



**Carrera de Psicología**

**“Representaciones Sociales de los Adultos Mayores sobre, la  
Automedicación, la Medicación y los Profesionales de la Salud”**

**Profesor Guía : Alvaro Zamora.**  
**Metodólogo : Gino Grondona O.**  
**Profesor Informante : María Lertora.**  
**Alumnos : Angela Urrea J.**  
**Claudio Arroyo A.**

**Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología**

**Tesis para optar al título de Psicólogo**

**Santiago, Marzo 2006.**

## RESUMEN

A partir de un enfoque social a través de las Representaciones Sociales se abordó la construcción del estudio, sobre una muestra no probabilística e intencionada de 10 Adultos Mayores, que padecen de enfermedades crónicas (Cardiovasculares y Diabetes Millitius). Los entrevistados en cuestión se atienden en el programa del Adulto Mayor del Centro de Salud San José de Chuchunco de la comuna de Estación Central.

Esta investigación se ha realizado con el propósito de dar a conocer las Representaciones Sociales que aparecen en el discurso de los Adultos Mayores, en relación con los fenómenos de la Automedicación, la Medicación y los Profesionales de Salud. Para acceder a las Representaciones Sociales de estos sujetos se utilizó como instrumento la Entrevista abierta Semi Estructurada.

A partir de los resultados podemos reflexionar en base a las subjetividades de los sujetos que se interconectan en función de las subcategorías empleadas, las que plantean visiones frente a los fenómenos antes mencionados. Por una parte aparece la construcción de una Representación Social donde se manifiesta y reafirma la vulnerabilidad que existe hacia las prácticas de la Automedicación y Medicación y por otra, dichas prácticas se realizarían exclusivamente por la falta y entrega de educación ,conocimiento, información y atención oportuna .

Por lo cual, nos parece de gran aporte argumentar que los Adultos Mayores incorporan y realizan estas practicas debido a la Ineficiencia por parte del Centro de Salud y la falta de compromiso de algunos Profesionales. Lo que sustenta que aún en el Centro de Salud se entrega una atención bajo los lineamientos del Modelo Biomédico, donde sólo se prioriza las enfermedades y su sintomatología y no lo que realmente necesita la persona. En este caso, es fundamental comprometer y sensibilizar al Equipo de Salud en general, incentivarlos a ver la salud desde otra mirada, una atención integral arraigada desde los aspectos biológicos, sociales y psicológicos. Basada en el compromiso, en la entrega de

información y educación, por medio de implementación de programas de seguimiento, talleres educativos y una atención personalizada.

De esta manera se respondería a las necesidades sentidas y se entregaría un rol activo a los Adultos Mayores, que si están interesados en mejorar su condición de vida.

Siendo estas dos miradas válidas, la propuesta que plantea esta investigación, sea la apertura de un espacio que incorpore un nuevo paradigma de trabajo en la salud, donde la atención otorgada al Adulto Mayor, no sea por una dolencia o un malestar específico; sino a la persona como tal, que trae consigo un universo de aspectos a considerar.

Finalmente, incorporar en la calidad de atención los fundamentos de: Prevención, Educación y Rehabilitación en la salud.

## AGRADECIMIENTOS

*A mis hijos, mi mayor inspiración.*

*A mi madre, por darme la vida, valores y enseñarme a luchar cuando mas lo necesite.*

*Ai mi amor Gonzalo, por tu paciencia, confianza y compromiso.*

*A mi hermana y sobrino por su cariño y apoyo.*

*A mi padre, por darme la vida.*

*A mis compañeras de trabajo por el apoyo incondicional.*

*A mis profesores por los conocimientos entregados.*

*A todos los Adultos Mayores por su tiempo y gentileza.*

*A todos los que sin ser nombrados estuvieron presentes.*

*A Dios, por darme esta gran oportunidad.*

*Angela.*

*Agradezco a mi familia que es mi fuente de existencia*

*Agradezco a mi amor Nadia, por su apoyo incondicional y comprensión*

*Agradezco a mis hijos Lucas y Matías que estén siempre a mi lado*

*Agradezco a mis padres por darme valores que siempre me han guiado*

*Agradezco a mi hermano, por estar siempre conmigo*

*Agradezco a mis amigos, por levantarme en cada caída*

*Agradezco a todos que no sean mencionados, pero si forman algo importante.*

*Claudio.*

**LA VEJEZ NO TERMINA CON LA MUERTE SI NO CON EL OLVIDO**

**(G. MARQUEZ)**

**¡GRACIAS!**

## INDICE

	Pág.Nº
<b>1. INTRODUCCION</b>	
Planteamiento del problema: Antecedentes.....	6-13
Formulación del Problema y pregunta de Investigación.....	13-15
Aportes y Relevancia de La Investigación.....	15-17
<b>2. OBJETIVOS</b>	
Objetivo General .....	17
Objetivo Especifico.....	17
<b>3. MARCO TEORICO</b>	
3.1. Concepto de Representación Social.....	18-19
3.2. Componentes de las Representaciones Sociales.....	19
3.2.1. Construcción de una Representación Social.....	19-21
3.2.2. Características de las Representaciones Sociales.....	21
3.2.3. La función de la Representación Social.....	21-23
3.3. La Vejez.....	23-26
3.4. Aspectos Biológicos.....	26-28
3.4.1... Cambios físicos observables.....	28-30
3.4.2. Relación existente entre Envejecimiento y Enfermedad.....	30-32
3.5. Aspectos Sociales de la Vejez.....	32
3.5.1. El Condicionamiento Cultural de la Vejez.....	32-35
3.5.2. Imagen Social de los Adultos Mayores.....	35-36
3.5.3. Redes Sociales.....	36
3.5.4. Cambios Sociales en los Adultos Mayores.....	36-42
3.6 . Aspectos Psicológicos.....	42
3.6.1. La Psicología y el Envejecimiento.....	42-44
3.6.2. Cambios del Adulto Mayor a nivel Psicológico.....	44-47
3.6.3 Adaptación a la Vejez y a la calidad de Vida.....	47-50

3.7. Los Ser. De Salud hacia el proceso de Salud y Enfermedad.....	50-52
3.7.1. Enfoque Biomédico y/o Biopsicosocial.....	52-55
3.8. El Concepto de Medicación.....	55-61
3.8.1. Fármacos en el Adulto Mayor.....	61-63
3.8.2. Reacción Adversa a los Fármacos.....	63-64
3.8.3. Como Prescribir para no contraer R. Adversas.....	64-65
3.9. El Concepto de Automedicación.....	65-66
3.9.1. Automedicación Responsable.....	66-67
3.9.2. Educación en los Adultos Mayores.....	67-69

#### **4. MARCO METODOLOGICO**

Paradigma Metodológico.....	70-71
Tipo de Investigación y Diseño.....	71-72
Delimitación del Campo de Estudio.....	72-73
Métodos y Técnicas de Recolección de Información.....	73-74
Procedimiento de Trabajo.....	74-76
Definición de Matriz.....	77-78

#### **5. RESULTADOS Y ANALISIS**

5. Resultados Y Análisis.....	78-79
5.1 Análisis Descriptivo de la Información.....	79-92
5.2. Análisis Interpretativo de la Información.....	92-102

#### **6. DISCUSION Y CONCLUSIONES.....102-107**

#### **7. SUGERENCIAS.....108-109**

#### **8. BIBLIOGRAFIA.....110-112**

#### **ANEXOS**

Anexo 1: Pauta de preguntas para Entrevista.....	1-2
Anexo 2: Codificación de Citas Textuales.....	3-23
Anexo 4: Matriz de Citas Textuales.....	24-44
Anexo 5: Entrevistas Individuales.....	45-108

## 1. INTRODUCCION

El Envejecimiento, es un PROCESO, es decir una serie de fenómenos o hechos que van ocurriendo en forma continua a través del tiempo en todos los seres vivos, es parte normal del ciclo vital o de la vida. Este proceso comienza ya en nuestra vida intrauterina, y nos va a acompañar hasta el momento de nuestra muerte, por tanto un proceso normal. Consiste en una serie de cambios, biológicos, del cuerpo y sus órganos o sistemas, como el aparato respiratorio, y otros; psicológicos, como la memoria, las respuestas emocionales, y sociales, como es la condición del paso de trabajador activo, a jubilación, o de mamá a abuela.<sup>1</sup>

De esta manera, podríamos referir que es extraordinariamente dinámico y cambiante, es diferente de una especie a otra, por ejemplo el envejecimiento de las plantas; si lo comparamos con el envejecimiento de los diferentes animales, y con el ser humano, observamos que, cada uno tiene tiempos y formas diferentes, y en el caso de las personas aún teniendo la misma edad.

Por consiguiente, el envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de vida. Pese a que este proceso nos acompaña durante toda la vida, éste se hace más notorio o más marcado después de la segunda mitad del tiempo de vida considerado como el límite máximo de vida para el ser humano de 120 años, siendo más notorio en nosotros a contar de los 70, 75 años.

Sin embargo no todas las personas envejecen de la misma forma, la evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Por tanto, la característica

---

<sup>1</sup> Boletín informativo N° 49 Julio 2005. Servicio Nacional del Adulto Mayor.

principal del proceso del envejecimiento esta dada por. El requerimiento de un mayor tiempo para adaptarse a un cambio, Biológico Psicológico, o Social.<sup>2</sup>

## 1.2. Aspectos Sociodemográficos de la Vejez.

### a) La vejez en el mundo.

Se estima que la población mundial ha superado los 6 mil millones de personas de acuerdo a los organismos internacionales especializados en estos temas, la población del mundo seguirá aumentando a unos 9 mil millones en el año 2.050 y podría acercarse a los 10 mil millones en el 2.150.

Cuadro N° 1  
Tamaño de la Población (millones).<sup>3</sup>

<b>Población</b>	<b>1950</b>	<b>2000</b>	<b>2050</b>
Chile	6	15	22
América Latina y el Caribe	167	519	809
Mundo	2.521	6.055	8.909

Asimismo, estamos siendo testigos de un hecho mundial sin precedentes. Nunca antes tanta gente había vivido tantos años. Llegar a viejos, hasta hace poco era una ventaja solo alcanzable para los países desarrollados; hoy constituye un beneficio común.

El tema del envejecimiento se ha convertido en uno de los temas globales decisivos que determinara el futuro de las sociedades del mundo. Así fue planteado en la Asamblea Mundial del Envejecimiento, ocurrida en Madrid, España en el mes de abril del 2002. En este importante evento, al cual Chile asistió, los gobiernos se suscribieron al nuevo Plan Internacional de Acción sobre

<sup>2</sup> Help Age internacional. "Estado mundial de las personas mayores 2002".

<sup>3</sup> Fuente: Naciones Unidas, CELADE; estimaciones y proyecciones vigentes en 2000.

el Envejecimiento. Pero la aprobación de este es solo el inicio de un proceso. Lo fundamental es cómo se implementará y monitoreará el plan.

En 1950, cerca de 200 millones de personas en el mundo eran mayores de 60 años, en el 2000, esta cifra se habría triplicado a 600 millones. Para el 2050, 2.000 millones de personas tendrán más de 60 años.

La proporción cada vez mayor de personas mayores en la población mundial se debe a una combinación del aumento masivo de la esperanza de vida y la reducción de la fertilidad.

#### **b) La vejez en Chile.**

Según la encuesta Casen del Ministerio de Planificación y Coordinación, MIDEPLAN, tomada el año 2000, la población Adulto Mayor alcanza en números absolutos a 1.6454.252 personas, equivalente al 11% de la población total que llega a 15. 003.753.

Por sexo la población Adulto Mayor esta constituida por 713. 057 hombres y por 932.195 mujeres, las que superan a los hombres en 13,4 puntos porcentuales. Se confirma así la persistencia y la consistencia del dato del mayor numero de mujeres envejecidas comparado en el de hombres envejecidos. Como se sabe, la referencia de la mayor longevidad de las mujeres constituye una de las condiciones universales de la gerontología social.

Ese mismo año, había aproximadamente 36 adultos mayores por cada cien menores de 15 años, es decir, el doble de los que había en 1950. Y los de hoy representan la mitad de los 70 adultos mayores que habrá en el año 2020.

**Cuadro N° 2**  
**Distribución de la población según**  
**Tramo de edad y sexo 2000.<sup>4</sup>**

<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
0 - 59	Hombres	6.641.276	49,3	
	Mujeres	6.717.223	50,3	
	Total	13.358.501	100,0	
<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Numero</b>	<b>%</b>	
60 años y más	Hombres	713,057	43,3	
	Mujeres	932,195	56,7	
	Total	1.645.252	100,0	
<b>Total</b>	Hombres	7.354.335	49,0	
	Mujeres	7.649.416	51,0	
	Total	15.003.753	100,0	

En nuestro país entre 1950 y 2000, la esperanza de vida al nacer aumento de 52 a 75 años (78 para las mujeres y 74 años para los hombres), la fecundidad descendió de 6 a 2,7 hijos por mujer y la tasa media anual de crecimiento de la población se redujo de 2,7 % a 1,5%.

Por otra parte, la población chilena mayor de 60 años equivale hoy en día a 1.658.066 personas, es decir un 10,63 % de la población total. Es importante resaltar que las proyecciones de crecimiento de los grupos de edad, dentro del

---

<sup>4</sup> Fuente MIDEPLAN Encuesta Casen 2000.

grupo etareo 60 y más, muestra un importante aumento de las personas de 80 y más, pasando, en el caso de las mujeres, de 11,5% en el año 1980 a 16,1% en el 2025.

Otra característica del envejecimiento poblacional es el aumento de las mujeres mayores, cuya relación es de 100 mujeres a 76 hombres de 60 años y más, después de los 75 años de edad., la relación es de 100 a 60.

Este aumento se debería según la encuesta Casen a una serie de vulnerabilidades que afectan a la mujer, entre ellas su precario nivel de educación formal, su dependencia del servicio público para la atención en salud, sus niveles de pobreza y responsabilidades como jefas de hogar.

Tomando en cuenta la dependencia por parte de las mujeres hacia los servicios de salud, una de las razones fundamentales es la mayor preocupación que existe por el cuidado de su salud , en comparación con los hombres mayores, quienes asisten menor cantidad de veces a los controles preventivos (mujeres 63 % - hombres 37 %).

**TABLA I: Distribución de la población Adulta Mayor por sexo, según tipo de atención de salud recibida en los últimos 3 meses, 2000.<sup>5</sup>**

<b>TIPO DE ATENCION</b>	<b>HOMBRE</b>	<b>MUJER</b>
Control Preventivo	37,0 %	63,0 %
Consulta enfermedad o accidente	35,1 %	64,9 %
Consulta de Especialidad	36,9 %	63,1 %
Consulta de Urgencia	37,3 %	62,7 %
Exámenes de Laboratorio	37,8 %	62,2 %
Rayos X o Ecografías	32,9 %	67,1 %
Atención Dental	41,7 %	58,3 %

<sup>5</sup> MIDEPLAN, Resultados de la VIII Encuesta de Caracterización socioeconómica nacional (CASEN 2000).

### 1.2.1. Epidemiología.

Con el envejecimiento de la población cambian los tipos de enfermedades predominantes. Las afecciones isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro vasculares son las principales causas de defunción en el grupo de las personas de edad, seguidas por las neoplasias y las enfermedades respiratorias, principalmente la neumonía.

El proyecto SABE (Estudio Multicéntrico sobre Salud, Bienestar Social y Envejecimiento en 7 ciudades principalmente en América Latina y el Caribe, 1998-2000, describe la prevalencia de enfermedades y problemas de Salud, en la población Adulta Mayor.

**Cuadro N° 3**  
**Distribución de la Morbilidad**  
**SABE- CHILE.<sup>6</sup>**

<b>TIPO DE ENFERMEDADES</b>	<b>%</b>
Hipertensión Arterial	52,3 %
Mala Visión de Cerca	43,5 %
Caídas	36,0 %
Mala Visión de Lejos	32,1 %
Artrosis y Artritis	32,0 %
Depresión	25,0 %
Diabetes	13,4 %
EBOC	12,6 %
Deterioro Cognitivo	9,0 %

---

<sup>6</sup> Idem

Por lo anterior, Los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población constituyen un desafío para la construcción de modelos de atención de salud en los distintos estratos sociales, en las diferentes regiones del país y en los ámbitos urbano y rural.

### **1.3. Estado del Arte.**

Las investigaciones que se han realizado sobre el Adulto Mayor por la bibliografía existente, nos permiten visualizar que los fenómenos de Automedicación y Medicación no han sido tratados concretamente desde el área de la psicología, si bien es cierto en la actualidad solo se ha trabajado el tema de la vejez desde otras temáticas.

Con el propósito de evidenciar lo expuesto, se hará referencia a algunas investigaciones que se han realizado sobre personas de la tercera edad extraídas desde bibliografía recopilada en ciudad de Medellín Universidad Pontificia Bolivariana y en la Universidad de San Buenaventura:

#### **a) Las actitudes frente a la muerte en personas de la tercera edad:**

La investigación realizada en el año 1.995, por Alexandra Meneses Zuluaga sobre "actitudes frente a la muerte en personas de la tercera edad", pretende dar cuenta, la actitud que tienen las personas de la tercera edad frente a la muerte, dado que se asume "que a esa edad hay más cercanía a la muerte". En muchos casos cuando muere un anciano se escuchan expresiones como: "ya era hora", "había vivido muchos años", "se fue a descansar".

#### **b) Ideas Irracionales, locus de control y asertividad en personas de la tercera edad:**

Por otra parte, la investigación realizada en el año 1.995, por Clara Inés Ospina Flores sobre "ideas irracionales, locus de control y asertividad en personas de la tercera edad de la ciudad de Medellín", abordó las ideas irracionales, el locus de control y la asertividad que manejan las personas de la tercera edad. El objetivo

general fue identificar dichas ideas, así como los niveles de asertividad tanto en oposición como en expresión de afecto, y el locus de control, ya fuera interno u externo. La investigación corresponde a un estudio descriptivo.

**c) Sexualidad en la tercera edad:**

Otra investigación realizada en el año 2000, por Sofía Carolina Castrillón Gutiérrez y Ana Lucía Montoya Silva, sobre un "estudio descriptivo de casos múltiples de los ancianos de la unidad de atención a la tercera edad que presentan depresión moderada con relación a su situación de institucionalización", se introduce desde una aproximación teórica al estado emocional en relación con la institucionalización y al ocupación de los ancianos. Al introducirse en este tema se quiso realizar una interpretación del estilo de vida y las implicaciones psicosociales de esta comunidad principalmente de aquellos ancianos que para el momento del estudio presentaban un cuadro de depresión moderada. A partir de esto, y de la discusión final de la investigación, se plantean unas recomendaciones y propuestas de acción que permitan enriquecer la calidad de vida del anciano institucionalizado y a su vez todos los procesos que faciliten este objetivo

**1.4. Formulación del Problema y Pregunta de Investigación.**

A partir de la prevalencia de enfermedades y problemas de salud que se dan en el Adulto Mayor, sentimos la necesidad de enfocar nuestro estudio, especialmente acotándonos en las Representaciones Sociales que ellos le atribuyen a los fenómenos de la Automedicación, la Medicación y a los Profesionales de la Salud.

Sabemos que desde el área de la Psicología y la Medicina Tradicional, no es un tema muy tratado ni conceptualizado. Por tal, resulta relevante conocer y describir, desde la psicología, las significaciones sociales que los Adultos Mayores le asignan a los fenómenos antes mencionados.

Desde la teoría Social, por medio de las Representaciones Sociales, describiremos los modos de pensamiento y significados que se tienen de estos fenómenos, ya que al ser las Representaciones Sociales sistemas de referencia nos permitirán

interpretar lo que les sucede e incluso dar un sentido a lo inesperado. Categorías que sirven para clasificar circunstancias, fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver, teorías que nos permiten establecer hechos sobre ellos.

A lo anterior, describir y comprender las Representaciones Sociales servirá de gran aporte a la completación de la perspectiva psicosocial, en la búsqueda de definiciones y explicaciones desde los propios involucrados, posibilitando así una mirada ampliada del fenómeno que le permita al lector comprender que los testimonios e interpretaciones, que hacen estos Adultos Mayores están relacionadas con sus propias vivencias, por tanto con el modo en que definen su mundo y realidad.

Otra idea de esta investigación surge al comprobar que los Adultos Mayores son muy estigmatizados, ya que la mayoría de las personas los relaciona con enfermedad e inutilidad, por tanto creemos que son más vulnerables a la Medicalización y Automedicación. Si bien es cierto hoy en día este grupo recibe una atención de salud accesible, de igual manera nos incentiva a preguntarnos ¿Si se brinda una atención oportuna e integral. ¿O aún basada en el Enfoque Biomédico?, “El cual hace un diagnóstico que sólo permite clasificar y homogenizar la sintomatología que presentan las personas desde lo biológico (enfermedad-tratamiento-cura)”<sup>7</sup>, dirigido principalmente a la resolución de la anormalidad, facilitando la recuperación y deterioro físico del individuo por medio de medicamentos, privilegiando en algunas ocasiones el factor de cantidad más que la calidad otorgada en la atención de los pacientes.

A lo anterior, tenemos claro que los medicamentos son una parte central en el manejo terapéutico de las personas de la tercera edad, pues muchos de ellos padecen tanto enfermedades crónicas como agudas. Pero también es sabido que en muchas oportunidades se tiende a sobremedicalizar. No dando espacio al saber

---

<sup>7</sup> Pozzoli MT. “Apuntes de cátedra Sicopatología Social”. UACH.

popular, a la medicina alternativa, a la incorporación de este Adulto Mayor en si, el que aprenda a reconocer sus enfermedades y el uso apropiado de los medicamentos.

Por otra parte, conocer y comprender lo que piensan de la Automedicación nos parece importante, ya que hoy en día es un hábito común en nuestra sociedad, y con mayor fuerza en la población del Adulto Mayor, pensando en que este anciano no tiene la facilidad para acceder al centro de salud o simplemente porque consume medicamentos por cuenta propia que en alguna oportunidad le recetaron.

Por lo expuesto, consideramos relevante para nuestra investigación descubrir lo que piensan y sienten los Adultos Mayores sobre la Medicación, la Automedicación y los Profesionales de Salud. Con el fin de acceder a un referente que nos indique bajo que postura se le otorga la atención y que hacer al estar incorporadas estas practicas en ellos, principalmente ya que estos fenómenos constituirían en muchas oportunidades al deterioro de la salud, al estar vinculados a aspectos negativos, hasta poner en juego la Sensibilidad y Compromiso que se tiene hacia los Adultos Mayores.

De allí que el problema a investigar, se puede representar a través de la siguiente pregunta:

*¿Cuáles son las Representaciones Sociales de los Adultos Mayores pertenecientes al Centro de Salud San José de Chuchunco sobre la Medicación, la Automedicación y los Profesionales de la Salud?.*

### **1.5. Relevancia de la investigación.**

Esta investigación tiene relevancia Teórica y Práctica.

Tiene una relevancia teórica pues el conocimiento aportado por la teoría de las Representaciones Sociales cuya función es, de acuerdo a Moscovici, “a un

conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Funcionalmente las Representaciones Sociales clasifican a los objetos sociales, los explican y los evalúan a partir del discurso y de creencia del sentido común y es este conocimiento el elemento base de la interacción”.<sup>8</sup> De esta manera el conocimiento entregado por la teoría de las Representaciones Sociales permitirá ampliar la visión que se tiene de este grupo etéreo, pues estos adultos mayores darán cuenta de las modalidades, percepciones y de los significados creados en relación a los fenómenos de la Automedicación, Medicación y Profesionales de la Salud.

También, las Representaciones Sociales contribuirán a desarrollar otros estudios más profundos sobre el tema, de modo que permita aumentar el grado de sensibilidad y familiaridad a fenómenos relativamente poco conocidos y obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida de los Adultos Mayores. Como también al desarrollo de nuevas líneas de investigación que permitan reconocer las problemáticas de salud biopsicosocial de los Adultos Mayores.

Práctica, frente a esta realidad la Psicología entregaría un aporte de trascendencia en la construcción de un nuevo paradigma de ver la salud desde una óptica más integral. Con la incorporación del Psicólogo en los equipos multidisciplinarios se centraría la atención más en el paciente y no solo en la enfermedad, ya que creemos que la salud y la enfermedad no están conceptualmente separadas de la persona; ni lo está de su medio ambiente. Además se abordarían los problemas de salud desde el contexto personal, familiar y social de las personas; ofreciendo atención y educación a todos los miembros de la familia, lo que sería una atención continuada y permanente.

Por otra, el Psicólogo, como parte fundamental de los equipos de salud, contribuiría a la disminución de costos y optimización de recursos profesionales y

---

<sup>8</sup> Jodelet, Dense “La Representación Social. Fenómeno, concepto y teoría”, en “Psicología Social y problemas sociales” Edit. Paidós, Barcelona 1999, p.474.

farmacológicos. De esta manera creemos que el tratamiento con fármacos no es la solución definitiva a los problemas de salud, sino que más bien la solución se da en el hecho de sentirse psicológica y emocionalmente restituidos en su calidad de personas. Permitiendo al Adulto Mayor y a la población en general realizar nuevos proyectos, tomar sus propias decisiones, en definitiva asumir una nueva actitud frente a sus vidas y a sus problemáticas.

*La presentación del estudio la hemos ordenado de la siguiente manera. En la primera parte exponemos el Problema de Investigación, los Antecedentes y el Marco Conceptual del Problema. En la segunda parte presentamos el Marco Metodológico, el Análisis con la Descripción e Interpretación de la información recolectada. En la última parte sintetizamos las principales Conclusiones del Estudio. En forma de Anexo se presentan Pauta de Entrevista y Entrevistas Individuales de los Adultos Mayores.*

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Conocer las Representaciones Sociales de los Adultos Mayores sobre la Medicación, Automedicación y los Profesionales de Salud.

### **Objetivos Específicos**

- 1) Describir las Representaciones Sociales de los Adultos Mayores sobre la Medicación.
- 2) Identificar las Representaciones Sociales de los Adultos Mayores sobre la Automedicación.
- 3) Explorar las Representaciones Sociales de los Adultos Mayores en relación a los Profesionales de Salud.

4) Establecer las posibles relaciones entre las Representaciones Sociales que tienen los Adultos Mayores sobre la Automedicación, Medicación y Profesionales de la Salud.

### **3. MARCO TEORICO.**

#### **3.1. CONCEPTO DE REPRESENTACIONES SOCIALES.**

Las Representaciones Sociales no están en la cabeza de los individuos ni en un lugar extraindividual de la sociedad, son un proceso que resulta de la naturaleza social del pensamiento. Constituyen tan solo una manera particular de enfocar la construcción social de la realidad, esta siempre actúa a través de su interpretación de los seres sociales. No hay más certidumbre que la existencia tal y como la desciframos, son los significados que le atribuimos los que van a constituirla como la única verdad que para nosotros existe efectivamente.

Aunque el concepto de Representación Social puede encontrarse en diferentes textos de psicología y Psicología Social, su elaboración conceptual y formulación teórica es relativamente reciente y se debe a Serge Moscovici (1961). La finalidad de este psicólogo social es la de reformular en términos psicosociales el concepto de Durkhain de Representación Colectiva.

En opinión de Moscovici (1984) las Representaciones Colectivas por Emilio Durkhain (1879) son mecanismos explicativos que se refieren a una clase general de ideas y creencias. Las Representaciones Sociales de Moscovici, son planteadas cómo fenómenos que necesitan ser descritos y explicados. El propio Moscovici las define como un “conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Equivalen en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; puede incluso, afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común”<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Jodelet, Denise “La Representación Social, fenómeno, concepto y teoría”. En “psicología social y problemas sociales” Edit. Paidós, Barcelona 1999, p. 474.

Estas formas de pensar y crear la realidad social están constituidas por elementos de carácter simbólico ya que no son solo formas de adquirir y reproducir el conocimiento, sino que tienen la capacidad de dotar de sentido a la realidad social. Su finalidad es la de transformar lo desconocido en algo familiar. Este principio de carácter motivacional tiene, en opinión de Moscovici, un carácter universal.

Es el sujeto, que en su actuar, en su interacción continua y cotidiana es capaz de crear y recrear objetos reales y simbólicos, pero que al mismo tiempo, estos mismos objetos lo está constituyendo al sujeto mismo.

Así pues las representaciones sociales, son teorías sui géneris, destinadas a interpretar y a construir lo real, el comportamiento humano está cargado de significados y son estos últimos los que nos interesa desmenuzar para comprender mejor la complejidad del actuar colectivo y su conformación.

### **3.2. COMPONENTES DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES.**

Son dos los procesos a través de los cuales se generan las Representaciones Sociales. El primero es definido como **Anclaje** y supone un proceso de categorización a través del cual clasificamos y damos un nombre a las cosas y a las personas. Este proceso permite transformar lo desconocido en un sistema de categorías que no es propio. El segundo proceso es definido como **Objetivación** y consiste en transformar identidades abstractas en algo concreto y material, los productos del pensamiento en realidades físicas, los conceptos en imágenes.<sup>10</sup>

Estos mecanismos, a través de los cuales se forman las Representaciones Sociales, sirven para la definición de los grupos sociales al tiempo que guían su acción.

#### **3.2.1. Construcción de una Representación Social.**

---

<sup>10</sup> Ibáñez G. Tomas Op. Cit. p. 50.

Dense Jodolet (1984), en su artículo “La Representación Social fenómenos, concepto y teoría”, propone cinco maneras para formular la construcción psicológica y social de una Representación Social.

La primera se refiere a la actitud puramente cognitiva, con una dimensión de contexto y una de pertenencia. El sujeto se halla en situación de interacción social o ante un estímulo social y la representación aparece como un caso de cognición social.

La segunda pone énfasis en los aspectos significantes de la actividad representativa. Se considera que el sujeto expresa el sentido que da su experiencia en el mundo social. Por consiguiente la representación es considerada la expresión de una sociedad determinada. Cuando es propia de sujetos que comparten una misma experiencia social, o una misma condición social, la representación frecuentemente se relaciona con una dinámica que hace que intervenga lo imaginario.

El tercer elemento trata la representación como una forma de discurso y desprende sus características de la práctica discursiva de sujetos situados en la sociedad. Sus propiedades provienen de la situación de comunicación, de la pertenencia social de los sujetos que hablan y de la finalidad de su discurso. Este elemento puede referirse a los discursos oficiales, a los discursos de las comunidades y a la influencia de los medios de comunicación.

El cuarto elemento hace referencia a la práctica social del sujeto la cual esta influenciada por el lugar que ocupa ante la sociedad.

El quinto elemento plantea las relaciones intergrupales, las cuales determinan la dinámica de las representaciones. En este sentido Moscovici, pone de manifiesto como lo social transforma un conocimiento en representación y cómo esta

representación transforma lo social enfatizando la interdependencia entre la actividad psicológica y sus condiciones sociales de ejercicio.<sup>11</sup>

### **3.2.2. Características de las Representaciones Sociales.**

La Representación Social plantea la configuración social de unos marcos interpretativos y de un mundo simbólico que expresa una construcción social en la historia, en este mundo socialmente compartido que garantizaría la comunicación. La interacción y cohesión social. Se constituyen a su vez como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades del hacer social. “La institución del mundo es necesariamente institución de lo que es y de lo que no es, de lo factible y de lo imposible, así como de lo exterior a la sociedad como de lo interior de ella.”<sup>12</sup>

Las Representaciones Sociales tienen que ver con la forma como nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, lo que sucede en nuestro medio ambiente, las informaciones que circulan, las personas que hacen parte del entorno próximo o lejano. “Son conocimientos que se constituyen a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamientos que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social”, dichas representaciones, sin embargo, no ejercerían de manera absoluta la determinación sociedad-individuo, en tanto que no se trata simplemente de una reproducción, sino más bien de una reconstrucción o recreación mediada por la experiencia vital del sujeto en un ámbito cultural determinado<sup>13</sup>.

### **3.2.3. La Función de la Representación Social.**

---

<sup>11</sup> Jodelet, Denise, Op. cit. p.478.

<sup>12</sup> Jodelet, Denise, Op.cit. p.471.

<sup>13</sup> Jodelet, Denise, Op.cit. p.472.

Como forma de pensamiento, la Representación Social es un modelo interno que tiene por función conceptuar lo real a partir del conocimiento previo, es por esto que las representaciones designan una forma específica de conocimiento, el saber de sentido común, en el que el contenido significa una forma particular de pensamiento social.

Esta connotación social del pensamiento no permite lo estático y por el contrario, plantea la percepción de la vida cotidiana como un continuo intercambio entre las personas, como conocen, como explican y como comunican las vivencias. Esto es lo que le da carácter particular de conocimiento con un origen y una expresión social práctica, que se hace evidente en los comportamientos y en las prácticas sociales.

Las Representaciones Sociales nos llevan a un sistema de pensamientos que permite la relación con el mundo y con los demás; a entender los procesos que facilitan interpretar y construir la realidad; a los fenómenos cognitivos que aportan elementos afectivos, normativos y prácticos que organizan la comunicación social y finalmente constituyen una forma de expresión que refleja identidades individuales y sociales<sup>14</sup>.

Funcionalmente las Representaciones Sociales clasifican a los objetos sociales, los explican y los evalúan a partir del discurso y de creencias de sentido común y es este conocimiento el elemento base de la interacción.

Cuando entendemos que en un discurso está formado por una serie de palabras y frases empleadas para manifestar lo que se piensa o siente, un sub.-discurso significa ordinariamente debajo, así denota una acción secundaria implícita en el discurso.

---

<sup>14</sup> Ibáñez G. Tomas Op.cit.p.54

### **3.3. LA VEJEZ.**

#### **3.1. Consideraciones en torno al proceso del envejecimiento.**

El envejecimiento es una etapa del desarrollo que señala un estado al cual se llega después de un largo proceso, como resultado de una compleja interacción de aspectos fisiológicos, biológicos y sociales que implica cambios a los que es necesario aceptar y adaptarse, como son diferencias en las características biofísicas, las diferencias en las capacidades y en el ejercicio de las funciones psicológicas, los cambios de roles que se producen al interior de la familia, por resaltar algunos.

En el proceso de envejecer ocurren cambios progresivos en las células, en los tejidos, en los órganos y en el organismo total. Es la ley de la naturaleza que todas las cosas vivas cambian con el tiempo, tanto en estructura como en función. El envejecimiento empieza con la concepción y termina con la muerte.

En la vejez es muy difícil separar las incapacidades de índole física de los efectos desintegrantes de conflictos que, por ser prolongados y arduos dejan una huella psíquica profunda en el individuo. El proceso de envejecer abarca toda la personalidad. El deterioro en la vejez no es sólo en la estructura, sino también en la función y, por tanto, un resultado de las tensiones emocionales.

