propia salud que se encuentra determinada por la vulnerabilidad ante la enfermedad, el otro factor sería las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducirlas, determinada en la esperanza y en la eficacia de las medidas concretas para reducir el temor. Pero existe una última variable que determina el modelo, son los estímulos internos y externos éstos constituyen la clave para actuar, por ejemplo: un síntoma de una enfermedad sería un estímulo interno y para el segundo estímulo sería una campaña acerca de promoción en salud (Arrivllaga, M. 2003).

Por lo tanto, las creencias que tengan las personas sobre la importancia o gravedad de un problema van a influir de gran manera en la percepción de salud. Donde un síntoma de una enfermedad puede determinar si se va a sentir amenazado o no por esta situación. Esto va a depender de los conocimientos que posea la persona acerca del síntoma o de la enfermedad o de sus propias experiencias previas, pudiendo sentirse vulnerable o no a esta situación. Es decir, las creencias que posean las personas van a determinar el actuar de éstas, para tratar de reducir o eliminar esta sensación de amenaza. Es aquí donde el acto de automedicación puede ser una medida de solución al problema, lo que va a depender de los conocimientos de ellas sobre el tema, con el fin de conservar o mejorar su salud, favoreciendo así el autocuidado mencionado en el párrafo anterior.

El consumo de hierbas medicinales es una forma que utilizan las personas en pro de su autocuidado. Esta actividad que se remonta hace millones de años. Por un lado «La Organización Mundial de la Salud (OMS) apoya el uso de las medicinas tradicionales y alternativas cuando éstas han demostrado su utilidad para el paciente y representan un riesgo mínimo», ha declarado el Dr. Lee Jong-wook, Director General de la OMS. «Pero a medida que aumenta el número de personas que utiliza esas medicinas, los gobiernos deben contar con instrumentos para garantizar que todos los interesados dispongan de la mejor información sobre sus beneficios y riesgos.»(OMS, 2004).

Por otro lado, el director del Instituto de Salud Pública (ISP), Gonzalo Navarrete (citado en Buena Salud, 2005), explicó que “existe actualmente una reacción compartida en torno a la eficacia de los medicamentos permitidos y aquellas hierbas medicinales que la gente compra en la calle sin autorización. Por ejemplo, la uña de gato, la hierba de San Juan y otras que no tienen una prescripción de su contenido. Todas implican no sólo desconocimiento sino riesgos para la población”. Por ejemplo ya se conocían informes sobre el GINSENG y el GINGKO BILOBA, acerca de algunos trastornos estomacales que la población en general no conoce.

Al no existir un criterio técnico adecuado, la decisión del ISP resulta aún más compleja a la luz de una encuesta difundida por esta institución, que muestra que el 60 por ciento de quienes consumen medicamentos lo hace sin una prescripción médica; el 76 por ciento considera importante la publicidad de los medicamentos, el 51 por ciento afirma que la publicidad lo ayuda a elegir un producto y más del 80 por ciento de la población alguna vez ha consumido hierbas medicinales o productos alternativos. En tanto, el presidente de la Asociación de Homeopatía de Chile, Mario Abuhadba, señala que “la gente compra los productos naturistas porque confía en ellos y cree en los efectos positivos que tienen. En todo caso, es ilógico pensar que podrían causar algún daño, ya que están elaborados sobre la base de productos naturales. Ya existen 2.445 productos en condición de libre venta, lo que representa casi un tercio de los 7.400 que se comercializan en el país”.

Si bien los productos naturales tienen efectos secundarios bajísimos en comparación con los medicamentos químicos, en Chile se han registrado algunos casos de daños producidos por la mezcla de hierbas con otros compuestos, o por la utilización inadecuada de fórmulas homeopáticas.

En el mismo artículo el Departamento de Estudios Farmacológicos de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Valparaíso (UCV), señaló a través de su director, (Hernández, 2005) “que la hierba de San Juan, que combate la depresión y la ansiedad, puede resultar nociva para personas con problemas cardíacos, que han sufrido trasplantes o que están afectados por el virus del SIDA”. Asimismo, Hernández dice que el GINGKO BILOBA (hoja de un árbol que crece en el este de Estados Unidos y en Asia Oriental y que combate la depresión) reduce la fertilidad e, incluso, da cuenta de la muerte de cinco personas por ingestión de GINGKO BILOBA, en una mortal mezcla con fármacos anticoagulantes”.

La tendencia actual es que cada hierba natural que se comercializa debe pasar primero por rigurosos procesos de refinamiento. Ya no se aplican los vegetales directamente, la mayoría se convierte primero en tabletas, polvos, cremas o pastas. Así como hay hierbas cuyas mezclas resultan contraproducentes, hay otras, de uso común, que por sí solas generan efectos dañinos. El médico naturista Héctor Monfort presidente de la Asociación de Médicos Homeópatas de Chile, (citado en Netsaluti, 2005), dijo que “es muy frecuente el uso de la

EFEDRA, este vegetal produce consecuencias semejantes para el organismo humano que las anfetaminas. De manera doméstica se suele usar para bajar de peso e incluso como estimulante, pero tiene efectos colaterales como cambios en la presión arterial y ansiedad”.

El especialista destaca que "en los países latinoamericanos es común la presencia de muchos botánicos caseros, que no tienen conocimientos profesionales sobre el uso de las hierbas. Por ejemplo, cuando determinados vegetales son usados por un tiempo superior al prescrito por el médico naturista, o en dosis inadecuadas, tienen la capacidad de dañar órganos como riñones o intestinos”.

Pero si queremos hablar de los riesgos que tiene llevar esta práctica, de manera poco responsable, podemos citar una conferencia realizada en Argentina el 2005, por Dr. Martín Urtasun, Dra. Susana B. Etchegoyen, Lic. Diana L. Bracerías y Dr. Pedro M. Polito, que hace alusión a este tema, donde menciona, los beneficios y riesgos de llevar esta práctica. En relación a este último punto se encuentran “diagnósticos erróneos, basados en los síntomas (auto-diagnóstico); retraso en obtener el tratamiento correcto; uso de dosis excesivas o inadecuadas; interacciones medicamentosas no detectadas; efectos adversos no reconocidos como tales, entre otros” (Urtaun, M. 2005).

Volviendo a nuestra realidad, el Ministerio de Salud no está ajeno a esta nueva problemática, por lo que ha creado una “Guía de uso racional de medicamentos”. Como su nombre lo dice es una guía que permite que cualquier profesional realice una educación a los pacientes sobre los medicamentos y las precauciones que deben tener con estos, incluso hace alusión a los derechos y deberes que tienen los pacientes al respecto (Minsal, 2006).

Por otro lado, si queremos analizar otras realidades existe un estudio hecho en Cajamarca, (Llanos, L. 2001) que evaluó la situación de automedicación en esta zona rural e identificó los factores para caracterizarla. El estudio contó con 384 jefes de familia de ellos 330 (85.9%) fueron varones, la edad promedio fue 46.3 ± 14.0 años, 175 (45.57%) no llegaron a terminar estudios primarios, 253 (65.88%) desarrollan sus actividades en el campo y 41 (10.67%) tenían derecho a algún tipo de seguro médico. El ingreso promedio familiar fue entre 278.9 y 256.8 nuevos soles, equivalente a 46.386 y 42.700 pesos chilenos. Cuando se les preguntó si en los últimos tres meses habían comprado medicinas sin receta (automedicación) 139 jefes de familia (36.19%; IC 95%: 33.79-38.59) contestaron afirmativamente. De ellos 92 (66.18%) adquirieron los medicamentos en una farmacia privada, 19 (13.67%) en una bodega y 16 (11.51%) en un establecimiento de salud. Las principales motivaciones que manifestaron para comprar medicinas sin receta fueron: "ya sé que recetan" 58 (41.72%), "el farmacéutico sabe" 34 (24.46%), "por hábito" 24 (17.26%) y "evito pagar la consulta" 15 (10.79%). Los entrevistados no señalaron complicaciones por automedicación.

En una investigación, impulsada por el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, “Causa por la que la población se automedica” (citado por Medicina TV, 2002), hace alusión a la causa que lleva a la población a autodiagnosticarse y, por consecuencia, a automedicarse. El 92,3% considera que automedicarse es autodiagnosticarse e ir a la farmacia a comprar un medicamento sin receta. En el 76,9% de los casos, los encuestados señalan que el término se refiere a la repetición de un tratamiento sin necesidad de un diagnóstico y una receta médica, ya que los síntomas que tienen son los mismos que experimentaron con anterioridad. Por último, el 73,5% de los usuarios señalaron que automedicarse es utilizar el botiquín de casa sin ninguna consulta, ni del médico ni del farmacéutico. Cabe resaltar que las respuestas a esta pregunta eran múltiples, de ahí que los porcentajes sumen más de 100. Otro punto interesante de destacar, es que más del 60% de los usuarios que participaron en el estudio manifestaron que era el farmacéutico quien le recomendaba qué medicamento era el más adecuado según la sintomatología que presentaba. Para un 55% de los encuestados, la forma habitual de recomendación resultó ser la que provenía de un familiar o amigo, mientras que sólo algo más del 8% dijo adquirir algún medicamento influido por la publicidad.

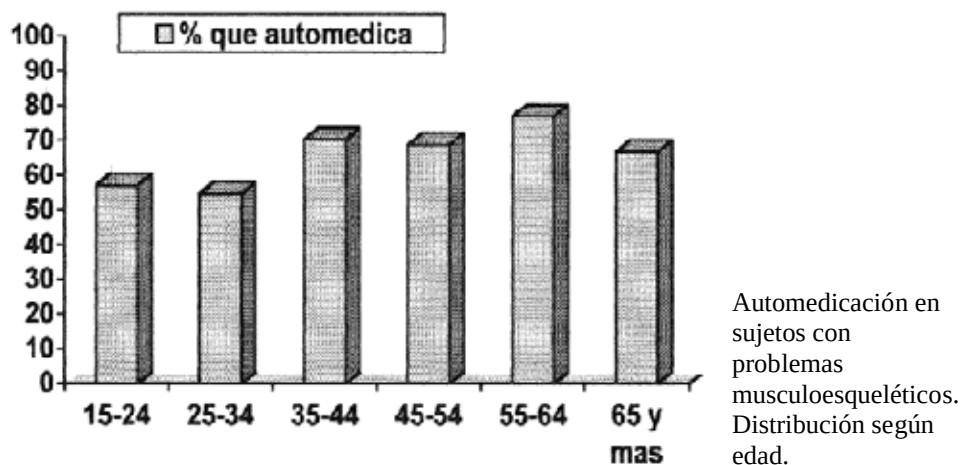
Otro aspecto que se desea investigar, que de igual forma guarda relación con los puntos anteriormente mencionados, es con que se automedican los adultos mayores. Según un artículo publicado en la página de Internet de una cadena farmacéutica nacional habla de “Los peligros de la Automedicación”, se refiere a los riesgos de esta actividad, pero además hace alusión a los medicamentos de consumo indiscriminado, en los cuales se encuentran los antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios. Por ejemplo el efecto de acción de éste último, es el de controlar el proceso inflamatorio que nuestro propio cuerpo está desarrollando como un mecanismo de defensa ante un factor agresivo conocido o desconocido. Según un artículo de Internet, sobre el uso de medicamentos refiere al respecto “que los antiinflamatorios inhiben la liberación de prostaglandinas y el primero que apareció en el mercado mundial fue el ácido acetil salicílico (Aspirina) (citado en farmacias Salco Brand, acceso 2006).

Sobre el tema en análisis cabe señalar que en un artículo publicado en Internet “Categoría, calidad de vida”(citado en Mailxmail, acceso 2006), refiere que “los médicos, no se guían por propagandas mercantilistas sino por los requerimientos del paciente y por su propia experiencia en el uso del fármaco, es por eso que se recomienda fuertemente a los usuarios que no se automediquen con antiinflamatorios. Muchas veces el fármaco que le fue recomendado a su familiar y que le hizo bien a ese paciente puede causarle severos efectos colaterales. Donde, según estudios, el abuso de antiinflamatorios automedicados es la primera causa de gastritis en todo el mundo”.

Si llevamos lo dicho anteriormente a nuestra realidad, el centro de información toxicológica y de medicamentos de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (CITUC), señala a través de Ríos (2006), que de los 12.787 casos de

intoxicación que hubo el primer semestre del 2006, 285 fueron por la ingesta de Paracetamol, de los cuales el 55,6% se registró en la Región Metropolitana y en un 3,9 % en la X región. Donde la principal causa fue por ingesta accidental no intencional, y el interlocutor responsable fue en un 64% el personal de salud.

Un estudio realizado en Chile, (Riedermann, 2001) muestra una realidad no muy estudiada en nuestro país, en el cual se quiere dar a conocer la prevalencia de la automedicación en la población general mayor de 15 años afectada por síntomas musculoesqueléticos, el tipo de medicamentos y las dosis empleadas, además de conocer la motivación para la automedicación. Se entrevistaron 440 individuos de ambos sexos mayores de 15 años de edad. Del total de las entrevistas, en 21 había datos incompletos o inconsistentes por lo que fueron eliminadas del análisis posterior. De los 419 individuos con datos completos, 272 (64,9%) (IC 60,1 a 69,5) señalaron síntomas musculoesqueléticos (MSK). En el 99,3% de ellos el síntoma MSK era el dolor. De los sintomáticos, 157 eran mujeres y 115 hombres, con una edad promedio de 39,8 años (DS 17 años). Del total de los que informaron síntomas, el 64,7% (IC 58,7 a 70,4) reconoció automedicarse. El promedio de edad de los que se automedicaban fue de 41 años (DS 16 años), mientras que los que negaban la automedicación tenían un promedio de edad de 37 años (DS 17 años). Hubo una tendencia a mayor automedicación a medida que los individuos aumentaban en edad.



La frecuencia de auto medicación detectada fue significativamente diferente según estrato socioeconómico. De los entrevistados en el estrato socioeconómico bajo, 72,8% (IC 64,8 a 79,8) reconoció automedicarse. Este porcentaje fue de 55,6% (IC 44,1 a 66,6) en el estrato medio y de sólo 20,5% (IC 9,8 a 35,3) en el estrato alto ($p < 0,0001$). Se exploró de manera descriptiva algunas variables que pudieran asociarse a la conducta de automedicación. Se analizó la posible relación del sexo con esta conducta, encontrándose que la frecuencia de

automedicación reportada por ambos sexos fue similar, con 65% (IC 56,9 a 72,4) en las mujeres y 64,3% (IC 54,9 a 73) en los hombres.

