

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
licenciatura en Enfermería*

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LA
AUTOMEDICACIÓN EN RELACIÓN CON
LOS FACTORES AMBIENTALES Y
SOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS DE 65
AÑOS Y MÁS, EN DOS CENTROS DIURNOS,
EN CARRILLOS BAJO DE POÁS Y BARVA
DE HEREDIA, EN NOVIEMBRE Y
DICIEMBRE DEL 2017.**

DILSON BARRANTES ÁLVAREZ

Septiembre, 2017

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	2
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	6
AGRADECIMIENTO	9
RESUMEN	10
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1.1 Antecedentes del problema.....	17
1.1.2 Delimitación del problema	26
1.1.3 Justificación	26
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	28
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	29
1.3.1 Objetivo general.....	29
1.3.2 Objetivos específicos.....	29
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	30
1.4.1 Alcances de la investigación.....	30
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	30
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	31
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO.....	32
2.1.1 Ubicación e historia del cantón de Poás y el Centro Diurno Jerusalén.....	32
2.1.2 Ubicación e historia del cantón de Barva y el Centro Diurno de Barva	34

2.2 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	36
2.2.1 Definición de adulto mayor	36
2.2.2 Características de los adultos mayores en Costa Rica	37
2.2.3 Centro diurno	41
2.2.4 Automedicación	41
2.3 TEORIZANTE DE ENFERMERÍA	57
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	61
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	62
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	62
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	62
3.3.1 Población	62
3.3.2 Muestra.....	63
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	63
3.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	64
3.4.1 Validez del cuestionario	64
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	65
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	66
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	70
4.1 GENERALIDADES	71
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	100
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	116
6.1 CONCLUSIONES.....	117
6.2 RECOMENDACIONES.....	121

BIBLIOGRAFÍA	123
ANEXOS.....	138
DECLARACIÓN JURADA.....	¡Error! Marcador no definido.
CARTAS DE APROBACIÓN	144

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla n.º 1: Distribución de la población según enfermedad o padecimiento por el cual deba medicarse, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017	81
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1: Distribución de la población según rango de edad, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.	72
Figura n.º 2: Distribución de la población según sexo, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.....	73
Figura n.º 3 Distribución de la población según estado civil, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017	74
Figura n.º 4: Distribución de la población según personas con las que reside, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.	75
Figura n.º 5: Distribución de la población según nivel académico, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017..	76
Figura n.º 6: Distribución de la población según situación laboral, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.	77
Figura n.º 7: Distribución de la población según su percepción de los ingresos económicos mensuales, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.	78
Figura n.º 8 : Distribución de la población según cobertura de salud, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.....	79
Figura n.º 9 Distribución de la población según condición de vivienda, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.	80
Figura n.º 10. Distribución de la población según conocimiento del funcionamiento, riesgos y efectos secundarios de los medicamentos que utiliza, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.....	82

Figura n.º 11. Distribución de la población según el conocimiento sobre la definición de automedicación, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.....	83
Figura n.º 12 Distribución de la población según práctica de la automedicación, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.	84
Figura n.º 13 Distribución de la población según frecuencia con la que se automedica, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.	85
Figura n.º14 Distribución de la población según falta de tiempo y recursos económicos para consultar un profesional de salud, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.	86
Figura n.º 15 Figura Nº15 Distribución de la población según última vez que se automedicó, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.....	87
Figura n.º 16 Distribución de la población según frecuencia con la que lee la información del medicamento, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.	88
Figura n.º 17 Distribución de la población según frecuencia con la que lee la fecha de vencimiento de los medicamentos, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.....	89
Figura n.º 18 Distribución de la población según frecuencia con la que guarda medicamentos de tratamientos pasados o incompletos en su hogar, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.....	90
Figura n.º 19. Distribución de la población según frecuencia con la cual el medicamento con que se automedica el individuo, alivia molestias, síntomas o enfermedad, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.....	91
Figura n.º 20 Distribución de la población según compra de medicamentos mediante medios de comunicación, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.....	92

Figura n.º 21 Distribución de la población según la utilización de algún medicamento recomendado por alguna persona no profesional de la salud de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.	93
Figura n.º 22 Distribución de la población según recomendación de un medicamento a otras personas, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.....	94
Figura n.º 23 Distribución de la población según lugar de adquisición y compra de medicamentos de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.....	95
Figura n.º 24 Distribución de la población según los medicamentos con los cuales se ha automedicado, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.....	96
Figura n.º 25 Distribución de la población según utilización de remedios caseros, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.	97
Figura n.º 26 Distribución de la población según sobre dosificación de medicamento respecto a una prescripción médica previa para que haga más efecto, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017.	98
Figura n.º 27 Distribución de la población según vía de administración por la cuál se automedica, de los centros diurnos J, BH, diciembre, 2017	99

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por brindarme el don de la vida, ser mi apoyo y luz en el camino, así como darme las fuerzas necesarias cuando ya no podía seguir. A mis padres, Marcela Álvarez y Fabián Barrantes, con todo mi cariño y amor porque hicieron de todo en la vida para apoyarme y ser profesional. A mis hermanos y familia, por su amor y apoyo incondicional. A mis profesores y tutores, los cuales me enseñaron el valor del conocimiento, trabajo y superación personal. A todos mis amigos y personas que fueron de apoyo y estuvieron conmigo durante este largo proceso.

RESUMEN

Introducción. La automedicación es un problema de salud pública en la sociedad actual, sin embargo la mayoría de individuos no está consciente de ello. El deficiente conocimiento que poseen las personas y características sociodemográficas se encuentran relacionadas con la automedicación, llevada a cabo por prácticas inadecuadas cada vez más comunes en la población costarricense; principalmente los adultos mayores, quienes en su mayoría viven bajo la discriminación social, abandono, mala o deficiente supervisión y aislamiento por parte del sistema de salud, familiares o cuidadores. Este conjunto de individuos constituye un grupo que cada día va en aumento y con un progresivo deterioro de la salud, debido a enfermedades crónicas y agudas, por lo tanto es la que mayor medicación requiere. **Objetivo general.** Determinar el conocimiento de la medicación ingerida y prácticas que conllevan a la automedicación en relación con los factores ambientales y socioeconómicos en adultos de 65 años o más, en dos centros diurno, en el III cuatrimestre de 2017. **Metodología.** Es una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, que se realiza en una población conformada por 110 personas, quienes son adultos mayores de 65 años o más, tanto de sexo femenino como masculino, que asisten a dos centros diurnos. **Resultados.** El sexo femenino es el más predominante, al ser más de la mitad (51.3 %) de la población. Las edades varían con una diferencia muy pequeña, disminuyendo en la cantidad de personas conforme avanza la edad. En la población hay gran cantidad de casados (33.3 %), seguidos de viudos (25.2 %), solteros (16.2 %), divorciados (4.5 %) y en unión libre (1.8 %). En cuanto al nivel académico, predominan los de primaria (52.2 %), luego quienes no poseen estudio (14,4 %), en tercer lugar los que tienen secundaria (8.1 %) y, por último, los de educación avanzada o superior (6.3 %). La situación laboral refleja que la cantidad de personas pensionadas es de 51.3 %, seguida de

otra cantidad significativa de desempleados con un 26.1 % y los trabajadores activos son 3.6 %. La mayoría de participantes posee un seguro de salud (76.5 %). Los adultos mayores sanos son escasos (7.2 %), mientras quienes padecen alguna enfermedad crónica o aguda (73.3 %) representan una cantidad importante. Existe déficit (28.8 %) o una idea no tan clara (38.7 %) de lo que es el funcionamiento y efectos de los medicamentos que se toman habitualmente en la población. El 50.4 % de los encuestados sí conoce el término automedicación, mientras que el 30.6 % no. Toda la población (100 %) se ha automedicado alguna vez en su vida. La frecuencia con la que se automedican los individuos corresponde a 5.4 % muy frecuentemente, 8.1 % frecuentemente, 30.6 % ocasionalmente, 36.9 % raramente y 0 % nunca. Respecto a la última vez que se automedican, 45 % indica que más de un mes desde la investigación y un 20.7 % señala menos de una semana. El 43.2 % de la población acostumbra a guardar medicamentos en sus hogares aunque sean de diferentes fuentes de obtención, frente a un 13.5 % que nunca acostumbra hacerlo. Son pocos quienes adquieren medicamentos a través de los medios de comunicación, como la radio, el periódico, las revistas, las redes sociales y la televisión, siendo esta última la más predominante. Un 45.9 % refiere usar medicamentos recomendados por alguna persona no profesional de la salud, frente a un 35.1 % que no lo hace. En cuanto a recomendar medicamentos a otros, 42 encuestados del total lo hace con personas de confianza como amigos (29 personas), vecinos (24 personas) y familiares (19 personas). El estudio muestra que el 100 % de la población adquiere medicamentos por consulta, luego en las farmacias con 47.84 %, familiares 36 %, macrobióticas 35.1 %, pulperías 32.4 % y vecinos 24.3 %. Entre los fármacos más utilizados para una enfermedad o dolencia en el estudio, se encuentran los analgésicos (77.4 %), las plantas medicinales (48.7 %), los fármacos para el sistema digestivo (40.5 %), los fármacos para el sistema respiratorio (27 %) y los antigripales

(27 %). El empleo de las plantas medicinales en el estudio es en más de la mitad de la población (51.3 %). La sobredosificación para lograr un efecto mayor del medicamento no es común en los encuestados, donde el 60.3 % menciona no hacerlo nunca. La vía de administración más común es la oral (100 %) y la tópica (8.1 %). **Conclusiones.** Las características socioeconómicas y ambientales están relacionadas a la práctica de la automedicación. Una gran parte de la población adulta mayor tiene escaso o nulo conocimiento sobre el funcionamiento, riesgos y efectos secundarios de los medicamentos que utiliza, sean estos recetados por sí mismos o un facultativo, debido a la falta de educación e información. Las prácticas que conllevan a la automedicación varían en cada individuo con base en las características socioeconómicas y ambientales. El dolor es uno de los síntomas más comunes, por eso los analgésicos es uno de los fármacos más utilizados de forma masiva; luego están los fármacos para el sistema gastrointestinal, en su mayoría de veces usados para la acidez, dolores o espasmos abdominales; los fármacos del sistema respiratorio son utilizados para la tos y, por último, entre los más empleados se encuentran los antigripales. La automedicación posee una fuerte relación con el autocuidado. **Palabras claves.** Automedicación, conocimiento, prácticas, factores ambientales y socioeconómicos, adultos mayores.

ABSTRACT

Introduction. Self-medication is a public health problem in today's society, which most individuals are not aware of. The deficient knowledge that individuals possess, and sociodemographic characteristics are going to be related to self-medication, carried out by inadequate practices increasingly common in the Costa Rican population, mainly the elderly, which many live under social discrimination, abandonment, poor or deficient supervision and isolation by the health system, family members or caregivers. This group of individuals, constitute a group which each day is increasing, and with a progressive deterioration of health, due to chronic and acute diseases. Being this population those that greater medication require.

General purpose. Determine the knowledge of the ingested medication and practices that lead to self-medication in relation to environmental and socioeconomic factors in adults 65 years of age or older, in two day centers, in the third quarter of 2017. **Methodology.** This is a quantitative research, of a descriptive type, carried out in a population made up of 110 people. Which are adults over 65 years or older, both male and female, who attend two day centers. **Results** The research shows the female sex as the most predominant, being this, more than half (51.3%) of the population under study. The ages vary with a very small difference decreasing in the number of people as the age advances. In the population there is a large number of married people (33.3%), followed by widowers (25.2%), single (16.2%), divorced (4.5%) and in free union (1.8%). Regarding the academic level, primary education predominates (52.2%), followed by those with no study (14.4%), secondary education (8.1%), and advanced education or higher education (6.3%). The labor situation reflects that the number of pensioners is (51.3%), followed by another significant part of the unemployed (26.1%) and active workers (3.6%). The vast majority of people have health insurance (76.5%). Healthy people are few (7.2%), while

those who suffer from a chronic or acute disease (73.3%) are of a significant amount. Predominant deficit (28.8%) or a not so clear idea (38.7%) of what is the operation and effects of the medications that are usually taken in the population. 50.4% of the population knows the term self-medication, while 30.6% do not know. The entire population (100%) has self-medicated at some time in their life. The frequency with which individuals self-medicate corresponds to 5.4% very frequently, often to 8.1%, occasionally 30.6%, rarely 36.9% and never corresponds to 0%. Last time that was self-administered more than a month since the research (45%), followed by less than a week (20.7%). 43.2% of the population, usually keep medicines in their homes are these from different sources, compared to 13.5% who never used to do so. There are few individuals who acquire medicines through the media, such as radio, newspapers, magazines, social networks, and television, the latter being the most predominant. 45.9% refers to the use of medications recommended by a person NOT a health professional, compared to 35.1% who do not. With regard to recommending medications to others, it corresponds to 42 people out of the total population (90 individuals), which they recommend to trusted people as friends (29 people), neighbors (24 people) and family members (19 people). The study showed that 100% of the population acquires medicines by consultation, followed by pharmacies with 47.84%, relatives 36%, macrobiotics 35.1%, pulperías 32.4% and finally neighbors with 24.3%. Among the most used drugs for a disease or ailment in the study, analgesics (77.4%), medicinal plants (48.7%), drugs for the digestive system (40.5%), followed by drugs for the respiratory system (27%) and anti-flu (27%) are the most used. The use of medicinal plants in the study is more than half of the population (51.3%). Overdose to achieve a greater effect of the drug is not common in the population, where 60.3% of the population never does. The most common route of administration is oral (100%), and topical (8.1%). **Conclusions.** Socioeconomic and

environmental characteristics are related more than others to the practice of self-medication. A large part of the older adult population has little or no knowledge about the functioning, risks and side effects of the medicines they use, whether prescribed by themselves or by a physician, due to the lack of education and information. that lead to self-medication varies in each individual based on the characteristics. The practices that lead to self-medication vary in each individual based on socio-economic and environmental characteristics. Pain is one of the most common symptoms, which is why analgesics are one of the most widely used drugs, followed by drugs for the gastrointestinal system, mostly used for heartburn, abdominal pain or spasms, of the respiratory system for cough, and last among the most used, anti-flu. Self-medication has a strong relationship with self-care. **Keywords.** Self-medication, knowledge, practices, environmental and socioeconomic factors, older adults.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

La salud es un pilar básico en la vida de los seres humanos. A lo largo de la historia, el ser humano -tanto de manera experimental como accidental- realiza múltiples descubrimientos para mejorar la condición de salud de sí mismo y sus semejantes. Con el objetivo de sobrevivir y adaptarse al medio con el que se relaciona, se encuentra en la constante búsqueda de medicamentos o sustancias para el tratamiento y la cura de enfermedades tan comunes como la gripe hasta mortales como el cáncer.

El descubrimiento y uso de medicamentos o sustancias para curar signos y síntomas de una enfermedad probablemente comienza con el uso y experimentación de plantas por parte de un individuo. Se sabe que esta técnica se emplea en la antigüedad por diversas culturas del mundo, dando resultados positivos en la mayoría de los casos.

En la actualidad, se fabrican en masa miles de medicamentos para el tratamiento de múltiples enfermedades. El fácil acceso, propaganda y precios económicos de los mismos ocasionan un inadecuado control, supervisión y consumo de medicamentos.

1.1.1.1 Antecedentes internacionales

La acción de automedicarse es efectuada en cualquier momento de la vida y puede acarrear leves o graves consecuencias, la mayoría de estas desconocidas por quienes lo practican. Muchos individuos se automedican, lo que causa diversas interacciones del medicamento con el organismo, lo cual conduce a estados peores que los iniciales, al provocar enfermedades en otros sistemas del organismo, desarrollar inmunidad a la acción de las

sustancias como lo es el uso masivo de antimicrobianos y enmascarar de síntomas correspondientes a otras enfermedades.

“En Estados Unidos de América; cada vez se aprueban más medicamentos por la FDA para venta sin receta médica, permitiendo a los individuos acceder a estos fármacos sin prescripción” (1). Así mismo, Tabloski (1) agrega que esto proporciona un acceso más fácil y aumenta la posibilidad de un uso inadecuado de la medicación por parte del paciente, tanto en medicamentos como en hierbas preparadas y suplementos alimenticios. El mismo autor hace referencia a un estudio sobre individuos que viven en instituciones de ayuda parcial, donde el 85 % usa medicamentos sin receta.

Hoy los avances tecnológicos, principalmente los medios de comunicación, llegan a los hogares y trabajos de las personas. Este acelerado avance ocasiona la fácil y rápida diseminación de la información, donde los anuncios y ofertas publicitarias son vistos por miembros de la familia de todas las edades, con el posible resultado de una compra y satisfacción de seguridad en el producto por el hecho de salir en la televisión, llevando a los individuos a prácticas y decisiones inadecuadas. Tobón (2) evidencia las prácticas que conducen a la automedicación relacionadas a la influencia de los medios de comunicación, donde la televisión es la principal causa, seguida del radio y los volantes informativos.

Las empresas o comerciantes que ofrecen fármacos para síntomas o enfermedades muy comunes muchas veces los comercializan en los medios de comunicación masiva; por ejemplo, los fármacos empleados con mayor frecuencia son para enfermedades como la gripe, el segundo lugar corresponde a fármacos antihipertensivos y, por último, se encuentran

los antimigrañosos (2). Es decir, son fármacos que muchas veces se encuentran en los hogares o se pueden conseguir fácilmente en supermercados y farmacias, facilitando su consumo.

Consecuencia de lo expuesto, se identifica que el 70,6 % de los integrantes del núcleo familiar adquieren los medicamentos como beneficiarios y el 51 % se automedican. El 68,8 % compran los fármacos en la farmacia del barrio, el 43,8 % los solicitan a domicilio y otros los obtienen por ambos modos (2). En otras palabras, las prácticas que se utilizan para lograr la automedicación son fáciles de ejercer y son frecuentes dentro de círculos sociales muy cercanos.

A nivel internacional, el consumo irresponsable de fármacos acarrea grandes consecuencias a los sistemas de salud, economía y salud de los individuos. Según datos de la OMS(3), solo en los Estados Unidos de América, los errores de medicación provocan al menos una muerte diaria y daños en aproximadamente 1,3 millones de personas al año. Se calcula que el costo mundial asociado a los errores de medicación es de US\$ 42 000 millones al año, o sea, casi un 1 % del gasto sanitario mundial.

El porcentaje de personas que se automedican casi siempre es mayor, tanto a nivel nacional como internacional, y la prevalencia es en mujeres. De acuerdo con Muhana (4), de los pacientes encuestados en un centro de atención primaria en España, el 57.3 % practica la automedicación frente a un 42.7 % que no lo hace. Además el 42.5 % son hombres y el 57.5 % mujeres, lo cual muestra una prevalencia del fenómeno en el sexo femenino.

Respecto al nivel de información o conocimiento de los individuos ante la administración propia de un medicamento, posiblemente sea escasa como enfatiza Muhana (4), pues el 58.4 % lee a veces los prospectos, el 23.6 % los lee casi nunca y quienes los leen siempre son 1.3

%(10). Los datos mostrados evidencian que el interés por conseguir información o conocimiento por parte de la población sobre los medicamentos por ingerir, los efectos adversos que pueden presentar y las prácticas adecuadas que deben seguir para el correcto funcionamiento del medicamento en el organismo, es escaso y deficiente.

En ese mismo sentido de la investigación, la población que se automedica acude a la farmacia a solicitar medicamentos sin receta, el 32.1 % va por consejo de algún familiar o amigo y 25.6 % por otros motivos (4). Es decir, las prácticas continúan siendo sin conocimiento o sin supervisión de algún profesional en salud, lo cual influye sobre los actores sociales y los familiares.

Así mismo, en relación con las prácticas que realizan las personas a la hora de medicarse, la mayoría es selectiva a la hora de decidir qué medicamentos utilizar, un 62.2 % solo adquiere fármacos que ya conoce porque se los han recetado antes, frente a un 26.2 % que no es selectivo porque su objetivo principal es solucionar el problema cuanto antes (4). Son evidentes las distintas prácticas, interés y conocimiento que tienen las personas a la hora de conseguir fármacos, las razones y el porqué de automedicarse.

Respecto a los países latinoamericanos, Ruiz (5) menciona que la magnitud del fenómeno es aún mayor y se extiende al igual que en otros países en vías de desarrollo a medicamentos que en países desarrollados están estrictamente regulados, por ejemplo, los antibióticos y los antidepresivos. Sin embargo, no solo es importante señalar fármacos que requieren una prescripción, también se utilizan complementos o preparados caseros a base de hierbas para el tratamiento de las enfermedades en diferentes lugares, especialmente en países que se encuentran en vías de desarrollo.

Los preparados farmacológicos, preparados caseros y plantas medicinales que se utilizan dependen de la comunidad y cultura en la que los individuos se encuentran, a lo que “en muchos de los países emergentes la prevalencia de automedicación para enfermedades generales fluctúa entre el 60 y el 80%” (5).

En el estudio realizado por Suleman y cols, citado por Ruiz (5), en una comunidad rural en Etiopía, 39 % de las personas que experimentan una enfermedad en los últimos dos meses utilizan productos farmacológicos o medicinas tradicionales automedicadas.

A pesar de todo, el porcentaje de individuos automedicados y ventas que inducen a la misma práctica corresponde a un importante número en diferentes regiones del mundo, por ejemplo según Silva (6), en Brasil el 35 % de la venta de medicamentos corresponde a automedicación. Además de acuerdo con lo obtenido en el estudio de Albarrán citado por Ruiz (5), se identifica un porcentaje del 75 % de automedicación reportado por personas encuestadas en la ciudad de Valdivia en Chile.

De la misma manera las zonas urbanas están en constante movimiento, mayor diseminación de la información, mayor estrés, los factores socioeconómicos recaen con más presión en los individuos, por lo que padecen más enfermedades y, por ende, consumen una cantidad mayor de medicamentos. En la Ciudad de Quito, comparando a comunidades urbanas y rurales, la prevalencia de la población urbana es mayor con un 60.4 % y 55 % en la rural (7).

El temor a automedicarse es influenciado por la cultura y educación. En la mayoría de lugares, el ingerir un medicamento es normal, pero al no tener algún conocimiento básico del medicamento, puede agravar la situación. Dicha afirmación se evidencia mediante un estudio donde el 68.94 % de personas desconoce los daños que produce la automedicación ya que no

todos los medicamentos son aceptados, tienen distintos efectos en cada persona, reaccionan diferente y deben ser tratados con cuidado (8).

En el caso de España, los individuos con un riesgo mayor de incurrir en la automedicación son variados, no obstante la mayoría son jóvenes, con buena percepción de salud y ausencia de enfermedades crónicas; los consumidores habituales de alcohol; los viudos; los usuarios de un seguro privado inestable; los residentes en las Comunidades de Madrid y Valencia; y los nacidos en un país de Europa Central y del Este (9). Mientras que en un estudio en Barcelona, los ancianos demuestran ser “un botiquín casero” pues el 41,6 % contiene fármacos fuera de la prescripción crónica y el 23,4 % acumula más de tres cajas del mismo medicamento (10).

1.1.1.2 Antecedentes nacionales

La automedicación es caso de estudio en gran variedad de ocasiones a nivel internacional como antes se expuso, bajo diversos enfoques y contextos; sin embargo, en Costa Rica hay poca investigación o la información es insuficiente. La práctica de la automedicación en la población costarricense es muy común; se puede observar en los hogares, trabajos y cualquier otro espacio físico donde haya disponibilidad de los mismos.

Los costarricenses, especialmente los adultos, con el pasar del tiempo son afectados debido a la práctica del uso de medicamentos por iniciativa propia, sin una previa consulta por parte del personal de salud capacitado. Por consiguiente, en una investigación realizada en la Residencial Bilbao en San Sebastián a personas adultas, se evidencia que de 196 personas, 156 se automedican, incluyendo hombres y mujeres, donde las mujeres tienen una mayor prevalencia comparando ambos sexos (11).

Además, se identifican diferentes prácticas relacionadas a la automedicación, fuentes de recomendación para utilizar distintos medicamentos y los tipos de medicamentos consumidos, donde 144 personas indican ser ellas mismas quienes deciden qué medicamento consumir, 102 individuos señalan que ingieren los medicamentos recomendados tanto por familiares como por publicidad, 98 participantes mencionan que por recomendación de un farmacéutico, 93 encuestados responden que se automedican bajo recomendación de antiguas recetas y 40 personas contestan no automedicarse. Por su parte, 131 individuos expresan automedicarse con analgésicos, 111 con antiácidos, 91 con antiinflamatorios, 76 con antitusígeno, 23 con antibióticos y 17 con otro tipo de medicamentos sin especificar cuáles (11).

Las situaciones donde las causas de la automedicación son diversas se encuentran arraigadas a determinantes sociales, círculos sociales, sistema de salud y conocimiento de la persona. Dichas prácticas ocasionan consecuencias o riesgos para la salud de los individuos, ya que no se cuenta la mayoría de veces con una persona capacitada o con amplios conocimientos. Esta idea se afirma en una investigación efectuada a trabajadores del Consejo Universitario de la Universidad de Costa Rica, donde el 80 % reconoce que ingerir o administrar medicamentos sin indicación médica tiene consecuencias negativas, 19 % no reconoce el riesgo asociado y un 1 % no responde (12).