En el tema del envejecimiento, las generalizaciones pueden llegar a confundirnos más que a aclarar los conceptos, pero como muchas veces es imposible obviarlas, es necesario que tengamos presente que sólo nos deben servir telón de fondo de un escenario donde se desarrolla la verdadera escena; nuestro propio envejecimiento.

Según la Organización Mundial de la Salud, el envejecimiento es un proceso fisiológico que se extiende por toda la vida y engloba una serie de cambios que se

inician en el momento de la concepción, los cuales se hacen más evidentes después de la madurez<sup>15</sup>.

Pese a lo que se piensa de la salud de los adultos mayores, se puede señalar que esta es bastante buena, pues el 68% de la población de los Adultos Mayores esta sano y solo un 5% se encuentra en un estado de invalidez o postración, el resto posee ciertas enfermedades o limitaciones, pero siguen siendo autovalentes (Araneda,1995), el problema es que bastantes enfermedades que se asocian a la vejez son enfermedades crónicas, que se adquieren aproximadamente a los treinta años, como por ejemplo: artritis, diabetes, enfermedades cardiacas, reumatismo, alteraciones mentales y nerviosa.

En este sentido, el envejecimiento en si mismo no es una enfermedad y la mayor parte de los Adultos Mayores gozan de buena salud, aunque no podemos olvidar que el envejecimiento esta acompañado de cambios físicos que incrementan la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas, debido a que el equilibrio orgánico es más frágil.

Por la literatura existente, creemos importante mencionar posturas positivas y negativas en relación al tema de la vejez. Por un lado el pensador Cicerón argumentaba que con el “envejecimiento aumenta el entendimiento y la razón; la reflexión, la tolerancia y la capacidad de juicio. Otros, como Aristóteles consideraban la vejez como una enfermedad, una etapa de deterioro y de ruina”.<sup>16</sup>

Por lo expuesto, podemos evidenciar que la totalidad de los prejuicios respecto de la vejez, nacen de las actitudes prevalentes en una sociedad determinada, donde el Adulto Mayor dependiente, no siempre lo es a causa de una patología física, sino que en muchas ocasiones debido a la manera como se le cataloga socialmente y las presiones sociales que se ejercen sobre ellos.

---

<sup>15</sup> Universidad de Chile. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. “Apuntes del Diplomado en Geriatría Gerontología” Modulo III. Unidad “Concepto de Salud para el Adulto Mayor” Dra. Juana Silva. Santiago, 2001.

<sup>16</sup> Lehr, U., (1980) “Psicología de la Senectud” Ed. Herder, Barcelona, 1980.

Es así como los prejuicios o estereotipos que esta misma sociedad ha ido generando en esta etapa de la vida son la consecuencia en gran medida del reconocimiento negativo que se tiene del Adulto Mayor, asociado únicamente a viejos sinónimo de enfermedad.

El envejecimiento es una etapa del desarrollo que señala un estado al cual se llega después de un largo proceso, como resultado de una compleja interacción de aspectos fisiológicos, biológicos y sociales que implica cambios a los que es necesario aceptar y adaptarse, como son diferencias en las características biofísicas, las diferencias en las capacidades y en el ejercicio de las funciones psicológicas, los cambios de roles que se producen al interior de la familia, por resaltar algunos.

En el proceso de envejecer ocurren cambios progresivos en las células, en los tejidos, en los órganos y en el organismo total. Es la ley de la naturaleza que todas las cosas vivas cambian con el tiempo, tanto en estructura como en función. El envejecimiento empieza con la concepción y termina con la muerte.

En la vejez es muy difícil separar las incapacidades de índole física de los efectos desintegrantes de conflictos que, por ser prolongados y arduos dejan una huella psíquica profunda en el individuo. El proceso de envejecer abarca toda la personalidad. El deterioro en la vejez no es sólo en la estructura, sino también en la función y, por tanto, un resultado de las tensiones emocionales.

En el tema del envejecimiento, las generalizaciones pueden llegar a confundirnos más que a aclarar los conceptos, pero como muchas veces es imposible obviarlas, es necesario que tengamos presente que sólo nos deben servir telón de fondo de un escenario donde se desarrolla la verdadera escena; nuestro propio envejecimiento.

---

### 3.4 ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA VEJEZ.

En la medida que el individuo empieza a entrar en edad existen ciertos cambios que se reflejan a simple vista y que siempre estarán presentes, aunque cabe mencionar que su desarrollo no es cronológicamente igual para cada individuo.

No solamente hay variaciones entre individuos, sino también entre distintos sistemas de órganos. Orgánicamente hablando, el individuo en cualquier edad es el resultado de los procesos de acumulación y destrucción de células, que ocurren simultáneamente.

Los estudios señalan que los mejores resultados obtenidos para el conjunto de las aptitudes corporales se sitúan alrededor de los 30 años, ya que a partir de allí se asiste a un deterioro progresivo fisiológico, pero es solo en la mediana edad cuando las curvas de los estudios realizados se desvían evidentemente y toman estado clínico.<sup>17</sup>

Los aspectos Físicos que reflejan el envejecimiento son: declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución de la estatura, atrofia de las glándulas sebáceas del rostro, pérdida de la adaptación al calor y al frío, disminución de la rapidez y la fuerza para realizar actividades físicas, las paredes de las arterias se endurecen y se reduce la elasticidad, los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones y también del cáncer pierden eficiencia (Revista Creces, 1998). La silueta se pone pesada por la gordura que predomina en vientre y caderas. La piel pierde hidratación y su elasticidad produciéndose quizás uno de los cambios más evidentes y más asociados a nivel popular al envejecimiento, las arrugas en la piel, las varicosidades se acusan, las venas sobresalen. (Ey, 1969).

---

<sup>17</sup> Universidad de Chile. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. "Apuntes del Diplomado en Geriátrica" Modulo III. Unidad "Funcionalidad: Concepto, Beneficio Aplicación". Dr. Víctor Hugo Carrasco Mesa. Santiago, 2001.

Otro de los signos del envejecimiento es la pérdida de pigmentación capilar por la disminución de la producción de melamina en los folículos pilosos que permite el encanecimiento del pelo. También existe la pérdida generalizada de vello corporal. Además a esto se suman las alteraciones autoperceptibles de las funciones oculares y auditivas, el incremento de la fatigabilidad muscular y un cambio de velocidad de respuestas adaptativas a ciertos estímulos (por ejemplo sexuales). Aumenta la probabilidad de pérdida de piezas dentales.

Estas modificaciones que surgen en este proceso hay que considerarlas de tipo fisiológicas en tanto no derivan de problemas patológicos definidos, pero sin duda lo que si hay que considerar es que tendrán repercusiones personales y serán vividas de manera totalmente distinta por cada individuo y que dependerá de la personalidad previa de cada uno y el rol socioeconómico que desempeña.

Por otra parte, en la vejez es muy difícil separar las incapacidades de índole física de los efectos desintegrantes de conflictos que, por ser prolongados y arduos dejan una huella psíquica profunda en el individuo. El proceso de envejecer abarca toda la personalidad. El deterioro en la vejez no es sólo en la estructura, sino también en la función y, por tanto, un resultado de las tensiones emocionales.

En resumen, las manifestaciones más evidentes del envejecimiento se producen en la apariencia y capacidad de movilidad del individuo. Esto puede llevar a cambios en el autoconcepto debido a la comparación entre la apariencia actual y el recuerdo de determinadas imágenes del pasado y afectar así negativamente a la identidad y autoestima en personas que comparten el ideal de juventud dominante en nuestra cultura.

Además, el incremento de la dificultad para el movimiento, la pérdida de autonomía y de la capacidad de obtención de refuerzos, como consecuencia de un “estrechamiento del mundo en la edad avanzada”, conducen a una autoestima disminuida y facilitan la aparición de estados de ánimo negativos (Kleinsmith y Parroicone, 1989).

### **3.4.1. Cambios físicos observables.**

A continuación mencionaremos algunos cambios o leves modificaciones consideradas como normales en el envejecimiento.

#### ***a) Aparato Locomotor o Sistema Músculo Esquelético:***

- Leve disminución de la masa muscular.
- Leve disminución de la capacidad física.
- Mayor tendencia a la pérdida de calcio, en los huesos.

#### ***b) Sistema Nervioso***

- Leve disminución de la memoria a hechos recientes.
- Mayor fragilidad frente a cambios bruscos de temperatura ambiental.
- Disminución leve del sueño profundo.

#### ***c) Órganos de los Sentidos***

- Pequeños cambios en el olfato, tacto y gusto.
- Disminución de la visión cercana.
- Disminución leve de la capacidad auditiva para discriminar una palabra de otra.

#### ***d) Aparato Respiratorio***

- Leve disminución de los espacios útiles para el intercambio de oxígeno y anhídrido carbónico.
- Leve aumento de la producción de secreción respiratoria.
- Enlentecimiento del reflejo de la tos.

#### ***e) Aparato Cardiovascular***

- Leve disminución de la capacidad de bombear del corazón.
- Mayor rigidez de la pared de las arterias.

***f) Aparato Digestivo***

- Adelgazamiento de las mucosas y epitelios de las paredes de todo el intestino.
- Menor producción de saliva.
- Menor producción de ácidos en el estomago.
- Menor absorción de nutrientes.
- Enlentecimiento del peristaltismo.

***g) Sistema Genito Urinario***

- Leve disminución de la capacidad de filtración renal.
- Pequeños cambios en los mecanismos de continencia urinaria.

***h) Sexualidad***

La sexualidad, comprende la actividad sexual propiamente tal, junto a toda una expresión emocional, presenta algunas modificaciones con el envejecimiento por un lado en lo que se refiere a la actividad sexual, la frecuencia y calidad de vida de esta va a tener relación con historia de actividad sexual previa, y de las condiciones locales a nivel de genitales, especialmente en la mujer, dado que los epitelios se adelgazan, se produce tendencia a sequedad de mucosas, la que se puede corregir con aplicación local de estrógenos que deben ser indicados por su medico, lo esperable es una leve disminución de la frecuencia, en cuanto a la calidad de esta, va a estar condicionada por la forma como se expresan los sentimientos, la que mejora en los Adultos Mayores, especialmente si están activos , y tienen una buena interrelación social con su entorno cercano, y buena comunicación con su pareja.

### **3.4.2. Relación existente entre Envejecimiento y Enfermedad.**

Dado los cambios propios del envejecimiento, el organismo de los adultos mayores, presenta o tiene una mayor vulnerabilidad o riesgo de presentar enfermedades.

Las enfermedades se pueden clasificar en dos grandes grupos:

- Las enfermedades agudas.
- Las enfermedades crónicas.

Las enfermedades agudas, corresponde a la presencia en forma brusca de una enfermedad, que va a estar presente en a persona por un período determinado y luego se irá completamente, lo que espera es que esta enfermedad no tenga complicaciones y que no se deje alguna secuela o daño (un resfrío común).

Las enfermedades crónicas, son aquellas que una vez que se instalan, permanece con la persona, hasta que mueren , esta enfermedad se puede encontrar, compensada, es decir con un funcionamiento cercano a lo normal, o se puede encontrar descompensada, esto es con valores de exámenes descontrolados, valores que al ser anormales, colocan generalmente al organismo, a la persona en riesgo de que se le instale una complicación de su función, y a veces puede instalarse una secuela, o un daño que generalmente que no se puede revertir; por ejemplo una intervención arterial.

Los Adultos Mayores pueden presentar ambos tipos de enfermedad, pero con mayor frecuencia pueden presentar, enfermedades de carácter crónico degenerativo: hipertensión arterial, diabetes, bronquitis crónica, osteoartrosis, o artrosis, ortopeorosis, etc.; las que si no son tratadas a tiempo, en forma adecuada pueden producir complicaciones, y dejar un daño en el organismo, favoreciendo, la invalidez.

Las enfermedades agudas, a veces en los adultos mayores se presentan de una manera diferente que los adultos, los síntomas o la forma, los síntomas o la forma como una persona se da cuenta que tiene una determinada enfermedad es distinta, por ejemplo una neuropatía en un adulto, se presentará con fiebre, tos, molestias respiratorias, en un adulto mayor, en cambio, especialmente sobre los 75 años, lo único que puede presentar inicialmente, es un decaimiento, a veces un poco de confusión, y discretas molestias respiratorias, por eso los adultos mayores frente a mínimos cambios del estado básico de su salud debe consultar con su médico.

Debemos recordar, que dadas las características normales del envejecimiento, las personas Adultos Mayores, van a presentar con mayor probabilidad una enfermedad, pudiendo presentar a los 80 años en promedio tres enfermedades, pero estas enfermedades sino están complicadas, están bajo tratamiento y controladas, no van a interferir con la independencia o autonomía de los adultos mayores, en cambio si las personas tienen las mismas tres enfermedades, pero con complicaciones en la autonomía, como la capacidad de caminar solo, tomar un autobús, etc.

Las mismas enfermedades tendrán una significación distinta en la persona, es así que para la población del adulto mayor existe concepto, o el diagnóstico de Funcionalmente Sano y Funcionalmente Enfermo.

La funcionalidad, o capacidad de valerse por sí mismo, comprende capacidades físicas, como, caminar, bañarse, vestirse, alimentarse, salir fuera de la casa, tomar un autobús, etc.; capacidades psíquicas, como decidir por sí mismo, estado de ánimo, capacidad de relacionarse con otras personas, capacidad de tomarse los medicamentos como son prescritos; y capacidades sociales, relacionadas con los recursos disponibles, económicos, de vivienda, y de personas que puedan acompañar en caso necesario.

### **3.5. ASPECTOS SOCIALES DE LA VEJEZ.**

#### **3.5.1. El Condicionamiento Cultural de la Vejez.**

Hoy en día podemos caracterizar la visión de la vejez, en relación al concepto de estigma desarrollado por Goffman. El atributo de la vejez profundamente desacreditador, construimos razones para alejarnos de quienes viven la vejez. Es por eso que la aparición de los signos de vejez: años, canas, arrugas, nos provocan profunda angustia.

Construimos una teoría del estigma, ideología para explicar su inferioridad que representa esa persona, ejerciendo múltiples discriminaciones a través de las cuales de manera efectiva pero a veces no conciente reducimos sus posibilidades de vida. Es lo que hacemos a diario con la vejez y por lo tanto con los viejos. Discriminamos y desacreditamos tanto la vejez como a las personas que la están viviendo.

Por otra parte, otro concepto que permite indagar en los aspectos sociales y culturales de la vejez es el de estereotipo. La Psicología Social ha desarrollado el concepto de estereotipo definiéndolo como una atribución de características psicológicas generales a grupos humanos grandes. Introducen simplicidad y orden donde hay complejidad y variación casi al azar.

Por tal razón, estereotipar consiste en asignar características idénticas a cualquier persona de un grupo sin considerar variaciones reales que se pueden dar entre los miembros de ese grupo, es así como simplificamos la visión de mundo.

Los estereotipos no se construyen principalmente sobre experiencias validas sino que se forman a partir de imágenes o rumores hechas por los medios de comunicación, o se generalizan en nuestra cabeza como medio de justificación a nuestros propios prejuicios a su vez de nuestra propia maldad.

Existe un estereotipo de la vejez, hablamos de los viejos como un grupo homogéneo al que le atribuimos características negativas. De este modo disponemos de un clima para la discriminación contra un grupo social, en este caso, los viejos (Adultos Mayores).

Finalmente estas creencias colectivas, ya sea estigma o estereotipo, son resistentes al cambio, ya que estas ideas generalizadas aunque sean erróneas, nos permiten la integración al grupo, y a su vez todos queremos ser personas integradas. El grupo mantiene control sobre sus miembros inhibiendo a través del temor del individuo a ser cuestionado o rechazado por este.

Para ejemplificar lo sostenido se describirán tres caracterizaciones negativas que culturalmente se construyen en torno a la vejez señaladas por el autor Enrique Gil Calvo<sup>18</sup>.

- ***La vejez como pobreza.***

El caracterizar la vejez como pobreza traspasa la pobreza económica que ciertamente afecta a los adultos mayores de estratos más desposeídos, apuntando también a la carencia de recursos físicos e intelectuales.

La vejez como pobreza, viene a resumir, todo un conjunto de prejuicios peyorativos que se utilizan contra los ancianos: tacañería, obstinación, malicia, astucia pasividad, apatía y ruindad.

- ***La vejez como enfermedad.***

El caracterizar a la vejez como enfermedad la sitúa como una patología: “Envejecer parece significar el ir contrayendo un irreversible mal, cada vez mas incurable; y la gente le teme a la edad como a la peste. En consecuencia, la vejez como antitesis de la salud y la vida, y como anuncio de la muerte y la enfermedad

---

<sup>18</sup> Enrique Gil Calvo “La Emancipación en política Social y Estado de Barcelona.”

resulta medicalizada y sujeta a todas las terapias: públicas y privadas familiares y sociales, técnicas y políticas”.

- ***La vejez concebida como minoría de edad.***

Permite mirar a los adultos mayores como si fueran niños, de hecho, a la vejez se denomina también segunda infancia, y se dice que estos son como niños chicos. Esta concepción trae como consecuencia la privación de hecho de los derechos civiles ya que lo característico de la minoría de edad es no poder ser sujeto jurídico, al carecer de responsabilidad legal” integración al grupo, y a su vez todos queremos ser personas integradas.

El grupo mantiene control sobre sus miembros inhibiendo a través del temor del individuo a ser cuestionado o rechazado por este. “Concebir la vejez como nueva minoría de edad significa inhibir la capacidad de los ancianos como sujetos autónomos; no se les atiende como sujetos de su propia vida (protagonistas de su destino personal como responsables de sus actos) sino como sujetos a otras vidas ajenas de las que se encuentran necesariamente en dependencia (sus familiares, sus vecinos, sus funcionarios públicos), lo cual resulta grave, por bien intencionado que se vea, ya que impide concebir la ancianidad como proyecto y proceso de emancipación personal.

Alguien ha dicho que la vejez no tiene remedio. Sin embargo, es un mal que puede aliviarse en muchísimos aspectos. Si se observa detalladamente, el proceso de crecer puede ser hasta más difícil que el de envejecer.

Por otra parte, el ser humano es fundamentalmente un ser social, Freud (1921) decía que la psicología es ante todo psicología social, por lo tanto toda consideración sobre la psicología del envejecimiento debe hacerse dentro del encuadre social donde se desarrolla y con la interacción entre ambos.

La sociedad posee diferentes expectativas del status y los roles sociales que deben desempeñar las personas en diferentes edades. El resultado más obvio de ello es la

formación de estratos por edad que limitan los roles sociales que desempeña un individuo dado en función de su edad (modelo de estratificación por edades).

Obviamente, la edad no es el único factor que define status y rol que desempeña una persona mayor, ya que las características personales (nivel intelectual, estado de salud, estudios etc.) la estructura social, los recursos económicos, y el cohorte de pertenencia son igualmente importante y provocan que la variabilidad interindividual del desempeño social entre las personas mayores, sea muy amplia. No obstante, desde una perspectiva social “normalizadora”, la vejez se caracteriza principalmente por el cambio de roles, y frecuentemente, por la pérdida de algunos de ellos, siendo la más evidente la pérdida del rol profesional que ocurre en el momento de la jubilación. Estos y otros cambios en las relaciones interpersonales afectan al ámbito laboral, familiar y social del individuo.

### **3.5.2. Imagen Social de los Adultos Mayores.**

Los estereotipos sobre los adultos mayores hacen referencia básicamente a su inutilidad, incapacidad, deficiente estado de salud, inactividad, “rigidez” e inflexibilidad u otros defectos. Según Lehr (1988), los estereotipos negativos sobre la vejez son reforzados a través de distintas vías: cuentos, libros, medios de comunicación ( en gran parte proceden de la industria farmacéutica), determinadas estadísticas que sobre valoran la prevalencia de la enfermedad en esta edad, los trastornos depresivos o de sentimientos de inutilidad, o de interpretaciones políticas acerca del impacto negativo del envejecimiento poblacional, el estado de salud de los mayores etc., sobre las economías nacionales.

En la medida que los estereotipos, además, influyen en el concepto que la persona mayor tiene de si misma, constituyen una barrera en sus relaciones con otras personas, incluidos los propios profesionales.

La vejez, en este sentido, es objeto de falsas creencias y prejuicios, por lo que el hecho de envejecer puede estar muy influido por profecías auto cumplidas y que

convierten a las personas mayores en víctimas de ideas preconcebidas acerca de cómo deben actuar y que se espera de ellas (Baltes, Neumann y Zank, 1994).

### **3.5.3. Redes Sociales.**

Las Redes Sociales., diferenciadas de otras edades, tienden a ser más reducidas, y la frecuencia de sus contactos interpersonales, disminuye. También en esta edad parecen adquirir una mayor importancia las relaciones íntimas, siendo la figura del “confidente” especialmente significativa para el bienestar del Adulto Mayor. Este papel es desempeñado en término por el otro miembro de la pareja, seguido de amigos, hijos y hermanos.

Una de las tareas más importantes atribuidas al “confidente” es el proporcionar apoyo emocional. Este tipo de soporte social influye en el mantenimiento de la autoestima durante la vejez y tiene una posible función “amortiguadora” en relación con pérdidas físicas y sociales (Díaz-Veiga, 1987).

### **3.5.4. Cambios Sociales en los Adultos Mayores.**

#### **a) Jubilación.**

Para algunas personas mayores la jubilación es el momento de disfrutar el tiempo libre y liberarse de los compromisos laborales. Para otros es un momento de estrés, especialmente de prestigio, el retiro supone una pérdida de poder adquisitivo o un descenso en la autoestima.

Si ha sido incapaz de delegar poder y tareas, así como de cuidar y guiar a los más jóvenes; entonces no sería extraño que le resulte difícil transitar esta etapa y llegar a elaborar la proximidad de la muerte. Estas personas se muestran desesperadas y temerosas ante la muerte, y esto se manifiesta, sobretodo en la incapacidad por reconocer el paso del tiempo. No lograron renunciar a su posición de autoridad y a

cerrar el ciclo de productividad haciendo un balance positivo de la vida transcurrida.

**b) El Rol de ser Abuelo.**

Es la etapa en la que se adquiere un nuevo rol: el de ser abuelo. El nieto compensa la exogamia del hijo. La partida del hijo y la llegada del nieto son dos caras de la misma moneda. El nuevo rol de abuelo conlleva la idea de perpetuidad. Los abuelos cumplen una función de continuidad y transmisión de tradiciones familiares. A través de los nietos se transmite el pasado, la historia familiar.

Por tanto, una vejez plena de sentido es aquella en la que predomina una actitud contemplativa y reflexiva, reconciliándose con sus logros y fracasos, y con sus defectos. Se debe lograr la aceptación de uno mismo y aprender a disfrutar de los placeres que esta etapa brinda. Entonces, recuerde: hay que prepararse activamente para envejecer, para poder enfrentar la muerte sin temor, como algo natural, como parte del ciclo vital.

**c) Relaciones afectivas.**

La vida de la mayoría de los individuos de edad avanzada se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellos y a quienes éstos sienten cercanos.

En este sentido, la familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional, y en la edad avanzada tiene sus propias características especiales. Ante todo es probable que sea multigeneracional. La mayoría de las familias de las personas de edad avanzada incluyen por lo menos tres generaciones; muchas alcanzan cuatro o cinco. La presencia de tantas personas es enriquecedora pero también crea presiones especiales.

Además, la familia en la edad avanzada tiene una historia larga, que también presentan sus más y sus menos. La larga experiencia de afrontar tensiones puede dar confianza a estas personas en el manejo de cualquier situación que la vida ponga en su camino.

Las relaciones personales, especialmente con los miembros de la familia, continúan siendo importantes bien entrada la vejez. A continuación se verán las relaciones que tienen las personas de edad avanzada con las personas de su propia generación, los cónyuges, hermanos y amigos, y con sus hijos y nietos. También se examinará la vida de los adultos de mayor edad que se divorcian o enviudan, los que nunca se han casado y han casado y los que no tienen hijos.

**d) Matrimonio.**

El matrimonio que dura largo tiempo, es un fenómeno relativamente novedoso; la mayoría de los matrimonios, como la mayoría de las personas, solían tener una vida más corta. Muchos hombres perdían a una ó más esposas en el parto; y, en general, ambos sucumbían a la enfermedad siendo jóvenes. En la actualidad los aniversarios quincuagésimos son más comunes, aunque son más comunes, aunque aún muchos matrimonios se terminan más temprano por muerte o divorcio.

Dado que las mujeres comúnmente se casan con hombres mayores y por lo general viven más largo tiempo que estos, muchos más hombres que mujeres viven con sus cónyuges.

**e) La felicidad conyugal.**

Las parejas casadas que están todavía juntas en sus 60 años tienen mayor probabilidad que las parejas de edad intermedia de considerar su matrimonio como satisfactorio. Muchos dicen que su matrimonio ha mejorado a través de los años. Puesto que desde hace algunos años el divorcio ha sido más fácil de obtener, los esposos que todavía están juntos en una época tardía de la vida han elegido estar juntos.

Por lo general la decisión de divorciarse llega temprano en un matrimonio; las parejas que permanecen juntas a pesar de las dificultades son capaces de superar sus diferencias y de llegar a una relación mutuamente satisfactoria.

Otra posible razón por la cual las personas de edad avanzada reportan mayor satisfacción en el matrimonio es que a esta edad están más satisfechas con la vida en general. Su satisfacción puede surgir de factores externos al matrimonio, como el trabajo, el fin de la crianza de los hijos, ó más dinero en el banco.

También es posible que consideren que su matrimonio es feliz como una justificación consciente o inconsciente por haber permanecido en él tan largo tiempo.

**f) Viudez.**

Aunque la mayor parte de los hombres estén casados, el matrimonio el matrimonio en los adultos mayores tiene poca importancia para la mayoría de las mujeres de esa edad. Debido a que el ciclo de la vida de los hombres es más corto y que suelen ser mayores que sus esposas, los maridos desaparecen con rapidez, que la situación de viudez parece ser “normal” entre las mujeres mayores. Cuando se vuelven a casar, el nuevo cónyuge suele ser alguien que ya conocían antes de enviudar o alguien que han conocido a través de una amistad mutua o un pariente.

Cuando uno de los cónyuges fallece, el que queda atraviesa un largo periodo de shock, protesta, desesperación y recuperación. El proceso de recuperación implica desarrollar una explicación satisfactoria de la razón por la que ha muerto el otro, neutralizar los recuerdos y asociaciones, y crear una nueva imagen de uno mismo. Las mujeres parecen adaptarse a la vida en solitario mucho mejor que los hombres.

En comparación con las mujeres los hombres tienen peor salud, mayor aislamiento emocional, unos vínculos más débiles con la familia y no es tan probable que tengan una persona de confianza.

Durante el primer año de duelo, el cónyuge puede estar deprimido, angustiado y hasta tener reacciones fóbicas. Aun después de la recuperación el dolor continúa. (Hoffman et al., 1996).

**g) Temor a la enfermedad o a enfermarse.**

El mito de que la vejez es una etapa de restricciones, privaciones y sufrimientos debe ser desterrado, y así permitir que los viejos (y en el futuro nosotros mismos) podamos gozar de bienestar y salud hasta el fin de la vida.

Se puede llegar a viejo sin problemas de salud físicos, ni mentales, todo depende del estado que mantenga previamente una persona. Si bien es cierto que del proceso de envejecimiento no está libre de problemas, la enfermedad no es exclusiva de la vejez como no lo es la salud de la juventud.

En efecto, la enfermedad puede aparecer en cualquier etapa de la vida, no hay una edad fija. Mientras personas jóvenes y aún niños padecen variadas enfermedades muchos viejos son saludables.

El hecho de que aparezcan ciertas limitaciones no quiere decir que no se goce de una buena salud. Existe un estado ideal, un bienestar propio de cada etapa de la vida. Y si estas etapas se viven al máximo de cuidado y prevención, se pueden conservar una gran proporción del organismo en forma saludable en la última etapa de la vida.

El envejecimiento afecta a las funciones perceptivas, sensoriales, y la memoria. Las funciones sensorio-perceptivas disminuyen con la edad: en el plano sensorial ante todo, se manifiestan en alteraciones de la agudeza visual y de la agudeza auditiva, pero también en una disminución de la adaptación a la oscuridad, lenta desde los 30 a los 60 años, y luego acelerada a partir de los 60 años.

El olfato se debilita, por el contrario, el gusto, en lugar de disminuir con la edad, más bien aumenta y concretamente se hace más sensible a los alimentos azucarados. La pérdida del oído favorece la desconfianza, los celos, el egocentrismo; el presbita no puede ya leer y se aburre.

Por lo que el cuadro de apatía, de inactividad y de desinterés general que puede observarse en el anciano se debe tanto a la disminución de la sensorio-receptividad como a la de la actividad cerebral: la vigilancia, la capacidad de atención, incluso el nivel de conciencia están efectivamente en razón directa con el número de estímulos recibidos.

#### **h) Enfrentamiento del duelo.**

Los duelos son el resultado de las pérdidas que ocurren a lo largo de la vida. La pérdida de la pareja, hijos u otros afectos pueden afectar el sistema inmunológico y físico. Muchas reacciones físicas y psicológicas a las pérdidas son resueltas de apoyo familiar o de amigos, lo que permite prescindir de la ayuda profesional. Las pérdidas no resueltas que probablemente no tienen un apoyo social, pueden llevar a la depresión, deterioro físico o síntomas médicos inexplicables.

El duelo es una reacción sana y normal frente a las pérdidas. Los duelos son procesos normales de la vida, pero los Adultos Mayores los enfrentarán frecuentemente, ya que sufrirán más pérdidas, tales como muerte de amigos, pareja e incluso de algún hijo o jubilación.

Las pérdidas que ocurren en la tercera edad se asocian a una disminución de las redes de apoyo social o personal, como lo que ocurre con la muerte de la pareja. Generalmente estas ocurren en un momento de la vida en que la capacidad de tolerar estrés está sobre exigida.

En nuestra cultura los adultos mayores no piden ayuda para los procesos de duelo ya que se piensa que esta situación debe manejarse en forma individual. De esta manera el adulto mayor en duelo se presentará al profesional de la salud con una exageración de sus problemas médicos previos. Tendrán alteraciones del sueño, fatiga, inflamación o molestias articulares u otras dolencias físicas, durante el primer o segundo año de la muerte de la pareja.

En este periodo, es importante que los deudos puedan visitar a su medico frecuentemente. Se resuelve el proceso de duelo cuando el sueño, memoria y actividades se normalizan. La mayor parte de estos procesos se resuelven con el apoyo familiar o de amigos. Por el contrario, los duelos no resueltos llevan a depresión, deterioro físico o síntomas inexplicables.

### **3.6. ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA VEJEZ.**

Así como van surgiendo cambios en lo físico y en lo social, también lo psicológico juega un papel importante. La persona va teniendo importantes procesos, sin olvidar que esta evolución también integra a las sociedades y culturas que son parte fundamental de esta transformación. Este espacio de tiempo experimenta el pesar, adaptación a la nueva vida y la capacidad de amar nuevamente o por el contrario no se estructura de una manera tan lineal.

#### **3.6.1. La Psicología y el Envejecimientos.**

Para definir los problemas psicológicos en el Adulto Mayor es necesario integrar los conocimientos, desde las diferentes ramas y campos de la Psicología y desde otras perspectivas relacionadas con las áreas de la Biología y lo Sociocultural.

Para el autor Fierro “El proceso de Envejecimiento se despliega en una secuencia compleja de cambios, que tienen lugar en distintos niveles: biológico, psicológico y social con el fin de abordar el hecho del envejecer humano.

“Se entiende al Adulto Mayor como el resultado de un continuo del desarrollo, integrando parte de una realidad psicosocial, como unidad biopsicosocial, que debe estar sujeto a los desafíos específicos de adaptación y a los cambios correspondientes a esta etapa de la vida”<sup>19</sup>. Por tanto las intervenciones realizadas desde el área de la psicología deben complementarse en forma multidisciplinaria,

---

<sup>19</sup> Fierro, Alfredo. “Proposiciones y Propuestas sobre el envejecer en Envejecimiento y psicología de la salud”, de José Buendía, comp. Siglo XXI Editores, 1994. p.5.

con el propósito de dar solución a los problemas manifestados por las personas adultas mayores.

La psicología del envejecimiento se interesa en el proceso normal del envejecer, entendiéndose como: “El estudio de los cambios comporta mentales regulares que ocurren en un organismo vivo, genéticamente representativo según avanza en edad cronológica” (Birren y Renner) o “El estudio de los cambios comporta mentales que característicamente ocurren con el tiempo en organismos maduros” (Schroots, Birreny Birren).

Por lo anterior, el envejecimiento hace referencia a un proceso temporal que ocurre en los organismos a través de los cuales se producen cambios. El envejecimiento psicológico se refiere a los cambios y transformaciones que ocasiona el paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas, estudiándose especialmente su impacto en el funcionamiento cognitivo y de la personalidad.

Siguiendo lo anterior, comúnmente la psicología de las personas mayores se ha entendido como una psicología del deterioro, con una visión patológica y deficitaria.

Desde este punto de vista la influencia de la edad sobre el comportamiento se confunde con el impacto que tienen sobre el individuo, múltiples patologías, las que necesariamente afectan el funcionamiento psicológico. Emergiendo así, una concepción del envejecimiento como “problema” no solo médico sino que psicológico, que encaja dentro de los estereotipos sociales negativos sobre el viejo y la vejez, conformando el prejuicio social denominado “edaismo”, vigente en nuestra sociedad y que posee una gran importancia ya que de el pueden derivarse comportamientos y normas sociales segregadoras de las personas mayores, con la falsa suposición de que todas ellas se encuentran enfermas y son incapaces.

En síntesis, las investigaciones sobre el desarrollo psicológico humano apuntan a dos conclusiones fundamentales; por un lado, el envejecimiento supone un

balance entre procesos de crecimiento y declive, desde esta visión el desarrollo no es un proceso monolítico de continuo avance y crecimiento; sino mas bien un proceso cambiante e interactivo de pérdidas y ganancias, cada cambio en el desarrollo del individuo posee al mismo tiempo características de crecimiento o avance y de declive o pérdida.

Segundo, a su vez en la vejez existe crecimiento y una amplia capacidad de reserva y plasticidad. Para ser más exactos en términos psicológicos hace referencia a la capacidad de desarrollo potencial, aprendizaje y compensación.

Finalmente, la investigación psicológica del envejecimiento da mayor hincapié al envejecimiento normal y optimo, tratando de establecer en ese sentido cuales son las variables relevantes en una vejez con éxito. Llegar a una edad avanzada en condiciones normales u óptimas, no es cosa del azar, sino se debe a las determinadas condiciones y estilos de vida de los Adultos Mayores.

Las posibilidades de aprendizaje, formación de hábitos saludables y la potenciación de mecanismos de adaptación al y durante el proceso de vejez ayudarán a la formación adecuada de estrategias de prevención de patologías que se desarrollan en esta etapa de la vida.

