

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**TEMA:  
AUTOMEDICACION EN POBLACION MAYOR DE 18  
AÑOS RESIDENTE EN LA PARROQUIA EL VALLE DE  
LA CIUDAD DE LOJA**

**TESIS PREVIA LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO GENERAL**

**AUTOR:  
Manuel Patricio Yunga Bravo.**

**DIRECTOR:  
Dr. Tito Carrión**

Loja-Ecuador

2013

## CERTIFICACIÓN DEL DOCENTE DIRECTOR



*Dr. Tito Carrión*

*DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
DIRECTOR DE TESIS:*

*CERTIFICO:*

Que el trabajo de investigación titulado “**AUTOMEDICACION EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN LA PARROQUIA EL VALLE DE LA CIUDAD DE LOJA**” elaborado por el estudiante Manuel Patricio Yunga Bravo, egresado de la Carrera de Medicina, ha sido desarrollado, corregido y orientado bajo mi estricta dirección, y una vez que se enmarca dentro de las exigencias del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, disertación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

*Loja, 31 de Octubre del 2013*



**Dr. Tito Carrión**  
**DIRECTOR DE TESIS**

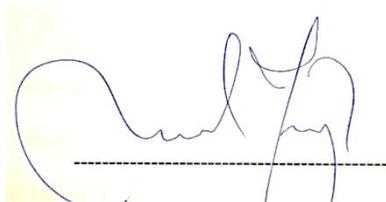
## AUTORÍA

Yo, Manuel Patricio Yunga Bravo, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja , la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual

Autor : Manuel Patricio Yunga Bravo

Firma:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Manuel Patricio Yunga Bravo', is written over a horizontal dashed line. The signature is fluid and cursive.

Cedula: 1103674659

Fecha : 31 de Octubre del 2013

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

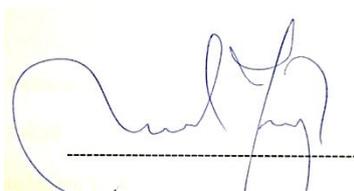
Yo Manuel Patricio Yunga Bravo, declaro ser autor de la tesis titulada **AUTOMEDICACION EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN LA PARROQUIA EL VALLE DE LA CIUDAD DE LOJA** como requisito para adoptar el grado de Medico General: autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tengan convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a Los quince días del mes de octubre del dos mil trece, firma del autor.

**Firma**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Manuel Patricio Yunga Bravo', is written over a horizontal dashed line. The signature is fluid and cursive.

**Autor:** Manuel Patricio Yunga Bravo

**Cédula:** 1103674659

**Dirección:** Calle Moscú y Gorki

**Teléfono:** 0991646974

**E-mail:** patricio:manu87@hotmail.com

## DEDICATORIA

La presente tesis dedico de manera muy especial a mi **Madre** que con su fortaleza y empeño me empuja cada día a ser mejor, ya que gracias a su amor, dedicación y sacrificio soy la persona que soy

**A mi padre** aunque no estuvo físicamente, sus consejos y apoyo me han acompañado durante toda la vida, guiándome a través del buen camino

**A mi hermano** que con su apoyo incondicional, me ha dado aliento para continuar y no decaer.

**A mis Abuelos y demás familiares**, por creer en mí y darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

*Manuel Patricio Yunga Bravo.*

## AGRADECIMIENTO

En primer lugar debo expresar mi más sincero agradecimiento a Dios, por regalarme la vida, las fuerzas para continuar todos los días adelante y poder culminar mi carrera.

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja y en especial a la Facultad de Medicina por permitirme ser parte de una generación de personas productiva para el país; así como a sus autoridades y catedráticos universitarios que día a día contribuyen en la formación de profesionales de alta calidad humana.

Mi agradecimiento especial al Dr. Tito Carrión director de mi Tesis quien con amable dedicación, voluntad y sabios consejos supo guiarme para la realización del presente trabajo de investigación.

A mi familia y amigos que me acompañaron a lo largo de mi vida estudiantil, gracias por su apoyo y consejos, que han ayudado a que pueda terminar mis estudios con éxito

Para ellos muchas gracias y que Dios los bendiga.

# Indice

CERTIFICACIÓN DEL DOCENTE DIRECTOR .....	I
AUTORÍA.....	II
CARTA DE AUTORIZACIÓN .....	III
DEDICATORIA .....	IV
AGRADECIMIENTO .....	V
<b>Indice</b> .....	VI
TÍTULO .....	VIII
<b>AUTOMEDICACION EN POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN LA PARROQUIA EL VALLE DE LA CIUDAD DE LOJA</b> .....	- 0 -
<b>RESUMEN</b> .....	- 1 -
<b>SUMMARY</b> .....	- 4 -
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	- 6 -
<b>REVISIÓN</b> .....	- 12 -
<b>LITERARIA</b> .....	- 12 -
Autocuidado .....	- 13 -
TIPOS DE CUIDADOS.....	- 14 -
CUIDADO O ASISTENCIA A OTROS: LOS CUIDAMOS .....	- 14 -
CUIDADO ENTRE TODOS (NOS CUIDAMOS): .....	- 14 -
CUIDADO DE SÍ ( ME CUIDO ):.....	- 15 -
CONCEPTO DE AUTOCUIDADO.....	- 15 -
TIPOS DE PRÁCTICAS .....	- 16 -
Autoatención. ....	- 28 -
Automedicación .....	- 38 -
Automedicación responsable y autoprescripción .....	- 41 -
Uso racional de medicamentos.....	- 52 -
<b>METODOLOGÍA</b> .....	- 57 -
<b>RESULTADOS</b> .....	- 62 -
TABLA 1.....	- 63 -
DIFERENCIA MEDIADA POR GÉNERO EN LA PRÁCTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN .....	- 63 -
TABLA 2.....	- 64 -

DIFERENCIA MEDIADA POR EDAD EN LA PRÁCTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN .....	- 64 -
TABLA 3.....	- 65 -
DIFERENCIA MEDIADA POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN LA PRÁCTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN .....	- 65 -
TABLA 4.....	- 66 -
DIFERENCIA MEDIADA POR LA OCUPACIÓN EN LA PRÁCTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN .....	- 66 -
TABLA 5.....	- 67 -
FRECUENCIA DE AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN LA PARROQUI EL VALLE DE LA CIUDAD DE LOJA .....	- 67 -
TABLA 6.....	- 68 -
FARMACOS MÁS USADOS EN LA PRÁCTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN LA PARROQUI EL VALLE DE LA CIUDAD DE LOJA .....	- 68 -
TABLA 7.....	- 69 -
SINTOMATOLGÍA MÁS FRECUENTE QUE DETERMINA LA PRÁCTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN LA PARROQUI EL VALLE DE LA CIUDAD DE LOJA .....	- 69 -
TABLA 8.....	- 70 -
RAZONES QUE MOTIVAN A INCURRIR EN LA PRÁCTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN LA PARROQUI EL VALLE DE LA CIUDAD DE LOJA .....	- 70 -
TABLA 9.....	- 71 -
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOMEDICACION RESPONSABLE EN LA POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN LA PARROQUI EL VALLE DE LA CIUDAD DE LOJA .....	- 71 -
TABLA 10 .....	- 72 -
OPINION FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN LA PARROQUI EL VALLE DE LA CIUDAD DE LOJA .....	- 72 -
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>- 73 -</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>- 73 -</b>
<b>RECOMEDACIONES .....</b>	<b>- 73 -</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>- 73 -</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>- 73 -</b>

TÍTULO

**AUTOMEDICACION EN POBLACION MAYOR DE  
18 AÑOS RESIDENTE EN LA PARROQUIA EL  
VALLE DE LA CIUDAD DE LOJA**

## RESUMEN

La automedicación es la administración, sin prescripción médica y por necesidad de cualquier tipo de medicamento (analgésicos, antibióticos, antiinflamatorios, etc.) que pone en riesgo la salud de cada persona.

Partiendo de esta perspectiva, la presente investigación tiene como fin el conocer las conductas relacionadas con la automedicación en la población mayor de 18 años residente en la parroquia el Valle de la ciudad de Loja, ya que el uso de medicamentos sin prescripción ni vigilancia médica data de largo tiempo atrás, sin embargo en la actualidad el problema radica en que se dispone de medicamentos cada vez más activos, pero a la vez más nocivos, lo que conlleva a poner en riesgo la salud de las personas que recurren a la automedicación, al no tener en cuenta las ventajas, y mucho menos los peligros que entrañan los medicamentos.

Por tal motivo, el estudio se desarrolla dentro de un ámbito de carácter descriptivo y transversal, mediante la recolección de datos a través de una encuesta aplicada a 379 residentes de la parroquia el Valle de la ciudad de Loja, elegidos de manera aleatoria simple no estratificada

A través del proceso investigativo llevado a cabo, se demostró que el 90% de la muestra poblacional estudiada incurre en la práctica de la automedicación; de ésta el género femenino, grupo etario entre 30 a 35 años, el nivel de instrucción primaria y las personas que tienen ocupación "amas de casa", determinan una diferencia en cuanto a los más altos porcentajes de automedicación. Además los resultados confirman que esta práctica está mediada por sintomatología de dolor leve, para lo cual el principal grupo farmacológico usado son los antiinflamatorios, y el uso de éstos es motivado por el fácil acceso a los fármacos mencionados. Por último, se estableció que alrededor de un tercio de las personas estudiadas no cuentan con ningún conocimiento sobre automedicación responsable.

Dichos resultados, permiten tener la iniciativa de recomendar, el concienciar a la población en general de los riesgos que conlleva el uso de medicamentos sin prescripción ni vigilancia médica; así como brindar más énfasis en el posicionamiento del farmacéutico como un colaborador en el trabajo médico y

aumentar facilidades para que la población acceda de manera más fácil y oportuna a los servicios de salud.

**Palabras Clave:** Automedicación, Fármacos

## SUMMARY

Self-medication is the administration, without a prescription and necessity of any type of medication (analgesics , antipyretics , antibiotics , anti-inflammatories , etc. . ) that threatens the health of each person .

From this perspective , this research aims at knowing the behaviors related to self-medication in the population aged 18 years resident in the parish Valley Loja City , since the use of prescription medications or medical surveillance data long time ago, but now the problem is that drugs are available increasingly active , yet more harmful , leading to jeopardize the health of people who resort to self-medication , the not take into account the benefits , let alone the dangers of drugs .

For this reason , the study was developed within a context of cross-sectional descriptive character by collecting data through a survey of 379 residents of the parish Valley city of Loja , single randomly chosen unstratified

Through the research process carried out , showed that 90 % of the population sample studied incurs the practice of self-medication of this female gender, age group between 30-35 years, the level of primary and people that are occupied " housewives" , determine a difference in the highest percentages of self-medication. Furthermore, the results confirm that this practice is mediated by symptoms of mild pain , for which the largest group are the anti-inflammatory drug used , and their use is motivated by the easy access to the drugs mentioned . Finally , it was established that about a third of people surveyed do not have any knowledge about responsible self .

These results allow the initiative to recommend having the awareness to the general population of the risks involved in the use of prescription medications or medical surveillance , as well as provide more emphasis on the positioning of the pharmacist as a collaborator in the medical work and increase facilities for people to more easily access and timely health services .

Keywords : Self-Medication , Drug

## INTRODUCCIÓN

La automedicación es la conducta de adquirir y consumir medicamentos sin prescripción o vigilancia medica (1)

De tal manera, la administración de medicinas, sin diagnóstico ni prescripción realizados por un profesional medico, dependiendo del medicamento utilizado, puede conllevar a varios riesgos como:

- Agravamiento de la enfermedad por presentación de un cuadro agudo.
- Resistencia bacteriana al medicamento.
- Efectos adversos graves relacionados con el aparato digestivo o riñones.
- Reacciones adversas como intoxicación.
- Dependencia.
- Retraso en el diagnóstico y tratamiento adecuado. (2)

La OMS calcula que más de la mitad de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada, y que la mitad de los pacientes no los toman correctamente. Este uso incorrecto puede adoptar la forma de un uso excesivo, insuficiente o indebido de medicamentos de venta con o sin receta.

Entre los problemas más frecuentes se encuentran:

1. La polifarmacia (consumo de demasiados medicamentos);
2. El uso excesivo de antibióticos e inyecciones;
3. La prescripción no ajustada a directrices clínicas.

En los países en desarrollo, la proporción de pacientes con enfermedades comunes tratados de conformidad con directrices clínicas en la atención primaria, es inferior al 40% en el sector público y del 30% en el sector privado. Por ejemplo; la proporción de niños con diarrea aguda que reciben la rehidratación oral necesaria, es inferior al 60%, pero más del 40% recibe antibióticos innecesarios, así como solo un 50% de los pacientes con paludismo reciben los antipalúdicos de primera línea recomendados y entre el 50 a 70% de los pacientes con neumonía son tratados con los antibióticos apropiados, pero hasta un 60% de los pacientes con infecciones respiratorias altas de origen vírico reciben antibióticos innecesarios.

El uso incorrecto de los medicamentos ocurre en todos los países, lo cual es nocivo para los pacientes y constituye un desperdicio de recursos; lo cual conlleva graves consecuencias tal es el caso, del uso excesivo de antibióticos que aumenta la resistencia a los antimicrobianos ya que dejan de ser eficaces para combatir las enfermedades infecciosas. Muchos procedimientos quirúrgicos y los tratamientos antineoplásicos no son posibles sin antibióticos para luchar contra las infecciones. (3)

En un estudio realizado en la amazonia Araucana en Chile, de un total de 272 personas que mostraron molestias musculoesqueléticas, el 64.7% reconoció automedicarse, El promedio de edad de los que se auto medicaban fue de 41 años, mientras que los que negaban la automedicación tenían un promedio de edad de 37 años. Hubo una tendencia a mayor automedicación a medida que los individuos aumentaban en edad. La frecuencia de auto medicación detectada fue significativamente diferente según estrato socioeconómico. De los entrevistados en el estrato socioeconómico bajo, 72,8% reconoció automedicarse. Este porcentaje fue de 55,6% en el estrato medio y de sólo 20,5% en el estrato alto.

De la misma forma se exploró de manera descriptiva algunas variables que pudieran asociarse a la conducta de automedicación. Se analizó la posible relación del sexo con esta conducta, encontrándose que la frecuencia de automedicación reportada por ambos sexos fue similar, con 65% en las mujeres y 64,3% en los hombres.

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

Dado que en la evaluación de síntomas se consideraba tanto a aquellos que presentaron problemas recientes (última semana) como aquellos que habían tenido problemas alguna vez en el pasado, se analizó si existía alguna

diferencia en la conducta de automedicación dependiendo del tiempo del síntoma. De los individuos entrevistados 94 tenían solo molestias músculo esqueléticas en el período de la última semana, mientras que 178 lo habían tenido alguna vez en el pasado. Quienes presentaban síntomas recientes tenían una frecuencia de automedicación levemente inferior a quienes tenían dolor músculo esquelético previo. (4)

A nivel nacional, en una investigación que recogió cerca de 2.500 encuestas realizadas a los usuarios de 51 farmacias distribuidas en todo el país, se encontró que el 76% de compradores no exhibieron receta médica, esto es, de cada 100 medicamentos que despacha una Farmacia, 76 correspondían a automedicación; pero es preciso advertir que en este grupo se incluyeron los medicamentos de venta libre que por ello no requieren de prescripción médica. La gama de medicamentos adquiridos por esta vía fue muy amplia, desde sustancias totalmente inocuas hasta medicamentos que producen dependencia.

