



FACULTAD DE FARMACIA

AUTOMEDICACIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA
CIUDAD DE VALPARAÍSO

Tesis para optar al Título de Químico Farmacéutico

JORGE ANDRES ARMIJO PORRA

Director de Tesis: Waldo Vergara Herrera

2012



FACULTAD DE FARMACIA

AUTOMEDICACIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LA
CIUDAD DE VALPARAÍSO

Tesis para optar al Título de Químico Farmacéutico

JORGE ANDRES ARMIJO PORRA

Director de Tesis: Waldo Vergara Herrera

2012

AGRADECIMIENTOS

A Dios por iluminar mi vida en el momento indicado.

A mis padres que siempre me dieron todo su apoyo, confianza y todos los valores para ser la persona que soy.

A todas las personas que hicieron posible culminar esta tesis, especialmente a mi profesor, director de tesis Q.F. Waldo Vergara y a todos los profesores de esta facultad.

A todos mis amigos y compañeros.

RESUMEN

La automedicación en el adulto mayor puede ser problemática, especialmente si el uso de medicamentos sin prescripción provoca efectos adversos y/o interacciones con medicamentos prescritos.

Con el objetivo de caracterizar este comportamiento se realizó un estudio fármaco-epidemiológico observacional transversal en clubes de adulto mayor en la ciudad de Valparaíso, a través de una encuesta previamente validada, la cual se aplicó a quienes voluntariamente aceptaron responder las preguntas relacionadas con el empleo de medicamentos, para detectar la presencia y los factores relacionados con la automedicación.

De 357 encuestados, el 83.0% se automedican, siendo el motivo más frecuente “no le gusta ir al médico” con un 24%, entre los síntomas más señalados destacan: el dolor en general (52.7%), seguido de trastornos digestivos (15.7%), para prevención (14%) y síntomas gripales (9%). El grupo terapéutico más empleado fueron los analgésicos antiinflamatorios no esteroides con un 43.0%. La influencia de terceros para que la persona adquiera medicamentos sin receta, destacan la iniciativa propia (23.8%), la publicidad (22.4%) y por amigos o vecinos con un 17.6%.

Los resultados revelan que los adultos mayores no realizan una medicación responsable, empleando fármacos sin indicación médica y por tanto sin conocimiento, de los que se quiere obtener el máximo beneficio y evitar los riesgos con su medicación.

SUMMARY

Self-medication in the elderly can be problematic, especially if the use of drugs without prescription causing adverse effects and/or interactions with prescription drugs.

In order to characterize this behavior, a study pharmaco-epidemiological cross-sectional observational in older adults clubs in the city of Valparaíso, through a previously validated questionnaire, which was applied to those who voluntarily agreed to answer questions related to the use of medication, to detect the presence and the factors associated with self-medication.

Of the total of 357 surveys, 83% self-treatment, being the most common reason “does not like going to the doctor” with a 24%, among the most marked symptoms are: pain in general (52.7%), followed by digestive disorders (15.7%), prevention (14%) and flu-like symptoms (9%). The therapeutic group most commonly used were nonsteroidal anti-inflammatory drugs with 43%. The influence of others for the person to acquire non-prescription drugs, highlight the recommendation itself (23.8%), publicity (22.4%) and friends or neighbors with 17.6%.

The results reveal that older adults are not responsible for medication, using drugs without medical indication and therefore without knowledge, that you want to get the most benefit and avoid the risks with their medication.

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	1
2. HIPÓTESIS DE TRABAJO	7
3. OBJETIVOS	8
I. Objetivo General	8
II. Objetivos Específicos	8
4. MATERIALES Y METODOS	9
I. Diseño del estudio	9
II. Muestra	9
III. Materiales	10
IV. Procedimiento	10
5. RESULTADOS	12
I. Características sociodemográficas	12
II. Determinación de los patrones de automedicación	14
III. Nivel de conocimiento del paciente acerca de los efectos del medicamento	17
6. DISCUSIÓN	29
7. CONCLUSIONES	36
8. BIBLIOGRAFÍA	38
9. ANEXOS	42

INTRODUCCIÓN

Un medicamento es una sustancia o preparado de origen natural o sintético, para ser administrado a las personas con la finalidad de proteger, diagnosticar o recuperar la salud.¹ La decisión de su uso habitualmente no es personal, por lo general intervienen dos profesionales: el médico quien selecciona y prescribe el medicamento mas adecuado para el paciente y el químico-farmacéutico quien lo dispensa garantizando la calidad del producto y aporta la información necesaria para el fiel cumplimiento de la indicación médica lo que permite lograr el objetivo terapéutico y, en lo posible, las expectativas del paciente.¹

El uso de fármacos no prescritos por un profesional del área de la salud habilitado, es conocida como automedicación (AM) ², también el empleo de medicamentos por decisión propia, o por consejo de terceros que no poseen conocimientos de los fármacos o de la enfermedad.¹ La AM existe en todas las sociedades y varios factores contribuyen a transformarlo en un fenómeno más amplio.³ En países en desarrollo, existe un gran número de enfermedades que son tratadas por AM. El mayor inconveniente del auto-tratamiento es la ausencia de evaluación clínica del paciente, los cuales podrían resultar en un mal diagnóstico y retrasar un tratamiento apropiado.⁴

Este fenómeno tiene gran implicancia social en países en vías de desarrollo como Chile en donde un porcentaje de la población tiene dificultades en el acceso al sistema de salud y además bajos ingresos que dificultan aún más obtener servicios de salud en el sistema privado.³

El acceso a los servicios de salud y a la atención médica juega un rol importante en la mantención y recuperación de la salud. Los medicamentos participan principalmente en la acción de recuperar la salud perdida (enfermedad).¹ En Chile, el sistema del cuidado de la salud establece garantías específicas para el acceso, oportunidad, calidad, protección y financiamiento para

69 patologías con una alta prevalencia que causan mortalidad y morbilidad en el país. Esas garantías específicas incluyen un tratamiento protocolizado para esas enfermedades. El acceso a estos tratamientos disminuyó debido a una protección al financiamiento que implica un co-pago no excediendo el 20% de acuerdo a los ingresos de esa población. El problema es que gran parte de la población no tiene facilidad para el acceso al cuidado de la salud, debido al insuficiente suministro a los sistemas de salud, entre otras razones. Esta gran presión forzada en el sistema del cuidado de la salud promueve la práctica de la AM.³

La AM es una conducta frecuente y desde la perspectiva de algunos de quienes financian la salud, pudiera ser también deseable como una forma de traspasar parte de los costos a los usuarios⁵, también puede ser entendida como un estilo moderno de auto cuidado la cual esta aumentando significativamente en países desarrollados, sin embargo, el riesgo de utilizar un medicamento sin orientación profesional puede favorecer la aparición de efectos no deseados, incrementar el riesgo de intoxicaciones o bien, ocultar la existencia de alguna enfermedad que puede llegar a ser grave.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) viene resaltando en los últimos años un lugar válido para la AM en las sociedades desarrolladas y la necesidad que se instruya a la población en el empleo adecuado de fármacos, como un aspecto más de la educación en salud.⁶ En este sentido, es donde la AM está tomando cada vez un mayor protagonismo, en el contexto denominado “AM responsable”. La AM responsable se define como la “práctica por la cual los individuos tratan sus enfermedades con medicamentos que han sido autorizados y están disponibles sin receta, y que son seguros y eficaces cuando se utilizan tal y como se indica en el folleto.⁷

A partir de esta definición la OMS propone tres condiciones para que se cumpla la AM responsable y son que:

- Los medicamentos utilizados sean de probada seguridad, calidad y eficacia.

- Los medicamentos utilizados sean los indicados para las condiciones de salud que los individuos puedan reconocer por sí mismos y para algunas condiciones crónicas (previo diagnóstico médico).