Otro factor analizado fue la condición laboral. Los individuos fueron agrupados según si eran trabajadores activos o no trabajaban (independiente del tipo de trabajo). Se observó una frecuencia de automedicación similar en ambos grupos, con 57,1% en los trabajadores activos y 56,3% de los que no trabajaban. Tampoco hubo diferencia entre estos grupos respecto del tipo de medicamentos que usaban cuando se automedicaban.

Dado que en la evaluación de síntomas se consideraba tanto a aquellos que presentaron problemas recientes (última semana) como aquellos que habían tenido problemas alguna vez en el pasado, se analizó si existía alguna diferencia en la conducta de automedicación dependiendo del tiempo del síntoma (sesgo de recuerdo). De los individuos entrevistados 94 tenían dolor musculoesquelético en el período de la última semana, mientras que 178 lo habían tenido alguna vez en el pasado. Quienes presentaban síntomas recientes tenían una frecuencia de automedicación levemente inferior a quienes tenían dolor musculoesquelético previo (59,6% vs 67,4%) ($p=0,198$).

Se evaluó luego la relación entre duración de los síntomas y automedicación. En el grupo de individuos que tenían síntomas recientes (última semana previa a la entrevista); los que se automedicaban tenían una duración promedio de sus síntomas mucho mayor que los individuos que aunque sintomáticos, no se automedicaban.

En cuanto a la intensidad del dolor, aquellos pacientes que señalaban una intensidad del dolor más alta tendían también a tener mayor frecuencia de automedicación. Otra de las razones para el uso de la automedicación, fue que el medicamento hubiera sido prescrito antes. Así, individuos que habían sido previamente tratados por su problema tuvieron una mayor frecuencia de automedicación. Se investigó el tipo de fármacos usados, permitiendo al entrevistado mencionar hasta 3 fármacos distintos, comenzando por el de uso más frecuente. Respecto al tipo de fármacos usados en primer lugar (primera preferencia), los más frecuentes fueron la Dipirone (30,6%) y el Piroxicam (20,7%) (Riedemann, 2001).

Tabla 2. Frecuencia relativa y dosis promedio de los fármacos automedicados

	Frecuencia de uso %	Dosis promedio (mg/día)
Dipirona	30,6	716
Piroxicam	20,7	27
Aspirina	15,6	1.263
Clonixinato de lisina	15,0	250
Relajantes musculares	5,8	-
Paracetamol	5,2	1.150
Otros	7,1	-
Total	100%	

Para el presente trabajo el estudio se efectuó en la Décima Región de los Lagos en la ciudad de Osorno, la cual consta con 145.475 habitantes (Censo 2002). Específicamente en el Hospital Base de dicha ciudad (H.B.O.), en el policlínico Cardiovascular y el policlínico 3 de Cirugía, ubicados en el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE). La población a estudiar se obtuvo a partir de 4 programas de manejo de pacientes crónicos ambulatorio, que funcionan de manera individual.

El programa de pacientes con Diabetes se inició en el año 1978, posteriormente se creó el de manejo de pacientes con Tratamiento Anticoagulante (TAC) que, no siendo un programa oficial, funciona de manera ordenada desde el año 2004. Están ubicados en el ala Oeste del H.B.O, dependen del CAE, y corresponde al policlínico Cardiovascular. El personal que labora en estos programas son dos Médicos que controlan a pacientes con Diabetes y uno a pacientes con TAC, además una Enfermera, una Nutricionista y un Técnico Paramédico para la atención de los dos grupos. Los días de atención para los pacientes con TAC son lunes, miércoles y viernes y para pacientes con Diabetes los días martes y jueves. En otro sector está ubicado el policlínico N° 3 de Cirugía, que atiende a pacientes con Epilepsia y Parkinson. Estos programas se iniciaron en el año 1991 y 2002, respectivamente. Aquí trabaja una Enfermera que es la encargada de tomar los electrocardiogramas (ECG), educar a estos pacientes, entregar la receta de los medicamentos y controlar su estado. Los días de atención son martes para pacientes con Epilepsia, y los días jueves para pacientes con Parkinson. Al igual que el programa anterior también depende del CAE.

Como forma de clasificar a esta población según su nivel socioeconómico, se utilizó la línea de indigencia y pobreza, la cual se determina a través del poder adquisitivo de una canasta alimentaria mensual per cápita y se define como “indigentes a las personas que residen en hogares cuyo ingreso per cápita es inferior a este valor. Vale decir, hogares que aunque

dedicaran la totalidad de sus ingresos a comprar alimentos, no lograrían cubrir adecuadamente las necesidades nutricionales de sus integrantes. Se estimaron dos líneas de indigencia, una correspondiente a las zonas urbanas y otra a las zonas rurales”.

El valor de la línea de indigencia a noviembre de 2003 fue de:

- En la zona urbana: \$21.856
- En la zona rural: \$16.842

El valor de la Línea de Pobreza para las zonas urbanas se obtiene duplicando el valor de la Línea de Indigencia, en tanto que el de las zonas rurales se calcula incrementando en 75 % el presupuesto básico de alimentación estimado para estas zonas, los hogares cuyos ingresos per cápita se encuentren por debajo de estas líneas, están en condiciones de satisfacer sus necesidades alimentarias pero no el conjunto de necesidades básicas, y se definen como "pobres no indigentes".

El valor de la línea de pobreza a noviembre de 2003 fue de:

- En la zona urbana: \$43.712
- En la zona rural: \$29.473

Fuente: MIDEPLAN, Definición ingresos, Encuesta CASEN 2003.

Cabe señalar “además” que existe otro medio de estimación para determinar la clasificación socioeconómica en Chile, es la utilizada por Adimark, la cual es una empresa especializada en Investigación de Mercados y Opinión Pública. Este medio consiste en agrupar según una serie de variables a las familias, otorgándoles una letra que las define. Las variables permiten estimar adecuadamente el nivel socioeconómico, “tenencia de bienes en el hogar, nivel educacional alcanzado por el jefe de hogar”, lo que va muy relacionado con el “nivel de ingreso mensual, y el stock de riqueza acumulado por un grupo familiar”. Existen 5 grupos “ABC1, C2, C3, D, E”, Cada uno presenta una serie de características, “el primer grupo representa al 7,1% de la población total del país, la comuna más representativa en la Región Metropolitana es Las Condes. En regiones Viña del Mar. Con un máximo de 10 bienes, este grupo presenta un promedio de 9,2. El nivel educacional alcanzado es de Universitario Completo. Con un rango de ingreso entre 1.201.000 y 3.500.000 o más de pesos mensuales. En segundo lugar respectivamente se encuentran el 15,4% del total de la población del país. Las ciudades que se ven representadas son La Serena y Punta Arenas, con un promedio de bienes de 7,2. El rango Educacional alcanzado es de Técnico Completo o Universitario Incompleto. Y un ingreso mensual que fluctúa entre 501.000 y 1.200.000 mil pesos mensuales. El tercer grupo que se menciona es “C3”, representando al 22,45 del total del país. Las ciudades mas representativas son Talca y Arica. Con un promedio de bienes de un 5,7. El

nivel Educacional alcanzado es típicamente de Educación Media Completa. Y los ingresos van desde 301.000 a 500.000 mil pesos mensuales. El penúltimo grupo es representado por el 34,8% de la población de Chile. Las ciudades representadas son Chillán y San Fernando, entre otras. Con un promedio de bienes de 4,4. El nivel alcanzado es representado por tener una Educación Media Incompleta, con unos ingresos mensuales que van desde los 161.000 a 300.000 mil pesos. El último grupo que considera esta clasificación es el “E”, representado por el 20,3% del total del país. Las ciudades que identifican a este grupo son Osorno, Los Ángeles y Ovalle, entre otras, con promedio de 2,3 de los bienes. El nivel alcanzado no sobrepasa la Educación Básica Incompleta. Con un rango de ingresos igual o inferior a 160.000 mil pesos mensuales”. (Adimark, 2004).

Si consideramos lo que se ha señalado anteriormente podemos decir que la automedicación no es un problema menor, donde las responsabilidades son de un equipo, por ende el punto principal es **educar** al paciente, hacer una buena valoración, para obtener un buen diagnóstico, siempre observando al paciente desde un punto de vista holístico y tratado como ser integral e individual. La automedicación es un problema que esta en aumento, por ende debe ser investigado y tratado, ya sea por los riesgos que puede tener para la salud de las personas si no lo hacen de manera responsable, pero siempre se debe partir de una base, la cual es un estudio científico que aporte una evidencia, y determinar así la magnitud del problema y para propulsar programas reales y efectivos.

7. OBJETIVOS:

7.1 Objetivo General:

“Determinar el grado de automedicación en los adultos mayores insertos en el programa de patologías crónicas, que se atienden de forma ambulatoria en el Hospital Base de Osorno, durante el segundo semestre del 2006.”

7.1.2 Objetivos Específicos:

- ◀ **Caracterizar:** - Según sexo, edad, nivel de ingreso mensual de la población en estudio.
 - Lugar de procedencia de la población.
 - Nivel socioeconómico.
 - Nivel educacional alcanzado por la población en estudio.
 - Sistema previsional predominante en la población.
 - Estado civil de la población en estudio.
 - Existencia de red de apoyo de la población estudiada.
 - Numero de personas con quien vive.
- ◀ **Establecer:** - Medicamentos que consume la población estudiada para la patología de base.
 - Conocimiento de la población en estudio con respecto a automedicación.
 - Si la población en estudio recomienda la automedicación a terceros.
- ◀ **Determinar:** - Existencia de automedicación en la población en estudio.
 - Motivo más prevalente de automedicación en la población estudiada.
 - Elementos más usados por la población estudiada, al momento de automedicarse, para tratar la patología de base y en caso de presentar una dolencia.
- ◀ **Identificar:** - Sexo con mayor nivel de automedicación en la población en estudio.
 - Distribución por género que se automedique con medicamentos y/o con hierbas, dentro de la población en estudio.
 - Sujeto o establecimiento que fomenta la automedicación en los adultos mayores con patologías crónicas del H.B.O.

-Establecimiento donde adquieren los medicamentos y hierbas la población en estudio.

- Si la población estudiada conoce el mecanismo de acción de los fármacos que se automedican.
- Si la población estudiada conoce los efectos secundarios de los medicamentos que se automedican.
- Si la población en estudio conoce los riesgos para su salud al automedicarse.

8. MATERIAL Y MÉTODO

8.1 TIPO DE ESTUDIO:

8.1.2 Investigación Cuantitativa Descriptiva, de corte Transversal.

Este estudio es de tipo descriptivo, debido a que pretende describir un hecho, sin ser intervenido por la investigadora, con el fin de estudiar ciertas variables, ver con qué frecuencia ocurre cierto fenómeno y lograr una conclusión al respecto.

De corte transversal, debido a que se necesita conocer cierta condición de una población específica en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuándo la adquirieron.

8.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO:

La población que se estudió corresponde a pacientes con patologías crónicas, mayores de 60 años controlados en el Hospital Base de Osorno.

Existen cuatro grupos principales que se controlan en dicho establecimiento que corresponde a un total de 1039 pacientes entre los cuales se encuentran usuarios de Terapia Anticoagulante, personas que padecen de Diabetes (tipo I y II), Epilepsia y Parkinson.

Los criterios de exclusión, corresponde a:

- Pacientes que no estén ubicables telefónicamente o en su domicilio
- Pacientes que se nieguen a participar.

La información se obtendrá mediante la revisión de una planilla Excel y de tarjeteros que contiene los datos del paciente, en el CAE del H.B.O.

8.2.1 Procedimiento de Muestreo y Método:

Según los criterios anteriormente mencionados, la población diana corresponde a 497 personas, por lo cual fue necesario extraer una muestra de ella. Para esto se realizó un estratificado proporcional, donde se tomó un 12 % de cada grupo, dando un total de 62 personas.

<u>Estrato</u>	<u>N° total</u>	<u>Tamaño Muestral(12%)</u>
TAC	-297 personas.	- 35 personas.
Diabéticos	-117 personas.	- 14 personas.
Parkinson	-103 personas.	- 12 personas.
Epilépticos	-10 personas	- 1 personas.

8.3 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

El método de recolección de datos, fue un cuestionario creado por la investigadora, que consiste en 23 preguntas, dividido en 2 áreas, una de información general y la segunda con preguntas dirigidas que permitió determinar el hábito de la automedicación. Las variables fueron clasificadas según su naturaleza con las dimensiones que se desean conocer.

Este cuestionario se aplicó en la fecha de control de cada paciente en el hospital y en el caso de los pacientes inasistentes o los que no les correspondía control, se realizó el contacto por teléfono o a través de una visita domiciliaria, según la accesibilidad de cada persona. Este cuestionario se aplicó en forma verbal por la investigadora, previo a la obtención del consentimiento informado.

8.4. TIEMPO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS:

Se efectuó entre los meses de Octubre, Noviembre y primera semana de Diciembre de 2006.

8.5. PLAN DE TABULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS:

Según el método de obtención de datos, el análisis de los resultados se realizó a través de la planilla Excel, donde se graficaron los resultados a través del análisis de contenidos.

Los resultados obtenidos a partir de la encuesta aplicada a la muestra de los pacientes crónicos controlados en el H.B.O. Se describieron según los objetivos y así se obtuvo una conclusión al respecto.