Los medicamentos de mayor consumo fueron los analgésicos (33.5%), de ellos casi todos pueden ser manejados con seguridad por los pacientes, pero algunos con pentazocina se han de rechazar totalmente de la automedicación dado su potencial para producir farmacodependencia. En segundo lugar se colocaron las sustancias antimicrobianas que por la cantidad adquirida por los distintos usuarios se colige la forma anárquica de administrárselos: dosis insuficientes, período de tiempo inadecuado, intervalos inconsultos, vía de administración inapropiada; el resultado final es la inutilización del antibiótico tanto en ese momento cuanto a futuro por la resistencia que los gérmenes adquirirán a esos antibacterianos. (5)

A nivel de la ciudad de Cuenca se realizó un estudio de “ automedicación y factores asociados en estudiantes del colegio Manuela Garaicoa de Calderón, Cuenca 2012” donde se obtuvo que la prevalencia de automedicación fue del 51 % , los medicamentos de mayor uso fueron los analgésicos y los antiinflamatorios con el 84.3%; el principal motivo fue presentar sintomatología leve (68.6%), la fuente de información fue recomendación de un amigo o familiar (47,8%); en el 69.8% la farmacia fue el sitio de adquisición de los

medicamentos ; el 28.3% no mejoró su sintomatología ; el 43.4% de la población desconoce los riesgos de la automedicación. (1)

A nivel local, en el cantón Saraguro, se realizó un estudio sobre los patrones de automedicación, en donde del total de 358 personas encuestadas, el 68.43% se auto medican, siendo el motivo más frecuente síntomas leves, en los que los más señalados fueron: el dolor de cabeza (21.45%), síndrome gripal (15%), dolor abdominal (11.13%). El grupo terapéutico de medicamentos más solicitados fueron los analgésicos con un 43.88%. La influencia de terceras personas para que el paciente se auto medique fue significativa, pues la recomendación hecha por el farmacéutico en pocos casos o por la persona que atiende la farmacia representa un 35.28% y de familiares en un 25.71%. (6)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los costos asociados a las reacciones adversas de los medicamentos, por ejemplo, en relación con la hospitalización, la cirugía y la pérdida de productividad, sobrepasan el costo de los medicamentos en sí. El organismo es enfático: el 60% de estas reacciones es evitable en los pacientes, si estos no se auto medicaren. (7)

En la automedicación responsable el paciente alivia sus síntomas con medicamentos que han sido aprobados y que están disponibles para la venta sin prescripción médica, siendo seguros y eficaces cuando se usan en las condiciones establecidas. Es por lo tanto una actividad legal

Debemos señalar que el autocuidado de la salud se ve influenciada por factores socioeconómicos y ambientales. La automedicación responsable no se superpone a las funciones del médico. Para su puesta en práctica se requiere información acerca del uso, efectos deseables e indeseables, monitoreo en la efectividad del medicamento, interacciones medicamentosas , precauciones , advertencias , duración del tratamiento y que exprese cuando acudir al médico, lo que aportara un valor agregado importante frente a la automedicación indeseable y peligrosa (1)

Con la presente investigación se pretende revelar el panorama de la práctica de la automedicación a nivel local, ya que es un problema de índole social que crea un sinnúmero de inconvenientes diagnósticos al no ser llevada a cabo de

la manera adecuada. Además de esta manera se puede brindar ciertas directrices que permitan disminuir su incidencia.

Por tal razón , la presente investigación es de carácter descriptivo y transversal, para la cual se recolecto datos mediante encuestas , las mismas que fueron aplicadas a 379 residentes de la parroquia El Valle de la ciudad de Loja , elegidos de manera aleatoria simple.

Una vez culminado el proceso de recolección de datos, tabulación y análisis, se determinó que el 90% de la población estudiada incurre en la práctica de la automedicación, siendo el género femenino el que acarrea mayor porcentaje de incidencia con un total del 53%. Dentro de otros resultados importantes que arrojó la presente investigación en torno a la ya mencionada práctica, se puede destacar que alrededor de un tercio de la población investigada, el 32% poseen estudios primarios, además que la sintomatología más frecuente motivo por el cual se automedican corresponde a dolores y sintomatología leves con un porcentaje del 31 %, para lo cual, el grupo farmacológico más usado es el de los antiinflamatorios.

Partiendo desde este punto, se concluye que las conductas de automedicación en la población mayor de 18 años residente en la parroquia el Valle de la ciudad de Loja, en primer lugar están motivadas por el fácil acceso que tienen a los medicamentos, con la finalidad de calmar molestias o dolores leves, en base a la administración de antiinflamatorios. Así mismo se demostró que si existen diferencias mediadas por edad, sexo, nivel de instrucción y ocupación; y que el nivel de conocimiento en lo que respecta a automedicación responsable es nulo en un tercio del total de la muestra encuestada.

**REVISIÓN  
LITERARIA**

# Autocuidado

La palabra cuidar proviene de la palabra *coidar*, discurrir, la que, a su vez, proviene del latín *cogitare*, pensar; su etimología también la relaciona con sentir una inclinación, preferencia o preocupación por... es decir, para cuidar no solo se requiere hacer cosas; se hace necesario, antes que eso, pensar, discurrir. Es un acto tanto intelectual y teórico, como práctico". (8)

*‘cuidar es una interacción humana de carácter interpersonal, intencional, única, que se sucede en un contexto sociocultural, tiene un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir; es un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual ambos, quien es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del otro como ser humano pero diferente, e implica ‘estar con’ la persona (s) a quien (es) se cuida. Es esto lo que hace del cuidado una experiencia energizante y de mutuo beneficio’* (9)

Para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales, para optar por decisiones saludables, lo cual constituye uno de los cinco componentes de la promoción de la salud PS, establecidos en la Primera Conferencia Internacional sobre PS, en Ottawa Canadá, donde se dijo que: “la promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud.” (10) Las estrategias y mecanismos para desarrollar dichas habilidades se relacionan con la autogestión, la educación e información y el autocuidado, mediados por la comunicación.

Las habilidades personales para vivir determinan el estilo de vida de las personas y la manera como ellas se cuidan. El término ‘estilo de vida’ se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta, que están determinadas por factores sociales, culturales y personales; equivale a las

actitudes, hábitos y prácticas individuales o familiares, que pueden influir positiva o negativamente sobre nuestra salud.

## TIPOS DE CUIDADOS

En el proceso de cuidar la vida y la salud se dan tres tipos de cuidados:

### CUIDADO O ASISTENCIA A OTROS: LOS CUIDAMOS

Esta forma de cuidado corresponde a la *atención sanitaria*, que se presta a la persona enferma en una institución de salud; es el cuidado científico, sistemático y aprendido que se lleva a cabo mediante el empleo de prácticas curativas, que un profesional o un equipo de salud, realizan al usuario con algún grado de discapacidad (temporal o permanente) física, psíquica o emocional, con el fin de ayudarlo a restablecer su salud y alcanzar mayores niveles de bienestar. Quien cuida se encarga del bienestar, de la protección o del mantenimiento de alguien que, por su condición de ser humano, tiene interés, valor y significado especial.

Por extensión, también se miran bajo este tipo de cuidados, las acciones que son realizadas por personas (cuidadores) de la familia, un vecino, una partera y demás agentes informales de salud de la comunidad. Tienen como objetivo recuperar la salud.

La atención sanitaria es una actividad tanto para quien la presta como para el enfermo, puesto que produce resultados en ambos; puede decirse que, al favorecer el mantenimiento y conservación de la vida, al permitir que ella continúe, se reproduzca y termine dignamente, se generan altos niveles de satisfacción en el cuidador y en el usuario, se incrementan los niveles de autonomía, de salud y se mejora su calidad de vida.

### CUIDADO ENTRE TODOS (NOS CUIDAMOS):

El cuidado entre todos es denominado *autocuidado colectivo* y se refiere a las acciones que son planeadas y desarrolladas en cooperación, entre los miembros de una comunidad, familia o grupo, quienes se procuran un medio físico y social afectivo y solidario; por ej., la disposición de basuras, el tratamiento colectivo de aguas, el uso racional de los servicios disponibles para

la atención en salud, la consecución de celadores, entre otras, en procura del bienestar común.

#### CUIDADO DE SÍ ( ME CUIDO ):

Corresponde al autocuidado individual y está conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, como gestor de su autocuidado. Dicho de otra manera, *consiste en mirar uno por su salud y darse buena vida.*

#### CONCEPTO DE AUTOCAUIDADO

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.... "Cualquier cosa que una persona pueda aprender, conduce a cambios en uno de los tres campos siguientes del comportamiento: cognitivo, afectivo y psicomotor; todo aprendizaje equivale a obtener el desarrollo de una forma de comportamiento, bien sea porque surjan o cambien los comportamientos, los afectos o las destrezas psicomotoras en la persona" (11)

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

## TIPOS DE PRÁCTICAS

En el estilo de vida de las personas se presentan dos tipos de prácticas: las positivas o favorecedoras de la salud y las negativas o de riesgo. Entre los factores que influyen en la calidad de vida están:

### FACTORES PROTECTORES

Son aquellos aspectos internos o externos a la persona, que posibilitan conservar e incrementar los niveles de salud.

### FACTORES DE RIESGO:

Corresponden al “conjunto de fenómenos... de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social que involucra la capacidad potencial de provocar daño”; es decir, son los eventos que aumentan o crean la posibilidad de enfermar.

Como respuesta a estos factores protectores, las personas desarrollan prácticas protectoras o favorecedoras de la salud entre ellas están el cultivo de un arte, la práctica de un deporte, el desarrollo de un pasatiempo, la adopción de una dieta saludable, entre otras. Frente a los factores de riesgo la gente adopta prácticas de prevención como medidas para evitar enfermarse, por ejemplo, saneamiento ambiental, higiene, vacunación, autoexamen de testículo. Las prácticas protectoras corresponden a la promoción de la salud y las prácticas preventivas son asunto de la prevención de la enfermedad.

En realidad, la diferencia entre lo que se pretende con la realización de prácticas protectoras y prácticas preventivas es muy sutil, pues todo lo que se hace para incrementar los ‘niveles’ de salud, en cierta medida, está previniendo las enfermedades de manera general.

No se puede hablar de prácticas de ‘autocuidado negativas’ porque el cuidado es inherente a los aspectos favorables a la salud.

## PRINCIPIOS PARA EL AUTOCUIDADO

- El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.

- El autocuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana
- El autocuidado se apoya en un sistema formal como es el de salud e informal, con el apoyo social.
- El autocuidado tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.
- Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud.
- Para que haya autocuidado se requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del autoconcepto, el autocontrol, la autoestima, la autoaceptación, y la resiliencia.

Estos conceptos son entendidos como:

### **AUTOCONCEPTO**

Una serie de creencias sobre sí mismo que se manifiestan en la conducta. Estas creencias se acercan mas a la realidad en la medida que la persona profundice en el estudio de sus propias características. Un mayor autoconocimiento posibilita un conocimiento de sí mismo más objetivo, lo que constituye el primer paso para la autoaceptación. Existen dos aspectos relacionados con el autoconcepto: la autoimagen y la autoeficacia. La autoimagen es el esquema mental que tenemos de nuestra propia imagen corporal, mientras que la autoeficacia es la creencia en nuestras capacidades para obtener lo que nos proponemos; ambas características se configuran a través de la confrontación con los mensajes verbales y no verbales de las otras personas, y de los modelos de conducta aprendidos durante la infancia.

### **AUTOESTIMA O AUTOVALORACIÓN:**

La valoración que toda persona tiene de sí misma y que expresa como un sentimiento a partir de hechos concretos. La autoestima nace del autoconcepto que una persona tiene de sí misma y se forma a partir de las opiniones de los demás, expresadas a través de mensajes verbales y no verbales, sobre la persona y de la manera como esta los recibe; además, pueden influir en ella factores internos, por ejemplo, una depresión endógena.

### **AUTOACEPTACIÓN:**

El reconocerse a sí mismo como persona con cualidades y limitaciones; permite asumir y aceptar constructivamente las características que difícilmente pueden ser modificadas.

### **AUTOCONTROL:**

Es la capacidad que tiene una persona para controlar sus decisiones. El control tiene un papel fundamental sobre las decisiones en torno al autocuidado, es así como el control interno está relacionado con las creencias que tiene la persona y la capacidad de influir en el medio y en el curso de la propia salud; aquí se incluyen los determinantes personales, es decir, los que significan bienestar para cada persona. A su vez, el control externo es todo aquello que viene del medio externo a la persona, por ejemplo, la influencia de la familia, los amigos y los medios de comunicación.

### **RESILIENCIA:**

Aquella “capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado” (11) Permite focalizar los aspectos que protegen a las personas ante las adversidades y trabajar sobre sus recursos y fortalezas, promoviendo el desarrollo humano como posibilidad de aproximarse a sus condiciones de calidad de vida. El enfoque de la resiliencia muestra como es posible abordar las oportunidades de desarrollo humano, a pesar de la adversidad. De este modo, la resiliencia se convierte en un proceso de la persona en el que se involucran los aspectos internos como la autoestima, el buen humor, la seguridad, la empatía, entre otros, y condiciones del medio en lo económico, familiar, social, político, cultural. La resiliencia es importante en el autocuidado porque facilita a las

personas actuar de manera mas 'sana' frente a los obstáculos a la calidad de vida; por ej., la enfermedad que podría ser asumida como... ¡una oportunidad para crecer!

Se esperaría que cuando la persona logre la aceptación de la propia individualidad, la autonomía y la independencia, haya introyectado el comportamiento de autocuidado.

## EVOLUCIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

Las prácticas cambian de acuerdo con las circunstancias que rodean a las personas; para entender la evolución de las prácticas de autocuidado se requiere revisar algunos ejemplos de cómo se han presentado a través del tiempo, y como se han ido acumulado en la sociedad, conformando un patrimonio de ritos, creencias, actitudes, representaciones, prácticas y conocimientos, hasta llegar a nuestros días; algunas de ellas intactas y otras modificadas.

En la antigua cultura griega, en lo que ellos denominaron 'culto de sí', se puede identificar el enfoque integral bajo el cual miraron al ser humano, a través de las prácticas orientadas, tanto al cuidado del cuerpo como al cultivo del espíritu. "El 'cuidado de sí', incluía el ejercicio físico moderado, la satisfacción equilibrada de las necesidades, la meditación, la lectura, y la reflexión acerca de las verdades conocidas. Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante la medida, la economía del régimen, la atención detallada a las perturbaciones. Tenían en cuenta elementos como el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y a través de éste, al alma". Esta cultura aportó elementos iniciales para establecer la importancia del autocontrol como forma de autocuidado.

Mas tarde en el tiempo, las primeras ideas judeocristianas cambiaron la prioridad de un cuidado integral (físico y emocional), por cuidados centrados en lo espiritual. Se fomentó el 'desprecio' por el cuidado corporal, sustentado en el principio de 'vencer al mundo al demonio y la carne'.

Ya en el siglo XX, en la década del setenta, se inició un análisis crítico a las formas de cuidado, a través del movimiento feminista: “grupos de mujeres en todo el mundo lucharon por una autonomía, autodeterminación e independencia de la autoridad médica masculina, predominante en el sistema médico vigente”. Debido a su punto de partida, el autocuidado fue considerado inicialmente como una actividad de la gente, al margen del mundo académico. Así las cosas, la investigación sobre autocuidado ha sido, desde sus orígenes, tema de debate político y epistemológico en la sociedad y en las ciencias sociales.

El autocuidado se ha difundido gracias a los *grupos de ayuda mutua o autoayuda*, que florecieron en esa misma década. Este tipo de grupos han demostrado como el afrontamiento de las enfermedades crónicas y de los procesos debilitantes, se pueden abordar a través del aprendizaje y del apoyo mutuo, y no sólo mediante los protocolos médicos. Ellos se consideran como una forma eficaz de crear ambientes favorables para la salud. Un ejemplo de estos grupos es el conformado por Alcohólicos Anónimos.