### **3.6.2. Cambios del Adulto Mayor a nivel Psicológico:**

Así como van surgiendo cambios en lo físico y en lo social, también lo psicológico juega un papel fundamental. La persona va teniendo importantes procesos, sin olvidar que esta evolución también integra a las sociedades y culturas que son parte importante de esta transformación.

- 1. Modificación Estructuras Cerebrales, cambios anatomofisiológicos del Sistema Nervioso y órganos de los sentidos.**

2. Modificación de las funciones cognitivas, Inteligencia, memoria, resolución de problemas, creatividad conservada, tiempo de reacción a estímulos.

La edad no modifica de forma apreciable la utilización de las facultades mentales. Hay una serie de condicionantes: educación, cultura, antecedentes personales, conocimientos y entrenamiento.

**a) *La inteligencia en el anciano se caracteriza por:***

- La estabilidad, integración de habilidades cognitivas.
- Simplificación de respuestas cognitivas: se reemplaza "EL SABER", por la motivación es decir, ¿Qué debo saber?, ¿Por qué debe saber?

**b) *Memoria: tiene varias etapas:***

- Memoria sensorial (recogida de datos).
- Memoria inmediata (corto plazo).
- Memoria de fijación (largo plazo).

**c) *Memoria a corto plazo en el anciano:***

El factor que influye para tener o no tener memoria es el interés Ejemplo: Si le preguntamos a un anciano que comió ayer posiblemente te diga que no se acuerda, pero si le preguntas cuantos días hace que no ve a su hijo o nieto seguro que nos dice exactamente cuando fue:

- Dificultad en análisis de datos, síntesis, comparación.
- Dificultad de evocación de sucesos recientes.
- Disminución de la memoria visual y aumento de memoria auditiva.

**d) *Memoria a largo plazo en el anciano:***

- Importancia de los sucesos del pasado Ejemplo: las guerras etc.

**e) *Creatividad conservada:***

- Depende de su experiencia, de su motivación, de su entorno y de su salud.
- Del estilo de vida y de la energía que tenga.

**f) *Tiempo de reacción a estímulos:***

- Disminución de reflejos (menor eficacia).
- Dificultad de transformar los estímulos verbales en imágenes mentales.
- Enlentecimiento de la respuesta ante los estímulos, es más lento el hombre que la mujer.

**g) *Resolución de problemas y creatividad:***

- Disminución para utilizar estrategias nuevas.
- Pensamiento más concreto que abstracto.
- Mayor prudencia en la toma de decisiones.
- Mayor rigidez en la organización del pensamiento.
- Disminución discriminación de información.
- Tendencia a mantener sus hábitos o estrategias poco pertinentes, Ejemplo: comer sin sal, ducharse acompañado.
- Repetición.

**h) *Modificaciones Afectivas, Emociones, Motivación, Personalidad:***

- Sentimientos de inutilidad.
- Sentimientos de impotencia ante situaciones determinadas, especialmente pérdidas, amigos, familiares, trabajo, salud.

**i) *Motivación:***

- Tiene que ver con la memoria.
- Ligada a la capacidad de mantener actividades satisfactorias o no.
- Ocupar el tiempo.
- Influenciada por el entorno.

**j) *Personalidad:***

- Agudificación de todos los rasgos de personalidad que han tenido durante la vida en condiciones normales. Factores que pueden influir:
- Salud física y mental.

- Antecedentes, actitudes desarrolladas a lo largo de la vida.
- Pertenencia a un grupo.
- Identidad social, intereses y rol.
- Interacciones familiares actuales y pasadas.
- Situación de vida.
- Madurez emocional, capacidad de adaptación a los cambios.

### **3.6.3. Adaptación a la Vejez y Calidad de Vida.**

Según Hurlok la actividad, los recuerdos positivos, la libertad sobre los estilos de vida, las actitudes realistas sobre cambios físicos y psíquicos, la aceptación de uno mismo, la participación continuada en actividades gratificantes, la aceptación por parte del grupo social, la salud y economía suficientes, la falta de preocupaciones y el contacto con gente de otras edades son factores que favorecen el bienestar y la satisfacción de la vejez.

El concepto de calidad de vida ha cobrado auge desde la segunda Guerra Mundial, estando cada vez más presente incluso en el área de salud, de servicios sociales, en la planificación de servicios, y en las políticas de “Bienestar”.

Escogiendo algunas de las definiciones de calidad de vida podemos señalar entre otras las siguientes aportaciones. H. San Martín describe la calidad de vida de un individuo como la relación global que se establece entre los estímulos positivos (favorables, agradables...) y los estímulos negativos (adversos, desfavorables...) en el curso de su vida social. En sus interrelaciones con las otras personas de la colectividad y con el ambiente total en que vive, es decir, en el ejercicio de los valores sociales”. Las áreas básicas serían: la capacidad funcional, las funciones sociales intelectuales, el estado emocional, y la situación económica.

Levi y Anderson lo definen como “medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa. Las medidas pueden referirse a la satisfacción global,

así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenencia a instituciones y confianza de otros”.

En el campo de la salud, cada vez se tiene mas en cuenta el concepto de calidad de vida, centrándose generalmente en la salud general, tanto física como psíquica y en la capacidad funcional, pero a partir de la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de bienestar física, psíquico y social, desde una perspectiva bastante amplia.

Como se ve la interrelación entre conceptos: bienestar psicológico, satisfacción y calidad de vida es estrecha y un elemento a analizar.

El bienestar psicológico es uno de los temas de estudio más antiguo de la Gerontología Psicosocial por considerarse tradicionalmente como un indicador de una vejez con éxito.

El término de bienestar psicológico es un concepto complejo y actualmente se proponen las siguientes dimensiones de la misma congruencia, felicidad, afecto negativo y afecto positivo.

En la actualidad existe acuerdo tanto en considerar la importancia del bienestar psicológico entre las personas mayores, como en le que el bienestar se refiere a percepciones individuales sobre la propia calidad de vida. El bienestar psicológico puede ser conceptualizado como una respuesta principalmente afectiva, aunque incluye parcialmente componentes cognitivos, El bienestar psicológico hace referencia fundamentalmente a emociones y sentimientos de más o menos duración que los adultos mayores experimentan sobre su propia vida, mas que a un juicio, una valoración o reflexiones que pueden hacerse sobre la misma.

Algunas de las razones que interfieren en que los adultos mayores tengan un mayor o menor sentimiento de bienestar se pueden destacar la salud, tanto percibida como objetiva, los estilos de vida, la realización de planes hacia el futuro, los estilos de logro, el apoyo social, la depresión y algunos factores sociodemográficos.

La satisfacción vital es un indicador del bienestar psicológico. Se entiende por satisfacción vital la valoración o respuesta de tipo cognitivo que sobre su propia vida realizan las personas, o lo que es lo mismo, la valoración global de la propia existencia basada en la comparación entre las aspiraciones y los logros conseguidos, La satisfacción es mayor cuando los logros se aproximan a las aspiraciones y disminuye cuando se alejan.

Finalmente, la calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer.

La calidad de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, siendo cuidadas en familia, para que puedan seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar. Políticas que tengan presente la dimensión femenina de los cuidados de salud, para que no contribuyan a seguir reforzando el rol dependiente de las mujeres cuidadoras.

### **3.7. LOS SERVICIOS DE SALUD HACIA EL PROCESO DE SALUD Y ENFERMEDAD.**

#### **Antecedentes.**

Los sistemas de salud y la práctica de la medicina han tenido tradicionalmente como único objetivo, la enfermedad, dirigiendo sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el abordaje de las patologías establecidas, prestando poca o nula atención a su prevención y a la conservación y promoción de la salud.

Desde hace algunos años, esta situación ha comenzado a revisarse, los sistemas sanitarios han comenzado a enfocar sus metas no en la enfermedad sino en la salud, mostrando que la función primordial del sistema sanitario no radica en exclusiva en garantizar el derecho del enfermo a ser correctamente diagnosticado y tratado sino también en procurar que no enferme, que se mantenga sano; en definitiva en asegurar su derecho a la salud, asimilando en cierta medida la enfermedad como un fracaso en el logro de este objetivo.

Estas consideraciones no son nuevas y vienen siendo expuestas y analizadas a partir de los primeros años de la década de los setenta. La salud es un derecho fundamental de la persona que para su consecución necesita la colaboración y coordinación de los distintos sectores técnicos y sociales.

De este modo, la atención primaria de Salud definida como: “La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada unas de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

Siendo la atención primaria parte integrante del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Por lo anterior, en este marco de la atención primaria se inserta la práctica de la Salud Familiar como un enfoque y una estrategia de salud en la que, basándose en sus principios se pueda tener un mejor cuidado de la población a cargo.

Por lo tanto, la Medicina Familiar hace suyo el modelo Biopsicosocial propuesto por G. Engel en 1977, en el que como características propias tiene:

**La salud y la Enfermedad son un continuum.** Las barreras entre salud y enfermedad no son tan claras, la salud no es un producto, ni un estado, si no un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, familiares, ambientales, etc.

Cambia por tanto la función del medico, ya no sería solo curar enfermedades sino el cuidar de la salud, teniendo en cuenta a la persona que enferma en su contexto vital.

Se pasa de una medicina centrada en la enfermedad a una medicina centrada en el paciente y su particular forma de vida, el contexto familiar y social.

Entonces se debe dar un diagnóstico el cual incluye tanto aspectos biológicos como emocionales, culturales y más ampliamente psicosociales. Al reconocer los diferentes factores que contribuyen a la enfermedad o al sentirse enfermo, se puede llegar a entender porque algunas personas experimentan como enfermedad lo que otras consideran problemas de vivir.

De ninguna manera proponemos dejar de lado la consideración de los aspectos biológicos de la enfermedad ni cambiar un modelo de causalidad biológica psicosocial. Esto sería mantenerse dentro del mismo paradigma que se critica. Lo que se espera es el desarrollo de modelos de pensar la salud que incluyan complejidad.

La transición del modelo biomédico a uno biopsicosocial no es una cuestión legislativa, no es solo el resultado lógico e inevitable de descubrir nuevos hechos y nuevos resultados. Es un proceso gradual de cambio que debe ocurrir en quienes ejercen la práctica de la medicina y en los sistemas prestadores de servicios de salud en cuyo contexto se realiza dicha práctica y también en la enseñanza, la investigación y los modelos que se puedan proponer.

Finalmente, la salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocupan exclusivamente el espacio de la vida personal. La calidad de vida, el cuidado y promoción de la salud y la mente misma acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal.

Para profundizar más en el tema haremos referencia a los dos modelos de atención en salud (Enfoque Biomédico y/o Enfoque Biopsicosocial).

### **3.7.1. Enfoque Biomédico y/o Enfoque Biopsicosocial.**

El actual desarrollo de la atención primaria se fundamenta en algunos enfoques teóricos, que son de gran importancia discutir, y que hasta ahora han estado implícitos en las propuestas elaboradas para el mejoramiento del sistema de Salud en nuestro país.

El enfoque biomédico se constituyó en la forma de entender, en la sociedad occidental, los fenómenos de salud y enfermedad. Se fundamenta en el paradigma positivista desarrollado para la investigación del mundo físico, cuyos principios básicos son:

- Los fenómenos complejos se pueden conocer por el modo analítico, fraccionándolos hasta sus componentes mínimos y estudiando estos por separado. La suma de cada uno de estos resultados, corresponde al fenómeno complejo.
- Existe una clara separación entre el observador y el objeto observado.
- Las relaciones de causalidad son simples y lineadas.
- Son solo validos los fenómenos repetibles por varios observadores.

En este sentido es cada vez mas evidente que este enfoque plantea una perspectiva reduccionista , que es insuficiente para explicar el fenómeno salud-enfermedad ya que pensamos que la salud y enfermedad no están conceptualmente separadas de la persona, ni lo esta de su medio ambiente. Siempre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, están relacionados entre si y en niveles variables.

Por consiguiente, para definir un nuevo modelo de atención, es primordial fundamentarlo desde una perspectiva más amplia y apropiada, para enfrentar los nuevos desafíos en salud. El enfoque biopsicosocial de la salud, ofrece una visión integral del fenómeno de salud- enfermedad que sin dejar de lado sus aspectos biológicos, incorpora otros aspectos imprescindibles para el abordaje epidemiológico que enfrenta nuestra sociedad.

Por otra parte, la forma habitual de atención en salud convierte a quien hace uso de un servicio de salud en un sujeto pasivo, un “paciente”. No se le reconoce capacidad para decidir como se le atiende. Esta situación tiene su correspondencia en que ese “paciente” imagina en el profesional un saber absoluto sobre la salud, la vida y la muerte, suposición que perpetua su posición pasiva.

Cabe mencionar que en el enfoque biopsicosocial la persona esta dejando de ser un “paciente” pasivo, sobre el cual el sistema y sus profesionales toman decisiones. El nuevo “paciente” esta pasando a ser proactivo y consciente, con acceso a gran cantidad de información que afecta a su salud.

***El enfoque biopsicosocial se caracteriza por:***

- **Es Sistémico.** Entiende los fenómenos complejos como un todo imposible de fragmentar. La enfermedad no puede ser separada del individuo que la padece esta dad por alteraciones bioquímicas y por la “vivencia” o dolencia de cada individuo.

- **Se centra en el individuo.** Define la salud como un proceso multidimensional, en el que interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. En este contexto, la tarea del medico no consiste en solo curar la enfermedad, sino también, en cuidar la salud, considerando los factores ya señalados. El individuo es considerado como un todo.
- **El medico no es “objetivo”.** Participa del proceso salud-enfermedad, aportando sus conocimientos, creencias y contexto social y profesional.
- **El medico requiere destrezas y conocimientos específicos para incorporar, en su trabajo habitual, las variables psicosociales, de manera científica.** Debe ser un experto entrevistador, a fin de lograr la mayor efectividad d su intervención. El medico actúa como facilitador de la cura del paciente. Estas destrezas no derivan simplemente de la “amabilidad”.
- **La relación medico paciente incluye a la familia.** Los tres elementos interactúan recíprocamente: la familia constituye el marco de referencia del individuo. Su inclusión potencia al medico, al apoyar el proceso de cura del primero.
- **El diagnostico incluye aspectos biológicos, emocionales, culturales y sociales.** Su contexto lo constituyen la estructura, las relaciones, el ciclo vital y el patrón de salud- enfermedad de esa familia.
- **El problema es definido por el paciente.** Puede abarcar cualquier aspecto de su vida, y siempre, es acogido.
- **El tratamiento considera los recursos internos de la familia y los individuos, además del afecto terapéutico de la relación médico-paciente-familia.**

### **3.8. EL CONCEPTO DE MEDICACION.**

Los medicamentos son una parte central en el manejo terapéutico de las personas de la tercera edad, pues muchos de ellos padecen tanto enfermedades crónicas como agudas. A pesar de que nuestra población mayor de 60 años de edad y más sólo representa un 7 % del total de la misma, son el sector de la población que mayor proporción de fármacos utiliza.

Algunos de los aspectos del envejecimiento normal hacen que la ingesta, la absorción, la distribución, el metabolismo, la excreción y el efecto de las drogas sufran modificaciones y por lo tanto se incrementen los efectos adversos y secundarios de las mismas haciendo que el Adulto Mayor se tenga miedo a prescribir los medicamentos y no se utilicen o que en su efecto se sobre utilicen y se presenten complicaciones que en muchos casos requieran hasta la hospitalización.

Otro aspecto importante, es que no se realizan estudios clínicos rutinarios en ancianos para comprobar la eficacia de los medicamentos y por lo tanto se desconocen las reacciones que se pueden presentar en este sector de la población así como también las dosis apropiadas y presentaciones de los fármacos.

Basado en lo anterior es crítico que reconozcamos el uso apropiado de las drogas por lo que sería recomendable el tener a la mano la farmacopea o diccionario de especialidades farmacéuticas tanto para prescribir un medicamento como para venderlo en una farmacia y advertir de los posibles efectos secundarios y reacciones adversas así como conocer sus contraindicaciones. Se debe también educar al paciente para que aprendan reconocer sus enfermedades y el uso apropiado de las medicinas. Se ha visto medicamentos que contienen diuréticos como las tiacidas aumentan el riesgo de anormalidades electrolíticas que están asociadas a eventos cardiacos adversos. O que el uso de antihipertensivos como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina debe de controlarse los niveles de potasio y creatinina.

Debido a estos aspectos la Organización Mundial de la Salud ha propuesto los siguientes enunciados para un adecuado uso de la terapia farmacológica en el Adulto Mayor.

1. ***Pensar en la verdadera necesidad de la droga.*** ¿Es el diagnóstico correcto? ¿Se necesita la terapia farmacológica? ¿Hay otra mejor alternativa?.
2. ***No prescribir drogas que no sean útiles*** para el paciente de la tercera edad y pensar en los posibles efectos secundarios y sus reacciones adversas.
3. ***Ajustar la dosis del medicamento individualmente,*** pensando siempre en la necesidad de cada paciente.

Siguiendo lo anterior, se sabe que el Adulto Mayor, tiene menor capacidad de homeostasis para compensar los efectos de las noxas en virtud de los cambios estructurales y funcionales que se suscitan como consecuencia de la metamorfosis del proceso natural del envejecimiento. Esta condición predispone a un incremento en el riesgo a desarrollar enfermedades multiorgánicas con mayor prevalencia, severidad y características clínicas con frecuencia diferentes a las del adulto joven.

Por ello, efectivamente, existe en el Adulto Mayor, enfermedades o dolencias prevalentes y concomitantes como son las infecciosas, afecciones psiquiátricas, (ansiedad, depresión, demencia, confusión aguda), metabólicas y endocrinas, (diabetes, hiper o hipotiroidismo, dislipidemias, osteoporosis), degenerativas, (osteoartrosis y arterioesclerosis), tumorales, (cáncer de útero y mamas en mujeres; de próstata, estómago y pulmón de hombres; linfomas), traumáticas (caídas, fracturas), digestivas (constipación, incontinencia), etc.

Por la prevalencia de éstas y otras enfermedades en la tercera edad, es más frecuente la necesidad de emplear en muchos casos, en un mismo paciente, una serie de medicamentos, algunos de acción curativa, otros paliativos o sintomáticos que tienen diversos efectos adversos o que interaccionan entre sí haciéndose por ello imperativo recordar y analizar aquellos que representan un riesgo mayor para el anciano. Tener en cuenta que, como consecuencia de la polifarmacia <sup>20</sup> cada medicamento puede lograr un efecto independiente, pero también puede interactuar incrementando o disminuyendo su efecto, producir una acción imprevista, o interactuando a determinadas concentraciones facilitar un efecto tóxico.

Las manifestaciones que se dan a veces en el enfermo que recibe polifarmacia pueden ser interpretadas como parte de la enfermedad en tratamiento, como también son dependientes de reacciones adversas producidas por la medicación ofrecida, lo que hace que el médico recomiende más dosis o cambie a otro y otro medicamento, agravando la situación del enfermo, y generando un círculo vicioso iatrogénico.

Cuando en el ahínco de curar, aliviar, o cuidar a un enfermo el médico genera una injuria psíquica, funcional u orgánica, esto es, una enfermedad, dolencia o disturbio, está provocando iatrogenia. Esta puede ser generada directamente en la relación médico-paciente, o por intermedio de un agente indicado en busca de un diagnóstico, o como consecuencia de una medida terapéutica instrumental o medicamentosa.

En la producción de cualquier iatrogenia existen factores de riesgo en los que participa el médico, el paciente y el agente. En el contexto de las iatrogenias medicamentosas<sup>21</sup>, resulta de real importancia para evitarlas, que el médico tenga conocimiento correcto de las propiedades farmacológicas del producto a

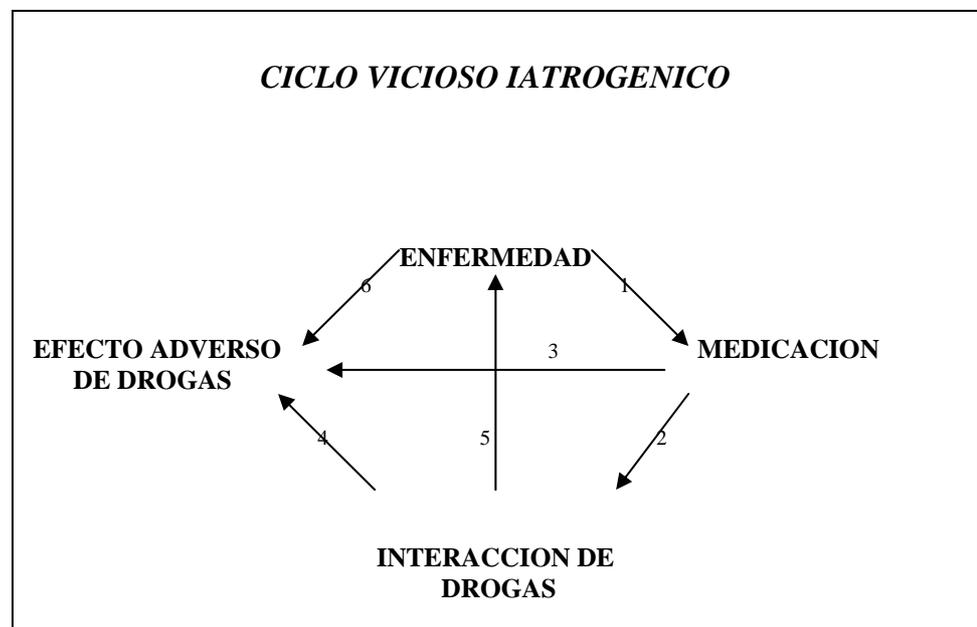
---

<sup>20</sup> Uso de varios medicamentos

<sup>21</sup> intermediadas por un agente

prescribir, su efecto principal, efectos colaterales indeseables, interacciones, toxicidad, idiosincrasia y el control de probable sobredosis o intolerancia.

Debe igualmente conocerse en forma integral el estado fisiopatológico del adulto mayor, antes de someterlo a cualquier terapia medicamentosa. No es suficiente valorar la edad del paciente sino también otros factores de riesgo que van a influenciar sobre él, o los efectos de la medicación, como pueden ser el sexo, el peso corporal, la preexistencia de algún defecto personal u orgánico adquirido o genético y hasta la sugestión habilidad y confianza o no al médico.



Otro factor de riesgo en la etiología de la iatrogenia medicamentosa se relaciona con el acto de prescripción en la relación médico-paciente. El médico es el responsable de la prescripción para la cual debe contar sobre todo con el conocimiento integral del paciente, definir con precisión el diagnóstico actual, considerando su pronóstico natural para así evitar o disminuir los riesgos por el uso de medicamentos, como ser un error de elección, desconocer las propiedades del fármaco elegido, sus indicadores, contra-indicadores, posibles reacciones

adversas o interacciones con otros medicamentos usados concomitantemente para otras afecciones, señalar con precisión la dosis diaria, en la forma de dosis única o fraccionaria a intervalos; si debe usarse antes, durante, después o lejos de los alimentos; cerca, junto o lejos de otros medicamento; la vía por la cual debe suministrarse sea oral o parental; el tiempo que debe usarse y el momento en que el médico debe controlar la respuesta para evitar iatrogenias. Aunque parezca superfluo es siempre conveniente que toda prescripción sea anotada claramente para el conocimiento y cumplimiento del paciente, y evitar así errores de uso, sino también, como sucede en muchos casos en los que el paciente adulto esté imposibilitado para valerse por sí mismo, sea un familiar, un amigo, o un profesional paramédico el que cumpla con proporcionarle la medicación en forma adecuada.

Los mecanismos por los cuales los medicamentos pueden originar en el Adulto Mayor diversos efectos, (fármacoconciencia y farmacodinamia), son multifactoriales, dependiendo de la vía de administración, la integridad del aparato absorbitivo, la capacidad absorbitiva, la capacidad circulatoria para su transporte y distribución en función de la concentración de las proteínas plasmática para ligarse o no, y llegar a los órganos para su biotransformación o metabolismo, el factor integral funcional del hígado con su actividad enzimática microsomal, y del intestino (ciclo entero –hepático) así como del riñón para su fácil excreción.

No menos importante son la sensibilidad y la capacidad que tengan los tejidos u órganos receptores, (órgano blanco) para concentrar el fármaco o las interacciones y reacciones adversas ante los medicamentos para lograr una acción efectora eficiente.

La absorción de los fármacos a nivel del tracto gastrointestinal es un fenómeno complejo. La mayor o menor absorción depende de sus características físicas y de su solubilidad en medio acuoso o lípido para que los procesos de difusión pasiva, transporte activo o pinocitosis se produzcan para llevarla a través de la pared intestinal a los capilares linfáticos o venosos.

Con el incremento de la edad se suscitan cambios involutivos en el tracto gastrointestinal como reducción del número y cambios en el tipo celular de las placas de S eller, alteraci3n de la motilidad y actividad esfinteriana, reducci3n del flujo sanguíneo, que como consecuencia van a reducir el área afectiva de absorci3n y cambiar la velocidad y tiempo del tránsito, provocando así, condiciones de absorci3n diferentes. También se conoce en el adulto mayor prevalece la gastritis atr3fica y como consecuencia estados de hipo o aclorhidria que al modificar el ph del contenido gástrico influencia la capacidad de absorci3n y transporte parietal intestinal de muy variados medicamentos.

Cuando cualquier medicamento es incorporado, ya sea por vía oral o parental llega al torrente circulatorio, será transportado en forma libre o ligado a las proteínas, alcanzando diferentes 3rganos. Al llegar al hígado, por mecanismo de oxidaci3n o de reducci3n, o por diferentes procesos de conjugaci3n como la acetilaci3n, sulfataci3n, mutilaci3n, etc., se opera una verdadera biotransformaci3n. La hipoalbumi-nemia y el incremento de las betas-globulinas frecuente de observar en personas de esta edad los hace más susceptibles a reacciones adversas cuando al ofrecerles múltiples medicamentos va a existir una acci3n competitiva para alcanzar la ligadura y de ésta manera llegar a los tejidos productos no ligados cuya acci3n puede ser más t3xica o menos activa o facilitar la acci3n de otros fármacos e incrementar así las posibilidades de nuevas reacciones adversas.

La reducci3n del agua corporal y el aumento relativo del tejido adiposo con relaci3n a la masa corporal total influencia la distribuci3n de los fármacos disminuyendo sus concentraciones en unos 3rganos y aumentando en otros de acuerdo a la solubilidad en agua o en grasa.

Los cambios funcionales y estructurales que se demuestran en el hígado, como reducci3n de la masa total funcionante, aumento de la vacuolizaci3n, desintegraci3n de los hepatocitos, aumento del dep3sito de gotas de grasa, disminuci3n de las reservas del gluc3geno hepático, disminuci3n del flujo

sanguíneo, inciden en la alteración y reducción de la actividad enzimática hepática de modo que muchos fármacos llegan al hígado sin poder metabolizarse adecuadamente para alcanzar la función para la cual fue prescrita.

### **3.8.1. Fármacos en el Adulto Mayor**

La farmacología clínica ha sido simplemente definida como el estudio científico de los fármacos en humanos. Es decir, concierne principalmente a la optimización de las terapias con drogas o medicamentos.

Una gran parte de esta especialidad se basa en el conocimiento de principios farmacocinéticos y además entender todos los factores y variables que influyen en la respuesta de determinadas drogas.

La importancia de la farmacología clínica a tomado fuerza en los últimos años por:

1. Aumento en la población mayor en las sociedades desarrolladas.
2. Alto consumo de medicamentos
3. Pobres resultados de tratamientos observados en la práctica clínica
4. Evidencia reciente (en estudios clínicos a gran escala) que muestran
5. Menor beneficio en la gente mayor.

#### **3.8.1. Epidemiología**

La prescripción de fármacos en el Adulto Mayor tiene mucha importancia y reviste características propias.

- Este grupo etareo esta frecuentemente polimedicado y la frecuencia de reacciones adversas a medicamentos, es elevada.
- Existen diferencias importantes que se deben tener en cuenta al prescribir fármacos en el Adulto Mayor.
- Entre 70 y 90 % de los ancianos consumen algún medicamento.

- En general los Adultos Mayores consumen casi el doble de medicamentos que la población en general.
- El 25 % de los Adultos Mayores presenta reacciones adversas a medicamentos, aumentan proporcionalmente en la medida que se incrementan el número de fármacos consumidos.
- Estudios de fármaco vigilancia en hospitales han establecido una relación lineal entre edad y frecuencia de reacciones adversas a medicamentos, las que son 3 % en personas entre 20 y 29 años y aumenta a 25 % en adultos mayores de 80 años.
- Las reacciones adversas a medicamentos, constituyen una de las formas frecuentes de iatrogenia en el anciano.
- Existe un elevado número de fármacos utilizados en ancianos cuya utilidad es dudosa.
- Por lo que es importante tener en consideración una serie de factores que pueden ayudarnos a planificar mas racionalmente el uso de medicamentos en este grupo etareo. Factores No Farmacológicos.
- Reconociendo que por parte del paciente, familiares o cuidadores de los ancianos de la necesidad de tratamiento (impedimentos culturales, físicos y psicológicos que afectan dicho reconocimiento y la obtención de ayuda).
- Presentación atípica de la enfermedad en el Adulto Mayor, omisión de síntomas, quejas múltiples y vagas.
- Dificultad en la adhesión al tratamiento por alteraciones cognitivas y de órganos de los sentidos.
- Coexistencia de múltiples enfermedades.
- Polifarmacia. Existencia de fármacos con el mismo principio activo. Se considera que hasta tres fármacos son bien manejados. La toxicidad aumenta al aumentar el número de fármacos.
- Complejos esquemas terapéuticos.
- Automedicación. Factores Farmacológicos.
- Se refiere a la medicación farmacocineticos y farmacodinámicos asociados al envejecimiento. Modificaciones Farmacocinéticas.

### **3.8.2. Reacción Adversa a Fármacos**

Los ancianos en general, exhiben respuestas a menudo diferentes atípicas e inespecíficas. Entre ellas cabe destacar:

- 1. Incontinencia Urinaria**
- 2. Depresión**
- 3. Intranquilidad**
- 4. Confusión**
- 5. Pérdida de Memoria.**
- 6. Síntomas Extrapiramidales.**
- 7. Constipación**
- 8. Caídas**

Es importante, considerar siempre como reacciones adversa a medicamentos, la aparición de síntomas o cambios en el curso de una enfermedad que son claramente atribuidas al teóricamente previsto.

Las reacciones adversa a medicamentos, pueden ser atribuidas con frecuencia a la edad o similar otra enfermedad. El riesgo en este caso es la indicación de fármacos para tratarlas entrando en un circuito vicioso y aumentando así los riesgos para el paciente.

Es importante tener en consideración una lista de medicamentos que revisten antihipertensivos, benzodiazepinas, antiinflamatorios, antiparkinsonianos, antihistaminicos, diureticos, neurolíticos, digoxina y corticoides.

Existe gran variabilidad personal en la respuesta a medicamentos por lo que resulta prudente considerar la respuesta de cada individuo y evitar generalizaciones.

### 3.8.3. Como prescribir para no contraer reacciones adversas

- Establecer un diagnostico exacto.
- Recordar que los Adultos Mayores refieren alrededor del 39 % de los síntomas que agrupan.
- Frecuente presentación atípica de enfermedades.
- Necesidad de una valoración integral que no se reduzca solo a los aspectos biomédicos (modelo tradicional)
- Evitar los medicamentos de dudosa utilidad y los placebos.
- Comenzar con dosis bajas, recomendándose la mitad de aquellas utilizadas en adultos jóvenes, aumentan en forma progresiva, evaluando cuidadosamente la respuesta del paciente.
- Escribir las instrucciones claramente, con letras grandes que puedan ser leídos con facilidad. Es útil recomendar el uso de calendarios de medición.
- Diseñar esquema de dosificación lo mas simple posible preferir fármacos que puedan administrarse mono dosis y escoger aquellas presentaciones mas apropiadas en cada caso.
- Supervisar adecuadamente la medicación, especialmente en casos de los tratamientos prolongados. Debe incluirse en la anamnesis aquellas preguntas que detecten reacciones adversas a medicamentos. Es recomendable que el paciente traiga los medicamentos (técnica de la bolsa plástica) y asegurarse que comprenda las indicaciones correctamente.
- Preguntar por fármacos no prescritos, tales como: Lactantes, antiácidos, vitaminas, hipnótica; incluir en este punto aquellos fármacos de aplicación tópica como colirios oftalmológicos, gotas nasales y otras formas de aplicación tópica que puedan tener efecto sistémico.

Por ultimo, debemos saber que la prescripción de un medicamento u otro la realiza el médico teniendo en cuenta la clínica de cada paciente, su estado de salud, sus circunstancias fisiológicas, sus antecedentes de otras patologías, su historial alérgico, la medicación que toma actualmente, etc. El farmacéutico puede

recomendar, pero le faltan los conocimientos en medicina y la capacidad de diagnóstico que solo lo tiene el médico.

### **3.9. EL CONCEPTO DE AUTOMEDICACION.**

La automedicación se ha definido de forma clásica como “el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico”. El paciente ha aprendido su decisión en un ámbito más o menos próximo; familia, amigos o vecinos, farmacéutico, la reutilización de la receta de un médico o la sugerencia de un anuncio. Hoy en día la automedicación debería ser entendida como “la voluntad y la capacidad de las personas- pacientes para participar de manera inteligente y autónoma (es decir, informada) en las decisiones. Y en las acciones de las actividades preventivas y terapéuticas que le atañen”<sup>22</sup>.

Tomar medicamentos para todo se está convirtiendo en un hábito común en nuestra sociedad. Medicamentos para relajarse, para animarse, para el dolor de cabeza, para los problemas gástricos... siempre existe un motivo para consumir alguno de los medicamentos que acumulamos en nuestras casas.

Sin embargo, debemos de tener en cuenta que cada persona reacciona de una manera distinta a un medicamento y, además, puede que el padecimiento de alguna molestia no sea el mismo.

Por consiguiente, todo medicamento tiene efectos secundarios que pueden alterar nuestra salud, por lo que debemos ser precavidos con ellos. Especialmente si tenemos alguna enfermedad o dolencia asociada o si se está tomando otros medicamentos. Los efectos secundarios más comunes son náuseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, mareos, somnolencia, urticaria... Pero otros pueden producir alteraciones más graves, e incluso un shock si somos alérgicos a su composición. Si padecemos una enfermedad, puede que el medicamento la agrave

---

<sup>22</sup> Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 24- N°6 – 2000.

o la complice, la asociación de ciertos medicamentos puede ser peligrosa o anular uno de ellos el efecto que debería tener el otro.

### **3.9.1. AUTOMEDICACION RESPONSABLE.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la automedicación responsable es aquella en la que las personas tienen el derecho y la responsabilidad de participar individual y colectivamente en el cuidado de su salud. Para ello, el paciente debe tener conocimientos mínimos sobre las patologías menores y las crónicas. Así podrá hacer un uso adecuado de ciertos medicamentos que se expenden sin receta, por considerarse que su uso responsable es eficaz y seguro para el consumidor. En esta línea son esenciales los conocimientos sobre prevención de la enfermedad.