8.6 DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
Sexo	Características anatómicas que diferencian el ser hombre o mujer.	• Femenino • Masculino.
Edad	Años cumplidos al momento de la entrevista.	• 60-70 años. • 71-79 años. • 80 años y más.
Estado civil	Condición de cada persona en relación a derechos y deberes civiles.	-<u>Soltero</u>: que no ha sido unido en matrimonio. -<u>Casado</u>: unido a una pareja en matrimonio. -<u>Separado</u>: unido a una pareja en matrimonio, pero separado de ésta. -<u>Viudo</u>: persona cuyo cónyuge ha fallecido. -<u>Conviviente</u>: unido a una pareja sin matrimonio
Escolaridad	Nivel de enseñanza educacional formal alcanzada.	-<u>Sin educación</u>: persona que nunca ha recibido educación formal. -<u>Educación básica completa</u>: haber cursado sus estudios hasta 8º año básico cursado. -<u>Educación básica incompleta</u>: no haber cursado la enseñanza básica en forma completa. -<u>Educación media completa</u>: haber cursado sus estudios hasta 4º año medio cursado. -<u>Educación media incompleta</u>: no haber cursado la enseñanza media en forma completa. -<u>Educación universitaria completa</u>: haber cursado sus estudios en una Universidad privada o

		estatal. -<u>Educación universitaria incompleta</u>: no haber cursado la enseñanza universitaria en forma completa. -<u>Educación técnico – profesional completa</u>: haber cursado sus estudios en un Instituto Técnico Profesional. -<u>Educación técnico-profesional incompleta</u>: no haber cursado la enseñanza técnico-profesional en forma completa.
Procedencia	Sector donde vive el paciente.	• Rural • Urbano.
Previsión	Institución que financia total o parcialmente la salud de las personas.	-FONASA A. -FONASA B. -FONASA C. -FONASA D. -ISAPRE. -Ninguna. -Otro.
Red de Apoyo	Persona o institución que el paciente considera como la más importante para enfrentar su enfermedad.	-familiar -vecino -amigo -consultorio -iglesia. -otro.
Perfil socioeconómico	1. Clasificación según el poder adquisitivo del usuario para comprar una canasta alimentaria mensual per cápita.	-Línea de indigencia: Aquellas personas cuyos ingresos son inferiores a: En la zona urbana: \$21.856 En la zona rural: \$16.842 -Línea de pobreza: Aquellas personas cuyos ingresos son superiores a: En zona urbana: \$43.712 En zona rural: \$29.473

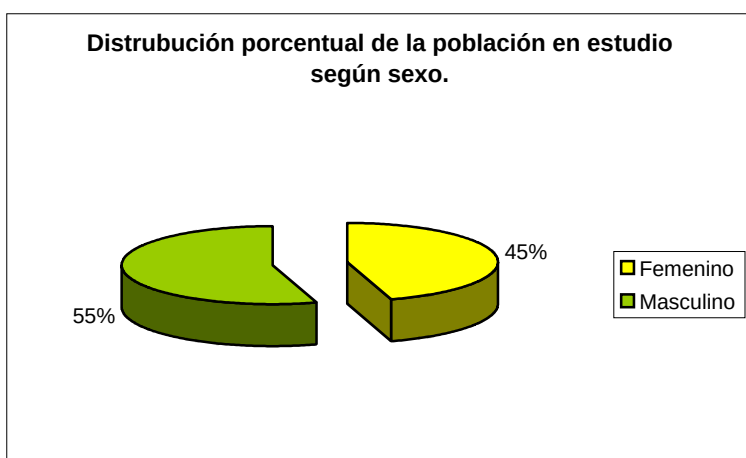
	2. Clasificación según monto de ingreso mensual.	ABC1: Ingreso entre 1.200.001-3.500.000 o más pesos. C2: Ingreso entre 501.000-1.200.000 pesos. C3: Ingreso entre 301.000-500.000 pesos. D: Ingreso entre 161.000-300.000 pesos. E: Ingreso igual o inferior a 160.000 pesos.
Número de personas que comparten la misma casa.	Número de personas que vive en el hogar con el paciente	-solo. - 2. -3 a 5. -más de 6.
Diagnóstico de base.	Enunciado, realizado por un médico y que define la condición clínica del paciente. Es copiado de ficha clínica del paciente.	-Problemas Sanguíneos. -Diabético -Epiléptico -Parkinson
Medicamentos de consumo por la patología actual.	Medicamentos que consume rutinariamente, recetado por el médico. (Respuesta libre, se clasifican en estos grupos).	-Antihipertensivos -hipoglicemiantes -Anticoagulantes -Psicotrópicos -Antinflamatorios -Analgésicos -Antibióticos -Hierbas.
Persona que prescribió esos medicamentos	Profesional responsable de la prescripción de los medicamentos.	-Médico -Farmacéutico. -Enfermera. -Otros.
Conocimiento sobre función de los medicamentos que consume	Información que manejan acerca de los medicamentos que consumen	- Respuesta libre.
Conocimiento de los RAM de los medicamentos que consume.	Información que conoce acerca de los efectos adversos de los medicamentos, que consume.	-Respuesta libre.
Consumo de otros medicamentos, sin prescripción médica.	Consumo de medicamentos por iniciativa propia o de terceros.	• No • Sí ¿Cuál?

Persona o medio que le recomendó el medicamento	Fuente de información del cual obtuvo la información del medicamento.	-Médico -Familiar -Farmacéutico. -Amigo -Vecino -T.V -Radio -Machi -Naturista. -Otros.
Accesibilidad al medicamento.	Medio por donde se obtienen los medicamentos	-Farmacia. -Amigo. -Vecino. -Familiar. -Tienda homeopática. -Otros.
Difusión de Automedicación	Tendencia a recomendar medicamentos a terceros.	• No • Sí.
Causa de automedicación	Motivo de automedicarse	Respuesta libre.
Tipo de automedicación	Automedicación ya sea con medicamentos y hierbas, al presentar alguna dolencia.	-Medicamentos -Hierbas
Riesgo de automedicarse.	Conoce los riesgos de automedicarse.	• Sí ¿Cómo cual? • No • No sabe o no responde
Concepto de automedicación	Lo que las personas entienden, por dicho concepto.	Respuesta libre.

9. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se presentan los datos obtenidos, mediante la aplicación de una encuesta simple, con un total de 23 preguntas dirigidas a los usuarios del programa de crónicos (TAC, Diabéticos, Parkinson y Epilépticos) del área del CAE (Consultorio adosado a especialidades) del Hospital Base de Osorno, con un total de 62 personas encuestadas.

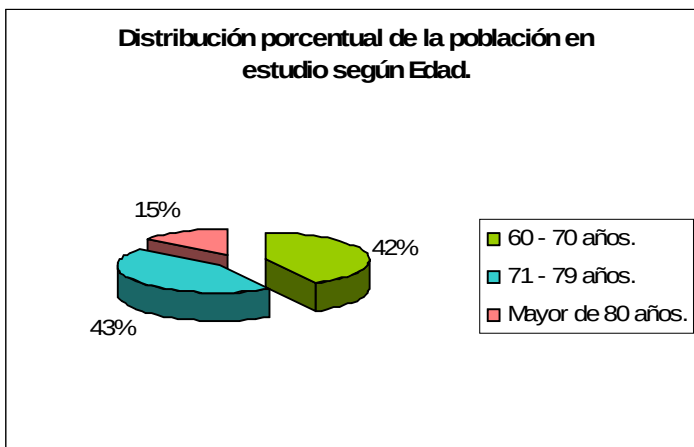
Gráfico 1:



Del total de la población en estudio, se mostró un leve predominio del sexo masculino, por sobre la mitad de la muestra.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

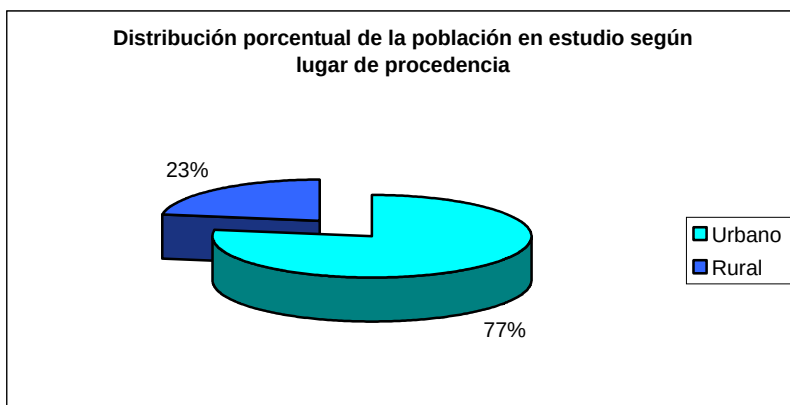
Gráfico 2:



La población en estudio, muestra una concentración de edades entre los 60 a 79 años, representando 5/6 del total.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

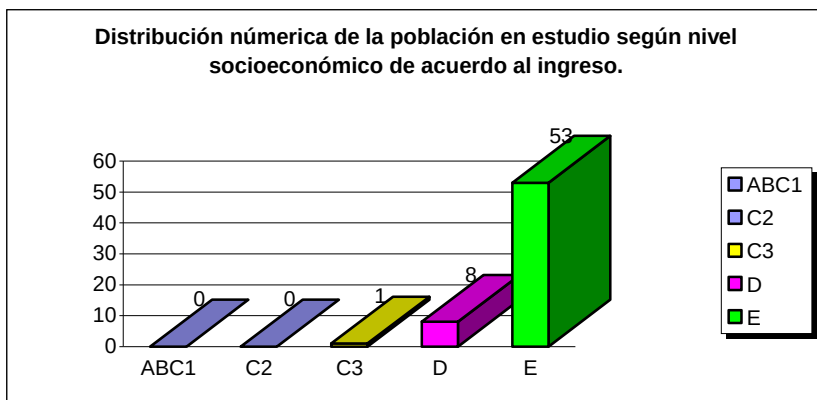
Gráfico 3:



Del total de la población estudiada, sobre 2/3 de ella vive en el área urbana de la décima región de los Lagos.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

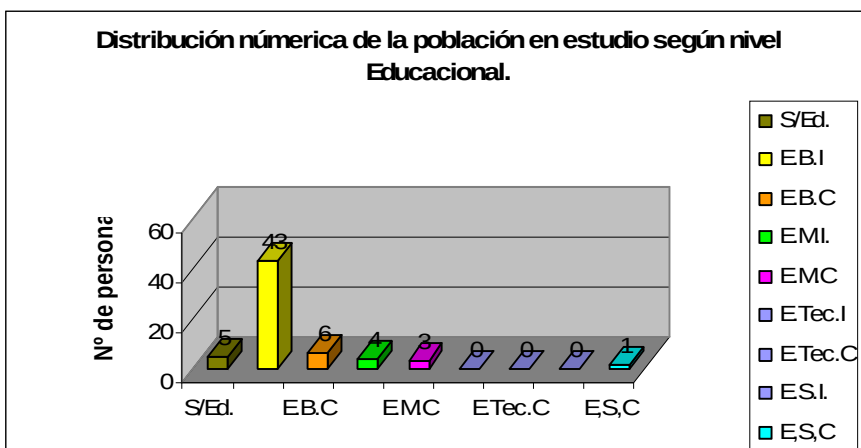
Gráfico 4:



Del total de la población encuestada un 85% pertenecen al rango de estrato socioeconómico bajo, lo que coincidiría con el rango de la ciudad de Osorno, ubicado en este mismo tramo.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio y encuesta Adimark, 2004.

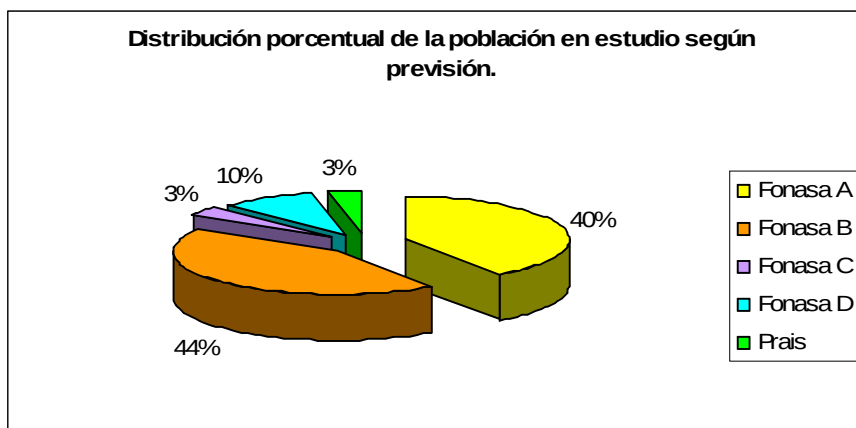
Gráfico 5:



Del total de la población encuestada, 2/3 poseen educación básica incompleta, lo que coincidiría con otro punto mencionado para determinar el nivel socioeconómico. Ubicando a la muestra en el tramo “E”.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio y encuesta Adimark, 2004.

Gráfico 6:

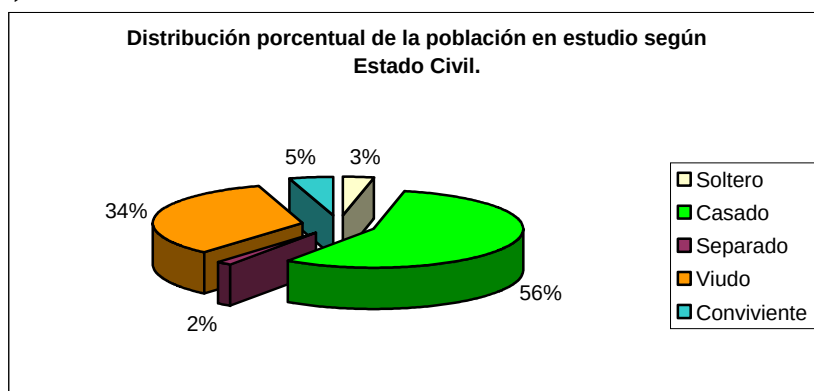


Del total de la población estudiada la mayor cantidad de personas se encuentran en Fonasa B y en Fonasa A, sumando entre ambas el 84%, siendo 4/5 del total, lo que guarda relación con el poder adquisitivo de la muestra, que en su gran mayoría no sobrepasa los ciento sesenta mil pesos.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

Gráfico 7:

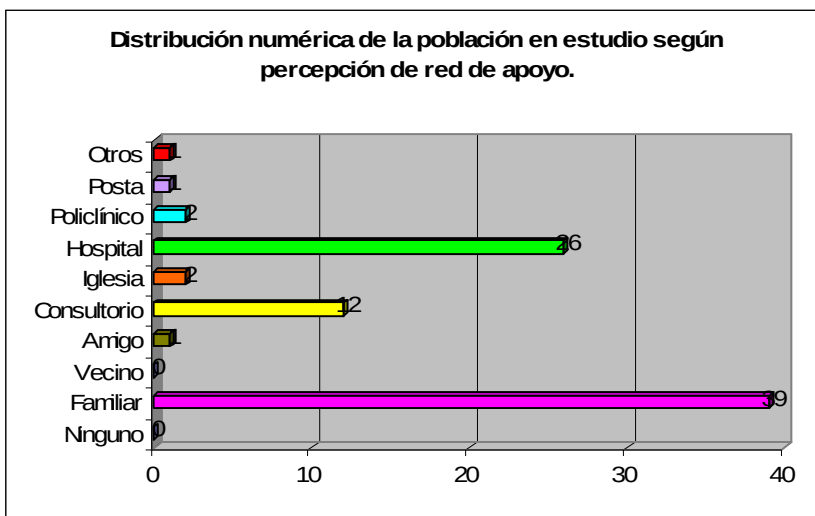
a)



Del total de la población en estudio, más de la mitad de ella se encuentran casados o conviven con alguien, por lo que contribuiría a la red de apoyo.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

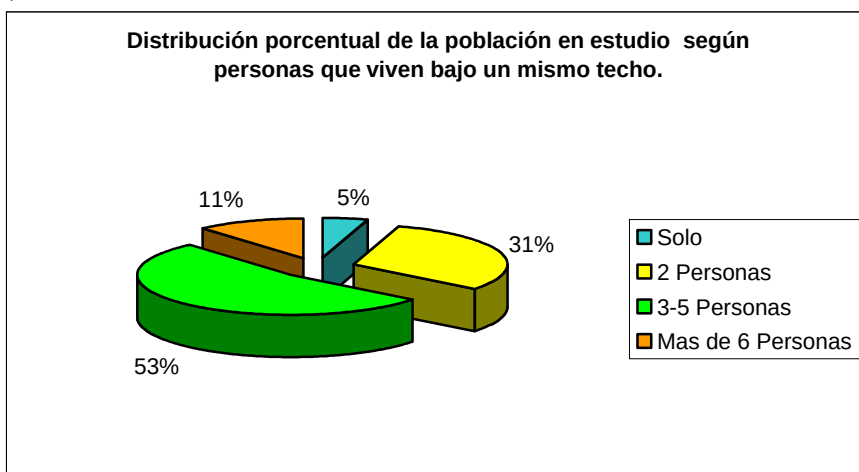
b)



Del total de la población estudiada, el 100% refiere sentirse apoyado por un persona u institución cuando se sienten enfermos. En general la muestra en estudio posee una red de apoyo y los reconoce como tal.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

c)



Casi el total de la muestra convive con más personas en el hogar, lo que contribuiría a la red de apoyo.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

Tabla N° 1

Distribución Numérica de la población en estudio según medicamentos adquiridos con receta médica consumidos por patología de control.