## FACTORES DETERMINANTES DEL AUTOUIDADO

La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad son factores internos a la persona y las condiciones para lograr calidad de vida, corresponden al medio externo a ella. Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida; ellos son:

### **FACTORES INTERNOS O PERSONALES:**

Los aspectos internos dependen directamente de la persona y determinan, de una manera personal, el autocuidado; corresponden a:

**Los Conocimientos:** Determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación

y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen.

**La Voluntad:** Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una 'clave para la acción' diferente, con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos. En las teorías psicológicas sobre la conducta, se denomina 'clave para la acción' a aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales, que lo llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia. Estos cambios pueden darse por acontecimientos muy diversos, por ej., una opinión, un comercial, una catástrofe, una enfermedad, o la muerte de alguien, pueden 'disparar' un cambio, lo cual indica porqué no todas las personas reaccionan igual a la educación masiva.

Entre la gente se presentan normalmente conflictos frente a sus prácticas de autocuidado, lo cual se ve claramente cuando las personas, a pesar de tener conocimientos 'saludables', desarrollan comportamientos de riesgo, movidos por los múltiples determinantes de la conducta. A estos conflictos, el Doctor Gustavo de Roux los denomina "paradojas comportamentales", que se dan entre los comportamientos esperados por el sistema de salud y la prioridad en salud que tiene la gente, y entre los conocimientos de las personas sobre los riesgos y la conducta adoptada frente a ellos<sup>11</sup>; un ejemplo podrían ser las situaciones relacionadas con el ejercicio, frente al cual la gente en general está bien informada, sin embargo, son muchas las personas sedentarias o las que realizan ejercicio solamente el fin de semana.

En el análisis de los determinantes personales hay que considerar dos aspectos:

**Las Actitudes:** Son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación. Aquí juega un importante papel la voluntad de cambio; ejemplos de actitud se observan en las formas como las personas responden ante una agresión verbal con una actitud desafiante, tolerante...

**Los hábitos:** Son la repetición de una conducta que internaliza la persona como respuesta a una situación determinada; es el establecimiento de patrones comportamentales por su repetición, por ej. el ejercicio rutinario.

## **FACTORES EXTERNOS O AMBIENTALES**

Son aquellos aspectos externos que hacen posible o no el autocuidado de las personas y sin embargo, no dependen de ellas; corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social. Entre los factores externos tenemos los de tipo:

**Cultural:** Con respecto a la forma como la cultura determina el autocuidado, es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones. Los determinantes de los comportamientos son complejos porque, según de Roux, están mediados por los conocimientos acumulados a través de generaciones y por las representaciones sociales, donde tienen un papel importante los mitos y las supersticiones; es a través del mito que la gente da la explicación final a los fenómenos de la salud y la enfermedad. “La gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos y, por eso, es importante develarlas, entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recomponer una visión esclarecida de la salud y de la enfermedad que se traduzca en comportamientos saludables”. (11)

No hay que olvidar que el estilo de vida depende del contexto desde donde se miren las cosas; por lo tanto, para analizar el autocuidado individual en el ámbito privado, hay que recurrir a un relativismo cultural puesto que la cultura es un determinante del estilo de vida; mientras que para observar el autocuidado colectivo, en el ámbito público, es necesario recurrir al universalismo, es decir, a pensar globalmente para actuar localmente.

**De género:** Las prácticas de autocuidado en nuestra sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y hombres.

**Científico y tecnológico:** Con un sentido ecológico, los descubrimientos en materia de salud y en general en todo lo que se relaciona con la vida, tanto en el planeta como en el universo, tienen relación con las posibilidades de cuidar la propia salud puesto que compartimos un universo en permanente interrelación. Un ejemplo está en la discusión con respecto a los riesgos que implican para la salud humana y la vida de los ecosistemas, los alimentos transgénicos, los cuales obligan a un replanteamiento de las prácticas alimenticias de las personas y colectivos.

**Físico, económico, político y social:** Para optar por prácticas saludables hay que disponer de un mínimo de recursos físicos como la infraestructura sanitaria, por ejemplo; en teoría, estos asuntos son competencia de los gobernantes y los colectivos, trabajando juntos en pro del desarrollo, a través de la participación social. No son patrimonio exclusivo de la persona, ni de un sector en particular, sino que requieren compromisos intersectoriales y sociales.

Para el autocuidado es necesario, tanto el respaldo político a las acciones gubernamentales y ciudadanas, como el establecimiento de políticas públicas saludables, con el fin de garantizar a personas y comunidades un marco legal que apoye los esfuerzos en pro del desarrollo y, por ende, del cuidado de su salud.

En el sector salud, se requiere avanzar en el análisis de las teorías aportadas por otras disciplinas como la antropología, la sociología, la filosofía, etc., con respecto a los condicionantes del autocuidado, en vista del gran divorcio existente entre las prioridades que tiene la gente frente al cuidado de su vida, y los comportamientos saludables esperados por los profesionales de la salud.

## FOMENTO DEL AUTOCUIDADO

El profesional de salud busca estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además, se pretende lograr cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al

cuidado de la propia vida y la del colectivo; para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo.

Las herramientas para el fomento del autocuidado son las mismas herramientas de la promoción de la salud: información, educación y comunicación social; participación social y comunitaria; concertación y negociación de conflictos; establecimiento de alianzas estratégicas y mercadeo social. Ellas ofrecen a las personas y a los grupos las posibilidades para lograr una mejor calidad de vida:

**Información, educación y comunicación social:** La información, la educación y la comunicación social propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, los problemas de salud y sus soluciones, e influyen sobre las actitudes para apoyar la acción individual y colectiva, e incrementan la demanda efectiva de servicios de salud.

Para el fomento del autocuidado, los profesionales de la salud aplican principios de publicidad y psicología en la búsqueda de aprendizajes significativos, con el fin de promover estilos de vida más saludables. A través de la educación participativa y la información (publicidad, campañas...) se proporcionan elementos de tipo cognoscitivo, afectivo y psicomotor para que, tanto las personas como los colectivos, de manera informada, puedan optar por el empleo de prácticas para cuidarse. Para lograrlo, se recurre a las teorías sobre la conducta, en las cuales se plantea que las personas aprenden comportamientos por diversas formas. Entre estas teorías, por su utilidad en educación, vale la pena resaltar dos en particular:

**TEORÍA DEL MODELAJE** (ejemplo a seguir): expone como la persona (o el grupo) aprende de otra que le es significativa, por ej., un ídolo de la televisión, un superior jerárquico o el profesional de la salud, que representan un modelo a seguir.

**TEORÍA DE PARES** (aprendizaje entre iguales): plantea que la persona (o grupo) aprende de las experiencias de otras personas en relativa igualdad de condiciones que ella, acerca de prácticas de riesgo o protectoras, según el caso, para vivir. Esta teoría aplica para el autocuidado, al propiciar

encuentros entre personas que están viviendo circunstancias similares y han podido manejarlas de manera saludable, lo cual es muy útil sobre todo en adolescentes; por ej., una mujer mastectomizada que sirve de testimonio a otra que fue operada recientemente, un club de personas con diabetes. Esta teoría se emplea en los grupos de autoayuda.

**Participación Social:** A través de la participación, la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea; busca aumentar el grado de control y el compromiso mutuo sobre la salud de las personas.

Para que haya participación se requiere del empoderamiento *empowerment* (poder con - poder sobre) el cual impulsa el autocuidado. El empoderamiento se define como “la capacidad que tienen las personas y los colectivos para hacerse cargo de sus problemas y hacer avanzar su causa, con el fin de revertir el sentimiento de impotencia, favorecer el sentido de control personal y desarrollar habilidades de movilización y así, cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud”<sup>13</sup> Implica acción social, control de situaciones, transformaciones personales y colectivas; cuando es individual, la persona responde a sentimientos de autoeficacia para actuar y, cuando es comunitario, se genera en el colectivo una acción social aumentada, con redes sociales mas fuertes, políticas públicas mejoradas, mayor equidad y transformación de condiciones en general.

Así, las demás herramientas son útiles para apoyar los procesos tanto de autocuidado individual como colectivo.

## **PAPEL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD EN EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO**

El tema del autocuidado ha sido abordado por diferentes profesiones, tanto del área de la salud como del área social, debido a que tiene un alto contenido sociológico, antropológico, político y económico, por lo tanto su estudio es de carácter interdisciplinario. Para el profesional de la salud, el autocuidado es un reto puesto que él es el llamado a promoverlo.

El fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de *persona* como ser integral, y de *salud* como “el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”(11). Cuando se piensa en promover el autocuidado en el marco del desarrollo humano, se requiere que toda persona pueda ser, tener, hacer y estar; ella necesita la satisfacción y el desarrollo en condiciones de equidad que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad.

Con respecto al fomento del autocuidado el profesional de la salud requiere:

- Internalizar que la salud es consecuencia de un proceso dinámico, complejo; un proceso que depende del cuerpo, de la mente, de las emociones, de la vida espiritual y de las relaciones con los demás y con el mundo que nos rodea.
- Asumir que el autocuidado es una vivencia cotidiana y así, el fomento del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud vive con bienestar, está en condiciones de promocionar la salud de los demás. *‘la palabra enseña y el ejemplo arrastra’*
- Evitar que sus intervenciones sean ‘amenazantes’ o ‘coercitivas’ para la gente; por el contrario, partir del estímulo a la autoeficacia en las personas y fomentar en ellas niveles cada vez mas altos de autoestima, puesto que el autocuidado es, en gran parte, un resultado del quererse. Al fortalecer la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento, autoeficacia y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral: “mas vale que el personal de salud animase a la gente a que vivieran unas vidas de un hedonismo controlado, para que fueran capaces de disfrutar plenamente la única vida que podrán vivir, probablemente” (11)

- Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimientos, actitudes y prácticas, para así plantear propuestas de acción, y capacitación que hagan viable una armonía entre cognición y comportamientos. Sin olvidar, según Shaw, que: “ni por un momento se me ocurriría sugerir que el personal de salud debería tener poder de coerción sobre el paciente, aunque fuera por su bien”.
- Contextualizar el fomento del autocuidado de acuerdo con las características culturales, de género, y etapa del ciclo vital.
- Asumir que las personas realizan las prácticas de autocuidado con la certeza de que mejorarán sus niveles de salud, sin olvidar que no todas las prácticas para cuidarse redundan en mayores niveles de salud, bien porque en sí mismas no producen el efecto deseado, o porque resultan insuficiente pues no son practicadas con la frecuencia y la permanencia requeridas.
- Estudiar mediante investigaciones cualitativas, con una visión antropológica, la ‘textura de la vida cotidiana’ y los imaginarios de la gente, para poder reconocer las lógicas y prácticas de las personas, con respecto al cuidado de la salud. De lo anterior se desprende la necesidad de que el profesional de la salud fomente y participe del diálogo de saberes, el cual le permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas, mediante el descubrimiento y el entendimiento de la racionalidad, el sentido y el significado, para poder articularlo con la lógica científica y solo así, tener una visión mas clara de la salud y la enfermedad, que se traduzca en el fomento de comportamientos saludables y en la adopción de los mismos; puede afirmarse que no es solamente a la luz del desarrollo de las ciencias de la salud y la evidencia científica, que se determina la bondad o no de las prácticas de autocuidado.
- Buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente con respecto a las diferentes situaciones de la vida y la salud, con lo cual identificar las prácticas de autocuidado que llevan a

cabo y así, promover en las personas mediante un proceso educativo de reflexión y acción, un 'regreso' a estas prácticas para que, transformen las que implican algún riesgo para la salud y refuercen aquellas protectoras que ya han sido asumidas (acciones reforzadoras)

- Incrementar la capacidad que tienen los colectivos para promocionar su salud, a través del empoderamiento, para influir sobre los determinantes de la salud.
- Trascender, como profesional de la salud, de la persona formada para un trabajo de experto, mediante acciones instrumentales y normativas, al ser social en estrecha interacción con un ambiente en permanente cambio.
- Trabajar en equipo interdisciplinario en permanente intercambio de conocimientos científico-técnicos, humanísticos, de experiencias y vivencias; puesto que en la promoción de la salud, se necesita el 'profesionalismo' de muchos y no el profesional de la promoción.

Es necesario ejercer el rol de profesional de la salud, como una persona productiva y eficiente, con responsabilidad social, comprometida con su entorno, respetuosa de la singularidad y la tolerancia, con necesidad de crecer a través de la búsqueda, la independencia, el encuentro, y la apertura a la expresión libre del otro. (11)

## Autoatención.

### **Modelos de atención frente a la enfermedad:**

Ante el caso de un cambio o desequilibrio, en el cual se tenga como consecuencia el apareamiento de un malestar, enfermedad o daño, la persona empezará a reconocer ciertos síntomas por lo cual tendrá que tomar decisiones de las formas en cómo será atendido.

Tanto en el caso que sea un adulto como un infante, se activarán ciertos mecanismos de ayuda que empezarán en casa y si no funcionaran podrían asistir a otros espacios para la curación. El camino que el enfermo seguirá

desde que el reconoce cambios hasta su total curación y en algunos casos muerte, se le denominará “carrera del enfermo” (12). Toda carrera del enfermo pasará por mecanismos de atención, a los cuales aquí se les denomina “modelos de atención” en busca de ayuda frente a los procesos de salud/enfermedad.

María Cristina Manca se refiere a la carrera del enfermo de la siguiente forma: *“La enfermedad se origina en casa, y allí también se da el primer nivel de atención médica; solamente después cuando la medicina casera no logra los resultados esperados, el enfermo empezará un largo recorrido: curandero, farmacia, centro de salud, médico particular. El orden del tortuoso camino para recuperar la salud no es necesariamente el mismo para todos y la elección de uno u otro terapeuta dependerá en primer lugar de la enfermedad que padece el enfermo y en segundo, de sus posibilidades económicas”* (Freyermuth y Manca;2009:40) (12)

Los modelos de atención en procesos de salud/enfermedad, diversos autores los reconocen como formas de entender un conglomerado de conocimientos, los cuales se articulan ya que comparten lógicas, representaciones, nociones, ideologías y prácticas. Están representados en actores y escenarios sociales.

Los modelos serán consecuencia de procesos en el contexto histórico, político económico e ideológico; haciendo de estos procesos una red compleja de significaciones a nivel local, regional, nacional e internacional. Es así como en algunas ocasiones se tendrán similitudes y/o divergencias.

Para dicho tema varios autores tales como Haro Encinas, Eduardo Menéndez, Carlos Zolla, Arturo Kleinmann y otros, han desarrollado la descripción y análisis de dichos modelos, interpretación que se ha usado en los actuales trabajos que se desarrollan bajo línea denominada como antropología médica.

Eduardo Menéndez afirma que por **modelo**, se entiende a *“aquel instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a*

*determinados rasgos estructurales, y cuyo valor es prácticamente heurístico”* (Menéndez, 2009:84), partiendo del concepto anterior, define como **modelo médico**, a las diferentes construcciones que *“a partir de determinados rasgos estructurales, suponen la consideración de no sólo la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas , incluidos los curadores, sino también de la participación de todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento”* (Menéndez;2009: 85)

Los conceptos antes mencionados para Menéndez deben de manejarse desde un alto nivel de abstracción, ya que son construcciones metodológicas, y solo actúan como referencias teóricas ante los diversos escenarios, pues habrá condicionantes tales como procesos históricos, políticos y otros, que desarrollarán una especificidad en cada una de las situaciones.

Los modelos de atención se encontrarán conceptualizados de diversas formas, en los que también se pueden encontrar, sistemas de atención, procesos asistenciales y otros.

Para Josep Comelles “Los sistemas de atención de la salud, designa al conjunto de prácticas y concepciones existentes en un grupo o área determinado. Puede coincidir con los límites de un sistema médico ó albergar varios de estos sistemas” (Comelles y Martinez; 2010:87).