Los individuos en múltiples ocasiones conocen o perciben que un medicamento les puede hacer daño, pero también consideran que puede curar un signo, síntoma o una enfermedad al ser administrado, estando aún presente el riesgo de desencadenar múltiples efectos adversos o consecuencias a la salud. Dicho lo anterior, en los trabajadores del Consejo Universitario de la Universidad de Costa Rica, el 70 % califica la automedicación como una práctica

riesgosa que puede producir serios problemas, no obstante un 26 % señala que la automedicación es una manera rápida de resolver problemas de salud. Finalmente un 2 % comenta que da buenos resultados y otro 2 % opina que ayuda al mejoramiento de la salud (12).

Aunque muchas veces el ingerir medicamentos resulta en pro del mejoramiento de diversas sintomatologías, la automedicación es una práctica riesgosa para la salud, donde los individuos están expuestos a sobredosis, fallas o daños a órganos diana, intoxicaciones o hasta la muerte. Según estadísticas del 2012 de la Caja Costarricense del Seguro Social, el 58 % de las consultas realizadas al Centro Nacional de Intoxicaciones, se debe a un mal manejo de los fármacos (13), al no leer las indicaciones o fechas de vencimiento, recomendar medicamentos a otras personas, almacenarlos inadecuadamente y, sobre todo, por automedicarse, donde la falta de conocimiento y educación por parte de la población es deficiente.

Desafortunadamente las malas prácticas conllevan a una serie de consecuencias. Según una investigación desarrollada en la Sección de Patología Forense del Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial, los medicamentos constituyen el segundo agente que produce más intoxicaciones en Costa Rica, como por ejemplo el uso de combinaciones de sedantes (clonazepam junto con difenhidramina), los cuales deprimen el sistema nervioso central y provocan la muerte. En segundo lugar, dentro del grupo de los medicamentos se encuentran los analgésicos como el acetaminofén y los analgésicos opioides (14).

Muchos de los fármacos de venta libre, o los utilizados para sintomatologías y enfermedades habituales, se encuentran en los hogares por tratamientos actuales o pasados, los cuales no son cumplidos según indicaciones; estos son consumidos por la población costarricense sin ninguna regulación, supervisión y de manera rutinaria. En ese mismo sentido, es fundamental para los sistemas de salud conocer en detalle las características de las poblaciones más vulnerables a intoxicaciones en la región donde prestan sus servicios, para tomar las medidas preventivas más adecuadas.

La mayoría de las personas se ha automedicado alguna vez en su vida o por lo menos una gran cantidad lo ha practicado. Lo anterior se demuestra en un estudio en el Instituto Costarricense de Turismo, donde el 75,6 % de los individuos reconoce que sí se ha automedicado, mientras que el restante 24,4 % no lo ha hecho (15). Con base en estos datos, una gran cantidad de individuos se automedica, por lo que es difícil para las autoridades que velan por la seguridad de la población mantener un adecuado control.

Respecto a los grupos de edad, es muy variable según estudio, contexto y cargo que desempeñan las personas, pues según funcionarios de la Municipalidad de Goicochea, 7 personas en el rango de edad de 18 a 24 años se automedican, lo mismo sucede con 29 individuos de 25 a 34 años, 41 encuestados de 35 a 44 años, 25 participantes de 45 a 54 años, 12 personas de 55 a 64 años y ningún individuo de 65 años y más (16). Así, la población adulta joven es la que más practica la automedicación, debido a factores como el trabajo y la falta de tiempo. Sin embargo, no hay estudios recientes que se enfoquen en la población adulta mayor, porque la mayoría son dirigidos a la población joven y laboralmente activa.

Se determina que la automedicación es un peligro, lo cual la mayoría de las personas desconoce. Los estudios tanto nacionales como internacionales recalcan diversas situaciones por la que los individuos se automedican, por lo tanto es necesario y de suma importancia regular en cada país de forma más vigorosa la disponibilidad de medicamentos, ya sea en centros de salud, farmacias, supermercados, etc. También, brindarle mayor información, educación y seguimiento a la población.

La poca comunicación del personal sanitario con el usuario es un reto que los profesionales en salud deben afrontar de la mejor manera, evitando futuras consecuencias en los individuos.

1.1.2 Delimitación del problema

La presente investigación se lleva a cabo en dos centros diurnos: uno localizado en el cantón de Barva en la provincia de Heredia y el otro en el cantón de Poás en la provincia de Alajuela; de ambos centros se extrae una muestra de 100 adultos mayores, tanto de sexo masculino como femenino, con un rango de edad entre 65 años y más, con ingresos económicos bajos y medios.

Respecto a sus condiciones socioeconómicas y de salud, son variadas. Algunos viven en condiciones de calidad y otros en condiciones marginales. La mayoría está acompañada por un cuidador, familiar o viven solos. La población tiene un nivel de escolaridad de primaria, secundaria o no posee ninguno. Se realiza la investigación en el periodo de noviembre a diciembre del 2017.

1.1.3 Justificación

El estudio se justifica bajo el marco de la relevancia social debido a que la automedicación es un problema grave en la sociedad actual, del cual la mayoría de individuos no está enterado, no le toma importancia y se relaciona con serias complicaciones a corto como a largo plazo. El deficiente conocimiento que poseen los individuos, independiente de su edad, sexo y nivel socioeconómico sobre la automedicación, lleva a prácticas inadecuadas cada vez más comunes en la población costarricense, principalmente por parte de los adultos mayores, quienes viven bajo la discriminación social, abandono, mala o deficiente supervisión y aislamiento por parte del sistema de salud, familiares o cuidadores. Este conjunto de individuos constituye un grupo poblacional que cada día va en aumento y es el que mayor medicación requiere.

En Costa Rica existen investigaciones sobre la automedicación, la mayoría en la población joven y adulta joven, la cual se encuentra laboral y socialmente más activa; no obstante, las investigaciones dirigidas a la población adulta mayor son muy escasas o es tomada muy poco en cuenta, por lo que surge la necesidad de realizar investigaciones e intervenciones dirigidas a este grupo etario.

En cuanto al ámbito internacional, las investigaciones dirigidas a los adultos mayores son más numerosas, pero esto no significa que se debe evitar investigar y educar a esta población, al demostrarse que en un grupo de adultos mayores de 60 años, un 47,4 % se automedica, del cual un 55.2 % posee un nivel de conocimientos general bajo sobre consumo de medicamentos y un 57.8 % tiene un nivel de conocimiento bajo sobre riesgos de los mismos (17). Cabe destacar que el conocimiento tanto del objetivo terapéutico del medicamento como sus efectos adversos por parte de los individuos es insuficiente.

En conclusión, el objetivo de la investigación es describir el conocimiento e indicar las prácticas que están vinculadas con la automedicación en relación con los factores ambientales y socioeconómicos que este grupo en estudio posee.

La investigación se dirige principalmente a una población de adultos mayores, quienes son beneficiados junto con sus familiares y cuidadores, donde se identifica el conocimiento que poseen acerca de la automedicación para evitar ejercer malas prácticas en un futuro cercano, las cuales pueden generar consecuencias para la salud, retrasar otros tratamientos, causar alergias, enmascarar síntomas de una enfermedad, generar resistencia antimicrobiana, provocar intoxicaciones y hospitalizaciones y hasta causar la muerte. Además beneficia a los profesionales y estudiantes en el campo de salud, tanto a nivel internacional como de Costa Rica, en busca de estudios sobre el conocimiento y prácticas de la automedicación en los adultos mayores.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los conocimientos de la medicación ingerida y prácticas que conllevan a la automedicación, en relación con los factores ambientales y socioeconómicos en adultos de 65 años o más, en dos centros diurnos, en Carrillos bajo de Poás y Barva de Heredia, en noviembre y diciembre del 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar el conocimiento de la medicación ingerida y prácticas que conllevan a la automedicación en relación con los factores ambientales y socioeconómicos en adultos de 65 años o más, en dos centros diurnos, en Carrillos bajo de Poás y Barva de Heredia, en noviembre y diciembre del 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

- Mostrar las características sociodemográficas y económicas de los adultos de 65 años o más, en dos centros diurnos, en Carrillos bajo de Poás y Barva de Heredia, en noviembre y diciembre del 2017.
- Describir el conocimiento de la medicación ingerida que tienen los adultos de 65 años o más, en dos centros diurnos, en Carrillos bajo de Poás y Barva de Heredia, en noviembre y diciembre del 2017.
- Indicar las prácticas que conllevan a la automedicación según los factores ambientales y socioeconómicos que tienen los adultos de 65 años o más en dos centros diurnos, en dos centros diurnos, en Carrillos bajo de Poás y Barva de Heredia, en noviembre y diciembre del 2017.
- Identificar los medicamentos más utilizados en la práctica de la automedicación por parte de la población adulta de 65 años o más en dos centros diurnos, en dos centros diurnos, en Carrillos bajo de Poás y Barva de Heredia, en noviembre y diciembre del 2017.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

No existen alcances en la investigación.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

En un inicio se plantea efectuar una entrevista a un total de 100 adultos mayores de ambos centros diurno, pero la ausencia de varios participantes y el cierre de ambos centros en ciertas fechas en los momentos de las entrevistas imposibilita entrevistar al público meta.

Entre otras limitaciones durante la realización del trabajo, se encuentran la desviación del tema, el difícil acceso a la información y el alargamiento del tiempo de entrevista, debido a que los adultos mayores cuentan anécdotas relacionadas o no al tema. Además muchos se preocupan por decir una respuesta correcta y no la verdadera; esto se identifica conforme se avanza en la entrevista y las diferentes preguntas que se llevan a cabo, pues las respuestas dadas no concuerdan con preguntas anteriores.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO

2.1.1 Ubicación e historia del cantón de Poás y el Centro Diurno Jerusalén

2.1.1.1 Cantón de Poás

El cantón de Poás tiene un área territorial de 73.84 km², distribuida en una franja de aproximadamente 15 kilómetros de largo por 5 kilómetros de ancho. Su altitud es alrededor de 600 msnm en el punto más bajo en Rincón de Carrillos y a 2838 msnm en el Parque Nacional Volcán Poás. Está conformado por cinco distritos: San Pedro, Carrillos, Sabana Redonda, San Juan y San Rafael (18).

2.1.1.2 Centro Diurno Jerusalén

Según datos brindados por la coordinadora del Centro, Carrillos cuenta con 546 adultos mayores. El Centro Diurno Jerusalén es una institución de servicio a la comunidad, destinada a albergar durante el día, de 8:00 a.m. a 3:00 p.m., a personas de 65 años en adelante. Su objetivo principal es atender al adulto mayor carriceño, que teniendo hogar sufre de soledad, poco contacto social, depresión, rechazo familiar, desmotivación, problemas nutricionales y fisiológicos, para tratar de reintegrarlo a la sociedad.

Hoy se atienden 65 adultos mayores, quienes reciben alimentación, servicio de terapia física, terapia psicológica, gerontología, nutrición, terapia recreativa, cognitiva y ocupacional.

2.1.1.2.1 Ubicación geográfica

Carrillos es el distrito número cuatro del cantón de San Pedro de Poas de la provincia de Alajuela, cuenta con una población de 8 500 habitantes. El Centro Diurno Jerusalén se encuentra ubicado 200 metros al norte del cruce de Cuatro Esquinas en Carrillos bajo.

2.1.1.2.2 Reseña histórica

En el año de 1995 miembros del grupo de Caritas son invitadas a una reunión en la escuela, donde participan varios grupos (Iglesia, Salud, escuela, Asociación de Desarrollo) con el fin de analizar las prioridades de la comunidad.

Durante el proceso de la reunión, se concluye que Caritas no es solo para dotar de alimentos a las familias de escasos recursos, sino que existe una población que requiere más colaboración y apoyo: las personas adultas mayores, quienes necesitan un espacio en la comunidad donde puedan mejorar su calidad de vida.

En ese momento se decide formar un centro diurno, un lugar donde los adultos mayores puedan reunirse por lo menos una vez a la semana. Hablan con la Junta de la Iglesia para analizar la posibilidad de que les facilitaran el salón de catequesis contiguo a la Iglesia católica y les dan todo su apoyo.

No tienen recursos financieros, equipo y comida. Después de algunas semanas invitan a un grupo de personas con el propósito de contarles sobre el proyecto y buscar la posibilidad de que sean socios o padrinos del proyecto; inician con un grupo de 10 personas que aportan ¢ 200.00 por mes y el mismo crece con el paso del tiempo.

Posteriormente contactan al IMAS (Instituto Mixto de Ayuda Social), cumpliendo con todos los requisitos que establece la institución para certificar al Centro como una organización de bienestar social.

En 1998 llevan a cabo la primera Asamblea General de Socios, donde nombran una junta directiva, por cuanto es un requisito indispensable para que el IMAS apoye el proyecto. Además, uno de los requisitos obligatorios es que el Centro debe brindar el servicio toda la semana (de lunes a viernes), el cual se cumple con gran esfuerzo por parte de toda la comunidad, el voluntariado y la Junta Directiva.

En el año 2000, un grupo de personas dona un pequeño terreno al Centro Diurno, pero el mismo no cumple con los objetivos que persigue la Asociación por lo que optan por venderlo y con esos recursos dar una señal de trato en la compra de un terreno de 3 123 metros cuadrados.

Hoy la Asociación Centro Diurno Jerusalén cuenta con un edificio donado por la Junta de Protección Social, con un valor de ¢ 350 000 000,00 millones de colones. Esta primera etapa le permite a la Asociación cumplir con los requisitos necesarios para dar la atención integral que necesitan los adultos mayores de la comunidad de Carrillos de Poás.

2.1.2 Ubicación e historia del cantón de Barva y el Centro Diurno de Barva

2.1.2.1 Cantón de Barva

El 7 de diciembre de 1848, bajo la administración del doctor José María Castro Madriz, se crea el cantón de Barva, segundo de la provincia de Heredia. Se encuentra a 3 km al norte de la ciudad de Heredia. Es nombrado en honor de Barvak, un jefe indígena que gobierna la zona antes de la llegada de los españoles. La ciudad es conocida por tener una buena mezcla de

paisaje rural y metropolitano. Cuenta con un área de 53,8 kilómetros cuadrados. Limita al este con el cantón de San Rafael, al oeste con el cantón de Santa Bárbara, al sur con el cantón central de Heredia, al norte con el cantón de Heredia (Varablanca), al sudeste nuevamente con San Rafael y al suroeste con el cantón de Flores.

Actualmente el sector de Barva centro continúa en desarrollo, manteniendo aún recuerdos del pasado en cuanto a la estructura del pueblo, con edificaciones que declaradas como patrimonio cultural. Se puede encontrar en su parte central el Gobierno local (la Municipalidad), la iglesia católica, la clínica para la atención de la población, los centros de estudio (primaria y secundaria), los centros de recreación, los establecimientos comerciales y, de suma importancia para la participación social en los proyectos de promoción de la salud, el Centro Diurno de la Tercera Edad de Barva (19).

2.1.2.2 Centro Diurno de Barva

En Barva habitan unos 512 adultos mayores. El Centro Diurno de Barva es una institución de servicio a la comunidad. Está destinada a atender de forma integral y dar soporte de recursos y necesidades básicas a personas de 65 años en adelante, muchas con escasos recursos económicos, soledad, depresión, poco contacto social, rechazo familiar, entre otros. En la actualidad asisten 45 adultos mayores.

2.2 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.2.1 Definición de adulto mayor

2.2.1.1 Definición de adulto mayor a nivel internacional

Hoy la mayoría de las personas puede aspirar a vivir hasta entrados los 60 años y más. La mayor esperanza de vida, sumada a las caídas importantes en las tasas de fecundidad, el avance de la tecnología médica, tratamientos farmacológicos y mejores condiciones de vida, son la causa del rápido envejecimiento de las poblaciones de todo el mundo. Se estima que en el mundo hay unos 605 millones de personas de más de 60 años (20).

La definición de adulto mayor varía según el país y organizaciones alrededor del mundo; por ejemplo, las Naciones Unidas considera un adulto mayor a una persona que tiene 60 años, mientras que en los países desarrollados la diferencia se marca a los 65 años de edad (21). En general, una persona es "mayor" cuando alcanza la edad de 60-65 años, independientemente de su historia clínica y situación particular (22).

Según Eliopoulos (23), en la actualidad los ancianos se clasifican en cuatro grupos:

- Ancianos jóvenes: de 65 a 75 años.
- Ancianos: de 75 a 85 años.
- Ancianos muy mayores: de 85 a 100 años.
- Ancianos de elite: más de 100 años.

2.2.1.2 Definición de adulto mayor a nivel nacional

De acuerdo con las proyecciones de población vigentes, a mitad del 2011 hay aproximadamente 311 mil adultos mayores en el país y constituyen el 7.2 % de la población (24).

En Costa Rica, la legislación Integral para la Persona Adulta Mayor n.º 7935 señala los 65 años como la edad a partir de la cual una persona es adulta mayor y la edad de la jubilación en el sistema que comprende la mayor cantidad de personas es de 65 años (21).

2.2.2 Características de los adultos mayores en Costa Rica

El 1º Informe de Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica indica que va a presentarse un aumento en el número de personas que cada año cumplan 65 años. En consecuencia, en el 2025 van a existir aproximadamente 600 mil personas adultas mayores y en el 2050 más de un millón 200 mil (21).

Después de dar a conocer el concepto de adulto mayor, tanto en el ámbito nacional como internacional, es necesario desarrollar varias características de los adultos mayores, entre ellas el 1º Informe de Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica menciona:

2.2.2.1 Edad

El aumento de las personas de 65 años y más, en general, de personas de edad avanzada, ocurre porque la esperanza de vida en el país incrementa en las últimas décadas. Mientras que en 1970 una persona que cumplía 65 años puede esperar vivir en promedio algo más de 15 años, actualmente, de acuerdo con las estimaciones para 2007, puede esperar vivir en promedio casi 19 años más después de los 65.

2.2.2.2 Sexo

Las mujeres viven más años, en Costa Rica la esperanza de vida es de 79,6 años: 77,1 para los hombres y 82,2 para las mujeres.

2.2.2.3 Estado civil

Una diferencia importante entre hombres y mujeres de 65 años y más es el estado conyugal. Dado que las mujeres tienen una esperanza de vida de cinco años más respecto a los hombres, la condición de viudez es más frecuente. Una de cada cinco mujeres entre las edades de 65 a 69 es viuda, mientras en los hombres solo uno de cada veinte se encuentra en esa condición. Después de los 80 años, aproximadamente dos tercios de las mujeres son viudas. Entre los hombres, solo un tercio está viudo después de los 80 años. .

2.2.2.4 Familia

Una característica del proceso de envejecimiento poblacional es que las generaciones se hacen cada vez más grandes, pero el número de hijos que tienen las mujeres descende y, por ende, las familias son más pequeñas. Las mujeres de 65 años y más en el 2000 tienen aproximadamente dos hijos más que las mujeres menores de 45, pero mayores de 35.

2.2.2.5 Vivienda

En unos 230 mil hogares (19 %) del país vive una persona adulta mayor. La composición de estos hogares es distinta a la de los hogares donde no viven adultos mayores ya que están empezando a perder miembros, o bien, solo vive la pareja. Esta es la situación de casi dos tercios de los hogares donde viven adultos mayores, en comparación con solo 22 % de los hogares sin adultos mayores.

2.2.2.6 Economía

El ingreso de las personas adultas mayores proviene de un ingreso no autónomo, por ejemplo, pensiones no contributivas u otro tipo de transferencia (22,5 %), pensiones contributivas (41,5 %), ingresos laborales (11,2 %) y otros ingresos autónomos (2,7 %). Un 22,1 % no recibe ingreso.

2.2.2.7 Educación

La mayoría de las personas adultas mayores está en edades escolares antes de 1950, cuando las posibilidades de asistir a la escuela son diferentes y mucho más limitadas. Por esta razón, la escolaridad de las personas adultas mayores es menor a la del resto de la población. Ello quiere decir que muy pocos completan la educación primaria. Además las posibilidades de educación mejoran sustancialmente en el país después de que la mayoría de quienes hoy tienen 65 y más años ya no están en edades escolares.

Dicho lo anterior, el nivel educativo puede afectar el nivel socioeconómico de las personas adultas mayores, sin embargo el nivel de educación de este grupo está aumentando gradualmente, a tal punto que gran cantidad tenga estudios superiores.

2.2.2.8 Trabajo

La participación en la fuerza de trabajo disminuye rápidamente con la edad, mientras a los 65 años el 58 % de los hombres y 16 % de las mujeres se encuentran activos, a los 75 años lo están solo 23 % de los hombres y 3 % de las mujeres.

Entre quienes declaran no estar trabajando o buscando trabajo, hay personas ocupadas en actividades de autoconsumo o en actividades no remuneradas, los que dejan de buscar trabajo,

quienes están dispuestos y quisieran trabajar, y los que están inactivos y no quieren o no pueden trabajar. La mayoría de personas adultas mayores que no está en la fuerza de trabajo pertenece a esta última categoría.

Entre las mujeres, más de dos tercios declaran estar ocupadas en oficios domésticos. En los dos últimos grupos que no tienen pensión, la incidencia de la pobreza es muy elevada, lo cual puede ser la razón de que a pesar de no estar formalmente en la fuerza de trabajo, deban mantenerse ocupados en actividades de autoconsumo o no remuneradas.

2.2.2.9 Seguro de salud de las personas adultas mayores

Al igual que ocurre con el resto de la población del país, una alta proporción de personas adultas mayores cuenta con seguro de salud. El acceso a servicios resulta importante para la prevención de enfermedades crónicas y, en general, para la atención de la salud de las personas adultas mayores.

Los no asegurados se componen de un grupo de altos ingresos y otro de ingresos muy bajo o falta de ellos. Es probable que algunos no tengan seguro por poder costear la atención de salud en forma privada y otros porque la falta de ingreso les impide el acceso.

La ausencia de seguro disminuye marcadamente con la edad, destacando en el área urbana. En todas las edades el porcentaje de personas adultas mayores sin seguro es más alto en el área rural. Es probable que a medida que avanza la edad y las personas requieran con mayor frecuencia de servicios de salud, adquieran alguna condición de aseguramiento en forma propia o por medio de parientes. Muchas de las personas adultas mayores, en especial las mujeres, tienen derecho al seguro de salud por medio de un familiar.

2.2.3 Centro diurno

En la carta de San José, la cual trata sobre los derechos básicos de los adultos mayores, menciona “crear y garantizar los servicios sociales necesarios para brindar cuidado a las personas mayores en consideración de sus necesidades y características específicas, promoviendo su independencia, autonomía y dignidad” (25).

Por consiguiente, un centro diurno es “una institución que, busca prestar atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de personas mayores con dependencia leve, con la doble finalidad de promover su autonomía y darles respiro a los cuidadores” (26).

2.2.4 Automedicación

Es responsabilidad del profesional de salud que asiste, administra y prescribe tratamientos farmacológicos, educar al usuario sobre la acción del medicamento, efectos adversos, dosis y toda la información necesaria para su apropiado uso.

Para definir la automedicación, se debe conocer el término “medicamento”, el cual se considera como “una sustancia química capaz de desencadenar reacciones biológicas en el organismo” (27).

En la literatura se habla de “automedicación” como un problema de salud pública creciente en distintas regiones y poblaciones alrededor del mundo. Igualmente Sánchez (28) califica la automedicación como un fenómeno en aumento a lo largo del tiempo, convirtiéndose en un serio problema de salud pública. Al ser la automedicación un problema de salud creciente, esta puede acarrear potenciales efectos negativos relacionados con diagnósticos y manejos inadecuados, afectando la salud de los individuos.

A partir de la definición anterior, la automedicación es el acto de ingerir medicamentos de cualquier tipo por necesidades propias; tal como lo entiende la Federación Farmacéutica Internacional, al explicar que es el “uso de medicamentos, sin receta, por iniciativa propia de las personas” (29).

Esta práctica es habitual; en algún momento de la vida se ingieren medicamentos simplemente por “corazonada” o por creer que se tiene el “conocimiento” del medicamento, con el fin de disminuir alguna dolencia o combatir algún síntoma. Así, el automedicarse puede estar asociado con el cuidarse a sí mismo o el satisfacer necesidades por cuenta propia.

Un individuo enfermo se encuentra en la búsqueda constante de alivio, tanto de sus signos y síntomas, con el objetivo de mantenerse en un estado de salud adecuado. El autocuidado se puede explicar como una acción para mantener el control o funcionamiento del cuerpo de una manera adecuada por el propio individuo. Por consiguiente, Kregar (30) define el autocuidado como el “conjunto de actividades realizadas por el paciente, sin la asistencia de profesionales de la salud”.

Se toma en cuenta la definición del autocuidado, debido a que los conceptos de automedicación y autocuidado están íntimamente relacionados como una necesidad de asistencia sanitaria. Es decir, el automedicarse está asociado con un déficit en el autocuidado de la persona, mala supervisión de un cuidador o familiar o falta de conocimiento e información en los individuos. Por las razones anteriores, los individuos pueden ingerir cualquier tipo de medicamento, preparado casero, fórmulas alimenticias o cualquier otra sustancia que sirva para curar signos y síntomas o prevenir una enfermedad.

Asimismo, el consumo de cualquier sustancia que sea considerada como un “medicamento”, por el simple hecho de dar una sensación de alivio o curación sin una consulta previa a un profesional en salud, es una automedicación. Por añadidura, Sánchez (28) define la automedicación como “el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por iniciativa o consejo de otra persona, sin consultar al médico”.

El uso de remedios hechos en el hogar a base de plantas medicinales, frutas o cualquier otra sustancia que se pueda encontrar en el hogar o en el jardín es común, y usualmente son utilizados como coadyuvantes de tratamientos farmacológicos indicados, lo cual puede causar una interacción, generar lesiones y provocar reacciones en el organismo sin que el individuo se dé cuenta.