- Los medicamentos empleados en esta modalidad sean los específicamente diseñados para este propósito, con una dosificación y una forma farmacéutica apropiada, incorporando información que describa cómo ingerirlos o utilizarlos, su efecto terapéutico y sus posibles efectos adversos, como se deben monitorizar, las posibles interacciones, precauciones y advertencias, tiempo de utilización y cuando es necesario buscar consejo profesional.⁷

Entre los factores que facilitan la AM, y a veces pueden inducir al mal uso, está el hecho de que en algunas farmacias los auxiliares sin tener una preparación técnica universitaria, recomiendan y ofrecen medicamentos que se encuentran en oferta, a veces sin necesidad de adquirirlos, por parte de la persona que solicita otro medicamento, al igual que también están otros factores tales como una disminución en la cobertura de prescripciones por los servicios de seguridad social, un aumento en el empleo de medicamentos alternativos, disponibilidad de fármacos OTC (over-the-counter) o de venta libre, y un aumento de la presencia de productos farmacéuticos en los medios de comunicación, están probablemente entre las causas del incremento de este fenómeno.⁵⁻⁸

Los medicamentos de venta libre son aquellos que no requieren prescripción médica para su venta y su empleo a menudo es una forma rápida y eficiente de solucionar problemas de salud cotidianos. Usándolos se protege el sistema de cuidado de la salud de una gran cantidad de dolencias menores y entrega a los individuos la confianza de cómo regular su salud.⁹

Existen diversos factores que van a condicionar y a favorecer el empleo de medicamentos de venta libre, entre ellos destacan: la falta de conocimiento por parte del paciente, el exceso de trabajo del profesional farmacéutico y las ventas de medicamentos incentivadas en el ánimo de lucro.⁶

La agencia de drogas y alimentos (FDA) de los EE.UU establece que los pacientes deben confiar en su propio criterio cuando se trata de OTCs, por lo

tanto, los fabricantes están en la obligación de brindar suficiente información que permita utilizar los medicamentos con los mínimos riesgos para su salud. Esto implica que:

- 1- El fabricante tiene la responsabilidad de proveer medicamentos de un alto estándar de seguridad, calidad y eficacia y que cumplan con todos los requisitos respecto al empaque y al etiquetado.
- 2- La persona responsable de los medicamentos, quien normalmente es el fabricante, pero que también puede ser un distribuidor, tiene la responsabilidad de entregar toda la información necesaria al farmacéutico, para que éste último sea capaz de brindar a los usuarios de farmacia privada una asesoría adecuada.
- 3- El fabricante tiene la responsabilidad de asegurarse que la información divulgada por los medios publicitarios, pueda ser corroborada científicamente, que cumpla con las regulaciones nacionales, las directrices de la industria y los controles internos de la compañía, y que además no motive a los consumidores a un uso inapropiado de los medicamentos.
- 4- El fabricante tiene la responsabilidad de asegurar que los métodos de mercado, estimulen a los consumidores a manejar racionalmente los medicamentos y para ello, no debe ejercer ninguna acción que pueda incitar a las personas a comprar un medicamento en cantidades excesivas.¹¹

La publicidad de fármacos, sólo admitida para las especialidades farmacéuticas de libre dispensación, influye en esta circunstancia, ampliándose por extensión a los medicamentos sujetos a prescripción, estableciendo así un complicado proceso de automedicación, ya sea, por reutilización tras una prescripción previa, adquirida directamente en la oficina de farmacia o procedentes de botiquines familiares. Los botiquines representan una media de 7 a 30 medicamentos, fundamentalmente analgésicos, antigripales y antiinflamatorios, que representan una fuente de riesgo al existir medicamentos de estrecho margen terapéutico, caducados, o al alcance de los niños.²

Además, la publicidad puede llevar consigo cierta desinformación, cuando la noticia difundida no ha sido bien contrastada, incluso puede crear

alarmas infundadas o falsas expectativas en cuanto a la efectividad del fármaco.¹⁰ Un estudio realizado en Ecuador indica que la venta libre de medicamentos ha crecido a nivel mundial y las instancias controladoras no son lo suficiente rígidas como para detener esta espiral ascendente que toma matices de epidemia, por ello se puede evidenciar que la AM está presente en la población en general, tales como trabajadores, amas de casa, estudiantes de educación media, universitarios y profesionales, entre los que se destacan los de salud, cuya práctica es muy habitual, debido a algún conocimiento que poseen. Mayor acceso a la información de salud y su relación con los medicamentos, han sido factores determinantes para convertirla en una rutina.¹²

En los países latinoamericanos y en Chile en particular, el control de la venta de medicamentos OTC como analgésicos no narcóticos (AnN) y analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) es escaso o nulo. Ellos pueden ser adquiridos libremente en farmacias y algunos de ellos incluso en las calles, lo cual facilita el acceso de las personas a estos productos.¹³

La AM con este tipo de medicamentos usualmente comienza durante la adolescencia y aumenta con la edad.¹⁴ Investigaciones indican que adolescentes y jóvenes adultos no necesariamente se automedican correctamente o efectivamente.¹⁵ Las personas de edad avanzada, concentran un número de limitaciones funcionales que afectan su independencia en el diario vivir, por lo cual requieren una valoración clínica integral y una asistencia especial; además se incrementa en aquellos adultos mayores con trastornos cognitivos y del comportamiento.¹⁶⁻¹⁷ Varios estudios han caracterizado a la AM en la población geriátrica como una práctica que es más frecuente en mujeres que en hombres y que esta asociada con soledad, ansiedad, abandono, depresión y otras condiciones que son comunes a esta población.¹⁸⁻¹⁹ Además, la AM en el adulto mayor merece especial atención ya que presentan más problemas potenciales que la población joven. Esto es a causa del aumento en la incidencia de problemas relacionados con medicamentos (PRM) y el riesgo de interacciones como

resultado del alto consumo de medicamentos por parte de este grupo etéreo.²⁰⁻²¹ Los PRM en los adultos mayores están definidos como cualquier evento indeseable que presenta este segmento poblacional y en el cual está involucrado, o se sospecha que está, el tratamiento farmacológico y que interfiere de manera real, o puede interferir, en la concreción del objetivo terapéutico y provoca o puede provocar, pérdida de autovalencia.²²

La AM es una realidad que se debe asumir, y en donde la información y la educación sanitaria pueden ayudar a que se realice en forma responsable y positiva. Y de esta manera se consiga erradicar la AM indeseable y peligrosa.¹⁰

Existe cada vez un mayor interés de las autoridades de salud en conocer la magnitud y las características del consumo inadecuado de medicamentos, su impacto en la salud de la población, entender los factores que determinan este comportamiento por parte de los pacientes, así como evaluar las intervenciones que permitan mejorar esta situación.²³⁻²⁴⁻²⁵⁻²⁶⁻²⁷

El químico farmacéutico (QF) comunitario es, habitualmente, el último profesional sanitario en la cadena asistencial, que tiene contacto con el paciente antes que utilice los medicamentos. Es también, el único profesional que posee la información completa de los fármacos que el paciente usa y que no requieren receta médica, como los medicamentos de libre dispensación y la fitoterapia. Además el manejo idóneo de los medicamentos es de su exclusiva responsabilidad, pues posee conocimientos, experticia y ética que le otorga su formación profesional, la experiencia en el área y su compromiso social.² Sin embargo, las labores administrativas del QF limitan el contacto con los usuarios de medicamentos, delegando esta función a los auxiliares de farmacia

Se presume que la AM en Chile es frecuente, pero no existe mayor información publicada respecto a la real magnitud de este problema.¹³ Es por ello que este estudio pretende indagar algo más en este fenómeno y precisar los motivos reales que inducen a esta práctica en este segmento poblacional, mucho más expuesto, debido a sus múltiples dolencias y deterioro característico e inherente a la edad.

HIPÓTESIS

La automedicación en el adulto mayor es una práctica recurrente que provoca un aumento en la incidencia de problemas relacionados con los medicamentos. El precisar su presencia y los factores relacionados, permitirá conocer esta problemática y así contribuir en su solución.

OBJETIVOS

I. Objetivo General

Precisar la presencia y los factores relacionados con el fenómeno de automedicación en el adulto mayor en clubes de ancianos en la ciudad de Valparaíso.

II. Objetivos Específicos

1. Conocer los medicamentos sin prescripción médica que utiliza con mayor frecuencia el adulto mayor.
2. Determinar los motivos por el cual se automedican.
3. Determinar si existe medicación responsable en este segmento poblacional.
4. Determinar la influencia de terceros en la utilización de medicación.
5. Determinar cuales son los síntomas que demandan mayor automedicación.
6. Precisar la importancia de automedicación por género en este estudio.
7. Determinar los posibles PRM potenciales o reales ocasionados por automedicación.

MATERIALES Y MÉTODOS

I. Diseño del estudio

La metodología que se utilizó corresponde a un diseño fármaco-epidemiológico observacional transversal acerca de AM en el adulto mayor. El cual se realizó en clubes de ancianos en la ciudad de Valparaíso.

La recolección de datos se efectuó durante los meses de marzo a Junio del año 2011, para lo cual se utilizó, un cuestionario de recolección de información (anexo N° 2).

II. Muestra

La muestra consideró al universo total de adultos mayores que pertenecen a clubes de ancianos. Para esto se solicitó su participación voluntaria en el estudio.

•Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que aceptaron voluntariamente participar en este estudio.
- Aquellos que respondieron al cuestionario en forma completa.

•Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no aceptaron participar voluntariamente en este estudio.
- Quienes no comprendieron las preguntas.
- Aquellos que no entendieron los objetivos del estudio.

III. Materiales

1. Ficha de datos personales (anexo N° 1) de la muestra seleccionada para precisar las características sociodemográficas de los participantes.

2. Cuestionario de entrevista al paciente (anexo N° 2) para precisar el fenómeno de la AM, las características, motivaciones, los tipos y la presencia de este fenómeno. El cuestionario contiene preguntas abiertas y cerradas, y el desarrollo de esta debe ser dinámico, de forma que no suponga para el entrevistado un excesivo consumo de tiempo. El cuestionario consta de 18 preguntas divididas en 2 áreas, las que se mencionan a continuación:

-Identificación de patrones de automedicación.

-Nivel de conocimiento del paciente acerca de los efectos del medicamento.

Este cuestionario fue validado, por profesionales sanitarios, conocedores del tema, donde se observó que con las interrogantes se puede precisar la AM y también se validó en personas de características similares a la muestra, para detectar problemas de comprensión en las preguntas por parte del encuestado.

3. MiniMental State Examination (MMSE) (anexo N° 3), es un instrumento de evaluación de funciones cognitivas. Es de fácil aplicación e interpretación y muestra una alta sensibilidad y especificidad. El MMSE fue validado tanto para la población mundial²⁸, como chilena mayor de 65 años.

4. Clasificación anatomo terapéutica química (ATC) de los medicamentos adquiridos sin prescripción (anexo N° 4).

IV.Procedimiento

1. Validación de los instrumentos elaborados para el estudio.

2. Cada vez que un adulto mayor aceptaba participar en este estudio, se procedió a realizar la entrevista.

3. De la ficha de datos personales se obtuvo información de las características sociodemográficas y del cuestionario, la identificación de patrones de AM y nivel de conocimiento del paciente acerca de los efectos del medicamento.
4. Para el análisis de la información se utilizó estadística descriptiva y para observar la relación entre variables se aplicó la prueba de bondad de ajuste de chi cuadrado, cuando fue necesario.
5. Una vez obtenidos los datos se procedió a realizar la tabulación de la información y el análisis respectivo.
6. Las dudas o preguntas surgidas por los entrevistados, con respecto a medicamentos o enfermedades, fueron aclaradas al finalizar la entrevista, en forma oral, apoyada en la literatura científica relacionada con estos temas.

RESULTADOS

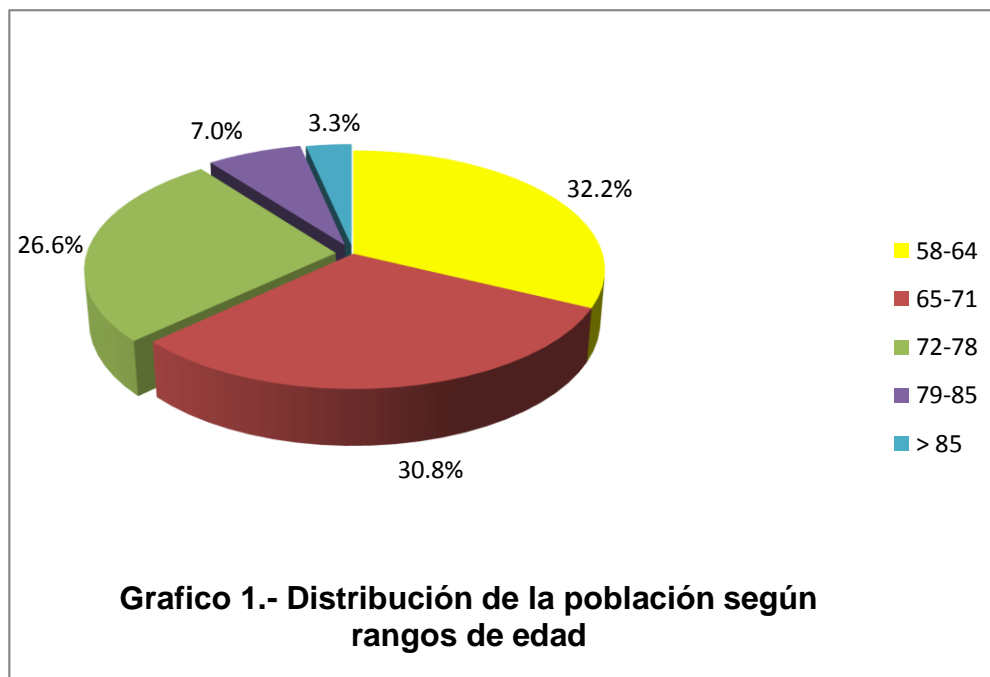
I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1.-Género de la población en estudio

En el periodo de tiempo determinado, se realizaron 357 encuestas en clubes de adulto mayor en la ciudad de Valparaíso. Del total de la población el 93.3% fueron de género femenino.

2.-Rango de edad

N=357



La gran mayoría de los encuestados pertenece a los rangos de edad entre 58-64 (32.2%); 65-71 (30.8%) y 72-78 (26.6%) años. Siendo el rango de edad mayor a 85 años el de menor porcentaje con un 3.3%. (Gráfico 1). El promedio de edad del total de la población es de 68.6 ± 7.6 años.

3.-Nivel educacional de la población

Tabla 1- Distribución de la población según nivel educacional.

ESTUDIOS	Frecuencia	Porcentaje
BASICA COMPLETA	54	15.1
BASICA INCOMPLETA	182	51.0
MEDIA COMPLETA	36	10.1
MEDIA INCOMPLETA	68	19.0
TECNICOS O UNIVERSITARIOS	17	4.8
Total	357	100.0

Con respecto, al nivel educacional, un 51% presentó enseñanza básica incompleta, un 19% media completa, un 15.1% básica completa y solamente el 4.8% estudios técnicos o universitarios. (Tabla 1).

II. DETERMINACIÓN DE LOS PATRONES DE AM

1.-Proporción de AM

Del total de la población encuestada, un 82.9% se automedica, mientras que el 17.1% no incurría en esta práctica.

2.-Motivos por el cual los adultos mayores se automedican

Tabla 2. Motivos de automedicación

MOTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMODIDAD	50	16.9
CONOCE EFECTO	61	20.6
FACIL ACCESO	20	6.8
FALTA DE TIEMPO	7	2.4
SINTOMAS POCO GRAVES	7	2.4
MOTIVOS ECONOMICOS	22	7.4
NO LE GUSTA IR AL MEDICO	71	24.0
RECONOCE SINTOMAS	43	14.5
OTRO	15	5.1
Total	296	100.0

De 296 encuestados que se automedicaron, un 24% mencionó que no era agradable ir al médico; un 20.6% argumentó tener conocimientos de medicamentos; un 16.9% dijo automedicarse por comodidad y solamente un 2.4% señaló presentar sintomatología poco grave y falta de tiempo para acudir a la consulta médica. (Tabla 2).

3.-Principales síntomas

Tabla 3. Síntomas por los que se adquiere un medicamento

SINTOMAS	Frecuencia	Porcentaje
DOLOR	1196	52.7
SÍNTOMAS GRIPALES	204	9.0
TRASTORNOS DIGESTIVOS	357	15.7
PREVENCIÓN	318	14.0
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	5	0.2
ALERGIAS	11	0.5
OTROS	179	7.9
Total	2270	100.0

El síntoma que tuvo una mayor frecuencia fue el dolor con un 52.7%, un 15.7% para los trastornos digestivos, la prevención de enfermedades con un 14% y solamente el 9% para síntomas gripales. (Tabla 3).

4.-Opinión de automedicación

Tabla 4. Frecuencia de opinión de la AM

OPINION	Frecuencia	Porcentaje
BUENO PARA LA SALUD	10	2.8
ECONOMIA	38	10.6
MALA PRACTICA	200	56.0
NINGUN EFECTO	14	3.9
NO SABE	88	24.6
Total	357	100.0

Con respecto a la opinión que los encuestados poseen de la práctica de AM, un 56.0% señaló que era una mala práctica para la salud de la comunidad; un 24.6% no sabe que efecto pueda tener; un 10.6% dijo que era bueno para la economía y un 2.8% indicó que era bueno para la salud. (Tabla 4).

5.-Determinación de la influencia de terceros en la recomendación del medicamento.