Rosa María Orozco retoma a Arturo Kleinman para afirmar que, los sistemas de atención en salud, tienden a ser sistemas simbólicos, contruidos por significados, valores y normas de conducta, y que articulan creencias en cuanto a la causalidad de las enfermedades, los cuales marcarán patrones de conducta similar ante la experiencia de la enfermedad, por lo que también para este autor, los sistemas únicamente deben ser entendidos como construcciones metodológicas para que se pueda analizar las relaciones desde un nivel institucional, comunitario familiar e individual (Osorio:2010:22).

Se identifica tres niveles, a los cuales le denomina modelos de atención en los procesos de salud/enfermedad. Esta división la ubica dentro de una dualidad

complementaria de hegemonía/subordinación, que interviene desde los campos políticos, ideológico, económico y prácticos. Los divide en Modelo Médico Hegemónico, Modelo Médico Alternativo Subordinado y Modelo de Autoatención, a los que caracteriza de la siguiente manera:

**a. Modelo Médico Hegemónico:**

Afirma que el uso del término hegemonía no se debe de entender como término para exclusión sino como una contraparte de la subalternidad, ya que todos los modelos no son antagónicos sino complementarios dentro de un mismo concepto. En este modelo, se encontrarían aglutinadas, todas aquellas personas formadas dentro de la visión biomédica.

El Modelo Médico Hegemónico, supone la existencia de tres submodelos: El individual privado, el médico corporativo público, y el corporativo privado, estos comparten rasgos estructurales comunes, en los se visualiza constantes tales como:

*“Biologismo, concepción teórica evolucionista/positivista, ahistoricidad, asocialidad, individulismo, eficacia pragmática, la salud/enfermedad como mercancía, orientación básicamente curativa, concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, relación médico paciente asimétrica, relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión, concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado. El paciente como responsable de su enfermedad, Inducción a la participación subordinada y pasiva de los “consumidores de acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, prevención no estructural, no legitimización científica de otras prácticas, profesionalización formalizada, Identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia inductora al consumismo médico, predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad, tendencia hacia la escisión entre*

*teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica”. (12)*

**b. Modelo Médico Alternativo Subordinado:**

En este se incluyen todas aquellas prácticas denominadas tradicionales, las cuales reconoce que son influencias del pasado, pero también son derivaciones o emergentes del modelo antes descrito. En el se encontrarían a los curanderos con todas sus derivaciones. Estos representan una alternativa u opción al uso de la medicina institucional, se las ha definido como:

*“ Concepción globalizadora de los padecimientos, eficacia simbólica y socialidad como condicionantes para la eficacia, tendencia al pragmatismo, asimetría en la relación curador paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimización comunal y/o grupal de las actividades curativas, Identificación con determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a la exclusión del saber y prácticas curativas, reciente tendencia a la mercantilización” (12)*

**c. Modelo de Autoatención:**

En este modelo, se encuentran todas aquellas estrategias y procesos básicos implementados en el interior de los hogares para la prevención, cuidados y/o curación de las enfermedades, malestares o daños. Estas son llevadas a cabo dentro del grupo doméstico y no interviene directamente ningún curador profesional, las cuales pueden llevar a acciones complejas o bien acciones conscientes de no hacer nada que tienen como fin único la cura. Es estructural a toda sociedad y se convierte en el “primer nivel real de atención” del individuo enfermo. Sus caracteres básicos son los siguientes:

*“Eficacia Pragmática, concepción de la salud como bien de uso, tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, Estructuración de una participación simétrica y homogenizante, legitimidad comunal y grupal, concepción basada en la experiencia, tendencia a la apropiación microgrupal de las prácticas*

*médica, tendencia sintetizadora, tendencia a asumir la subordinación directa de los otros modelos 2. (12)*

Varios autores han analizado los diferentes planos en los que una enfermedad, malestar o daño es tratado,, de lo cual se por puede dividir como sectores de cuidado de la salud, siendo estos:

- El Sector Profesional.
- El Sector Folk.
- El Sector Popular

1. En el **Sector Profesional**, se encontrarían todos aquellos practicantes de la biomedicina, en este sector se ubica a los curadores legitimados por el Estado. El grado de legitimación de dicha medicina, es la causa por la que aparece como dominante ante las sociedades occidentales. Existe una circulación constante de los conocimientos desde este sector hacia los otros ó viceversa, por lo que el mecanismo en donde se internalizan cambios en la medicina profesional tras ser introducidas en las sociedades no occidentales. A este proceso le llama “Indigenización”, así mismo el mecanismo inverso en donde aspectos del cuidado profesional son alterados y difundidos después de que entran en el sector popular de la salud, se le denomina “Proceso de popularización”.
2. En el **Sector Folk**, se incluye a los terapeutas especializados y no organizados profesionalmente, a los cuales se los denomina nativos.
3. **Sector Popular**, en donde se reconoce que se generan la mayor cantidad de diagnósticos, atención y curación de las enfermedades. Es identificado como “Una matriz que vincula a los otros sectores de cuidado a la salud” (12) y que será dentro de este espacio, en el que se producirán ciertas traducciones “de idiomas culturales, modificaciones de rol en cuanto a como la enfermedad es interpretada, clasificada y atendida”.

El médico e investigador mexicano Carlos Zolla, reconoce también una división de tres sistemas de atención frente a la salud y la enfermedad, los cuales los divide en:

- A) Medicina Académica
- B) Medicina Tradicional
- C) Medicina Doméstica.

Esta división comparte semejanzas teóricas/explicativas con las ideas anteriores y se reconoce que estos sistemas muchas veces no funcionan en una forma pura, por lo que cuando se conjugan dos o más de ellos, emerge lo que se denomina “el sistema mixto de atención en salud”

El investigador mexicano Armando Haro Encinas, integra ideas de diferentes teóricos, en los cuales reconoce que en la asistencia y atención en los procesos de salud/enfermedad, se divide en cuatro ámbitos a los cuales un enfermo puede acudir, siendo estos:

A) **Atención médica profesional**, el cual constituye el núcleo de los sistemas convencionales de salud, los cuales se dividen en formas individuales, y formas comunitarias (comúnmente otorgadas por el Estado, cumplen las funciones de sanidad pública ó salud pública).

B) **La medicina alternativa**, en la cual estarían incluidos todos aquellos actores a los cuales se les deslegitima, excluye y subordina de parte de la atención médica profesional, aquí es donde confluyen desde aquellas primitivas y tradicionales, hasta corrientes terapéuticas milenarias u otras más modernas.

C) Por último se encuentran los **cuidados legos ó profanos**. Tienen la característica de ser de carácter informal, y se hace una diferencia entre **autoayuda y autoatención**. La autoayuda, es la activación frente a la enfermedad de redes formales (cuentan con una estructura, con

espacios delimitados), tales como los grupos de apoyo, mientras que la autoatención sería la activación de redes informales dentro del ámbito doméstico (se llevan a cabo en la cotidianidad, sin espacios delimitados), la cual únicamente es utilizado frente a cuadros de malestar ó enfermedad.

A todos los cuidados que no necesariamente tienen que estar vinculados con la sanación de una enfermedad o daño, se los denomina “**autocuidado**”, este está relacionado con aspectos preventivos o de promoción de la salud.

#### **d. Autoatención**

Es la realización de una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social de la unidad doméstica familiar. Estas actividades, cuando se encuentran inmersas dentro del proceso de salud/enfermedad, pueden integrar acciones como: alimentación, limpieza e higiene, curación y prevención de las enfermedades, daños o problemas. El modelo de autoatención es esencial, pues es allí donde los otros modelos se insertarán

En este modelo, “*las acciones son llevadas a cabo por la propia persona o personas inmediatas a su grupo parental o comunal... supone desde acciones consientes de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinada complejidad*” (12)

Este modelo es llevado a cabo por la propia persona o las personas inmediatas dentro de su grupo parental próximo, no actúa directamente un curador profesional y supone desde acciones consientes de no hacer nada, pero encaminadas hacia la curación, hasta el uso de equipos altamente tecnificados.

Para José Luis Albizú, el modelo de autoatención o auto cuidado serán todas aquellas actividades relacionadas con la salud que se desarrollan al margen de la medicina profesional y que abarcan la curación, prevención, promoción y rehabilitación a nivel individual, de la unidad familiar y doméstica. Los

autocuidados y la autoatención, se refieren no solo a la intervención sobre los padecimientos o la automedicación, sino a los conocimientos y prácticas de las personas no profesionales para abordar la salud en su multidimensionalidad e integralidad”. (12)

A pesar de que el modelo de autoatención opera a través de los microgrupos, la situación socioeconómica política y cultural, también determinarán el tipo, la calidad y eficacia de las actividades realizadas

Este modelo, es estructural a toda sociedad, y supone el primer nivel real de atención, este modelo está en la base de todos los anteriores y su estructuralidad se basa en las funciones no solo curativas, sino sobretodo socioeconómicas que cumple para las funciones que opera. En esta atención, no actúa un curador profesional. Estas actividades de la autoatención, se refiere a todos los pasos dados para hallar una solución provisoria o definitiva a los padecimientos, males u otros, que alteren el estado de salud de los componentes de los macrogrupos.

Esta práctica se consolidó por la apropiación de las clases dominantes de la cuestión de la salud, pues se realizó una apropiación de la salud en términos de mercancía que se manifiestan en un inicio como práctica de pequeños grupos con atención privada y que luego es ampliada hacia lo público y al requerirse de una forma de sobrevivencia ante la enfermedad de los grupos, se consolida como un modelo y actúa con una autonomía relativa.

La autoatención se estructura a partir de conocimientos desarrollados a partir de los microgrupos y sobre todo los domésticos, sin embargo, se pueden incluir prácticas de los sectores dominantes y en su búsqueda de apropiación de los conocimientos, los cuales se transforman y se convierten en nuevos conocimientos populares, luego de haber sido estos conocimientos “yuxtapuestos” y sintetizados.

Varios de los autores coinciden en que la mayoría de malestares y/o enfermedades y otros, se resuelven como primera medida dentro del grupo doméstico y que únicamente una pequeña proporción acude a otros sectores para ser atendidos: es decir, que la mayoría de personas como primera opción, harán uso de los recursos ya sea físicos, de conocimientos médicos, redes sociales, espirituales y otros. A dichos procesos donde la persona es atendida por curadores no profesionales, se le llamará autoatención.

Se propone que la enfermedad se origina dentro de la casa y es allí donde se da el primer nivel de atención médica, y solamente cuando la medicina proporcionada en el interior del espacio doméstico no funciona, el enfermo asistirá a otras instancias.

Como ya se mencionó, el modelo de autoatención no se reduce a los procesos de salud enfermedad, sino son todos aquellos cuidados que están dirigidos a que el grupo familiar subsista.

La autoatención, se encuentra inmersa dentro de lo que él llama “*procesos asistenciales*”, los cuales realizan un proceso de movilización social desencadenados a través de una crisis personal y/o colectiva. Estos procesos asistenciales, son contruidos a partir de recursos intelectuales, emocionales sociales, institucionales y culturales de los microgrupos implicados en una enfermedad.

Muchas veces la autoayuda, girará en torno a experiencias previas y saberes específicos, los mismos que serán fundamentales en la resolución de posteriores crisis y que formarán parte en determinado momento del saber colectivo. La red social en la cual se moviliza el individuo será determinante en el uso de los recursos, así como la significación que se le da a los mismos.

A este proceso de atención se le denomina “*cuidado lego*”, siendo este un núcleo esencial para cualquier sistema de salud, pues será allí donde se insertarán los dispositivos que se activan a través de la enfermedad. En la

atención en salud no está únicamente enmarcada a las prácticas terapéuticas, sino que en ella también se insertan elementos culturales de referencia, proceso de información y toma de decisiones, diagnóstico y pronóstico, actividades de rehabilitación, de prevención y de promoción en salud.

Por autocuidado se entendería un nivel real de la definición de la atención, que sería el ámbito natural de referencia de todo proceso asistencial, mientras que la autoayuda sería un segundo nivel que rebasaría al ámbito doméstico para extenderse a la variadas redes sociales, desde la familia extensa y los grupos de amigos y vecinos, hasta otras iniciativas, mucho más organizadas.

Aunque el término de autoayuda, es también empleado comúnmente dentro de la literatura de forma diferenciada para referirse a iniciativas organizadas, tales como los grupos denominados de ayuda mutua, estas se encuentran institucionalizadas en un nivel formal, sin que esto signifique que existan condiciones de reciprocidad y mutualidad y son diferenciadas totalmente de las redes familiares e informales, activadas durante el proceso de enfermedad.

Dentro de los procesos de salud/enfermedad, se activan una serie de relaciones tanto formales como informales, donde se puede encontrar la asistencia por personal dependiente de farmacias, médicos, enfermeras, familiares, vecinos y otros. A la acción del constante intercambio de información de unos actores con los otros y esta misma información reinterpretada por los individuos, la denomina Menéndez (12) como transacciones. (12)

## Automedicación

El término “Self-Medication” está incluido en los MeSH Terms o tesoro de la National Library of Medicine de Estados Unidos, y es definido como “la auto administración de medicación no prescrita por un médico o de una manera no dirigida por un médico” (año de introducción: 1965). No obstante, es interesante apreciar el doble origen del término dentro del árbol de términos relacionados.

Por un lado, se deriva de “Drug Therapy” (terapia farmacológica) y, por el otro, de “Self Care” (autocuidado). A su vez, los dos vocablos anteriores se derivan de uno común: “Therapeutics” (terapéutica). Esta doble derivación es interesante desde el punto de vista de sus implicaciones prácticas y éticas, ya que, por un lado, sugiere una práctica responsable (auto cuidado) y, por otro, una desviación de la terapia farmacológica, y por lo tanto irresponsable.

En el pronunciamiento de la Asociación Médica Mundial sobre este tema se puede apreciar una división explícita. Se señala 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”. El lado no responsable del fenómeno se define como “el uso de medicinas de prescripción sin una previa prescripción médica”.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud , la automedicación responsable es la práctica mediante la cual los individuos tratan sus enfermedades y condiciones con medicamentos que están aprobados y disponibles sin prescripción, y que son seguros y efectivos cuando se usan según las indicaciones. Señala también la OMS que la automedicación responsable requiere de:

1. medicamentos que tengan seguridad, calidad y eficacia probadas
2. condiciones que sean auto-reconocibles por el individuo o también para condiciones crónicas o recurrentes (luego de un diagnóstico médico inicial). En todos los casos, estos medicamentos deben estar diseñados para el propósito específico y requerirán de la dosis apropiada.

La World Self Medication Industry –ONG con relaciones oficiales con la OMS y que representa a productores y distribuidores de medicamentos de venta libre en el mundo– presenta una definición que muestra solamente el lado responsable del fenómeno de la automedicación, que implica el uso de medicamentos específicamente producidos con el fin de ser usados sin supervisión médica.

En general se entendería la automedicación como un acto individual y autónomo; sin embargo, como ya se vio en el pronunciamiento de la Asociación Médica Mundial, empieza a aparecer una versión ampliada del fenómeno para dar cabida a la participación de médicos y otros profesionales de la salud.

De acuerdo con Vacas y cols., se considera automedicación “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”. En esta definición aparecen nuevos aspectos, relevantes pero no tenidos en cuenta dentro de las definiciones tradicionales, ya que implican que a pesar de haber mediado un acto médico en el proceso de adquisición y toma de un medicamento, no se han seguido estrictamente las recomendaciones de prescripción.

La definición más completa que encontramos en la literatura es la construida por Loyola Filho y cols., en el artículo sobre el Proyecto Bambuí , que abordó el tema de la automedicación desde una aproximación cualitativa(12):

La automedicación puede tener lugar mediante el consumo de medicamentos industrializados o manipulados, o el uso de remedios caseros (tés, hierbas, etc.), e incluye diversos tipos de actividades:

- Adquirir medicamentos sin una prescripción.
- Reutilizar prescripciones antiguas para comprar medicamentos.
- Compartir medicamentos con familiares o miembros del círculo social propio.
- Usar medicamentos remanentes almacenados en la casa.
- Fallar en el cumplimiento de la prescripción profesional ya sea mediante la prolongación o interrupción temprana o incremento o decremento de la dosis originalmente prescrita”.