Por lo expuesto, se demuestra que la automedicación no solo consiste en la autoadministración de preparados caseros o fármacos que se pueden conseguir fácilmente sin una receta. De igual modo, Vacas y cols., citados por Ruiz (5), detallan la automedicación como “forma de adquirir fármacos sin receta médica, recuperar medicación utilizada anteriormente, conseguir fármacos de círculos sociales cercanos, utilizar medicamentos acumulados en los domicilios, prolongar o interrumpir un tratamiento médico e incrementar o disminuir la dosis del tratamiento prescrito”.

Por consiguiente, se incluyen medicamentos con receta y fármacos utilizados anteriormente por un tratamiento que no se cumple u obtenidos por vecinos, familiares y amigos que ofrecen estos recursos como una forma de apoyo, cooperación u ayuda ante una dolencia sin ningún conocimiento previo.

2.2.4.1 Automedicación responsable y no responsable

La automedicación responsable es la obligación de actuar conscientemente y esperar posibles consecuencias de ingerir un medicamento probado y regulado con anterioridad. Ruiz (5) menciona, citando a la Asociación Médica Mundial, que la automedicación responsable es “el uso de un medicamento, registrado o sustentado en monografías científicas, legalmente disponible sin prescripción médica, bien sea por iniciativa individual o siguiendo el consejo de un profesional de la salud”. Hecha la observación anterior, el automedicarse responsablemente se basa en condiciones éticas y legales, donde se ingirieren medicamentos regulados por instituciones, bajo la supervisión de un profesional o por conocimiento propio.

Asimismo se puede concretar que la automedicación responsable va más allá de una decisión propia para aliviar signos y síntomas de una dolencia, es también una alternativa para evitar cargas económicas debido a la consulta de un profesional de salud y rapidez y facilidad para conseguir los fármacos. Por lo detallado, Muhana (4) define la automedicación responsable como una “opción socioeconómicamente factible para el cuidado de la salud de las personas”. Así, al haber disponibilidad de medicamentos sin necesidad de prescripción, y asumiendo que esos fármacos son seguros y eficaces, los individuos prefieren realizar esta práctica para tratar sus enfermedades por sí mismos, sin necesidad de acudir a un centro de salud o hacer la consulta a un profesional en busca de información y consejo.

La práctica de una automedicación responsable está estrechamente ligada al profesional de salud, al ser un deber del mismo brindar una educación integral, aclarar dudas que presenta el usuario y no dar una simple indicación y cumplimiento del tratamiento, sino, como lo menciona Muhana (4), “informar, aconsejar y educar acerca de la enfermedad y su tratamiento

farmacológico, de forma clara y personalizada, es decir, adecuando en todo momento el mensaje al público al que se dirige, son las claves para progresar hacia una automedicación responsable y buena”. A pesar de todo, no siempre se cumple por lo cual surgen problemas y complicaciones en la salud de las personas y gastos en los sistemas sanitarios.

“La automedicación responsable es útil y se puede aplicar en países que sea su población muy bien educada y que tengan buen sistema de control sanitario, pero en los países en vías de desarrollo la automedicación presenta un problema muy grave” (4). Hecha la consideración anterior, la práctica de la automedicación responsable depende de los individuos específicos de una región y los determinantes socioeconómicos y culturales; todos estos factores deben tomarse en cuenta para que en conjunto con el sistema de salud se actúe responsablemente con el fin de evitar consecuencias al mismo individuo y pérdidas económicas relevantes en los sistemas de salud. Por lo tanto, el individuo al encontrarse en un contexto donde su población está en vías de desarrollo, tiene una actitud de ignorancia e irresponsabilidad.

De acuerdo con los razonamientos expuestos, la automedicación no responsable se realiza debido a un déficit existente en la supervisión y regulación por parte de una autoridad responsable, o la sustancia ingerida no es autorizada por un profesional de salud. Por esta razón, se define la automedicación no responsable como “el uso de medicinas de prescripción sin una previa prescripción médica” (4).

Al consumir medicamentos de forma irresponsable, los riesgos siempre se encuentran presentes, tanto a largo como a corto plazo; Cholvi (31) cita los siguientes:

- Toxicidad del fármaco: efectos secundarios, reacciones adversas e intoxicación.

- Falta de efectividad debido a condiciones no indicadas, como la toma de antibióticos para tratar procesos víricos.
- Dependencia o adicción.
- Enmascaramiento de síntomas que puede dificultar el diagnóstico y tratamiento de patologías graves.
- Interacciones con otros medicamentos o sustancias ingeridas, causando una disminución del efecto del fármaco o una potenciación.
- Resistencia microbiana, esto provoca que el antibiótico deje de ser eficaz si el microorganismo desarrolla mecanismos de defensa.

2.2.4.2 Factores que influyen en la práctica de la automedicación

2.2.4.2.1 Familia

La familia posee costumbres o creencias que le son propias, algunas correspondientes con el contexto sociocultural y otras son más específicas creadas a lo largo del tiempo por los miembros que la integran. La OMS señala al respecto: “Las creencias individuales influyen sobre el modo en que se usan los medicamentos, y estas creencias pueden haber sido moldeadas por integrantes de la familia nuclear y la familia extensa” (32). Este factor es común en varios estudios, por ejemplo, en una investigación se menciona que la influencia para llevar a cabo la automedicación proviene de la familia en un 49,3 % (33).

2.2.4.2.2 Comunidad

La comunidad “es un contexto inmediato en el que individuos y familias enfrentan sus problemas de salud” (32). La comunidad al estar formada por varios individuos que habitan en un espacio demográfico determinado y están en busca de los mismos intereses, hace que estén

en una constante comunicación y manejo de información. A causa de este comportamiento, se produce la búsqueda de consejos, tratamientos y recomendaciones por parte de vecino o amigos que experimentan síntomas o signos de una enfermedad o dolencia y son curados por medio de remedios caseros o de venta sin receta, los cuales se pueden conseguir fácilmente en farmacias o supermercados locales.

2.2.4.2.3 Género

En múltiples estudios consultados, el sexo femenino practica la automedicación con más frecuencia en comparación con el sexo masculino, por ejemplo, Machado (34) en su estudio encuesta a 414 personas, siendo la mayoría mujeres. Del mismo modo, una de las razones por la que hay una alta prevalencia en este grupo, según lo afirma Salazar (35), es debido a “las mujeres se preocupan más por sus condiciones de salud”.

Las mujeres consultan más los servicios de salud, ya sea por prevención, signos y síntomas leves de una enfermedad, esto causa una mayor disponibilidad de medicamentos y así mismo su autoadministración en el hogar; mientras que el hombre espera a un signo o síntoma mucho más grave para acudir al centro médico o ingerir algún medicamento por sí mismo.

La mayor frecuencia de automedicación corresponde al de las madres, debido a que por su condición social de protección y responsabilidad del cuidado en el hogar, influyen severamente en la automedicación del resto de los integrantes de la familia (36).

2.2.4.2.4 Edad

Conforme aumenta la edad, aparecen más enfermedades o discapacidades, las cuales van a deteriorar el estado de salud de forma progresiva. Menéndez agrega que en los adultos mayores

“aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes. Por lo general, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables y, si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas” (37). Por lo tanto, al identificar las posibles enfermedades con que tienden a ser diagnosticados los adultos mayores, se posibilita un tratamiento temprano para evitar consecuencias que agraven más el problema de salud.

Hecha la observación anterior, la edad constituye un factor importante en la automedicación, ya que según Martínez, los adultos mayores constituyen un grupo poblacional que cada día va en aumento y son ellos los que mayor medicación y atención médica requieren (38).

En la población de adultos mayores, conforme pasa el tiempo, su organismo y estado de salud va en deterioro, por lo que necesita más tratamientos farmacológicos y terapias para mantener un adecuado estado de salud. Actualmente un adulto mayor no toma o solo toma un medicamento de vez en cuando, sino gran variedad de ellos. De esta manera lo evidencia un estudio realizado en la capital Colombiana, donde de la muestra total, 1689 sujetos (84,4 %) reciben por lo menos un medicamento, mientras que 548 (27,4 %) reciben cinco medicamentos o más (39).

2.2.4.2.5 Condición económica

Debido al deficiente ingreso económico por parte de las personas que viven en situaciones de pobreza, los individuos no consultan con un personal de salud en busca de atención médica, consejo o prescripción de algún medicamento para mejorar su estado de salud. De este modo, se evidencia por medio de un estudio hecho por Peñuela (40) que de 350 individuos encuestados, el 55.4 % no tiene prescripción médica para adquirir medicamentos.

De esta manera, la automedicación se asocia significativamente a la pertenencia a estratos sociales bajos y al no estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por esta situación, la compra de medicamentos sin receta en farmacias locales y la consiguiente práctica de la automedicación son puestas en práctica por individuos con poco ingreso económico.

2.2.4.2.6 Medios de comunicación

Los medios de comunicación en masa se integran profundamente a la sociedad. Estos medios se relacionan a la automedicación, tanto que “Así mientras los médicos suelen explicar la automedicación por la ‘ignorancia’ de la población y en particular de las clases subalternas, los economistas y gran parte de los científico-sociales la explican por la determinación de la producción y todos por la mediatización de los Medios de comunicación masiva” (41). En otras palabras, no solo la falta de conocimiento por parte de los individuos induce a conseguir medicamentos para administrarse por sí solos, también influyen los medios de comunicación que están en constante interacción con los individuos.

A partir de las consideraciones anteriores, los medios de comunicación que por lo general se encuentran en los hogares de las personas, como por ejemplo el radio, la televisión, el periódico y las redes sociales como Facebook, por mencionar algunos, influyen ante la toma de decisiones como lo es la automedicación. Este hecho se aprecia en un estudio hecho en Medellín, donde el 42 % de las familias elige usar medicamentos sin prescripción por la influencia de los medios de comunicación (televisión principalmente) y efecto terapéutico (2).

Es decir, “la publicidad tiene un papel muy importante en la venta de medicamentos a pacientes ambulatorios, ya que es útil para informar al público sobre los medicamentos disponibles para la venta sin receta” (30). En resumidas cuentas, los individuos están en constante exposición a

ofertas y anuncios de fórmulas o sustancias que posiblemente no están reguladas por entes encargados, con la posibilidad de causar algún daño debido a interacciones o efectos adversos de los mismos.

Otro aspecto por recalcar es la presencia y facilidad del uso del internet. La OMS menciona la relevancia del mismo para la búsqueda rápida de información, pero “la ausencia de reglamentación también la convierten en un medio muy difundido de promoción de medicamentos en sitios patrocinados por la industria y páginas que contienen información sobre determinadas enfermedades” (32).

2.2.4.2.7 Factor tiempo

La principal razón para automedicarse es que no se dispone de tiempo para asistir a una consulta médica (35); “el factor de ser empleado y manejar un tiempo limitado, dificulta el acceso a una consulta médica, y por el contrario brinda mayores cualidades temporales a los pensionados y estudiantes para asistir a controles médicos o citas programadas” (36).

2.2.4.3 Fármacos más consumidos

Los ancianos toman, como media, cuatro a cinco fármacos de prescripción y dos fármacos de venta libre al día. La mayoría de medicamentos de venta libre son utilizados para aliviar molestias relacionadas con la edad, como el estreñimiento, trastornos del sueño y dolor articular (42).

Con base en la revisión y comparación de diferentes estudios, se determinan los distintos fármacos o medicamentos de mayor consumo por los individuos. No siempre se tiene la misma prioridad de uso en las diversas poblaciones, pero sí se asemejan mucho.

La mayoría de medicamentos se consumen en un contexto de automedicación, y otros bajo una adecuada prescripción y control por parte de un profesional. Entre los fármacos más consumidos según el sistema orgánico del cuerpo, para el tratamiento de enfermedades, signos y síntomas, se encuentran:

- Antiinflamatorios y analgésicos.
- Fármacos utilizados para el tratamiento de enfermedades del sistema cardiovascular.
- Fármacos utilizados para el tratamiento de enfermedades del sistema respiratorio.
- Fármacos utilizados para el tratamiento de enfermedades del sistema digestivo.
- Fármacos utilizados para el tratamiento de enfermedades del sistema nervioso central.
- Fármacos utilizados para el tratamiento de enfermedades del sistema endocrino.
- Fármacos utilizados para el tratamiento de infecciones bacterianas (antibióticos).
- Otros fármacos (vitaminas, drogas para tratar el cáncer, etc.).

Esta clasificación se refleja en el estudio desarrollado por Juárez (43), donde se describe el patrón de consumo de medicamentos basado en trabajos previos hechos en ancianos mexicanos, así como su comparación con estudios llevados a cabo en poblaciones de otros países.

Por añadidura Cano (44) menciona en su estudio dirigido a 2000 sujetos de más de 60 años, la utilización de medicamentos como: antihipertensivos, antiagregantes plaquetarios, inhibidores de la bomba de protones, diuréticos, estatinas, hipoglicemiantes, hormonas tiroideas, vitaminas, antiinflamatorios no esteroideos, antidepresivos.

Del mismo modo en Cuba la población adulta consume fármacos como: antihipertensivos (captopril, enalapril, diuréticos); dentro de los fármacos de uso cardiovascular, los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como la aspirina, la dipirona, el ibuprofeno, la

indometacina y el piroxican; y los psicofármacos (clorodiazepóxido, meprobamato, diazepam, nitrazepam) (45). La prevalencia de los medicamentos utilizados con mayor frecuencia se sigue manteniendo sin importar el orden.

Por otro lado, los antiinflamatorios y analgésicos siempre están presentes en la administración de fármacos, debido a una frecuente y común ocurrencia en los individuos, como lo es el dolor. También, “El dolor es una respuesta subjetiva a factores estresantes físicos y psicológicos. Todas las personas experimentan dolor en algún momento de su vida” (46). Debido a esta respuesta tan común del organismo ante una enfermedad, los antiinflamatorios y analgésicos son unos de los fármacos más frecuentemente utilizados por iniciativa propia. Por esta razón, según Villegas (5) “El medicamento más consumido mediante automedicación fue el Acetaminofén para uso analgésico; probablemente debido a que es un fármaco de fácil obtención y de prescripción común”.

Los analgésicos son uno de los medicamentos que más se consumen en la sociedad en todos los grupos de edad y ante una amplia muestra de enfermedades. El abuso de estos puede ocasionar daños renales o hepáticos (31).

Conforme avanza la tecnología y se descubren sustancias que ayudan al ser humano contra las enfermedades e infecciones, se espera a largo plazo consecuencias de su empleo y en especial un uso masivo por parte de la población, por lo que “el problema de la resistencia a los antibióticos es global, complejo, incluye un gran número de especies bacterianas de importancia médica y es de difícil control por su multicausalidad” (47). El uso inadecuado y creciente de los mismos, con todas sus implicaciones, pero particularmente la posibilidad de generar resistencias microbianas, es motivo de preocupación.

En referencia a lo mencionado, la automedicación juega un papel fundamental en las causas de este problema sanitario a nivel mundial, así mismo lo plantea Aguado (48), quien manifiesta que la automedicación con antibióticos y la consecuente aparición de resistencia son los principales problemas que se plantean con su uso en el medio extrahospitalario. Dicho de otro modo, el problema es a causa del uso indiscriminado, falta de conocimiento e información y prácticas inadecuadas por parte de la población.

2.2.4.4 Medicamentos de venta libre

Según la OMS (49), en todo el mundo más del 50 % de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden de forma inadecuada. Al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales y el 50 % de los pacientes los toma de manera incorrecta. Esto significa que la mayoría de la población mundial tiene acceso a medicamentos, pero al haber tanta disponibilidad y fácil acceso, son utilizados insuficiente, irracional, excesiva o indebidamente, tanto de medicamentos de venta libre o de venta bajo prescripción médica.

“La demanda de medicamentos en el país está determinada por la prescripción de los médicos en los servicios médicos privados, la atención en la red pública integral de salud (RPIS) y por los usuarios (automedicación)” (50). Usualmente el usuario se automedica con fármacos de venta libre, pero también hay diferentes estudios que mencionan el uso de medicamentos que se venden bajo prescripción médica, ya sea por tratamientos pasados o de personas cercanas que no cumplieron tratamiento.

Los fármacos de venta libre se utilizan en el manejo de más de 450 condiciones médicas, con una frecuencia de presentación alta y de gran costo para los sistemas de salud. Para Costa Rica,

los fármacos de venta libre se definen como “un producto farmacéutico que puede ser vendido en establecimientos no farmacéuticos, según la normativa vigente” (51).

En términos más amplios, según la Conferencia Panamericana sobre Armonización de la Reglamentación Farmacéutica, un medicamento de venta sin receta es “Producto farmacéutico, medicamento o especialidad medicinal cuya dispensación o administración no requiere autorización médica, utilizados por los consumidores bajo su propia iniciativa y responsabilidad para prevenir, aliviar o tratar síntomas o enfermedades leves y que su uso, en la forma, condiciones y dosis autorizadas sean seguras para el consumidor” (52).

De la misma manera, la Conferencia recomienda los siguientes criterios para la clasificación de medicamentos de venta sin receta:

- Medicamentos de empleo seguro en todos los grupos de edad de la población;
- formas farmacéuticas generalmente de vía oral o tópica, de fácil manejo y almacenamiento y que no sean de administración intravenosa o intramuscular;
- el principio activo haya sido comercializado bajo prescripción médica por lo menos 5-10 años, tiempo durante el cual lleva un control y existe además seguridad y eficacia con datos de farmacovigilancia;
- medicamentos eficaces y seguros para ser utilizados ante condiciones de enfermedad, prevención, alivio de síntomas o tratamiento de enfermedades leves, de fácil identificación;
- medicamentos cuyo empleo no genere tolerancia o dependencia;

- cuando se utilice de acuerdo a las instrucciones, no enmascaren enfermedades serias, ni retrasen el diagnóstico y tratamiento de una condición que requiere de atención médica;
- los reportes de reacciones adversas no se hayan incrementado durante el periodo de comercialización;
- medicamentos que tengan un extenso rango de seguridad, de tal modo que la administración voluntaria o involuntaria de dosis superiores a las recomendadas o donde no este indicado, no represente un peligro grave y atente contra la salud;
- margen de dosificación amplio, susceptible de ser adaptado a la edad y peso del paciente.

Aunque estos tienen menos riesgos, no están exentos y se deben usar con precaución, pues a pesar de que se dispensen sin receta, no son inocuos y pueden resultar perjudiciales (31).

Las autoridades nacionales de cada país son las encargadas de asegurar que las medicinas clasificadas como “de no prescripción” sean lo suficientemente seguras como para no ocasionar daños en la salud de las personas a raíz de su venta libre. En Costa Rica el ente encargado de la regulación, seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos es el Ministerio de Salud, mediante la Ley General de Salud n.º 5395 y el Reglamento de Inscripción, Control, Importación y Publicidad de Medicamentos n.º 28466, con el objetivo de contribuir a la protección y al mejoramiento de la salud de la población y regulación de sustancias que puedan generar un impacto en la condición de salud.

Según la Ley General de Salud n.º 5395 en sus artículos 95, 96, 97 y 101, la venta de medicamentos debe realizarse en farmacias debidamente regentadas, inscritas en el Ministerio de Salud y autorizadas y registradas en el Colegio de Farmacéuticos (53).

2.2.4.5 Conocimiento

El conocimiento “es la suma de nuestros conceptos y proposiciones que han sido establecidos y probados como reflejo objetivo dentro de sus límites de la realidad. Es esencialmente un producto social. Se construye socialmente como un producto de la actividad humana” (54). En relación con lo expuesto, cada acción que se realiza, como lo es ingerir un medicamento, se lleva a cabo con base en una razón previa, pero en ocasiones los individuos lo hacen sin razonar o pensar en consecuencias que esta acción puede causar. Lo anterior se afirma en un estudio efectuado a 1263 personas de una comunidad universitaria en Colombia, donde se encuentra un porcentaje de automedicación del 97 %, a pesar de que el 88 % de la muestra señala conocer los riesgos de esta práctica.

Si se utilizan medicamentos de forma responsable para tratar síntomas menores como el dolor, la fiebre o la acidez de estómago, no hay problemas; estos surgen cuando se toman durante un tiempo prolongado, se abusa de la cantidad recomendada o no se tiene conocimiento sobre el verdadero efecto del fármaco (31).

Con relación al grado de conocimiento de la indicación correcta de los medicamentos sin receta médica, en un estudio el 53,3 % menciona que “La conocen en parte”, mientras que el 21,7 % dice conocerla completamente y el 14,5 % expresa que no la conoce (33).

Las complicaciones y efectos adversos de los medicamentos son muy frecuentes y muchas veces por ser leves se pasan por alto, por consiguiente, algunos de los medicamentos no deben estar al alcance de personas que desconocen las complicaciones asociadas con su utilización (55).

2.2.4.6 Práctica

La práctica de la automedicación implica asimismo el empleo de medicamentos caducados o en mal estado. La Real Academia Española define “práctica” como “Ejercitar, poner en práctica algo que se ha aprendido y especulado” (56).

Una práctica muy común además de adquirir medicamentos en la farmacia, es el medicamento guardado en casa (botiquín familiar), el cual tiene alta probabilidad de ser reutilizado, sobre todo si el médico lo receta con anterioridad (48).

2.3 TEORIZANTE DE ENFERMERÍA

Dorothea E. Orem es una de las enfermeras americanas más destacadas; nace en 1914, en Baltimore, Maryland. Orem es autora de una de las teorías más aceptadas por parte de la comunidad enfermera internacional. La teoría del déficit de autocuidado establece como base teórica que “la enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención por sus estado de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria” (57).

A partir de que la automedicación es realizada por las personas para prevenir o aliviar algún síntoma o enfermedad, al poseer los individuos libre voluntad, se debe educar a los individuos en pro de mejorar el conocimiento de los medicamentos que se autoadministran, de tomar

decisiones, y realizar practicas correctas relacionadas a la automedicación, con el fin de mantener la salud, la vida y el bienestar de la persona, incluyendo los individuos cercanos a su círculo social y comunidad; brindándole a todas las personas la información adecuada, para que así puedan pensar, reflexionar y analizar sobre su propia experiencia y consecuencias con el fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Esta acciones de pensamiento y crítica son llevadas a cabo para mejorar el estado de salud, significando una adecuada integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

Al ser deficiente la información del individuo para completar todas las acciones de mejora o cuidado para la salud, entra la ciencia enfermera al servicio humano, por tanto se debe proporcionar asistencia directa en su autocuidado a las personas y/o grupos, según sus requerimientos, debido a las incapacidades generadas por sus situaciones personales, influyendo sobre la persona, el entorno en el cual se desenvuelve, por medio de procesos educativos de forma individual e integral.

Es decir, una de las funciones más importantes del profesional de enfermería es la educación en salud a los individuos, el profesional debe estar consciente de la realidad compleja en la que vive la sociedad, las posibles y diferentes nuevas formas de relación social, de intercambio de conocimientos e información y de la diversidad de la condición humana en constante transformación y población con la que se trabaja para transmitir esos conocimientos.

La condición de salud actual y futura de la persona es fundamental para el personal de enfermería, ya que se debe intervenir a un individuo cuando existe alguna incapacidad de la persona de proporcionarse por sí misma y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad

necesario según las situaciones de salud personal (57). Al carecer esa asistencia, el individuo busca medidas que mejoren su estado y una de ellas es el consumo de medicamentos sin supervisión por parte de un profesional en salud.

Orem en su teoría menciona requisitos universales que deben alcanzar los individuos mediante el autocuidado o el cuidado dependiente, para conseguir una integridad estructural y funcional humana del ciclo vital; entre ellos se encuentran:

1. Mantenimiento de aporte suficiente de agua.
2. Mantenimiento de aporte suficiente de alimentos.
3. Mantenimiento de aporte suficiente de aire.
4. Eliminación adecuada.
5. Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y soledad.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo de grupos sociales y el deseo de ser un humano normal.

Al analizar estos requisitos, la automedicación se relaciona a los mismos porque su objetivo primordial es conseguir un adecuado funcionamiento del cuerpo. Por ejemplo, en personas con una enfermedad respiratoria, sea aguda o crónica, el individuo necesita un aporte adecuado de oxígeno para satisfacer las necesidades de los tejidos en el cuerpo, por lo que se requieren de medicamentos que permitan la entrada adecuada de aire a los pulmones y haya un adecuado intercambio gaseoso.

Este medicamento ingerido por la persona muchas veces es recetado o recomendado por un profesional de la salud, pero también es utilizado con base en creencias o criterios propios de la persona para sentirse bien sin necesidad de gastar dinero o acudir a un centro de salud. Orem menciona que “los seres humanos tienen libre voluntad” de realizar estas prácticas y actividades.

Hoy se vive en un tiempo y en una sociedad con una atención sanitaria desarrollada, con medicamentos y técnicas quirúrgicas eficaces; se necesita comprender que el autocuidado continúa siendo necesario, tanto para el manejo de enfermedades agudas no graves, pero muy frecuentes, como para la prevención en forma de hábitos de vida saludables de las enfermedades que hoy son la causa principal de enfermedad y muerte, como problemas cardiovasculares y cáncer (58).