Tabla 5. Recomendación del medicamento

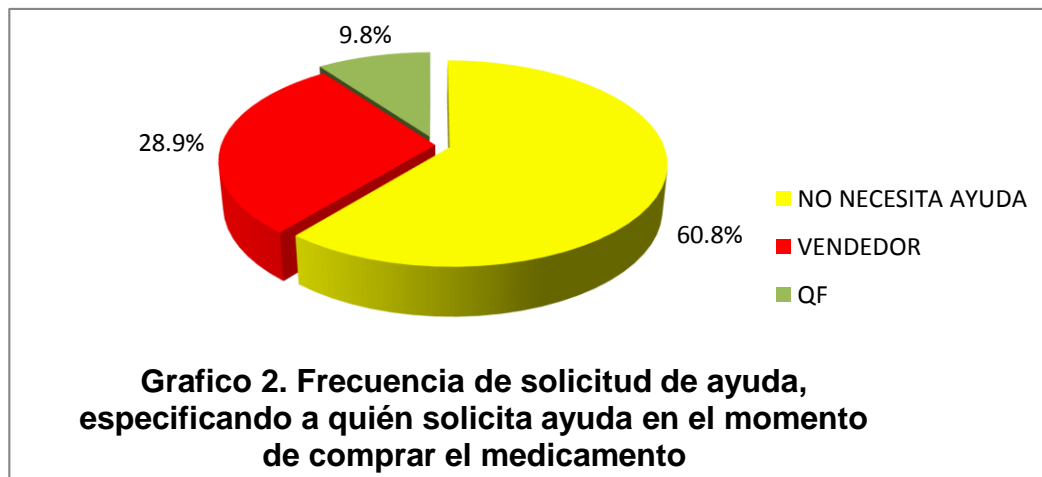
RECOMENDACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
USTED MISMO	85	23.8
ANTIGUA RECETA	57	16.0
FAMILIARES	54	15.1
AMIGOS, VECINOS	63	17.6
PUBLICIDAD	80	22.4
OTRO	18	5.0
Total	357	100,0

La medicación propia de medicamentos representa un 23.8%; un 22.4% por publicidad; un 17.6% fue recomendado por amigos o vecinos y un 5% señaló tener otro motivo para automedicarse. (Tabla 5).

III. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE ACERCA DE LOS EFECTOS DEL MEDICAMENTO

6.-Solicitud de información con respecto al medicamento adquirido en la farmacia

N=357



Para determinar si los adultos mayores solicitaban información al momento de adquirir un medicamento en la farmacia, se consultó si necesitaban información y específicamente a quién la solicitaban. Un 60.8% dijo no necesitar ayuda, un 28.9% consultaba con el vendedor y un 9.8% solicitó hablar con el QF. (Gráfico 2).

7.-Acción que realiza cuando siente síntomas o molestias de una enfermedad

Tabla 6. Acción que realiza el adulto mayor

ACCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VA AL MEDICO	108	30.3
VA A LA FARMACIA Y COMPRA ALGUN MEDICAMENTO	87	24.4
VA A LA FARMACIA Y CONSULTA CON EL VENDEDOR	14	3.9
VA A LA FARMACIA Y CONSULTA CON EL QF.	21	5.9
TOMA REMEDIOS CASEROS	94	26.3
NADA	7	2.0
OTRO	26	7.3
Total	357	100.0

Un 30.3% indicó que va al médico cuando siente síntomas o molestias de una enfermedad; un 26.3% ingiere remedios caseros; un 24.4% va a la farmacia y compra algún medicamento y un 3.9% consulta al vendedor antes de comprar un medicamento. (Tabla 6).

8.-Acumulación de medicamentos

Al consultar si guardaban los medicamentos en casa, el 56.9% mencionó no hacerlo.

9.-Fecha de vencimiento de medicamentos

En relación con la fecha de vencimiento, un 53% indicó que revisaba la fecha de vencimiento antes de consumirlos, sin embargo, un 47% no la revisaba.

10.-Almacenamiento de medicamentos y revisión de la fecha de vencimiento

Tabla 7. Análisis entre los medicamentos que guarda en casa y la revisión de la fecha de vencimiento

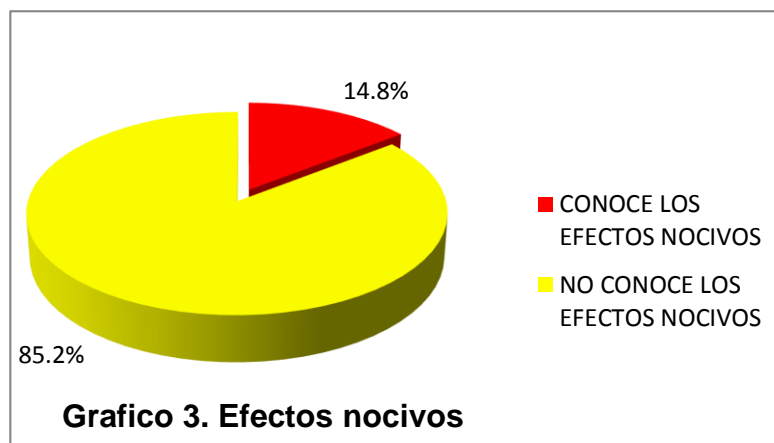
GUARDA LOS MEDICAMENTOS	REVISLA LA FECHA DE VENCIMIENTO		
	SI	NO	TOTAL
SI	120	83	203
%	63.5	49.4	57.0
NO	69	85	154
%	36.5	50.6	43.0
TOTAL	189	168	357
%	53.0	47.0	100.0

$p > 0.0001$

El 63.5% que guarda los medicamentos en casa, revisa la fecha de vencimiento antes de consumirlos y el 49.4% que guarda los medicamentos, no la revisa. (Tabla 7).

11.-Efectos nocivos

N=296



Con respecto a los efectos nocivos del (o los) medicamento(s), con el cual, se automedicaban, el 85.2% mencionó no conocer los efectos nocivos, mientras que el 14.8% manifestó correctamente al menos uno de los efectos nocivos del medicamento. (Gráfico 3).

12.-Influencia del nivel educacional y el nivel de conocimiento de los efectos nocivos.

Tabla 8. Conocimiento de los efectos nocivos del medicamento, estratificado por nivel educacional.

ESTUDIOS	CONOCE LOS EFECTOS NOCIVOS	NO CONOCE LOS EFECTOS NOCIVOS	TOTAL
BASICA COMPLETA	8	27	35
%	18.6	10.7	11.8
BASICA INCOMPLETA	7	152	159
%	16.3	60.1	53.7
MEDIA COMPLETA	9	34	43
%	20.9	13.4	14.5
MEDIA INCOMPLETA	7	35	42
%	16.3	13.8	14.2
TECNICA O UNIVERSITARIA	12	5	17
%	27.9	2.0	5.7
TOTAL	43	253	296
%	14.5	85.5	100.0

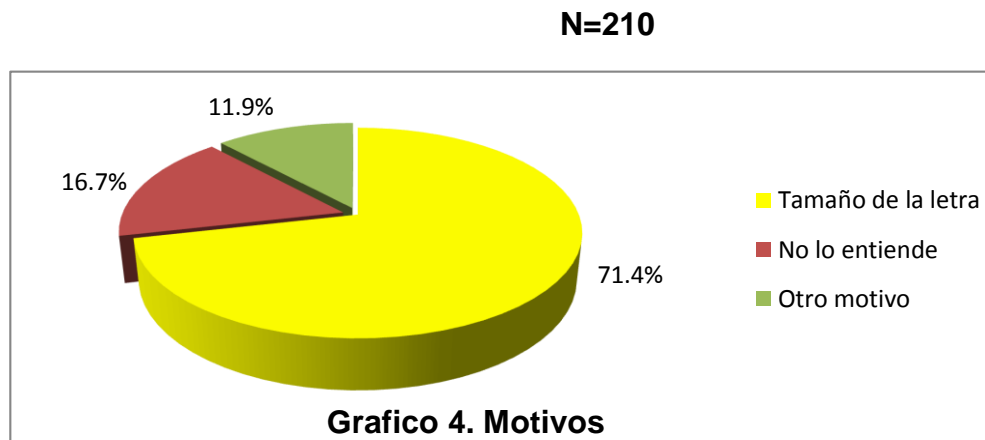
$p < 0.0001$

Quienes no conocen los efectos nocivos, el 60.1% posee enseñanza básica incompleta y solamente el 2.0% posee estudios técnicos o universitarios. (Tabla 8).

13.-Lectura del prospecto del fármaco

Un total de 147 personas (41.1%) indicó leer el prospecto cuando este viene junto al medicamento, mientras que 210 personas (58.9%) mencionó no leerlo.