En este sentido, la automedicación responsable la ejerce el consumidor de manera consciente y racional para resolver de manera fácil, efectiva y segura algunos síntomas leves que pueda padecer y que el mismo pueda identificar o reconocer.

Esto permitiría que el paciente asuma una posición leve y responsable en el cuidado de su salud, atendiendo síntomas leves que no requieran la intervención inmediata de un médico, aunque con esto no se descarta de ninguna manera la necesidad de acudir a un profesional en caso de persistir síntomas.

A pesar de que la Automedicación conlleva a variadas connotaciones negativas para la mayoría de la población e incluso a los propios profesionales de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ve en la automedicación responsable una fórmula válida de atención a la salud en las sociedades desarrolladas.

Por lo anterior, la solución o el alivio de molestias y pequeños problemas de salud que se presentan a lo largo de la vida, se puede realizar desde la propia autonomía de un individuo o una familia bien informada en el uso de técnicas y de

medicamentos útiles y seguros para esta misión. Esta forma independiente de tomar medicamentos, es absolutamente complementaria y no opuesta a la labor profesional de los médicos.

La solución en el ámbito doméstico o laboral evitara la necesidad de desplazamientos, esperas u otros inconvenientes de la asistencia de los centros de salud, en muchos casos congestionada. Los éxitos que se logren en el alivio de las enfermedades existentes reforzaran la autonomía de los individuos y dará en la familia un valor añadido al cuidador. Esta independencia es un acto de autoafirmación, hecho que buscamos en todos los órdenes de la vida. Los beneficios sociales y sanitarios son también destacados.

### **3.9.2 Educación en los Adultos Mayores.**

Una gran parte de los usos erróneos de la automedicación han surgido del modelo médico del que han aprendido Ej.: Si un médico le ha prescrito antibióticos ante cualquier síntoma infeccioso, sin mayores explicaciones, el paciente fácilmente optara en otra ocasión por repetir sin necesidad de consulta, la misma actitud que ha visto del profesional. Los médicos y profesionales de la salud en su totalidad son el modelo educativo ante los ojos de los pacientes, en este sentido mantener una actitud rigurosa y educativa, definiendo condiciones de uso de los fármacos facilitará la tarea de ayudar a los Adultos Mayores a cuidar y restablecer su propia salud y la de sus familias.

Siguiendo lo anterior, para el cumplimiento de una exitosa calidad de vida, es de mucha importancia priorizar en la prevención de enfermedades y la forma más acertada y recomendable de obtenerlo, es a través de una atención integral basada en el compromiso, conciencia y entrega. Informar, Aconsejar y Educar son factores cruciales en el trabajo con los Adultos Mayores.

**a) Información.**

Si a cualquier persona se le explica por qué y para qué se le receta o no un medicamento, comprenderá y aceptará de mejor manera las decisiones que se tomen. El conocimiento básico de la enfermedad a tratar ayudará a comprender el manejo de la misma.

Los profesionales de la salud son los encargados de informar y guiar las acciones que deben internalizar y desarrollar los Adultos Mayores con el fin de mantener un buen funcionamiento físico y mental, motivándolos a asumir responsablemente su auto cuidado, a través de práctica de Hábitos y Estilos de vida Saludables.

**b) Consejo Terapéutico.**

El incumplimiento terapéutico es un grave problema en tratamientos agudos y crónicos y refleja un planteamiento incompleto o mal comprendido de los objetivos que tiene cualquier tratamiento recomendado.

Si los Adultos Mayores no están informados y no han comprendido que los tratamientos tienen un periodo de duración y una cantidad de dosis a tomar difícilmente se conseguirá un uso adecuado y racional de los fármacos.

Por tanto es fundamental explicar las condiciones y limitaciones de uso de los medicamentos, un buen consejo por parte de los profesionales de la salud evitara una automedicación irresponsable, así como el incumplimiento terapéutico a realizar.

**c) Educación**

En este contexto, el auto cuidado y la automedicación representan un pilar importante en la forma de entender las relaciones entre profesionales de salud y los propios pacientes. Una relación de consejero y educador, ayudará a la prevención de las enfermedades presentadas en las diferentes etapas de la vida.

## Recomendaciones para un uso correcto de los medicamentos<sup>23</sup>

### **Información:**

- Origen de la misma
- Gravedad o levedad de la infección
- Duración posible de la misma
- Posibles complicaciones

### **Consejo Terapéutico:**

- Para que sirve el fármaco recomendado
- Dosis exacta y frecuencia de administración
- Duración del tratamiento
- Dosis exacta y frecuencia de administración

### **Educación:**

- Que hacer en otra situación similar
- Que fármacos puedo tomar o no
- Signos de alarma que obliguen a una atención médica
- Fomentar una actitud positiva hacia la auto observación
- Fomentar la colaboración y la comunicación del paciente

---

<sup>23</sup> Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 24 N 6-2000.

#### 4. MARCO METODOLOGICO

##### *Paradigma Metodológico*

La presente investigación se realizó dentro del paradigma Cualitativo, cuyo objetivo esta conformado por aquellos aspectos no cuantificables de la realidad social y que son parte de las personas. Este paradigma trabaja en el plano de las interpretaciones y valorizaciones que los sujetos le asignan a la realidad, las cuales se manifestaran por medio del lenguaje de los Adultos Mayores “es decir en el discurso, en el contexto de la vida cotidiana y cultura” (Pardinas, 1984). En este sentido son las propias palabras de las personas habladas o escritas, los que nos darán cuenta de una descripción del problema a investigar” (Hernández, 2001. Pág. 20).

El investigador cualitativo parte de la premisa de que cada sujeto es constructor de su propia realidad, por tanto de una interpretación subjetiva, de este modo su intento no es comprobar la veracidad del relato, sino entender de que forma significa su entorno.

La perspectiva cualitativa se replantea hoy como una vía muy adecuada para el estudio de la complejidad social, se parte del supuesto básico de que el mundo social esta construido de significados y símbolos, de ahí que la ínter subjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales. La realidad social así vista esta hecha de significados compartidos de manera ínter subjetiva.<sup>24</sup>

Por este motivo, en el presente estudio se considero que la metodología cualitativa seria la más adecuada ya que el propósito es entender y analizar el desarrollo de fenómeno planteado a través del tiempo.

---

<sup>24</sup> Jiménez- Domínguez. Bernardo “Cultura urbana, globalización y psicología social critica” Centro de estudios Urbanos, Universidad de Guadalajara. México 1998. Obtenido en red mundial Agosto 2001: [http://www. Class udg-mx-rhap/curri.html](http://www.Class.udg-mx-rhap/curri.html).

La investigación llevada a cabo es un estudio de tipo exploratorio y su objetivo es “examinar un tema o problema de investigación poco estudiado” y “sirve para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos (...) y para establecer prioridades para investigaciones posteriores”.<sup>25</sup>

Lo que se relaciona con nuestra área investigada Representaciones Sociales de los Adultos Mayores sobre la automedicación, medicación y profesionales de la salud es un tema que aún no ha sido considerado como motivo de investigación a nivel nacional. Actualmente se han realizado investigaciones acerca del objeto de estudio pero dentro de otros contextos sociales.

### **Tipo de Diseño de Investigación**

La propuesta metodológica es inductiva por cuanto no pretende corroborar hipótesis ni teorías sino conocer significados y en todo caso generar hipótesis a partir de los datos, para futuras investigaciones. No pretendemos llegar a generalizaciones, sino por el contrario conocer la diversidad de significados que sobre el tema de la Medicación, Automedicación y Profesionales de Salud poseen los Adultos Mayores. Trabajaremos con objetivos, sin proponer hipótesis.

Por otra parte se utilizó una metodología No Experimental al no manipular variables y Transeccional por darse en un tiempo único, y a su vez Cualitativa Flexible Abierta ya que podrá responder a la pregunta de investigación, permitiendo variar y cambiar los objetivos, este tipo de diseño de investigación nos entrega la posibilidad de explorar nuevas preguntas que tengan relación con el tema a investigar y que servirán en alguna medida de aporte para esta.

---

<sup>25</sup> Hernández. R, Fernández C. Baptista P “definición del tipo de investigación a realizar básicamente exploratoria, descriptiva, correccional o explicativa”, en Metodología de la investigación, Mc Graw-Hill, México, 1994, pp. 59-60.

Finalmente este diseño nos permite alcanzar un máximo de información, y el surgimiento de nuevas temáticas en beneficio a nuestra investigación y objetivos.

### **Delimitación del Campo de Estudio**

#### a) Universo

Los actores sociales con los cuales se trabajó son personas de 60 años o más, que se atienden en el Centro de Salud Familiar San José de Chuchunco, ubicado en la comuna de Estación Central, cuyo universo se aproxima a 1744 Adultos Mayores.

#### b) Actores

Los actores sociales con los cuales se trabaja para efectos de esta investigación, corresponde a personas Adultas Mayores beneficiarias del Centro de Salud San José de Chuchunco, ubicado en la comuna de Estación Central.

#### c) Muestra

Considerando el carácter cualitativo de la investigación, se trabajó con una muestra no probabilística, entendiéndose por esto algo estructuralmente representativo que no es aleatorio sino seleccionado según criterios teóricamente informados y establecidos por los investigadores.

Criterios centrales:

- 1. Sexo : Hombre - Mujer**
- 2. Edad: Adultos Mayores de 60 años y más.**
- 3. Pertenecientes al Centro de Salud Familiar San José de Chuchunco.**
- 4. Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas.**
- 5. La muestra estará constituida por 10 Adultos Mayores.**

El tamaño de la muestra, (10 Adultos Mayores) esta justificado porque en la investigación cualitativa no tiene relevancia el cuanto (tamaño) sino mas bien lo que interesa es el como, es decir, lo relevante es la profundidad que se logre en el estudio<sup>26</sup>.

Por lo anteriormente expuesto, se desprende que dado las características de este estudio, la metodología empleada (cualitativa) y el instrumento seleccionado para la recolección de los datos (entrevista en profundidad semi estructurada), es adecuado contemplar una muestra pequeña para facilitar la comprensión y descripción de los fenómenos en estudio.

### **Métodos y Técnicas de Recolección de Información.**

Los métodos cualitativos para la recopilación de datos tiene una función muy importante en la evaluación del impacto ya que proporcionan una valiosa información para comprender los procesos que existen tras los resultados observados y evalúan los cambios en la percepción que tienen las personas acerca del bienestar. Dadas las características propias de esta investigación, vale decir, de carácter exploratorio y con metodología cualitativa, se utilizara para la obtención de datos e información la entrevista semi estructurada.

La entrevista es una técnica en que una persona (entrevistador) solicita información de otra (...) para obtener datos sobre el problema determinado. Presupone, pues la esencia al menos de dos personas y la posibilidad de interacción social”<sup>27</sup>. De los distintos tipos de entrevista (entrevista estructurada, no estructurada, semi estructurada, entrevista en profundidad, etc) se ha escogido la entrevista semi estructurada en la cual no se sigue una secuencia de preguntas relativamente abiertas y flexibles; dicha herramienta satisface adecuadamente los objetivos de la investigación.

---

<sup>26</sup> Taylor, S, Bogdan, R. (1992) Introducción a los métodos cualitativos de investigación.

<sup>27</sup> Rodríguez, Gregorio; Gil, Javier y García Eduardo (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa, Ed. Aljibe. Granada. Pág.167.

En cuanto al instrumento construimos una pauta de entrevistas (anexo 1) la que nos permitió contar con los lineamientos generales para cada eje temático, acotando la conversación a los temas que interesan investigar. El sentido de los ejes es guiado previamente por los objetivos específicos.

Esta guía sirve como una lista de verificación durante la entrevista y asegura que se obtenga la misma información a partir de varias personas. Aún así, existe bastante flexibilidad. El orden y el funcionamiento de las preguntas no se determinan por anticipado. Además, dentro de la lista de temas o áreas temáticas, el entrevistador tiene la libertad de dar mayor profundidad a determinadas preguntas. La ventaja del estilo de la guía de entrevista es que el hecho de entrevistar a diferentes personas se hace más sistemático e integral, ya que se delimitan los temas que se tratan<sup>28</sup>.

A través de esta técnica de entrevista semi estructurada se pretende obtener mayor cantidad de información por parte de los participantes, posibilitando el intercambio de sus percepciones. Ya que dicha información debe ser útil, relevante y manejable en función de los objetivos planteados.

### **Procedimiento de Trabajo**

*a) Universo muestral y selección de muestra: La determinación de la muestra se realiza a través del siguiente paso.*

- Revisión de fichas clínicas: Este paso permitió obtener antecedentes de la historia de vida del adulto mayor (anamnesis clínica), verificar si son personas autovalentes (concientes y orientadas), atenciones de los integrantes del equipo de salud a cargo del programa del adulto mayor, la dirección y el número de teléfono, para un posterior contacto.

---

<sup>28</sup> Taylor, SJ. y Bodgan. R. (1984). Introducción a los métodos cualitativos de investigación.

*b) Recopilación de la información*

- Desarrollo de las Entrevistas: Como primer paso se contacto al los Adultos Mayores a través de llamadas telefónicas, se solicito su colaboración para el estudio. Una vez aceptada se acordó el día de las entrevistas, en esta etapa se entrega información general del entrevistador así como los objetivos del estudio.
- El proceso de entrevistas se realizo durante dos semanas debido a que hubo disponibilidad de horarios de trabajo de ambos entrevistadores y de los entrevistados.
- Lugar de entrevista: Se sugirió a cada entrevistado que fuera en su domicilio, por la confidencialidad y comodidad para este.
- Registro de información: fueron registradas en un casete, utilizándose una radio grabadora previa autorización del entrevistado.
- Características de la entrevista: como primer paso, en la entrevista se realizo una presentación y un comentario breve sobre la finalidad de la misma, explicando su duración y carácter de confidencial de las opiniones. Se inicio la entrevista con preguntas generales para crear un ambiente adecuado. Luego se realizaron preguntas mas concretas sobre la temática especifica. Finalmente en el cierre se agradece la colaboración reiterando el grado de confidencialidad de la entrevista.

En función de la técnica prevista, en este caso las entrevistas semi- estructuradas, se utilizó el análisis interpretativo a través de lo que se denomina técnica del análisis de categorías. Los procedimientos para este tipo de análisis considera: Reducción de los Datos, la Identificación, Clasificación y Agrupamiento de estos.

A partir de esto contemplamos los siguientes pasos en el proceso de Análisis de los Datos:

**Lectura** de las transcripciones de las entrevistas, lo que permite tener una idea global de los contenidos e incluso, identificar algunas relaciones que orientan al análisis.

De acuerdo a la necesidad de identificar los elementos que tienen significado para la investigación. Se hizo la **Reducción de los Datos** basándose en tres conceptos ejes que articularon el trabajo y que fueron establecidos con anterioridad: Automedicación. Medicación y Profesionales de la Salud.

Luego se realizó, la **Categorización**. Que incluye dos procesos simultáneos en categorías de todos aquellos fragmentos que aluden a un mismo tema; y a la **Codificación** que es la división de las categorías en indicadores, asignando a cada indicador un código distinto.

Finalmente, la **Interpretación de los Resultados**, se efectuó sobre la base de las principales ideas referidas a los intereses que esta investigación presenta y que se encuentran identificados en los objetivos de la misma.

### **1.1.1 Definición de Matriz.**

Para responder a los objetivos planteados en la investigación se definió como único núcleo, las Representaciones Sociales de los Adultos Mayores, desde la cual se desprendieron categorías previamente estipuladas, que darían cuenta de estas, que a continuación se definen:

- La categoría de Automedicación, se refiere a las formas narrativas a través de las cuales los Adultos Mayores expresan su Representación Social hacia la Automedicación.

Esta categoría la conforman las siguientes subcategorías: Connotación Positiva de la Automedicación y se automedica, Connotación Positiva de la Automedicación y no se Automedica, Desinformación de la Automedicación, Conocimiento de la Automedicación, Experiencia Pasada con la Automedicación e Irregular Asistencia hacia el Centro.

- La categoría de Medicación, se refiere a las formas narrativas a través de las cuales los Adultos Mayores expresan su Representación Social hacia la medicación.

Esta Categoría la conforman las siguientes Subcategorías: Connotación Positiva de la Medicalización, Connotación Negativa de la Automedicación, Uso Irracional de los Medicamentos, Uso Racional de los Medicamentos, Credibilidad y Confianza hacia el Médico, Prescripción Adecuada, Prescripción Inadecuada, Experiencia pasada de la Medicalización.

- La categoría de Profesionales de la Salud, se refiere a las formas narrativas a través de las cuales los Adultos Mayores expresan su Representación Social hacia los Profesionales de la Salud.

Esta categoría la conforman las siguientes subcategorías: Connotación Positiva hacia el Centro, Connotación Negativa hacia el Centro, Buen trato y Credibilidad hacia el Médico, Demanda de Educación, Experiencia Pasada con los Profesionales de la Salud y Connotación Negativa hacia el Médico.

**MATRIZ DE ANÁLISIS DE ENTREVISTAS**

<b>Categorización</b>	<b>Descripción</b>	<b>Sub-Categorías</b>	<b>Descripción</b>	<b>Citas</b>
<b>Automedicación</b>	Se refiere a todas las citas que se relacionan con la automedicación	Connotación Positiva	Se refiere a todas las citas que tiene una connotación positiva de la automedicación y se relaciona con adultos mayores que se automedica	<p>“Tomo pastilla, tomo piroxican, me las compro” (21).</p> <p>“le salía más fácil ir a la farmacia comprar un remedio y tomárselo” (771-772).</p> <p>“En caso de dolor de cabeza, tomo el mismo remedio para los huesitos” (966-967)</p>
<b>Medicación</b>	Se refiere a todas las citas que se relacionan con la Medicación	Uso Irracional de los Medicamentos	Se refiere a las citas que dan cuenta del uso irracional de los medicamentos por parte de los adultos mayores	<p>“Las dejo de tomar cuando me siento bien” (32)</p> <p>“Cuando tengo que hacer o estoy ocupado todo el día no tomo la pastilla” (566-567).</p> <p>“hasta cuando me siento bien” (614).</p>
<b>Categorización</b>	<b>Descripción</b>	<b>Sub-categorías</b>	<b>Descripción</b>	<b>Citas</b>
<b>Profesionales Salud</b>	Se refiere a todas las citas que se relacionan con los Profesionales de Salud	Confianza y credibilidad hacia el médico	Se refiere a las citas que dan cuenta de la credibilidad y la confianza que poseen los adultos mayores hacia el médico	<p>“Yo digo que las pastillas se deben comprar porque el médico se las da a uno” (50-51).</p> <p>“yo a nadie le hago caso, sólo al médico” (899).</p> <p>“yo no le doy nada, sino me lo receta él médico” (907).</p>

## **5. RESULTADOS Y ANÁLISIS**

A continuación daremos a conocer los resultados obtenidos en este estudio. En primer lugar, entregaremos una sistematización de las temáticas consideradas como las más relevantes en relación al material obtenido en las respuestas de las entrevistas que los Adultos Mayores pertenecientes al centro de Salud San José de Chuchunco entregaron.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de cuarenta minutos y se llevaron a cabo en sus propios domicilios en los meses de Septiembre y Octubre del presente año.

Cabe señalar que los Adultos Mayores tuvieron buena disposición de cooperar al momento de aplicar las entrevistas. Las trabas se presentaron en la falta de comprensión de las preguntas por parte de ellos, lo que visualiza el tipo de lenguaje que poseen, básico y sencillo, debiendo explicar algunas preguntas con vocablos que fueran de su comprensión, vale decir, en términos simples y directos.

Se realizará un análisis descriptivo por categorías y subcategorías, las cuales serán presentadas por ejes temáticos surgidos a partir de las respuestas de las entrevistas semi estructuradas, los ejes nacen a partir de la frecuencia en los testimonios de los Adultos Mayores y al mismo tiempo se describirán los significados por cada tema expuestos sobre la base de dichos testimonios.

## **5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA INFORMACIÓN**

Antes de iniciar este apartado es necesario señalar que la muestra de 10 entrevistados es equitativa en cuanto a género, eso hace que el análisis que a continuación se presentará se centrará básicamente en los relatos de los Adultos Mayores que en consecuencia guiarán el análisis de las respectivas subcategorías.

### **5.1.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CATEGORÍA AUTOMEDICACION.**

La categoría de Automedicación, se refiere a las formas narrativas a través de las cuales los Adultos Mayores expresan su Representación Social hacia la Automedicación.

Esta categoría la conforman las siguientes subcategorías: Connotación Positiva de la Automedicación y si se automedica, Connotación Negativa de la Automedicación y no se automedica, Desinformación de la Automedicación, Conocimiento de la Automedicación, Experiencia Pasada con la Automedicación e Irregular Asistencia hacia el Centro.

### **5.1.1.1 Subcategoría Connotación Positiva de la Automedicación y si Automedica:**

Entendemos por Connotación Positiva de la Automedicación y se automedica, como las Representaciones Sociales que tienen los Adultos Mayores en la interacción que ellos tienen con su enfermedad, en donde hay una práctica en la ingesta de medicamentos o hierbas medicinales tanto por cuenta propia o inducido por un ente alejado del ámbito de la salud, llámese publicidad, vecino, familiar o amigo.

Algunos de los entrevistados relatan lo siguiente:

*“Un día me dolía la cabeza, era un fuerte dolor de cabeza, entonces voy a un almacén y le pedí una tableta para el dolor de cabeza, el caballero me dijo que me tomara dos anacin” (890-893).*

*“Dicen que es para el dolor de cabeza, las mismas propagandas dicen que es para el dolor de cabeza, que disminuye la fiebre y regula la sangre, y no estoy bien al cabo de eso, pero yo las tomo” (1123-1126).*

*“Sí, algunas veces lo hago, cuando me duele la cabeza, compro paracetamol, ¡Cómo voy a estar con ese dolor!, sabe yo tomo muchas hierba, yo soy del sur, usted sabe que allá se usa mucho eso, además es algo natural que no hace mal para el estómago” (1289-1292).*

### **5.1.1.2. Subcategoría Connotación Negativa de la Automedicación y no se Automedica:**

Entendemos por Connotación Negativa de la Automedicación y no se Automedica, a las Representaciones Sociales que tienen los Adultos Mayores en relación a un desacuerdo con la práctica de la Automedicación, es decir hay una convivencia dependiente hacia la prescripción médica, rechazando cualquier indicación externa a un profesional de la salud y a la ingesta de medicamentos por iniciativa propia.

*“Yo pienso que las personas deben respetar los medicamentos que les da el doctor y no tomar medicamentos por cuenta propia” (281-283).*

*“No, yo no tomo ningún remedio, ni tampoco dejo que mi señora los tome ni le permito tampoco a mis hijos y a mis nueras que le den remedios a los niños sin que se los haya recetado el doctor”(775-778).*

*“He oído hablar de la automedicación, porque hay personas que creen que por tomar un medicamento por ellos, se van a sanar, no siendo adecuado el tratamiento, porque nadie se lo dio, por eso mismo antes la ampicilina se vendía sin receta y la gente la tomaba para un posible problema de infección y resulta que el mal era peor porque el mal era peor, ya que quedaban inmune a cualquier medicamento, por eso cortaron ese asunto, el diazepam lo vendían como pan caliente, ahora no se vende si no va con receta” (1163-1170).*

### **5.1.1.3. Subcategoría desinformación de la Automedicación:**

Esta subcategoría, Desinformación de la Automedicación, da cuenta del poco manejo de información en los testimonios de los Adultos Mayores acerca del fenómeno de la Automedicación, por tal motivo creemos que son más propensos a consumir medicamentos, sin la asesoría correspondiente.

*¿Usted, tiene conocimiento de lo que es la automedicación? “No, nada” (411-413).*

*“No, sólo en conversaciones” (1022).*

#### **5.1.1.4. Subcategoría Conocimiento de la Automedicación:**

A través de las Representaciones Sociales que están en el discurso de los Adultos Mayores acerca del Conocimiento de la Automedicación, podemos deducir que sí hay conocimiento e información en relación a la práctica de la Automedicación, asociándolo exclusivamente al rol del profesional de la salud.

*“La automedicación es tomar un medicamento por cuenta propia sin previa consulta médica” (274-277).*

*“Por automedicación yo entiendo que uno se receta sola y eso es malo no se debe hacer, es malo que uno se recete, debe venir al médico” (887-889).*

Además, hay Adultos Mayores que manejan conocimientos de lo importante e imprescindible que es el entendimiento de la indicación médica para llevar efizcamente un tratamiento, donde la familia sea partícipe de lo que afecte al paciente.

*“Un médico para mí es una persona que estudia para mejorar a las personas y sabe que su profesión es dar buenos remedios y congeniar con los enfermos y que de explicaciones de cómo son las cosas. Porque no sacamos nada con tener grandes sabios si no saben o no quieren dar explicaciones de las cosas, porque si a uno no le explican las cosas, mire aquí hay muchas personas, yo creo que mucha gente se automedica producto de su ignorancia, por su falta de información, yo creo eso. Porque si hubiera más comunicación con los médicos, si hubieran cursos que se le hicieran a los acompañantes de los enfermos, que le*

*explique en qué consiste la enfermedad y como tratar no pasaría eso de la automedicación, incluso estaríamos más llano de acudir al consultorio o al hospital” (1141-1153).*

**5.1.1.5. Subcategoría Automedicación Responsable:**

Entendemos por Automedicación Responsable a las Representaciones Sociales que manejan los Adultos Mayores en relación a los conocimientos básicos que se deben tener acerca de la enfermedad, en este sentido podemos evidenciar que los Adultos Mayores ejercen de manera conciente y racional la resolución de síntomas y el cuidado de su salud, a través de técnicas y medicamentos útiles y seguros, anteriormente prescritos por algún profesional de la salud.

*“Yo repito el medicamento y el tratamiento porque sé que me lo recetaron” (808-809).*

*“Cuando en la noche se congestiona, yo le aplico el inhalador que le recetaron aquí y le doy un paracetamol y después cuando vengo al médico le digo al doctor” (997-999).*

*“Para mí sí, porque yo sé que receta comprar, como y cuando tomarme el remedio, yo por lo menos sé eso, pero hay personas que reciben la receta y la compran, pero no saben para qué es y cómo tomárselas” (1063-1066).*

**5.1.1.6. Subcategoría Experiencia Pasada con la Automedicación:**

A través de las Representaciones Sociales que están en el discurso de los Adultos Mayores, entendemos por Experiencia Pasada con la Automedicación, a la interacción que han tenido con el fenómeno de la Automedicación, la que ha resultado como una percepción positiva o negativa de dicho acontecimiento.

*“Yo ya dejé tiempo atrás eso, me dolía la cabeza y tomaba algo” (277)*

*“Parece que se intoxicó con tanto remedio, porque parece que los remedios seguramente, los remedios no eran los que debía haber tomado, yo creo que fue así, porque no compró remedios con receta médica; sino lo que le daba personas por ahí, porque hay señoras que se daban de médicos” (1036-1040)*

#### **5.1.1.7. Subcategoría Irregular Asistencia al Centro:**

Esta Subcategoría alude a las Representaciones Sociales que tienen los Adultos Mayores en un comportamiento inestable, en lo que refiere a mantener una continuidad en la asistencia al centro de salud y en el tratamiento de su enfermedad.

*“Claro, incluso voy a ser sincera a veces no vengo, digo ah.. Voy a ir y mevan a dar estas mismas pastillas, entonces no vengo” (37-39) .*

*“Yo encuentro que soy media floja para venir al medico” (63).*

#### **5.1.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CATEGORÍA MEDICACION.**

La categoría de Medicación, se refiere a las formas narrativas a través de las cuales los Adultos Mayores expresan su Representación Social hacia la medicación.

Esta Categoría la conforman las siguientes Subcategorías: Connotación Positiva de la Medicalización, Connotación Negativa de la Automedicación, Uso Irracional de los Medicamentos, Uso Racional de los Medicamentos, Credibilidad y Confianza hacia el Médico, Prescripción Adecuada, Prescripción Inadecuada, Experiencia pasada de la Medicalización.

**5.1.2.1. Subcategoría Connotación Positiva de la Medicación:**

Entendemos por Connotación Positiva de la Medicación, como las Representaciones Sociales que tienen los Adultos Mayores, en la aceptación y conformidad que tienen al momento de recibir la atención Médica, ya sea en la prescripción, en el trato y en las indicaciones que son dados al momento de acudir a la consulta.

*“Claro, pero yo no recibo remedios de un lado o de otro, de aquí no más”  
(250-251)*

*“No me puede hacer mal, porque me lo está recetado el doctor” (800-801)*

*“Tomo lo que me han recetado para el dolor que yo siento, porque el mismo médico me lo explico” (961-963)*

**5.1.2.2. Subcategoría Connotación Negativa de la Medicación:**

Estas Subcategoría aluden a las Representaciones Sociales que tiene los Adultos Mayores, en relación a la insatisfacción que presentan al momento de recibir la atención Médica, tanto en la prescripción como al tratamiento sobremedicalizado.

*“Claro, demasiado remedios, porque mire yo misma estuve con siete remedios” (1305-1306).*

*“Prácticamente me enfermaba del estómago con tanta cosa” (1308-1309).*

*“Eso de tomar tanto remedio no me gusta, el cuerpo me lo rechaza ahora tiempo me tuvieron con siete remedios, eso era complicado” (1348-1350).*

### **5.1.2.3. Subcategoría Uso Irracional de los Medicamentos:**

Entendemos por Uso Irracional de los Medicamentos a las Representaciones Sociales que tienen los Adultos Mayores, en relación al incumplimiento del tratamiento que es dado por el Médico al momento de acudir a la consulta, que en su mayoría abortan a dicho tratamiento cuando notan cierta mejoría de su enfermedad.

*“Las dejo de tomar cuando me siento bien” (32)*

*“Las tomo hasta que me siento bien, si me siento bien a los dos o tres días, las dejo de tomar” (43-44)*

*“Cuando tengo que hacer o estoy ocupado todo el día no tomo la pastilla” (566-56)*

### **5.1.2.4. Subcategoría Uso Racional de los Medicamentos:**

Esta Subcategoría, corresponden a las Representaciones Sociales que tienen los Adultos Mayores sobre el cumplimiento fidedigno e incondicional hacia las indicaciones e instrucciones que otorga el Médico acerca del uso de los Medicamentos.

*“No, yo los cumpla, cumpla los horarios” (946).*

*“No, una porque yo hace 11 años soy diabético y de hecho no puedo tomar cualquier remedio, en este momento el único medicamento que tomo es el que me da el médico, no tomo ningún otro medicamento que no tenga que ver con mi enfermedad” (1173-1179).*

*“Sigo todo el tratamiento, cómo le digo, porque los diabéticos somos como una guagua recién nacida, hay que cuidar el asunto, porque se nos*

*dispara el azúcar y tenemos problemas de hipertensión, tenemos problemas cardiacos, problemas renales, entonces tenemos que mantenernos en tratar.(1202-1206).*

#### **5.1.2.5. Subcategoría Credibilidad y Confianza hacia el Médico:**

Entendemos la Subcategoría, Credibilidad y Confianza hacia el Médico, como las Representaciones Sociales e imagen sobre valorada que tienen los Adultos Mayores hacia el Médico. Producto de esto vemos manifiesto que hay una dependencia, aceptación y credibilidad hacia la atención y tratamientos otorgados.

*“Yo no puedo darles remedios a un familiar mío que a mi me hizo bien y a ella no le puede hacer bien, cada uno esta enfermo, que el medico determine lo que tiene” (469-471).*

*“No me puede hacer mal, porque me lo está recetado el doctor” (800-801).*

*“Claro, siempre me queda claro, por mi enfermedad con mayor razón tengo que seguirme a las reglas del médico” (1209-1210).*

#### **5.1.2.6. Subcategoría Prescripción Adecuada:**

Esta Subcategoría da cuenta de las Representaciones Sociales que tienen los Adultos Mayores, en relación a la asertividad y claridad que tienen los médicos al momento de otorgar las recomendaciones e indicaciones al paciente (dosis, horario y frecuencia).

*“Claro porque me dice, mira te tienes que tomar por 10 días estas pastillas y ahí yo me las tomo” (83-84).*

*“Lo hago todo como me lo indican, cumplo todo el tratamiento, incluso como sin sal, no como ninguna que no corresponda” (262-263).*

*“El médico me atiende bien, bien porque me hace las preguntas correspondientes y por lo menos se ve que el médico tiene preocupación por uno, porque pregunta los medicamentos que está tomando y el cuidado que uno lleva y el entonces recomienda al respecto, en ese sentido el médico le ayuda a uno cómo debe cuidarse” (719-724).*

#### **5.1.2.7. Subcategoría Prescripción Inadecuada:**

Esta Subcategoría tiene que ver con las Representaciones Sociales que manifiestan los Adultos Mayores sobre el desconformismo en la calidad de atención recibida, manifestando prescripción vaga sobre el tratamiento a seguir.

*“Los que dan remedios y otro concepto que tengo yo es de los remedios caros, mientras mas caros los remedios mejores son” (124-125).*

#### **5.1.2.8. Subcategoría Experiencia pasada de Medicación:**

A través de las Representaciones Sociales que están en el discurso de los Adultos Mayores, entendemos por Experiencia Pasada de Medicación, a las diversas vivencias que han tenido con los medicamentos.

*“He tomado muchos remedios” (636-637).*

*“Estaba con cuatro medicamentos, más la inyección” (937).*

### **5.1.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CATEGORÍA PROFESIONALES DE LA SALUD.**

La categoría de Profesionales de la Salud, se refiere a las formas narrativas a través de las cuales los Adultos Mayores expresan su Representación Social hacia los Profesionales de la Salud.

Esta categoría la conforman las siguientes subcategorías: Connotación Positiva hacia el Centro, Connotación Negativa hacia el Centro, Buen trato y Credibilidad hacia el Médico, Demanda de Educación, Experiencia Pasada con los Profesionales de la Salud y Connotación Negativa hacia el Médico.

#### **5.1.3.1. Subcategoría Connotación Positiva hacia el Centro:**

Entendemos por Connotación Positiva hacia el Centro, como las Representaciones Sociales que tienen los Adultos Mayores en relación a la consideración y aceptación que se tiene sobre ellos, en donde no hay sentimientos de estigmatización a su condición, dando lugar a un espacio donde se sienten seguros y acogidos.