Pacientes Fármaco	Diabéticos	Tratamiento Anticoagulante	Parkinson	Epiléptico
Hipoglicemiantes (Insulina- Glibenclamida)	14	-	-	-
Antihipertensivo (Enalapril)	7	18	6	-
Cardiológicos (Nitrendipino-Digoxina- Propanolol- Atenolol)	4	15	5	-
Anticoagulante (Neosintron)	-	35	-	-
Antiparkincianos (Grifoparkin)	-	-	2	-
Anticonvulcionantes (Fenobarbital- Fenitoína)	-	-	-	2
Tranquilisante (Diazepam- Alprazolam)			4	-

Del total de la muestra, existe un grupo de personas que no recuerda todos los medicamentos que el médico le recetó. Y específicamente existen personas que a pesar de esta recibiendo tratamiento anticoagulante consumen Aspirina, con lo que potenciaría el efecto anticoagulante. Además, se puede observar que un porcentaje no determinado de individuos presenta otras patologías (sin contar la enfermedad que se controla en el C.A.E.) con una mayoría de pacientes cardiópatas e hipertensos.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

Tabla N° 2:

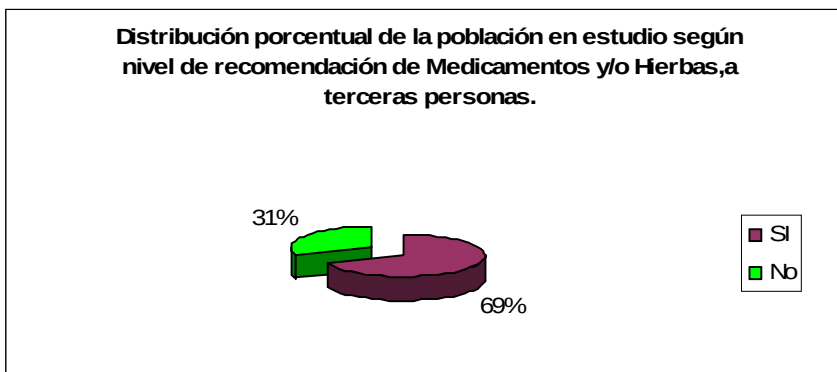
Distribución numérica y porcentual de la población en estudio según concepto de Automedicación.

Concepto de Automedicación	N° de personas	% del N° de personas
1. No saben o no entienden el término.	22	35.4%
2. Medicarse por su cuenta sin ir al Médico.	3	4.8%
3. Tomar tantas pastillas.	5	8.0%
4. Tomar remedios por la cuenta de uno.	6	9.6%
5. Recetarse solos los medicamentos, según lo que le comentan terceras personas.	5	8.0%
6. Tomar remedios que no son recetados por el Médico.	11	17.7%
7. Tomar Antibióticos que no son recetados por el Doctor o tomar de más.	1	1.6%
8. Duplicación de remedios.	2	3.2%
9. Tomar cosas que no corresponde.	1	1.6%
10. Tomar otra clase de remedios.	2	3.2%
11. Es lo que cura todas las enfermedades.	1	1.6%
12. Sobredosis de Medicamentos.	1	1.6%
13. Tomar cosas que no sabe para que se esta tomando.	1	1.6%
14. Por si mismo hace lo que no debe hacer.	1	1.6%
Total de respuestas.	62	100%

Del total de la muestra, $\frac{1}{4}$ supo el concepto, o lo describieron de alguna manera. El resto de la población no lo supo, o tenían un concepto totalmente errado de lo que significa automedicarse. Lo que coincidiría con el nivel cultural de la muestra.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

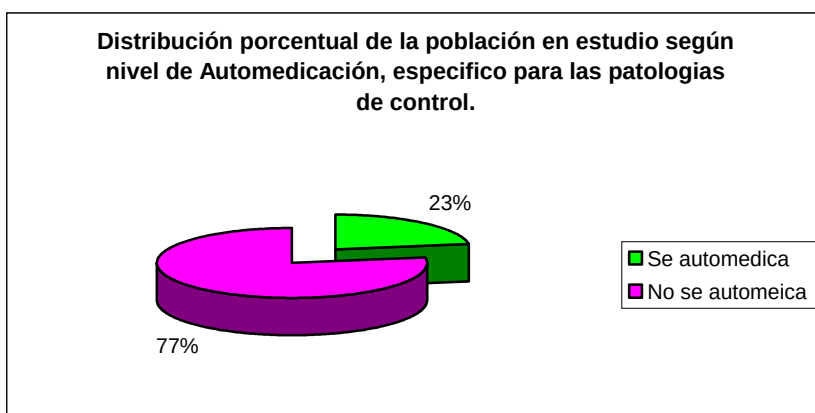
Gráfico 8:



Del total de la muestra, 2/3 de ella reconoció recomendar medicamentos y/o hierbas a terceras personas, lo que contribuye al círculo de la automedicación.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

Gráfico 9:



Del total de la población estudiada, casi $\frac{1}{4}$ de ella refiere automedicarse de los cuales refirieron consumir solo hierbas, como terapia paralela al tratamiento médico. Como lo muestra la tabla n° 2:

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

Tabla N° 3:

Hierbas consumidas por la población en estudio, como terapia paralela al tratamiento médico.

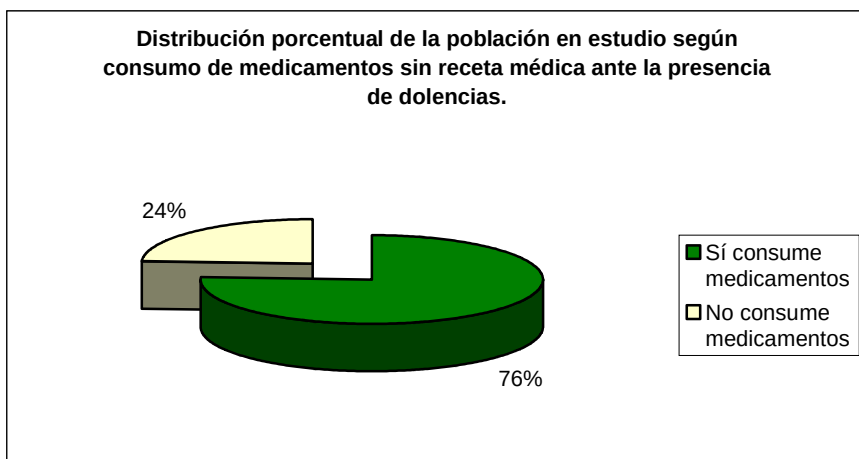
Hierba Medicinal	Propiedades	Efecto Adverso
Epiléptico:		
Llantén	Hipoglicemiante	No sabe
Copihuyo	Hipoglicemiante	No sabe
Diabéticos:		
Pata de Vaca	Hipoglicemiante	No sabe
Té Verde	No sabe	No sabe
No recuerda el nombre	Hipoglicemiante	No sabe
Toronjil Cuyano	Hipoglicemiante	No sabe
Ajenjo	Hipoglicemiante	No sabe
Te Diabético	Hipoglicemiante	No sabe
Menta	Hipoglicemiante	No sabe
Chicayhue	Hipoglicemiante	No sabe
Diente de león más Boldo	Hipoglicemiante	No sabe
Limpia plata- Tiaca- Parrilla Silvestre	Hipoglicemiante	No sabe
TAC:		
Meli	Hipotensor-Eliminar Colesterol.	No sabe
Palqui	Corazón	No sabe
No se acuerda el nombre	Adelgazar la sangre	No sabe.

El cuarto de la población, que refirió consumir terapias paralelas al tratamiento médico, el 100% no conoce los efectos adversos o las precauciones que deben tener al tomar las hierbas que ingieren.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

Gráfico 10:

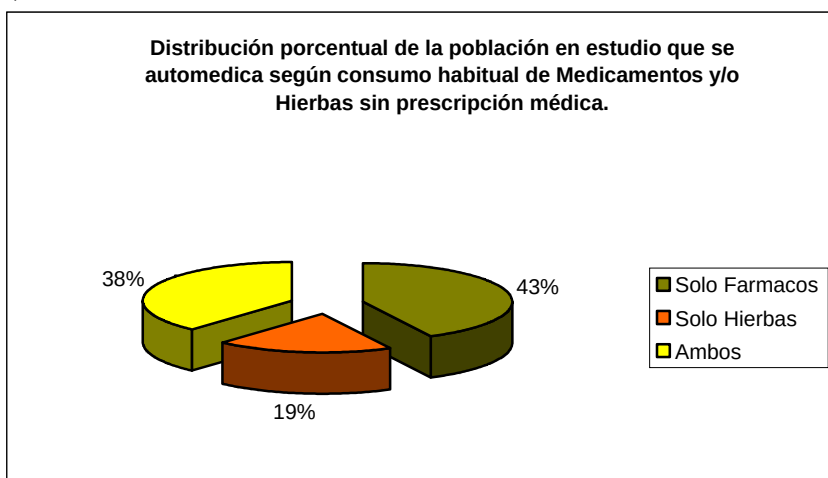
a)



Si comparamos este gráfico, con el anterior podemos analizar que los porcentajes se invierten, por lo que las personas tienden a automedicarse más en caso de presentar dolencias.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

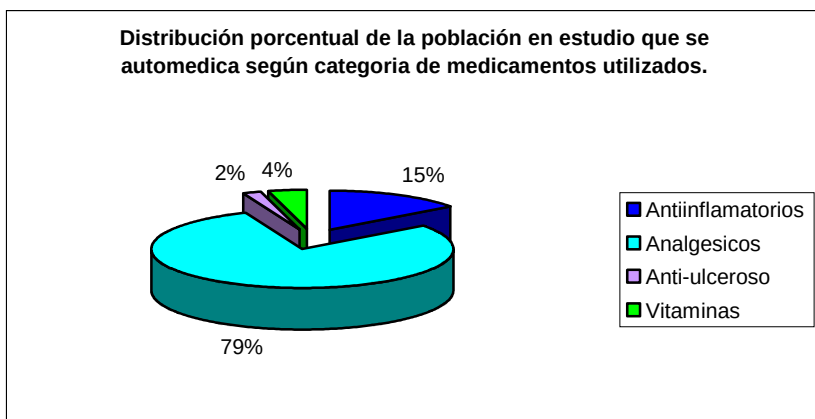
b)



Del total de la población estudiada, 47 personas, correspondiente a un 76 % del total, reconocen consumir medicamentos o hierbas sin prescripción médica. Y el producto más consumido son los medicamentos.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

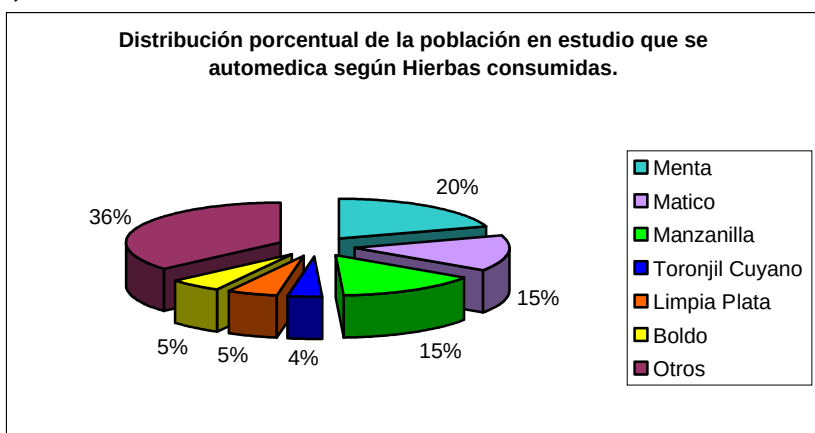
c)



Del total de la población que consume medicamentos sin receta médica principalmente lo realizan con analgésicos, particularmente con “Paracetamol”, y otros como: “Aspirina”, “Dipirona”, “Tapsin” y “Migranol”.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

d)



Del 62% de personas que consume hierbas para tratar algún tipo de dolencia, la hierba más consumida es la “Menta” seguido por el matico y la manzanilla.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

Tabla N° 4:

Distribución numérica de los medicamentos y hierbas, consumidas por la población de estudio y según utilización.

Medicamentos o Hierbas	N° de personas	Utilización
Aspirina	7	Cefalea, Resfrió
Paracetamol	18	Cefalea, dolor de extremidades
Menta	11	Dolor estomacal.
Palque	1	Cefalea
Palquin	2	Cefalea, dolor estomacal.
Dipirona	7	Cefalea, dolor de huesos
Pata de Caballo	1	Resfrió
Matico	8	Aliviar Acidez estomacal, “limpia la sangre”.
Boldo	3	Aliviar Acidez estomacal, Hipotensor.(esta bien dicho)
Cadillo	1	Diurético.
Manzanilla	8	Resfrió, dolor de vejiga, Dolor estomacal.
Diclofenaco	7	Dolor muscular, Antipirético.
Migranol	2	Cefalea.
Tapsin	4	Cefalea, resfrió.
Aceite de Lobo	1	Dolor de extremidades.
Agua de las Carmelitas	1	Problemas cardiacos.
Toronjil Cuyano	2	Cefalea, dolor estomacal.
Pastilla de carbón.	1	Antidiarreico.
Té de Arroz quemado.	1	Antidiarreico.
Limpia Plata	3	Diurético.
Piretanil	1	Síntomas del resfrió
Paico	1	Dolor estomacal
Limón	1	Hipotensor
Palo Santo	1	Hipotensor
Llantén	1	“Huesos”.
Boca de León	1	“ Hígado”
Hierba Completa	1	Problemas Bronquiales, “Riñones”.
Pichipichi	1	Dolor de espalda
Poleo	1	Dolor estomacal.
Mejoral	1	Cefalea.