14.-Motivos por el cual no leen el prospecto



De 210 personas que no leen el prospecto, un 71.4% mencionó no realizarlo debido a que la letra era muy chica; un 16.7% porque no lo entiende y un 11.9% indicó otros motivos. (Gráfico 4).

15.-Influencia del nivel educacional en la lectura del prospecto

Tabla 9. Lectura del prospecto, estratificado por nivel educacional de la población

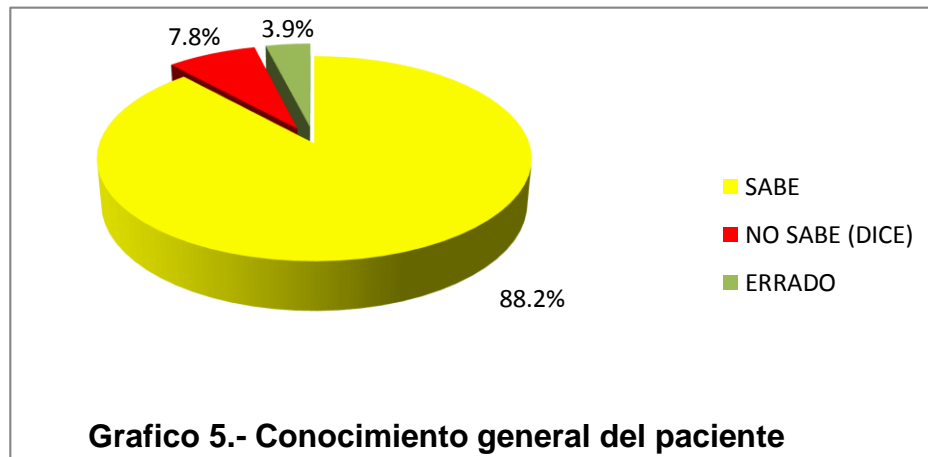
ESTUDIOS	LECTURA DEL PROSPECTO		
	NO	SI	TOTAL
BASICA COMPLETA	32	22	54
%	15.2	15.0	15.1
BASICA INCOMPLETA	148	34	182
%	70.5	23.1	51.0
MEDIA COMPLETA	15	21	36
%	7.1	14.3	10.1
MEDIA INCOMPLETA	12	56	68
%	5.7	38.1	19.0
TECNICA O UNIVERSITARIA	3	14	17
%	1.4	9.5	4.8
TOTAL	210	147	357
%	58.8	41.2	100.0

$p < 0.0001$

De 210 personas que no leen el folleto, un 70.5% presentaba estudios básicos incompletos, un 15.2% básica completa, un 7.1% y 5.7% media completa e incompleta respectivamente. En cambio, las personas que si leen el folleto, un 38.1% tiene estudios medios incompletos y un 14.3% estudios secundarios completos. (Tabla 9).

16.-Conocimiento general del medicamento utilizado

N=357



En cuanto al conocimiento general del medicamento, se evaluó principalmente si los adultos mayores conocían la acción del medicamento. Un 88.2% mencionó acertadamente para que se utilizaba el medicamento, un 7.8% indicó no tener conocimientos y en un 3.9% estos eran errados (Gráfico 5).

17.-Análisis de la solicitud de información y el conocimiento general del medicamento

Tabla 10. Nivel de conocimiento del medicamento versus la persona a quien solicita ayuda en la farmacia

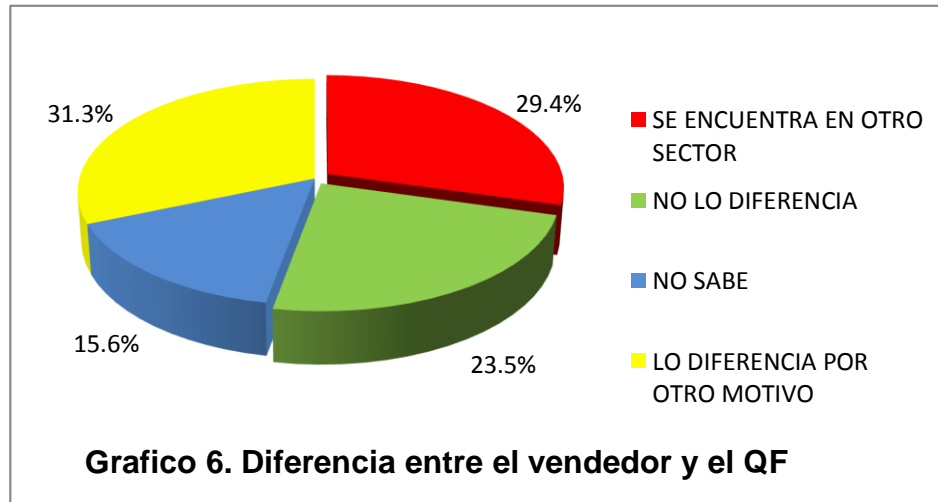
CONOCIMIENTOS	NO NECESITA	QF	VENDEDOR	TOTAL
ERRADO	11	1	2	14
%	5.1	2.9	1.9	3.9
NO SABE (DICE)	8	13	7	28
%	3.7	37.1	6.7	7.8
SABE	198	21	96	315
%	91.2	60.0	91.4	88.2
TOTAL	217	35	105	357
%	60.8	9.8	29.4	100.0

$p < 0.0001$

La gran mayoría que posee algún conocimiento del medicamento no necesita ayuda al momento de comprar un medicamento (91.2%), mientras que los que dicen no saber del medicamento un 37.1% y 6.7%, consulta con el QF y vendedor respectivamente. (Tabla 10)

18.-Diferencia entre el vendedor y el QF

N = 357



Al consultar, si en la farmacia diferenciaban al vendedor de el QF, un 29% dijo que lo diferenciaban porque el QF se encontraba en otro sector, en un lugar determinado, un 31.3% indicó otros motivos, un 23.5% no los diferencia y un 15.6% dijo no saber (Gráfico 6).

19.-Conocimiento de la preparación del vendedor de farmacia

El 29.5% mencionó no conocer la preparación del vendedor, en cambio el 70.5% dijo que los preparaban o capacitaban para realizar su trabajo.

20.-Reconocimiento del QF en una farmacia

Al consultar si reconocían al encargado en una farmacia, el 51% dijo no saber. En cambio, el 49% si reconocía al QF y el rol que este cumple en una farmacia.

21.-Conocimiento de la presencia del QF en la farmacia y como lo diferencia con los auxiliares de farmacia

Tabla 11. Reconocimiento del QF y como lo diferencia

COMO LO DIFERENCIA	EXISTENCIA DEL QF		
	SABE	NO SABE	TOTAL
SE ENCUENTRA EN OTRO SECTOR	77	28	105
%	44.0	15.4	29.4
NO LO DIFERENCIA	54	30	84
%	30.9	16.5	23.5
NO SABE	25	31	56
%	14.3	17.0	15.7
LO DIFERENCIA POR OTRO MOTIVO	19	93	112
%	10.9	51.1	31.4
TOTAL	175	182	357
%	49.0	51.0	100.0

$p < 0.0001$

El 44% de los encuestados que sabe de la existencia del QF en la farmacia, lo diferencia con el vendedor debido a que se encuentra en otro sector y un 10.9% lo diferencia por otro motivo. (Tabla 11).