Además, el profesional de enfermería debe apoyar el autocuidado, al dirigirse a la práctica de actividades que las personas pueden hacer con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta, con el fin de seguir viviendo, mantener la salud y prolongarla, ya que todas las personas en un momento determinado necesitan de autocuidados, es decir demandan cuidados terapéuticos (59).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Pertenece al enfoque cuantitativo al pretenderse recolectar información para obtener datos en valores numéricos, los cuales son medidos y analizados por medio de métodos estadísticos. Además, es necesario hacer una revisión amplia de la literatura ya existente en diferentes bases de datos, con el propósito de crear una propia perspectiva teórica, la cual guíe el estudio.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se enmarca en el tipo de investigación descriptivo, al describirse los hechos, fenómenos, situaciones, contextos y eventos de forma detallada, especificando las propiedades, características y perfiles de la población en estudio, tal y como se manifiestan (58). Es decir, solo se recolecta información de las variables.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

La unidad de análisis de esta investigación corresponde a cada una de las personas mayores de 65 años o más, tanto de sexo femenino como masculino, que asisten a dos centros diurnos; uno localizado en el cantón de Barva de la provincia de Heredia y el otro en el cantón de Poás de la provincia de Alajuela.

3.3.1 Población

El tipo de población es finita, conformada por 110 personas. El centro diurno localizado en el cantón de Barva cuenta con 45 individuos y el del cantón de Poás con 65 individuos.

3.3.2 Muestra

De la población total, se toma una muestra de 100 individuos, acogiéndose al teorema del límite central.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<p>Hombres y mujeres.</p> <p>Personas de 65 años y más.</p> <p>Personas que asisten a las actividades de los centros diurnos de los cantones de Barva y Poás.</p> <p>Individuos que han practicado la automedicación, una o más veces en la vida.</p> <p>Estar o haber estado en contacto con medios de comunicación e información masiva (televisión, radio, periódico).</p>	<p>Personal administrativo, de cocina, voluntarios o trabajadores del centro diurno.</p> <p>Individuos desorientados en tiempo, espacio y persona.</p> <p>Individuos que no asistan al centro diurno durante el III cuatrimestre del 2017.</p> <p>Individuos con dependencia total y dificultad para tomar de decisiones.</p>

<p>Individuos que hayan consumido algún medicamento de venta libre o bajo prescripción médica alguna vez en su vida.</p> <p>Individuos que han dado y recibido un consejo y recomendaciones para tomar un medicamento.</p>	
--	--

3.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.4.1 Validez del cuestionario

El instrumento de la investigación es de elaboración propia, por lo que la validación se realiza mediante un plan piloto con la finalidad de encontrar información útil sobre la formulación de preguntas y anticipación de posibles dificultades y errores, que sirvan como punta de partida para alcanzar los objetivos planteados en el trabajo.

Este es efectuado a 15 personas, específicamente ocho adultos mayores en Carrillos de Poás y siete en Barva de Heredia, para determinar cambios necesarios de palabras técnicas y no comprensivas para el individuo, redacción de las preguntas y estructura del instrumento.

La entrevista se lleva a cabo de forma presencial e individual, donde se le explica al individuo en qué consiste el estudio, cómo se hacen las preguntas y los objetivos que se espera alcanzar.

La información del cuestionario elaborado contiene una totalidad de 29 preguntas cerradas y preguntas semiabiertas.

Se evidencian problemas de redacción en las preguntas al ser técnicas y no comprensivas para cierto tipo de población, también se encuentra ambigüedad en varias preguntas, lo cual se corrige por medio de correcciones al instante para una mejor interpretación del instrumento, así mismo tomando en cuenta los comentarios proporcionados por los encuestados.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación es no experimental de tipo transversal, debido a la ausencia de un control en las variables ya existentes, las cuales simplemente se observan y se miden, en un contexto natural, sin manipulación alguna, con el propósito de describir y analizarlas, por medio de la recolección de datos en un solo momento, el cual es único en el tiempo (58).

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Mostrar las características sociodemográficas y económicas de los adultos de 65 años o más, en dos centros diurnos.	Características sociodemográficas.	Rasgos personales que pueden influir en todas las acciones que las personas hagan en su vida diaria, como género, estrato socioeconómico, entorno familiar, nivel educativo, entre otros (59).	Características que definen a un individuo dentro de una sociedad.	Aspectos sociodemográficos e información personal.	Social Edad. Sexo. Estado civil. Relaciones sociales. Educativa Nivel de educación. Laboral Situación laboral. Ingresos económicos. Salud Seguro médico. Demográficas Lugar y estado de la vivienda.	Cuestionario preguntas 2, 3, 4,5. Cuestionario pregunta 6. Cuestionario preguntas 7,8. Cuestionario pregunta 9. Cuestionario pregunta 10.

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Describir el conocimiento de la medicación ingerida que tienen los adultos de 65 años o más, en dos centros diurnos.	Conocimiento.	“...es la suma de nuestros conceptos y proposiciones que han sido establecidos y probados como reflejo objetivo dentro de sus límites de la realidad. Es esencialmente un producto social. Se construye socialmente como un producto de la actividad humana” (54).	Conceptos o información que maneja el individuo sobre medicamentos y automedicación utilizados por las personas en su diario vivir.	Estado de salud del individuo. Conoci- miento o información de la medicación ingerida y sus efectos.	Salud Estado de salud por el cual deba medicarse. Manejo de la información Objetivo terapéutico de los medicamentos Riesgos o efectos adversos de los medicamentos. Información que contiene el medicamento.	Cuestionario pregunta 11. Cuestionario pregunta 12. Cuestionario pregunta 12. Cuestionario preguntas 18,19.

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Instrumento
Indicar las prácticas que conllevan a la automedicación según los factores ambientales y socioeconómicos que tienen los adultos de 65 años o más en dos centros diurnos.	Práctica.	La práctica se define como “ejercitar, poner en práctica algo que se ha aprendido y especulado” (56).	Acciones o costumbres que llevan a cabo los individuos para automedicarse.	Prácticas que están relacionadas a la automedicación.	<p>Prácticas comunes</p> <p>Guardar medicamentos de tratamientos pasados.</p> <p>Incumplir tratamientos farmacológicos.</p> <p>Verificar fecha de caducidad.</p> <p>Factores que influyen en la práctica de la automedicación</p> <p>Tiempo libre.</p> <p>Ingresos económicos.</p> <p>Frecuencia con la que se automedica.</p> <p>Alivio o sensación de curación</p> <p>Influencia de medios de comunicación.</p> <p>Dar o recibir recomendaciones de medicamentos.</p> <p>Lugares de fácil acceso a medicamentos.</p>	<p>Cuestionario preguntas 18, 19, 20.</p> <p>Cuestionario pregunta 19.</p> <p>Cuestionario preguntas 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25.</p>

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 GENERALIDADES

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación por medio de 27 figuras y una tabla, las cuales se detallan a continuación. En las figuras n.º 1-10 se analizan los aspectos sociodemográficos de la población; seguidas de las figuras n.º 12-25, donde se evalúa el conocimiento de la medicación y prácticas que conllevan a la automedicación; mientras que en las figuras n.º 26-29 se determinan los medicamentos ingeridos.

Además, en la tabla n.º 1 se identifican las enfermedades crónicas o agudas que la población tiene. Cabe señalar que las figuras n.º 22-24-25-26-29 y la tabla n.º 1 son respuestas de opción múltiple.

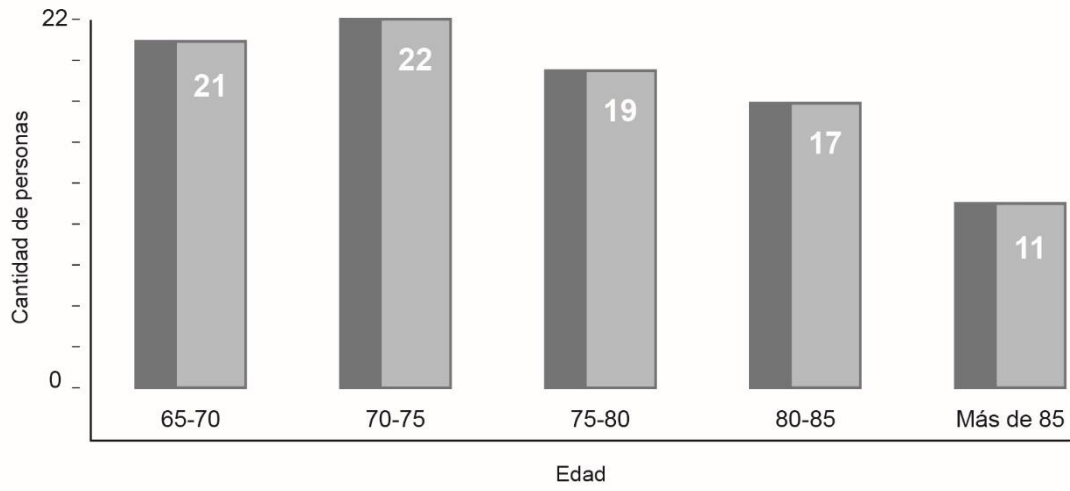


Figura n.º 1 Distribución de la población según rango de edad, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En cuanto a la distribución de la población según el rango de edad, predomina el rango 70-75 años con 22 personas, 65-70 años con 21 individuos, 75-80 años con 19 participantes, 80-85 con 17 encuestados y 85 años y más con 11 personas.

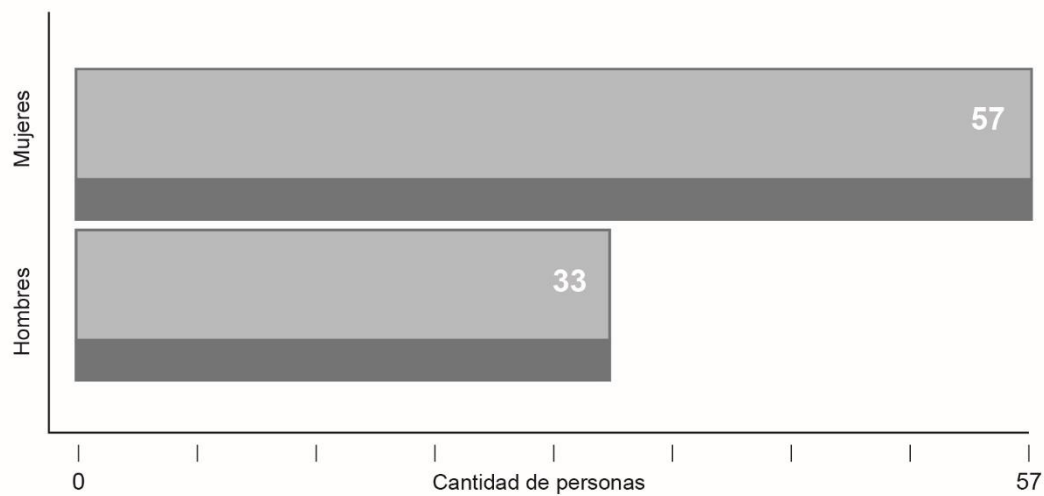


Figura n.º 2 Distribución de la población según sexo, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

De la población estudiada, 57 de los adultos mayores son mujeres y 33 son hombres, siendo las mujeres la población que predomina en el estudio y asiste a ambos centros diurnos.

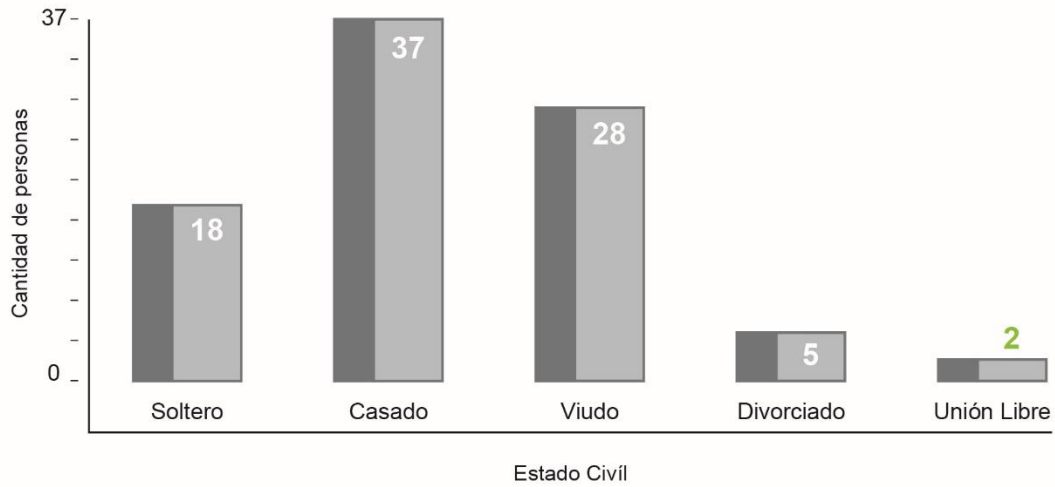


Figura n.º 3 Distribución de la población según estado civil, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

De acuerdo al estado civil de la población estudiada, 18 de los 90 individuos entrevistados son solteros, 37 son casados, 28 son viudos, cinco son divorciados y dos se encuentran en unión libre.

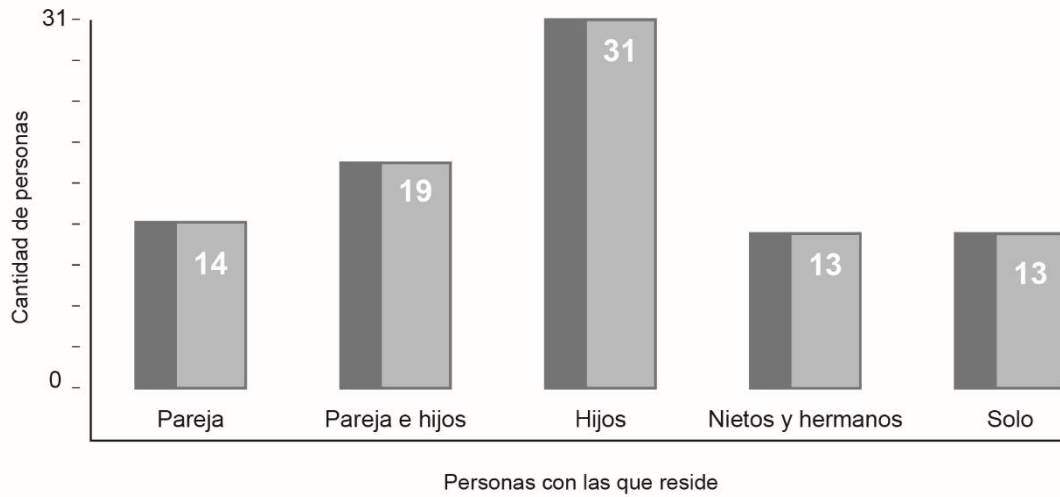


Figura n.º 4 Distribución de la población según personas con las que reside, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los datos reflejan que de las 90 personas estudiadas, 14 adultos viven en pareja, 19 individuos con su pareja e hijos, 31 encuestados con sus hijos, 13 participantes con sus nietos y hermanos y 13 personas viven solas.

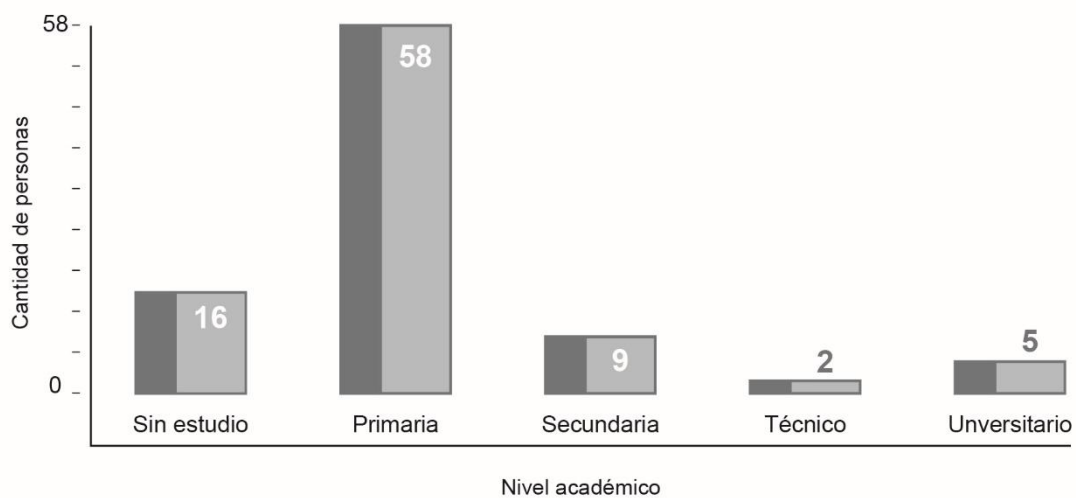


Figura n.º 5 Distribución de la población según nivel académico, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En cuanto al nivel académico, de las 90 personas entrevistadas, 58 tienen la primaria completa, 16 no tienen estudios, nueve la secundaria completa, dos un técnico y cinco una carrera universitaria.

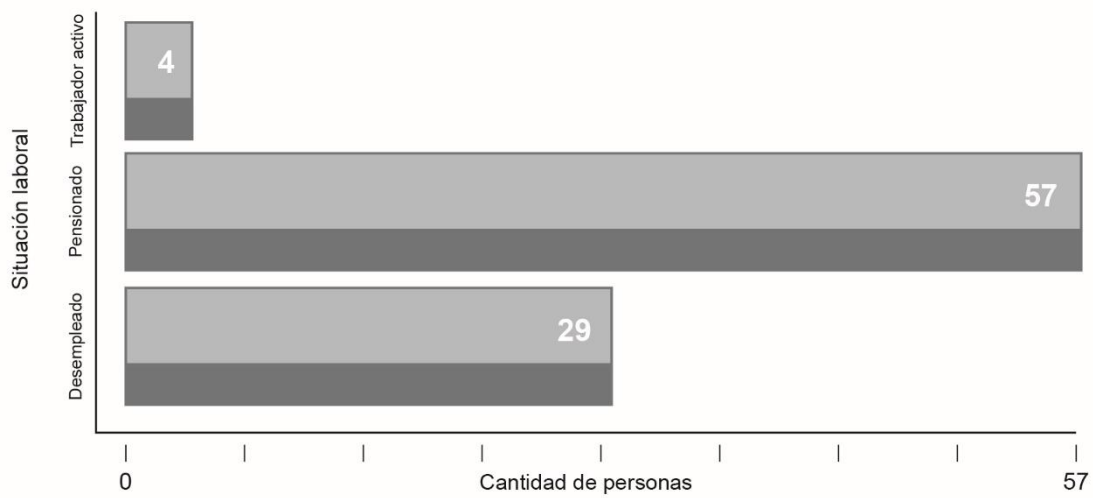


Figura n.º 6 Distribución de la población según situación laboral, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

De acuerdo a la situación laboral de los individuos, cuatro están activos laboralmente, 57 cuentan con una pensión y 29 están desempleados.

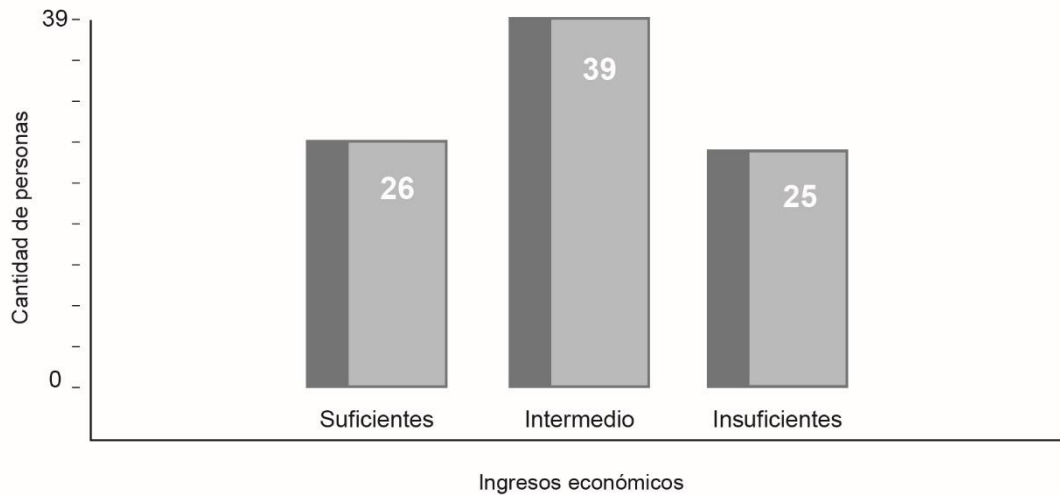


Figura n.º 7 Distribución de la población según su percepción de los ingresos económicos mensuales, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Respecto a la percepción de los ingresos económicos mensuales, 26 encuestados señalan que sus ingresos económicos son suficientes de acuerdo a sus necesidades, 39 personas poseen ingresos económicos intermedios y 25 participantes indican que sus ingresos no les alcanzan o son insuficientes para cubrir todas sus necesidades.

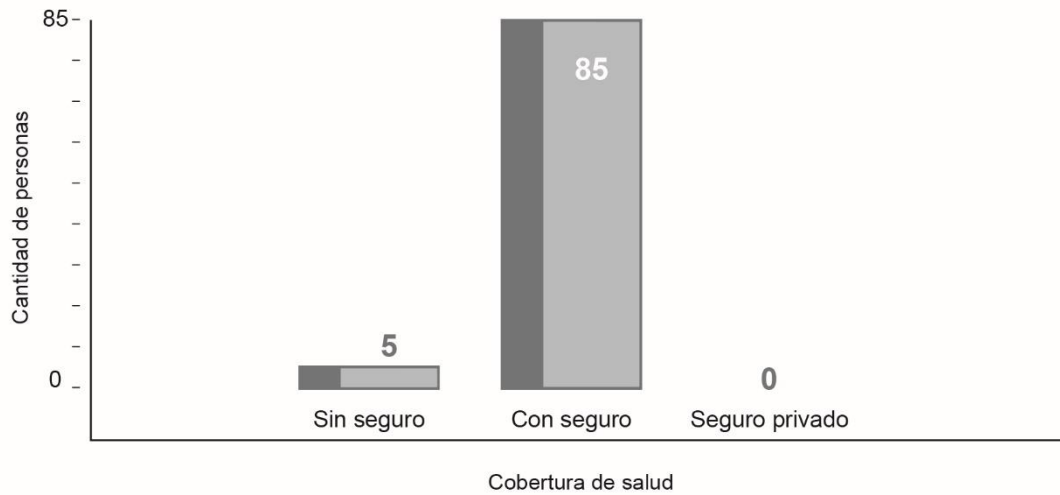


Figura n.º 8 Distribución de la población según cobertura de salud, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En cuanto a la distribución de la población según la cobertura de salud, cinco no tienen seguro; sin embargo, predominan quienes cuentan con un seguro del Estado, es decir 85 personas. Por su parte, ningún participante cuenta con algún seguro privado.

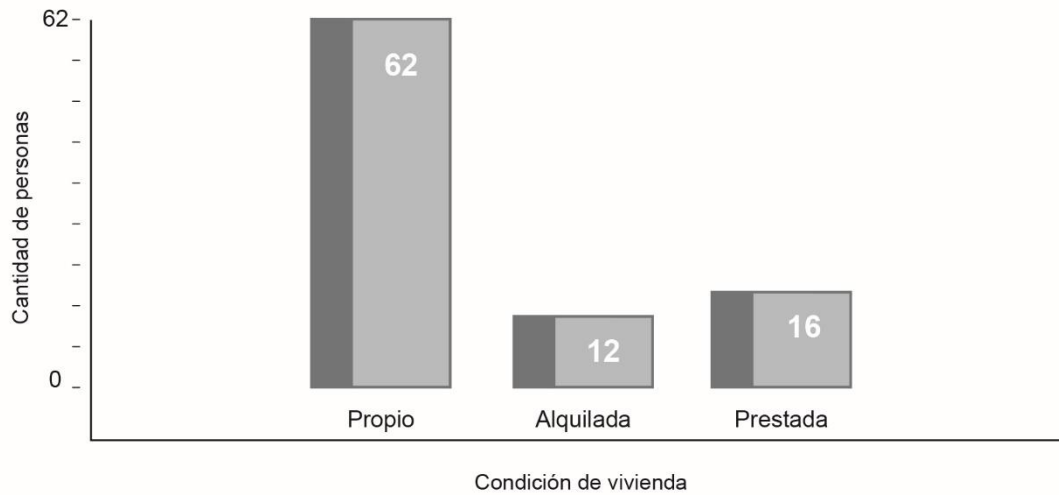


Figura n.º 9 Distribución de la población según condición de vivienda, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En relación con la condición de vivienda de los entrevistados, 62 individuos tienen vivienda propia, 12 participantes habitan en una casa alquilada y 16 adultos mayores viven en una vivienda prestada.

Tabla n.º 1

Distribución de la población según enfermedad o padecimiento por el cual deba medicarse, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017.

Enfermedad	Aguda	Crónica	No posee enfermedad
Gastritis	0	14	0
Estreñimiento	3	0	0
Desgaste	0	8	0
HTA	0	58	0
Aterosclerosis	4	0	0
DM	0	31	0
EPOC	0	3	0
Cardiopatías	0	4	0
Osteoporosis	0	4	0
Depresión	4	0	0
Artritis	4	0	0
AVC	2	0	0
Hernia	2	0	0
Insomnio	2	0	0
Hiperuricemia	2	0	0
Otros	7	8	0
Persona sana	0	0	8

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En cuanto a la distribución de la población según enfermedad o padecimiento por el cual deba medicarse, las enfermedades tanto agudas como crónicas afectan a los participantes, siendo las crónicas las de mayor incidencia, como lo es la HTA y la diabetes *mellitus*; mientras que las personas sanas son muy pocas, contabilizándose solo ocho.