Esta definición parte de un concepto central que es el de consumo, que involucra un espectro muy amplio de sustancias: desde medicamentos

industrializados hasta remedios caseros, y señala detalladamente las diferentes actividades que pueden ser incluidas dentro del concepto.

En el conjunto de definiciones se puede apreciar una evolución en tres aspectos: por un lado, la distinción entre automedicación responsable y no responsable; por otro lado, la ampliación del fenómeno desde un acto individual y autónomo hasta un acto en el que media un médico o un profesional de la salud; y, finalmente, la automedicación entendida como una desviación de la prescripción médica hacia la sobre-medicación, sub-medicación o no adherencia.

Teniendo en cuenta esta diversidad de términos en la literatura médica especializada, no sería sorprendente encontrar que la percepción del público general sea mucho más amplia. Igualmente esta situación hace que sea difícil estandarizar los estudios del fenómeno en diferentes contextos y efectuar comparaciones epidemiológicas. (13)

#### Automedicación responsable y autoprescripción

“En los últimos años se ha venido usando el término de automedicación responsable, entendido como el uso informado de los medicamentos especialmente autorizados para la prevención y alivio de síntomas y problemas comunes de salud. Esto plantea a los ministerios de salud la necesidad de distinguir y clasificar aquellos medicamentos que pueden ser utilizados de manera segura por el consumidor, sin la intervención inicial de un facultativo y, a la vez, mantener una actitud vigilante a través de programas de vigilancia poscomercialización.”

La definición de automedicación responsable que aparece en el “Glosario de Medicamentos: desarrollo, evaluación y uso” de la Organización Panamericana de la Salud, aporta un elemento adicional a los expresados en la definición anterior, como es el del reconocimiento que debe hacer un consumidor del síntoma o del problema que le aqueja. En efecto, en el Glosario se define a la automedicación responsable como: “el uso de medicamentos por el consumidor para prevenir y manejar desórdenes que él mismo puede reconocer.”

De la misma manera, es preciso citar la diferencia que se hizo en el Estudio Diagnóstico en cuestión, entre automedicación responsable y autoprescripción:

“El análisis de este tema (automedicación responsable), no se debe confundir con la práctica inadecuada en muchos países de Latinoamérica, de la venta directa al paciente de medicamentos sin la receta médica, de productos regulados a ser vendidos bajo prescripción médica. Esto ha traído como consecuencia la llamada autoprescripción o uso irracional o indiscriminado de los medicamentos de receta”. (14)

Consiste en una práctica mediante la cual las personas tratan sus dolencias y afecciones con el uso de medicamentos autorizados, disponibles sin necesidad de prescripción, y que son seguros y eficaces si se los emplea según las indicaciones.

Una automedicación responsable requiere lo siguiente:

1. Comprobación de que los medicamentos a ser administrados sean seguros, de buena calidad y eficaces.
2. Administración de medicamentos que estén indicados únicamente para el tratamiento de las afecciones que la persona pueda identificar y de algunas afecciones crónicas o recurrentes (después de un diagnóstico médico inicial). En todos los casos, estos medicamentos deben diseñarse y elaborarse específicamente para tal propósito y requerirán una adecuada formulación, dosificación y forma de administración.

Los mencionados medicamentos o productos deben estar respaldados por información que describa lo siguiente:

- Modo de administración o uso
- Efectos terapéuticos y posibles efectos secundarios
- Cómo deben monitorearse los efectos deseados
- Posibles interacciones
- Precauciones y advertencias
- Duración del uso
- Circunstancias en las que se debe consultar a un profesional.

A los efectos de esta definición, los medicamentos incluyen productos herbarios y convencionales.

### **L a creciente importancia del autocuidado y la automedicación**

El papel del farmacéutico fue cambiando en el transcurso de las dos últimas décadas. El farmacéutico ya no es más un simple proveedor de medicamentos, o la persona que prepara las especialidades farmacéuticas, sino que también es un miembro del equipo de prestadores de servicios sanitarios, ya sea en los hospitales, en la farmacia comunitaria, en el laboratorio, en la industria o en las instituciones académicas.

La importancia de la atención farmacéutica aumenta debido a los desafíos del autocuidado. Una mayor participación de los farmacéuticos en el cuidado personal implica un mayor compromiso y una responsabilidad mayor hacia sus pacientes-clientes.

El aumento del autocuidado se debe a una serie de factores. Estos factores incluyen: factores socioeconómicos, del estilo de vida, de accesibilidad a los medicamentos, de mayor potencialidad para el tratamiento de determinadas enfermedades mediante el autocuidado, de la salud pública, de los factores ambientales, de una mayor disponibilidad de productos medicinales, y de factores demográficos y epidemiológicos.

#### Factores socioeconómicos

Una mayor libertad de elección, que resulta de la mejora de los niveles de educación y de un mayor acceso a la información, combinado con un incremento del interés individual por la salud personal, se traduce en una demanda creciente de una participación directa en la toma de decisiones en el área de la salud.

### Estilo de vida

Se ha producido un aumento en la toma de conciencia acerca del impacto que causan determinados factores del estilo de vida, como dejar de fumar y seguir una dieta bien balanceada, como medios de preservar la salud y prevenir las enfermedades.

### Accesibilidad

Los consumidores prefieren la obtención rápida de los medicamentos, a las largas esperas en las clínicas o en otros centros de salud. Sin embargo, en muchos países, tal disponibilidad puede significar el pago de precios más elevados.

### Tratamiento de enfermedades agudas, crónicas y recurrentes, y su rehabilitación

En la actualidad se reconoce que determinadas afecciones con diagnósticos médico, se pueden controlar en forma adecuada mediante la automedicación o sin medicación. Por cierto, en algunos países esto puede ser una necesidad más que una elección.

### Salud pública y factores ambientales

Una buena conducta higiénica, una alimentación adecuada, agua segura y un buen saneamiento, han contribuido a la capacidad de las personas para restablecer y preservar su salud, y a prevenir enfermedades.

### Factores demográficos y epidemiológicos

La transición demográfica hacia poblaciones cada vez más ancianas, requiere cambios en las políticas sanitarias y su implementación. Del mismo modo, los factores epidemiológicos que surgen de los cambiantes patrones de

enfermedad, requieren una adaptación en la provisión de la atención primaria de la salud y de los fondos involucrados. Estos cambios y adaptaciones también permiten que las personas asuman una mayor responsabilidad en cuanto a los cuidados de su salud. A su vez, esto implica un incremento de la capacidad de las personas para llevar adelante su cuidado personal.

### Reformas del sector sanitario

En medio de una actividad económica recesiva y con escasos recursos, los gobiernos, los terceros contribuyentes y las personas de todo el mundo, intentan resolver el problema de los altos costos de la salud. Muchos países están implementando mecanismos para detener la escalada de precios y lograr una atención sanitaria más costo – efectiva. La automedicación se fomenta a escala mundial como un medio para reducir el presupuesto público en el área de la salud. También se pueden vislumbrar los cambios estructurales que incluyen una mayor confianza en la prestación del sector privado.

### Disponibilidad de nuevos productos

Recientemente se elaboraron productos nuevos y más eficaces, considerados adecuados para la automedicación. Además, muchos de los productos que están en el mercado desde hace mucho tiempo y que cuentan con un buen perfil de seguridad fueron reprogramados e incluidos en la categoría de productos de venta libre (OTC); tales como: los imidazoles orales y tópicos para candidiasis vaginal; los esteroides fluorinados tópicos para la rinitis alérgica; el aciclovir para herpes labial; los antagonistas de los receptores H2 para la dispepsia; los agonistas H1 para el asma. En otras palabras, estos productos estarán disponibles al público sin necesidad de prescripción.

## **El papel del farmacéutico en el autocuidado y la automedicación**

El farmacéutico cumple varias funciones, a especificar en el siguiente resumen:

Como un comunicador

- El farmacéutico iniciará y mantendrá un diálogo con el paciente (y con el médico del paciente, si fuera necesario) a fin de obtener un amplio detalle de la historia de medicación.
- A fin de tratar la afección del paciente en forma adecuada, el farmacéutico debe hacerle las preguntas claves a el o la paciente y debe proporcionarle la información pertinente (por ejemplo, como tomar los medicamentos y como lograr resultados seguros).
- El farmacéutico debe estar preparado y debidamente equipado para realizar una adecuada detección sistemática de circunstancias específicas y enfermedades, sin interferir con la autoridad del profesional que prescribe.
- El farmacéutico debe suministrar información objetiva sobre los medicamentos.
- El farmacéutico debe estar en condiciones de usar e interpretar fuentes adicionales de información a fin de satisfacer las necesidades del paciente.
- El farmacéutico debe estar en condiciones de ayudar al paciente a decidir una apropiada y responsable automedicación o, en caso de ser necesario, derivarlo al médico.
- El farmacéutico debe garantizar la confidencialidad de los detalles de la afección del paciente.

#### Como un proveedor de medicamentos de calidad

- El farmacéutico debe garantizar que los productos que el o la paciente adquiera provengan de fuentes acreditadas y sean de buena calidad.
- El farmacéutico debe garantizar la conservación y el almacenamiento adecuado de estos productos.

#### Como un educador y supervisor

A fin de garantizar un servicio profesional de calidad, el farmacéutico debe participar de las actividades que permitan mantener sus conocimientos actualizados, tales como la educación continua.

Muchas veces el farmacéutico es asistido por personal auxiliar no farmacéutico; por lo tanto, debe garantizar que los servicios prestados por estos auxiliares se correspondan con las normas de práctica establecidas.

El farmacéutico también debe fomentar la capacitación del personal auxiliar y supervisar su trabajo.

Para lograr este objetivo el farmacéutico debe elaborar:

- Protocolos de derivación al farmacéutico.
- Protocolos para los profesionales y los trabajadores sanitarios de la comunidad que estén involucrados en el manejo y la distribución de los medicamentos.

Como un colaborador

Es muy importante que el farmacéutico establezca buenas relaciones interpersonales y coopere con:

- Los otros profesionales de la salud;
- Las asociaciones profesionales locales y nacionales;
- La industria farmacéutica;
- El Gobierno (local / nacional); y
- Los pacientes y el público en general

De esta manera, aumentarán las oportunidades de aprovechar los recursos disponibles y el conocimiento de los expertos, como así también se

incrementará el intercambio de información y experiencias, lo cual se traducirá en un autocuidado y una automedicación más efectivos.

Como un proveedor de atención sanitaria

Como miembro del equipo de profesionales de la salud, el farmacéutico debe:

- Participar en la detección sistemática de problemas sanitarios y aquellos que significan un riesgo para la población;
- Participar en campañas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades dirigidas a la población; y
- Mantener debidamente informadas a las personas, para que puedan tomar decisiones acertadas en cuanto a su salud.

Situaciones específicas

En muchos países en vías de desarrollo, la relación farmacéuticos / farmacias respecto de la población es tan baja que no permite que todas las personas accedan a la atención farmacéutica. En dichos casos, se debe guiar a los individuos a que consulten a otros trabajadores o profesionales de la salud, o a trabajadores comunitarios del área de la salud, ayudantes domiciliarios o otras personas no profesionales, siempre y cuando todas ellas hayan recibido la pertinente capacitación y orientación farmacéutica.

Normas de Práctica

El objetivo principal del farmacéutico es el de cumplir y promover una buena práctica farmacéutica. Esta tarea comprende varios aspectos: garantizar y promover el cumplimiento de las disposiciones reglamentarias nacionales e internacionales relacionadas con el uso de los medicamentos, trabajar con las organizaciones nacionales e internacionales y crear sociedades de cooperación con los diferentes sectores relevantes de la sociedad. A continuación se describen someramente los temas específicos o las áreas de la actividad incluidas en estas categorías, donde los farmacéuticos pueden participar.

## Disposiciones reglamentarias

- De clasificación de productos (sobre la base de la seguridad, la eficacia y la necesidad local, y sujetos a una revisión periódica de las clasificaciones y regulaciones);
- De garantía de la calidad de todas las especialidades farmacéuticas (por ejemplo, apoyando y utilizando únicamente las fuentes de abastecimiento reconocidas y confiables);
- De cumplimiento de protocolos y estándares de práctica (con parámetros estandarizados);
- De garantía de que la naturaleza profesional de la farmacia se refleje en cada uno de sus locales y actos del farmacéutico;
- De garantía de adecuadas supervisión y capacitación (ya sea, de los farmacéuticos, los técnicos en farmacia o los empleados);
- Contribuir a la sanción e implementación de leyes y reglamentaciones, en colaboración con las autoridades nacionales;
- Colaborar en el cumplimiento de las regulaciones vinculadas con la publicidad de las especialidades farmacéuticas.

## El papel de las organizaciones internacionales

- Desarrollar procedimientos para la elaboración de protocolos y metodologías (estudios entre países, que involucren pacientes y resultados del tratamiento).
- Formular y analizar pautas generales de trabajo.
- Divulgar materiales.
- Intercambiar información y experiencias.
- Realizar investigaciones operativas para evaluar los cambios necesarios en las prácticas de automedicación.

## El papel de las organizaciones nacionales

- Adaptar los protocolos de automedicación, los materiales de referencia y las actividades de capacitación a fin de que respondan a las necesidades locales.
- Implementar actividades de capacitación y de apoyo para los miembros de las organizaciones.
- Participar en la elaboración de los planes de estudio para la capacitación de los farmacéuticos y los auxiliares.
- Estimular a los miembros para que participen en la docencia dentro de los ámbitos académicos y de ejercicio profesional.
- Monitorear las acciones del profesional en respuesta a las necesidades de automedicación del público, de acuerdo con los parámetros nacionales, incluyendo el reconocimiento de un perfil superior.
- Proporcionar sugerencias para la elaboración de las políticas del autocuidado y la automedicación establecidas por los gobiernos y los organismos que formulan tales políticas.
- Cooperar con los estudiantes de farmacia y los graduados recientes, en tareas de investigación sobre el autocuidado y la automedicación; informando al público acerca de la automedicación, en colaboración con las agrupaciones de consumidores, la industria de la automedicación y demás personas e instituciones relacionadas, según las normas de buenas prácticas.

## Creación de sociedades

- Incentivar a la industria de la automedicación y a las organizaciones vinculadas con este tema, a participar en la publicación de información calificada sobre la automedicación, y a colaborar en la capacitación del personal de las farmacias en relación con el tema de la automedicación.
- Buscar apoyo financiero de los gobiernos y de terceros contribuyentes para financiar las iniciativas del autocuidado y la automedicación.

- Crear sociedades entre las asociaciones farmacéuticas nacionales, la industria de la automedicación y las organizaciones de consumidores, a fin de identificar las áreas potenciales de cooperación, para acordar las metas y el financiamiento colectivo.

Evaluación del desempeño relacionado con las necesidades del autocuidado y la automedicación

Existen varios indicadores para evaluar el papel, la eficiencia y el desempeño del farmacéutico en respuesta a las necesidades del autocuidado y la automedicación. Estos incluyen:

#### Indicadores estructurales

- Nivel de capacitación.
  - farmacéuticos (educación continua)
  - personal no farmacéutico.
- Mecanismos de retroalimentación.
- Documentación detallada de la historia clínica del paciente (PMR) y su historia de medicación.

#### Indicadores de proceso

Estos incluyen las historias clínicas de los pacientes, la bibliografía y los materiales de farmacovigilancia y de consulta usados en la farmacia.

#### Indicadores de resultados

- Satisfacción del cliente en relación con la compra y el uso del producto adquirido, que incluye la intervención del farmacéutico y su consejo.
- Comprensión de la información entregada por el farmacéutico.
- Resultados relacionados con la salud.
- Aumento del conocimiento del paciente acerca de la práctica del autocuidado y de una automedicación responsable.