22.-Medicamentos más solicitados sin prescripción médica por la población encuestada

Tabla 12. Medicamentos más solicitados sin prescripción médica

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARACETAMOL	275	12.1
IBUPROFENO *	254	11.2
CALCIO	223	9.8
ASPIRINA (ACIDO ACETIL SALICILICO) *	215	9.5
TAPSIN	165	7.3
RANITIDINA	115	5.1
METAMIZOL (DIPIRONA) *	103	4.5
ASPIRINA 100 (AAS 100)*	95	4.2
MULTIVITAMINICO	87	3.8
DICLOFENACO *	84	3.7
HIDROXIDO DE ALUMINIO	83	3.7
CLOTRIMAZOL (CREMA)	81	3.6
LOPERAMIDA	81	3.6
ACIDO MEFENAMICO *	79	3.5
KETOPROFENO *	75	3.3
SAL DE FRUTA	73	3.2
MELOXICAM *	67	3.0
TE PECTORAL	33	1.5
VIADIL	31	1.4
ARMONYL	8	0.4
CLORFENAMINA	7	0.3
MIGRANOL	7	0.3
SALBUTAMOL	5	0.2
ARNIKADERM	4	0.2
LORATADINA	4	0.2
MUXOL (AMBROXOL)	4	0.2
ALOELAX	3	0.1
NEFERSIL (CLONIXINATO DE LISINA) *	2	0.1
CIRUELAX	2	0.1
CLORMEZANONA	2	0.1
OXOLAMINA	2	0.1
AGUA DE MATICO	1	0.04
TOTAL	2270	100.0

*(AINES)

DISCUSIÓN

La AM es un fenómeno creciente siendo un problema potencial de salud pública, especialmente en la población geriátrica. El estar consciente de su magnitud y de los factores que favorecen su desarrollo es fundamental idear futuras estrategias para reducir este fenómeno o transformarla en más racional.²⁹

El primer grupo de factores que se abordaron fueron las características sociodemográficas de los individuos encuestados, donde las variables edad y género, no fueron relevantes en este estudio, debido a que se clasificó a una población de edad determinada (mayor a 58 años) (ver gráfico 1) y la elevada frecuencia de mujeres, se debió a que en todos los clubes de adulto mayor donde se realizaron las encuestas, estaban integrados por mujeres o eran mixtos, quizás explicado sólo por el hecho que eran mayor en número que los hombres. Además, en casi la totalidad de los estudios realizados de AM aquí mencionados²⁻³⁻¹³⁻²⁹⁻³⁰⁻³¹⁻³², las mujeres fueron quienes más se automedicaron. En cambio, la variable nivel educacional si fue relevante, la cual se explica más adelante y la relación con otros factores que en conjunto permiten conocer más aún este fenómeno (ver tablas 8 y 9). Solamente el 10.1% posee estudios secundarios completos y 4.8% estudios técnicos o universitarios (ver tabla 1), lo que da cuenta del bajo nivel educacional, por parte de los encuestados. Esto quizás se puede explicar debido a que cuando ellos eran jóvenes o niños, no se consideraba a la educación como prioritaria en las familias de clase media y baja chilena.

Para determinar la práctica de AM en el total de los encuestados, se clasificó como la proporción que “no se automédica” a quienes adquirieron medicamentos con o sin receta médica, pero con prescripción primaria para su tratamiento farmacológico por una patología de base. El resto se clasificó como “se automédica” y corresponde a aquellos que presentan o no una patología de base que adquirieron medicamentos sin prescripción para molestias o síntomas

musculares por causa de ejercicios, síntomas gripales, trastornos digestivos, entre otros. En la sociedad chilena, por diversos motivos como el costo de la consulta médica, las personas cuando consideran que las molestias que padecen no las consideran graves tienden a adquirir fármacos por su cuenta para solucionar dichas molestias.

La frecuencia de AM encontrada fue de un 82.9%, que supera en gran medida a estudios realizados en el adulto mayor en México, en la Universidad Autónoma de Chiapas²⁹, que reveló una frecuencia de AM de 53.5%. Un estudio realizado en Cuba³³, reveló una frecuencia de 60.7%. En otro estudio de AM realizado en Chile¹³, el rango de edad entre 55-64 años tuvo una frecuencia de 76% y de 68% en mayores a 65 años. Por último un estudio realizado en Wales e Inglaterra³⁰ tuvo una frecuencia de 75% en el rango de edad entre 65-74 años y de 84% sobre 75 años, cifra que se asemeja bastante a este estudio.

Los motivos más frecuentes por el cual se automedicaron, fueron: el no ser agradable ir al médico, conocer los efectos de los medicamentos que adquirirían y por comodidad (ver tabla 2). Estos resultados coinciden con un estudio realizado en la Universidad Austral de Chile³, donde uno de los motivos más frecuentes para automedicarse fue la comodidad, que evita pedir hora al médico. El conocimiento de los medicamentos que adquirirían para manejar las molestias presentadas, es otro de los motivos que exhibe mayor frecuencia en un estudio realizado en Perú¹⁶ y coincide con los resultados obtenidos en este estudio. Sin embargo, cabe mencionar que estos estudios se realizaron en la población en general, sin exclusión de edad.

Al consultar su opinión en relación con la AM, la gran mayoría mencionó que era malo para la salud de la comunidad, debido a las consecuencias y daños a la salud de las personas (ver tabla 4). A pesar del amplio empleo que se realiza de ella, es una opción rápida para poder aliviar síntomas leves que se presentan de improviso, especialmente dolor en general. Esto

coincide con un estudio realizado en España³¹ sin exclusión de edad, donde la gran mayoría considera que la AM es una práctica correcta sólo cuando el proceso de enfermedad sea de poca gravedad y siempre que sea de manera responsable.

La influencia de terceros en la recomendación del medicamento no incide de manera significativa en su decisión para la práctica de AM. Esto coincide con otros estudios realizados, pero sin exclusión de edad³⁻³⁴. En cambio, la recomendación por sí mismo y la publicidad fueron factores determinantes para esta práctica (ver tabla 5). La publicidad de medicamentos, puede resultar engañosa para el adulto mayor y para la población en general, debido a que en las farmacias (ofertas de la semana) y especialmente en los medios de comunicación, incentivan el consumo de medicamentos, que en su gran mayoría son innecesarios para tratar síntomas leves de una enfermedad. Además, la publicidad puede traer consigo cierta desinformación como no informar todos los efectos, no mencionar los efectos nocivos y precauciones de uso. Incluso puede crear alarmas infundadas o falsas expectativas en relación al potencial curativo de ciertos medicamentos. Los más anunciados son los antigripales, los AINEs, las vitaminas, los antiácidos, los antihistamínicos, los antitusivos, los descongestionantes oculares y los antifúngicos entre otros.

En relación con la acción que realiza cuando siente síntomas o molestias de una enfermedad, un gran porcentaje va al médico, otros ingieren remedios caseros o van a la farmacia y compran algún medicamento (ver tabla 6). A pesar que un gran número de individuos que indicó ir a la consulta médica, se debe considerar que quienes tratan sus síntomas por su cuenta suman un porcentaje considerablemente superior.

En cuanto a la lectura del prospecto un 58.9% de los encuestados mencionó no leerlo. Cuando se consultó el motivo por el cual no leen el prospecto, un gran porcentaje mencionó que el tamaño de la letra era una de las condicionantes para no hacerlo, un menor porcentaje aludió no entenderlo y el

resto indicó otros motivos (ver gráfico 4), como la creencia de tener suficiente conocimiento de los medicamentos que consumen o simplemente no les interesa saber algo más del medicamento. Al analizar la lectura del prospecto con el nivel educacional de la población (ver tabla 9), el 70.5% de las personas que no leen el folleto, poseen enseñanza básica incompleta. De esta relación, que es estadísticamente significativo ($p < 0.05$) se puede expresar que los encuestados con bajo nivel educacional, presentan mayor dificultad por la lectura del prospecto. Es importante mencionar, que casi la totalidad de las personas que tienen estudios técnico y universitario, leen el folleto, siendo el nivel educacional un factor que contribuye a la AM responsable.

El conocimiento que los encuestados tienen de los medicamentos es básico, por este motivo, en este estudio, se consideró como “sabe” a quienes mencionaron acertadamente la indicación del medicamento, que tuvo una frecuencia de 88.2% (ver gráfico 5). La solicitud de información con respecto al medicamento adquirido en la farmacia fue muy baja, ya que el 60.8% de los encuestados no necesita ayuda al momento de comprar un medicamento (ver gráfico 2) y el 91.2% de las personas que tienen un conocimiento del medicamento, no solicita ayuda o consejos al QF o vendedor al momento de comprar un medicamento en la farmacia (ver tabla 10), lo cual es estadísticamente significativo ($p < 0.05$). Es importante mencionar también, que un porcentaje importante de los encuestados que mencionan no tener conocimientos, consulta al QF.

La labor o la existencia del QF en la farmacia es desconocida por el 51.0% de los encuestados, que mencionan no saber quien es el encargado. Incluso pensaban que todas las personas con delantal blanco eran farmacéuticas. La imagen del QF que posee por parte de los encuestados, es una persona inaccesible que no tiene contacto con el público, que se encuentra en un lugar determinado y que siempre esta ocupado. Cuando se consultó como lo diferenciaban con el vendedor, el 23.5% no lo diferencia, el 29.4% mencionan que

se encuentra en otro sector y el 31.3% indicó otros motivos (ver gráfico 6), como la foto del QF en un lugar determinado de la farmacia, la credencial de este y la “chapita” en el delantal. Por lo tanto, existe relación entre las personas que conocen la existencia del QF y como lo diferencian (ver tabla 11), lo cual es estadísticamente significativo ($p < 0.05$).