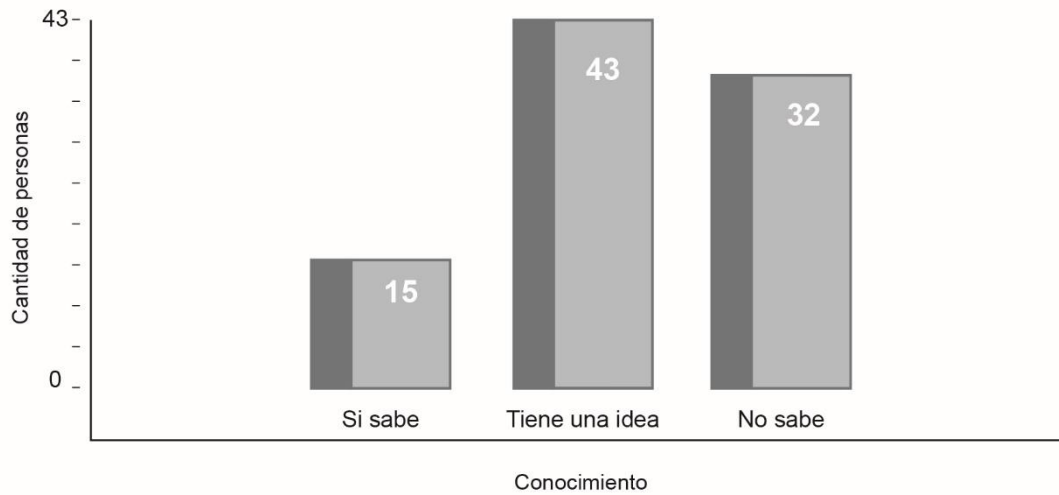


Figura n.º 10 Distribución de la población según conocimiento del funcionamiento, riesgos y efectos secundarios de los medicamentos que utiliza, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Respecto al conocimiento del funcionamiento, riesgos y efecto secundarios de los medicamentos utilizados por parte de los participantes, 15 personas sí tienen conocimiento, 43 adultos mayores cuentan con una idea y 32 encuestados no saben nada sobre el medicamento que consumen.

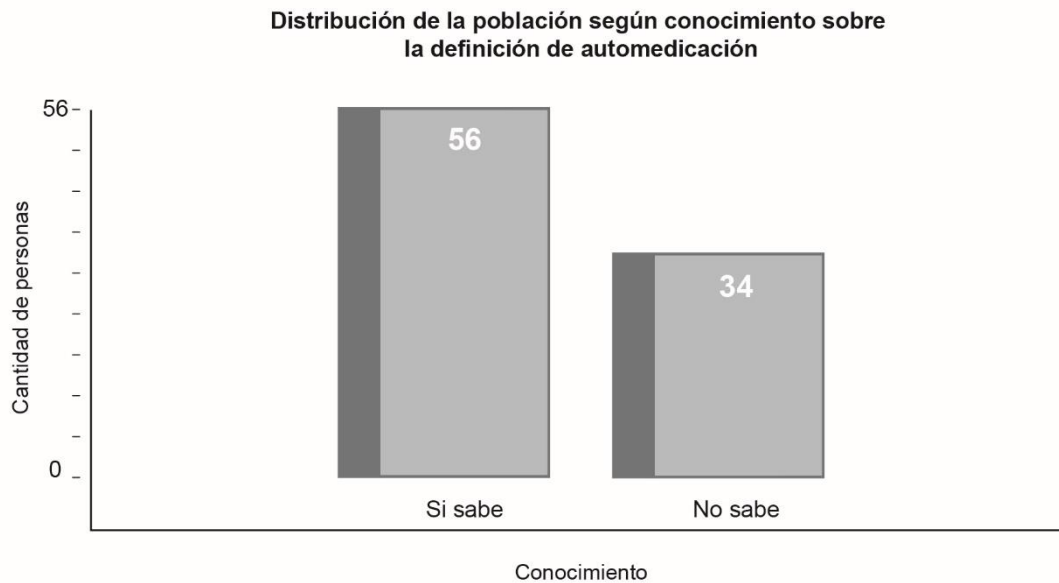


Figura n.º 11 Distribución de la población según el conocimiento sobre la definición de automedicación, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Según la definición de automedicación por parte de los adultos mayores, 56 personas la conocen y brindan una conceptualización correcta de automedicación; mientras 34 participantes no saben o no manejan bien el concepto.

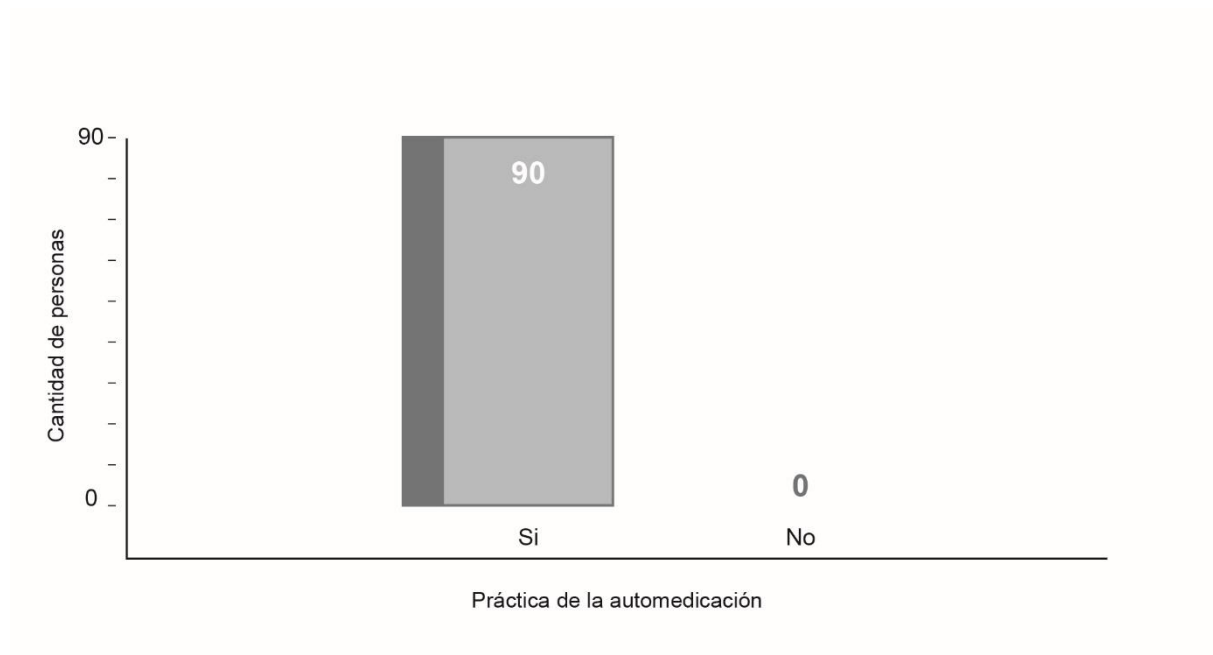


Figura n.º 12 Distribución de la población según práctica de la automedicación, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En relación con la práctica de la automedicación por parte de los encuestados, toda la muestra indica haberlo hecho aunque sea alguna vez en su vida.

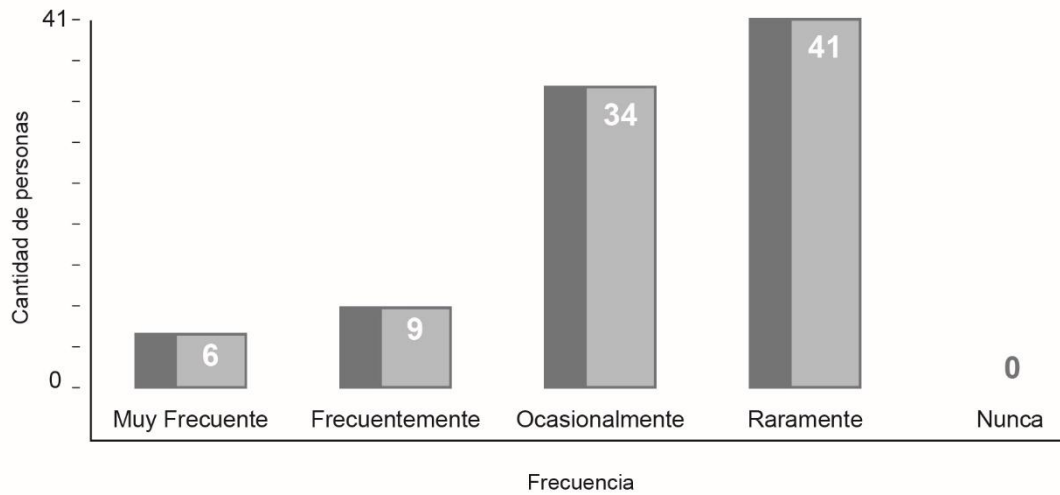


Figura n.º 13 Distribución de la población según frecuencia con la que se automedica, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

De acuerdo con la frecuencia con la que se automedican los adultos mayores entrevistados, solo seis participantes refieren hacer dicha práctica con mucha frecuencia, nueve adultos mayores la realizan frecuentemente, 34 participantes mencionan ocasionalmente, 41 personas indican raramente y ningún adulto mayor señala haberla practicado.

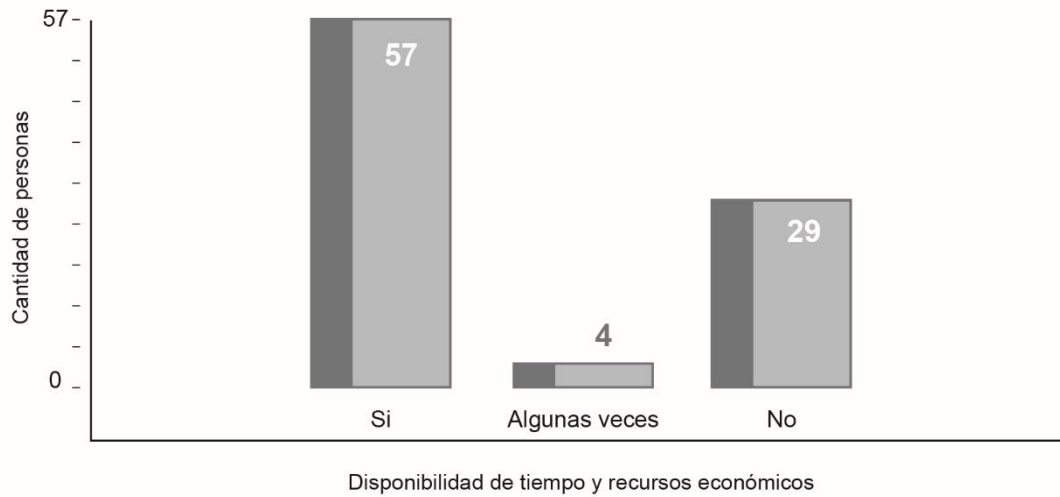


Figura n.º 14 Distribución de la población según falta de tiempo y recursos económicos para consultar un profesional de salud, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

La falta de tiempo y recursos económicos son los factores que influyen en la población entrevistada, donde 57 personas se automedican por falta de los recursos económicos y de tiempo, mientras que cuatro lo hacen algunas veces y 29 personas no llevan a cabo esa práctica.

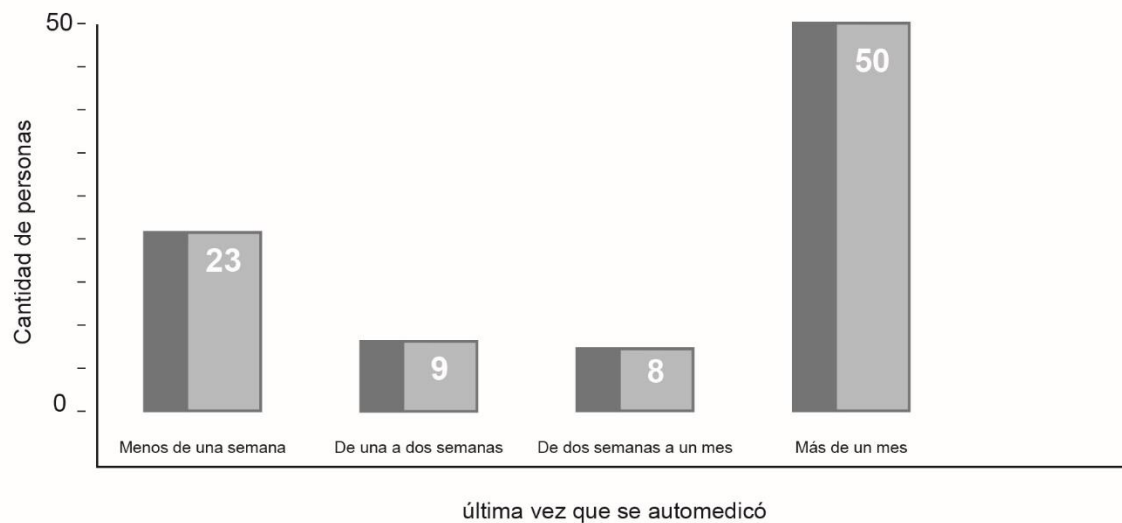


Figura n.º 15 Distribución de la población según última vez que se automedica, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Al preguntarles a los entrevistados acerca de cuándo es la última vez que se automedican, 23 personas lo hacen en un tiempo que abarca menos de una semana antes de la entrevista, nueve participantes contestan una o dos semanas antes, ocho adultos mayores responden dos semanas a un mes antes y un número considerable de 50 individuos señala hace más de un mes.

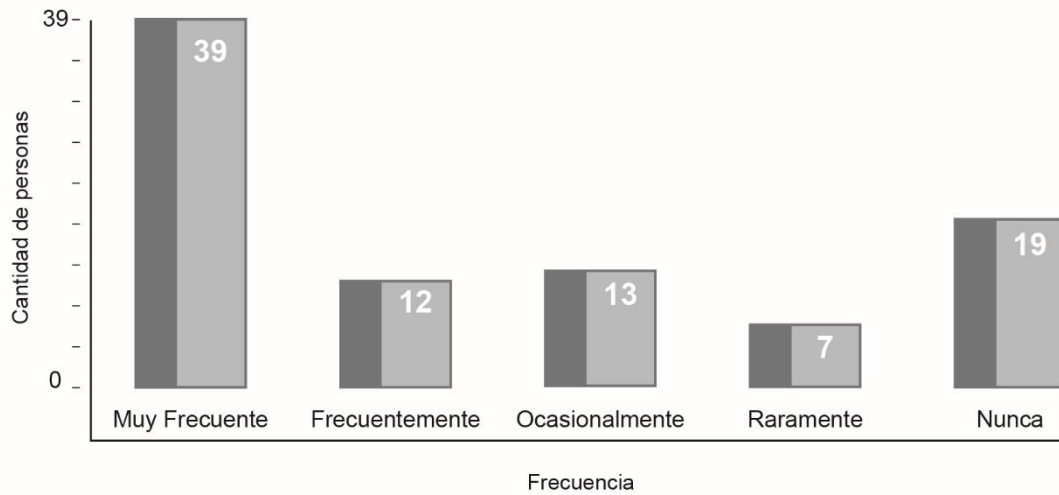


Figura n.º 16 Distribución de la población según frecuencia con la que lee la información del medicamento, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Según la frecuencia con que los participantes leen la información del medicamento, 39 adultos mayores leen la información o etiqueta que trae el medicamento muy frecuentemente, 12 personas mencionan frecuentemente, 13 encuestados señalan ocasionalmente, 7 participantes expresan raramente y 17 personas nunca la leen.

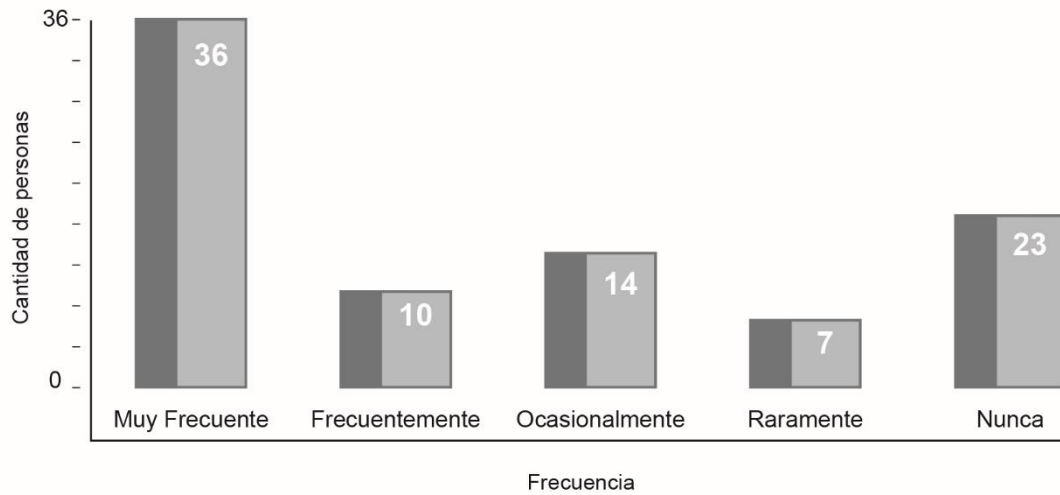


Figura n.º 17 Distribución de la población según frecuencia con la que lee la fecha de vencimiento de los medicamentos, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

De acuerdo con la frecuencia con que la población lee la fecha de vencimiento de los medicamentos, 36 personas comentan hacerlo de manera muy frecuente, 10 individuos contestan frecuentemente, 14 participantes la verifican ocasionalmente, 7 adultos mayores mencionan raramente y 23 encuestados nunca lo hacen.

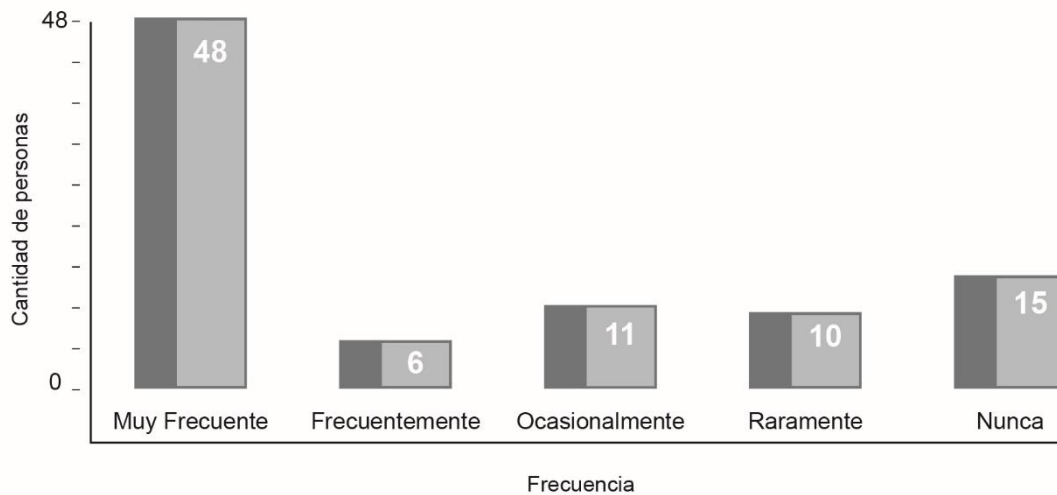


Figura n.º 18 Distribución de la población según frecuencia con la que guarda medicamentos de tratamientos pasados o incompletos en su hogar, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En cuanto a la frecuencia con que la población guarda los medicamentos de tratamientos pasados o incompletos en su hogar, más de la mitad de los encuestados, 48 personas, los guarda en su hogar de manera muy frecuente, mientras que seis participantes lo hacen frecuentemente, 11 adultos mayores comentan realizarlo ocasionalmente, 10 encuestados expresan practicarlo raramente y 15 individuos nunca lo hacen.

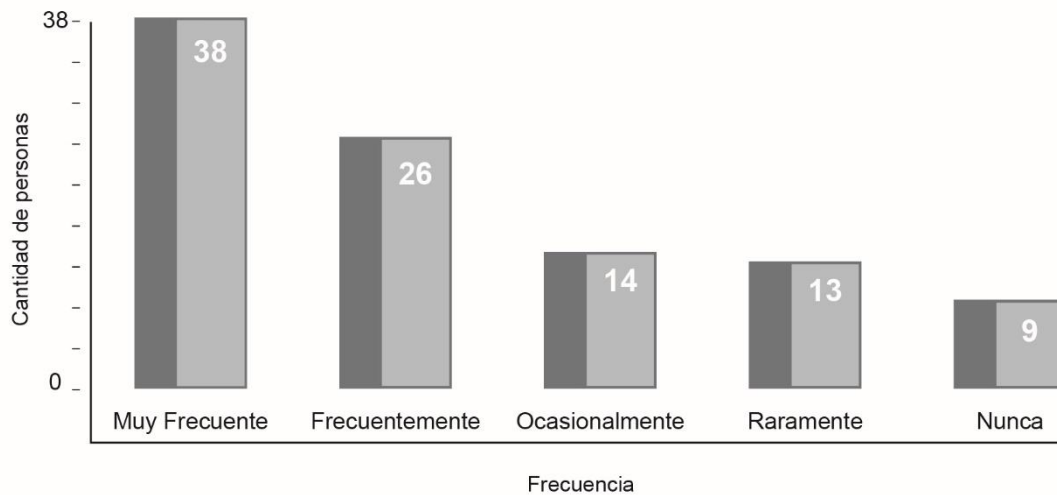


Figura n.º 19 Distribución de la población según frecuencia con la cual el medicamento con que se automedica el individuo alivia molestias, síntomas o enfermedad, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En relación con la frecuencia con la cual el medicamento con que se automedica el individuo alivia molestias, síntomas o enfermedad, 38 personas sienten con el medicamento un alivio muy frecuentemente, 26 adultos mayores indican frecuentemente, 14 encuestados señalan ocasionalmente, 13 participantes comentan raramente y nueve personas nunca se alivian con los medicamentos que se autoadministran.

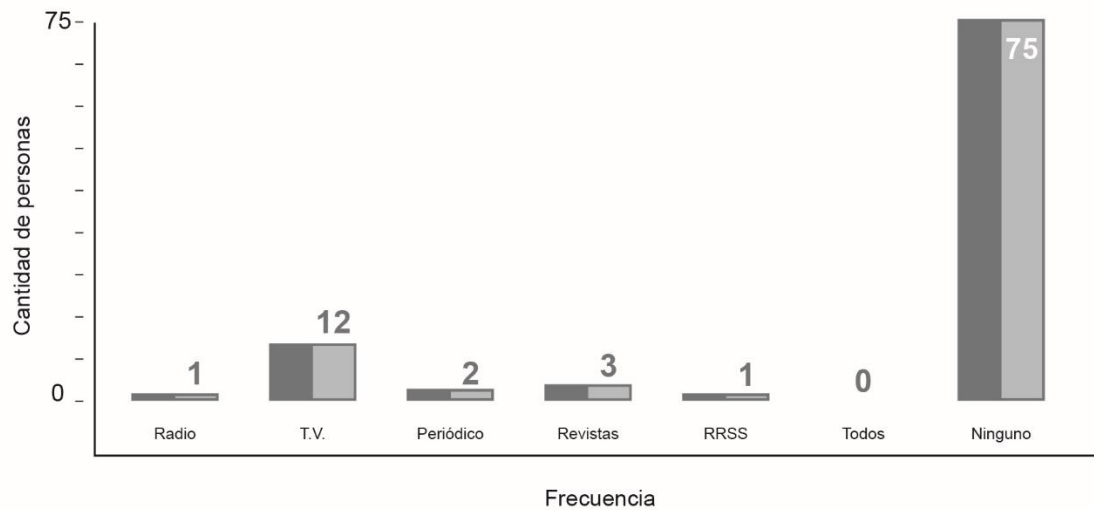


Figura n.º 20 Distribución de la población según compra de medicamentos mediante medios de comunicación, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Respecto a la compra de medicamentos mediante los medios de comunicación, solo una persona es influenciada por medio de la radio para comprar un medicamento, 12 individuos mencionan la televisión, tres participantes contestan las revistas, un adulto mayor expresa las redes sociales, ninguna persona selecciona todos los medios y gran parte de la población nunca compra un medicamento influenciada por algún medio de comunicación.

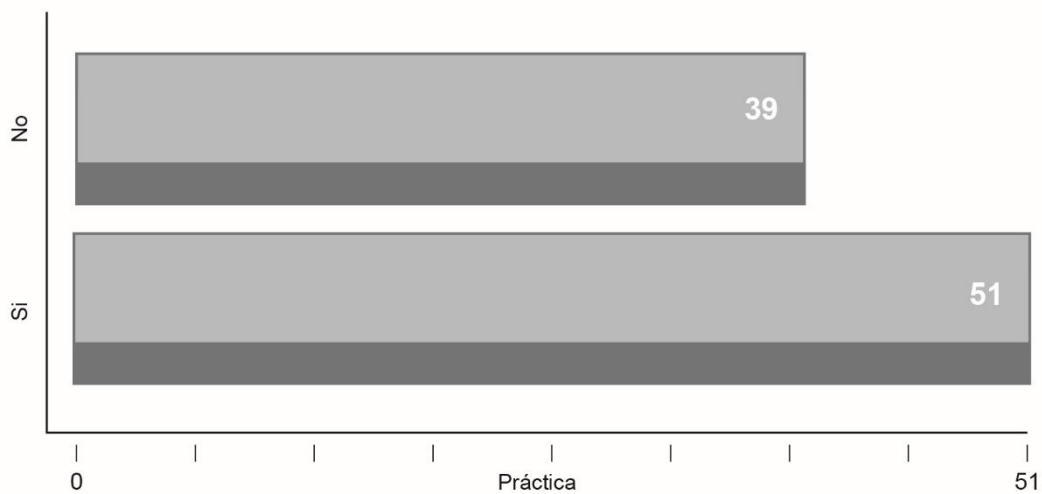


Figura n.º 21 Distribución de la población según la utilización de algún medicamento recomendado por alguna persona no profesional de la salud de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En cuanto a la utilización de algún medicamento recomendado por alguna persona no profesional de la salud, 51 adultos mayores refieren sí haber empleado algún medicamento recomendado por una persona no profesional de salud, mientras que 39 participantes reconoce no haber utilizado ningún medicamento.