Estos resultados deberían traducirse en una actitud mas positiva de parte del paciente hacia el autocuidado y la automedicación. (15)

## Uso racional de medicamentos.

Por uso racional de los medicamentos se entiende su uso correcto y apropiado. Para que haya un uso racional, el paciente tiene que recibir el medicamento adecuado y la dosis debida durante un periodo de tiempo suficiente, al menor costo para él y para la comunidad.

### **Uso incorrecto de los medicamentos**

La OMS calcula que más de la mitad de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada, y que la mitad de los pacientes no los toman correctamente. Este uso incorrecto puede adoptar la forma de un uso excesivo, insuficiente o indebido de medicamentos de venta con o sin receta.

Entre los problemas frecuentes se encuentran:

- la polifarmacia (consumo de demasiados medicamentos);
- el uso excesivo de antibióticos e inyecciones;
- la prescripción no ajustada a directrices clínicas;
- la automedicación inapropiada.

En los países en desarrollo, la proporción de pacientes con enfermedades comunes tratados de conformidad con directrices clínicas en la atención primaria es inferior al 40% en el sector público y del 30% en el sector privado.

Por ejemplo:

- la proporción de niños con diarrea aguda que reciben la rehidratación oral necesaria es inferior al 60%, pero más del 40% recibe antibióticos innecesarios;
- solo un 50% de los pacientes con paludismo reciben los antipalúdicos de primera línea recomendados;
- solo un 50 a 70% de los pacientes con neumonía son tratados con los antibióticos apropiados, pero hasta un 60% de los pacientes con

infecciones respiratorias altas de origen vírico reciben antibióticos innecesarios.

### **Consecuencias del uso incorrecto de los medicamentos**

El uso incorrecto de los medicamentos ocurre en todos los países, es nocivo para los pacientes y constituye un desperdicio de recursos. Entre sus consecuencias se encuentran:

- La resistencia a los antimicrobianos. El uso excesivo de antibióticos aumenta la resistencia a los antimicrobianos y el número de medicamentos que dejan de ser eficaces para combatir las enfermedades infecciosas. Muchos procedimientos quirúrgicos y los tratamientos antineoplásicos no son posibles sin antibióticos para luchar contra las infecciones. La resistencia prolonga las enfermedades y las estancias hospitalarias, y puede llegar a causar la muerte; su costo es de US\$ 4–5 mil millones al año en los Estados Unidos de América, y de € 9 mil millones al año en Europa.
- Las reacciones adversas a los medicamentos y los errores de medicación. Las reacciones adversas a los medicamentos originadas por su uso erróneo o por reacciones alérgicas pueden ser causa de enfermedad, sufrimiento y muerte. Se calcula que las reacciones adversas a los medicamentos cuestan millones de dólares al año.
- El desperdicio de recursos. Un 10 a 40% de los presupuestos sanitarios nacionales se gasta en medicamentos. La compra de medicamentos directamente por el usuario puede causar graves dificultades económicas a los pacientes y a sus familias. Si los medicamentos no se prescriben y usan adecuadamente, se desperdician miles de millones de dólares de fondos públicos y personales.
- La pérdida de confianza del paciente. El uso excesivo de medicamentos escasos contribuye a menudo al agotamiento de existencias y al aumento de los precios hasta niveles inasequibles, lo cual merma la confianza del paciente. Los malos resultados sanitarios debidos al uso inadecuado de los medicamentos también pueden reducir la confianza.

## **Factores que contribuyen al uso incorrecto de los medicamentos**

- Falta de conocimientos teóricos y prácticos. Las dudas sobre el diagnóstico, la falta de conocimientos de los prescriptores sobre los enfoques diagnósticos óptimos, la inexistencia de información independiente, como pueden ser las directrices clínicas, y de oportunidades para efectuar un seguimiento de los pacientes o el temor a posibles pleitos son factores que contribuyen a la prescripción y dispensación inadecuadas de los medicamentos.
- Promoción de los medicamentos inapropiada y contraria a la ética por parte de las empresas farmacéuticas. La mayoría de los prescriptores obtienen la información sobre los medicamentos de las empresas farmacéuticas, y no de fuentes independientes, como las directrices clínicas. Esto puede conducir a menudo al uso excesivo. En algunos países está permitida la publicidad de medicamentos que necesitan receta dirigida directamente al consumidor, lo cual puede llevar a los pacientes a presionar a los médicos pidiéndoles medicamentos innecesarios.
- Beneficios de la venta de medicamentos. En muchos países los minoristas prescriben y venden medicamentos sin necesidad de receta. Cuanto más vendan mayores serán sus ingresos, lo cual conduce al consumo excesivo de medicamentos, y en particular de los más caros.
- Disponibilidad de medicamentos sin restricciones. En muchos países la prescripción de medicamentos como los antibióticos se hace libremente, sin necesidad de receta. Esto conduce al consumo excesivo, a la automedicación inapropiada y a la inobservancia de los regímenes posológicos.
- Sobrecarga de trabajo del personal sanitario. Muchos prescriptores apenas tienen tiempo para dedicar a cada paciente, lo cual puede estar en el origen de diagnósticos y tratamientos deficientes. En esas circunstancias, se basan en hábitos de prescripción porque no tienen tiempo para actualizar sus conocimientos sobre los medicamentos.

- Medicamentos inasequibles. En lugares donde los medicamentos son inasequibles, los pacientes pueden no comprar las cantidades necesarias para un tratamiento completo o no comprar ningún medicamento en absoluto. En lugar de ello pueden buscar alternativas como los medicamentos de calidad no garantizada adquiridos a través de Internet u otras fuentes, o los medicamentos que han sido prescritos a sus familiares o amigos.
- Inexistencia de políticas farmacéuticas nacionales coordinadas. Las políticas básicas recomendadas por la OMS para garantizar el uso apropiado de los medicamentos solo se aplican en menos de la mitad de los países. Dichas políticas incluyen medidas e infraestructuras apropiadas para monitorizar y reglamentar el uso de los medicamentos, y para capacitar y supervisar a los profesionales sanitarios que realizan las prescripciones.

### **Medidas para mejorar el uso racional de los medicamentos**

La OMS asesora a los países para que ejecuten programas nacionales de fomento del uso racional de los medicamentos mediante estructuras y medidas de política, información y educación, tales como:

- creación de organismos nacionales que coordinen las políticas sobre el uso de los medicamentos y hagan un seguimiento de sus repercusiones;
- formulación de directrices clínicas basadas en datos probatorios destinadas a la capacitación, supervisión y apoyo a la toma de decisiones relacionadas con los medicamentos;
- elaboración de listas de medicamentos esenciales para ser utilizadas en la adquisición de medicamentos y los reembolsos de los seguros;
- creación de comités distritales y hospitalarios de medicamentos y tratamientos que apliquen intervenciones para mejorar el uso de los medicamentos y efectúen un seguimiento de sus efectos;
- inclusión en los estudios universitarios de cursos de farmacoterapia basados en problemas concretos;

- inclusión de la formación médica continua como requisito para ejercer la profesión;
- oferta de información pública independiente y no sesgada sobre los medicamentos, tanto para el personal sanitario como para los consumidores;
- fomento de la educación de la población en materia de medicamentos;
- eliminación de los incentivos económicos que facilitan la prescripción incorrecta, como la venta de medicamentos con ánimo de lucro por parte de los prescriptores, que ven así aumentados sus ingresos;
- formulación de reglamentaciones que garanticen que las actividades de promoción se ajustan a criterios éticos;
- financiación suficiente para garantizar la disponibilidad de medicamentos y personal sanitario.

La estrategia más eficaz para mejorar el uso de los medicamentos en la atención primaria en los países en desarrollo consiste en una combinación de la formación y la supervisión del personal sanitario, la educación de los consumidores y el suministro de medicamentos apropiados en cantidades suficientes. Separadamente, todas estas intervenciones tienen un impacto reducido.

#### Respuesta de la OMS

Para mejorar el uso racional de los medicamentos, la OMS

- efectúa un seguimiento del uso mundial de los medicamentos y de las políticas farmacéuticas;
- proporciona orientaciones de política y apoya a los países para que hagan un seguimiento del uso de los medicamentos y formulen, apliquen y evalúen estrategias nacionales para fomentar el uso racional de los medicamentos;
- elabora e imparte programas de capacitación para los profesionales sanitarios nacionales acerca del seguimiento del uso de los medicamentos y su mejoramiento en todos los niveles del sistema de salud. (3)

## **METODOLOGÍA**

## **A. TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo investigativo es de carácter descriptivo, transversal porque se realiza en un periodo determinado.

## **B. AREA DE ESTUDIO**

### ❖ **Lugar y tiempo:**

La presente investigación se la realizó en la parroquia El Valle de la ciudad de Loja, durante el período Agosto – Octubre del 2013.

## **C. UNIVERSO Y MUESTRA**

### ❖ **Universo:**

30695 habitantes de la parroquia El Valle de la Ciudad de Loja

### ❖ **Muestra:**

La obtención de la muestra se basó en un cálculo aleatorio simple no estratificado; y el cálculo muestra se realizará con la fórmula para población finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

**Donde:**

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha}$  = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (5 %).

Dando como resultado:

Variable	Valores	Resultado
N	30695	<b>379</b>
Z $\alpha$	1.96	
p	0.5	
q	0.95	
d	0.05	

❖ **Criterios de inclusión:**

- ❖ Hombres y mujeres mayores de 18 años
- ❖ Hombres y mujeres que residen en el área geográfica estudiada
- ❖ Hombres y mujeres que aceptaron participar en el estudio a través de firma de consentimiento informado

❖ **Criterios de exclusión:**

- ❖ Personas con alteraciones mentales y/o psiquiátricas que no pudieron dar datos fidedignos
- ❖ Personas sin ninguna instrucción académica
- ❖ Personas que carecieron del sentido de la visión.

**D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### ❖ Método Científico:

Este método sirvió de guía para la aplicación de procedimientos lógicos que se siguió en la presente investigación, la misma estuvo orientada a brindar resultados confiables que dan validez al trabajo, además condujo a la selección adecuada de fuentes de investigación y obviar datos innecesarios que dificulten la comprensión y aplicación de alternativas encaminadas a solucionar el problema.

### ❖ Técnica:

- **Teórica:** Mediante la investigación bibliográfica se obtuvieron los conocimientos teóricos que nos facilitan la comprensión de la problemática a investigar.
- **Bibliográfica:** Recolección de datos mediante fuentes de información como: la obtenida en las aulas, textos, videos, internet.
- **De Encuesta:** Tras la realización de una prueba piloto en 20 personas en donde todas la desarrollaron sin problemas; fue dirigida a los residentes que cumplían los criterios de inclusión.
- **Consentimiento informado:** A todas las personas sometidas al estudio para hacerles conocer el proceso investigativo, con su aceptación por medio de la firma.

### ❖ Instrumento:

- **La encuesta:** Se realizó a través de un cuestionario con el que se obtuvo respuestas sobre el problema en estudio.
  - Para valorar el conocimiento se tomó en cuenta 4 preguntas a las cuales se les dio un puntaje de 25 puntos cada una, de tal manera que la puntuación queda de la siguiente manera :

- 100 puntos equivale a muy bueno
- 75 puntos equivale a bueno
- 50 puntos equivale a regular
- 25 puntos equivale a malo
- 0 puntos equivale a ningún conocimiento

### **E. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

Los resultados obtenidos fueron ordenados y analizados de forma manual, y tras su valoración, se las colocó dentro de la propuesta en la operalización de variables.

## RESULTADOS

TABLA 1  
DIFERENCIA MEDIADA POR GÉNERO EN LA PRÁCTICA DE LA  
AUTOMEDICACIÓN

	AUTOMEDICACION					
	SI		NO		TOTAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
<b>HOMBRES</b>	142	37%	22	6%	164	43%
<b>MUJERES</b>	199	53%	16	4%	215	57%
<b>TOTAL</b>	341	90%	38	10%	379	100%

Fuente: Encuesta  
Elaboración: Manuel P. Yunga B.

En la presente tabla se puede observar que del total de personas que se automedican, el 53% corresponde al género femenino representando el porcentaje más alto de automedicación.

TABLA 2  
DIFERENCIA MEDIADA POR EDAD EN LA PRÁCTICA DE LA  
AUTOMEDICACIÓN

RANGO DE EDAD	AUTOMEDICACIÓN SEGÚN EDAD					
	Si		No		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>18 a 23</b>	53	14%	11	3%	64	17%
<b>24 a 29</b>	54	14%	0	0%	54	14%
<b>30 a 35</b>	58	16%	0	0%	58	16%
<b>36 a 41</b>	52	13%	4	1%	56	14%
<b>42 a 47</b>	45	12%	4	1%	49	13%
<b>48 a 53</b>	30	8%	4	1%	34	9%
<b>54 a 59</b>	15	4%	7	2%	22	6%
<b>60 y mas</b>	34	9%	8	2%	42	11%
<b>Total</b>	341	90%	38	10	379	100

Fuente: Encuesta

Elaboración: Manuel P. Yunga B.

De acuerdo al rango de edad podemos observar que la mayor incidencia de automedicación se encuentra entre las edades de 30 a 35 años con el 16%; y la menor entre las edades de 54 a 59 años con un porcentaje del 4%.

**TABLA 3**  
**DIFERENCIA MEDIADA POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN LA PRÁCTICA**  
**DE LA AUTOMEDICACIÓN**

<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>AUTOMEDICACIÓN SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>					
	<b>Si</b>		<b>No</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>PRIMARIA</b>	122	32%	11	3%	133	35%
<b>SECUNDARIA</b>	113	30%	15	4%	128	34%
<b>SUPERIOR</b>	106	28%	12	3%	118	31%
<b>TOTAL</b>	341	90	38	10	379	100

Fuente: Encuesta

Elaboración: Manuel P. Yunga B.

Del total de habitantes que se automedican, el 32% únicamente recibió instrucción primaria , el 30% instrucción secundaria y 28% únicamente cuenta con instrucción superior.

TABLA 4  
DIFERENCIA MEDIADA POR LA OCUPACIÓN EN LA PRÁCTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN

GRANDES GRUPOS OCUPACIONALES	SE AUTOMEDICA		NO SE AUTOMEDICAN		TOTAL	
	F.	%	F.	%	F.	%
Profesionales científicos e intelectuales	39	10%	7	2%	46	12%
Técnicos y profesionales de nivel medio	1	1%	0	0%	1	1%
Personas de apoyo administrativo	9	3%	0	0%	9	3%
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados	54	14%	11	3%	65	17%
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios , forestales y pesqueros	13	3%	0	0%	13	3%
Oficiales , operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	69	17%	0	0%	69	17%
Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	23	6%	1	0.5%	24	6.5%
Ocupaciones elementales	11	3%	0	0%	11	3%
Servicios domésticos	78	21%	8	2%	86	24%
Estudiantes	38	10%	9	2%	47	12%
Jubilados	6	2%	2	0.5%	8	2.5%
<b>Total</b>	<b>341</b>	<b>90%</b>	<b>38</b>	<b>10%</b>	<b>379</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaboración: Manuel P. Yunga B.

En la presente tabla se puede observar que, de los residentes que practican la automedicación, el 21% corresponde al grupo que se ocupa en los servicios domésticos.

TABLA 5

FRECUENCIA DE AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN LA PARROQUI EL VALLE DE LA CIUDAD DE LOJA

		FRECUENCIA DE AUTOMEDICACIÓN	PORCENTAJE	
<b>A DIARIO</b>		8	2%	
<b>UNA VEZ POR SEMANA</b>		20	6%	
<b>UNA VEZ AL MES</b>		113	33%	
<b>OTROS</b>	<b>4 VECES AL AÑO</b>	51	15%	59%
	<b>3 VECES AL AÑO</b>	61	18%	
	<b>2 VECES AL AÑO</b>	27	8%	
	<b>1 VEZ AL AÑO</b>	61	18%	
<b>TOTAL</b>		341	100%	

Fuente: Encuesta

Elaboración: Manuel P. Yunga B.