*“Aquí en este consultorio no me han tratado mal” (222).*

*“Muy buena, la atención es buena, aquí los médicos no son prepotentes e indiferentes, es muy buena la atención” (730-731).*

*“Mi opinión es buena porque yo estuve viniendo por muchos años con mi marido y con mi niña cuando estaba más chica y el trato de los doctores muy buena y en general bien” (1001-1003).*

**5.1.3.2. Subcategoría Connotación Negativa hacia el Centro:**

Entendemos por Connotación Negativa hacia el Centro, como las Representaciones Sociales que tienen los Adultos Mayores sobre la carencia de recursos humanos, materiales y de infraestructura al interior del centro, lo que lleva a un desconformismo por parte de ellos, a su vez hay una demanda de respetar su condición visualizándose al momento de solicitar atención médica, donde se deben regir por normas y reglas al igual que el resto de la población, estas demandas son independientes del trato dado por los profesionales.

*“Aquí me atienden bien, pero lo que más alego yo, son las horas cuando tengo que venir al medico, me cuesta pedir hora” (2-4).*

*“A mí no me parece bien, lo que me parecería bien, es que si le enseñara mejor a la gente, aquí en el consultorio” (1042-1043).*

*“Me gustaría que hubieran más especialidades médica” (1132).*

**5.1.3.3. Subcategoría Buen trato y Credibilidad hacia el Médico:**

Entendemos la Subcategoría, Buen trato y Credibilidad hacia el Médico, como las Representaciones Sociales que tienen los Adultos Mayores a la adecuada y eficaz atención otorgada por el profesional de la salud, observándose una estrecha relación, lo que da cuenta de un conformismo y una grata estadía en el centro.

*“Yo le tengo fe al médico, me parece que cuando yo vengo al médico se me quitan los dolores. Es como una fe pero yo me tomo los remedios como me los da el médico e indicaditos como me los da el” (91-94).*

*“Aquí me han atendido bien porque los doctores me han tratado bien, gracias a dios” (231-232).*

*“Muy buena, la atención es buena, aquí los médicos no son prepotentes e indiferentes, es muy buena la atención” (730-731).*

#### **5.1.3.4. Subcategoría Demanda de Educación:**

Esta subcategoría, se entiende por las Representaciones Sociales que tienen los Adultos Mayores en relación al vacío que queda en la prescripción cuando acuden a la consulta médica, la que no clarifica en su totalidad los pasos a seguir, es por ello que requieren nuevas alternativas de prevención, donde se fomente una educación adecuada y favorable.

*“Si uno viene al médico, el mismo médico diera una charla y el mismo médico explicara lo que se debe o no tomar” (1045-1047).*

*“Que el mismo doctor hiciera charlas o que diga lo que se debe hacer” (1049-1050).*

*“Un médico para mí es una persona que estudia para mejorar a las personas y sabe que su profesión es dar buenos remedios y congeniar con los enfermos y que de explicaciones de cómo son las cosas. Porque no sacamos nada con tener grandes sabios si no saben o no quieren dar explicaciones de las cosas, porque si a uno no le explican las cosas, mire aquí hay muchas personas, yo creo que mucha gente se automedica producto de su ignorancia, por su falta de información, yo creo eso. Porque si hubiera más comunicación con los médicos, si hubieran cursos que se le hicieran a los acompañantes de los enfermos, que le explique en qué consiste la enfermedad y como tratar no pasaría eso de la automedicación, incluso estaríamos más llano de acudir al consultorio o al hospital” (1141-153).*

### **5.1.3.5. Subcategoría Experiencia Pasada con los Profesionales de la Salud:**

Esta subcategoría, alude a las Representaciones Sociales que tienen los Adultos Mayores sobre las interacciones que han tenido con los profesionales que trabajan en el centro de salud, producto de una situación puntual, dejando de manifiesto una percepción desfavorable hacia el centro de salud.

*“Mire yo no tengo nada que decir, me tratan bien lo único es que depende de quién esté ahí, porque a veces hay alguien que contesta bien, pero a veces hay otro señor que responde regañando” (369-374).*

### **5.1.3.6. Subcategoría Connotación Negativa hacia el Médico:**

Entendemos por Connotación Negativa hacia el Médico, como las Representaciones Sociales que tienen los Adultos Mayores sobre un cuestionamiento en la calidad de atención Médica, en donde se manifiesta una falta de empatía y compromiso por parte de éste.

*“Médicos comprometidos con paciencia y vocación” (1298-1299).*

*“Nosotros debemos ser ayudados por los médicos, ellos saben de ciencia, eso sí que no estoy de acuerdo con los médicos de ahora” (1352-1353).*

*“Si sigo enferma tendré que cambiar de médico” (1359-1360).*

## **5.2. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS EN RELACIÓN A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS.**

A continuación adjuntaremos la información presentada en el apartado anterior para desarrollar un análisis teórico de las categorías y subcategorías significativas en cuanto a su contenido y que posteriormente serán de utilidad para responder a

los objetivos planteados en esta investigación. Es conveniente señalar que la interpretación que se llevará a cabo, se remitirá a las descripciones sobre la Automedicación, Medicación y Profesionales de la Salud que arrojan las entrevistas realizadas, pues a partir de esas descripciones es posible *Describir, Identificar y Explorar* las Representaciones Sociales que tienen los Adultos Mayores en relación al fenómeno de la Automedicación.

### **5.2.1 ANÁLISIS INTERPRETATIVO DE LA CATEGORÍA AUTOMEDICACIÓN.**

Con relación a las Representaciones Sociales que aparecen en el discurso de los entrevistados, que padecen enfermedades crónicas y que asisten al centro de salud San José de Chuchunco, podemos describir que la práctica de la Automedicación es común en la población de los Adultos Mayores. Hay que considerar que la Automedicación la podemos entender de dos maneras. Por una parte, está el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por cuenta propia o por consejo de otra persona. Por otra, está en el discurso de sus representaciones sociales la práctica de la automedicación responsable, aquella conducta realizada en forma autónoma, pero anteriormente prescrita por el profesional médico.

*“El Adulto Mayor ha aprendido su decisión en un ámbito más o menos próximo; familia, amigos, vecino, farmacéutico, la reutilización de la receta de un médico o simplemente la sugerencia de un anuncio”.*

Por consiguiente creemos que la práctica de la Automedicación, en gran medida radica en la estimulación desde la propia ineficiencia del centro de salud, en donde influyen una serie de factores, tales como:

- Falta de educación, en los aspectos de promoción y prevención de la salud. En el discurso de sus Representaciones Sociales los entrevistados manifiestan una marcada demanda en participar en actividades educativas grupales, las cuales no sólo lograría en aumentar sus conocimientos en relación a como prevenir factores de riesgos y enfrentar situaciones inherentes al envejecimiento sano; sino también por ser una instancia que les permita ampliar su red social y compartir experiencias con otras personas que están viviendo situaciones de salud y de vida similares, lo que permitiría un conocimiento en el mejoramiento de sus capacidades de autocuidado.
- Tiempo prolongado para conseguir horas y especialidades médicas. A través de las representaciones sociales que aparecen en el discurso de los Adultos Mayores, se puede constatar que ellos se automedican, debido a que al momento de acudir al centro por una dolencia física no encuentran hora médica por la saturación de pacientes en el centro. Al no contar con un profesional idóneo para curar sus dolencias los Adultos Mayores disminuyen su malestar a través de sus propios medios y prácticas curativas.
- Dificultad para acceder al centro de salud.  
Los Adultos Mayores en sus representaciones sociales manifiestan que acuden a la Automedicación, porque les cuesta trasladarse al centro de salud, debido a que sus domicilios están retirados o simplemente no cuentan con los medios económicos para hacerlo. Además algunos necesitan ser trasladados en ambulancia y el centro cuenta con una sola ambulancia para la demanda de los pacientes en general. Otra de las causas que los Adultos Mayores es por motivos de trabajo o porque algunas entrevistadas, tienen nietos a su cargo y deben cumplir con los quehaceres del hogar.

- Automedicación autónoma, anteriormente prescrita por el Profesional de la Salud (Automedicación Responsable). Podemos observar que las representaciones sociales que aparecen en el discurso de los Adultos Mayores sobre la Automedicación Responsable se deben a la incorporación que poseen ellos ante una prescripción otorgada anteriormente por el profesional de la salud, ellos representan que consumen medicamentos ya administrados en algunas enfermedades padecidas y fáciles de manejar. Lo que refleja un conocimiento e información en el manejo de las enfermedades y medicamentos.

No obstante, a pesar de que el tema de la Automedicación no es aceptado por los profesionales de salud, ya que la medicina ha tenido como único objetivo la enfermedad dirigiendo sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el abordaje de las patologías establecidas prestando poca o nula atención a su prevención y promoción de la salud.

En este sentido hoy en día la Automedicación debería ser entendida como se menciona el marco teórico:

*“la voluntad y la capacidad que tienen las personas pacientes a participar de manera inteligente y autónoma en las decisiones y en las actividades preventivas y terapéuticas que le atañen<sup>29</sup>. En esta línea son esenciales los conocimientos de prevención de la enfermedad, esto permitiría que el Adulto Mayor asuma una posición leve y responsable en el cuidado de su salud, atendiendo síntomas leves que no requieran la intervención inmediata de un médico, aunque no se descarta de ninguna manera la necesidad de acudir a un profesional de la salud, en caso de persistir los síntomas”.*

---

<sup>29</sup> Información terapéutica del sistema nacional de salud. Vol.24-N°6-2000

*“A pesar de que la automedicación conlleva a variadas connotaciones negativas para la mayoría de la población e incluso a los propios profesionales de la salud, la organización mundial de la salud (OMS), ve la automedicación responsable como una fórmula válida de atención en las sociedades desarrolladas”.*

### **5.2.2 ANÁLISIS INTERPRETATIVO DE LA CATEGORÍA MEDICACIÓN.**

Con relación a las Representaciones que aparece en el de los Adultos Mayores en lo que respecta a la Medicación, se logró **identificar** que ellos están medicalizados, aunque manifiestan que reciben prescripción adecuada por parte de la atención médica y aceptan y aplican los tratamientos otorgados, de igual forma reconocen y están temerosos por la cantidad de medicamentos que le son administrados.

Entendemos que la población del Adultos Mayor es más vulnerable a ser medicalizada, y es concordante con lo descrito en el marco teórico en el cual *“Los medicamentos son una parte central en el manejo terapéutico de las personas de la tercera edad, pues muchos de ellos padecen tanto enfermedades crónicas y agudas”.*

Pero por otra, visualizamos a través de la representaciones sociales que aparecen en el discurso de un Adulto Mayor (funcionaria del centro de salud), que los médicos tienden a reducir sus pacientes como una cantidad de fichas que deben sortear en la atención ambulatoria, en muchas ocasiones no se dan el tiempo necesario para brindar una atención integral, por ello creemos que tienden a medicalizar a sus pacientes de acuerdo a los síntomas que pueden traer al momentos de la atención, lo que lleva a diagnosticar y dar un tratamiento ligero

donde no se consideran otros factores de riesgos existentes en el Adulto Mayor, es así como en el marco teórico señalamos :

*“Debe igualmente conocerse en forma integral el estado fisiopatológico del Adulto Mayor antes de someterlo a cualquier terapia medicamentosa. No es suficiente valorar la edad del paciente sino otros factores de riesgo que van a influenciar sobre él, o los de la medicalización, como pueden ser el sexo, el peso corporal, la preexistencia de algún defecto personal u orgánico adquirido o genético y hasta la sugestión habilidad y confianza o no al médico”.*

Por consiguiente, las manifestaciones que se dan a veces en el enfermo que recibe polifarmacia puede ser interpretadas como parte de la enfermedad en tratamiento, como también son dependientes de reacciones adversas producidas por la medicación ofrecida, lo que hace que el médico recomiende más dosis o cambie a otro y otro medicamento, agravando la situación del enfermo y generando un círculo vicioso iatrogénico”.

### **5.2.3 ANÁLISIS INTERPRETATIVO DE LA CATEGORÍA PROFESIONALES DE LA SALUD.**

Con relación a las Representaciones Sociales que aparece en el discurso de los Adultos Mayores hacia el centro y los Profesionales de la Salud, se logró **explorar** que el común de los entrevistados creen y confían plenamente en el profesional de la salud. Además manifiestan que son bien tratados, atendidos y acogidos. Lo que da cuenta de una adecuada calidad de atención por parte del equipo de salud.

Si bien es cierto, los Adultos Mayores dan cuenta de un buen trato por parte de los profesionales de la salud y el centro, y muestran una creencia y confianza hacia el profesional médico. Y a través de su discurso aparecen representaciones sociales que advierten importancia y valoración hacia la demanda de educación y al

compromiso de parte de los médicos tratantes. De esta forma, creemos que los Adultos Mayores adquieren una posición pasiva, al internalizar la imagen que tienen hacia los profesionales de la salud, como poseedor de un saber absoluto e incuestionable sobre la salud, la vida y la muerte.

La novedad implícita que se rescata de los relatos, en relación a la demanda de educación, es que ellos pretenden asumir un rol más protagónico y autónomo en lo que respecta a la prevención y tratamiento de su enfermedad, donde se impartan charlas y talleres con la participación de ellos y su núcleo familiar; lo que permitiría ampliar su red social y compartir experiencias con otras personas que están viviendo situaciones de salud y de vida similares. En este sentido se puede reafirmar en lo expuesto en el marco teórico:

*“Se pasa de una medicina centrada en la enfermedad a una medicina centrada en el paciente y su particular forma de vida, el contexto familiar y social. Entonces se debe dar un diagnóstico el cual incluye tanto aspectos biológicos como emocionales, culturales y más ampliamente psicosociales. Al reconocer los diferentes factores que contribuyen a la enfermedad o al sentirse enfermo, se puede llegar a entender por qué algunos Adultos Mayores experimentan como enfermedad lo que otros consideran problemas de vivir”.*

De esta manera, coincidimos con las representaciones sociales que aparecen en el discurso de los Adultos Mayores en lo que concierne a **Demanda de Educación**, aunque sabemos que en el centro de salud se imparten talleres para los distintos tipos de enfermedades crónicas, aún así estos talleres no tienen una buena acogida, producto de la inexistencia de un equipo especializado el cual incorpore objetivos, claros y definidos. Además el centro de salud no da el espacio para que los Adultos Mayores se inserten en estos talleres, ya que no hay planificación de horarios y de lugares determinados, lo que provoca la actual desmotivación y rechazo de los entrevistados.

*“Los primeros talleres, debieron ser más programados, más bien hecho y que todos tuvieran su participación” (entrevista a funcionario).*

*“Aquí hay talleres de hipertensión, hay talleres para diabéticos, que no vienen muchos Adultos Mayores, por ejemplo si se citan a veinte, vienen dos, porque se van pasando el dato de lo que les dicen, entonces ellos se la creen saber todo, entonces dicen que saben que tienen que comer, si sé que tengo que tomar los medicamentos, entonces no vienen” (entrevista a funcionario).*

*“Hay unos talleres que los encontré medios mal hecho, en primer lugar creo que debería estar el técnico paramédico en los talleres y no estuvieron y yo les decía que hay que atraer a la gente, yo les dije que no programaron bien, porque ni siquiera estaban las sillas adecuadas y en el primer taller había gente afuera, entonces una serie de descoordinación porque algunos escucharon, otros no, otros se enteraban como eran porque no entendieron. Por eso había que traer a los pacientes” (entrevista a funcionario).*

Por otra parte damos cuenta de otro aspecto relevante que aparece en el discurso de los Adultos Mayores, en el cual se advierte un desacuerdo e insatisfacción con el actual sistema manejado en el centro de salud, en lo que respecta a la accesibilidad de las horas y controles médicos, a pesar que existe un programa para la tercera edad. Los Adultos Mayores no ven una consideración hacia su condición, debiéndose afiatar al régimen interno de los usuarios en general.

*“La persona está haciendo fila y generalmente no alcanza, de las cinco de la mañana que era algo que se iba a terminar y nunca se terminó, cuando la Bachelet, era ministra de salud, ella dijo que se terminarían las filas, pero no se terminaron, sino que colocaron las sillas adentro, y los consultorios se abrieron más temprano, o sea ya no están en la calle están adentro, pero esperan igual, o sea la gente igual viene a las cinco de la mañana, entonces en la noche se amanecen de dolor”(entrevista a funcionario).*

Finalmente nos parece pertinente referirnos al modelo biomédico predominante actualmente en los centros de salud. Aunque estamos concientes sobre la consideración de los aspectos biológicos de la enfermedad, no pretendemos cambiar un modelo de causalidad biológica, ni la relación médico paciente, como entes activos y pasivos, eso sería mantenerse dentro del mismo paradigma que estamos criticando, lo que sí esperamos es el desarrollo de modelos de pensar la salud, que incluya la complejidad. El cual dé hincapié a la persona en forma integral, donde el profesional médico, tenga una actitud más dialogante frente a su paciente, como también se integre al resto del equipo multidisciplinario (psicólogo, nutricionista, odontólogo, trabajador social).

Por lo anterior, y a nuestro parecer, es fundamental que los médicos no se posesionen del total de las enfermedades que pueda padecer el Adulto Mayor, sino que se remitan a los aspectos biológicos, que es lo que le concierne a ellos y en lo que respecta a los aspectos emocionales, conductuales, sociales, culturales y otros, tengan la prudencia de derivar al resto de los profesionales de la salud.

Entonces sería no tan sólo curar enfermedades, sino cuidar de la salud teniendo en cuenta al Adulto Mayor enfermo en su contexto vital. Por lo mismo encontramos necesario establecer redes de tratamiento de la enfermedad, la que incluya aspectos biológicos, como emocionales, culturales y más ampliamente psicosociales.

Por último, podemos pensar que la salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocupan exclusivamente el espacio de la vida personal, también la calidad de vida, el cuidado, la promoción, educación de la salud y la mente misma acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal del Adulto Mayor.

**Representaciones Sociales de los Adultos Mayores hacia la Automedicación, Medicación y P. Salud.**

↓ *Se refiere siempre a un objeto (Ausente) imagen = Representación Mental*

- Formas de pensar y crear la realidad.
- Son mecanismos explicativos.
- Fenómenos que necesitan ser descritos y explicativos.
- Conjunto de concepto, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana.
- Versión contemporánea del sentido común.
- Transformar lo desconocido en algo familiar.

Automedicación

Conducta o costumbre por consumir medicamentos o hierbas medicinales por cuenta propia.

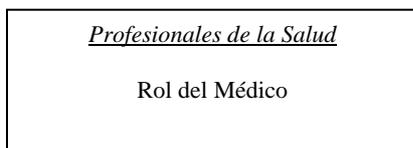
- \* Práctica común en la población del Adulto Mayor
- \* Se revela por la organización de las representaciones sociales por un doble discurso (practican la Automedicación y no todos saben el concepto)
- \* La necesidad de Automedicarse tiene que ver con diferentes factores:
  - Ineficiencia por parte del centro de salud.
  - Falta de horas medicas
  - Falta de actividades educativas
  - Practica de automedicación Responsable

- \* Concepción cultural que ha predominado por los siglos.
- \* Ignorancia por el profesional de salud hacia el saber popular en relación a las prácticas curativas.
- \* Actitud más dialogante frente a los adultos mayores
- \* Contradicción entre el profesional médico y la Organización Mundial de la Salud en relación a la Automedicación Responsable.
- \* La automedicación trae efectos secundarios.

Medicación

Medicamentos prescritos por los Profesionales de la Salud.

- \* Internalización del Profesional de la Salud como dueño del saber absoluto.
- \* Se revela en la Organización de sus Representaciones Sociales un doble discurso (Confiabilidad y Confianza hacia el Médico v/s Demanda de Actividades Educativas)
- \* La enfermedad sólo se trata con medicamentos.
- \* Estigmatización de la vejez como sinónimo de enfermedad (Médico y Adulto Mayor).
- \* Lo valorado es el saber de la medicina, lo ignorado es el saber popular en relación a las prácticas curativas.
- \* Dialogar más con el Adulto Mayor (dar una mirada más amplia, es decir una atención integral.
- \* Profesional Médico y Adulto Mayor con derecho a opinar y decidir, es decir una participación activa en la cura de la enfermedad).
- \* Dar espacio al Autocuidado.
- \* Prácticas Automedicalizantes tienen que ver con las relaciones de posiciones (Médico y Adulto Mayor).



- \* Se revela en la organización de sus Representaciones Sociales un doble discurso (Buen trato y Credibilidad hacia el médico v/s Atención Integral y Demanda de Actividades Educativas)
- \* Prácticas Automedicalizantes tienen que ver con las relaciones de posesión (Médico y Adulto Mayor).
- \* Las enfermedades sólo se tratan con medicamentos.
- \* Ver al Adulto Mayor como persona en forma integral.

Por lo anterior podemos dar cuenta, que los fenómenos o prácticas de la Automedicación y la Medicación son el común en la población de los Adultos Mayores, a pesar de que se Automediquen en forma responsable o no, ellos de igual manera se Automedican. La necesidad de Automedicarse tiene que ver con la ineficiencia por parte del centro, al no brindar al Adulto Mayor una atención integral, donde se privilegie tanto los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Por otra parte las prácticas Automedicalizantes tienen que ver con las representaciones de posición que se da entre el profesional médico y el paciente (Adulto Mayor). En este sentido la medicina ocupa un rol del saber absoluto ignorando el saber popular del Adulto Mayor en relación a las prácticas curativas (medicina alternativa), de esta manera no hay espacio a una actitud más dialogante entre médico y paciente, es decir con derecho a opinar y decidir en forma recíproca. A nuestro parecer, se evitaría la estigmatización de la vejez como sinónimo de enfermedad. A su vez ambas entidades (médico-paciente), se comprometerían y participarían activamente en el cuidado y autocuidado de la salud, priorizando, la promoción, prevención, educación y recuperación de la enfermedad, aspectos importantes que constituirían una calidad de vida y funcionalidad del Adulto Mayor.

## 6. DISCUSION Y CONCLUSIONES:

Para iniciar la discusión, a continuación se revisan algunos de los resultados más relevantes encontrados en esta investigación.

A la luz de las entrevistas se nota claramente la vulnerabilidad que presentan los Adultos Mayores ante los fenómenos de la Automedicación y Medicación, lo cual se corroboraría en lo señalado en los aportes y relevancia de nuestra investigación. En relación al incumplimiento de los de los lineamientos establecidos en las políticas de salud hacia el Adulto Mayor del año 2000. En los cuales se establece el acceso y la calidad oportuna de la atención en los servicios de salud, el compromiso en relación al fomento de las acciones de promoción y educación de salud, así como la prevención de factores y condiciones de riesgo de la población en cuestión. De este modo se reafirma con lo expuesto en el marco teórico, en lo que respecta a los procesos de salud y enfermedad, vistos estos como un continuo. Pasando de una medicina centrada en la enfermedad a una medicina centrada en el paciente y su particular forma de vida, el contexto familiar y social.

En este sentido, las barreras entre salud y enfermedad debiesen estar más claras, posesionando a la salud no como un producto, ni un estado, sino como un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúen sistemas biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, etc. Por tanto la función del profesional médico, no sería sólo curar enfermedades, sino el cuidar de la salud, teniendo en cuenta al Adulto Mayor enfermo, en su contexto vital.

Finalmente se nos hace necesario señalar que los fenómenos de Automedicación y Medicación constituyen en muchas oportunidades al deterioro de la salud, al estar vinculados a aspectos negativos, hasta poner en juego la *Sensibilidad y Comprensión que se tiene hacia los Adultos Mayores*.

Es a partir de estos resultados que se intenta presentar algunas conclusiones que dan respuesta a los objetivos planteados y temas más relevantes, que están enmarcados en esta investigación.

En primer lugar nos enfocaremos a la categoría de Automedicación. Bajo esta perspectiva encontramos que los Adultos Mayores aún cuando practican la Automedicación, no siempre en todos los casos tienen una concepción clara sobre lo que es la Automedicación. Lo que da cuenta de un doble discurso en sus relatos.

Por una parte nos damos cuenta que ellos utilizan medicamentos, pero al momento de preguntar si se automedican o conocen el concepto, responden que no. Lo que demuestra un desconocimiento hacia el fenómeno de la Automedicación.

En este sentido las Representaciones Sociales que aparecen en los discursos de los Adultos Mayores, se asemeja al concepto señalado en el marco teórico. *“Conducta o costumbre que adquiere la población al administrarse el medicamento o preparados medicinales, ya sea por cuenta propia o por el consejo de personas sin conocimientos respecto al uso de medicamentos”*.

Por lo expuesto podemos visualizar en las Representaciones Sociales que aparecen en el discurso de los Adultos Mayores hacia la Automedicación y de acuerdo a la definición conceptual anteriormente descrita, entendemos la Automedicación como un hábito muy frecuente dentro de nuestra sociedad y en especial en la población de los Adultos Mayores, hábito que se encuentra arraigado dentro de cualquier tipo de clase social, como también el acceso al centro de salud con Automedicación inefectiva, adquiriendo los medicamentos, en su gran mayoría, de las farmacias sin que éstas exijan ningún tipo de receta médica. Por último existe una amplia gama de medicamentos usados sin tener precaución de ellos.

De igual manera queda confirmada, *la Credibilidad y Confianza hacia el Profesional de la Salud*, ya que al momento de asistir al centro de salud, por alguna enfermedad, los Adultos Mayores cuentan que han consumido algún tipo de medicamento.

Otra de las Representaciones Sociales que aparecen en los relatos de los Adultos Mayores, es la necesidad de automedicarse, producto de una serie de factores: Falta de actividades educativas, promoción y prevención de la salud, accesibilidad prolongada para conseguir horas y especialidades médicas y automedicación autónoma, anteriormente prescrita por el Profesional de la Salud (Automedicación Responsable). Dichos factores se deben a la Ineficiencia que hay por parte del centro de salud, al tratar las enfermedades del Adulto Mayor, sólo con prácticas medicalizantes, concepción cultural que por los siglos se ha mantenido.

Finalmente, entenderemos por Automedicación Responsable como *“la capacidad que tiene la persona de Automedicarse responsablemente ante cualquier enfermedad aguda y fácil de manejar, sólo con prescripción anteriormente otorgada por el profesional de la salud”*. En este sentido, concordamos a lo señalado en el marco teórico, en relación a los lineamientos que plantea la Organización Mundial de la Salud, en lo que respecta al derecho y responsabilidad que tienen las personas en participar individual y colectivamente en el cuidado de su salud. A lo anterior es fundamental, que el Adulto Mayor integre conocimientos básicos sobre patologías simples y crónicas para acceder a un uso racional de ciertos medicamentos, con el objeto de prevenir posibles efectos colaterales.

Así mismo nos surge la inquietud de fomentar esta práctica de la Automedicación responsable, ya que nos parece que el Adulto Mayor es responsable de sí mismo en sus decisiones y frente a su vulnerabilidad etárea, debe hacerse cargo los centro de salud, la familia y la comunidad. Por lo anterior, la Automedicación responsable genera beneficios a nivel personal y social, el alivio o solución de problemas de salud, se puede realizar de forma autónoma y complementaria a la

labor de los profesionales médicos, se evitan esperas, desplazamientos y pérdidas de tiempo. Finalmente se contribuye al desahogo del centro de salud, congestionado por dolencias susceptibles que el Adulto Mayor pueda tratarlas deliberadamente en forma autónoma.

Por otra parte queda establecido que el profesional de la salud asocia como único medio de curar la enfermedad, a través del uso de medicamentos. Esto suena contradictorio en los propios relatos de los Adultos Mayores, por una parte muestran disconformidad por la cantidad de medicamentos administrados y consumidos, pero por otra asisten a la consulta exclusivamente en busca de remedios para sus dolencias físicas, incluso algunos Adultos Mayores manifiestan una connotación negativa hacia el profesional, médico, que no da receta al momento de asistir al centro, alegando pérdida de tiempo, porque no cesarán hasta encontrar a un doctor que le otorgue un medicamento para sus dolencias.

En este sentido podemos pensar que culturalmente, tanto el profesional médico, como el Adulto Mayor, siguen encasillados en el prejuicio o estigmatización de la vejez como sinónimo de enfermedad, lo que se reafirma con lo señalado en el marco teórico, en relación a los fundamentos del modelo biomédico (enfermedad-tratamiento-cura). Es decir ***“las enfermedades son entendidas como anomalías biológicas o psicobiológicas que afectan a funciones o estructuras del organismo humano y que se expresan mediante signos y síntomas”***.

Por lo anterior, el Adulto Mayor se posiciona en este rol que le es asignado en el centro de salud, aunque de forma implícita, pero asignado como: vejez igual enfermedad, vejez igual inutilidad, vejez igual pasivo. Al posicionarse el Adulto Mayor en este rol, en su representación social, ve al profesional de la salud, como único dueño de legitimidad y del saber. Lo que provoca la confiabilidad y credibilidad absoluta y unánime en este profesional.

De esta manera, podemos pensar que la credibilidad y confianza se arraiga en lo desprendido en el punto anterior, esto conlleva a que el Adulto Mayor y la

población en general participen en el uso racional de los medicamentos, sin mayor cuestionamiento hacia el profesional, aún si ellos creen y afirman en su discurso que están medicalizados, no son capaces de hacerlo manifiesto al propio profesional.

Por lo anterior, se hace necesario dar énfasis a la ignorancia que existe por parte del profesional de la salud hacia la opinión y al saber popular que tienen los Adultos Mayores en relación a las medicinas alternativas. Consecuencia que se da en la falta de una actitud más dialogante entre Profesional de la Salud y el propio Adulto Mayor.

Por otra parte, los Adultos Mayores reciben un buen trato por parte del centro de salud, aún así no están completamente cubiertas sus necesidades y expectativas en lo que refiere a la priorización de su condición, al no recibir una atención inmediata ante un malestar, como también la incorporación de actividades educativas con programas que cumplan a sus demandas y que se les imparta en forma arbitraria talleres que no conciernen al ciclo de vida que están viviendo. Por ejemplo talleres de autocuidado, donde se conozcan los aspectos de la vejez tanto biológicos y psicológicos, cuyo fin radique en la integración de conocimientos que realmente signifiquen lo que es el proceso de vejez.

Finalmente, creemos que esta investigación podrá ser relevante a la hora de hacer una evaluación por parte del centro del salud, en el sentido de mejorar la calidad de atención que se brinda a los Adultos Mayores, con el fin de implementar un enfoque bio-psicosocial, cuya visión y misión sea la entrega de una atención integral y no fragmentada.

Por lo expuesto en este estudio, la psicología entrega un aporte de trascendencia que contribuye a llegar al camino de los cambios hacia la superación de estos fenómenos (Automedicación y Medicación). Por medio de la comprensión del problema que en definitiva lo dan las Representaciones Sociales que aparecen en el discurso de los propios Adultos Mayores. Si bien es cierto, el conocimiento nos

entrega el saber, nos prepara en alguna medida en el entendimiento en relación a lo que está ocurriendo hoy en día en los centros de salud y en la sociedad en general. Estas afirmaciones que se plantean a partir de esta investigación nos evidencian que cada vez es más urgente la necesidad de contar con el apoyo de los psicólogos y el resto del equipo multidisciplinario, que al decir de los entrevistados, pueda contribuir a restituir el concepto de totalidad en las personas, que en la mayoría de los casos, se encuentra perdida.

### **SUGERENCIAS:**

- Este estudio, podrá aportar mayores elementos y una nueva lectura a los Centros y Profesionales de la Salud, así como generar una reflexión sobre los fenómenos de Automedicación y Medicación como problemática bio-psicosocial, emergentes de la interacción social que hace a sus miembros demandas disociadoras.
- A lo anterior, se hace necesario trabajar con los funcionarios del centro de salud, en función de este nuevo paradigma de ver la salud, de modo integral, para ello es indispensable capacitar a través de talleres cuyos objetivos estén centrados en: manejo de relaciones interpersonales, tolerancia a la frustración, trato y empatía hacia los usuarios, organización de función y actividades diarias, conocer, discernir y aplicar la atención de acuerdo a los diferentes procesos del desarrollo humano (infancia, adolescencia, adulto joven, adulto tardío y adulto mayor). Además es pertinente realizar evaluaciones e instrumentos de evaluación de desempeño por competencias con el fin de profesionalizar aún más la atención en el centro de salud.
- Creemos que es crucial, crear las condiciones para fomentar la mirada bio-psicosocial en todo el personal de salud, ya que, en la medida, que los pacientes o usuarios consultantes sientan solucionados sus problemas de

salud en esta instancia, vale decir en el mismo centro de salud, será menos necesario derivar al sistema secundario y/o terciarios, con la finalidad de disminuir los costos y optimización de recursos para el sistema de salud público y la comunidad.

- Por último, se espera lograr un cambio cultural en toda la población, que signifique un mejor trato y valoración de los Adultos Mayores en nuestra sociedad. Lo que implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y alcanzar mejores niveles en la calidad de vida para todos los Adultos Mayores.

Los Adultos Mayores constituyen un capital social capaz de entregar diversos aportes a la comunidad, por tanto, son un recurso humano disponible. La Aduldez Mayor es una oportunidad para desarrollarse como persona en interacción con los demás, así como también oportunidad de seguir contribuyendo, participando en plenitud aportando su sabiduría y conocimientos, recibiendo la valoración de otras generaciones.

## BIBLIOGRAFIA

### REFERENCIAS:

- Baos. V.1996. **“Sin receta. La Automedicación Correcta y Responsable”**. Madrid. Ediciones Temas de Hoy.
- Celade 2000-2001, **“Tamaño de la población mayor de 65 años en Chile”**. Estimación y Proyecciones Oficiales.
- Enrique Gil Calvo **“La Emancipación en política Social y Estado de Barcelona.”**
- Erikson, E H 1995. **“El ciclo Vital Completado”**, Paidós.
- Extracto de **“Perspectiva histórica de la intervención psicológica en personas mayores”** de Maria Izal o Ignacio Montorio en Gerontología Conductual. Intervención y Ámbitos de Aplicación, Izal y Montorio. Ed. Síntesis. 1998. pp. 19-32.
- Fernández Ballesteros, Roció, 1996. **“Psicología del Envejecimiento. Crecimiento y Declive”** Universidad Autónoma de Madrid.
- Fierro, Alfredo. 1994 **“Proposiciones y Propuestas sobre el envejecer en Envejecimiento y Psicología de la Salud”**, de José Buendía, comp. Siglo XXI Editores, p.5.
- FONASA, Dic.2001 Depto. de Gestión Estratégica, Estudios.
- Hernández R, Fernández C. Baptista. 1998. **“Metodología de la Investigación”** Editorial McGraw-Hill. México p 59.
- H. Thomas, citado por Ursula Lehn. 1998 **“Psicología de la Senectud”** Herdes España.
- Hoffman, et al., 1996
- Ibáñez G Tomas. 1998 **“Ideología de la vida cotidiana”** Ed Sendai, Barcelona. p. 13.
- Ibáñez G, Tomas, Op.cit. p.12

- Ibáñez G. Tomas, O p. cit.p 25
- Janeyt K, Belsky, Masson. **“Psicología del Envejecimiento”**
- Jodelet, Denise op. Cit. p. 472
- Jodelet, Dense. 1999 **“La Representación Social, Fenómeno, Concepto y Teoría en”Psicología Social y Problemas Sociales”**Paidos, Barcelona, p.474.
- Laporte JR. Castel JM. 1992 **“El medico ante la Automedicación”**. Med Clin (Barc). Pág. 414, 416.
- Luis Aguera Ortiz y Otros, Masson. **“Psiquiatría Geriatrica”**
- Llauger MA, Contijoch C. 1997 **“Auto Cuidados y Atención Primaria”**. Aten Primaria. Pág. 267, 270
- Moscovici en Ibáñez G.Tomas, Op. cit. p.14
- Moscovici 1979, Pág. 27.
- Orero A., González J, Prieto. 1997 **“Antibióticos en los hogares españoles. Implicancias medicas”**, Med Clin (Barc). Pág. 109:782, 785.
- Papalia,1990, **“Psicología del desarrollo humano”**
- Pérez Serrano **“Investigación Cualitativa, Retos e Interrogantes”** Ed. La Muralla S.Á. , Madrid 1998. p. 30.
- Pérez Talavera AE, Quintana Gómez. JL, Fidalgo ML. 1996 **“Uso y Abuso de Analgésicos”** Inf Sist. Nac. Salud: 20(2), 29-40.
- Publicación del periódico. 1996 **“The Guardian”** Londres Inglaterra.
- Sabe- Chile. 2002 **“Distribución de la Morbilidad del Adulto Mayor”**. Norma de la atención integral de salud del Adulto Mayor.
- Taylor S, y Bogdan, R. 1992 **“Introducción a los métodos cualitativos de investigación”**.