Del total de la población que se automedica cuando presenta una dolencia, la mayoría lo hace con analgésicos, como se mencionó en el grafico anterior, utilizados gran parte de ellos para

tratar la cefalea. Y en cuanto a las hierbas principalmente son usadas para tratar molestias estomacales.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio

Tabla N° 5:

Distribución numérica y porcentual de la población en estudio según motivación por el cual se Automedican.

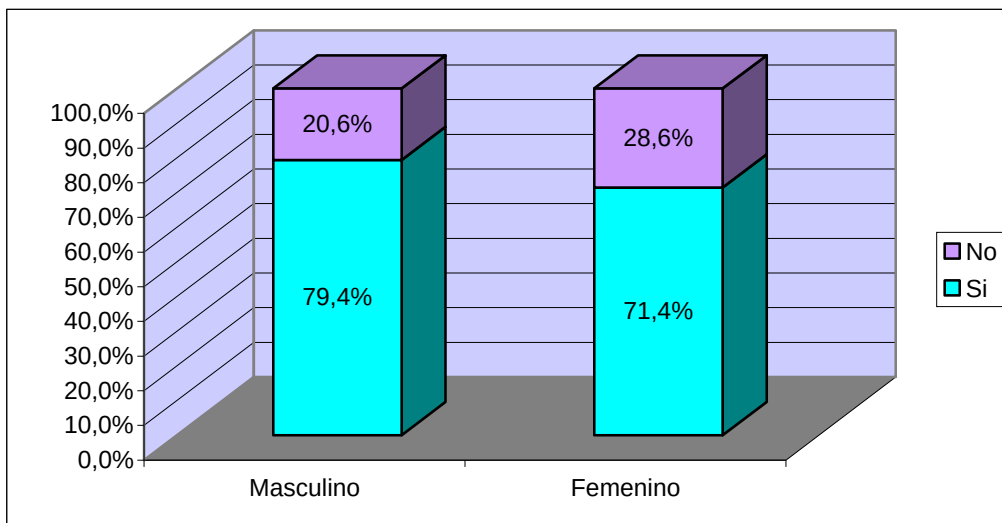
Respuesta Libre	N° de respuestas	% del N° de respuestas
1. “Más fácil que ir al Médico.”	23	40.3%
2. “Porque uno le tiene fe.”	9	15.7%
3. “Ayuda a los Fármacos que uno toma”	2	3.5%
4. “Lo sigo tomando después que el médico lo receto.”	14	24.5%
5. “Porque con eso le pasa.”	6	10.5%
6. “Están en todos los lugares.”	1	1.7%
7. “Económico.”	1	1.7%
8. “Porque terceras personas le han dicho que son buenos.”	1	1.7%
Total de respuestas	58	100%

Del total de personas que consumían medicamentos y/o hierbas, en su mayoría refiere que el motivo por el que se automedican, es que les resulta más fácil que ir al médico y esperar que len den hora. Y en segundo lugar, porque lo siguen tomando después que el médico se los indicó. Y en un menor número, porque le tienen fe a los medicamentos o hierbas que consumen, porque se les pasa la dolencia que los afecta, etc.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio

Gráfico N° 11:

Distribución porcentual de la muestra en estudio según sexo y automedicación

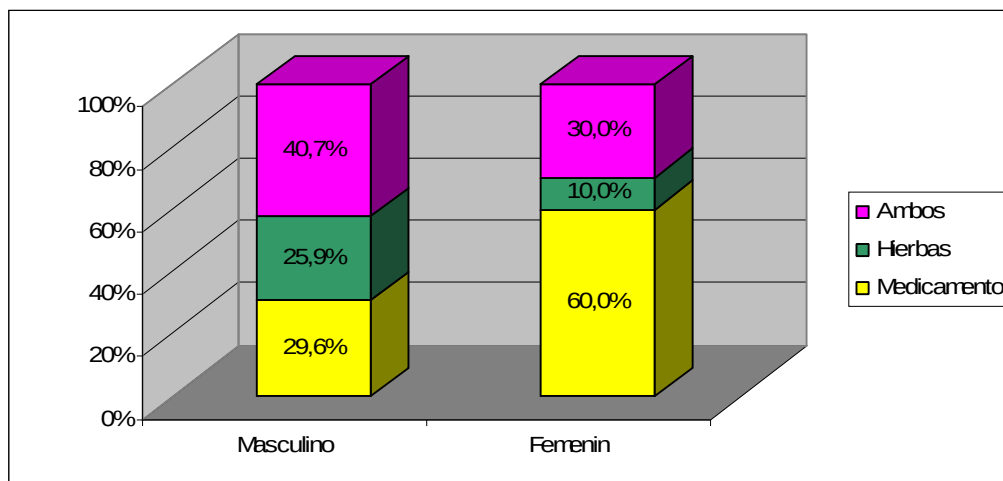


Se puede observar que la proporción de personas que se automedican es parecida en ambos sexos, con una leve tendencia al sexo masculino.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

Gráfico N° 12:

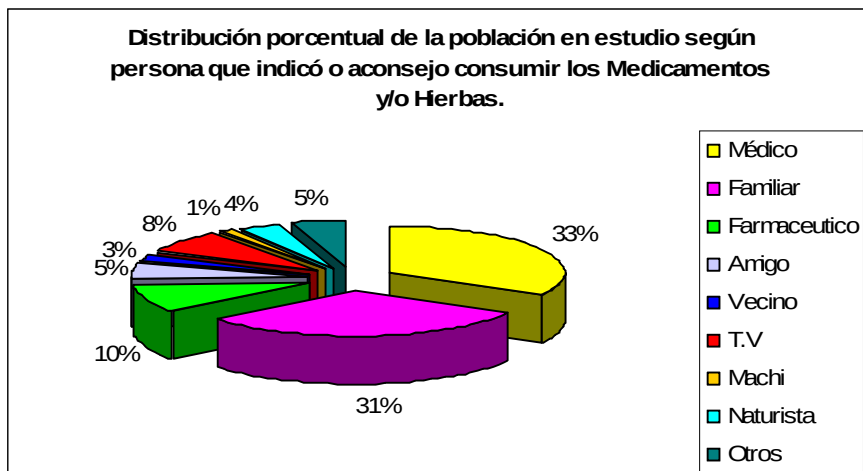
Distribución porcentual de las personas que se automedican según sexo y tipo de automedicación



Se observa que la muestra que se automedica, los hombres casi triplican a las mujeres en automedicación con hierbas, pero las mujeres duplican a los hombres en automedicación con medicamentos.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

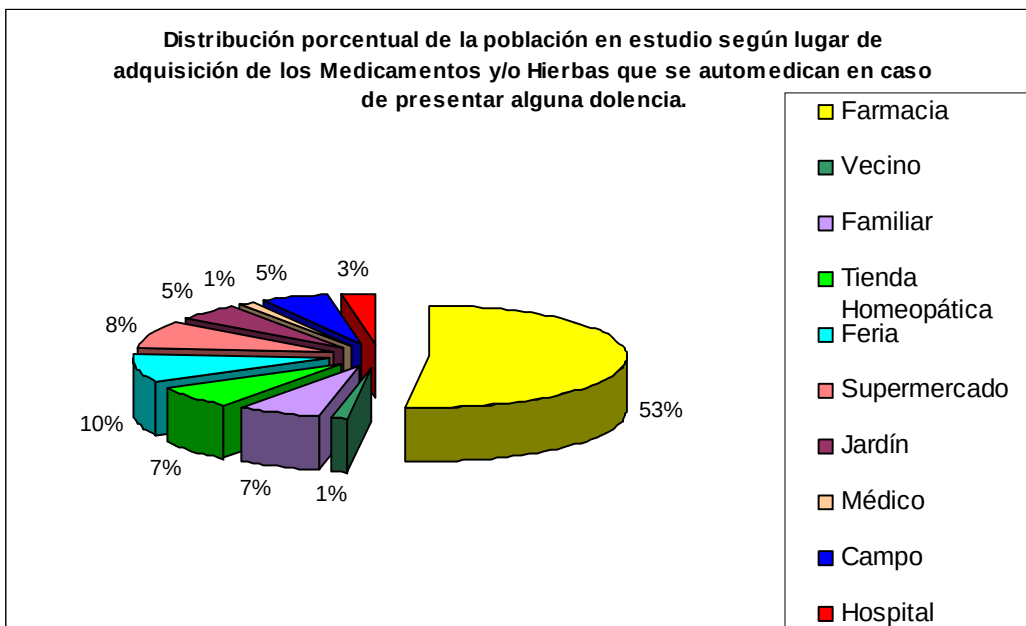
Gráfico 13:



Del total de la población que consume medicamentos y/o hierbas, el 67% fueron personas no médicas quienes les recomendaron consumir los productos antes mencionados. Muy importante para la investigación porque, son personas que no poseen los conocimientos y no deben recetar.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

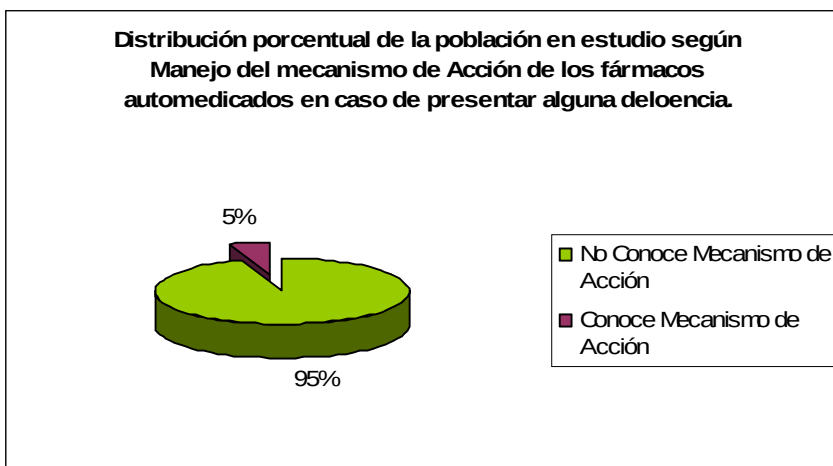
Gráfico N° 14:



De las 47 personas que refirieron automedicarse, la mitad de ella adquiere los productos en una farmacia principalmente del consultorio y el resto consigue las hierbas en lugares como los campos, feria, entre otros. Lo que coincidiría con el bajo poder adquisitivo de la población.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

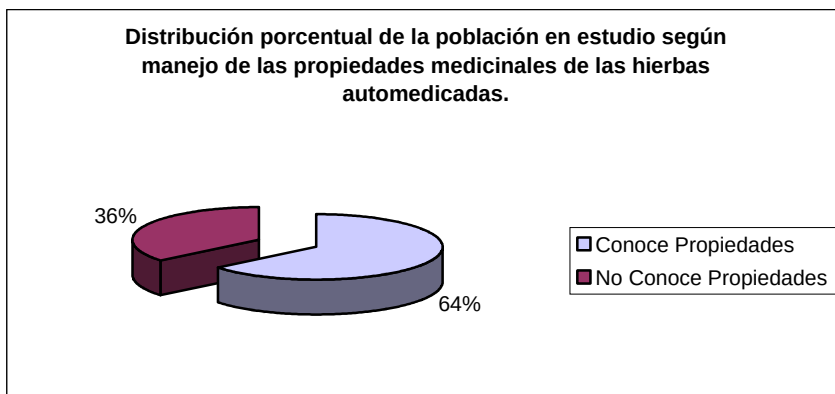
Gráfico N° 15:



De las 38 personas que reconocen automedicarse con fármacos, sólo un pequeño porcentaje conoce el mecanismo de acción de ellos. Guardando relación con el bajo nivel educacional de la muestra.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

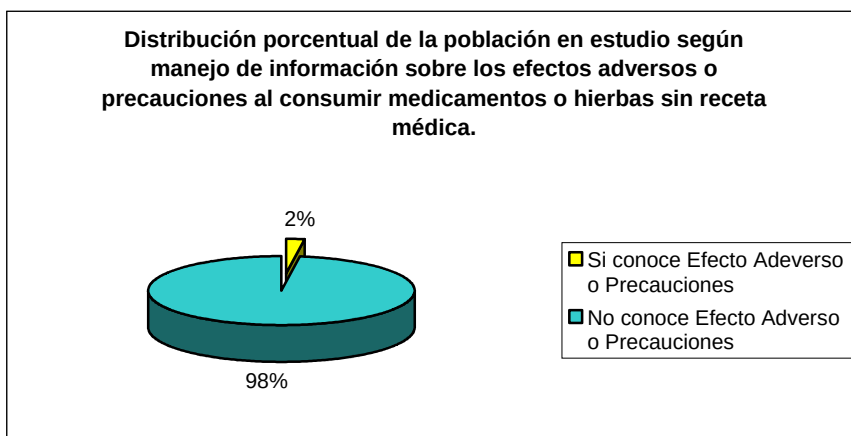
Gráfico N° 16:



De las 27 personas que reconocieron automedicarse con hierbas, casi 2/3 de ella conocían las propiedades medicinales de las hierbas que consumían y el resto reconoció vagamente este punto o no se acordaban del nombre de las hierbas que tomaban o simplemente las tomaban diariamente después del almuerzo como costumbre, pero sin saber porque.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

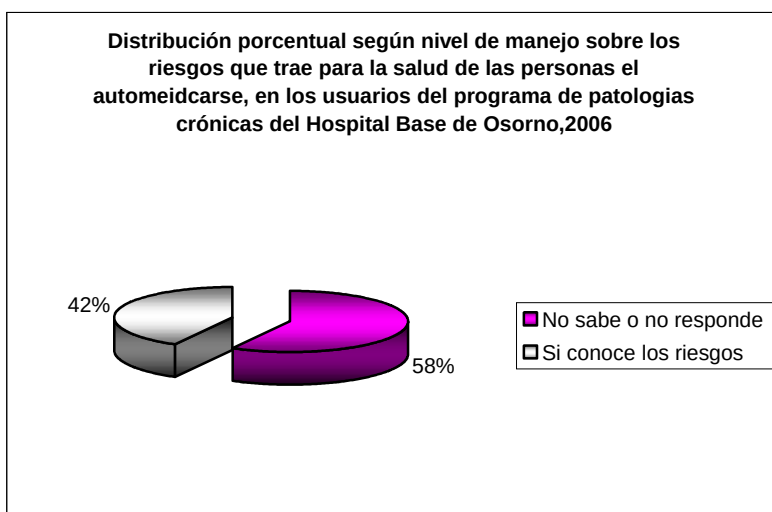
Gráfico N° 17:



Del total de la población que consume medicamentos y/o hierbas (47 personas), para tratar algún tipo de dolencia, casi en un 100% no conoce los efectos adversos y las precauciones que deben tener al tomar fármacos o algún tipo de hierbas. Lo que está muy relacionado con el nivel cultural alcanzado por la población.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

Gráfico 18:



De las 47 personas que reconocieron automedicarse, más de la mitad no conoce los riesgos para su salud llevar esta practica, lo que concuerda, con que sólo un cuarto de la población sepa que significa automedicarse.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

Tabla N° 6:

Distribución numérica y porcentual de la población en estudio según concepto que manejan en relación a las repercusiones en salud, que pueden tener al automedicarse.