El 33% de la población que incurre en la práctica de la automedicación , aduce hacerlo una vez por mes , en tanto que el 2% refiere hacerlo a diario .

**TABLA 6**  
**FARMACOS MÁS USADOS EN LA PRÁCTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN LA PARROQUI EL VALLE DE LA CIUDAD DE LOJA**

<b>GRUPO FRAMACOLÓGICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Analgésicos y Antinflamatorios	838	40.56 %
Antibióticos	199	10.23 %
Antiparasitarios	68	3.51%
Antigripales, antitusígenos y mucolíticos	391	20.23%
Antiespasmódico	57	2.88%
Protector gástrico	67	3.45%
Antihipertensivos	58	3%
Antihistamínicos	63	3.26%
Antidiarreicos	39	20.1%
Vitaminas	50	2.58%
Inductor de sueño	15	0.77%
Anticonceptivos	48	2.48%
Ninguno	38	2.01%
Total	1931	100%

Fuente: Encuesta  
 Elaboración: Manuel P. Yunga B.

El fármaco más usado por los habitantes de la parroquia el Valle en sus prácticas de automedicación son los analgésicos y antinflamatorios con un porcentaje total del 40.56% del total de fármacos usados.

**TABLA 7**  
**SINTOMATOLOGÍA MÁS FRECUENTE QUE DETERMINA LA PRÁCTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN LA PARROQUI EL VALLE DE LA CIUDAD DE LOJA**

<b>PRINCIPALES SÍNTOMAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
ALERGIAS	36	3%
DOLOR Y MOLESTIAS LEVES	300	31%
SÍNTOMAS RESPIRATORIAS	167	17%
SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES	150	15%
SINTOMATOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO	40	6%
SINTOMATOLOGÍA URINARIA	90	9%
ANTICONCEPCIÓN	48	5%
VITAMINAS	63	7%
OTROS	37	4%
NO SE AUTOMEDICAN	38	3%
TOTAL	969	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Manuel P. Yunga B.

La sintomatología más frecuente que determina la práctica de la automedicación, corresponde a dolor y molestias leves en un porcentaje del 31%.

**TABLA 8**  
**RAZONES QUE MOTIVAN A INCURRIR EN LA PRÁCTICA DE LA**  
**AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE**  
**EN LA PARROQUI EL VALLE DE LA CIUDAD DE LOJA**

<b>MOTIVO DE AUTOMEDICACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Falta de tiempo para ir al medico</b>	49	13%
<b>Ingresos económicos bajos</b>	45	12%
<b>Comodidad</b>	53	14%
<b>Considera tener conocimientos</b>	30	8%
<b>Fácil acceso</b>	80	21%
<b>Considera que los síntomas o la enfermedad es leve</b>	61	16%
<b>No le gusta ir al medico</b>	12	3%
<b>Sensación de dominio propio de la enfermedad</b>	7	2%
<b>Otros</b>	0	0%
<b>No se automedican</b>	38	10%
<b>Mal contestadas</b>	4	1%
<b>Total</b>	379	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Manuel P. Yunga B.

Dentro de las razones que motivan a incurrir en la práctica de la automedicación, en primer lugar se ubica el considerar que se tiene fácil acceso a los medicamentos con un 21%.

**TABLA 9**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOMEDICACION RESPONSABLE EN LA POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN LA PARROQUI EL VALLE DE LA CIUDAD DE LOJA**

	<b>SE AUTOMEDICA</b>		<b>NO SE AUTOMEDICA</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Muy bueno (100 Pts.)</b>	38	10%	4	1%	42	11%
<b>Bueno (75 Pts.)</b>	49	13%	14	4%	63	17%
<b>Regular (50 Pts.)</b>	58	16%	0	0%	58	16%
<b>Malo (25 Pts.)</b>	72	19%	5	1%	77	20%
<b>Ningún conocimiento (0 Pts.)</b>	124	32%	15	4%	139	36%
<b>TOTAL</b>	341	90%	38	10%	379	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Manuel P. Yunga B.

En la siguiente tabla , el nivel de conocimiento muy bueno corresponde a una puntuación de 100 puntos , el de bueno a 75 puntos , el de regular a 50 puntos , el de malo a 25 y el de ninguno a cero puntos. Partiendo desde este punto de vista se observa que de las personas que recurren a la automedicación, el 32% no tienen ningún conocimiento respecto a la automedicación responsable, en tanto que el 10% se considera que tiene un muy buen en cuanto al conocimiento de automedicación responsable.

**TABLA 10**  
**OPINION FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN EN LA**  
**POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN LA PARROQUI EL**  
**VALLE DE LA CIUDAD DE LOJA**

<b>OPINION FRENTE A LA AUTOMEDICACION</b>	<b>RESPUESTA</b>	
	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>BUENO PARA LA SALUD DE LA COMUNIDAD</b>	57	15%
<b>MALO PARA LA SALUD DE LA COMUNIDAD</b>	129	34%
<b>BUENO PARA LA ECONOMIA</b>	62	16%
<b>NINGUN EFECTO</b>	59	15%
<b>NO SABE QUE EFECTO PUEDA TENER</b>	72	20%
<b>TOTAL</b>	379	100%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Manuel P. Yunga B.

El 34% de la población encuestada opinan que la automedicación es mala para la salud de la comunidad, en tanto que el 15% consideran que es bueno para la salud de la comunidad y el otro 15% que no tiene ningún efecto ante la salud comunitaria.

## DISCUSIÓN

La realización de este trabajo investigativo, a nivel de la parroquia el Valle de la ciudad de Loja, fue ejecutado con el afán de determinar inicialmente la práctica del consumo de medicación por cuenta propia, sin prescripción ni vigilancia médica.

Se demostró que del total de personas encuestadas, el 90% incurren en la práctica de la automedicación, este dato al compararlo con un estudio llevado a cabo por la Universidad Dr. José Matías Delgado, de El Salvador denominado: “CARACTERIZACIÓN DE LA AUTOMEDICACIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN EL MUNICIPIO DE SAN IGNACIO EN CHALATENANGO” (16), en donde se determinó que del total de muestra estudiada , 175 habitantes, el 59% de la población de San Ignacio recurre a la automedicación, mientras que un estudio realizado por la Universidad Técnica Particular de Loja titulado “ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LOS PATRONES DE AUTOMEDICACIÓN DE LA POBLACIÓN DEL CANTÓN SARAGURO” (6) se logró demostrar que de una muestra poblacional de 358 habitantes , el 68.43% ejercen la práctica de la automedicación. Por otro lado el estudio llevado a cabo por la Universidad San Francisco de Quito denominado “PREVALENCIA Y PRACTICAS DE AUTOMEDICACIÓN DE PRIMERO A QUINTO AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO EN OCTUBRE DEL 2009” (17) se determinó que de un total de 174 personas, el 68.4% incurre en la práctica de la automedicación, con lo cual se deduce que nuestro dato es muy superior en cuanto a la incurrancia en esta práctica.

El 53 % de la población investigada , corresponde a los habitantes de genero femenino, que incurren en la práctica de la automedicación; este dato se lo puede comparar al hacer relación con una investigación denominada “PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LA PRÁCTICA DE AUTOMEDICACIÓN PARA ALIVIO DEL DOLOR ENTRE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE ENFERMERÍA” (18) en la cual participaron 211 estudiantes de una universidad pública de Goiás, en Brasil , en donde la gran mayoría de participantes correspondían al sexo femenino con el 97.3%; en comparación con el estudio denominado “FACTORES ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE LA AUTOMEDICACIÓN” (19), en el cual , la muestra a estudiarse fue de 371 personas mayores de 18 años del distrito de Chiclayo , correspondiendo 67.1% al género femenino; por ultimo en la investigación denominada “PREVALENCIA DE LA AUTOMEDICACIÓN Y DEL CONSUMO DE REMEDIOS HERBOLARIOS ENTRE LOS USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD” (20) llevado a cabo en el servicio de consulta externa del Centro de Salud de Tlaxcoapan, Hgo. México, con la aplicación de 315 encuestas, se encontró que el 65.58% de los usuarios pertenecen al género femenino, determinándose así que existe gran similitud en los resultados obtenidos.

En lo correspondiente a las diferencias medidas por la edad en cuanto a la práctica de la automedicación , se llegó a determinar que el rango de edad que incurre con mayor frecuencia en este hábito es el correspondiente al de 30 a 35 años , con un porcentaje del 16% de 379 encuestados ; contrastando con los resultados del estudio denominado “CARACTERIZACIÓN DE LA AUTOMEDICACIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS RESIDENTE EN EL MUNICIPIO DE SAN IGNACIO EN CHALATENANGO”(16) realizado

mediante encuestas a 175 habitantes , por medio de visitas domiciliarias, en donde el grupo de edad con mayor frecuencia de automedicación fue el grupo entre 18 a 27 años con un 38% ; datos similares se recolectan de la investigación denominada “ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LOS PATRONES DE AUTOMEDICACIÓN DE LA POBLACIÓN DEL CANTÓN SARAGURO” (6), en donde del total de la población estudiada , correspondiente a 358 habitantes, el 96% tiene edades que oscilan entre los 25 a 31 años; igualmente se recolectaron datos parecidos en la investigación denominada “DETERMINACIÓN DE LAS RAZONES Y DIFERENCIAS EN AUTOMEDICACIÓN ENTRE UNA PARROQUIA URBANA Y UNA PARROQUIA RURAL DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO” (21), en donde se destaca que del total de 319 personas encuestadas , 162 personas en el medio urbano equivalente al 33.2% oscila entre las edades de 18 a 33 años , cosa similar sucede en el medio rural en donde 35% del total de encuestados, presentaron edades entre el rango antes ya mencionado; de tal manera se puede observar que todos los resultados obtenidos guardan un gran parecido.

La diferencia mediada por el nivel de instrucción en la práctica de la automedicación, rebela que el 32% del total de la muestra estudiada incurre en dicha práctica y corresponde a la población que cuenta con instrucción primaria, dato que se compara con los resultados obtenidos por el estudio denominado “ANÁLISIS Y CUANTIFICACIÓN DE LOS PATRONES DE AUTOMEDICACIÓN EN USUARIOS DE FARMACIAS SALCOBRAND DE VALDIVIA” (22), en donde del total de 909 individuos incluidos en el estudio, 36.7% poseen estudios de enseñanza media completa; datos idénticos se

encontraron en estudio titulado “DETERMINACIÓN DE LAS RAZONES Y DIFERENCIAS EN AUTOMEDICACIÓN ENTRE UNA PARROQUIA URBANA Y UNA RURAL DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO” (21), el mismo que conto con un total de 550 personas como muestra de los cuales el 32.5% cuentan con estudios secundarios completos; en contraste con los datos obtenidos a nivel local a través del estudio denominado: “ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LOS PATRONES DE AUTOMEDICACIÓN DE LA POBLACIÓN DEL CANTÓN SARAGURO”(6), ya que de un total de 358 encuestados, el 32.68% posee estudios primarios incompletos; dato que resulta controversial a nivel nacional e internacional, al no encontrarse similitud en los resultados obtenidos.

El 21% de las 379 personas incluidas en este estudio, se dedican a los servicios domésticos, dato que al comparar con los resultaos obtenidos en el trabajo investigativo llamado “DETERMINACIÓN DE LAS RAZONES Y DIFERENCIAS EN AUTOMEDICACIÓN ENTRE UNA PARROQUIA URBANA Y RURAL DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO” (21)a nivel del estrato urbano el 26% de la población estudiada se desempeña como empleado privado, en tanto que a nivel rural el 24% cumple con funciones de obreros; datos a compararse con los del estudio denominado “PREVALENCIA DE LA AUTOMEDICACIÓN Y DEL CONSUMO DE REMEDIOS HERBOLARIOS ENTRE LOS USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD” (20), en el Centro de Salud de Tlaxcoapan, en donde la ocupación que ocupa el mayor porcentaje de frecuencia es la correspondiente a “ama de casa” con, un 37% del total de la muestra estudiada, los resultados contrastan con los obtenidos a través del estudio realizado en los consultantes a un centro de

atención ambulatoria , denominado “ESTUDIO –PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN EN CONSULTANTES A UN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO ADOSADO A UN HOSPITAL DE UNA COMUNA DE SANTIAGO” (23), del cual se obtuvo que el 38% de un total de 200 personas que se usaron como muestra para el estudio, son trabajadores dependientes ; lo cual no guarda similitud con todos los resultados de los estudios anteriores.

El grupo farmacológico más usados en la práctica de la automedicación, corresponde al de los analgésicos-antinflamatorios, con un porcentaje del 40.56% del total de todos los fármacos usados , este dato se lo puede comparar a nivel nacional con los resultados obtenidos de una investigación realizada por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca denominada “AUTOMEDICACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUELA GARAICOA DE CALDERÓN, CUENCA 2012” (1), en donde el 84.3% del total de fármacos usados en los hábitos de automedicación , corresponde a los analgésicos-antinflamatorios , igualmente se obtiene similares resultados en el proyecto investigativo denominado “ FACTORES RELACIONADOS CON LA AUTOMEDICACIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA NORTE , EN LA CIUDAD DE IBARRA EN EL PERIODO ENERO-AGOSTO 2010” (24), en donde al igual que el estudio precedente los analgésicos-antinflamatorios ocupan el porcentaje mas alto de utilización , con el 46%; resultados similares se obtuvieron a nivel local , en el cantón Saraguro , tras la realización del estudio “ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LOS PATRONES DE AUTOMEDICACIÓN DE LA POBLACIÓN DEL CANTÓN SARAGURO” (6), ya q los analgésicos ocupan el

primer lugar en frecuencia de uso con un 43.8%, con lo cual se demuestra que nuestro dato es muy parecido

La sintomatología más frecuente , que determina la práctica de la automedicación son los dolores y molestias leves , con un porcentaje del 31% del total de molestias, este dato se puede correlacionar con los datos del estudio llamado “FACTORES RELACIONADOS CON LA AUTOMEDICACIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA NORTE , EN LA CIUDAD DE IBARRA EN EL PERIODO ENERO-AGOSTO 2010” (24), en donde el 18% de los síntomas que determinan la automedicación corresponden a cefaleas, datos iguales a los obtenidos a nivel del cantón Saraguro ya que según el estudio “ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LOS PATRONES DE AUTOMEDICACIÓN DE LA POBLACIÓN DEL CANTÓN SARAGURO” (6), el 21,45% de la sintomatología corresponde a dolores de cabeza, no obstante , los datos no se correlacionan con los obtenidos a través de la investigación realizada por la Universidad San Francisco de Quito denominada “PREVALENCIA Y PRACTICA DE AUTOMEDICACIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMERO A QUINTO AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO EN OCTUBRE DEL 2009” (17) , en la cual , el problema de salud que conlleva a la automedicación según el sexo y la edad es el resaca común con un porcentaje del 21% respectivamente, con lo que podemos observar que nuestro dato que no guarda gran relación, con los demás y resulta ser controversial

Dentro de las razones que conllevan a incurrir en la práctica de la automedicación se señaló el fácil acceso que se cuenta a la medicación , con un porcentaje total del 21% del total de razones dadas por los entrevistados, datos a compararse y relacionarlos con los obtenidos por el estudio denominado “ANÁLISIS Y CUANTIFICACIÓN DE LOS PATRONES DE AUTOMEDICACIÓN EN USUARIOS DE FARMACIAS SALCOBRAND DE VALDIVIA” (22) en donde el principal motivo para incurrir en la práctica de la automedicación fue el considerar que los síntomas son leves , ocupando un porcentaje del 23.2%; datos similares se encontraron en el estudio denominado “AUTOMEDICACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUELA GARAICOA DE CALDERÓN , CUENCA 2012” (1) en el cual se demostró que la principal causa para la automedicación es el presentar sintomatología leve con el 68.6% del porcentaje total; a nivel del cantón Saraguro se puede observar que los motivos que determinan la práctica de la automedicación son distintos , ya que por medio del estudio denominado “ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LOS PATRONES DE AUTOMEDICACIÓN DE LA POBLACIÓN DEL CANTÓN SARAGURO” (6), se observó que el motivo más frecuente por que incurren en la práctica de la automedicación es el ahorrar el costo de la consulta, ocupando un porcentaje del 43.67% del total de motivos; dato que no guarda similitud con los obtenidos por otras investigaciones.