**REFERENCIAS DE TRABAJO:**

- Padilla Ballesteros, Elías. 2001. **“Cuaderno de clases cátedra Metodología”**. UACH.
- Pozzoli MT. **“Apuntes de cátedra Sicopatología Social”**. UACH.

## ANEXOS

### 1. PAUTA DE ENTREVISTAS INDIVIDUALES

#### **AREA: AUTOMEDICACION**

##### *Preguntas:*

1. ¿Ha oído hablar de la Automedicación?
2. ¿Qué entiende por Automedicación?
3. ¿Qué piensa de la Automedicación?

##### *Temas:*

- Vivencias Personales.
- Conocimiento con otras personas que se automedican.
- Explicación de la Automedicación.
- Problemas de la Automedicación.

#### **AREA: MEDICACION**

##### *Preguntas:*

1. ¿Qué cree Ud. de los medicamentos recibidos en la atención médica?

##### *Temas:*

- Prescripción.
- Importancia que le atribuye a la medicación.
- Información que se maneja de los medicamentos.
- Uso de medicamentos.

## **AREA: PROFESIONALES DE LA SALUD**

### *Preguntas*

1. ¿Qué piensa de los Profesionales Médicos?
2. ¿Qué percibe del Centro de Salud?

### *Temas:*

- Problemas
- Relación.
- Trato.
- Expectativas.

## 2. CODIFICACION DE CITAS TEXTUALES

- AUTOMEDICACION

### *CODIGOS:*

<b>C+</b>	:	<b>Connotación Positiva de Automedicación</b>
<b>C-</b>	:	<b>Connotación negativa de Automedicación</b>
<b>A</b>	:	<b>Automedica</b>
<b>NA</b>	:	<b>No se automedica</b>
<b>CA</b>	:	<b>Conocimiento de automedicación</b>
<b>DA</b>	:	<b>Desinformación de automedicación</b>
<b>AR</b>	:	<b>Automedicación responsable</b>
<b>IC</b>	:	<b>Irregular Asistencia al Centro</b>
<b>EP</b>	:	<b>Experiencia Pasada de Automedicación</b>

21	“Tomo pastilla, tomo piroxican, me las compro” <b>(C+)</b> .
29-30	“Yo encuentro que no, porque al momento que las tomo me siento bien y después se me pasa los dolores” <b>(C+)</b> .
37-39	“Claro, incluso voy a ser sincera a veces no vengo, digo ah. Voy a ir y me van a dar estas mismas pastillas, entonces no vengo” <b>(IC)</b> .
48	“Es malo porque tiene que ser recetado por el medico” <b>(C-)</b> .
63	“Yo encuentro que soy media floja para venir al medico” <b>(IC)</b> .
264-266	¿Su conducta hacia los medicamento ha sido así siempre o no? “Antes no tanto, porque estaba solo en esos años” <b>(EP, A)</b> .
270-271	¿Usted ha oído hablar de la automedicación? “No” <b>(DA)</b> .
272-273	¿Usted sabe lo que es la automedicación?

- “No” **(DA)**.
- 274-277 “La automedicación es tomar un medicamento por cuenta propia sin previa consulta médica” **(CA)** “Yo ya dejé tiempo atrás eso, me dolía la cabeza y tomaba algo” **(EP)**.
- 281-283 ¿Qué de este tema de la automedicación?  
 “Yo pienso que las personas deben respetar los medicamentos que les da el doctor y no tomar medicamentos por cuenta propia” **(C+, NA)**.
- 1274-1276 “Sí, en general bien, han ávido veces que el médico no está de buenos ánimos y no me gusta como atiende, pero hay otros que ningún problema, al contrario me escuchan y me atienden bien” **(C+)**.
- 1278-1279 “Sí, cómo le dije antes hay algunos que si dan todas las explicaciones” **(C+)**.
- 1285 “A mí por lo menos bien”**(C+)**.
- 288-289 “Me aguanto, porque yo se que no puedo tomar otro remedio, porque yo estoy cuidando mi salud” **(NA)**.
- 411-413 ¿Usted, tiene conocimiento de lo que es la automedicación?  
 “No, nada” **(DA)**.
- 422-426 ¿Y a usted que le parece este tema de la automedicación?  
 “No me gusta, uno nunca sabe a mi muchas veces me han ofrecido mira toma esto, pero yo les digo que no, primero voy al medico, no me gusta no soy de esa opinión” **(C-), (NA)**.

- 428-430 “Porque pienso que si alguien le ha hecho bien, a mi no me puede hacer bien, porque nunca se sabe lo que tiene aparentemente las enfermedades son iguales pero no es lo mismo” (C-).
- 432-433 “Me dijeron toma esto o este otro, no dije voy al medico y mejoré porque vine al medico” (C- y NA).
- 462-463 “Yo cumplo el tratamiento que dan” (NA).
- 469-471 “Yo no puedo darles remedios a un familiar mío que a mi me hizo bien y a ella no le puede hacer bien, cada uno esta enfermo, que el medico determine lo que tiene” (C- y CM).
- 480-481 “Me aguanto unos días, si no se me pasara en unos dos o tres días vengo al medico y no consumo nada por cuenta propia” (C- y NA).
- 597 “No es muy bueno, pero yo le he hecho” (C- y EP).
- 599 “Es tomarse remedios que a uno no le ha dado el doctor” (CA).
- 742-743 “Pero sí estoy conciente que eso no se debe hacer” (CA y C-).
- 752-753 “Yo deduzco que el dolor puede venir de lo mismo que yo sufro, como el dolor de cabeza “(C+ y AR).
- 754-755 ¿Usted toma algo al respecto?  
“El mismo remedio que el doctor me receta” (C+ y AR).
- 771-772 “Le salía más fácil ir a la farmacia comprar un remedio y tomárselo” (C+).

- 775-778 “No, yo no tomo ningún remedio, ni tampoco deajo que mi señora los tome, ni le permito tampoco a mis hijos y a mis nueras que le den remedios a los niños sin que se los haya recetado el doctor”.  
**(C-).**
- 783-785 “Yo cuando tengo demasiados dolores a la rodilla yo tomo diclofenaco, los tomo porque a mí me recetaron y no me va ser mal” **(AR y C+).**
- 808-809 “Yo repito el medicamento y el tratamiento porque sé que me lo recetaron” **(AR).**
- 813-814 “Sé que ese remedio me va ser bien, para qué voy a ir al médico y pagar una consulta” **(C+ y CA).**
- 817-818 “Uno va tomar medicamentos que el doctor ya ha recetado”  
**(AR y C+).**
- 819-820 Uno lo repite en cualquier momento que le venga ese dolor”  
**(AR y C+).**
- 883-885 “No tomaría cualquier cosa, uno siempre debe tener seriedad”  
**(C- y NA).**
- 887-889 “Por automedicación yo entiendo que uno se receta sola y eso es malo no se debe hacer, es malo que uno se recete, debe venir al médico”  
**(CA y C-).**
- 890-893 “Un día me dolía la cabeza, era un fuerte dolor de cabeza, entonces voy a un almacén y le pedí una tableta para el dolor de cabeza, el caballero me dijo que me tomara dos anacin” **(AR y C+).**

- 899 “Yo a nadie le hago caso, sólo al médico” (NA y CM).
- 907 “Yo no le doy nada, sino me lo receta el médico” (C- y CM).
- 912 “Lo que me da él no más” (NA y CM).
- 917 “Para mí es malo, totalmente malo no puede ser así” (C-).
- 961-963 “Tomo lo que me han recetado para el dolor que yo siento, porque el mismo médico me lo explico” (AR).
- 966-967 “En caso de dolor de cabeza, tomo el mismo remedio para los huesitos” (SA y C+).
- 974-975 “Y me duele algo compro Ibuprofeno, porque es más fácil encontrarlo en los negocios” (SA y C+).
- 993-994 “Yo le doy la antigua receta” (SA y C+).
- 997-999 “Cuando en la noche se congestiona, yo le aplico el inhalador que le recetaron aquí y le doy un paracetamol y después cuando vengo al médico le digo al doctor” (AR y CM).
- 1022 “No, sólo en conversaciones” (DA).
- 1024 “Yo no lo encuentro muy aceptable” (C-).
- 1026-1028 “Es tomar remedios sin receta médica, yo digo que no es aceptable, porque nadie sabe lo que uno tiene; si no lo dice el doctor” (CA y C-).
- 1030 “Por eso yo no soy partidario de eso” (C-).

- 1036 “Parece que se intoxicó con tanto remedio” **(EP)**.
- 1036-1040 “Parece que se intoxicó con tanto remedio, porque parece que los remedios seguramente, los remedios no eran los que debía haber tomado, yo creo que fue así, porque no compró remedios con receta médica; sino lo que le daban personas por ahí, porque hay señoras que se daban de médicos” **(EP y C-)**.
- 1063-1066 “Para mí sí, porque yo sé que receta comprar, como y cuando tomarme el remedio, yo por lo menos sé eso, pero hay personas que reciben la receta y la compran, pero no saben para qué es y cómo tomárselas” **(C+ y AR)**.
- 1073-1075 “El médico me da ranitidina y un jarabe específico, entonces cuando me siento mal y no vengo al médico yo compro esas pastillas” **(C+)**.
- 1079-1081 “Porque hay veces que no vengo al médico, aunque a veces igual tengo que venir para que el médico me autorice una receta, porque no puedo comprar sin receta” **(IC Y NA)**.
- 1083-1084 “Más bien dicho es por dejación por una parte, es dejación y lo otro es que a veces tengo que trabajar” **(IC y C+)**.
- 1120 “Cuando me duele mucho la cabeza yo tomo aspirina” **(SA)**.
- 1123-1126 “Dicen que es para el dolor de cabeza, las mismas propagandas dicen que es para el dolor de cabeza, que disminuye la fiebre y regula la sangre, yo no estoy bien al cabo de eso, pero yo las tomo” **(C+ y SA)**.

- 1129-1130 “Dicen que hace bien la dipirona, pero yo no la he tomado, pero la aspirina sí la he tomado” (C+ y SA).
- 1141-1153 “Un médico para mí es una persona que estudia para mejorar a las personas y sabe que su profesión es dar buenos remedios y congeniar con los enfermos y que de explicaciones de cómo son las cosas. Porque no sacamos nada con tener grandes sabios si no saben o no quieren dar explicaciones de las cosas, porque si a uno no le explican las cosas, mire aquí hay muchas personas, yo creo que mucha gente se automedica producto de su ignorancia, por su falta de información, yo creo eso. Porque si hubiera más comunicación con los médicos, si hubieran cursos que se le hicieran a los acompañantes de los enfermos, que le explique en qué consiste la enfermedad y como tratar no pasaría eso de la automedicación, incluso estaríamos más llano de acudir al consultorio o al hospital” (DE y CA).
- 1163-1170 “He oído hablar de la automedicación, porque hay personas que creen que por tomar un medicamento por ellos, se van a sanar, no siendo adecuado el tratamiento, porque nadie se lo dio, por eso mismo antes la ampilicina se vendía sin receta y la gente la tomaba para un posible problema de infección y resulta que el mal era peor porque el mal era peor, ya que quedaban inmune a cualquier medicamento, por eso cortaron ese asunto, el diazepam lo vendían como pan caliente, ahora no se vende si no va con receta” (C-).
- 1173-1179 “No, una porque yo hace 11 años soy diabético y de hecho no puedo tomar cualquier remedio, en este momento el único medicamento que tomo es el que me da el médico. no tomo ningún otro medicamento que no tenga que ver con mi enfermedad”(C- y NA)..

- 1196 “Pero nunca me automedico” (C- y NA).
- 1202-1206 “Sigo todo el tratamiento, cómo le digo, porque los diabéticos somos como una guagua recién nacida, hay que cuidar el asunto, porque se nos dispara el azúcar y tenemos problemas de hipertensión, tenemos problemas cardiacos, tenemos renales, entonces tenemos que mantenernos en tratamiento” (C-).
- 1264-1269 ¿Por qué cree que hay gente que se automedique?  
 “Es porque las personas no tiene una información veraz del asunto, hay gente que no tiene o no debe automedicarse y lo hacen por falta de información, por ello digo que los psicólogos tienen un gran papel por jugar en esa parte” (DA).
- 1287-1288 ¿Ha oído hablar de la automedicación?  
 “No, ¿A qué se refiere?” (DA).
- 1289-1292 “Sí, algunas veces lo hago, cuando me duele la cabeza, compro paracetamol, ¡cómo voy a estar con ese dolor!, sabe yo tomo muchas hierba, yo soy del sur, usted sabe que allá se usa mucho eso, además es algo natural que no hace mal para el estómago”.  
 (CP y SA).
- 1294-1295 “Si uno se toma un remedio que no es, puede ser fatal para uno, pero como un paracetamol puede ser tan malo” (CP y SA).
- 1301 “Es tomar más remedios, que no se debe tomar” (CA)
- 1303 “Es tomar demasiados remedios” (CA).
- 1320-1322 “Yo encuentro que hay remedios que pueden ser bien par una cosa, pero mal para otra, como el piroxican o el diclofenaco, que si toma

mucho le hace mal para los riñones, entonces yo lo encuentro malo” (C-).

1327 “Ahí acudo a la pastilla” (C+ y SA).

1336-1337 “No sé, yo pienso si tomara todos los días, ahí sería automedicación, pero si uno toma sólo cuando está el dolor, encuentro que no” (C+ y SA).

1345-1346 “Es difícil que yo venga al médico porque me duele algo, cuando me duele la cabeza, me tomo un agua de limón y se me quita” (C+ y SA).

- **MEDICACION**

***CODIGOS:***

<b>C+, M</b>	<b>:</b>	<b>Connotación Positiva de Medicalización</b>
<b>C-, M</b>	<b>:</b>	<b>Connotación Negativa de Medicalización</b>
<b>UR</b>	<b>:</b>	<b>Uso Racional de los Medicamentos</b>
<b>UI</b>	<b>:</b>	<b>Uso Irracional de los medicamentos</b>
<b>PA</b>	<b>:</b>	<b>Prescripción Adecuada</b>
<b>PI</b>	<b>:</b>	<b>Prescripción Inadecuada</b>
<b>BT Y CM</b>	<b>:</b>	<b>Buen Trato y Credibilidad al Médico</b>
<b>EP, M</b>	<b>:</b>	<b>Experiencia Pasada de Medicalización</b>

32 “Las dejo de tomar cuando me siento bien” (UR).

43-44 “Las tomo hasta que me siento bien, si me siento bien a los dos o tres días, las dejo de tomar” (UR).

50-51 “Yo digo que las pastillas se deben comprar porque el médico se las da a uno” (CM).

- 83-84      ¿El medico es claro en los remedios que le indica?  
 “Claro porque me dice, mira te tienes que tomar por 10 días estas pastillas y ahí yo me las tomo” **(PA Y UR)**.
- 108        “Es necesario para todas las enfermedades que tengo” **(CM)**.
- 112-115    ¿Usted cree necesario que el medico le de tantos remedios?  
 “Yo le digo al médico, pero el médico me dice que no tiene nada que ver con lo otro” **(CM)**.
- 124-125    “Los que dan remedios y otro concepto que tengo yo es de los remedios caros, mientras mas caros los remedios mejores son”**(DE)**.
- 76-178    “Yo a veces me aburro de las pastillas, mire tomo dos de la diabetes tomo dos de la presión y después vienen otras 5 pastillas mire me manejaba drogada” **(C-, M)**.
- 184-185    “Los remedios que me dan aquí, es que no me dan confianza, mucha fe, pero si me dan una receta para afuera yo la compro” **(C-, M)**.
- 237        “Estoy con 6 pastillas diarias” **(C-, M)**.
- 250-251    “Claro, pero yo no recibo remedios de un lado o de otro, de aquí no más” **(C+, M y CM)**.
- 255-256    ¿Usted tiene claro que tipo de medicamentos son?  
 “Claro, pero no me acuerdo” **(UR y PA)**.
- 257-259    ¿Cuándo a usted le dieron el medicamento, le indicaron cuándo y cómo tomárselo?  
 “Sí, incluso todos esos datos los tengo anotados en mi casa” **(UR y PA)**.

- 262-263 “Lo hago todo como me lo indican, cumplo todo el tratamiento, incluso como sin sal, no como ninguna que no corresponda” **(PA y CM).**
- 566 “Las tomo por obligación” **(C-, M).**
- 566-567 “Cuando tengo que hacer o estoy ocupado todo el día no tomo la pastilla” **(UI).**
- 614 “Hasta cuando me siento bien” **(UI).**
- 627 “Según lo que el doctor me diga “**(CM).**
- 636-637 “He tomado muchos remedios” **(C-, M).**
- 726 “El médico me dice que debo tomar” **(C+, M Y CM).**
- 780 “Sí, yo sigo todo al pie de la letra, como se dice” **(UR).**
- 800-801 “No me puede hacer mal, porque me lo está recetado el doctor” **(C+.M y CM).**
- 929 “Me los tomaba cómo me indicaron” **(UR).**
- 932 “El médico me explicó” **(PA).**
- 937 “Estaba con cuatro medicamentos, más la inyección” **(EP, M).**
- 946 “No, yo los cumplo, cumplo los horarios” **(UR).**

- 952 “Sí, yo constantemente seguía las indicaciones” **(UR y PA)**.
- 954-955 “Yo sigo al pie de la letra el tratamiento” **(UR)**.
- 957 “Sí, yo sigo como me dice el médico” **(CM)**.
- 958-959 “Los medicamentos se los daba tal cual se lo daba el médico y así soy con toda mi familia” **(C+, M Y CM)**.
- 961-963 “Tomo lo que me han recetado para el dolor que yo siento, porque el mismo médico me lo explico” **(C+, M y CM)**.
- 1068-1069 “Mire, yo para los remedios soy riguroso, me los tomo a la hora, pero cuando me siento bien dejo de venir al médico, pero cuando me recaigo y me siento mal, retomo el tratamiento” **(UR Y IC)**.
- 1173-1179 “No, una porque yo hace 11 años soy diabético y de hecho no puedo tomar cualquier remedio, en este momento el único medicamento que tomo es el que me da el médico, no tomo ningún otro medicamento que no tenga que ver con mi enfermedad” **(UR y NA)**.
- 1202-1206 “Sigo todo el tratamiento, cómo le digo, porque los diabéticos somos como una guagua recién nacida, hay que cuidar el asunto, porque se nos dispara el azúcar y tenemos problemas de hipertensión, tenemos problemas cardiacos, tenemos renales, entonces tenemos que mantenernos en tratamiento” **(UR y NA)**.
- 1209-1210 “Claro, siempre me queda claro, por mi enfermedad con mayor razón tengo que seguirme a las reglas del médico” **(PA y CM)**.

- 1212-1216 “Yo creo que sí, porque el médico es el que da las indicaciones y el da la receta y dice que el medicamento generalmente es cada 8 horas, ahora si el paciente no sigue las indicaciones, entiende, pero el médico si da bien las indicaciones y eso yo lo escuchado cuando están dando las indicaciones” **(PA)**.
- 1282 “Sí, al pie de la letra” **(UR)**.
- 1305-1306 “Claro, demasiado remedios, porque mire yo misma estuve con siete remedios” **(C-, M)**.
- 1308-1309 “Prácticamente me enfermaba del estómago con tanta cosa” **(C-, M)**.
- 1318 “Yo encuentro que está malo demasiado remedio” **(C-, M)**.
- 1325 “Sí, siempre me ha quedado claro” **(PA)**.
- 1348-1350 “Eso de tomar tanto remedio no me gusta, el cuerpo me lo rechaza; ahora tiempo me tuvieron con siete remedios, eso era complicado” **(C-, M)**.
- 1356-1358 “Tengo que tener un medicamento” **(C+, M)**.
- 1361-1363 ¿Usted va al médico en busca de un medicamento?  
“Claro por mi enfermedad si uno está enferma ¿Cómo no ser ayudado por la ciencia?” **(C+, M)**.

• **PROFESIONALES DE LA SALUD**

***CODIGOS:***

<b>C+, C</b>	<b>:</b>	<b>Connotación Positiva hacia el Centro</b>
<b>C-, C</b>	<b>:</b>	<b>Connotación Negativa hacia el Centro</b>
<b>BT Y CM</b>	<b>:</b>	<b>Buen trato y Credibilidad al Médico</b>
<b>DE</b>	<b>:</b>	<b>Demanda de Educación</b>
<b>EP</b>	<b>:</b>	<b>Experiencia Pasada</b>
<b>C-, M</b>	<b>:</b>	<b>Connotación Negativa hacia el Médico</b>

- 2-4                    “Aquí me atienden bien, pero lo que más alego yo, son las horas cuando tengo que venir al medico, me cuesta pedir hora”  
(**BT Y C+, C**).
- 7-9                    “Yo llamo hoy y no hay hora, otro día llamo y no hay hora, me dicen que venga en tres días más y vengo y me dicen que no hay hora” (**C-, C**).
- 91-94                “Yo le tengo fe al médico, me parece que cuando yo vengo al médico se me quitan los dolores. Es como una fe pero yo me tomo los remedios como me los da el médico e indicaditos como me los da el” (**CD y UR**).
- 167                    “Bien me tratan bien” (**C+, C**).
- 195-197             “El trato es bueno, yo encuentro que esta bien, a mí lo que mas me complica eso de la hora, que cuesta mucho que den hora”  
(**BT y C-, C**).
- 208-210            “No hay mucha atención para la tercera edad, nos hacen levantar muy temprano” (**C-,C**).
- 222                    “Aquí en este consultorio no me han tratado mal” (**BT Y C+, C**).

- 222-223 “Yo dejé el consultorio años atrás porque había mala atención”  
**(EP).**
- 231-232 “Aquí me han atendido bien porque los doctores me han tratado bien, gracias a dios” **(BT).**
- 268-269 “Busco al médico que corresponda, pero aquí adentro, y si me llegan a dar algún remedio, consulto al médico primero” **(CM).**
- 289-291 “Por eso le tengo fe y confianza al médico los médicos me dijeron que dependía de mí todo, que me tenía que tomar los remedios como ellos me lo indican” **(PA y CM).**
- 293-298 ¿Cuál es su percepción hacia el médico cuando acude a su consulta y no le receta medicamentos?  
“El médico es un profesional, siempre va a depender de la situación, si yo necesito los medicamentos me los tomo, pero si no los necesito para que me los voy a tomar si el médico dice que no debo tomar remedio” **(CM).**
- 369-374 ¿Cómo se ha sentido con los profesionales de la salud aquí en el centro?  
“Mire yo no tengo nada que decir, me tratan bien lo único es que depende de quién esté ahí, porque a veces hay alguien que contesta bien, pero a veces hay otro señor que responde regañando”  
**(BT y EP).**
- 377-380 “Ahora hay consideración para el adulto mayor porque antes no lo había”“Para mí, no sé yo encuentro que tengo de todo” **(C+, C).**

- 387-388 “Buena, yo la encuentro excelente, siempre que me he atendido aquí, me han atendido bien” **(BT Y C+, C)**.
- 399-400 “Me atiendo con un doctor y no tengo ningún problema es excelente” **(C+,C)**.
- 476 “Hay confianza yo le tengo confianza al medico” **(CM)**.
- 581-582 “Yo lo encuentro bueno, porque cada vez que venido he tenido buena acogida” **(C+, C)**.
- 693-694 “En otro lugar, hay doctores le dan más tiempo a uno” **(C-, C)**.
- 716-717 “lo que encuentro que es muy a lo lejos es encontrar hora con el médico” **(C-, C)**.
- 719-724 “El médico me atiende bien, bien porque me hace las preguntas correspondientes y por lo menos se ve que el médico tiene preocupación por uno, porque pregunta los medicamentos que está tomando y el cuidado que uno lleva y el entonces recomienda al respecto, en ese sentido el médico le ayuda a uno cómo debe cuidarse” **(PA y BT)**.
- 726 “El médico me dice que debo tomar” **(CM)**.
- 730-731 “Muy buena, la atención es buena, aquí los médicos no son prepotentes e indiferentes, es muy buena la atención” **(BT y C+, C)**.
- 740 “Encuentro que hay buena respuesta acá” **(C+, C)**.

- 800-801 “No me puede hacer mal, porque me lo está recetado el doctor” **(CM)**.
- 803-804 “Hay como una fe hacia el médico” **(CM)**.
- 828-829 “¿A qué van al médico?, si no van hacer lo que el médico dice” **(CM)**.
- 840 “Bueno, yo confío ciegamente en él, lo que él me dice” **(CM)**.
- 848 “Excelente, muy buena” **(C+, C)**.
- 851 “La atención es buena” **(C+, C)**.
- 866 “Aquí deberían hacer unos exámenes más a fondo” **(C-, C)**.
- 899 “Yo a nadie le hago caso, sólo al médico” **(CM)**.
- 907 “Yo no le doy nada, sino me lo receta el médico” **(CM)**.
- 990 “Lo atendían súper bien” **(C+, C)**.
- 1001-1003 “Mi opinión es buena porque yo estuve viniendo por muchos años con mi marido y con mi niña cuando estaba más chica y el trato de los doctores muy buena y en general bien” **(C+, C y BT)**.
- 1015-1016 “Buena, por lo menos para mí es buena, me han tocado buenos médicos” **(CM)**.
- 1042-1043 “A mí no me parece bien, lo que me parecería bien, es que si le enseñara mejor a la gente, aquí en el consultorio” **(C-, C)**.

- 1045-1047 “Si uno viene al médico, el mismo médico diera una charla y el mismo médico explicara lo que se debe o no tomar” **(PI)**.
- 1049-1050 “Que el mismo doctor hiciera charlas o que diga lo que se debe hacer” **(PI)**.
- 1053-1054 “Todo el tiempo fuimos bien atendidos, claro hay que madrugar bastante para sacar número” **(BT y C-, C)**.
- 1056-1057 “Todo el tiempo fuimos bien atendidos, no tengo nada que decir” **(C+, C)**.
- 1060-1061 “Sí, siempre con receta para comprar y especificando a la hora de tomarse el remedio, da todo detallado” **(PA)**.
- 1079-1081 “Porque hay veces que no vengo al médico, aunque a veces igual tengo que venir para que el médico me autorice una receta, porque no puedo comprar sin receta” **(IC y NA)**.
- 1090-1091 “Para mí el médico que es bueno, es aquel que tiene conversación con uno o uno puede conversar con ellos” **(DE)**.
- 1096-1097 “El médico bueno es aquel que explica que tiene uno” **(DE)**.
- 1105-1108 “Se supone que uno se siente mal viene al médico para saber que es lo que tiene y qué remedios puede tomar, porque uno no va a venir hacer perder el tiempo al doctor y perder el tiempo uno mismo” **(C-.C)**.
- 1117-1118 “Sí, me queda claro para que son los remedios, en ese sentido no tengo quejas” **(PA)**.

- 1132 “Me gustaría que hubieran más especialidades médica” (C-, C).
- 1136-1137 “Hace falta más recursos materiales” (C-, C).
- 1139 “No ninguna siempre me han atendido bien” (C+, C y BT).
- 1141-1153 “Un médico para mí es una persona que estudia para mejorar a las personas y sabe que su profesión es dar buenos remedios y congeniar con los enfermos y que de explicaciones de cómo son las cosas. Porque no sacamos nada con tener grandes sabios si no saben o no quieren dar explicaciones de las cosas, porque si a uno no le explican las cosas, mire aquí hay muchas personas, yo creo que mucha gente se automedica producto de su ignorancia, por su falta de información, yo creo eso. Porque si hubiera más comunicación con los médicos, si hubieran cursos que se le hicieran a los acompañantes de los enfermos, que le explique en qué consiste la enfermedad y como tratar no pasaría eso de la automedicación, incluso estaríamos más llano de acudir al consultorio o al hospital” (DE y CA).
- 1155-1156 “De la comunicación, de la educación que falta de los médicos con los pacientes, en relación con los remedios, a todo” (DE).
- 1271-1272 “Buena, hay gente muy buena y simpática, tienen muy buena voluntad” (BT y C+,C).
- 1274-1276 “Sí, en general bien, han ávido veces que el médico no está de buenos ánimos y no me gusta como atiende, pero hay otros que ningún problema, al contrario me escuchan y me atienden bien” (C+,C).