La gran mayoría de los encuestados conoce la preparación del vendedor. Este resultado contrasta con otro estudio de Automedicación en farmacias comunitarias de Chile³⁴, sin exclusión de edad, en donde, llama la atención el desconocimiento acerca de la preparación del vendedor.

El grupo terapéutico de medicamentos mas solicitados fueron los AINES con una frecuencia de 43%, entre ellos destacan: ibuprofeno, AAS, metamizol, ketoprofeno, clonixinato de lisina, piroxicam y diclofenaco (ver tabla 12). Estos resultados coinciden con un estudio realizado en México²⁹, donde el consumo de AINES reveló una frecuencia de 36.2%. También concuerdan con los obtenidos en diversos estudios llevados a cabo en otros países²⁻³⁻¹³⁻²⁰, sin exclusión de edad. La asociación entre el uso crónico de AINES y daño gastrointestinal está claramente establecida. Es así como al menos el 2% de los usuarios de AINES pueden sufrir efectos adversos graves³⁵. Por ello su empleo indiscriminado e inapropiado puede generar problemas de salud adicionales, a veces bastante graves, a quién busca alivio a un dolor muchas veces banal¹³. El resto de los grupos terapéuticos que tuvo una menor frecuencia de solicitud sin prescripción médica, fueron: antigripales, antiulcerosos, antiyaquecosos, antihistamínicos, antiespasmódicos, laxantes, mucolíticos y expectorantes, antidiarreicos y medicamentos para prevenir enfermedades.

De los principales síntomas que presentaban para adquirir los fármacos que utilizaban los encuestados que incurrían en esta práctica (ver tabla 12), el síntoma más recurrente para la solicitud de medicamentos sin prescripción, fue el dolor de diverso origen (ver tabla 3), siendo el aparato musculo esquelético

el más afectado (ver anexo 4). Esto coincide con estudios realizados en México²⁹ y Cuba³³, donde el dolor es el síntoma que tuvo una mayor frecuencia, al igual que en otros estudios realizados en farmacias comunitarias de Chile³⁻³², sin exclusión de edad.

El 49.4% de los encuestados que guardaba los medicamentos en botiquines de la casa, porque le sobraron de un tratamiento anterior, no revisaban la fecha de vencimiento (ver tabla 7), ya sea por olvido, por su aspecto o porque simplemente creían que estaban en buen estado, lo que puede ser preocupante, en el caso que estos estuvieran vencidos. Del análisis estadístico se obtiene que no hay relación en guardar los medicamentos en casa y revisar la fecha de vencimiento.

La gran mayoría de los encuestados mencionó no conocer los efectos nocivos de los medicamentos (ver gráfico 3) y cuando se relacionó con el nivel educacional, claramente este influye en el conocimiento de los efectos nocivos del medicamento, en donde se observó que el 61% posee educación básica incompleta y no conoce los efectos nocivos de los medicamentos (ver tabla 8), además se observó que solamente el 2% de las personas que no poseen conocimiento de los efectos nocivos de estos, presentan estudios técnicos o universitarios, lo cual es estadísticamente significativo ($p < 0.05$). Esto confirma el desconocimiento que se tiene de los medicamentos por gran parte de los encuestados que poseen un bajo nivel educacional.

Todos los resultados de este estudio se deben interpretar con cierta cautela, debido a que en ocasiones los encuestados al responder el cuestionario se contradecían en algunos aspectos. Sin embargo, la gran mayoría de estos resultados coinciden con otros estudios realizados de AM, ya sea en la población geriátrica o sin exclusión de edad. Cabe destacar, que en Chile se han realizado muy pocos estudios de AM en el adulto mayor y sería importante que se realicen más estudios acerca de esta práctica en grupos etarios determinados, para tener

un mayor conocimiento de este problema de salud. También es importante destacar que los encuestados son personas autovalentes y la gran mayoría con enfermedades crónicas, pero con un tratamiento farmacológico apropiado, con buena salud en general y que participan de las actividades de sus respectivos clubes, lo que puede diferir con otros estudios realizados en la población geriátrica con condiciones de salud diferentes.

CONCLUSIONES

1. La automedicación en el adulto mayor es elevada y los factores que influyen en ella son variados, por lo tanto, el conocimiento de ello, permite la utilización de herramientas para lograr erradicarla ó tender a una AM responsable.
2. La gran mayoría de la población geriátrica realiza esta práctica en forma irresponsable, pues no cuentan con la información necesaria para utilizar los medicamentos de venta de libre dispensación.
3. Los síntomas más recurrentes, para los cuales los encuestados adquirieron medicamentos sin prescripción, fueron el dolor en general, problemas digestivos y resfrío común.
4. Los encuestados incurren en esta práctica por distintos motivos, entre ellos destacan, la creencia de conocer los efectos de los medicamentos que adquieren, no les agrada ir a la consulta médica y por comodidad.
5. Existe cierta concordancia entre la dolencia y el fármaco solicitado y las mujeres son las más propensas a la automedicación.
6. Los medicamentos más solicitados por aquellos que se automedican corresponden al sistema músculo esquelético y aparato digestivo.
7. La influencia de terceros es baja en el proceso de automedicación, ya que la recomendación de medicamentos por amigos o familiares es mínima. Sin embargo, la publicidad y la decisión propia fueron los factores más influyentes.

8. La gran demanda de AINEs para aliviar el dolor de origen diverso, genera problemas digestivos serios con su uso indiscriminado.

9. El incentivar a los encuestados y a toda la población por consultar al QF en la farmacia respecto a los medicamentos es un factor importante, debido a que la información entregada es veraz, confiable, oportuna y permite incrementar el conocimiento farmacológico. Además se logra con esto, posicionar al farmacéutico comunitario como educador sanitario respecto a medicamentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. 1999. Guía de uso racional de medicamentos. <http://www.minsal.cl> (pagina visitada el 12 de noviembre del 2009).
2. Alfonso G., T.1999. El Rol del Farmacéutico en Automedicación. Uso de Medicamentos: análisis desde la Experiencia en España. *Pharm Care Esp* 1:157-164.
3. Fuentes K y Villa L. 2008. Analysis and quantification of self-medication patterns of customers in community pharmacies in southern Chile. *Pharm World Sci* 30:863-868.
4. Hamel MJ, Odhacha A, Roberts JM, & Deming MS. 2001. Malaria control in Bungoma District, Kenya: a Surrey of home treatment of children with fever, bed net use and attendance at antenatal clinics. *Bull WHO* 79:1014-1023.
5. Blenkinsopp A, Bradley C. 1996. Patients, society, and the increase in self medication. *Br Med J* 312: 629-632.
6. OMS Ginebra. 2002. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. WHO/EDM/2002.3.
7. World Health Organization. 1998. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. In: Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacists, The Hague, The Netherlands, 26-28 August. World Health Organization Document WHO/DAP/98.13.
8. Laporte JR, Castel JM. 1992. El médico ante la auto-medicación. *Med Clin (Barc)* 99: 414-416.
9. Gray NJ, Cantrill JA, & Noyce PR. 2002. Health repertoires: An understanding of lay management of minor ailments. *Patient Education and Counselling* 47:237-244.

10. González J, Martín E, Ruiz D, Arrebola M, De la Cruz J. 2004. Ética de la prescripción, perspectivas desde la atención primaria. *Actualidad en Farmacología y Terapéutica* 2(4): 247-257.
11. International Pharmaceutical Federation (FPI), World self-medication Industry (WSMI). Declaración conjunta por la Federación Farmacéutica y la Industria Mundial de la automedicación responsable. Junio, 1999.
12. Pinos N, Miasso A, Tirapelli C. 2008. Consumo de benzodiazepinas sin prescripción médica en los/as estudiantes de primer año de la escuela de enfermería de la Universidad de Guayaquil, Ecuador. *Rev Latino-am Enfermagem maio-junho*; 16.
13. Riedemann JP, Illesca M, & Droghetti J. 2001. Self medication among patients with musculoskeletal symptoms. *Rev Med Chil* 129:647-652.
14. Stoelben S, Krappweis J, Rossler G, & Kirch W. 2000. Adolescent's drug use and drug knowledge. *European Journal of Pediatrics* 159:608-614.
15. Campbell MA, & McGrath PJ. 1997. Use of medication by adolescents for the management of menstrual discomfort. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 151:449-455.
16. Herrera J. 2003. Manual de farmacia clínica y atención farmacéutica, Editorial Elsevier, España.
17. Bikas K, Campos N, Callejas M, Faus M. 2003. Detección de problemas relacionados con los medicamentos en pacientes ambulatorios y desarrollo de instrumentos para el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim farmacoter* 1: 40-57.
18. Fernández GN, Díaz AD, Pérez HB. 2002. Polifarmacia en el anciano. *Acta Médica* 10; 1-2
19. Blasco PF, Martínez L, Villares P. 2004. Estudio piloto sobre el consumo de fármacos en ancianos que ingresan en un hospital. *An Med Interna (Madrid)* 21: 69-71