En lo concerniente a nivel de conocimiento sobre automedicación responsable, se determinó que el 36% de los encuestados, no tienen ningún conocimiento respecto a esta práctica, similares a los resultados obtenidos a través del estudio denominado “ANÁLISIS Y CUANTIFICACIÓN DE LOS PATRONES DE

AUTOMEDICACIÓN EN USUARIOS DE FARMACIAS SALCOBRAND DE VALDIVIA.” (22)en donde, el nivel de conocimiento sobre el medicamento solicitado se consideró incompleto con un porcentaje del 58.9% del total de encuestados; resultados muy similares a los obtenidos tras la realización del estudio “ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LOS PATRONES DE AUTOMEDICACIÓN DE LA POBLACIÓN DEL CANTÓN SARAGURO” (6) en el cual , en lo referente al conocimiento sobre el medicamento que solicitan las personas que se automedican , entendiéndose la dosis, efectos adversos , contraindicaciones ,precauciones , etc, un 86.03% reconocieron no tener ningún conocimiento. A nivel de la ciudad de Cuenca, igualmente se demostró que los conocimientos sobre los riesgos que engendran los medicamentos es nulo ya que el 84% no tiene conocimientos de los riesgos q implica la automedicación, es lo que se pudo constatar por medio del estudio denominado “AUTOMEDICACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUELA GARAICOA DE CALDERÓN, CUENCA 2012” (1); dato que resultan muy parecidos.

Respecto a la opinión que tienen frente a la práctica de la automedicación , el 34% de encuestados , refirieron que es mala para la salud de la comunidad, datos similares a los recogidos por el estudio catalogado como “FACTORES RELACIONADOS CON LA AUTOMEDICACIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA NORTE , EN LA CIUDAD DE IBARRA EN EL PERIODO ENERO-AGOSTO 2010” (24)en donde igualmente el 65% de la

población encuestada refirió que los efectos de la automedicación son malos para la salud . datos similares se encuentran en el trabajo investigativo de nominado “AUTOMEDICACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MANUELA GARAICOA DE CALDERÓN , CUENCA 2012” (1)en donde el 63.5% de la población estudiada tiene el criterio que la automedicación es un practica buena “a veces” ; a nivel internacional por medio del estudio denominado “ESTUDIO –PREVALENCIA DE AUTOMEDICACIÓN EN CONSULTANTES A UN CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO ADOSADO A UN HOSPITAL DE UNA COMUNA DE SANTIAGO” (23), el 34.6% de los sujetos encuestados opino que la automedicación “puede conducir a problemas de salud” en la población; con lo cual se demuestra que la mayor parte de la población coincide en opinar que la práctica de la automedicación es mala.

## **CONCLUSIONES**

1. La práctica de automedicación a nivel de la muestra estudiada es muy alta , y la frecuencia con la que incurren es de una vez por mes en su mayor parte
2. Dentro de los grupos farmacéuticos más utilizados se encuentran los antiinflamatorios, seguidos de los antigripales
3. De acuerdo a la sintomatología se pudo constatar, que para las molestias leves recurren a la automedicación en base a antiinflamatorios, lo mismo sucede en las molestias respiratorias , en donde incurren en la automedicación en base a antigripales
4. La principal razón por la que los habitantes de la parroquia el Valle , recurren a la automedicación es porque consideran tener fácil acceso a los fármacos
5. La gran mayoría de personas encuestada, representadas por el 36%, cuentan con escaso o nulo conocimiento sobre automedicación responsable

## RECOMEDACIONES

1. Concienciar a la población en general de los riesgos que conlleva el uso de medicamentos sin prescripción ni vigilancia medica
2. Brindar información oportuna, veraz y orientada, mediante la preparación de charlas, entrega de material relacionado al tema en el cual se les permita conocer sobre los diferentes efectos adversos los problemas y las complicaciones que acarrea esta práctica.
3. Se debería brindar más énfasis en el posicionamiento del farmacéutico, como un colaborador en el trabajo del medico
4. Aumentar las facilidades para que la población pueda acceder de manera más fácil y oportuna a los servicio de salud.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Dr. CASTRO. M. Automedicación y Factores Asociados en Estudiantes del Colegio Manuela Garaicoa de Calderón, Cuenca 2012. Disponible en:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3691/1/MED%20168.pdf>. Consultado: Septiembre 24, 2013
2. Dr. CISNEROS.G. Líder de Emergencia del Hospital Enrique Garcés. Salud preventiva: MSP recomienda evitar la automedicación. Quito, 24 de Junio de 2013 - 15h02. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/salud-preventiva-msp-recomienda-evitar-la-automedicacion/> Consultado: Septiembre 24,2013.
3. OMS. Medicamentos: Uso Racional de los Medicamentos. Nota descriptiva N.º 338.Mayo de 2010. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/>. Consultado: Septiembre 24,2013.
4. RIEDEMANN JP. Illesca. M. Droghetti. J. Automedicación en individuos de la Región de la Araucanía con Problemas Musculo esqueléticos. Rev. Méd. Chile v.129 n.6 Santiago jun. 2009. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872001000600008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000600008).
5. SAMANIEGO.E.LOS PELIGROS DE LA AUTOMEDICACION. Publicado el 13/Abril/1991.Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/los-peligros-de-la-automedicacion-53263.html>. Consultado: Septiembre 24,2013.
6. Dr. CASTILLO.J.ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LOS PATRONES DE AUTOMEDICACIÓN DE LA POBLACIÓN DEL CANTÓN SARAGURO. Disponible en:  
<http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/4847/1/Castillo%20Lopez%20Jorge%20-%20Medicina.pdf>. Consultado: Septiembre 24,2013
7. BENÍTEZ. J. La automedicación es un bumerán. Publicado: lunes 19/08/2013. Disponible en: [http://www.elcomercio.com/sociedad/salud-automedicacion-medicamentos\\_0\\_977302281.html](http://www.elcomercio.com/sociedad/salud-automedicacion-medicamentos_0_977302281.html). Consultado: Septiembre 24,2013.

8. PINZÓN, Lina. Hacia la renovación de la acreditación del Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas: anexos seleccionados, numeral 3, Manizales: Programa de Enfermería U. de Caldas julio 2010, p.12 .
9. WATSON Y LEININGER, citado por Pinzón M. Lina. En: Hacia la renovación de la acreditación del Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas: Anexos seleccionados: reforma curricular, objeto de estudio. Numeral 3 Manizales: Facultad de Ciencias para la Salud Julio 2009, p. 11.
10. CARTA DE OTTAWA. Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Canadá, noviembre 2009
11. TOBÓN. O. EI AUTOCAIDADO. UNA HABILIDAD PARA VIVIR. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208\\_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf).
12. TORRES. E .Universidad San Carlos de Guatemala. Nueva Guatemala de la Asunción, Guatemala, C. A. 07 de noviembre de 2012. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/14/14\\_0347.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/14/14_0347.pdf)
13. M.D1 RUIZ-STERBERG, Á, Ph.D2 PÉREZ-ACOSTA A. Automedicación y términos relacionados: Una Reflexión Conceptual. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v9n1/v9n1a07.pdf>.
14. DOC IV-6: GT/Clasificación de Medicamentos Informe y Propuesta: Requisitos Comunes para la Clasificación de Medicamentos (de Venta Libre) Disponible en: <http://www.wsmi.org/ilar/pdf/position.pdf>
15. SAFYB. Sindicato Argentino de Fármacos y Bioquímicos. OMS. Departamento de drogas esenciales y otros medicamentos. Autocuidado. 28 de agosto de 1998. Disponible en: <http://www.safyb.org.ar/wp/oms-autocuidado/>.
16. BR. AMAYA. C, BR QUINTANILLA. S, Caracterización de la automedicación de la población mayor de 18 años residente en el municipio de San Ignacio en Chalatenago, 2010. Disponible en : <http://webquery.ujmd.edu.sv/siab/bvirtual/BIBLIOTECA%20VIRTUAL/TE SIS/07/MED/ADAC0000833.pdf>
17. ALMEDIDA. M, Prevalencia y Prácticas de automedicación en los estudiantes de Primero a Quinto año de la facultad de Medicina de la

- Universidad San Francisco de Quito en Octubre del 2009. Disponible en:  
<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/763/1/94384.pdf>
18. FERREIRA.L, DA SILVA. C, CARVALHO. G, FALEIROS.F, PEREIRA.L,  
Prevalencia y caracterización de la practica de automedicación para  
alivio del dolor entre estudiantes universitarios de enfermería. Red. Méd.  
Latino-Am.Enfermagem v.19n2 marzo 2011.Disponible en:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_04.pdf)
19. Factores asociados a la incidencia de la automedicación. Disponible en :  
<http://www.monografias.com/trabajos27/automedicacion/automedicacion.shtml#resul>
20. REINOSO.J, MEJIA. K, OLVERA. C, Prevalencia de la automedicacion y  
del consumo de remedios herbolarios entre los usuarios de un centro de  
salud. Rev. Méd. Mexicov.37n4.Disponible en:  
[http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI\\_UsoMedic/Elena\\_Oliv/prev-alencia.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_UsoMedic/Elena_Oliv/prev-alencia.pdf)
21. SANCHEZ.F, Determinación de las razones y diferencias en  
automedicación entre una parroquia urbana y una parroquia rural del  
Distrito Metropolitano de Quito, Mayo 2008.Disponible en:  
<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/699/1/88028.pdf>
22. FUENTES. K, Análisis y cuantificación de los patrones de  
automedicación en usuarios de farmacias Salcobrand de Valdivia.  
Disponible en:  
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fcf954a/doc/fcf954a.pdf>
23. MOYA.S, Estudio-Prevalencia de Automedicación en Consultantes a un  
Centro de Atención ambulatorio adosado a un hospital de una Comuna  
de Santiago. Disponible en:  
[http://www.tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/111220/moya\\_sa.pdf?sequence=1](http://www.tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/111220/moya_sa.pdf?sequence=1)
24. MORILLO.M, VALECIA.V, Factores relacionados con la automedicación  
en los estudiantes de enfermería de la facultad ciencias de la Salud de la  
Universidad Técnica del Norte , en la ciudad de Ibarra en el periodo  
Enero-Agosto 2010. Disponible en:

**<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/696/3/06%20ENF%20427%20PRESENTACI%C3%93N%20TESIS.pdf>**

25. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS(INEC).Unidad de Analisis de Síntesis, Junio 2012 Disponible en : <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/SIN/metodologias/CIUO%2008.pdf>
26. INEC, "VII CENSO DE POBLACION Y VI DE VIVIENDA2010".Base de datos REDATAM

## ANEXO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la misma, así como de su rol en ella como participantes

La presente investigación, es conducida por un egresado en proceso de graduación de la Universidad Nacional de Loja. La meta de este estudio es determinar las conductas de la automedicación en la población mayor de 18 años residente en la Parroquia El Valle de la Ciudad de Loja. Si usted accede a participar de este estudio se le pedirá que complete una encuesta, para lo cual se tomara 5 minutos de su tiempo. Lo que se pregunte se usara para analizar los datos y determinar las variables estudiadas. La participación en el estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

Desde ya le agradecemos su participación

---

Firma



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

Los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Medicina, nos encontramos realizando el proyecto de investigación cuyo tema es “Automedicación en población mayor de 18 años residente en la parroquia el Valle de la ciudad de Loja”, por lo que solicitamos de manera más comedida su colaboración para la elaboración de este estudio.

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Género: Hombre  Mujer

Edad : \_\_\_\_\_

Nivel de instrucción: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

A que etnia se cree perteneciente: \_\_\_\_\_

1. Tiene alguna enfermedad diagnosticada por un medico?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Ha consumido alguna vez medicamentos , sin que hayan sido recetados por un medico? SI  NO

En caso de que la respuesta sea afirmativa con que frecuencia:

10.1 A diario \_\_\_\_\_

10.2 Una vez por semana \_\_\_\_\_

10.3 una vez al mes \_\_\_\_\_

10.4 otras \_\_\_\_\_

3. Porque consumió medicación sin prescripción medica , señale una de las siguientes opciones :

a) \_\_\_\_\_ falta de tiempo

b) \_\_\_\_\_ ingresos económicos bajos

c) \_\_\_\_\_ comodidad

d) \_\_\_\_\_ considera tener conocimientos

- e) \_\_\_\_ fácil acceso
  - f) \_\_\_\_ consideración de levedad
  - g) \_\_\_\_ no le gusta ir al médico
  - h) \_\_\_\_ sensación de dominio propio de la patología
  - i) \_\_\_\_ enfermedad leve
  - j) \_\_\_\_ otro
- 
- 

4. Dispone de un lugar en donde comprar medicamentos en el área en donde habita?

SI  NO

5. Tiene fácil acceso a los servicios de salud ?

SI  NO

6. Quien le recomendó el medicamento:

- a) \_\_\_\_ Usted mismo
  - b) \_\_\_\_ Antigua prescripción
  - c) \_\_\_\_ Familiares
  - d) \_\_\_\_ Amigos, vecinos
  - e) \_\_\_\_ Publicidad ( lo vio en la televisión o escucho por radio)
  - f) \_\_\_\_ Farmacia
  - g) \_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_
- 

7. Cuál/es son los principales síntomas por lo que solicita/consume el medicamento sin receta?

- Alergias       Ardor/dolor estomacal       Bajar de peso
  - Diarrea
  - Dolores leves       Dormir       Estreñimiento
  - Fiebre
  - Gripe       Infecciones       Para no tener hijos
  - Relajarse       Tranquilizantes       Vitaminas
  - Otros:
- 
- 
-

8. De la siguiente lista de medicamentos , señale si alguna vez a consumido alguno de ellos sin prescripción médica :

Zentel <input type="radio"/>	Comtrex <input type="radio"/>	Imodium <input type="radio"/>	Otros <input type="radio"/> Cuales : _____ _____ _____ _____ _____
Vermox <input type="radio"/>	Finalim <input type="radio"/>	Bisolvon <input type="radio"/>	
Amoxil <input type="radio"/>	Tempra <input type="radio"/>	Buprex <input type="radio"/>	
Ampibex <input type="radio"/>	Apronax <input type="radio"/>	Mylanta <input type="radio"/>	
Bactrim <input type="radio"/>	Nimesulide <input type="radio"/>	Notusin <input type="radio"/>	
Ciprofloxacino <input type="radio"/>	Diclofenaco <input type="radio"/>	Omeprazol <input type="radio"/>	

9. Cuando se administra un medicamento lee las instrucciones?

9.1 SI  NO

10. Revisa la fecha de vencimiento de los medicamentos?

10.1 SI  NO

11. Conoce los efectos adversos de los medicamentos que consume cuando se automedica ?

11.1 SI  NO

Cuales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Sabe en que consiste la automedicación responsable?

12.1 SI  NO

13. ¿Cuál es su opinión frente a la automedicación?

- a) \_\_\_\_ Es bueno para la salud de la comunidad
- b) \_\_\_\_ Malo para la salud de la comunidad
- c) \_\_\_\_ Bueno para la economía
- d) \_\_\_\_ Ningún efecto
- e) \_\_\_\_ no sabe qué efecto pueda tener

Gracias por su colaboración