- 1278-1279 “Sí, cómo le dije antes hay algunos que si dan todas las explicaciones” (C+, C).
- 1285 “A mí por lo menos bien (BT y C+, C).
- 1297 “Que hubiese más médico para no estar tanto rato esperando” (C-, PS)..
- 1298-1299 “Médicos comprometidos con paciencia y vocación” (C-M).
- 1352-1353 “Nosotros debemos ser ayudados por los médicos, ellos saben de ciencia, eso sí que no estoy de acuerdo con los médicos de ahora” (CM y DE).
- 1359-1360 ¿Si el doctor no le da medicamentos?  
“Si sigo enferma tendré que cambiar de médico” (C-M).
- 1390-1396 ¿Los pacientes son escuchados, son orientados cuando hacen una pregunta?  
“Claro, pero depende la pregunta de cómo se haga” (C+, PS)

Categorización	Descripción	SUB-CATEGORIAS	Descripción	CITAS
<b>Automedicación</b>	Se refiere a todas las citas que se relacionan con la automedicación.	Connotación positiva de la automedicación y se automedica.	Se refiere a todas las citas que tiene una connotación positiva de la automedicación y se relaciona con adultos mayores que se automedica.	<p>“Tomo pastilla, tomo piroxican, me las compro” (21).</p> <p>“Yo encuentro que no, porque al momento que las tomo me siento bien y después se me pasa los dolores” (29-30).</p> <p>“Yo deduzco que el dolor puede venir de lo mismo que yo sufro, como el dolor de cabeza” (752-753).</p> <p>“El mismo remedio que el doctor me receta” (754-755).</p> <p>“le salía más fácil ir a la farmacia comprar un remedio y tomárselo” (771-772).</p> <p>“yo cuando tengo demasiados dolores a la rodilla yo tomo diclofenaco, los tomo porque a mí me recetaron y no me va ser mal” (783-785).</p> <p>“sé que ese remedio me va ser bien, para qué voy a ir al médico y pagar una consulta” (813-814).</p> <p>“uno va tomar medicamentos que el doctor ya ha recetado” (817-818).</p> <p>“uno lo repite en cualquier momento que le venga ese dolor” (819-820).</p> <p>“un día me dolía la cabeza, era un fuerte dolor de cabeza, entonces voy a un almacén y le pedí una tableta para el dolor de cabeza, el caballero me dijo que me tomara dos anacin” (890-893).</p> <p>“En caso de dolor de cabeza, tomo el mismo remedio para los huesitos” (966-967).</p>

				<p>”y me duele algo compro Ibuprofeno, porque es más fácil encontrarlo en los negocios” (974-975).</p> <p>“yo le doy la antigua receta” (993-994).</p> <p>“Para mí sí, porque yo sé que receta comprar, como y cuando tomarme el remedio, yo por lo menos sé eso, pero hay personas que reciben la receta y la compran, pero no saben para qué es y cómo tomárselas” (1063-1066).</p> <p>“el médico me da ranitidina y un jarabe específico, entonces cuando me siento mal y no vengo al médico yo compro esas pastillas” (1073-1075).</p> <p>“Más bien dicho es por dejación por una parte, es dejación y lo otro es que a veces tengo que trabajar” (1083-1084).</p> <p>“Cuando me duele mucho la cabeza yo tomo aspirina” (1120).</p> <p>“dicen que es para el dolor de cabeza, las mismas propagandas dicen que es para el dolor de cabeza, que disminuye la fiebre y regula la sangre, yo no estoy bien al cabo de eso, pero yo las tomo” (1123-1126).</p> <p>“dicen que hace bien la dipirona, pero yo no la he tomado, pero la aspirina sí la he tomado” (1129-1130).</p> <p>“Sí, algunas veces lo hago, cuando me duele la cabeza, compro paracetamol, ¡cómo voy a estar con ese dolor!, sabe yo tomo muchas hierba, yo soy del sur, usted sabe que allá se usa mucho eso, además es algo natural que no hace mal para el estómago” (1289-1292).</p>
--	--	--	--	--

		<p>Connotación negativa de la automedicación y no se automedica.</p>	<p>Se refiere a todas las citas que tiene una connotación negativa de la automedicación y se relaciona con adultos mayores que no se automedican.</p>	<p>“si uno se toma un remedio que no es, puede ser fatal para uno, pero como un paracetamol puede ser tan malo” (1294-1295).</p> <p>“Ahí acudo a la pastilla” (1327).</p> <p>“No sé, yo pienso si tomara todos los días, ahí sería automedicación, pero si uno toma sólo cuando está el dolor, encuentro que no” (1336-1337).</p> <p>“Es difícil que yo venga al médico porque me duele algo, cuando me duele la cabeza, me tomo un agua de limón y se me quita” (1345-1346).</p> <hr/> <p>“Es malo porque tiene que ser recetado por el medico” (48).</p> <p>“Yo pienso que las personas deben respetar los medicamentos que les da el doctor y no tomar Medicamentos por cuenta propia” (281-283).</p> <p>“Me agunto, porque yo se que no puedo tomar otro remedio, porque yo estoy cuidando mi salud” (288-289).</p> <p>“No me gusta, uno nunca sabe a mi muchas veces me han ofrecido mira toma esto, pero yo les digo que no, primero voy al medico, no me gusta no soy de esa opinión” (422-426).</p> <p>“Porque pienso que si alguien le ha hecho bien, a mi no me puede hacer bien, porque nunca se sabe lo que tiene aparentemente las enfermedades son iguales pero no es lo mismo” (428-430).</p> <p>“Me dijeron toma esto o este otro, no dije voy al medico y mejoré porque vine al medico” (432-433).</p>
--	--	--	---	---

				<p>“yo cumplo el tratamiento que dan” (462-463).</p> <p>“Yo no puedo darles remedios a un familiar mío que a mi me hizo bien y a ella no le puede hacer bien, cada uno esta enfermo, que el medico determine lo que tiene” (469-471).</p> <p>“Me agunto unos días, si no se me pasara en unos dos o tres días vengo al medico y no consumo nada por cuenta propia” (480-481).</p> <p>“no es muy bueno, pero yo le he hecho” (597).</p> <p>“pero sí estoy conciente que eso no se debe hacer” (742-743).</p> <p>“No, yo no tomo ningún remedio, ni tampoco deajo que mi señora los tome, ni le permito tampoco a mis hijos y a mis nueras que le den remedios a los niños sin que se los haya recetado el doctor” (775-778).</p> <p>“no tomaría cualquier cosa, uno siempre debe tener seriedad” (883-885).</p> <p>“Por automedicación yo entiendo que uno se receta sola y eso es malo no se debe hacer, es malo que uno se recete, debe venir al médico” (887-889).</p> <p>“yo a nadie le hago caso, sólo al médico” (899).</p> <p>“yo no le doy nada, sino me lo receta el médico” (907).</p> <p>“lo que me da él no más” (912).</p>
--	--	--	--	--

				<p>“Para mí es malo, totalmente malo no puede ser así” (917).</p> <p>“Yo no lo encuentro muy aceptable” (1024).</p> <p>“Es tomar remedios sin receta médica, yo digo que no es aceptable, porque nadie sabe lo que uno tiene; si no lo dice el doctor” (1026-1028).</p> <p>“por eso yo no soy partidario de eso” (1030).</p> <p>“Parece que se intoxicó con tanto remedio, porque parece que los remedios seguramente, los remedios no eran los que debía haber tomado, yo creo que fue así, porque no compró remedios con receta médica; sino lo que le daban personas por ahí, porque hay señoras que se daban de médicos” (1036-1040).</p> <p>“Porque hay veces que no vengo al médico, aunque a veces igual tengo que venir para que el médico me autorice una receta, porque no puedo comprar sin receta” (1079-1081).</p> <p>“Cuando me duele mucho la cabeza yo tomo aspirina” (1120).</p> <p>“He oído hablar de la automedicación, porque hay personas que creen que por tomar un medicamento por ellos, se van a sanar, no siendo adecuado el tratamiento, porque nadie se lo dio, por eso mismo antes la ampicilina se vendía sin receta y la gente la tomaba para un posible problema de infección y resulta que el mal era peor porque el mal era peor, ya que quedaban inmune a cualquier medicamento, por eso cortaron ese asunto, el diazepam lo vendían como pan caliente, ahora no se vende si no va con receta” (1163-1170).</p>
--	--	--	--	--

		<p>Desinformación de la automedicación.</p>	<p>Se refieren a todas las citas que dan cuenta de la desinformación que tienen los adultos mayores sobre la automedicación.</p>	<p>“No, una porque yo hace 11 años soy diabético y de hecho no puedo tomar cualquier remedio, en este momento el único medicamento que tomo es el que me da el médico. no tomo ningún otro medicamento que no tenga que ver con mi enfermedad” (1173-1179).</p> <p>“pero nunca me automedico” (1196).</p> <p>“Sigo todo el tratamiento, cómo le digo, porque los diabéticos somos como una guagua recién nacida, hay que cuidar el asunto, porque se nos dispara el azúcar y tenemos problemas de hipertensión, tenemos problemas cardiacos, tenemos problemas renales, entonces tenemos que mantenernos en tratamiento” (1202-1206).</p> <p>“Yo encuentro que hay remedios que pueden ser bien par una cosa, pero mal para otra, como el piroxican o el decrofenato, que si toma mucho le hace mal para los riñones, entonces yo lo encuentro malo” (1320-1322).</p> <hr/> <p>¿Usted ha oído hablar de la automedicación? “No” (270-271) .</p> <p>¿Usted sabe lo que es la automedicación? “No” (272-273).</p> <p>¿Usted, tiene conocimiento de lo que es la automedicación? “No, nada” (411-413).</p> <p>“No, sólo en conversaciones” (1022).</p> <p>“Es porque las personas no tiene una información veraz del asunto, hay gente que no tiene o no debe automedicarse y lo hacen por falta de información, por ello digo que los psicólogos tienen un gran papel por jugar en esa parte” (1264-1269).</p> <p>“No, ¿aqué se refiere?” (1287-1288).</p>
--	--	---	--	--

		<p>Conocimiento de la automedicación.</p>	<p>Se refiere a las citas que tienen que ver con los conocimientos que manejan los adultos mayores sobre la automedicación.</p>	<p>“La automedicación es tomar un medicamento por cuenta propia sin previa consulta médica” (274-277).</p> <p>“es tomarse remedios que a uno no le ha dado el doctor” (599).</p> <p>“pero sí estoy conciente que eso no se debe hacer” (742-743).</p> <p>“Por automedicación yo entiendo que uno se receta sola y eso es malo no se debe hacer, es malo que uno se recete, debe venir al médico” (887-889).</p> <p>“Es tomar remedios sin receta médica, yo digo que no es aceptable, porque nadie sabe lo que uno tiene; si no lo dice el doctor” (1026-1028).</p> <p>“Un médico para mí es una persona que estudia para mejorar a las personas y sabe que su profesión es dar buenos remedios y congeniar con los enfermos y que de explicaciones de cómo son las cosas. Porque no sacamos nada con tener grandes sabios si no saben o no quieren dar explicaciones de las cosas, porque si a uno no le explican las cosas, mire aquí hay muchas personas, yo creo que mucha gente se automedica producto de su ignorancia, por su falta de información, yo creo eso. Porque si hubiera más comunicación con los médicos, si hubieran cursos que se le hicieran a los acompañantes de los enfermos, que le explique en qué consiste la enfermedad y como tratar no pasaría eso de la automedicación, incluso estaríamos más llano de acudir al consultorio o al hospital” (1141-1153).</p> <p>“Es tomar más remedios, que no se debe tomar” (1301).</p> <p>“Es tomar demasiados remedios” (1303).</p> <p>“experiencia le va enseñando que remedios realmente le hacen bien y otros que no le hacen tan bien” (605-606).</p>
--	--	---	---	---

		<p>Automedicación responsable.</p>	<p>Se refiere a las citas que dan cuenta de automedican responsable en los adultos mayores.</p>	<p>“Yo deduzco que el dolor puede venir de lo mismo que yo sufro, como el dolor de cabeza “ (752-753).</p> <p>“El mismo remedio que el doctor me receta” (754-755).</p> <p>“yo cuando tengo demasiados dolores a la rodilla yo tomo diclofenaco, los tomo porque a mí me recetaron y no me va ser mal” (783-785).</p> <p>“Yo repito el medicamento y el tratamiento porque sé que me lo recetaron” (808-809).</p> <p>“uno va tomar medicamentos que el doctor ya ha recetado” (817-818).</p> <p>“uno lo repite en cualquier momento que le venga ese dolor” (819-820).</p> <p>“tomo lo que me han recetado para el dolor que yo siento, porque el mismo médico me lo explico” (961-963).</p> <p>“Cuando en la noche se congestiona, yo le aplico el inhalador que le recetaron aquí y le doy un paracetamol y después cuando vengo al médico le digo al doctor” (997-999).</p> <p>“Para mí sí, porque yo sé que receta comprar, como y cuando tomarme el remedio, yo por lo menos sé eso, pero hay personas que reciben la receta y la compran, pero no saben para qué es y cómo tomárselas” (1063-1066).</p>
		<p>Experiencia Pasada.</p>	<p>Citas que dan cuenta de experiencias pasadas positivas o negativas sobre automedicación en los adultos mayores.</p>	<p>“no es muy bueno, pero yo le he hecho” (597).</p> <p>“Antes no tanto, porque estaba solo en esos años” (264-266).</p> <p>“Yo ya dejé tiempo atrás eso, me dolía la cabeza y tomaba algo” (277).</p>

		Irregular asistencia al centro.	Se refiere a las citas que dan cuenta de las irregular asistencia de los adultos mayores al centro de salud.	<p>“Parece que se intoxicó con tanto remedio, porque parece que los remedios seguramente, los remedios no eran los que debía haber tomado, yo creo que fue así, porque no compró remedios con receta médica; sino lo que le daban personas por ahí, porque hay señoras que se daban de médicos” (1036-1040).</p> <p>“Claro, incluso voy a ser sincera a veces no vengo, digo ah.. Voy a ir y me van a dar estas mismas pastillas, entonces no vengo” (37-39).</p> <p>“Yo encuentro que soy media floja para venir al medico” (63).</p> <p>“Mire, yo para los remedios soy riguroso, me los tomo a la hora, pero cuando me siento bien dejo de venir al médico, pero cuando me recaigo y me siento mal, retomo el tratamiento” (1068-1069).</p> <p>“Porque hay veces que no vengo al médico, aunque a veces igual tengo que venir para que el médico me autorice una receta, porque no puedo comprar sin receta” (1079-1081).</p> <p>“Más bien dicho es por dejación por una parte, es dejación y lo otro es que a veces tengo que trabajar” (1083-1084).</p>
<b>MEDICACION</b>		Connotación Positiva de Medicalización.	Se refieren a las citas que tienen connotación positiva sobre la medicación en los adultos mayores.	<p>“Claro, pero yo no recibo remedios de un lado o de otro, de aquí no más” (250-251).</p> <p>“El médico me dice que debo tomar” (726).</p>

		<p>Connotación Negativa de Medicación.</p>	<p>Se refieren a las citas que tienen connotación negativa sobre la medicación en los adultos mayores.</p>	<p>“no me puede hacer mal, porque me lo está recetado el doctor” (800-801).</p> <p>“los medicamentos se los daba tal cual se lo daba el médico y así soy con toda mi familia” (958-959).</p> <p>“tomo lo que me han recetado para el dolor que yo siento, porque el mismo médico me lo explico” (961-963).</p> <p>“tengo que tener un medicamento” (1356-1358).</p> <p>“Claro por mi enfermedad si uno está enferma ¿Cómo no ser ayudado por la ciencia?” (1361-1363).</p> <hr/> <p>“Yo a veces me aburro de las pastillas, mire tomo dos de la diabetes tomo dos de la presión y después vienen otras 5 pastillas mire me manejaba drogada” (176-178).</p> <p>“Los remedios que me dan aquí, es que no me dan confianza, mucha fe, pero si me dan una receta para afuera yo la compro” (184-185).</p> <p>“Estoy con 6 pastillas diarias” (237).</p> <p>“Las tomo por obligación” (566).</p> <p>“Claro, demasiado remedios, porque mire yo misma estuve con siete remedios” (1305-1306).</p> <p>“prácticamente me enfermaba del estómago con tanta cosa” (1308-1309).</p>
--	--	--	--	---

		<p>Uso Irracional de los medicamentos.</p>	<p>Se refiere a las citas que dan cuenta del uso irracional de los medicamentos por parte de los adultos mayores.</p>	<p>“Yo encuentro que está malo demasiado remedio” (1318).</p> <p>“eso de tomar tanto remedio no me gusta, el cuerpo me lo rechaza ahora tiempo me tuvieron con siete remedios, eso era complicado” (1348-1350).</p> <hr/> <p>“Las dejo de tomar cuando me siento bien” (32),</p> <p>“Las tomo hasta que me siento bien, si me siento bien a los dos o tres días, las dejo de tomar” (43-44)</p> <p>“Claro, pero no me acuerdo” (255-256),</p> <p>“Cuando tengo que hacer o estoy ocupado todo el día no tomo la pastilla” (566-567).</p> <p>“hasta cuando me siento bien” (614).</p>
		<p>Uso Racional de los Medicamentos.</p>	<p>Se refiere a las citas que dan cuenta del uso racional de los medicamentos por parte de los adultos mayores.</p>	<p>“Sí, incluso todos esos datos los tengo anotados en mi casa” (257-259).</p> <p>“Sí, yo sigo todo al pie de la letra, como se dice” (780).</p> <p>“Me los tomaba cómo me indicaron” (929).</p> <p>“No, yo los cumplo, cumplo los horarios” (946).</p> <p>“Sí, yo constantemente seguía las indicaciones” (952).</p>

				<p>“yo sigo al pie de la letra el tratamiento” (954-955).</p> <p>“Mire, yo para los remedios soy riguroso, me los tomo a la hora, pero cuando me siento bien dejo de venir al médico, pero cuando me recaigo y me siento mal, retomo el tratamiento” (954-955).</p> <p>“No, una porque yo hace 11 años soy diabético y de hecho no puedo tomar cualquier remedio, en este momento el único medicamento que tomo es el que me da el médico, no tomo ningún otro medicamento que no tenga que ver con mi enfermedad” (1173-1179).</p> <p>“Sigo todo el tratamiento, cómo le digo, porque los diabéticos somos como una guagua recién nacida, hay que cuidar el asunto, porque se nos dispara el azúcar y tenemos problemas de hipertensión, tenemos problemas cardiacos, problemas renales, entonces tenemos que mantenernos en tratamiento” (1202-1206).</p> <p>“Claro, siempre me queda claro, por mi enfermedad con mayor razón tengo que seguirme a las reglas del médico” (1209-1210).</p> <p>“Yo creo que sí, porque el médico es el que da las indicaciones y el da la receta y dice que el medicamento generalmente es cada 8 horas, ahora si el paciente no sigue las indicaciones, ¿entiende?, pero el médico si da bien las indicaciones y eso yo lo escuchado cuando están dando las indicaciones” (1212-1216).</p> <p>“Sí, siempre me ha quedado claro” (1325).</p> <hr/> <p>“Yo digo que las pastillas se deben comprar porque el médico se las da a uno” (50-51)</p> <p>“yo a nadie le hago caso, sólo al médico” (899)</p> <p>“yo no le doy nada, sino me lo receta el médico” (907).</p>
--	--	--	--	---

		<p>Credibilidad y Confianza hacia el medico.</p>	<p>Se refiere a las citas que dan cuenta de la credibilidad y la confianza que poseen los adultos mayores hacia el médico.</p>	<p>“lo que me da él no más” (912).</p> <p>“Lo hago todo como me lo indican, cumplo todo el tratamiento, incluso como sin sal, no como ninguna que no corresponda” (250-251).</p> <p>“Yo no puedo darles remedios a un familiar mío que a mi me hizo bien y a ella no le puede hacer bien, cada uno esta enfermo, que el medico determine lo que tiene” (469-471).</p> <p>“según lo que el doctor me diga “ (627).</p> <p>“El médico me dice que debo tomar” (726).</p> <p>“no me puede hacer mal, porque me lo está recetado el doctor” (800-801).</p> <p>“yo a nadie le hago caso, sólo al médico” (899).</p> <p>“yo no le doy nada, sino me lo receta el médico” (907).</p> <p>“lo que me da él no más” (912).</p> <p>“Sí, yo sigo como me dice el médico” (957).</p> <p>“Los medicamentos se los daba tal cual se lo daba el médico y así soy con toda mi familia” (958-959).</p> <p>“Cuando en la noche se congestiona, yo le aplico el inhalador que le recetaron aquí y le doy un Paracetamol y después cuando vengo al médico le digo al doctor” (997-999) .</p> <p>“Claro, siempre me queda claro, por mi enfermedad con mayor razón tengo que seguirme a las reglas del médico” (1209-1210).</p>
--	--	--	--	---

		<p>Prescripción Adecuada.</p>	<p>Se refiere a las citas que dan cuenta de la claridad que tiene el medico cuando prescribe los medicamentos.</p>	<p>“Claro porque me dice, mira te tienes que tomar por 10 días estas pastillas y ahí yo me las tomo” (83-84).</p> <p>“claro, pero no me acuerdo” (255-256).</p> <p>“Sí, incluso todos esos datos los tengo anotados en mi casa” (257-259).</p> <p>“Lo hago todo como me lo indican, cumplo todo el tratamiento, incluso como sin sal, no como ninguna que no corresponda” (262-263).</p> <p>“Por eso le tengo fe y confianza al médico, los médicos me dijeron que dependía de mí todo, que me tenía que tomar los remedios como ellos me lo indican” (289-291).</p> <hr/> <p>“El médico me atiende bien, bien porque me hace las preguntas correspondientes y por lo menos se ve que el médico tiene preocupación por uno, porque pregunta los medicamentos que está tomando y el cuidado que uno lleva y el entonces recomienda al respecto, en ese sentido el médico le ayuda a uno cómo debe cuidarse” (719-724).</p> <p>“el médico me explicó” (932).</p> <p>“Sí, yo constantemente seguía las indicaciones” (952).</p> <p>“Sí, siempre con receta para comprar y especificando a la hora de tomarse el remedio, da todo detallado” (1060-1061).</p> <p>“Sí, me queda claro para que son los remedios, en ese sentido no tengo quejas” (1117-1118).</p>
--	--	-------------------------------	--	--

		<p>Prescripción Inadecuada.</p> <hr/> <p>Experiencia pasada de la Medicalización.</p>	<p>Se refiere a las citas que dan cuenta de la poca claridad que tiene el medico cuando prescribe los medicamentos.</p> <hr/> <p>Citas que dan cuenta de experiencias pasadas positivas o negativas sobre la medicación en los adultos mayores.</p>	<p>“Los que dan remedios y otro concepto que tengo yo es de los remedios caros, mientras mas caros los remedios mejores son “ (124-125).</p> <hr/> <p>“he tomado muchos remedios” (636-637).</p> <p>“Estaba con cuatro medicamentos, más la inyección” (937).</p>
--	--	---	---	---

<p><b>PROFESIONALES DE LA SALUD</b></p>		<p>Connotación Positiva hacia el Centro.</p>	<p>Se refiere a las citas en donde los adultos mayores dan cuenta de la connotación positiva que tienen hacia el centro y que va relacionado con un buen trato y una buena atención.</p>	<p>“Bien me tratan bien” (167).</p> <p>“Aquí en este consultorio no me han tratado mal” (222).</p> <p>“Ahora hay consideración para el adulto mayor porque antes no lo había”“Para mí, no sé yo encuentro que tengo de todo” (377-380).</p> <p>“Buena, yo la encuentro excelente, siempre que me he atendido aquí, me han atendido bien” (387-388).</p> <p>“Muy buena, la atención es buena, aquí los médicos no son prepotentes e indiferentes, es muy buena la atención” (730-731).</p> <p>“encuentro que hay buena respuesta acá” (740).</p> <p>“Excelente, muy buena” (848).</p> <p>“la atención es buena” (851).</p> <p>“lo atendían súper bien” (990).</p> <p>“Mi opinión es buena porque yo estuve viniendo por muchos años con mi marido y con mi niña cuando estaba más chica y el trato de los doctores muy buena y en general bien” (1001-1003).</p> <p>“todo el tiempo fuimos bien atendidos, no tengo nada que decir” (1056-1057).</p>
---	--	--	--	---

		<p>Connotación Negativa hacia el Centro.</p>	<p>Se refiere a las citas en donde los adultos mayores dan cuenta de la connotación negativa que tienen hacia el centro y que va relacionado con las horas y especialidades médicas.</p>	<p>“Aquí me atienden bien, pero lo que más alego yo, son las horas cuando tengo que venir al medico, me cuesta pedir hora” (2-4).</p> <p>“Yo llamo hoy y no hay hora, otro día llamo y no hay hora, me dicen que venga en tres días más y vengo y me dicen que no hay hora” (7-9).</p> <p>“El trato es bueno, yo encuentro que esta bien, a mí lo que mas me complica eso de la hora, que cuesta mucho que den hora” (195-197).</p> <p>“No hay mucha atención para la tercera edad, nos hacen levantar muy temprano” (208-210).</p> <p>“Yo dejé el consultorio años atrás porque había mala atención” (222-223).</p> <p>“en otro lugar, hay doctores le dan más tiempo a uno” (693-694).</p> <p>“lo que encuentro que es muy a lo lejos es encontrar hora con el médico” (716-717).</p> <p>“Aquí deberían hacer unos exámenes más a fondo” (866).</p> <p>“A mí no me parece bien, lo que me parecería bien, es que si le enseñara mejor a la gente, aquí en el consultorio” (1042-1043).</p> <p>“todo el tiempo fuimos bien atendidos, claro hay que madrugar bastante para sacar número” (1053-1054).</p> <p>“Me gustaría que hubieran más especialidades médica” (1132).</p> <p>“hace falta más recursos materiales” (1136-1137).</p>
--	--	--	--	---

		<p>Buen trato y credibilidad al Médico.</p>	<p>Se refiere a las citas en donde los adultos mayores refieren una credibilidad y confianza hacia el médico.</p>	<p>“Que hubiese más médico para no estar tanto rato esperando” (1297).</p> <p>“médicos comprometidos con paciencia y vocación” (1298-1299).</p> <hr/> <p>“Yo le tengo fe al médico, me parece que cuando yo vengo al médico se me quitan los dolores. Es como una fe pero yo me tomo los remedios como me los da el médico e indicaditos como me los da el” (91-94).</p> <p>“Aquí en este consultorio no me han tratado mal” (222).</p> <p>“Aquí me han atendido bien porque los doctores me han tratado bien, gracias a dios” (231-232).</p> <p>“Busco al médico que corresponda, pero aquí adentro, y si me llegan a dar algún remedio, consulto al médico primero” (268-269).</p> <p>“Por eso le tengo fe y confianza al médico los médicos me dijeron que dependía de mí todo, que me tenía que tomar los remedios como ellos me lo indican” (289-291).</p> <p>“El médico es un profesional, siempre va a depender de la situación, si yo necesito los medicamentos me los tomo, pero si no los necesito para que me los voy a tomar si el médico dice que no debo tomar remedio” (293-298).</p> <p>“Me atiendo con un doctor y no tengo ningún problema es excelente” (399-400).</p> <p>“Hay confianza yo le tengo confianza al medico” (399-400).</p>
--	--	---	---	---

				<p>“yo lo encuentro bueno, porque cada vez que venido he tenido buena acogida” (581-582).</p> <p>“El médico me atiende bien, bien porque me hace las preguntas correspondientes y por lo menos se ve que el médico tiene preocupación por uno, porque pregunta los medicamentos que está tomando y el cuidado que uno lleva y el entonces recomienda al respecto, en ese sentido el médico le ayuda a uno cómo debe cuidarse” (719-724).</p> <p>“El médico me dice que debo tomar” (726).</p> <p>“Muy buena, la atención es buena, aquí los médicos no son prepotentes e indiferentes, es muy buena la atención” (730-731).</p> <p>“no me puede hacer mal, porque me lo está recetado el doctor” (800-801).</p> <p>“hay como una fe hacia el médico” (803-804).</p> <p>“¿a qué van al médico?, si no van hacer lo que el médico dice” (828-829).</p> <p>“Bueno, yo confío ciegamente en él, lo que él me dice” (840).</p> <p>“yo a nadie le hago caso, sólo al médico” (899).</p> <p>“yo no le doy nada, sino me lo receta el médico” (907).</p> <p>“Mi opinión es buena porque yo estuve viniendo por muchos años con mi marido y con mi niña cuando estaba más chica y el trato de los doctores muy buena y en general bien” (1001-1003).</p> <p>“Buena, por lo menos para mí es buena, me han tocado buenos médicos” (1015-1016).</p>
--	--	--	--	--

		<p>Demanda de Educación.</p>	<p>Se refiere a las citas en donde los adultos mayores manifiestan una demanda de educación en relación al trato y al uso de los medicamentos.</p>	<p>“todo el tiempo fuimos bien atendidos, claro hay que madrugar bastante para sacar número” (1053-1054).</p> <p>“No ninguna siempre me han atendido bien” (1139).</p> <hr/> <p>“si uno viene al médico, el mismo médico diera una charla y el mismo médico explicara lo que se debe o no tomar” (1045-1047).</p> <p>“que el mismo doctor hiciera charlas o que diga lo que se debe hacer” (1049-1050).</p> <p>“Para mí el médico que es bueno, es aquel que tiene conversación con uno o uno puede conversar con ellos” (1090-1091).</p> <p>“el médico bueno es aquel que explica que tiene uno” (1096-1097).</p> <p>“Un médico para mí es una persona que estudia para mejorar a las personas y sabe que su profesión es dar buenos remedios y congeniar con los enfermos y que de explicaciones de cómo son las cosas. Porque no sacamos nada con tener grandes sabios si no saben o no quieren dar explicaciones de las cosas, porque si a uno no le explican las cosas, mire aquí hay muchas personas, yo creo que mucha gente se automedica producto de su ignorancia, por su falta de información, yo creo eso. Porque si hubiera más comunicación con los médicos, si hubieran cursos que se le hicieran a los acompañantes de los enfermos, que le explique en qué consiste la enfermedad y como tratar no pasaría eso de la automedicación, incluso estaríamos más llano de acudir al consultorio o al hospital” (1141-1153).</p> <p>“De la comunicación, de la educación que falta de los médicos con los pacientes, en relación con los remedios, a todo” (1155-1156).</p>
--	--	------------------------------	--	--

		<p>Experiencia Pasada con los Profesionales de la Salud.</p>	<p>Se refiere a la cita que da cuenta de una experiencia pasada negativa del adulto mayor, en relación al trato por parte de los profesionales de la salud.</p>	<p>“Mire yo no tengo nada que decir, me tratan bien lo único es que depende de quién esté ahí, porque a veces hay alguien que contesta bien, pero a veces hay otro señor que responde regañando” (369-374).</p>
		<p>Connotación Negativa hacia el Médico.</p>	<p>Se refiere aquellas citas en donde los adultos mayores demandan una mejor relación con los médicos.</p>	<p>“médicos comprometidos con paciencia y vocación” (1298-1299)</p> <p>“Nosotros debemos ser ayudados por los médicos, ellos saben de ciencia, eso sí que no estoy de acuerdo con los médicos de ahora” (1352-1353)</p> <p>“Si sigo enferma tendré que cambiar de médico” (1359-1360)</p>

--	--	--	--	--



## ENTREVISTA AL FUNCIONARIO

P ¿Qué entiende usted por automedicación?

R “Medicamentarse, sin que sea autorizada por el médico, o sea comprarlo en farmacia, porque una vecina se lo recomendó o porque piensa que puede ser bueno, porque a veces hay medicamentos como los hibuprofeno, que los hipertensos no pueden tomar en grandes cantidades, y si el médico le dio hace un año atrás y sabe mas menos para lo que es, entonces después van a la farmacia y lo compran. El médico los da por siete días solamente, pero si ellos se sienten mal después de los siete días, ellos lo vuelven a comprarlo. Entonces ese mismo medicamento ellos lo vuelven a comprar y a lo mejor no es lo que piensan que tienen, sino que ellos creen que le va ser bien y lo vuelven a comprar, pasa lo mismo con la ranitidina, ellos se sienten con un poco de acidez y la toman, después se sienten con acidez y ya no van al médico, ellos vienen cuando están super mal y hay que tomarles endoscopia, para ver que ellos tienen de verdad, o sea no porque ellos sienten un síntoma, ratidina, ratidina, se ha comprado y se ha hecho científico que la ratidina tampoco es muy buena prolongada, entonces yo creo que es algo cultural, porque mas allá de eso no se explica como la gente lo hace y lo vuelve hacer repetidamente”.

P ¿Usted ha tenido alguna experiencia personal con la automedicación?

R “Yo no, no porque no tomo medicamento, no me gusta los medicamentos, entonces nunca he tomado algo que no me corresponda, no me gusta ni siquiera el parasetamol y el anaprim, me lo tomo por obligación”.

P ¿Usted dice que no le gusta los medicamentos, pero porqué?

R “No porque, no porque no me guste, sino que no soy de las personas buenas para tomar medicamento, porque hay personas que son buenas para tomar remedios, si le dan diez, los diez se los toman, yo no, yo si tengo que tomar el anaprim, me lo tomo, no porque me guste tomar medicamentos, porque no se no me gusta medicarme, mientras yo no tomara nada mejor y el paracetamol, si me duele la cabeza deo que se me pase solo, pero no tomo igual que me pegué en la costilla y para eso tendría que ver médico, para que me diera algo, pero yo sé que eso de la costilla se pasa solo, no voy para tomar antiinflamatorio nada, se me pasará en unos dos meses, pero se me pasará, yo se que me van a dar algún antiinflamatorio o algo para el dolor y no lo quiero tomar. Eso no sé porque no soy así pero, no me gusta”.

P ¿No sabe cuál es su negación hacia los medicamentos, y esto siempre ha sido así o ahora último?

R “No, siempre, siempre no he sido enfermiza, pero si he sido enfermiza quizás hubiese tenido que tomar siempre medicamentos, pero no he sido enfermiza, porque yo te digo, harán que hace unos cuatro años que yo no tengo un resfrío en el invierno, más años yo creo, no me resfrío, pero si cuando tengo una enfermedad es de muerte, porque tuve un cáncer donde me hicieron un conor, y depende de la parte que me sacaron si el cáncer estaba en los lados hubiese sido peor, pero estaba en el medio y me lo sacaron, me hicieron el haza, que se estaba recién saliendo en ese tiempo, me lo hicieron y después de un mes supe resultado y no había necesidad de hacerme otra intervención”.

P ¿Porqué piensa que la gente se automedique, debido a qué lo hace?

R “Porque las vecinas, por ejemplo cuando conversan con las vecinas las vecinas le dicen, por ejemplo yo soy tu vecina, y le dicen mira me duele el estomago, entonces la señora, la vecina, le dice mira yo tomé espalmo lítico, por ejemplo, entonces me hizo bien, es como ignorancia es como cultural ignorancia, pero la persona le hace caso y toma, entonces si le hizo bien, después cuando sienta algo parecido lo va ser de nuevo, va tomar lo mismo que la vecina le dijo”.

P ¿Asocia la automedicación, a que en el consultorio existieran problemas, que la gente no pueda acceder oportunamente al consultorio para atenderse. El hecho de que no haya hora médica, cuando hay dolor que hace estas personas, se justificaría la automedicación?

R “No se justificaría en ningún caso, pero se hace, se hace, porque de los caso que yo veo, generalmente, antes de venir ya han tomado algo, no hay paciente que no haya tomado algo antes e venir acá, porque mira de hecho la persona está haciendo fila y generalmente no alcanza, de las cinco de la mañana que era algo que se iba a terminar y nunca se terminó, cuando la Bachelet, era ministra de salud, ella dijo que se terminaran las filas y las filas, pero no se terminaron, sino que colocaron las sillas adentro, y los consultorios se abrieron más temprano, o sea ya no están en la calle están adentro, pero esperan igual, o sea la gente igual viene a las cinco de la mañana, entonces en la noche se amanece de dolor, claro la gente se toma cualquier cosa constar de aliviar un poco, ahora si no encontró hora sigue tomando hasta que encuentre hora.”

P ¿Y eso que le parece ud.?

R “Horrible, horrible, si yo te digo que siempre he pensado que aquí hay sapu y consultorio, para mí es más importante reforzar la atención primaria, o sea más médico en consultorio porque te va dar la receta, ahora el sapu es un círculo vicioso porque por ejemplo, con su adulto enfermo, o dan la receta, la receta te la anotan atrás, entonces al día siguiente tienes que venir de nuevo, solamente te dicen lo que tienes, si es una amigdalitis te van a pinchar inmediatamente, pero si no te dan la receta y tienes que venir, incluso dice el papel, que dentro de 24 horas acudir al consultorio, entonces que hacen al otro día deben venir al consultorio, y eso significa que hay dos atenciones una en el sapu y la otra en el consultorio. Si hubiese más médicos en la atención primaria como refuerzo, entonces esa persona no habría ido a la posta, entonces esa atención se hubiese sido menos acá, en el consultorio, por eso no me gusta la atención de sapu, me hubiese gustado otro tipo de atención, como tener ambulancia y si llega la persona ahí, partir en forma inmediata a la posta, si la persona amerita, por ejemplo si es una amigdalitis, no la vas a llevar a la posta central o a ninguna parte de urgencia, por eso a mí nunca me han gustado eso de 24 hrs. Los sapu”.

P ¿Acá en el consultorio, como es la atención que se le brinda al adulto mayor?

R “Mediocre, porque no están los tiempos, aquí la atención es cuatro por hora, pero la gente, la misma cultura no todos los pacientes son iguales, entonces la gente no tiene la facilidad, por ejemplo hay algunos que son sorditos, si no te escuchan tu vas a tener que repetirle, entonces el tiempo no es el mismo el uno con el otro, ahora ellos vienen con un problema de su casa que para ellos no es muy importante lo que le va decir la enfermera, sino lo que ellos quieren contar y para eso no hay

tiempo, entonces como no hay tiempo, está entre que se le escucha la mitad no se le deja hablar al paciente, que pasa con muchos médicos le están haciendo la receta ya porque sabe lo que le va a indicar, le está haciendo la receta y el paciente habla y habla y creo que ni siquiera escucha lo que el paciente dice, porque es todo es con mucha rapidez”.

P ¿Sobre esto mismo, que pasa con la percepción que tienen los pacientes hacia el médico?

R “Los pacientes le gusta cuando le dan artos medicamentos, cuando se lleva jeringas, lleva vitaminas, un montón de medicamentos, el médico que no da nada no es bueno, y no es así, ellos piensan que es así, pero tampoco hay un momento que se le explique a los pacientes, porque aquí hay talleres de hipertensión, hay talleres para diabéticos, que no vienen muchos, por ejemplo si se citan a veinte, vienen dos, porque se van pasando el dato de lo que les dicen, entonces ellos se la creen saber todo, entonces dicen que saben que tienen que comer, no si se que tengo que tomar los medicamentos , entonces no vienen”.

P ¿Lo que quiere decir es que los pacientes no están acostumbrados a que les hagan taller de educación?

R “No, no están acostumbrado, porque culturalmente ellos saben que la vecina generalmente se cree que sabe más que el médico, pasa aquí mismo, que el chofer se molesta cuando le salen urgencia y quiere acumular un paciente que va a llevar, quiere acumular otro, o sea el no ve que ahí está la urgencia, que no es una micro que está esperando pasajeros sanos, él tenía que haber volado con la persona hacia la posta, y no hacer tiempo por si sale otro, si no está llevando animales está llevando personas y alo mejor si esa persona que se está demorando cinco o diez minutos para ver si sale otro, no ven que si la llevan inmediatamente

va ser más eficaz, dependiendo del diagnóstico, pero ellos cuestionan que porqué mandan tanto a la posta, no pueden cuestionar si el médico sabe si necesita posta o no necesita, pero ellos cuestionan como si saben más que el médico, si ellos no son técnicos son chóferes, una vez llegó una persona super mal, ellos dijeron es un HI, y no era HI, era un pre-infarto, pero ellos lo catalogaron como un HI, y no puede ser porque hasta un dolor de estómago puede ser un pre-infarto”.