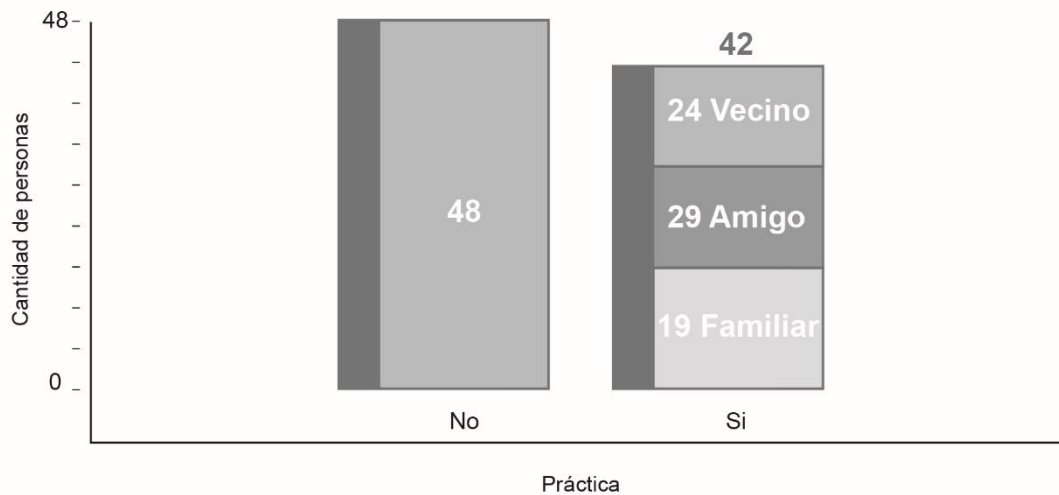


Figura n.º 22 Distribución de la población según recomendación de un medicamento a otras personas, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En el caso de la distribución de la población según la recomendación de un medicamento a otras personas, 48 individuos contestan no haberle aconsejado consumir algún medicamento a alguien y 42 adultos mayores indican sí haberlo hecho, dándoles recomendaciones a diferentes miembros de su círculo social, entre ellos 24 vecinos, 29 amigos y 19 familiares.

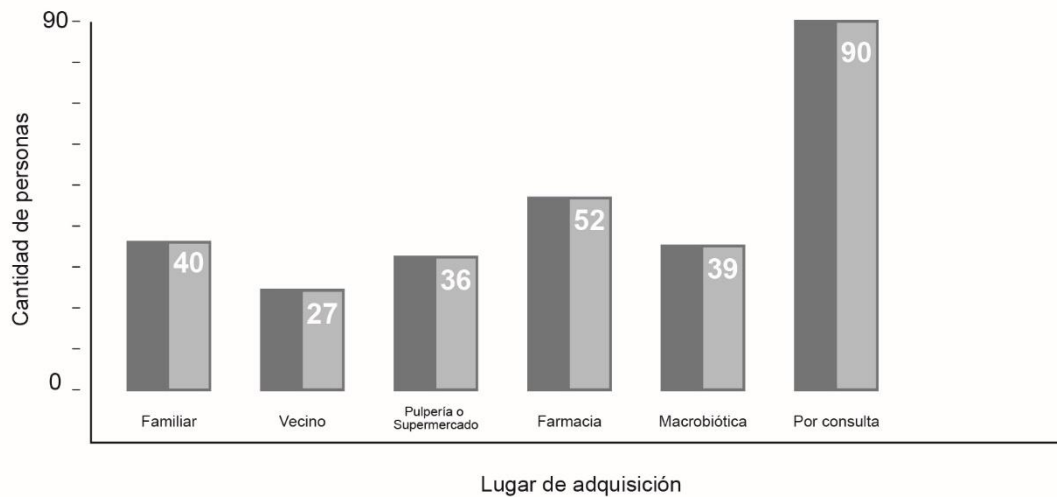


Figura n.º 23 Distribución de la población según lugar de adquisición y compra de medicamentos de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En relación con el lugar donde la población entrevistada adquiere y compra los medicamentos, 40 personas los adquieren de un familiar, 27 individuos mencionan los vecinos, 36 participantes indican la pulpería o supermercado, 52 adultos mayores seleccionan la farmacia, 39 encuestados contestan una macrobiótica y toda la población, es decir 90 personas, señalan por consulta médica.

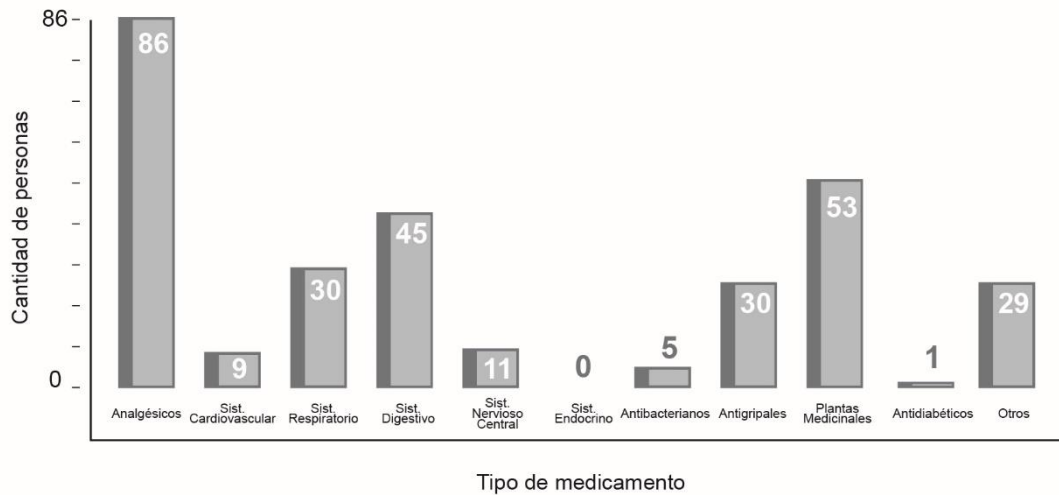


Figura n.º 24 Distribución de la población según los medicamentos con los cuales se ha automedicado, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Respecto a los medicamentos con los cuales se ha automedicado la población, una gran cantidad, 86 personas, se ha automedicado con analgésicos; nueve individuos seleccionan medicamentos del sistema cardiovascular; 30 adultos mayores, medicamentos del sistema respiratorio; 45 participantes, medicamentos del sistema digestivo; 11 encuestados, medicamentos del sistema nervioso central; nadie menciona fármacos del sistema endocrino; cinco personas, antibacterianos; 30 individuos, antigripales; 53 adultos mayores, plantas medicinales; un participante, antidiabéticos y 29 encuestados, otros medicamentos. Cabe recalcar que la pregunta es de respuesta múltiple.

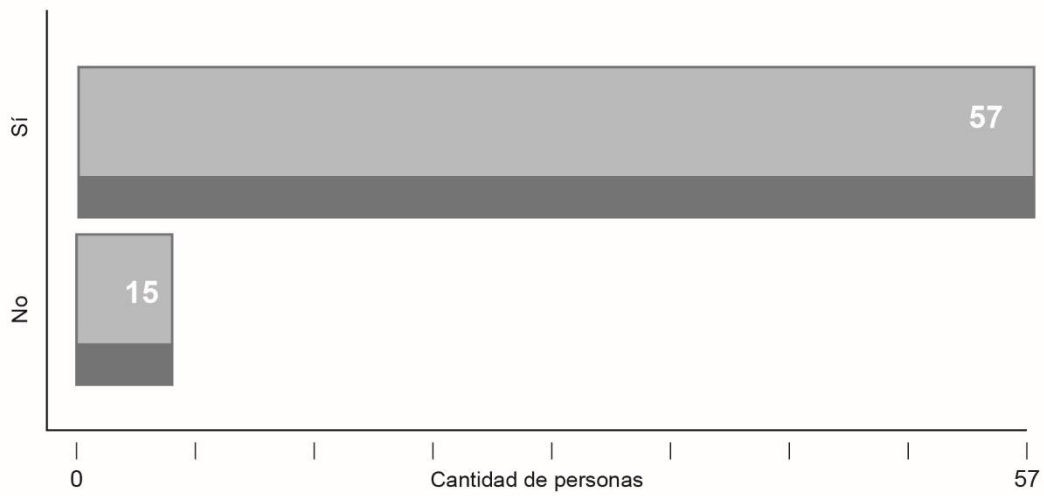


Figura n.º 25 Distribución de la población según utilización de remedios caseros, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Según la utilización de remedios caseros por parte de la población, 57 personas los usan, mientras que 15 participantes comentan no hacerlo.

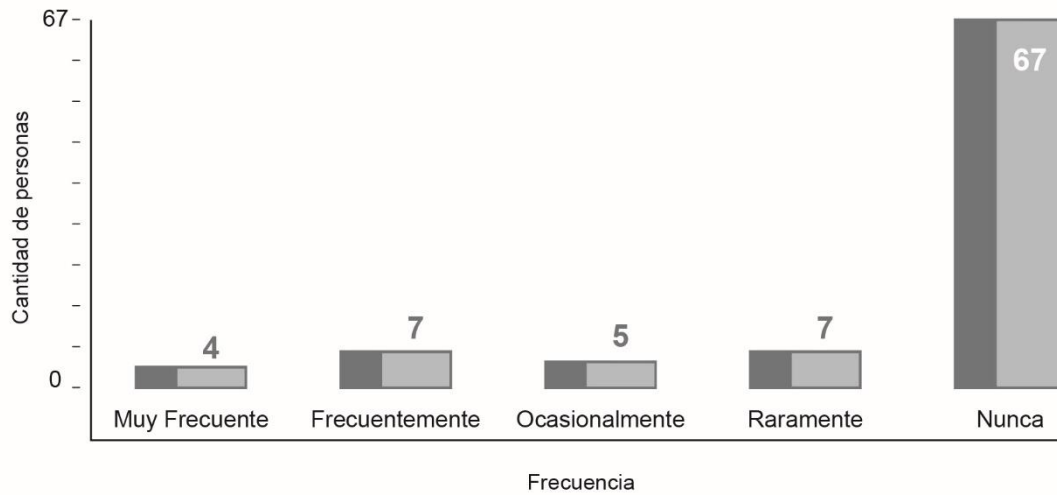


Figura n.º 26 Distribución de la población según sobredosificación de medicamentos respecto a una prescripción médica previa para que haga más efecto, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

En cuanto a la sobredosificación de medicamentos, cuatro personas muy frecuentemente utilizan más del medicamento para que haga más efecto, siete individuos indican frecuentemente, cinco mencionan ocasionalmente, siete señalan raramente y una gran mayoría, 67 adultos mayores, nunca se han administrado más de la dosis para aliviarse.

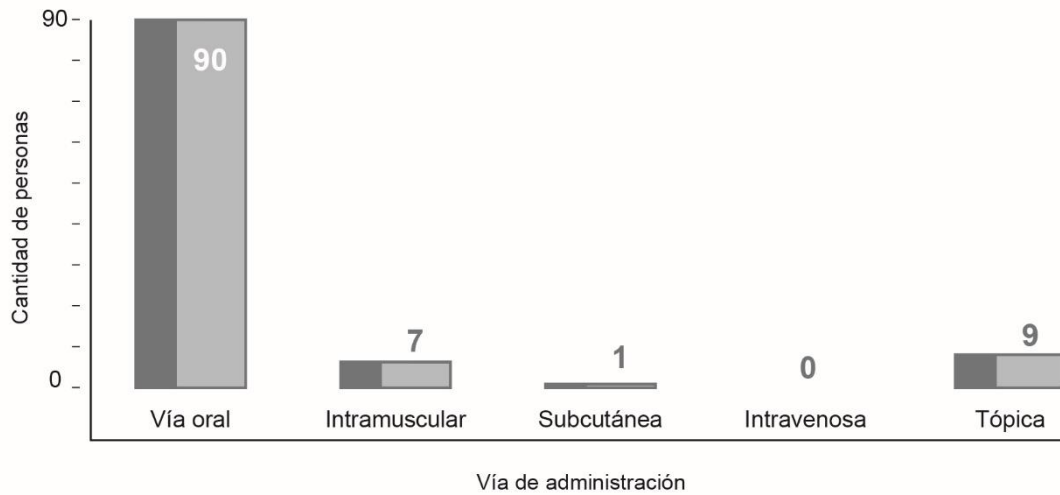


Figura n.º 27 Distribución de la población según vía de administración por la cual se automedica, de los centros diurnos J, BH, noviembre y diciembre, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Respecto a la vía de administración de los medicamentos, un total de 90 personas contesta por vía oral, siete individuos mencionan intramuscular, un participante responde subcutánea, nadie indica intravenoso y nueve adultos mayores utilizan algún medicamento en tópico.

**CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS
RESULTADOS**

Las características sociodemográficas indican los comportamientos, costumbres y cultura de una población específica, a lo largo de un periodo de tiempo. Dentro de la investigación se determina el conocimiento de la medicación que se ingiere, se analizan las características que poseen los individuos y, de estas, se establece cuáles están más relacionadas al conocimiento y prácticas que conllevan a la automedicación.

Sexo

Dentro de las principales características sociodemográficas en la investigación, se encuentra el sexo. Aunque según las estadísticas en Costa Rica para el año 2012 hay un total de 73 326 nacimientos, de los cuales el 50,74 % son hombres, representando una relación de nacimientos hombre/mujer de 1,03 (2), al llegar a la edad adulta no es equitativa esta relación, debido a que en esta etapa existe una diferencia entre hombres y mujeres. En la investigación se muestra al sexo femenino como el más predominante, al abarcar más de la mitad (51.3 %) de la población en estudio.

Esta diferencia se asocia a varias prácticas y costumbres que son características de los distintos sexos, como por ejemplo, es más frecuente que los hombres se encuentren en situaciones con mayor exposición a sustancias, radiaciones, trabajo físico agotador, mala alimentación y descuido a la salud en comparación con las mujeres, quienes se preocupan más por sus condiciones de salud (35), lo cual predispone al hombre a padecer enfermedades agudas y crónicas con mayor facilidad a edades tempranas, las que conducen a complicaciones y la muerte. Además, el sexo femenino alcanza mayor expectativa de vida por el factor protector de los estrógenos y menor exposición a factores de riesgo de enfermedades crónicas (3).

En cuanto al sexo y su relación con la automedicación, comparando estudios, en Malasia se reporta una alta prevalencia de automedicación en 32 mujeres (80,9 %), la cual se explica por el hábito de almacenar continuamente medicamentos y porque las mujeres “afroitan la enfermedad de manera diferente y poseen, quizás, una mayor facilidad para reconocer que tienen un problema de salud que los hombres”, al tiempo que prevalece su sentido de responsabilidad ante su salud y la de las personas de su entorno (4).

Edad

Respecto a la edad, la mujer es más longeva en comparación con el hombre. En Costa Rica la esperanza de vida para el año 2012 es de 79,0 años en general, en las mujeres es de 81,45 años y en los hombres 76,5 años; se sigue manteniendo una brecha de cinco años entre hombres y mujeres (2).

En la investigación varían las edades, pero con una diferencia muy pequeña, disminuyendo la cantidad de personas conforme avanza la edad. Se prevé que la población de 65 años y más pasa de ser aproximadamente 15 % en 2035 a 18 % en 2045 (5). Lo anterior se traduce en una disminución de la mortalidad de esa población en ese periodo de tiempo.

Aunque la longevidad de las personas aumente, por medio de diagnósticos tempranos, avances de la tecnología en salud, nuevos tratamientos farmacológicos, entre otros; incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes. Por lo general, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores no son curables y si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas (37). Esto conlleva a una mayor incidencia en la práctica de la automedicación, porque como detecta Navarra en su estudio, existe una mayor automedicación

entre los mayores de 65 años, que por otra parte son quienes presentan un menor nivel de salud (6).

Estado civil

Otra característica sociodemográfica es el estado civil y personas con las que reside la población en estudio, debido a que la forma de convivencia y los vínculos sociales definen diversos comportamientos ligados a la automedicación. De acuerdo con la OMS, “Las creencias individuales influyen sobre el modo en que se usan los medicamentos, y estas creencias pueden haber sido moldeadas por integrantes de la familia nuclear y la familia extensa” (32).

En la población predominan los casados (33.3 %), luego los viudos (25.2 %) y solteros (16.2 %), mientras que divorciados (4.5 %) y de unión libre (1.8 %) son escasos.

En diversos estudios los resultados difieren mucho por el tipo de población estudiada, sin embargo en la literatura se habla de que las personas con mayor índice de automedicación son quienes viven solas, como lo es el análisis realizado por Caamaño (7), donde según el estado civil, los solteros son los que más se automedican, 73,4 % frente al 61,2 % de los que viven en familia.

En otro estudio, el autor señala una mayor prevalencia tanto de la automedicación como de la automedicación indeseable entre los sujetos que viven solos (6). No obstante, en otras investigaciones la práctica de automedicación predomina más en sujetos casados (48 %) que en solteros (37 %) en Chile. Mientras que en España y Brasil, los sujetos casados y los que viven en pareja practican en mayor medida la automedicación (4).

En el caso de este estudio, los individuos al ser adultos mayores dependen de otras personas, tanto en la parte asistencial de salud como de necesidades básicas de alimentación, higiene y tratamientos farmacológicos. Las recomendaciones medicamentosas por parte de personas cercanas a su círculo social, como hijos, pareja y hermanos, aumentan debido a que una parte de la automedicación es consecuencia del consumo de especialidades que son recetadas a otros miembros de la unidad familiar (8).

Otra característica que se puede analizar en comparación al sexo y el núcleo familiar es que la mayor frecuencia de automedicación corresponde al de las madres, por su condición social de protección y responsabilidad del cuidado en el hogar, lo cual influye severamente en la automedicación del resto de los integrantes de la familia (36).

Nivel académico

El nivel académico en la población refleja conocimiento, manejo y análisis de información; además el saber leer y escribir puede estar asociado a distintas prácticas de la automedicación. En relación con lo expuesto, investigaciones concluyen que esta práctica corresponde a un 10.4 % analfabetas y el mayor porcentaje a educación primaria completa 48 % (9).

En el grupo de estudio predominan más los de primaria (52.2 %), seguidos de los que no poseen estudio (14,4 %), los que cuentan con secundaria (8.1 %) y los de educación avanzada o superior son muy escasos (6.3 %). Estos resultados probablemente se asocian a pocas oportunidades de estudio propias de la época.

Sin embargo, comparando los resultados de este estudio con otros, al tener educación es más probable que las personas se automediquen. Esta afirmación se observa en un estudio donde Abosedo (10) mide la automedicación en un grupo de individuos sin escolarizar y en otro que

lee y escribe, donde se encuentra que mientras en el primer grupo hay un 45 % de individuos que afirman automedicarse, en el segundo grupo este porcentaje se eleva hasta el 70 %, estableciéndose que la educación no es un factor determinante para automedicarse.

Situación laboral

La situación laboral de las personas refleja los ingresos económicos, diferentes comportamientos y prácticas en la población que pueden conducir a la automedicación, como la falta de recursos económicos para consultar con un profesional de salud y la compra de medicamentos no seguros y de baja calidad, sin una dosis y mecanismo de acción específica individualizada para cada persona.

En el estudio, la mayoría de la población es pensionada (51.3 %), otra cantidad significativa son desempleados (26.1 %) y, por último, se ubican trabajadores activos (3.6 %), lo que refleja una falta de ingresos económicos en estas personas, quienes reclaman una insatisfacción (35.1 %) e insuficiencia (22.5 %) de ingresos económicos para sus necesidades. En cuanto a esto, en un rango de ingresos muy bajo puede aumentar el porcentaje de automedicación, pero para un rango de ingreso mayor, el porcentaje de automedicación puede disminuir (11).

Por esta situación, la compra de medicamentos sin receta en farmacias locales y la consiguiente práctica de la automedicación son realizadas por individuos con poco ingreso económico.

Cobertura de salud

Al hablar sobre cobertura de salud, se piensa sobre una correcta atención de salud en el tratamiento de enfermedades, y de mejora en la calidad de vida de las personas por medio de tratamiento médico y fácil acceso a medicamentos. Se dice que la automedicación se asocia en

gran porcentaje a la pertenencia a estratos sociales bajos, al no estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (40).

En el estudio la mayoría de personas posee un seguro (76.5 %). Esta característica está ligada a la práctica de la automedicación, debido al fácil acceso a los medicamentos. No obstante, se deben tomar en cuenta otros factores socioeconómicos, ambientales y de frecuencia que propicien la automedicación. En otra investigación, se identifica que la tenencia de un seguro disminuye las posibilidades de automedicación, por lo cual el signo esperado es negativo (11).

Incidencia de enfermedades crónicas y agudas

En el estudio las personas sanas son escasas (7.2 %), mientras las que padecen de alguna enfermedad crónica o aguda (73.3 %) son la mayoría. La incidencia de enfermedades crónicas es mayor que las agudas en los adultos mayores, pero ambas se presentan en la población; algunas de estas enfermedades ya tienen un control o tratamiento específico para cada persona. No obstante, haciendo una revisión de datos, la diferencia es muy marcada, donde prevalece la automedicación en pacientes con trastornos agudos: 90 % en agudos frente al 18 % en crónicos (7).

Resalta que muchas veces el padecer enfermedades agudas ocurre por no completar un tratamiento ya que cuando la persona siente los primeros síntomas de alivio, deja a disposición fármacos que pueden usarse más adelante para automedicarse. Para algunos autores, el enfermo es mucho más propenso a la automedicación cuando percibe síntomas claros y puntuales (fuertes dolores, gripe, descomposición), que cuando estos son más suaves y duraderos (7).

Funcionamiento, riesgos y efectos secundarios de los medicamentos que utiliza

El conocer el mecanismo y acción del medicamento desde la parte fisiológica es difícil para una persona que no se encuentra familiarizada o no lleva estudios del tema. Sin embargo, el leer las indicaciones e información del medicamento es fundamental para conocer mínimos aspectos como los riesgos o efectos antes de la autoadministración de medicamentos. El no realizar esta simple actividad puede poner en riesgo la salud y la vida.

En la investigación se observa un predominante déficit (28.8 %) o una idea no tan clara (38.7 %) de lo que es el funcionamiento y efectos de los medicamentos que se toman habitualmente en la población, sean estos automedicados o enviados por un facultativo. Cada adulto mayor reacciona fisiológicamente distinto a un medicamento, ya sea en el aspecto cuantitativo (lo más frecuente) o cualitativo, es decir el efecto resultante puede ser insuficiente, exagerado o totalmente diferente (12).

En una investigación, las personas que se automedican porque no reciben ninguna indicación médica corresponde a un 90 %, quienes no tienen conocimientos de los efectos adversos de lo que ingieren (13).

Conocimiento del término “automedicación”

El conocimiento del término “automedicación” está muy relacionado a la educación o situación vivida en cuanto a ese término. Todas las personas en algún momento de su vida se automedican. Es habitual dar por entendido que las personas manejan o entienden ese término. En el caso de este estudio, el 50.4 % de la población sí sabe qué es, mientras el 30.6 % no. Independientemente del conocimiento que se posee sobre esta práctica, se demuestra que las personas siguen realizándola, donde la frecuencia de tiempo es lo que varía en ellas. Así, la

automedicación en algunas sociedades es un problema de salud pública vinculado al conocimiento inadecuado de la población (12).

No se debe asumir que una persona, o en este caso un adulto mayor, sabe todo sobre los medicamentos que utiliza. El incumplimiento, la automedicación o la falta de conocimiento de la farmacoterapia pueden ser causas de esos resultados clínicos negativos, denominados en ocasiones problemas relacionados con medicamentos (14).

Práctica de la automedicación

El estudio muestra que toda la población (100 %) se automedica alguna vez en su vida, sin importar el lugar de adquisición, la frecuencia o quién se lo recomienda, si es o no por medio de una receta médica, siendo una práctica común en el ser humano, quien es influenciado por características sociodemográficas y ambientales con las que los individuos se caracterizan. Además de los muchos años de vida y de enfermedades que caracterizan a esta población.

Frecuencia con la que se automedican

La frecuencia con la que se automedica la población en este estudio se asocia a las determinantes sociales que caracterizan a cada uno de los individuos y la incidencia de enfermedades o padecimientos. La investigación muestra que la frecuencia con la que se automedican corresponde a 5.4 % muy frecuentemente, 8.1 % frecuentemente, 30.6 % ocasionalmente, 36.9 % raramente y 0 % nunca. Aunque la frecuencia con la que la mayoría de personas se automedican no es mucha, se analiza que siempre está presente.

También, la variable frecuencia puede ser atribuida tanto a la presencia cotidiana de los medicamentos en dichas sociedades o a la escasa cobertura en los servicios sanitarios. Otras

explicaciones son la percepción que el propio paciente tiene sobre la naturaleza de su enfermedad, la accesibilidad al servicio médico, los aspectos económicos, el grado de conocimiento en relación con los medicamentos y el grado de cumplimiento de la legislación vigente sobre la dispensación de fármacos por parte de los servicios de salud (7).