Concepto	N° de respuestas	% del N° de respuestas
1. Tiene que hacer mal, puede tomar lo incorrecto.	1	3.84%
2. Aumenta la presión arterial.	1	3.84%
3. Infarto Agudo al Miocardio	2	7.69%

4. Envenamiento.	2	7.69%
5. Intoxicación	5	19.2%
6. Caer mal	1	3.84%
7. Puede hacer mal al corazón	2	7.69%
8. Puede hacer mal al riñón	1	3.84%
9. Dependencia	1	3.84%
10. Desmayos	1	3.84%
11. Daño a los órganos	1	3.84%
12. Alivia una cosa y enferma otra.	1	3.84%
13. El organismo lo puede rechazar.	1	3.84%
14. Salen malos los exámenes.	2	7.69%
15. Morir	4	15.38%
Total de personas	26	99.9%

En general las opiniones se ven muy divididas, las respuestas más mencionadas fueron, “Intoxicación” y “Morir”, con un 34,5%. Sin embargo del total de la población que se refirió al tema, solo 10 personas respondieron en forma correcta o se acercaban de alguna manera a ella.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

- ❖ El total de la población encuestada, presentaba ingresos per cápita superior a 45.000 mil pesos, por lo tanto el 100% de la población se encuentra sobre el nivel de pobreza según el poder adquisitivo para contar con una canasta familiar.
- ❖ Del total de la población en estudio, 15 personas no recordaron qué medicamentos consumían diariamente o sólo se acordaban de algunos de ellos, lo que corresponde a un 24.1% del total de personas encuestadas.
- ❖ En promedio, los usuarios del programa de patologías crónicas consumen 5,66 fármacos cada uno.
- ❖ Del total de la población estudiada, casi en un 100% refiere consumir fármacos por indicación médica y sólo en una oportunidad, alguien refiere tomar sus medicamentos por indicación de la enfermera.

- ❖ En promedio, las personas que se automedican cuando presentan una dolencia, consumen 2.32 hierbas y 1.29 medicamentos por persona.

Fuente: Datos obtenidos de cuestionario aplicado a población en estudio.

10. DISCUSIÓN

La salud es algo invaluable para cada persona, donde claramente cada individuo le otorga el grado de importancia según sus intereses, pero que es capaz de hacer cada uno para tratar de mantenerla y no verse vulnerables frente a la amenaza de estar enfermos. Según Dorotea Orem (Marriner, 1999:181): “cada individuo tanto joven o maduro trata de forma deliberada de mantener su bienestar, un buen estado de salud y prolongar el desarrollo”. Para esto, la enfermera debe ser capaz de identificar las habilidades potenciales de cada individuo para que éste pueda satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener su vida y su salud. Es aquí donde pueden tratar de buscar soluciones y acudir de alguna manera a que uno o terceros diagnostiquen una enfermedad y se automediquen. Es por eso que la labor de enfermería es fundamental al momento de guiar y educar a la población y así puedan continuar aprendiendo y desarrollando capacidades de autocuidado, para que cada uno de ellos sea capaz de tomar sus propias decisiones pero con las herramientas propicias para hacerlo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere al respecto y lo llama la “Automedicación responsable”, pero se acomoda más bien a los países desarrollados y nosotros quedamos fuera de ese margen.

Como se ha establecido en el objetivo general en este estudio, se pretendió determinar el grado de automedicación en los adultos mayores insertos en el programa de patologías crónicas del Hospital Base de Osorno, asumiendo que existe un grado de ésta en el usuario; para tal efecto en estudio se realizó considerando ciertas variables que caracterizan a dicha población, como lo son el perfil socioeconómico, grado de educación, sexo y edad, por otra parte, se pretendió, además determinar con que medicamentos lo hacen y si realmente están enterados de lo que conlleva realizar este acto, como así mismo si promueven esta actividad entre sus pares, transformándose en un círculo vicioso.

Uno de los grupos etáreos más vulnerables de padecer trastornos de salud son los Adultos mayores, grupo que va en aumento según lo reflejan los últimos censos, aseveración respaldada por los resultados obtenidos en la encuesta (CASEN, 2003.), donde este grupo suma un 11,66% del total de la población de Chile, cifra que se incrementará a medida que transcurran los años; por otra parte cabe señalar que al ser más vulnerables a enfermarse por el deterioro propio de la edad, consumen uno o más medicamentos para tratar de solucionar la o las patologías que lo afectan, reiterando que el nivel cultural y socioeconómico juegan un papel fundamental en la práctica de la automedicamentación.

El universo de esta investigación está constituida por 62 personas mayores de 60 años, en su mayoría son individuos que presentan entre 60 y 79 años y sólo 1/6 son mayores

de 80 años. En cuanto al sexo de la población hubo una inclinación por el sexo masculino con un poco más de la mitad de la muestra.

El 100% de la población encuestada ésta adscrita a una entidad que financia su salud. Del total de ella, la mayor cantidad de personas se encuentran en Fonasa B con un 44%, en un menor porcentaje en Fonasa A con un 40%, siendo los dos grupos más importantes, sumando entre ambas el 84%, siendo 4/5 del total. Luego sigue con un 10% Fonasa D y más abajo con un 3% los pertenecientes a Fonasa C y Prais. Por lo tanto el 100% de los casos pertenece a un medio financiado por el Estado.

En relación al nivel educacional alcanzado por la población en estudio, la mayoría tiene educación básica incompleta con un 69%, y si lo relacionamos con su nivel socioeconómico, podemos mencionar que un 43% recibe mensualmente su jubilación y el resto recibe distintos tipos de pensiones como de vejez, viudez, y en un 2% de gracia. Donde el grupo en su 100% es capaz de adquirir una canasta familiar, por ende los dejaría fuera de la línea de indigencia, pero sobre la línea de pobreza. Para ser un poco más específico, en este análisis la muestra se agrupó en una serie de rangos que van de la letra “E a la ABC1” según Adimark(2004), empresa especializada en asuntos de mercado, donde notablemente existe un predominio del grupo “E” con un 85 % del total, o sea con un sueldo inferior a 160.000 mil pesos, en el cual Osorno coincidiría en ese rango (Adimark, 2004). Seguido de esto el grupo “D” con un 12,95% del total, lo que guarda relación con el nivel educacional alcanzado por la mayoría, 43 personas sólo alcanzaron la educación básica incompleta, clasificando así a la población en un estrato socioeconómico bajo, lo que determinaría ciertas conductas en relación a su salud, como un escaso conocimiento sobre las propiedades medicinales de los fármacos que consumen y de los efectos adversos que pueden tener si no se toman las precauciones debidas.

Por otro lado, como lo menciona Godfrey Hochboun (Arrivllaga, M. 2003), en su modelo de “Creencias en Salud”, las personas se ven amenazadas por la presencia de una enfermedad o un síntoma, y se van a ver vulnerables frente a esto, pero eso puede variar según los conocimientos que posea la persona sobre el tema o las experiencias previas que haya tenido, y por las creencias que posean sobre la posibilidad de reducirlas, por ende, si los conocimientos son escasos en el tema, estas personas pueden no verse vulnerables, porque no saben o no entienden lo que les sucede, pero por otro lado pueden sufrir un efecto contrario de asustarse mucho porque no saben nada. Pero si analizamos el factor de las creencias que ellos depositan en la esperanza y en la eficacia de las medidas concretas para reducir el temor, lo podemos ver en el porcentaje que refiere no automedicarse recibiendo tratamiento médico específico para su patología el cual es de un 77%, por lo que se deduce que la mayoría cree en el tratamiento que sigue. Pero no así, el 23% restante que utiliza hierbas como método de colaboración para su tratamiento, donde todas estas son utilizadas como hipoglicemiantes para ayudar en el tratamiento de la Diabetes, donde la OMS (Ginebra, 2004), “apoya el uso de medicina alternativa paralela al tratamiento médico pero cuando se ha demostrado su utilidad

y que implica un riesgo mínimo para la salud del individuo, incentivando así a los gobiernos a que faciliten la información a sus usuarios.”

Si continuamos analizando el Modelo de Godfrey Hochbourn y vemos qué hacen para tratar de reducir ese sentimiento de amenaza, podemos decir que un 76% reconoce automedicarse cuando presentan algún tipo de dolencia, (resultado que estaría por sobre lo indicado por el Instituto de Salud Pública equivalente a un 60% de quienes consumen medicamentos lo hacen sin una receta médica), lo que estaría demostrando que los usuarios del programa tratan de aliviar este sentimiento de amenaza y así verse menos vulnerables, pero aumentarán el riesgo de sufrir interacciones medicamentosas, como lo menciona (Levy, M. acceso 2006), en su artículo “Automedicación en el Anciano”. El peligro de esta actividad recae aún más en los vagos conocimientos que poseen, esto se ve reflejado en que sólo un 5% refiere saber el mecanismo de acción de los medicamentos que consumen por su cuenta. La cifra varía cuando se refiere a las propiedades de las hierbas que consumen, un 64% refiere estar en conocimiento, lo que eso se explicaría por el uso popular de ellas y que son conocimientos traspasados de generación en generación. Otro punto que vale la pena mencionar es el manejo que hacen las personas sobre los efectos adversos de los medicamentos con que se automedican, donde sólo una persona refiere conocerlos incluyendo las precauciones que debe tener al ingerir los medicamentos o hierbas que utilizan para automedicarse, sin olvidar que en Chile se han registrado algunos casos de daños producidos por la mezcla de hierbas con otros compuestos, o por la utilización inadecuada de fórmulas homeopáticas por lo cual pasaría a ser un problema de salud pública (Navarrete, 2005).

Sin bien es cierto que el ser humano es responsable de sus propios actos, no es menos cierto que éste puede verse influenciado por otras personas o lo que es muy común en este grupo etéreo ser parcial o totalmente dependiente de terceras personas, en el caso del grupo investigado, un poco más de la mitad de la población se encuentran casados o conviven con alguien, y un 39% restante ha enviudado, son solteros o separados. Un 5% vive solo, y el restante 95% convive con 2 o más personas. Lo que concuerda que al momento de preguntarles por quien se sienten apoyados cuando se encuentran enfermos, 39 personas respondieron por un familiar y en segundo lugar por el hospital con una adhesión de 26 personas, donde el 100% refirió sentirse apoyado por alguien lo que se deduce que todos cuentan con una red de apoyo.

Otro punto que hay que analizar, son los medicamentos y/o hierbas que consumen los usuarios del programa de patologías crónicas del H.B.O. En el estudio se subdividieron en dos partes: primero establecer que medicamentos recetados por el médico consumen para tratar la patología de base, y si consumen algún tipo de producto por su cuenta para tratar su enfermedad. Segundo, los medicamentos y/o hierbas consumidas por propia voluntad del usuario al momento de presentar una dolencia. En el paciente con Epilepsia los medicamentos recetado por el médico más consumidos fueron la Fenitoína y Fenobarbital en iguales cantidades, en los usuarios de TAC, fueron el Neo-sintrom y Enalapril, además se puede

observar que un porcentaje no determinado de individuos presenta otras patologías con una mayoría de pacientes cardiopatas e hipertensos. Por su parte los pacientes con Diabetes el 24% se controla con insulina, pero además un pequeño porcentaje de la muestra correspondiente a personas de los tres grupos mencionados anteriormente, reconocieron consumir hierbas como método para ayudar en su tratamiento, que eran utilizadas como hipoglicemiente, y en el caso de los pacientes con TAC, eran usadas para “adelgazar la sangre”, para “disminuir el colesterol” y para “el corazón”, con el fin de ayudar en su tratamiento.

En los pacientes con Parkinson, los medicamentos recetados por el médico más usados eran para tratar problemas cardio-circulatorios y en segundo lugar los antiparkinsonianos, como Grifoparkin, Diazepam, Alparazolam. Pero, hay que considerar que un grupo importante de personas del total de la muestra no recuerdan todos los medicamentos que el médico les recetó.

Siguiendo con el segundo tema tratado anteriormente, se les preguntó “en caso de presentar alguna dolencia, ¿consumen algún tipo de medicamento y/o hierba” que no haya sido recetado por el médico?, la cifra de automedicación fue de $\frac{3}{4}$ del total de la muestra, de los cuales un 43% para quienes consumen sólo fármacos y en menor cantidad con un 19% sólo hierbas, pero un 38% menciona consumir ambos productos, por lo tanto habría una mayor ingesta de fármacos que de hierbas, lo que otorgaría una cifra mayor que el estudio realizado en Cajamarca (Llanos, 2001.), donde el 36.19% reconoció haber comprado medicamentos sin receta médica en los últimos tres meses, pero si lo comparamos con los resultados obtenidos del estudio realizado en Chile “Automedicación en individuos de la Región de la Araucanía con problemas musculoesqueletico” (Riedemann. J. 2001), podemos ver que un 64,7% reconocieron automedicarse, rango que se asemejaría más al resultado del estudio. Por otro lado, en esta investigación el sexo no fue una tendencia muy marcada ya que la proporción que se automedica es muy parecida en ambos sexos pero con una leve inclinación a los hombres lo que se asemejaría con el estudio realizado en Chile mencionado recién, los porcentajes son similares pero con una pequeña tendencia al sexo femenino. Si desglosamos el valor anterior, y vemos que género se automedica más con medicamentos y con hierbas el resultado tiende a variar. En cuanto al consumo del primero, son las mujeres quienes refieren ingerir más medicamentos, pero el resultado cambia al preferir las hierbas o productos naturales, son los hombres quienes predominan en esta área con $\frac{4}{5}$ del total de la población quienes se automedican con hierbas.