20. Llanos ZL, Contreras RC, Velásquez UJ, Mayca JP, Lecca LG, Peinado JR. 2001. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Rev Med Hered.* 12; 127-133.
21. Stockton P, Jones JK. 1993. Medication use by the elderly. *Aging (Milano)* 5; 337-347.
22. García G. 2002. Problemas Relacionados con Medicamentos en Geriatría. Diplomado en Geriatría y Gerontología. INTA.
23. Hardon A, Hodgkin C, Fresle D. 2004. Como investigar el uso de medicamentos por parte de los consumidores. Organización Mundial de la Salud y Universidad de Amsterdam.
24. Caamaño F, Figueiras A, Gestal-Otero J. 2001. Condicionantes de la prescripción en atención primaria. *Atención Primaria* 27:43-48.
25. Bradley C, Riaz A, Tobias R, Kenkre J, Dassu D. 1998. Patient attitudes to over-the-counter drugs and possible professional responses to self-medication. *Family Practice* 15:44-50.
26. WHO/DAP (World Health Organization/Action programme on Essential drugs). 1992. How to investigate drug use in communities. WHO/DAP. Geneva: WHO/DAP.
27. Le Grand A, Hogerzeil H, Haijer-Rusk F. 1994. Intervention research in rational use of drugs: A review. *Health Policy and Planning* 14(2): 89-102.
28. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 1975. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12: 189-198.
29. Ruiz F, Briones A, Figueras A. 2009. Self-medication in older urban mexicans. *Drugs Aging* 26 (1): 51-60.
30. Chen YF, Dewey ME, Avery AJ. 2001. Self-reported medication use for older people in England and Wales. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 26, 129-140

31. Tizón E y Vazquez R. 2006. Automedicación en el personal de enfermería hospitalaria. *Enferm Clin* 16(4):210-213.
32. Varas F y Villarroel ME. 2009. La automedicación en farmacia comunitaria. Tesis para optar al título de Químico-Farmacéutico. Universidad de Valparaíso.
33. Santana O, Bembibre R, García R y González E. 1998. Efectos sobre la salud del anciano en cuanto a alteraciones en la medicación. *Rev Cubana Med Gen Integr* 14(4): 316-319
34. Tobón, F. 2002. Estudio sobre automedicación en la Universidad de Antioquia. *Iatreia* 15(4): 242-247.
35. Fries JF. 1991. NSAID gastropathy: the second most deadly rheumatic disease? *Epidemiology and risk appraisal. J Rheumatol.* 18: 6-10

ANEXOS

Anexo N° 1

•Ficha de Datos Personales

I- Características sociodemográficas

* Edad _____ *Género: M F

* Estudios: Ens. Básica ___ completa ___ incompleta ___
 Ens. Media ___ completa ___ incompleta ___
 Superior ___ Técnico ___ Universitario___

Anexo N° 2

•Cuestionario de recolección de información

I- Identificación Patrones de Automedicación

1- Identificación del medicamento Utilizado

- a) Nombre Comercial _____
 b) Nombre genérico _____

2- Causal por la cual utiliza el medicamento

Principales síntomas _____

3- Recomendación del medicamento

- a) ____ Usted mismo
 b) ____ Antigua prescripción
 c) ____ Familiares
 d) ____ Amigos, vecinos
 e) ____ Publicidad
 f) ____ Otro _____

4- Motivo por el cual se automedica

- a) ____ falta de tiempo
 b) ____ motivos económicos
 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) ____ otro _____

II- Nivel de conocimiento del paciente sobre los efectos del medicamento.

5. Conocimientos generales sobre el medicamento utilizado: _____

6- ¿Conoce los efectos nocivos que posee este medicamento?

7. Cuando usted siente algún tipo de molestia y/o enfermedad, ¿Qué hace primero?

- a) ___ va al medico
- b) ___ va a la farmacia y compra algún medicamento
- c) ___ va a la farmacia y consulta con el vendedor
- d) ___ va a la farmacia y consulta con el QF
- e) ___ toma remedios caseros
- f) ___ nada
- g) ___ otro _____

8. ¿Es primera vez que compra este medicamento sin prescripción médica?

9. ¿Antes ha comprado algún otro medicamento sin prescripción médica?

10. ¿Guarda los medicamentos que posee en casa?

11. ¿Les revisa la fecha de vencimiento antes de consumirlos?

Si ___ No ___

12. Cuando se administra un medicamento sin prescripción médica ¿lee usted el prospecto?

Si ___ No ___

13. ¿Por qué no lo lee?

Tamaño de la letra ___

No lo entiende ___

Otro motivo ___

14. ¿Qué piensa de autoprescribirse un medicamento?

- 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 que efecto pueda tener
- f) ___ otro _____

15. Al solicitar un medicamento sin receta, ¿usted se orienta con la ayuda de la(s) siguiente(s) persona(s)?:

- a) _____ vendedor

- b) _____ Químico Farmacéutico
- c) _____ no necesita ayuda

16. ¿Ud. conoce la existencia de un QF en la farmacia?
Si ___ No ___

17. ¿Cómo diferencia al vendedor del QF?

- a) _____ se encuentra en otro sector
- b) _____ no lo diferencia
- c) _____ no sabe
- d) _____ lo diferencia por otro motivo

18. ¿Sabe la preparación que tiene un vendedor de farmacia? _____

Anexo N° 3

Minimental State Examination (MMSE)

1. Orientación: (0- 10)

Temporal:

Fecha (1) ___ mes (1) ___ día semana (1) ___ año (1) ___ estación (1) ___
(0-5) ___

Espacial:

Lugar (1) ___ piso (1) ___ ciudad (1) ___ comuna (1) ___ país (1) ___
(0-5) ___

2. Repetición inmediata: (0-3)

“Le voy a nombrar 3 palabras. Quiero que las repita después de mí. Trate de memorizarlas, pues se las voy a preguntar en 1 minuto más”. ARBOL MESA PERRO

Número de repeticiones: _____(máximo 6 veces en total) (0-3) ___

3. Atención y cálculo: (0-5) (*Anotar el mejor puntaje)

Serial 7:

(100 menos 7) 93- 86- 79- 72- 65

(hacer check en cada respuesta correcta) (0-5) ___

Deletrear MUNDO al revés: O ___ D ___ N ___ U ___ M___ (0-5) ___

4. Memoria (0-3)

Pedir que repita las 3 palabras previas, dar 1 punto por cada respuesta correcta.
(0-3) ___

5. Lenguaje (0- 9)

Mostrar un LAPIZ ___ y un RELOJ ___ (el paciente debe nombrarlos) (0-2) ___

Repetir una frase (0-1) ___

Orden: “Tome este papel con su mano derecha, dóblelo por

la mitad con ambas manos, y déjelo en el suelo”

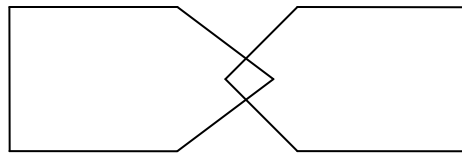
(0-3) ____

Leer y obedecer: “cierre los ojos”

(0-1) ____

Escribir una frase (con sujeto, verbo, predicado)

(0-1) ____



Copiar los pentágonos = (0-1) ____

Puntaje total: ____/30

(Punto de corte: < 24 sugiere demencia (en una persona con educación completa))

Anexo N° 4

Distribución de los fármacos utilizados sin prescripción de acuerdo a la clasificación ATC

	Clasificación ATC	Frecuencia	Porcentaje
A	Aparato Digestivo	357	14.7
B	Sangre y órganos hematopoyéticos	417	17.1
C	Aparato cardiovascular	-	-
D	Dermatología	81	3.3
G	Aparato genitourinario	31	1.3
H	Hormonas de uso sistémico, excepto las sexuales	-	-
J	Antiinfecciosos por vía general	-	-
L	Terapia antineoplásica	-	-
M	Aparato músculo esquelético	1325	54.4
N	SNC	15	0.6
P	Parasitología	-	-
R	Aparato respiratorio	209	8.6
S	Órganos de los sentidos	-	-
V	Varios	-	-
	TOTAL	2435	100.0