Falta de tiempo y recursos económicos

El factor tiempo no es algo que afecta a los adultos mayores, ya que el ser empleado y manejar un tiempo limitado dificulta el acceso a una consulta médica, pero los pensionados y estudiantes tienen más posibilidades de asistir a controles médicos o citas programadas (36).

La atención pública no siempre es rápida y efectiva, por lo que muchas personas se quedan en espera de un tratamiento o diagnóstico médico, buscan atención médica privada o formas de curar o aliviar su enfermedad o no acuden a consulta porque refieren saber lo que los médicos van a prescribirles (15).

Última vez que se automedica

El tiempo en que las personas se automedican varía mucho en cada persona, por varias razones como las enfermedades, síntomas y frecuencia con la que estas se presentan en la vida. En la investigación el tiempo desde la última vez que se automedican es variable. Los datos más relevantes son: más de un mes antes de la investigación 45 % y menos de una semana antes (20.7 %). Dichos resultados son similares a otra investigación donde se encuentra que las personas se automedican “una vez por semana” (54 %); de esto se desprende que la automedicación en la población encuestada es permanente en el tiempo al mes (8).

Frecuencia con la que lee la información del medicamento

El no leer la etiqueta, la información o fecha de vencimiento del medicamento es una de las prácticas comunes no solo en adultos, sino en la población general. Aunque en el estudio no es muy común esta práctica, sí se realiza, donde la frecuencia con que leen la fecha de vencimiento e indicaciones es frecuentemente o nunca lo hacen.

Se dice que el “no haber leído el prospecto” de los medicamentos que consumen las personas es de forma usual (56 %), entre los motivos asociados a esta conducta están el “desconocimiento de su utilidad”, el “escaso aporte que encontraban en la información que contiene”, o bien, por la “extensión” del mismo (4).

Frecuencia con la que guarda medicamentos de tratamientos pasados o incompletos en su hogar

En el estudio se muestran datos relevantes, donde el 43.2 % de la población acostumbra a guardar medicamentos en sus hogares, sean estos de diversas fuentes de obtención; frente a un 13.5 % que nunca acostumbra a hacerlo.

Por lo anterior, es una práctica muy común debido a la disponibilidad y accesos a los medicamentos, lo cual es muy riesgoso por la poca atención que se les da a las fechas de vencimiento, rotulación o condiciones de almacenamiento adecuadas, con posibilidades de producir daños a la salud o efectos secundarios que amenacen la vida.

Medios de comunicación

La publicidad tiene un papel muy importante en la venta de medicamentos a pacientes ambulatorios, al informar al público sobre los medicamentos disponibles para la venta sin receta (30).

En un mundo con manejo de la información y tecnología, las personas están propensas a publicidad y productos comerciales, pero en el estudio son pocos los individuos que adquieren medicamentos mediante los medios de comunicación como la radio, periódico, revistas, redes sociales y televisión, siendo esta última la más predominante.

Dicha afirmación se puede comparar con un estudio donde la mayoría de las personas (74.9 %) toman medicamentos por influencia de los medios de comunicación, entre ellos la televisión es el de mayor influencia (73.9 %) (9).

Utilización de algún medicamento recomendado por alguna persona no profesional de la salud de los centros diurnos

El utilizar un medicamento recomendado por personas no profesionales de salud y cercanas al círculo social es muy común en las sociedades. Esta práctica puede llevar a daños en la salud, porque todos los cuerpos funcionan y reaccionan a fármacos de manera diferente. Una de las causas principales es la presión social o conseguir una pronta recuperación sin acudir a un profesional de salud.

En la investigación un 45.9 % indica usar medicamentos recomendados por alguna persona no profesional de la salud, frente a un 35.1 % que no lo hace. Estos datos son similares con otra investigación, en la cual la influencia de terceros para automedicarse es la respuesta dada por el

96 % de los sujetos que menciona automedicarse. Esta proviene principalmente de familiares (33,9 %) y amigos (18,5 %) (4).

Personas que recomiendan medicamentos a otros

En el estudio se muestra que una cantidad considerable de personas sí recomienda medicamentos a otros, al haberle hecho un buen efecto en la salud. Al respecto, la OMS explica que “Las creencias individuales influyen sobre el modo en que se usan los medicamentos, y estas creencias pueden haber sido moldeadas por integrantes de la familia nuclear y la familia extensa” (32).

Puntualmente, 42 participantes recomiendan fármacos a otros como amigos (29 personas), vecinos (24 individuos) y familiares (19 adultos mayores).

El lugar de adquisición de los medicamentos

El lugar de adquisición de los medicamentos es variable, por lo general se debe a una consulta médica, sin embargo esto no garantiza que el individuo termine, devuelva o bote el tratamiento. En Costa Rica hay gran variedad de medicamentos de venta libre en múltiples establecimientos como lo son las pulperías, farmacias y macrobióticas, que pueden interferir o reaccionar con otros medicamentos; además personas cercanas al círculo social recomiendan cualquier tipo de medicamento.

El estudio muestra que el 100 % de la población adquiere medicamentos por consulta, 47.84 % por farmacias, 26 % por familiares, 35.1 % por macrobióticas, 32.4 % por pulperías y 24.3 % por vecinos. En comparación con otro estudio, el 31,6 % de los entrevistados señalan que

adquiere medicamentos en farmacias de cadena, 22,3 % en farmacias de barrio y solo un 17,7 % menciona tenerlos con anterioridad en casa (4).

Fármacos más consumidos

Los ancianos toman como media cuatro a cinco fármacos de prescripción y dos fármacos de venta libre al día. La mayoría de medicamentos de venta libre son utilizados para aliviar molestias relacionadas con la edad, como el estreñimiento, trastornos del sueño y dolor articular (42).

Entre los fármacos más utilizados para una enfermedad o dolencia en el estudio, se identifican los analgésicos (77.4 %), las plantas medicinales (48.7 %), los fármacos para el sistema digestivo (40.5 %), los fármacos para el sistema respiratorio (27 %) y los antigripales (27 %).

Comparando distintos estudios, el uso de los tipos de medicamentos siempre varían, donde los grupos terapéuticos más consumidos son los analgésicos, los gastrointestinales y los fármacos para el resfriado (16).

Los mayores de 65 años utilizan sobre todo analgésicos-antiinflamatorios, pomadas tópicas, medicamentos gastrointestinales (incluidos laxantes), ansiolíticos e hipnóticos (17). Y en otro estudio un 25 % toma protectores gástricos, analgésicos y antiinflamatorios (12).

Plantas medicinales

Las plantas medicinales y tratamientos caseros se utilizan desde la antigüedad, bajo diversas culturas y creencias, pero hoy son más empleados como medidas complementarias para distintos padecimientos o enfermedades, no obstante muchas personas desconocen las interacciones con medicamentos o efectos que pueden causar.

El uso de las plantas medicinales en el estudio abarca más de la mitad de la población (51.3 %). En otra investigación se demuestra que el conocimiento de las personas sobre las propiedades medicinales de los medicamentos o hierbas es nulo en un 83 % y quienes sí lo tienen, 17 %, agregan que son buenas para el hígado y limpieza de los riñones (13).

Sobredosificación

En cuanto a la frecuencia de sobredosificación para lograr un efecto mayor del medicamento, no es común en la población. Esto es un resultado positivo porque los adultos mayores presentan de dos a tres más probabilidades de tener una reacción adversa a los fármacos, explicable por la disminución marcada de la aclaramiento renal y hepática, por la afectación de la distribución tisular y la reducción de los niveles séricos de albúmina que provoca más droga libre (12).

Vía de administración

La vía de administración más común es la oral y la tópica se encuentra en segundo lugar, esto por la fácil ingesta y aplicación respectivamente. Las otras vías como la intramuscular y la subcutánea requieren destreza y conocimiento, por lo que son menos usadas por las personas, además de la difícil adquisición y costo económico que tienen los fármacos asociados a estas.

Los datos obtenidos muestran la relación de la automedicación con las características sociodemográficas, el conocimiento que tienen los individuos sobre esta problemática, las prácticas que conlleva este comportamiento y los fármacos más utilizados, estableciendo cuáles características predominan y cómo se respaldan con la teoría y otros estudios tanto nacionales como internacionales.

Refiriéndose al papel de la enfermería, el trabajo se debe considerar como un producto social vinculado al arte de cuidar, de actuar por la persona incapacitada y brindarle apoyo para que aprenda a manejarse por sí misma, con el objetivo de que el individuo practique acciones de autocuidado para conservar su salud y vida, recuperarse de una enfermedad y/o afrontar las consecuencias de la enfermedad; en este caso, saber actuar, tener conocimientos adecuados o contar con prácticas correctas antes de automedicarse, por medio de la educación.

Por lo tanto, se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados. Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectadas por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud pueden influir en la capacidad que tenga el individuo para llevar a cabo las actividades de autocuidado, buscando una rápida solución o alivio mediante la automedicación.

Es importante ser conscientes de la fuerte responsabilidad que posee el profesional de enfermería, al ser quien ayuda a los pacientes y sus familias, educándolos, además de cuidar y restablecer su propia salud. Esta manera de entender la profesión de enfermería como apoyo al propio cuidado es muy distinta de la que hasta ahora predomina. Por consiguiente, el autocuidado y la automedicación representan un pilar en esta forma de entender las relaciones entre enfermeros y pacientes. Una relación de consejero, educador, sanador de las enfermedades y asistencia en las necesidades más básicas del ser humano.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

La automedicación es un problema de salud pública creciente en la sociedad, al ser habitual en las personas.

Los adultos mayores de los dos centros diurnos envejecen de forma continua, con una mayor esperanza de vida; esto significa un aumento en las enfermedades tanto crónicas como agudas, conllevando a una mayor incidencia de la automedicación.

Las características socioeconómicas y ambientales están relacionadas a la práctica de la automedicación.

Las mujeres son las que más se automedican en comparación con el hombre, consecuencia de diferentes estilos de vida y comportamientos.

Los adultos mayores aun siendo viudos, solteros y divorciados, poseen un círculo social muy fuerte rodeados de hijos, parejas, nietos y hermanos, sea por dependencia o compañía, por lo que se puede concluir que hay una mayor probabilidad de automedicación.

Al ser adultos mayores en la actualidad, la mayoría se encuentra en edades escolares antes de 1950, cuando las posibilidades de asistir a la escuela son distintas y mucho más limitadas; sin embargo, la mayoría de los adultos mayores logran cursar primaria. No obstante, el nivel de educación no es un factor social determinante para la automedicación, porque varía en todas las poblaciones, pero sí influye en la toma de decisiones.

La automedicación posee una fuerte relación con el autocuidado. Aunque se considera una práctica errónea, el educar e informar de forma correcta al paciente da la posibilidad de autocuidado y automedicación de las enfermedades más comunes, constituyendo un modo de

desahogo para el sistema sanitario, al dedicarse mayor tiempo y esfuerzo al estudio, tratamiento y prevención de las enfermedades más graves que requieren la intervención médica cualificada.

La pensión y el acceso a servicios de salud resultan importantes para la prevención de enfermedades crónicas y, en general, la atención de la salud de las personas adultas mayores. Sin este recurso, los individuos buscan sanarse o sentirse bien consigo mismos por medio de la automedicación.

Los ingresos económicos en la mayoría de los adultos mayores no cubren o son insuficientes para las necesidades que estos poseen, entre estas la salud, lo que se relaciona con una mayor incidencia en la automedicación.

Una gran parte de la población adulta mayor tiene escaso o nulo conocimiento sobre el funcionamiento, riesgos y efectos secundarios de los medicamentos que utiliza, sean estos recetados a sí mismos o por un facultativo, debido a la falta de educación e información.

La mayoría de la población conoce el término automedicación y sabe en qué consiste, no obstante el 100 % de los individuos ha realizado esta práctica, por lo que es constante en el tiempo, pero la frecuencia con la que esta se lleva a cabo es muy variable.

La automedicación responsable es útil y se puede aplicar en países donde la población sea muy bien educada y tenga un buen sistema de control sanitario, pero en los países en vías de desarrollo la automedicación presenta un problema muy grave.

El dolor es uno de los síntomas más comunes, por eso los analgésicos son uno de los fármacos más utilizados de forma masiva; seguidos de fármacos para el sistema gastrointestinal, en su

mayoría para la acidez, dolores o espasmos abdominales; del sistema respiratorio, para la tos; y los antigripales.

La costumbre de leer la información y fechas de vencimiento de los medicamentos en la población es muy frecuente.

El hábito de guardar medicamentos de tratamientos pasados en los hogares costarricenses es frecuente, por comportamientos aprendidos o por el hecho de más adelante ahorrarse tiempo y recursos al padecer la misma enfermedad.

La sobredosificación no es frecuente debido al conocimiento de la dosis prescrita anteriormente, indicaciones escritas en el medicamento o por temor a un efecto adverso.

Los medios de comunicación son fundamentales para que todas las personas adquieran todo tipo de información, entre esta sobre medicamentos, siendo la televisión el de mayor influencia.

El recomendar o utilizar un medicamento recomendado por personas no profesionales de salud y cercanas al círculo social, debido a presión social o por conseguir tener una pronta recuperación sin acudir a un profesional de salud, puede llevar a daños en la salud porque todos los cuerpos funcionan y reaccionan a fármacos de manera diferente.

La adquisición de medicamentos con receta es por medio de consulta, sin embargo una gran gama de ellos se puede encontrar en establecimientos comunes sin alguna restricción.

La automedicación no solo incluye medicamentos, también abarca hierbas y remedios caseros por iniciativa o consejo de otra persona, sin consultar al médico.

La vía de administración favorita para automedicarse por la población es la oral, por la fácil ingesta, aplicación y adquisición.

El enfermero debe practicar ante el paciente o la familia la tolerancia, confidencialidad, credo, veracidad, intimidad, educación, entre otros aspectos, con el objetivo de participar en la planificación e implementación de la propia atención de salud -si tuviese la capacidad para ello-, de modo que la persona entienda y comprenda claramente lo que se le explica o se quiere dar a entender, para que cuide de sí misma o cuiden de ella, satisfaciendo cada una de sus necesidades.

En conclusión, el concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior, en este caso la práctica de la automedicación y lo que esa acción puede desencadenar.

Por tanto, el autocuidado es una conducta que debe realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

La diferencia de ambos centros diurno se centran, en el contacto social, estratos socioeconómicos, problemas de salud, y acceso a beneficios como lo son ayudas económicas, alimentación, transporte, frecuencia con la que se puede asistir al centro, la presencia de una cantidad adecuada de voluntarios y de profesionales de salud como lo son terapeutas físicos, psicólogos, médico, nutricionista, terapia recreativa, cognitiva y ocupacional. Siendo ausente estas características, recursos materiales y humanos en el centro diurno de Barva de Heredia,

además de la importante necesidad de un profesional de enfermería en ambos lugares, para la atención integral del adulto mayor.

6.2 RECOMENDACIONES

Recomendaciones dirigidas a profesionales y sistemas de salud

El profesional de salud que asiste, administra y prescribe tratamientos farmacológicos debe educar al usuario y sus familiares no solo acerca de su enfermedad, también sobre la acción del medicamento, efectos adversos, dosis y toda la información necesaria para su apropiado uso.

El profesional de salud debe tener conocimiento, criterio y carácter para indicarle al paciente el tratamiento más efectivo para su condición de salud, y no el que el paciente cree que es el indicado.

Pese a la necesidad de promover el autocuidado, los profesionales deben sensibilizar a los pacientes y comunidad sobre los efectos de la automedicación por medio de campañas de salud, anuncios o en el primer nivel de salud.

Mejorar el control de los sistemas de salud a la hora dispensar fármacos, con la rotulación más grande e información de los medicamentos más detallada.

Brindar una buena educación, trato e indicaciones claras, debido a que por estas razones se disminuyen las listas de espera, gasto de tiempo o por lo menos la masificación en hospitales centrales o periféricos, donde se pueden atender enfermedades agudas o consultas de menos complejidad, refiriéndose al primer nivel de atención.

Realizar estudios similares en el ámbito nacional, dirigidos a los adultos mayores y poblaciones con alto riesgo.

Recomendaciones dirigidas a cuidadores y población adultos mayores

Rotular los medicamentos con el nombre, fecha de vencimiento y para qué se utilizan, de forma que los adultos mayores logren una mejor comprensión; así como tener la costumbre de leer toda la información.

No guardar medicamentos de tratamientos incompletos en el hogar, devolviéndolos a la farmacia o centro de salud.

No comprar medicamentos publicados ya sea por la radio, televisión o cualquier medio de comunicación, sin consultar un profesional de salud.

No cambiar la dosis recetada por el médico, aunque no se sienta algún efecto y se crea que no está funcionando ese medicamento.

Completar tratamientos tanto en dosis, frecuencia de dosis, tiempo de tratamiento y condiciones en las que se toma.

Evitar recomendar medicamentos a personas y rechazar los que se le recomiendan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tabloski PA, Chase SK, Harkness GA, Warnat B. Enfermería gerontológica. 2º ed. Madrid, España: Pearson Education; 2010.
2. Tobón Marulanda FA, Montoya Pavas S, Orrego Rodríguez MA. Automedicación familiar, un problema de salud pública [Internet]. 2017 [acceso 17 de mayo de 2017]. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1575181317300505/1-s2.0-S1575181317300505-main.pdf?_tid=5d280056-4591-11e7-a94a0000aacb360&acdnat=1496187809_6bbaf3e79ca2e4d506634e6169a0cda9
3. Organización Mundial de la Salud. La OMS lanza una iniciativa mundial para reducir a la mitad los errores relacionados con la medicación en cinco años [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [acceso 17 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/medication-related-errors/es/>
4. Muhana Al nono M. Automedicación en pacientes en urgencias de un centro de atención primaria. [Tesis doctoral en Internet]. Valencia: Universidad de Valencia; 2015 [acceso 17 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=77398>

5. Ruiz MA, Pérez Acosta AM. Automedicación y términos relacionados: una reflexión conceptual. Rev. Cienc. Salud [revista en Internet] 2011 [acceso 17 de mayo de 2017]; 9(1): 83-97. Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/1551>
6. Silva de Aquino D. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? Ciência & Saúde Coletiva [revista en Internet] 2008 [acceso 17 de mayo de 2017]; 13: 733-736. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a23v13s0.pdf>
7. Sánchez Muñoz FX. Determinación de las razones y diferencias en automedicación entre una parroquia urbana y una parroquia rural del distrito metropolitano de Quito. [Tesis de maestría en Salud Pública]. Ecuador: Universidad San Francisco de Quito; 2008.
8. Carrillo Erazo M. Análisis de las causas y consecuencias de la automedicación en la parroquia Mulalo provincia Cotopaxi. [Proyecto de investigación para optar a tecnólogo en Administración de Farmacias]. Ecuador: Instituto Tecnológico Superior Cordillera; 2014.
9. Jiménez Rubio D, Hernández Quevedo C. Diferencias en la automedicación en la población adulta española según el país de origen. Gac Sanit [revista en Internet] 2010 [acceso 17 de mayo de 2017]; 24(2):116.e1–116.e8. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0213911109003252/1-s2.0-S0213911109003252-main.pdf?_tid=123db314-5c85-11e7-a4cb-00000aab0f27&acdnat=1498711406_3e53278a7abc94a455ac44eabb8a9423
10. Vacas Rodillaa E, Castellá Dagáb, Sánchez Giralta M, Pujol Algueá, Pallarés Comaladaa M, Balague Corberac M. Automedicación y ancianos. La realidad de un botiquín casero. Aten Primaria [revista en Internet] 2008 [acceso 17 de mayo de 2017]; (1): 1-6. Disponible en: <http://ac.els-cdn.com/S0212656708000565/1-s2.0-S0212656708000565->

main.pdf?_tid=9a881764-5c85-11e7-9920-

00000aacb360&acdnat=1498711635_2429f1bdd2c6d78e22c121a223c9b0c0

11. Castillo Gonzáles A. Factores personales que influyen en la automedicación de las personas adultas del Residencial Bilbao en San Sebastián, durante el periodo de agosto, 2015. [Tesis de licenciatura]. San José, Costa Rica: Universidad Hispanoamericana; 2015.

12. Sequeira Hernández D. Factores y prácticas relacionadas con la automedicación en trabajadores del Consejo Universitario de la Universidad de Costa Rica, abril 2016. [Tesis de licenciatura]. San José, Costa Rica: Universidad Hispanoamericana; 2016.

13. Herrera M, Arguedas D, Méndez CA, Rivera E, Córdoba J. Medicamentos producen 58 % de intoxicaciones en Costa Rica. Semanario Universidad [periódico en Internet]. 6 de enero de 2012 [acceso 17 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://semanariouniversidad.ucr.cr/sin-categoria/medicamentos-producen-58-de-intoxicaciones-en-costa-rica/>

14. Arroyo Y, Sala AE, Arias Mora F. Tendencia de la mortalidad por casos de intoxicaciones en Costa Rica. Rev Costarr Salud Pública [revista en Internet] 2014 [acceso 17 de mayo de 2017]; 23: 59-61. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v23n1/art10v23n1.pdf>

15. Borbón Velásquez JC. Prevalencia de automedicación y principales factores que influyen en la misma en el personal del Instituto Costarricense de Turismo, Sede Central, San José, Costa Rica, durante el primer semestre del año 2016. [Tesis de licenciatura]. San José, Costa Rica: Universidad Hispanoamericana; 2016.

16. Corrales Ford L. Conocimiento y prácticas sobre la prevención de las enfermedades respiratorias relacionada con la automedicación y las visitas a los diferentes centros de salud

por parte de los funcionarios de la Municipalidad de Goicoechea febrero–marzo 2016. [Tesis de licenciatura]. San José, Costa Rica: Universidad Hispanoamericana; 2016.

17. Pérez Giliberti J, Cepero Franco S, Mondéjar Barrios M, Álvarez Delgado M, Cepero Carballo. Automedicación en adultos mayores del municipio Morón. MEDICIEGO [revista en Internet] 2012 [acceso 9 octubre de 2017]; 18. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noespc_2012/articulos/t-26.html

18. Municipalidad de Poás. Datos geográficos [Internet]. Cantón de Poás: Unión Nacional de Gobiernos Locales [acceso 9 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.poasdigital.go.cr/index.php/m-conozcanos/mn-micanton/mn-historiacanton>

19. Vindas Arias J, Juárez Nieto A, Álvarez A, Salazar Arguedas D, Rodríguez Rosales K, Mora Arce A, et al. Análisis de la Situación Integral de la Salud 2011- 2015. Heredia, Costa Rica: COOPESIBA; 2015.

20. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. 2001 [acceso 9 de octubre de 2017]; p. 1-25. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1

21. Robles A. ¿Quiénes son y dónde están las personas adultas mayores? En: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. I Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica [Internet]. San José, Costa Rica; 2007 [acceso 9 de octubre de 2017]; Cáp. 2, p. 13-

22. Disponible en: http://www.conapam.go.cr/mantenimiento/ESPAM/descargas/ESPAM_cap2web.pdf

22. Organización Panamericana de Salud. Género y el envejecimiento [Internet]. [acceso 9 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/hdp/hdw/genderageingsp.PDF?ua=1>
23. Pinazo Hernandis S, Sánchez Martínez M. Gerontología: actualización, innovación y propuestas. Pearson Educación; 2005.
24. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. X Censo Nacional de la población y VI de Vivienda [Internet]. San José, Costa Rica: INEC; 2011 [acceso 9 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/>
25. Naciones Unidas. Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe [Internet]. Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José, Costa Rica; 2012 [acceso 9 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.conapam.go.cr/mantenimiento/Carta%20de%20San%20Jose.pdf>
26. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Programa Centros Diurnos [Internet]. Santiago Chile; 2007 [actualizado 13 de febrero de 2013; acceso 9 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/GUIA_PROGRAMA_CENTROS_DIURNOS.pdf
27. Adams M, Holland N, Bostwick PM. Farmacología para enfermería un enfoque fisiopatológico. 2º ed. Madrid, España: Pearson Education; 2009.
28. Sánchez Bermúdez C, Nava Galán MG. Factores que influyen en la automedicación del personal de enfermería a nivel técnico y de estudiantes. Enf Neurol [revista en Internet] 2012

[acceso 24 mayo de 2017]; 11(3): 120-128. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123b.pdf>

29. Federación Farmacéutica Internacional, Industria Mundial de la Automedicación Responsable. Automedicación responsable [Internet]. 1999 [acceso 24 de mayo de 2017]. Disponible en: https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=244&table_id=

30. Kregar G, Filinger E. ¿Qué se entiende por automedicación? Acta Farm [revista en Internet]. 2005 [acceso 24 de mayo de 2017]; 24 (1): 130-3. Disponible en: http://www.latamjpharm.org/trabajos/24/1/LAJOP_24_1_6_2_5ROG2AU4L2.pdf

31. Cholvi M. La automedicación con antibióticos puede provocar una epidemia de “superbacterias”. ELSEVIER [Internet]. 2017 [acceso 9 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/corp/generacionelsevier/riesgos-conlleve-la-automedicacion/>

32. Hardon A, Hodgkin C, Fresle D. Cómo investigar el uso de medicamentos por parte de los consumidores [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2004 [acceso 31 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/medicines/publications/WHOEDMPAR2004.2spa.pdf>

33. Moraima Del Toro Rubio, Díaz Pérez A, Barrios Puerta Z, Castillo Avila IY. Automedicación y creencias en torno a su práctica en Cartagena, Colombia. Rev Cuid. [revista en Internet] 2017 [acceso 31 de mayo de 2017]; 8(1): 1509-18. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/367>

34. Machado-Alba J. Social, cultural and economic factors associated With self-medication. Biomédica [revista en Internet] 2014 [acceso 31 de mayo de 2017]; 34: 580-8. Disponible en:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=9567f312-982d-44bc-904c-be8a2ac875e7%40sessionmgr4010>

35. Salazar J, Toledo L, Añez A, González R, Rojas L, Bermúdez Valmore J. Comportamiento epidemiológico de la automedicación y polifarmacia en individuos adultos del sector de Dalia de Fernández, Municipio San Francisco. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [revista en Internet] 2013 [acceso 31 de mayo de 2017]; 32 (1): 1-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/559/55931088001.pdf>

36. Villegas Cardona F, Nasner Posso KM, Buitrago Gómez DP, Cruz Calderón S, Ruden Restrepo S, Bedoya Arias JE, et al. Patrón de automedicación en la zona urbana de la ciudad de Pereira (Colombia) en el trimestre marzo-mayo 2013. Rev. Investigaciones Andinas [revista en Internet] 2013 [acceso 31 de mayo de 2017]; 29: 16-150. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=bcde9937-73bd-43bc-82e1-1ffb58403ec0%40sessionmgr103&hid=117&bdata=Jmxhbmc9ZXMc2l0ZT1lZHMtbGI2ZQ%3d%3d#db=fua&AN=97740528>

37. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública [revista en Internet] 2005 [acceso 31 de mayo de 2017]; 17(5/6). Disponible en: http://www.repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/371/Art_Men%C3%A9ndezJ_EnfermedadesCr%C3%B3nicasLimitaci%C3%B3n_2005.pdf?sequence=1

38. César Martínez Querol C, Pérez Martínez VT, Carballo Pérez M, Larrondo Viera JJ. Polifarmacia en los adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet] 2005

[acceso 31 de mayo de 2017]; 21(1-2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n1-2/mgi121-205.pdf>

39. Cano-Guitierrez C, Samper-Ternent R, Cabrera J, Rosselli D. Uso de medicamentos en adultos mayores de Bogotá, Colombia. Rev Peru Med Exp Salud Pública [revista e Internet] 2016 [acceso 31 de mayo de 2017]; 33(3):1-6. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=62af72dd-c1eb-4cc0-89ca-0791f7074709%40sessionmgr4009&vid=0&hid=4102&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc210ZT11ZH MtbGl2ZQ%3d%3d#AN=117652084&db=lth>

40. Peñuela M, Espriella A, Escobar E, Velásquez MV, Sánchez J, Arango A, et al. Factores socioeconómicos y culturales asociados a la autoformulación en expendios de medicamentos en la ciudad de Barranquilla. Salud Uninorte [revista en Internet] 2002 [acceso 31 de mayo de 2017]; 16: 30-38. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/817/81701604/>

41. Menéndez E. La automedicación y los medios de comunicación masiva. Cuadernos Médico Sociales [revista en Internet] 1981 [acceso 1 de junio de 2017]; (15). Disponible en: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2015/04/n15a047.pdf>

42. Berman A, J Snyder, Koziar B, Erb G. Fundamentos de enfermería. 2º ed., Vol. 2. Madrid, España: Pearson Education; 2008.