Cabe señalar, además, que en Chile según lo informado por una cadena nacional de farmacias los medicamentos de consumo indiscriminado son los antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios, en nuestra población son los analgésicos los medicamentos más consumidos, con un 79% de los cuales el principal es el “Paracetamol”, seguido de la “Aspirina”, “Dipirona”, “Tapsin” y “Migranol”, en un 15% antiinflamatorios como “Diclofenaco”, entre otros. Donde no hay que olvidar lo mencionado por el CITUC (Ríos, 2006) que de los 12.787 casos de intoxicación 286 fueron por la ingesta de paracetamol, por lo que se debería prevenir esta situación y educar a la población sobre las precauciones de consumir este fármaco. Y a su vez, con lo descrito en el estudio “Automedicación en individuos de la Región de la Araucanía

con problemas musculoesquelético” (Riedemann, 2001), donde coincidió en los productos consumidos pero no el orden de preferencia.

En cuanto a las hierbas la más consumida es la “Menta” con un 20% muy cerca sigue “Manzanilla” y “Matico” con un 15% cada uno, luego en un menor porcentaje, “Limpia Plata”, y el “Boldo”.

Continuamos profundizando en el tema y preguntamos al igual que lo hicimos anteriormente, si conocían las propiedades de los medicamentos y hierbas que se automedicaban en el caso de presentar alguna dolencia, los resultados fueron acorde al nivel educacional de la muestra debido que sólo un pequeño porcentaje conocía las propiedades medicinales de los medicamentos pero el resultado cambió en cuanto al conocimiento de las propiedades medicinales de las hierbas, ya que 2/3 de las personas que las consumen conocían sus usos.

El médico naturista Héctor Monfort, presidente de la Asociación de médicos homeópatas de Chile (citado en Netsaluti, 2005), refirió que "en los países latinoamericanos es común la presencia de muchos botánicos caseros, que no tienen conocimientos profesionales sobre el uso de las hierbas. Muchas veces el primo o el compadre es quien hace las recomendaciones”, lo que concordaría con el resultado obtenido en este estudio, el cual señala que del total de la muestra que refieren automedicarse la gran mayoría lo hace porque alguna vez el médico le indicó consumirlos y continuaron haciéndolo, y por que fue un familiar quien le aconsejó tomarlos.

Del total de las personas que afirmaron automedicarse, la mitad de la población refirió adquirir los medicamentos en la farmacia y en un 10% en la feria seguido del supermercado, jardín, campo, entre otros. Lo que coincidió con el estudio realizado en Cajamarca (Llanos, L. 1999-2000), donde la primera mayoría también adquirieron los medicamentos en la farmacia y en el estudio realizado por el colegio de farmacéuticos de Barcelona (citado en Medicina TV, 2002) también fue en la farmacia donde los adquirieron. Las principales motivaciones que llevaron a los usuarios del programa de patologías crónicas del H.B.O a adquirir medicamentos y/o hierbas sin receta fueron: “Es que me resulta más fácil que ir al médico y esperar que me den hora”. Y en segundo lugar, “porque lo sigo tomando después que el médico me lo recetó”. Y en un menor número, “porque uno le tiene fe”. En cuanto al concepto que ellos manejan sobre automedicación, el total de la población respondió lo siguiente: 22 personas (35,4%) no entendieron o no sabían el concepto, pero vale la pena mencionar que es una población con un nivel educacional bajo, y que un porcentaje de ella presenta patologías que deterioran la capacidad intelectual. En segundo lugar 11 personas (17,4%) respondieron “tomar remedios que no son recetados por el médico”, en tercer lugar 6 personas (9,6%) mencionaron “Tomar remedios por la cuenta de uno”, lo que en general coincidiría con el concepto del Sistema Nacional de Salud “consumo de medicamentos,

hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico” (Sistema Nacional de Salud, 2000). Por otro lado, el Ministerio de Salud (MINSAL) la define como, “el uso de medicamentos por decisión propia, o por consejo de otra persona que no tiene conocimientos sobre los medicamentos o la enfermedad” (MINSAL 2000). Pero en total sólo 25 personas manejaban el concepto o lo describieron de alguna manera. Pero en ningún momento las respuestas coincidieron con la investigación impulsado por el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona (citado en Medicina TV, 2002), que la mayoría respondió “que automedicarse es auto diagnosticarse a si mismo e ir a la farmacia a comprar un medicamento sin receta médica”, pero este estudio no hace alusión al nivel cultural y educacional de la población, lo que podría explicar las diferencias en las repuestas.

Según la OMS, ellos apoyan la “*automedicación responsable*”, la cual consiste en que el paciente conozca las propiedades medicinales, junto con los efectos adversos de lo que está consumiendo y saber los riesgos que implica para su salud realizar esta actividad. El gobierno también tomó cartas en el asunto y configuró una guía de uso racional de medicamentos (Minsal, 2006), pero lamentablemente no se conoce si en este caso se aplica, como método para educar sobre el uso de los medicamentos y precauciones que deben tener con éstos. En el estudio se les preguntó a toda la población si conocían el peligro de la automedicación, tema al que se hace alusión en una conferencia realizada en Argentina (Urtasun, 2005) en la cual se mencionan problemas como: “diagnóstico erróneo basado en síntomas; retraso en obtener el tratamiento correcto; uso de dosis excesivas o inadecuadas; interacciones medicamentosas no detectadas; entre otros. Las respuestas dentro de la muestra del estudio fueron muy variadas, más de la mitad de ella refiere no saber nada al respecto, sin embargo de las personas que si respondieron surgieron opiniones muy divididas, las respuestas más mencionadas fueron, “Intoxicación” con un 19.2% y “Morir” con un 15.38%. Sin embargo del total de la población que se refirió al tema (26 personas), sólo 10 de ellas respondieron en forma correcta o se acercaban de alguna manera a ella. Lo que nos permite ver la desinformación al respecto.

Respecto a la población en estudio, un 76% refiere automedicarse, donde 2/3 de ella reconoció recomendar medicamentos y/o hierbas a terceras personas y el tercio restante refirió no incitar a la automedicación a otros. Por lo tanto, casi es la misma cantidad de personas que se automedican y recomienda medicamentos y/o hierbas a terceros.

Cabe destacar que la teoría “De Autocuidado” de D. Orem (Marriner, A. 1999), se adapta muy bien a esta investigación, debido que las personas tratan de buscar su bienestar y su independencia frente a sus necesidades a través del propio autocuidado, y en el estudio se logra apreciar debido a que más de la mitad de la población reconoció automedicarse, o sea, tratar bajo sus propios medios de restablecer su salud, buscando soluciones alternativas y un porcentaje de ellas recibiendo ayuda de terceras personas sin poseer conocimientos de medicina o farmacología. Sin embargo, el otro modelo utilizado en la investigación: “Creencias en Salud” de Godfrey Hochbourn (Cabrera, G. 2001), donde se trata de explicar el

comportamiento preventivo de salud, donde en este caso explicaría las conductas de las personas frente al sentimiento de angustia provocado por una amenaza, que sería una enfermedad o los síntomas de ella. Por lo que los pacientes basan su comportamiento según la fe que poseen en el tratamiento otorgado, y como se pudo apreciar en el estudio la gran mayoría la tenía. Pero en esto influye mucho el nivel socioeconómico y educacional que posean, ya que el conocimiento que tengan va a determinar el actuar y el nivel de vulnerabilidad que presenten. Además no hay que olvidar unas de las variables, el factor externo, que en este caso pueden ser los consejos de terceras personas, los avisos en la T.V, que influyeron en el actuar de la población frente a la automedicación.

Finalmente se hace necesario otorgarle una mayor atención a este problema por parte del personal de salud y enfocarnos en la educación, una de las tareas principales de la enfermera; debido que éste es un problema que pudiera incrementarse al ir alcanzando un mayor nivel educacional, mayor conocimiento y mayor facilidad para acceder a determinados productos. Por otra parte se debe educar en relación al enmascaramiento de enfermedades, interacciones medicamentosas, y aparición de enfermedades que antes no sufría el paciente.

11. CONCLUSIÓN

Si analizamos el objetivo general “Determinar el grado de automedicación en los adultos mayores insertos en el programa de patologías crónicas, que se atienden de forma ambulatoria en el Hospital Base de Osorno, durante el segundo semestre del 2006.” Podemos responder que sí existe, ya que $\frac{3}{4}$ de la población se automedica, y la mayoría lo hace con fármacos. Pero si analizamos la cantidad de hierbas y medicamentos que consumen por individuo da un promedio de 1.29 fármacos y 2.32 hierbas por persona, lo que significa que por cada individuo que se automedica, consumen más hierbas que medicamentos, que nuestro enfoque como profesionales en este caso sería orientar y educar a nuestra población a que sean personas independientes, fomentando así el autocuidado. La investigación arrojó que la población en estudio no posee los conocimientos necesarios, ya que un 35,4 % no conoce el concepto de Automedicación, 25 personas (40.3%) de las 62 encuestadas respondieron correctamente o lo describieron de alguna manera. Además las personas que tomaban medicamentos y/o hierbas en caso de presentar una dolencia, un 5% reconoció saber el mecanismo de acción de los primeros, y en el caso de las hierbas un 64% las conoce. Esto se puede deber a que son conocimientos populares que son transmitidos de generación en generación. Pero en los dos casos sólo un 2% supo los efectos adversos que podrían provocar los medicamentos y/o hierbas que consumían. Por ende estas personas están expuestas a sufrir un problema que afecte su salud, como consecuencia de una Automedicación irresponsable. Por lo tanto, como profesionales no debemos olvidar lo aprendido en la universidad y así educar a nuestra población, entregándole todas las herramientas necesarias de acuerdo al perfil de cada persona, fomentando así el autocuidado.

Es por eso que una enfermera debe tener un pensamiento holístico, capaz de afrontar las necesidades de salud de los individuos o grupos y de aplicar los cuidados de enfermería pertinentes, teniendo en cuenta los patrones socioculturales y las posibilidades del país.

Según el punto anterior, la investigación muestra que el grupo de estudio es de un nivel socioeconómico bajo, son personas que no poseen muchos conocimientos acerca de las enfermedades, ni de los fármacos. Por ende, en un futuro estudio sería muy productivo hacer una nueva investigación, pero que abarque además los distintos niveles socioeconómicos, donde según mi parecer los resultados de quienes se automedican más se inclinaría por personas con mayor educación y poder adquisitivo, ya que les es mucho más fácil adquirir los productos y lo que es muy importante con mayores conocimientos.

Otro punto que influyó en el estudio, es el grupo etáreo, uno de los motivos por el cual se trabajó con ellos es por la vulnerabilidad que presenta su salud. En este caso los individuos presentan en promedio 3 enfermedades por persona, lo que los hace susceptible a consumir medicamentos y/o hierbas para tratarlas. Pero trabajar con este segmento conlleva

tener algunos sesgos como que 15 personas olvidaran que medicamentos consumen, o que otras personas sólo mencionaran alguno de ellos, lo que influyó en algunos resultados.

En general, en esta muestra no existe una automedicación responsable, como lo define la OMS, ya que gran parte de ella no la pesquisa como tal y menos toman las medidas precautorias, lo que a la larga puede repercutir en hospitalizaciones por interacciones medicamentosas, resultado de efectos adversos de los medicamentos por mal uso de estos, entre otros. Es por eso que no debemos abandonar esta parte y aprovechar los controles en la atención primaria para disipar dudas y satisfacer las demandas de autocuidado en la población.

La automedicación es un problema que en estos momentos está en silencio aunque todos en salud saben que ocurre, pero no hay muchos estudios en Chile que avalen este tema. Es por eso, que con estos resultados se espera contribuir de alguna manera en la profundización y desarrollo de este tema, generando nuevos conocimientos para la disciplina, pudiendo así fomentar en nuestros colegas y en los estudiantes de enfermería, uno de nuestros cuatro roles que es el “educar”, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de la atención.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Adimark (2004). “Mapa socioeconómico de Chile” (Sitio en Internet). Disponible en: www.adimark.cl/noticias/index.act. Acceso 27 de Diciembre, 2006 26
2. Arrivllaga, M.; Salazar, I.; Correa, D. Diciembre 2003 “Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios.” (Sitio en Internet). Disponible en: www.colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No4/cm34n4a3.htm. Acceso el 22 de Octubre, 2006.
3. “Automedicación” (Noviembre 2002). (Sitio en Internet). Disponible en: www.carrefour.es/revista/salud_bienestar/dossiers/automedicacion.html. Acceso 20 de Agosto, 2006.
4. Cabrera, G.; Tascón, J.; Lucumí, D. “Creencias en salud: Historia, constructor y aportes al modelo” 2001 Rev. Nacional Facultad de Salud Publica (Colombia) Vol.19, N° 1, pp 91-101. (Sitio en Internet). Disponible en: www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/ Acceso el 22 de Octubre, 2006.
5. Centro para el desarrollo de la Fármaco epidemiología. “Formulario nacional de medicamentos”. (Sitio en Internet). Disponible en: www.dmsgbc.sld.cu/formulario/formulario.htm - 23k. Acceso el 30 de Agosto, 2006.
6. “Código Sanitario de Chile” (2000) (Sitio en Internet). Disponible en: www.colegioabogados.org/normas/codice/sanitario.html. Acceso 22 de Agosto, 2006.
7. Colegio Farmacéuticos de Barcelona. Redacción Informativos MedicinaTV. “Causas por las que la población se automedica”. (Julio, 2002). (Sitio en Internet). Disponible en: profesional.medicinatv.com/reportajes/muestra.asp. Acceso el 1 de Septiembre, 2006
8. “Estrategia para reducir los riesgos de la automedicación”. Vol. 24 N°6. 2000 Sistema Nacional de Salud (Sitio en Internet). Disponible en: www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/docs/200006-2.pdf . Acceso 20 de Agosto, 2006.