43. Juárez Olguín H, Lares Asseff I. Medicamentos más utilizados en pacientes ancianos mexicanos. MéD.UIS [revista en Internet] 2012 [acceso 1 de junio de 2017]; 25(2):129-36. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=1d8800df-7006-4b3f-896e->

b296dd16fb3f%40sessionmgr104&hid=108&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc210ZT11ZHMtbG12Z
Q%3d%3d#AN=90556622&db=fua

44. Cano-Guitierrez C, Samper-Ternent R, Cabrera J, Rosselli D. Uso de medicamentos en adultos mayores de Bogotá, Colombia. Rev Perú Med Exp Salud Pública [revista en Internet] 2016 [acceso 1 junio de 2017]; 33(3):1-6. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=62af72dd-c1eb-4cc0-89ca-0791f7074709%40sessionmgr4009&vid=0&hid=4102&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc210ZT11ZHMtbG12ZQ%3d%3d#AN=117652084&db=lth>

45. García Milián AJ, Alonso Carbonell L, López Puig P, Yera Alós I, Ruiz Salvador AK, Blanco Hernández N. Consumo de medicamentos referidos por la población adulta de Cuba, año 2007. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en Internet] 2009 [acceso 1 de junio de 2017]; 25(4): 5-16. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n4/mgi02409.pdf>

46. Le Mone P, Burke K. Enfermería medicoquirúrgica pensamiento crítico en la asistencia del paciente. 4º ed. Madrid, España: Pearson Education; 2009.

47. Benavides-Plascencia L, Aldama-Ojeda AL, Vázquez HJ. Vigilancia de los niveles de uso de antibióticos y perfiles de resistencia bacteriana en hospitales de tercer nivel de la Ciudad de México. Salud Pública Mex [revista en Internet] 2005 [acceso 1 de junio de 2017]; 47: 219-226. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v47n3/a05v47n3.pdf>

48. Aguado M, Núñez M, Dos Santos A, Bregni C. Automedicación con antibióticos. [Trabajo de graduación en Internet]. Argentina: Universidad Nacional del Nordeste Comunicaciones Científicas y Tecnológicas; 2005 [citado 1 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-113.pdf>

49. Organización Mundial de la Salud Ginebra. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales [Internet]. 2002 [acceso 2 de junio de 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>

50. Ortiz-Prado E, Galarza C, Cornejo León F, Ponce J. Acceso a medicamentos y situación del mercado farmacéutico en Ecuador. Rev Panam Salud Pública [revista en Internet] 2014 [acceso 2 de junio de 2017]; 36(1): 57–62. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v36n1/09.pdf>

51. Ministerio de Salud. Reglamento de Inscripción, Control, Importación y Publicidad de Medicamentos n.º 28466-S. Sistema Costarricense de Información Jurídica [Internet]. 2000 [acceso 2 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43444&nValor3=86941&strTipM=TC

52. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud. IV Conferencia Panamericana sobre Armonización de la Reglamentación Farmacéutica [Internet]. República Dominicana; 2005 [acceso 2 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.alifar.org/useruploads/documents/post/48_iv_conferencia_conclusiones_y_recomendac/iv_conferencia_conclusiones_y_recomend2013_04_15_01_25_05.pdf

53. Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. Ley General de Salud n.º 5395. Sistema Costarricense de Información Jurídica [Internet]. 1973 [acceso 2 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=96425&strTipM=TC

54. Balderas Pedrero M. Administración de los servicios de enfermería. 6° ed. México: McGraw-Hill; 2012.
55. Heineck I, Schenkel E, Vidal X. Medicamentos de venta libre en el Brasil. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health [revista en Internet] 1998 [acceso 2 de junio de 2017]; 3(6). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v3n6/3n6a4.pdf>
56. Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española [Internet]. 2017 [acceso 2 de junio de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=TtAtLcR>
57. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7° ed. Barcelona, España: Elsevier España; 2011.
58. Baos Vicente V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud [revista en Internet] 2000 [acceso 13 de febrero de 2017]; 24(6-2000). Disponible en: <http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200006-2.pdf>
59. Rojas Tejas J, Zubizarreta Estévez M. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. Rev Cubana Enfermer [revista en Internet] 2007 [acceso 13 de febrero de 2017]; 23(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100007
60. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 5° ed. Vol 1. México D.F: McGraw Hill; 2010.
61. Rojas Alcalá E. Perfil del joven emprendedor en Venezuela. [Trabajo de licenciatura en relaciones industriales en internet]. Caracas, Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello;

2013 [acceso 15 de agosto de 2017]. Disponible en:
<http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAS4563.pdf>

62. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud en Costa Rica [Internet]. 2014 [acceso 15 de agosto de 2017]. Disponible en:
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/2618-analisis-de-situacion-de-salud-en-costa-rica/file>

63. Santiesteban Pérez I, Mateo Arce C, Pérez Ferrás M, Cutiño Rodríguez M, García Orti N. Atención de la familia al anciano. COCMED [revista en Internet] 2008 [acceso 15 de febrero de 2017]; 12(5). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no125/pdf/n125ori7.pdf>

64. Moya Rodríguez S. Prevalencia de automedicación en consultantes a un centro de atención ambulatorio adosado a un hospital de una Comuna de Santiago. [Trabajo para optar al título de química farmacéutica en Internet]. Universidad de Chile. Santiago de Chile; 2012 [acceso 15 de agosto de 2017]. Disponible en:
http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/111220/moya_sa.pdf?sequence=1

65. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Costa Rica: Prospectiva en cambio demográfico al 2045 [Internet]. [acceso 15 de agosto de 2017]. Disponible en:
https://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/1d6fdd3d-cab5-4edb-88ad-c651fd283c59/Costa_Rica_Prospectiva_en_cambio_demografico_al_2045.pdf?guest=true

66. Gómez O, Leobardo M, Galar M, Téllez A, Carmona F, Amaya A. Estudio de automedicación en una farmacia comunitaria de la ciudad de Toluca. Revista Mexicana de

Ciencias Farmacéuticas [revista en Internet] 2009 [acceso 13 de febrero de 2017]; 40 (1), 5-11.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/579/57940102.pdf>

67. Caamaño F, Figueiras A, Lado E, Gestal J. La automedicación: concepto y perfil de sus usuarios. Gac Sanit [revista en Internet] 2000 [acceso 13 de febrero de 2017]; 14(4):294-299
Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0213911100714804/1-s2.0-S0213911100714804-main.pdf?_tid=60390dde-0bbc-11e8-991c-00000aab0f27&acdnat=1517976613_9bfe6b99d672b5c51b49295102b319e2

68. López Zúñiga MA. Factores sociales y culturales relacionados a la práctica de automedicación en pacientes que acuden al servicio de odontología en el centro de Salud Villa Libertad de la Ciudad de Managua, Nicaragua de octubre 2015 a marzo 2016. [Tesis en Internet]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016 [acceso 15 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/2839/>

69. Abosede OA. Self-medication: an important aspect of primary health care. Soc Sci Med. [revista en Internet] 1984 [acceso 13 de febrero de 2017]; 19(7):699-703. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6505739>

70. García Núñez L. Determinantes de la automedicación en el Perú. ECONOMIA [revista en Internet] 2002 [acceso 13 de febrero de 2017]; XXV(49). Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/economia/article/viewFile/944/911>

71. Boggio J. Automedicación en el adulto mayor. Portales Médicos [revista en Internet] 2009 [acceso 13 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1558/2/Automedicacion-en-el-adulto-mayor>

72. Ruiz Mendoza A. Situación de automedicación en la población casco urbano del Municipio de Somoto, Madriz, Nicaragua, 2012. [Tesis de maestría en Salud Pública en internet]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2012 [acceso 15 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/7561/1/t680.pdf>
73. Baena MI, Fajardo P, Martínez-Olmos J, Martínez-Martínez F, Moreno P; Calleja Hernández M, et al. Cumplimiento, conocimiento y automedicación como factores asociados a los resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Ars Pharm* [revista en Internet] 2005 [acceso 13 de febrero de 2017]; 46(4):365-381. Disponible en: <http://digibug.ugr.es/handle/10481/27910#.Wn0KQ67iaUk>
74. Saldaña-Flores D, Villalobos-Ticliahuanca G, Ballón-Manrique B. Frecuencia y características de la automedicación en pacientes con cefalea en atención primaria en Lambayeque, Perú. *Rev Med Hered.* [revista en Internet] 2016 [citado el 13 de febrero 2017]; 27:230-236. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n4/a06v27n4.pdf>
75. Vacas E, Castella I, Sánchez M, Pujol A, Pallarés C, Balagué M. Automedicación y ancianos. La realidad de un botiquín casero. *Atención Primaria* [revista en Internet] 2009 [acceso 13 de febrero de 2017]; 41(5):269-274. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0212656708000565/1-s2.0-S0212656708000565-main.pdf?_tid=1449e474-0d3e-11e8-9fb4-00000aab0f6b&acdnat=1518142271_782865f5ff67ab7e0ccbeb42260542de
76. Escuela Andaluza de Salud Pública. Automedicación: riesgos y beneficios. *CADIME* [revista en Internet] 1996 [acceso 13 de febrero de 2017]; 12(5): 19-20. Disponible en: http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA1996_12_5.pdf

ANEXOS

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA DE COSTA RICA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
CUESTIONARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Elaboración y aplicación del instrumento: Dilson Barrantes Álvarez

Introducción

El presente instrumento fue elaborado con la intención de organizar la recolección de datos a partir de características específicas que poseen los individuos seleccionados, para el estudio denominado **“Conocimiento y prácticas de la automedicación en relación a los factores ambientales y socioeconómicos en adultos de 65 años y más, en dos centros diurnos, III cuatrimestre de 2017”**.

Los datos recolectados en el presente estudio, seguirán los criterios de confidencialidad y no se publicarán datos privados sobre la identidad de los participantes que formaron parte de la población.

Instrucciones: Seleccione la opción que mejor explique la condición descriptiva del usuario, según los datos demográficos, conocimientos de la medicación, y prácticas que conllevan a la automedicación. Anote la totalidad de dígitos correspondientes en la codificación de respuesta, según las características descritas por el usuario.

Automedicación: Tomar un medicamento o seguir un tratamiento por iniciativa propia, consejo de un familiar, vecino o amigo.

I Parte. Características sociodemográficas.

1. Anote las iniciales que identifican el nombre del usuario.

Espacio para la
codificación de datos

2. Seleccione el rango de edad del usuario

- 1) de 65 a 70 años. 2) de 70 a 75 años.
3) de 75 a 80 años. 4) de 80 a 85 años. 5) más de 85 años.

3. Anote el sexo del usuario

- 1) Masculino. 2) Femenino.

4. Seleccione el estado civil actual del usuario.

- 1) Soltero/a. 2) casado/a. 3) viudo/a. 4) separado/divorciado. 5) Unión libre.

5. ¿Con quién vive actualmente?

- 1) Con pareja. 2) Pareja e Hijos. 3) Hijos. 4) Nietos o hermanos. 5) Solo/a

6. ¿Qué nivel de educación posee?

- 1) Sin estudios. 2) Primaria. 3) Secundaria. 4) Técnico. 5) Universitaria.

7. Anote la situación actual laboral del usuario.

- 1) Trabajador activo. 2) Pensionado. 3) Desempleado.

8. ¿Los ingresos económicos que recibe se ajustan a sus necesidades?

- 1) Son suficientes. 2) Más o menos. 3) Insuficientes.

9. ¿Qué cobertura de salud posee?

- 1) Sin seguro. 2) Con seguro. 3) Seguro privado.

10. ¿Cuál es la condición de vivienda actual en la que habita?

- 1) Propia. 2) Alquilada. 3) Prestada.

II Parte. Conocimiento de la medicación y prácticas que conllevan a la automedicación

11. Posee usted alguna enfermedad o padecimiento por el cuál deba medicarse.

- 1) Enfermedad aguda _____ 2) Enfermedad crónica _____
3) No aplica.

12. ¿Conoce usted para qué sirve, los riesgos o efectos secundarios del medicamento que utiliza?

- 1) Sí sabe. 2) Tiene una idea. 3) No sabe.

13. ¿Sabe usted qué es la **automedicación**?

- 1) Sí sabe. 2) No sabe.

14. ¿Se ha automedicado alguna vez en su vida?

- 1) Sí. 2) No.

15. ¿Con qué frecuencia se automedica?

1) Muy frecuente. 2) Frecuentemente. 3) Ocasionalmente. 4) Raramente. 5) Nunca

16. ¿Alguna vez se ha automedicado por falta de dinero o tiempo para consultar un profesional?

1) Sí. 2) Algunas veces. 3) No.

17. ¿Cuándo fue la última vez que tomó medicamento sin prescripción médica?

1) Menos de una semana. 2) De una a dos semanas.

3) De dos semanas a un mes. 4) Más de un mes.

18. ¿Con qué frecuencia lee usted la información que trae el medicamento?

1) Muy frecuente. 2) Frecuentemente. 3) Ocasionalmente. 4) Raramente.

5) Nunca.

19. ¿Con qué frecuencia se fija usted en la fecha de vencimiento de los medicamentos?

1) Muy frecuente. 2) Frecuentemente. 3) Ocasionalmente.

4) Raramente. 5) Nunca.

20. ¿Acostumbra a guardar medicamentos de tratamientos pasados o incompletos en su hogar?

1) Muy frecuente. 2) Frecuentemente. 3) Ocasionalmente. 4) Raramente. 5) Nunca.

21. ¿Con qué frecuencia el medicamento/s con el cual se ha automedicado le ha aliviado sus molestias, síntomas o enfermedad?

1) Muy frecuente. 2) Frecuentemente. 3) Ocasionalmente. 4) Raramente. 5) Nunca.

22. ¿Ha comprado algún medicamento que ha visto anunciado en algún medio de Comunicación?

1) Radio. 2) Televisión. 3) Periódico. 4) Revistas. 5) Redes sociales. 6) Todos. 7) Ninguno.

23. ¿Alguna vez ha utilizado algún medicamento recomendado por una persona?

Si la respuesta es afirmativa, indique quién.

1) No. 2) Sí.

1) Vecino. 2) Familiar. 3) Amigo/a. 4) Farmacéutico. 5) Médico. 6) Enfermera.

24. ¿Alguna vez usted ha recomendado algún medicamento a otra persona?

Si la respuesta es afirmativa, indique quién.

1) No. 2) Sí.

1) Vecino. 2) Familiar. 3) Amigo/a

25. ¿Usualmente dónde o a quién acude para comprar o conseguir un medicamento?

1) Familiar. 2) Vecino. 3) Pulpería o supermercado. 4) Farmacia.

5) Macrobiótica. 6) Por medio de consulta.

III Parte. Medicamentos ingeridos.

26. ¿Con cuales medicamentos se ha automedicado?

1) Medicamentos para el dolor. 2) Medicamentos para el corazón y la presión arterial.
3) Medicamentos para los pulmones, o la tos. 4) Medicamentos para el estómago, acidez.
5) Medicamentos para ansiedad, convulsiones, para relajarse o dormir.
6) Medicamentos para la tiroides, hormonas. 7) Antibióticos. 8) Medicamentos para la gripe.
9) Plantas medicinales. 10) Otros fármacos (vitaminas). 11) Medicamentos para el azúcar.

27. ¿Ha utilizado o usa algún remedio casero?

1) Sí. 2) No.

28. ¿Alguna vez ha tomado más del medicamento recomendado o preescrito para que
“haga más efecto”?

1) Muy frecuente. 2) Frecuentemente. 3) Ocasionalmente.

4) Raramente. 5) Nunca.

29. ¿Cuál es la vía de administración por la cual se ha automedicado?

1) Vía oral. 2) Intramuscular. 3) Subcutánea. 4) Intravenosa. 5) Tópica

DECLARACIÓN JURADA

Yo Dilson Barrantes Álvarez, cédula de identidad número 2-0745-0117, en condición de egresado de la carrera de enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de licenciatura en Enfermería titulado “Conocimiento y prácticas de la automedicación en relación a los factores ambientales y socioeconómicos en adultos de 65 años y más, en dos centros diurno, III cuatrimestre de 2017” es una obra original y para su realización he presentado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una publicación simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo en fe de lo anterior, en la Ciudad de San José, el día 20 de febrero del año 2018.

Dilson B.A

Dilson Barrantes Álvarez

Cédula: 2-0745-0117

CARTAS DE APROBACIÓN

ASOCIACION CENTRO DIURNO JERUSALEN DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR

54

Carrillos de Poás Bajo, Alajuela
Cédula Jurídica No. 3-002-290381

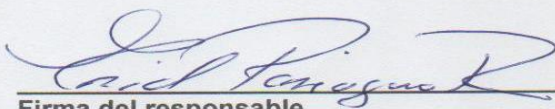
Señores
Dilson Barrantes Álvarez. (207450117)
Estudiante de enfermería.
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimado señor:

Por medio de la presente la suscrita **MSc. Enid Paniagua Rodríguez** con cédula de identidad **1-792-673**, en calidad de administradora del **Asociación Centro Diurno Jerusalén para el Adulto Mayor de Carrillos de Poás de Alajuela** con cedula jurídica **3-002-290381**, hago constar que tengo conocimiento del proyecto propuesto por el estudiante **Dilson Barrantes Álvarez** ced. **207450117**, estudiante de enfermería de la Universidad Hispanoamericana, el proyecto se realizará en nuestra organización, bajo los estándares de la organización y sin remuneración alguna.

Deseo manifestar mi aprobación para la realización del proyecto: **Conocimiento y prácticas de la automedicación en relación con los factores ambientales y socioeconómicos en adultos mayores de 65 años y más, en dos Centros Diurnos, III Cuatrimestre del 2017**

Se da la presente en Carrillos de Poás de Alajuela, el tres de octubre del dos mil diecisiete.



Firma del responsable

MSc. Enid Paniagua Rodríguez
Coordinadora del Programa Adulto Mayor
Asoc. Centro Diurno Jerusalén.
tel. 2458-84-46
cel. 8-327-40-57



Carrillos de Poas Alajuela, Cruce Cuatro Esquinas 200 metros este.
Telefax 2458-8446- correo cdjerusalen@gmail .com

ASOCIACIÓN PRO ATENCIÓN INTEGRAL DE LA TERCERA EDAD DE
BARVA



Cedula Jurídica: 3-002-087276
150 metros norte de la Casa Cural de Barva
Telefax: 2260-46-54- 2238-62-75
E-mail: centrodiurnobarva@hotmail.com

Barva, 17 de diciembre del 2018

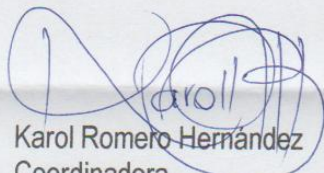
Señores
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

Reciban un cordial saludo del Centro Diurno de Barva. Por este medio se les informa que el estudiante DILSON BARRANTES ALVAREZ de número de cédula: 207450117, participó en nuestra institución con la aplicación de algunos instrumentos relacionados con la tesis: ***"Conocimiento y prácticas de la automedicación en relación a los factores ambientales y socioeconómicos en adultos de 65 años y más. En dos Centros Diurnos III Cuatrimestre 2017."***

Agradecemos la participación de dicho estudiante en nuestra organización, así mismo solicitamos que comparta con nuestra representada los resultados de dicho proceso investigativo.

Atentamente,


Karol Romero Hernández
Coordinadora



CARTA DEL TUTOR

San José, 20 de febrero de 2018.

Máster Zaida Rodríguez
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

El estudiante **Dilson Barrantes Álvarez**, cédula de identidad número **2-0745-0117**, ha desarrollado de forma satisfactoria el trabajo de investigación denominado: **“Conocimiento y prácticas de la automedicación en relación a los factores ambientales y socioeconómicos en adultos de 65 años y más, en dos centros diurno, III Cuatrimestre de 2017”** la cual fue elaborada para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

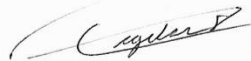
En mi calidad tutor académico, he verificado que se ha seguido a cabalidad las indicaciones brindadas durante el proceso de elaboración de anteproyecto, recogida de datos, análisis y presentación de los resultados; evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	18%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	29%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		97%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura, para continuar las etapas finales de defensa pública.

Atentamente,



DR. ARGEDIS J. CRUZ BOZA
CÉDULA 1-1330-0648
CARNE CODIGO PROFESIONAL E9801

CARTA DEL LECTOR

San José 15 de marzo de 2018

MSc
Zaida Rodríguez Cordero
Directora
Carrera de enfermería

Estimada señora:

El estudiante Dilson Barrantes Álvarez, cédula de identidad número 2-0745-0117, me ha presentado para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado “Conocimiento y prácticas de la automedicación en relación con los factores ambientales y socioeconómicos en adultos de 65 años y más, en dos centros diurno, III cuatrimestre de 2017.”, el cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo tiene la nota de 95 por lo que cuenta con mi aval para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente



Dra. Fulvia Elizondo Sibaja MSc
Cedula de identidad 1-0676-0607
Carné Colegio Profesional No 2295

CARTA DE LA FILÓLOGA

Heredia, 3 de abril de 2018

Comité de Trabajos Finales de Graduación
Escuela de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

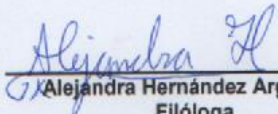
Estimado señor:

El estudiante Dilson Barrantes Álvarez me ha presentado, a efectos de corrección de estilo, en mi calidad de profesional graduada en bachillerato en Filología Española, el trabajo de investigación denominado *CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE LA AUTOMEDICACIÓN EN RELACIÓN CON LOS FACTORES AMBIENTALES Y SOCIOECONÓMICOS EN ADULTOS DE 65 AÑOS Y MÁS, EN DOS CENTROS DIURNOS, III CUATRIMESTRE DE 2017*, el cual ha elaborado para optar por el grado de licenciatura en Enfermería.

He revisado, de acuerdo con los lineamientos de corrección de estilo señalados por la Universidad, los aspectos de estructura gramatical, acentuación, ortografía, puntuación y los vicios de dicción, que se trasladan al escrito, y he verificado que se han realizado todas las correcciones indicadas en el documento.

Por consiguiente, este trabajo se encuentra listo para ser presentado oficialmente a la Universidad.

Atentamente,


Alejandra Hernández Arguedas
Filóloga
Cédula 4 193 626
Carné 66820 del Colegio de
Licenciados y Profesores en Letras,
Filosofía, Ciencias y Artes
Teléfono: 22 37 61 66

Alejandra Hernández Arguedas
Filóloga
Teléfono 22 37 61 66
San Rafael de Heredia