9. Farmacias SalcoBrand Chile "Los peligros de la Automedicación". (Sitio en Internet). Disponible en: www.salcobrand.cl:7778/WebCorporativo/contenidos.jsp Acceso 9 de Septiembre, 2006.
10. Hernández, A. "Automedicación, causa y solución".(Junio 2006).Sitio de Internet. Disponible en: www.elmostrador.cl/modulos/noticias/constructor/detalle_noticia.asp. Acceso 23 de Agosto, 2006
11. Instituto Salud Pública. (Sitio en Internet) Disponible en: <http://www.ispch.cl/> Acceso 28 de Agosto, 2006.
12. Jácome, A."Historia de los Medicamentos"(1998).(Sitio en Internet). Disponible en: www.encolombia.com/medicina/libros/historiamedica. Acceso el 27 de Agosto, 2006.
13. Levy, M. "Automedicación en el anciano" Gericuba. red cubana de gerontóloga y geriatría (sitio en Internet) Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/automedicacion_en_el_anciano. Acceso 26 de Agosto, 2006
14. Llanos, L.; Contreras, C.; Velásquez, J.; Mayca, J.; Lecca, L; Reyes,R; Peinado J. "Automedicacion en 5 provincias de Cajamarca". Rev. Medica Herediana (Perú) Oct. 2001. vol.12 N° 4.pp 127-133. (Sitio en Internet). Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php. Acceso el 1 de Septiembre, 2006.
15. Marriner, A.; Taylor, S.; Compton, A. ; Donoline, N.; Emerson,S.; Gashi, N.; Nation, M.; Noralmeyer, S.1999. Modelos y teorías en Enfermería. 4 ed. Madrid, España, Harcourt Brace. Capitulo 14. pp 175-194
- 16.MIDEPLAN."Encuesta CASEN"(2003). (Sitio en Internet). Disponible en: www.mideplan.cl/casen. Acceso el 27 de Diciembre, 2006.
17. Netsaluti, "Medicina alternativa: Boom y precaución. Parte I" (2005). (Sitio en Internet). Disponible en: www.netsaluti.com/articulos/alternativa. o en "buena SALUD" Disponible en: www.buenasalud.com/lib/ShowDoc.cfm. Acceso el 27 de Diciembre, 2006

18. Ministerio de Salud “Guía de uso racional de medicamentos.” (Sitio en Internet). Disponible en: www.minsal.cl. Acceso 20 de Agosto, 2006.
19. “Nuevas directrices de la OMS para fomentar el uso adecuado de las medicinas tradicionales”. GINEBRA 22 DE JUNIO DE 2004. (Sitio en Internet). Disponible en: www.who.int/entity/mediacentre/news/releases. Acceso 28 de Agosto, 2006.
20. Ríos, J. (2006). Epidemiología del Paracetamol “primer semestre del 2006”. (Sitio en Internet). Disponible en: www.ispch.cl/actualidad/doc/presentacion_CITUC. Acceso el 14 de Marzo, 2006.
21. Riedemann, J. ; Illesca, M. ; Droghetti, J. “Automedicación en individuos con problemas músculo esqueléticos de la Región de la Araucanía”. Rev. Médica de Chile, jun. 2001. v.129 n.6 pp 647-652. (Sitio en Internet) Disponible en: www.scielo.cl. Agosto, 2006.
22. Organización Mundial de la Salud. “Seguridad de los medicamentos” (Sitio en Internet). Disponible en: www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/. Agosto, 2006.
23. Servicio Salud Llanchipal. “Uso racional de medicamentos”.(Sitio en Internet). Disponible en: www.llanchipal.cl/Programas/Farmacia/uso_racional_medic.htm. Acceso el 31 de Agosto, 2006.
24. Uribe, P. 1992. Programa de Educación Continua; Redacción de Referencias Bibliográficas en Educación. Valdivia, Chile, Central de Publicaciones, UACH. 26p.
WONG, D. 1995. Enfermería Pediátrica. Trad. por Diorki. 4 ed. Madrid, España, Mosby. 1131p
25. Urtasun, M.; Dra. Etchegoyen, S.; Lic. Braceras, D.; y Dr. Polito, P. Buenos Aires, Argentina. (Octubre, 2005.) Congreso Anual de la Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG). “Automedicación”. (Sitio en Internet). Disponible en: www.cancerteam.com.ar/diapo2005/automed_desarrollo.html Acceso el 30 de Agosto, 2006
26. Uso de Medicamentos. “Categoría, calidad de vida”. Capítulo 5. (Sitio en Internet). Disponible en: www.mailxmail.com/curso/vida/usomedicamentos/capitulo5. Acceso el 27 de Diciembre, 2006.

27. “Visión actualizada de la geriatría y gerontología. vol.29.Nº1-2, 2000Agosto.(Sitio en Internet). Disponible en: www.puc.cl/medicina/centrogeriatria/paginas/indexpublicaciones. Acceso el 24 de Agosto, 2006

ANEXOS

ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: “Automedicación en adultos mayores crónicos, del Hospital Base de Osorno”

Tesista: Viviana A. Caqueo Tapia..

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que se realiza por tesistas de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral De Chile con el objeto de conocer porque se automedican los adultos mayores y determinar con que medicamentos lo hacen.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará a cabo en el H.B.O al momento de mi control o en mi domicilio.

Yo entiendo que esto no implica riesgo para mi salud ni para mi familia, pudiendo a la vez negarme a contestar algunas preguntas.

He podido hacer las preguntas que he querido acerca de las razones del estudio, y puedo retirarme de él en cualquier momento.

Su identidad es confidencial y los datos obtenidos pueden ser publicados.

Yo, _____
Nombre Apellidos

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

(Firma)

Yo, _____, he aplicado el presente formulario de consentimiento informado y he aclarado las dudas de quien consiente.

(Firma Tesista)

Fecha:

Nº□□

INSTRUMENTO RECOLECTOR DE INFORMACION:

Este cuestionario consta de 23 preguntas dirigidas, en relación a determinar el grado de automedicación que esta presente en los adultos mayores crónicos controlados de forma ambulatoria en el H.B.O.

Primer Ítems:

1. Sexo:

- Femenino: ☐

- Masculino: ☐

2. Edad:

a. ☐ 60- 70 años.

b. ☐ 71- 79 años.

c. ☐ 80 años y más.

3. Estado civil:

☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Conviviente.

4. Nivel de Escolaridad:

a. ☐ Sin educación

b. ☐ Educación básica completa

c. ☐ Educación básica incompleta.

d. ☐ Educación media completa.

e. ☐ Educación media incompleta.

f. ☐ Educación superior completa.

g. ☐ Educación superior incompleta.

- h. ☐ Educación técnico – profesional completa.
- i. ☐ Educación técnico- profesional incompleta

4. Domicilio:

- a. ☐ Urbano
- b. ☐ Rural.

5. Ingreso Mensual (Especificar valor):

- a. ☐ Bajo 160.000 mil pesos.
- b. ☐ 161.000-300.000 pesos.
- c. ☐ 301.000-500.000 pesos.
- d. ☐ 501.000-1.200.000 pesos.
- e. ☐ 1.200.001-3.500.000 o más pesos

6. Tipo de Previsión:

- a. ☐ Fonasa A
- b. ☐ Fonasa B.
- c. ☐ Fonasa C
- d. ☐ Fonasa D.
- e. ☐ Ninguna.
- f. ☐ Otro.

7. ¿Se siente apoyado por una persona o institución, cuando se siente enfermo?

- a. ☐ No
- b. ☐ Si. ¿Cuál?
 - ☐ Familiar.
 - ☐ Vecino.
 - ☐ Amigo
 - ☐ Consultorio
 - ☐ Iglesia.
 - ☐ Otro.

8. ¿Cuántas personas viven con Ud. en su hogar?

- a. ☐ solo
- b. ☐ menos de 2 personas.
- b. ☐ 3 a 5 personas.
- c. ☐ más de 6 personas.

Segundo Ítems:

9. ¿Nombre todas las enfermedades que lo afecten a Ud.?

10. ¿Patología, por la que se controla en el H.B.O?

- a. ☐ Problemas Sanguíneos.
- b. ☐ Diabetes.
- c. ☐ Epilepsia.
- d. ☐ Parkinson.

11. ¿Que medicamentos consume para tratar esta patología?

12. ¿Quien le indicó estos medicamentos? (puede marcar más de una alternativa).

- a. ☐ Médico
- b. ☐ Químico Farmacéutico.
- c. ☐ Enfermera.
- d. ☐ Otros. ¿Cuál?

Especifique _____

13. ¿Aparte de los medicamentos recetados por el médico por su patología, consume otro tipo de fármaco o hierbas, para tratarla? ¿Cuál? Si su respuesta es NO, ir a pregunta N° 16.

14. ¿Conoce las propiedades medicinales de los medicamentos o hierbas anteriormente mencionados por Ud.?

- a. ☐ NO.

b. ☐ SI.

¿Cuál? _____

**15. ¿Conoce los efectos no deseados de los medicamentos o hierba que consume?
Especifique.**

**16. ¿Si presenta una dolencia, consume medicamentos o hierba que no hayan sido
indicados por un médico? Si su respuesta es NO, ir a pregunta N° 20.**

a. ☐ NO.

b. ☐ SI. ¿Cuál(s)? y ¿Para que?

**17. ¿Conoce los efectos no deseados de los medicamentos o hierba que consume?
Especifique.**

**18. ¿Quien le indicó o aconsejo consumir estos medicamentos? Puede marcar más de 1
alternativa.**

- a. ☐ Médico
- b. ☐ Familiar
- c. ☐ Farmacéutico.
- d. ☐ Amigo
- e. ☐ Vecino
- f. ☐ T.V
- g. ☐ Radio
- h. ☐ Machi
- i. ☐ Naturista.
- j. ☐ Otros.

19. ¿Por qué consume medicamentos, que no son recetados por el médico?

20. ¿Cómo adquirió estos medicamentos?

- a. ☐ Farmacia.
- b. ☐ Amigo.
- c. ☐ Vecino.
- d. ☐ Familiar.
- e. ☐ Tienda homeopática.
- f. ☐ Otros. _____.

21. ¿Ud. Recomienda medicamentos o hierbas a otras personas?

- a. ☐ NO.
- b. ☐ SI.

22. ¿Que entiende Ud por Automedicación?

23. Ud. conoce los riesgos para su salud, al automedicarse?

- a. ☐ Si. ¿Como cual? _____
- b. ☐ No sabe o no responde.

VARIABLES NUMÉRICAS UTILIZADAS EN INVESTIGACIÓN

Género	
Masculino	34
Femenino	28

Previsión	
Fonasa A	5
Fonasa B	27
Fonasa C	2
Fonasa D	6
Prais	2

Edad	
60 - 70 años.	26
71 - 79 años.	27
Mayor de 80 años.	9

Estado Civil	
Soltero	2
Casado	35
Separado	1
Viudo	21
Conviviente	3

Tipo de ingreso mensual	
1.201.000 - 3.500.000 mil pesos o más	0
501.000 - 1.200.000 mil pesos	0
301.000 - 500.000 mil pesos	1
161.000 - 300.000 mil pesos	8
Menor de 160,00 mil pesos	53

Percepción de sentimiento de apoyo	
Familia	39
Vecino	0
Amigo	1
Consultorio	12
Iglesia	2
Hospital	26
Policlinico	2
Posta	1
Otros	1

Lugar de procedencia	
Urbano	48
Rural	14

Cantidad de personas que viven bajo un mismo techo	
Solo	3
Dos personas	19
Tres a cinco personas	33
Más de seis personas	7

Nivel socioeconómico	
ABC1	0
C2	0
C3	1
D	8
E	53

Medicamentos recetados por el médico, para tratar patología base, Diabeticos	
Insulina	11
Nitrendipino	2
Aspirina	6
Enalapril	7
Glibenclamida	3
Atenolol	2
Otros	14

Nivel Educativo	
Sin Educación	5
Ed. Básica Completa	5
Ed. Básica Incompleta	43
Ed. Media Completa	4
Ed. Media Incompleta	4
Ed. Superior Incompleta	0
Ed. Superior Completa	1
Ed.Téc.- Profesional Completa	0
Ed.Téc.- Profesional Incompleta	0

Medicamentos recetados por el médico para tratar patología base, Parkinson	
Grifoparkin	2
Diazepam	2
Alprazolam	2
Nitrendipino	3
Propanolol	2
Enalapril	6
Otros	21

Medicamentos recetados por el médico para tratar patología base, TAC.	
Neosintron	36
Furosemida	11
Enalapril	18
Digoxina	15
Aspirina	5
Otros	30

Medicamentos recetados por el médico para tratar patología de base, Epilepsia	
Fenobarbital	1
Fenitoina	1

Recomendación de medicamentos y/o hierbas a terceros	
Si	43
No	19

Automedicación para tratar patología de control	
Si	14
No	48

Automedicación para tratar algún tipo de dolencia	
Si consume medicamentos	47
No consume medicamentos	15

Consumo de medicamentos y/o hierbas, sin receta médica	
Solo Farmacos	20
Solo Hierbas	9
Ambos	18

Consumo detallado de medicamentos sin receta médica. En caso de presentar alguna dolencia	
Antiinflamatorios	7
Analgesicos	38
Anti-ulceroso	1
Vitaminas	2

Consumo detallado de hierbas, sin receta médica. En caso de presentar alguna dolencia	
Menta	11
Matico	8
Manzanilla	8
Toronjil Cuyano	2
Limpia Plata	3
Boldo	3
Otros	20

Persona que le aconsejo consumir medicamentos y/o hierbas	
Médico	26
Familiar	24
Farmacéutico	8
Amigo	4
Vecino	2
T.V	6
Machi	1
Naturista	3
Otros.	4

Donde adquirio los medicamentos y/o hierbas	
Farmacia	38
Vecino	1
Familiar	5
Tienda Homeopática	5
Feria	7
Supermercado	6
Jardín	4
Médico	1
Campo	4
Hospital	2

Género que mas se automedica	
Masculino	27
Femenino	20

Género que más se automedica con medicamentos	
Masculino	8
Femenino	12

Género que más se automedica con hierbas	
Masculino	7
Femenino	2

Conocimiento sobre mecanismo de acción de los medicamentos	
No Conoce Mecanismo de Acción	36
Conoce Mecanismo de Acción	2

Conocimiento de las propiedades de las hierbas, automedicadas.	
Conoce Propiedades	18
No Conoce Propiedades	10

Conocimiento de los efectos adversos de los medicamentos automedicados	
Si conoce Efecto Adverso o Precauciones	1
No conoce Efecto Adverso o Precauciones	46

Conocimiento de los efectos adversos para la salud, el automedicarse	
No sabe o no responde	36
Si conoce los riesgos	26

VARIABLES NUMÉRICAS UTILIZADAS EN INVESTIGACIÓN

Género	
Masculino	34
Femenino	28

Previsión	
Fonasa A	5
Fonasa B	27
Fonasa C	2
Fonasa D	6
Prais	2

Edad	
60 - 70 años.	26
71 - 79 años.	27
Mayor de 80 años	9

Estado Civil	
Soltero	2
Casado	35
Separado	1
Viudo	21
Conviviente	3

Tipo de ingreso mensual	
Jubilación	27
P. de Invalidez	1
P. de Viudez	8
P. de Vejez	6
P. de Gracia	10
Otros	10

Percepción de sentimiento de apoyo	
Familia	39
Vecino	0
Amigo	1
Consultorio	12
Iglesia	2
Hospital	26
Policlinico	2
Posta	1
Otros	1

Lugar de procedencia	
Urbano	48
Rural	14

Cantidad de personas que viven bajo un mismo techo	
Solo	3
Dos personas	19
Tres a cinco personas	33
Más de seis personas	7

Nivel socioeconómico	
ABC1	0
C2	0
C3	1
D	8
E	53

Medicamentos recetados por el médico, para tratar patología base, Diabeticos	
Insulina	11
Nitrendipino	2
Aspirina	6
Enalapril	7
Glibenclamida	3
Atenolol	2
Otros	14