P ¿Cuándo los médicos pre-escriben las recetas, cómo lo hacen acá, le da la indicación correcta, educan bien al paciente al momento de recetar?

R “Yo encuentro que no, porque los pacientes cuando van por los pasillos ellos preguntan, señorita para que esto y que es esto, y yo les pregunto no le indicaron entonces sí, pero no entendí, le explicaron pero no entendió, entonces yo no entiendo como la explicación mía le entra más de la que le dijeron, el profesional, ellos siempre acuden”.

P ¿A qué se debe esto

R “Uno tiene que hablar como habla el pueblo yo no puedo hablar, por ejemplo mira la misma palabra metasta, ellos no saben que es eso, no se entiende, entonces yo les hablo con palabras más simple”.

P ¿Eso puede ser una variable, otra variable que usted había comentado es en relación con el tiempo, cómo es eso?

R “Claro, porque generalmente cuando nosotros entregamos fichas, generalmente están viendo cuánta son, eso para mí ya es chocante y para el paciente puede ser peor, porque para mí no me gusta que cuenten las fichas, cuántas si llegaron si no llegaron y estén mirándolas, entonces yo tengo que mirar la ficha la momento que voy atender, no

cuántas tengo, cuántas van a venir o no van a venir y cuántas me quedan, eso para mí no puede ser si yo tengo una persona al frente y mirar eso y es lo que único ve”.

P ¿Usted cree que se está deshumanizando la medicina?

R “Sí, yo tuve un viaje a cuba en atención familiar, tú sabes que es un país en donde está todo racionado, pero la salud es lo mejor que tienen y la parte educacional, pero yo fui por la parte de salud, entonces yo te digo es fantástico es humanizado tú sientes la vocación, sientes la pasión en los médicos es incomparable que yo nunca he visto, aquí en chile yo nunca he visto esa pasión de los médicos de la enfermera, no lo conozco aquí, entonces con los recursos que ellos tienen hacen lo imposible, por ejemplo una pesa la cuidan, aquí nosotros hemos tenido varias pesa y de calidad aquí los equipos son de muy buena calidad, el médico cuidaba la pesa, que para mí fue extraño que el médico cuidara la pesa, cuando acá esa parte no les corresponde, entonces tu ves la pasión de ellos que me gustaría que existiera aquí en chile, porque nosotros tenemos mall, tenemos metro, tenemos tantas cosas que si la salud además fuera así estaríamos nosotros, bien, super bien, porque todo lo que falta allá está todo transformando en salud y eso me gustó fijate el médico es un cariño, el médico es una persona más de la comunidad que te conoce a la familia completa y cuando la niña se va a mejorar el va al hospital y está en contacto con la paciente que se mejora y al otro día cuando ya está de alta se va a visitar a la casa al recién nacido y aquí es poco el que sabe que pasó con la mamá que se controló nueve meses, sino vuelve no vuelve no más, pero nunca se supo más y si vuelve, bueno se deriva a control sano, entonces no hay una relación”.

P ¿En ese sentido al hablar de que esté deshumanizada la medicina, da cuenta de este modelo que se ha vuelto muy mecanicista la atención, en el fondo el que viene se deja de lado su rol de persona y pasa hacer un paciente o pasa hacer un caso o pasa hacer una ficha, entonces cómo se va reduciendo el término persona?

R “Sí así es, mira hora viene la salud familiar, en eso estamos, pero no se ojalá no sea así, pero si son las mismas personas, porque cómo tu puedes cambiar las personas a que den un vuelco, no sé cómo, porque yo voy hacer como siempre, no puedo ser mejor ni peor, siempre igual, para mí es difícil pensar en un cambio en las personas si nunca se han preocupado y ver que de repente se preocupan, no se, yo digo ojalá sea así, pero no se que pasa en el ser humano de fondo, pero no, no puedo ser ni mejor ni peor y por eso me preocupa esta atención familiar, de cómo va ser y me preocupa si vamos a ir todos en el mismo carro o vamos a ir por necesidad u obligación, yo creo que más me quedo con la obligación”.

Corte.....

P ¿Cuál es su percepción hacia el centro de salud?

R “Yo por ejemplo, con una buena supervención para ver como trabajan, es necesario supervisar la atención, pero no porque yo te diga mira te estoy mirando, sino una supervisión que sea capaz de ver la forma de atender a los pacientes y dejar la gente que sí está comprometida, es fuerte, pero yo así lo haría, porque no encuentro otra manera”.

P ¿En cierta medida estamos hablando de gente que en el fondo va a trabajar y se hace una supervisión y cumple la faena, que pasaría ahí, por ejemplo si hay una persona que se le dice mira tienes que atender cierta cantidad de pacientes y dejar contenta la familia y esta persona lo hace, cual sería la diferencia ahí?

R "Es cierto te encuentro toda la razón".

P ¿Oh, estamos hablando del trato con la gente, es el como se atiende?

R "Sí, es un tema de vocación que se ve alterado, porque los pacientes no son tratados como personas, sino que son reducidos a fichas y se ve ahí cuantas fichas hay por atender y eso no es correcto. Y los médicos son buenos cuando dan bastantes remedios, ahora lo que está pasando y encuentro horrible que por ejemplo que aquí pasa, que si el médico te da el alprozalan o el diazepam, ese médico prefieren y no es la idea, no es la idea porque yo converso siempre cuando yo loas veo desesperada y me dicen, señorita yo necesito una hora porque no tengo el alprozalan, y yo la siento ahí y me doy el tiempo y le digo, sabe que yo conozco una señora, que me saludaba siempre cuando venía, ahora no me saluda porque ya no me conoce, y es porque ella tanto tomar alprozalan y eso le va borrando las neuronas y ya no sabe como se llama, entonces yo no quiero que eso le pase a usted llegue a ese casa, sabe que porqué no se tamo una taza de leche en la noche, se come una nuez que la va hacer dormir mejor, ahora si usted tiene un problema dígame al médico que tiene un problema para que la mande a salud mental, porque es la única manera en donde hay profesionales y ahí le van indicar si puede tomar ese medicamento si es el indicado y alo mejor no, alo mejor su problema no se, es como el curao, los problemas se le olvidan mientras dura la borrachera, pero después se le quita y los problemas están ahí, es lo que les digo, con los medicamentos no se le terminan los problemas, ya he conversado con varios, ahora compre armonil también, porque eso es de hierbas, alomejor eso no le va ser daño, pero no, no, no, no se desespere por el alprozalam, porque ese medicamento no es bueno".

P ¿Que pasa con la derivación del médico hacia los otros profesionales de la salud?

R “El médico no está acostumbrado a derivar, sino que el se apodera del paciente, como si no existiera, salud mental, psicólogos, psiquiatras, no existieran”.

P ¿Porque es así?

R “No se porque el médico lo hará, no lo sé, nunca me lo he preguntado, aunque siempre ha habido una omnipotencia por parte de los médicos, desde que están estudiando, están como dioses”.

P ¿Porque están bajo el modelo biomédico, todavía no se pasa al modelo psicosocial?

R “Cuando entremos al modelo de salud familiar, van a tener que atender así y entonces aquí yo he visto varias cosas, eso de los alprozalam, hay gente que viene a buscar sólo la receta”.

P ¿Quiere decir que la población está medicalizada?

R “Claro”.

P ¿Y que el médico es el dueño y señor de los pacientes?

R “Sí, claro tienen razón en esa parte, porque cuando a uno le dan hora en nutrición, a mí se me enojan, porque dicen, ya sé señorita lo que tengo que comer, para qué me da para nutrición déme para médico, entonces le digo, no usted tiene que saber que comer, pero eso ya lo sé me dicen, pero alomejor usted no lo está haciendo yo quiero que la nutricionista le refuerce lo que tiene y lo que no tiene que comer, entonces ahí se van un poco convencida y aceptan la nutricionista. Porque si no

fuera por los medicamentos no vendrían a nutrición y a enfermería, solamente médico”.

P ¿Parece que hace falta prevenir y educar?

R “Claro, hay unos talleres que los encontré medios mal hecho, en primer lugar creo que debería estar el técnico paramédico en los talleres y no estuvieron y yo les decía que hay que atraer a la gente yo les dije que no programaron bien, porque ni siquiera estaban las sillas adecuadas y en el primer taller había gente afuera, entonces una serie de descoordinación porque algunos escucharon, otros no, otros se enteraban como eran porque no entendieron. Por eso había que traer a los pacientes, con té, galletas, un espacio adecuado”.

P ¿Por ejemplo sacarlos del contexto racional que ellos perciben del consultorio, darles un espacio en la cual ellos no se sientan pacientes?

R “Claro, eso se hubiese hecho, pero no fue así los primeros talleres, en la cual debieron ser más programados, más bien hecho y que todo estuvieran su participación, pero al técnico paramédico no lo dejan que se meta, porque puede invadir el terreno”.

P ¿En ese sentido el médico está por sobre, el equipo multidisciplinario, sobre los pacientes?

R “Resulta que a veces nosotros estamos más cerca de los pacientes, sabemos más nosotros, nos tienen más confianza a nosotros y eso que nosotros no damos remedios, porque uno previene y educa, porque lo que uno pretende hacer es que el otro, se sienta bien y que sea correcta toda su atención, porque alomejor nosotros nos podrías conseguir la receta, pero no es la idea, la idea es que ojalá no se la lleven, esa es la idea, porque eso digo que la gente puede cambiar, son muchas cosas y el mismo ser de uno no es igual que el del otro. Por eso encuentro difícil llegar

a una atención familiar verdadera, porque hay gente que lo hace por cumplir, no porque lo siente. Y la formación deberían hacer un test, pero bien hecho, en la cual diga si la persona está capacitada, es otra solución, pero a veces la gente es capaz de inventar, el ser humano es capaz de tantas cosas, por un trabajo, por plata, creo más en las entrevista, porque en una entrevista uno se da cuenta de los sentimientos de la persona, con pregunta puntuales, le harías ejemplo, qué harías en tal caso y decirles que lo escriba, entonces no les das tiempo para pensar. Por ejemplo para entrar acá al equipo de salud no hace ningún tipo de examen, alguien puede tener una patología psiquiátrica y no se darían ni cuenta, aquí les interesa el título nada más, para los médicos es lo mismo, aquí ha habido médicos que han sido unos verdaderos personajes”.

## ENTREVISTAS INDIVIDUALES

### ENTREVISTA 1

NOMBRE : CAROLINA  
EDAD : 74 AÑOS  
ESTADO CIVIL : CASADSA

- 1 P ¿Cómo es atendida en el consultorio, por el equipo de salud?  
2 R "Aquí a mí me atienden bien, me dan los remedios, pero lo  
3 que más alego yo son las horas cuando tengo que venir al médico,  
4 a mí me fallan mucho las piernas, entiende, me cuesta conseguir  
hora."
- 5 T ¿Qué podemos entender nosotros, eso que le cueste conseguir  
6 hora?  
7 R "Por ejemplo yo llamo hoy y no hay hora, otro día yo llamo y no  
8 hay hora, me dicen venga en tres días más y vengo y me dicen que  
9 no hay hora"
- 10 P Usted dice que sufre de las piernas, cierto, ¿Usted que hace  
11 cuando tiene estos dolores y no puede conseguir hora?  
12 C Ahí me quedo en la casa
- 13 P Usted ¿Consigue medicamentos por cuenta propia?  
14 R "Mire, yo pertenezco a un club de la tercera edad, entonces  
15 por medio del club me llevaron a un centro médico atendida por  
16 fonasa, ahí me vio el médico y me sacaron radiografía y me  
17 encontraron la columna muy mala, ahí me dieron los remedios."
- 18 P Volviendo a lo anterior ¿que hace usted al momento de  
19 padecer una enfermedad y acude al médico, pero se da cuenta  
20 que no hay hora disponible?  
21 R "Tomo pastilla, tomo piroxican, me las compro porque una vez  
22 yo vine al médico, dije que me dolían las piernas, entonces me  
23 sacaron una radiografía y me dijeron que tenía artrosis en la rodilla y  
24 artritis en las piernas, entonces el médico me dio pastillas, piroxican,  
25 por 10 días."

26 P Quiere decir que cada vez que le vuelven los dolores ¿Usted  
27 acude a la farmacia adquiere las pastillas y se las toma. Y para usted  
28 eso es o no automedicación?

29 R "yo encuentro que no, porque al momento que las tomo me  
30 siento bien y después se me pasa los dolores."

31 P ¿Por cuanto tiempo se las toma?

32 R "Las dejo de tomar cuando me siento bien."

33 P O sea, tomando el ejemplo de los dolores de piernas ¿Usted se  
34 siente mal, acude al médico, no encuentra hora, entonces acude a  
35 la farmacia compra los remedios y se los toma hasta que se sienta  
36 bien?

37 R "Claro, incluso, le voy hacer sincera, a veces no vengo, digo,  
38 ah...voy a ir y me van a dar estas mismas pastillas, entonces no  
39 vengo."

40 P Entonces usted dijo que compra esos medicamentos en la  
41 farmacia, las compra y se las toma ¿pero se las toma hasta que se  
42 siente bien o se las toma por 10 días?

43 R "No las toma hasta que me siento bien, si me siento bien a los  
44 dos o tres días, las dejo de tomar."

45 P ¿Que piensa usted acerca del tema de la automedicación?  
46 Eso que la gente cuando se siente mal en vez de ir al médico va a la  
47 farmacia y se compra un remedio que ¿piensa usted de eso?

48 R "Es malo, porque tiene que ser recetado por el médico."

49 P ¿Porqué es malo?

50 R "Yo digo que las pastillas se deben comprar porque el médico  
51 se las da a uno."

52 P Sin embargo, ¿usted nos está contando que usted va a la  
53 farmacia las puede comprar?

54 R "Claro las compro."

55 P y eso ¿Cómo es?

56 R "Bueno, para mí es bueno porque me siento bien, porque a mí  
57 no me duele las piernas."

58 P Podemos ver que de acuerdo a su experiencia, podemos ver  
59 que fluye la automedicación, porque cada vez que le vienen los  
60 dolores usted va a la farmacia toma los remedios y se le pasa

61 R "Cierto."

- 62 P ¿Usted conoce a otras personas que se automedica?  
63 R "No, yo encuentro que soy media floja para venir al médico y  
64 la mayoría de mis amigas pasan más en el médico que yo."
- 65 P ¿Y en su casa, todos vienen al médico cuando les duele algo?  
66 R "Sí..."
- 67 P ¿O toman medicamentos?, por ejemplo para otro tipo de  
68 dolores, por ejemplo para el dolor de cabeza que pasa ahí.  
69 R "Ellos vienen, porque mi hija padece una enfermedad, que  
70 ahora no recuerdo, ella viene al médico y el médico le receta  
71 pastilla."
- 72 P Sra. Carolina, otra pregunta y disculpe que insista en este  
73 tema, por ejemplo usted, viene al médico, luego dice que aquí la  
74 atienden bien, sólo cuesta que la vea un médico, pero en general  
75 dice que aquí la atienden bien, sin embargo cuando logra tener una  
76 hora usted se siente cómoda acá que el trato es adecuado, ¿eso es  
77 lo que dio a entender?  
78 R "Claro."
- 79 P Por ejemplo el doctor le encuentra una enfermedad  
80 determinada, y le da receta, ¿cómo usted percibe esta receta, es  
81 decir, el doctor le dice se tiene que tomar esta pastilla, usted  
82 entiende que pastilla es, como se debe tomar, entiende las  
83 indicaciones por cuantos días. En otras palabras el médico es claro  
84 en los remedios que le indican?  
85 R "Claro, porque me dice, mira te tienes que tomar por 10 días  
86 estas pastillas y ahí yo me las tomo."
- 87 P Por ejemplo si viene al médico por un dolor de estómago y el  
88 médico le dice mira, te tienes que tomar estas pastillas por 5 y si al  
89 segundo día se le quita el dolor, que hace ¿continúa con el  
90 tratamiento o no lo continúa?  
91 R "Ah...no yo me las tomo por los 5 días. Mire yo le tengo fe al  
92 médico, me parece que cuando yo vengo al médico se me quitan  
93 los dolores, es como una fe, pero yo me tomo los remedios como me  
94 los da el médico e indicaditos como me los da él."
- 95 T Sra. Carolina usted nos dice tengo tal enfermedad y para ello  
96 tomo estas pastillas, tengo otra cosa y para eso tomo tales pastillas  
97 ¿no cree que tenga muchos medicamentos?  
98 R "Claro que tengo."

99 P ¿Y que piensa al respecto?

100 R "Por ejemplo, la enfermedad de la cara, la parálisis, el doctor  
101 no me la ha podido bajar, porque yo una vez tenía un dolor de  
102 estómago muy grande y creía que eran las pastillas, entonces el  
103 médico de la cara me manda hacer examen para ver como me  
104 estaba funcionando las pastillas, entonces yo vine acá y le dije  
105 acaso me bajaba las pastillas y me quitaron una."

106 P Sra. Carolina ¿usted cree necesario que el médico le  
107 administre tantas pastillas o es necesario?

108 R "Es necesario, para todas las enfermedades que tengo."

109 P Pero dejando de lado los problemas de hipertensión y  
110 diabetes, porque esas pastillas usted se debe tomar. Pero a veces  
111 viene por otras cosa y el médico le da hasta tres medicamentos,  
112 ¿usted cree que es necesario que el médico le de tantos remedios  
113 cuando usted viene a control?

114 R "Yo le digo al médico, pero el médico me dice que no tiene  
115 nada que ver con lo otro."

116 P Que opina de un médico, por ejemplo, le cuenta lo que le  
117 duele y lo que no le duele y el médico le dice ¡no carolina sabes  
118 que, tú no necesitas remedio! y la manda así sin remedio ¿que  
119 opinión tiene acerca de ese médico?

120 R "Ah, no yo lo encuentro malo, porque me tiene que dar  
121 remedio para la cara, para mis dolores."

122 P Según usted ¿cuales son los doctores buenos?

123 R "Los que dan remedio y otro concepto que tengo yo es de los  
124 remedios caros, ¡mientras mas caros los remedios mejores son!."

125 P ¿Cómo es eso?

126 R "Claro, cuando me dan una receta que la encuentro allá  
127 afuera, yo lo encuentro fantástico, porque yo sé que ese remedio es  
128 bueno."

129 P Y cuando llega a la farmacia con la receta y dice sabe quiero  
130 esta receta, pero le dicen ¿sabe que tengo una receta alternativa,  
131 pero es más económica?, ¿que hace al respecto?

132 R "¡No, yo compro la receta tal cual y soy así con todos los  
133 remedios!, por ser ahora yo tengo un tratamiento para la columna,  
134 tengo que tomar una pastilla solamente una vez a la semana, por un  
135 año me dieron ese tratamiento y tengo que descansar tres meses  
136 más y después seguir."

- 137 P Sra. Carolina, cuénteme una cosa, en su casa ¿tiene conflictos  
138 familiares o alguna pena, que tenga o algún problema?
- 139 R "Ahora tengo mucha pena, incluso lloro a cada rato."
- 140 P Y usted en esos casos ¿que hace?, viene al médico por eso  
141 R "No, no vengo."
- 142 P Y usted ¿le ha contado al médico que tiene pena?  
143 R "No, eso no se lo he contado"
- 144 P Y ¿porqué no se los ha contado?  
145 R "Porque vengo más por los dolores, por la enfermedad que  
146 tengo."
- 147 P Como se dice por ahí, ¿los dolores del corazón no son un  
148 problema?  
149 R "¡Claro que son problemas...¿yo tengo muchos problemas?"
- 150 P ¿Usted no sabe o no ha escuchado que hay personas que se  
151 dedican a tratar esos problemas que tiene uno, las penas, los  
152 problemas?, no necesariamente el médico  
153 R "No, yo no he escuchado eso."
- 154 P ¿Acá le ha dicho, que hay profesionales que tratan ese tipo  
155 de conflictos?  
156 R "No porque nunca lo he consultado y nunca he hablado con  
157 el médico más allá de las enfermedades y lo demás me lo guardo."
- 158 P ¿Y el médico le ha preguntado?  
159 R "Nada, nunca nada y si me llega a preguntar me pongo a  
160 llorar, porque soy buena llorar."
- 161 P ¿Nunca le han preguntado y usted nunca ha contado  
162 tampoco?  
163 R "No nunca he contado mis graves problemas y las cosas que  
164 pasan en mi casa."
- 165 P Cuando viene al médico ¿el doctor cómo la trata, como la  
166 atiende?  
167 R "Bien, me trata bien."
- 168 P Vemos que hay una buena comunicación con los  
169 medicamentos, vemos que hay una buena relación con su médico y

170 que hay un buen trato, dice que con relación al centro de salud, los  
171 problemas con las horas la complican

172 R "Lo único que me pasa aquí es que yo a veces dejo de tomar  
173 las pastillas y me pillan, porque llego con la presión muy alta y me  
174 pillan y me dicen que ¡usted no se ha tomado las pastillas!, entonces  
175 yo no puedo mentir, si no me la he tomado, entonces no puedo  
176 dejar de tomar, porque, yo a veces me aburro de las pastillas, mire  
177 tomo dos de la diabetes, tomo dos de la presión y después vienen  
178 otras 5 pastillas, mire me manejan drogada no más a mí,  
179 ¿entienden?."

180 P Mire no sé si entendemos bien, ¿hace un rato atrás nos dice  
181 otra cosa, porque nos dijo que un médico bueno era el que daba  
182 medicamentos y el médico malo era el que no da?; ¿y ahora nos  
183 está contando que se aburre de tomar tantos medicamentos?

184 R "No digo eso, es que los remedios que me dan aquí, es que no  
185 me dan mucha confianza, mucha fe, pero si me dan una receta  
186 para afuera yo la compro, como si me va a mejorar de las piernas y  
187 todo."

188 P ¿Sra. Carolina que opinión tiene usted acerca de la atención  
189 del consultorio, como la atienden acá en el consultorio en general?

190 R "Me atienden bien, es que vengo tan poco, vengo a puros  
191 controles, controles de la diabetes"

192 P ¿Usted que piensa del consultorio, cual es su pensamiento  
193 hacia el consultorio, que es bueno, que es malo, que piensa al  
194 respecto?

195 R Como no vengo tan seguido no se, el trato es bueno, yo  
196 encuentro que esta bien, a mí lo que más me complica eso de la  
197 hora, que cuesta mucho que den hora."

198 P ¿Que cambiaría o que esperaría del consultorio?

199 R "No se que cambiaría, pero encuentro que esta bien, no se."

200 P ¿Como cree usted, que se atiende en general al adulto  
201 mayor?

202 R "Yo pienso que atienden bien."

203 P ¿Que comentarios ha escuchado al respecto?

204 R "Mis amigas, algunas se quejan que no son buenas atendidas,  
205 porque cuando piden hora para médico, para el oculista eso  
206 encuentran que no dan hora, porque a veces la hora para el  
207 oculista se demora como dos a tres años aquí y eso que no hay

208 mucha atención para tercera edad y lo otro que dicen ellas es que  
209 a nosotros no nos dan mucha preferencia, nos hacen levantar muy  
210 temprano, pero un tiempo que lo pedía por teléfono, pero ahora no,  
211 yo no podría venir a las 06:00 de la mañana, eso es lo que alegan  
212 que no hay preferencia para la tercera edad, y para los lentes que  
213 uno lo necesita y para los examen que uno se hace, porque ustedes  
214 saben cuando se llega a esta edad, se tienen que hacer varios  
215 examen, yo no alego mucho, porque vengo solo a los controles y  
216 tengo la suerte que son pocos los exámenes que me hago acá."

217 P ¿Usted piensa que el adulto mayor está más propenso a las  
218 enfermedades?

219 R "Si po, las viejas estamos más débil, entiende, cuando uno va  
220 entrando en edad se complica todo."

**ENTREVISTA 2**

NOMBRE : DOMINGO  
EDAD : 70  
ESTADO CIVIL : CASADO

221 P ¿Como encuentra usted que es atendido en el consultorio?

222 R "Mire, aquí en este consultorio, no me han atendido mal, yo  
223 dejé el consultorio años atrás porque había mala atención, yo venía  
224 al consultorio viejo, en el año 87 yo caí enfermo por la próstata y vine  
225 aquí afligido en la mañana y me rechazaron, porque no había hora,  
226 y yo estaba super hinchado, así que me tuve que ir a la posta 3 y ahí  
227 me posaron al consultorio de la quinta normal y me atendí ahí por 8  
228 años."

229 P Y ahora que está acá en el consultorio ¿cómo lo han  
230 atendido?

231 R "Aquí me han atendido bien, porque los doctores me han  
232 tratado bien, gracias a dios, estoy también en nutrición por la dieta,  
233 eso lo que me dañó porque estaba muy gordo, entonces el corazón  
234 estaba lleno de liquido, entonces si hubiese seguido me hubiese ido  
235 cortado."

236 P ¿Usted, a diario, cuántos medicamentos está consumiendo?

237 R "Estoy con 6 pastillas diarias."

238 P ¿6 Tipos de medicamentos?

239 R "Claro."

240 P ¿Para que está tomando estos medicamentos?

241 R "Estoy tomando para el corazón, para el colesterol, para la  
242 sangre y otros."

243 P De los 6 medicamentos que usted toma, ¿usted sabe para que  
244 son?

245 R "Claro."

246 P Cada vez que usted acude al médico y le da medicamentos,  
247 que pasa por ejemplo, se ve el tema del colesterol y el médico le  
248 dice mira te tienes que tomar este medicamento ¿a usted eso le  
249 queda claro?

250 R "Claro, pero yo no recibo remedio de un lado o de otro, ¿de  
251 aquí nomás!, estaba recibiendo de un cardiólogo, pero cuando  
252 llegué aquí le dije a la doctora que estaba tomando estos  
253 medicamentos y ella me dijo que cuando me den de alta del otro  
254 lado podía seguir con este mismo medicamento."

255 P ¿Pero usted tiene claro que tipo de medicamento son?

256 R "Claro, pero no me acuerdo."

257 P Cuando a usted le dieron el medicamento, ¿le indicaron  
258 cuando y como tomárselo?

259 R "Sí incluso todos esos datos lo tengo anotado en mi casa."

260 P ¿Y usted como se lo aplica?, para ser más claro ¿sigue la  
261 secuencia de los horarios y los tratamientos?

262 R "Lo hago todo como me lo indican, cumplo el tratamiento,  
263 como sin sal, no como ninguna cosa que no corresponda."

264 P ¿Su conducta hacia los medicamentos ha sido así siempre o  
265 no?

266 R "Antes no tanto, porque estaba sólo en esos años."

267 P Cuando le surgen otras enfermedades ¿usted que hace?

268 R "Busco al médico que corresponda, pero aquí dentro, y si me  
269 llegan a dar algún remedio, consulto al médico primero."

270 P ¿Usted ha oído hablar de la automedicación?

271 R "No."

272 P ¿Usted sabe lo que es la automedicación?

273 R "No".

274 P La automedicación, es tomar un medicamento por cuenta  
275 propia sin previa consulta médica

276 R "Yo ya dejé tiempo a tras eso, me dolía la cabeza y tomaba  
277 algo."

278 P Y ¿Desde cuando que dejó hacer eso?

279 R "Desde que he tenido estos problemas, más de un año, no  
280 hago ninguna cosa de esa."

281 P ¿Que piensa de este tema de la automedicación?

282 R "Yo pienso que las personas deben respetar los medicamentos  
283 que le da el doctor y tomar remedio por cuenta propia."

284 P Mire le pongo el siguiente ejemplo, usted le duele la cabeza y  
286 viene a consultar hora, pero le dicen que hay hora para tres días  
287 más, ¿usted que hace para aliviar su dolor?

288 R "Me aguanto, porque yo sé que no puedo tomar otro remedio,  
289 porque yo estoy cuidando mi salud, y por eso le tengo fe y confianza  
290 al médico, porque los médicos me dijeron que dependía de mí todo,  
291 que me tenía que tomar los remedios como ellos me lo indican, pero  
292 nada de otra cosa."

293 P Que pasa cuando usted acude al médico y este doctor no le  
294 da medicamentos, ¿cual es su percepción hacia el médico?

295 R "El médico es un profesional, siempre va depender de la  
296 situación, si yo necesito los medicamentos me los tomo, pero si no los  
297 necesito, para qué los voy a tomar si el médico dice que no debo  
298 tomar remedio."

299 P ¿Porque cree usted, que le pasó este problema al corazón?

300 R "No tengo idea."

301 P ¿Algún problema personal?

302 R "No de ninguna manera, en la casa no tengo ningún  
303 problema, hay mucha armonía, y eso le decía a los cardiólogos  
304 porque me dio yo no puedo explicármelo y tampoco me di cuenta  
305 cuando medió llegué inconsciente al médico, algo me acuerdo  
306 cuando iba en la ambulancia."

307 P Retomando el tema de la relación con el médico, por ejemplo,  
308 cuando usted viene al médico y al médico ud. le dice ¿sabe doctor  
309 tengo un dolor en x parte del cuerpo, pero le cuenta sus estado  
310 anímico?

311 R "Yo por lo menos cuando tengo problemas los arreglo, en mi  
312 religión, con mi dios, y eso me da mucha armonía y no trabajo hace  
313 10 años, incluso a veces hacía trabajitos, pero ahora no hago nada.  
314 Yo trabajé toda una vida y ahora no hago nada, porque incluso no  
315 puedo agarrar ninguna cosa y eso afecta."

316 P ¿Usted sabe que hay profesionales tratan ese tipo de  
317 problemas?

318 R "Si... Sé..., pero mire yo llegué aquí y los médicos dirán, si ellos  
319 dicen un día mira no te podemos atender más y tengo otra cosa, ahí  
320 tendré que ir a otro lado."

- 321 P ¿Y cuales son ese tipo de profesionales que ven ese tipo de  
322 enfermedades?
- 323 R "No los conozco, no sé a veces hay médicos...yo tampoco voy  
324 a cualquier médico...a cualquier lugar....yo siempre he asistido a la  
325 posta la posta tres."
- 326 P ¿Usted sólo conoce al tipo de médico que cura las  
327 enfermedades del cuerpo, las somáticas, el que le da  
328 medicamentos y el que lo revisa?
- 329 R "Por ejemplo cuando caí a la posta por la enfermedad de la  
330 próstata..."
- 331 P Usted ve siempre médico que sean traumatólogo, cardiólogo,  
332 otorrino u otro, ¿pero a usted nunca lo han derivado a otra clase de  
333 médicos, usted ha oído hablar de los psicólogos, usted sabe en que  
334 consiste el trabajo de los psicólogos?
- 335 R "No, no me gusta...."
- 336 P ¿No le gusta por alguna experiencia propia u otro motivo?
- 337 R "No, no sé que hacen ellos, por información tal vez, incluso una  
338 vez por lo que estaba pasando yo, una vez me dijeron mira hay una  
339 médica muy buena."
- 340 P ¿Pero, nosotros estamos hablando de los psicólogos?
- 341 R "No, no se."
- 342 P ¿Usted sabe lo que hace un psicólogo?
- 343 R "No."
- 344 P Los psicólogos, son esos profesionales que se dedican a  
345 trabajar los conflictos emocionales, más que las enfermedades, ven  
346 el estado anímico y ellos escuchan y ahí hacen juntos un proceso  
347 para ver lo que le está pasando a esa persona y no otorgando  
348 remedios
- 349 R "Así como están hablando yo no he sabido."
- 350 P ¿Pero usted, encuentra que sea necesario este tipo de  
351 Intervención?
- 352 R "Yo pienso que no, amenos para mí no."
- 353 P ¿Porque no es necesario?
- 354 R "Porque yo acudo a la iglesia y ahí tengo la armonía para mí y  
355 mi familia."

356 P ¿Usted sabe que hay personas, que sufren cambios bruscos en  
357 su vida, por ejemplo dejar de trabajar, y que estos cambios afectan  
358 emocionalmente a las personas, y estos aspectos se trabajan en  
359 terapia y no se mejoran necesariamente con remedios?

360 R “Entiendo, porque antes uno hacía lo que quería, podía correr  
361 hacer esto y esto otro, pero ahora no se puede hacer.”

362 P ¿Usted que hace con esos aspectos, cuando viene al médico,  
363 le cuenta?

364 R “No porque uno lo tiene incorporado, asumido, en la misma  
365 casa mi hija o mi señora me dicen que ya no estoy en momentos de  
366 hacer nada y nunca ellas me sacan en cara te voy a servirte o algo  
367 así, incluso muchas veces les digo que soy carga, y ellas me dicen  
368 que no...que no soy carga y eso a mí me deja tranquilo.”

369 P Cambiando de tema, ¿cómo se ha sentido con los  
370 profesionales de la salud aquí en el centro?

371 R “Mire yo no tengo nada que decir, me tratan bien, lo único es  
372 que depende de quién esté ahí porque a veces hay alguien que  
373 contesta bien, pero a veces hay otro señor que responde  
374 regañando....no tengo hora..., pero lo demás esta todo bien.”

375 P ¿Usted como encuentra que tratan a las personas de la  
376 tercera edad?

377 R “Mire, ahora hay consideración para el adulto mayor porque  
378 antes no lo había.”

379 P ¿Que cambiaría, o esperaría del consultorio?

380 R “Para mí, no sé yo encuentro que tengo de todo.”

**ENTREVISTA 3**

NOMBRE : CARLOS  
EDAD : 72 AÑOS  
ESTADO CIVIL : SEPARADO

381 P ¿Desde cuándo que se atiende aquí en el consultorio?

382 R "Desde hace dos años mas menos."

383 P ¿Desde cuando ha vivido en este sector?

384 R "Siempre, vivo por ahí en el lingue, desde afines del 56."

385 P ¿Don Carlos, que percepción tiene usted acerca de la  
386 atención acá en el consultorio?

387 R "Buena, yo la encuentro excelente, siempre que me he  
388 atendido aquí, me han atendido bien, debo tener suerte no sé, pero  
389 siempre bien, en la posta por ejemplo me han atendido bien, yo he  
390 llegado varias veces por distintas cosas, a veces por el mismo resfrío  
391 mío en tiempo de invierno, me ahogaba y me han atendido bien."

392 P ¿Usted es paciente crónico del centro?

393 R "En este momento no."

394 P ¿Usted tiene alguna enfermedad?

395 R "Nada, nada, la enfermedad que se presenta en tiempo de  
396 invierno, los resfríos, esas cosas nomás."

397 P ¿Que piensa acerca de los profesionales y de los médicos que  
398 atienden acá?

399 R "Bien, por lo menos me atiendo con un doctor y no tengo  
400 ningún problema es excelente y también me han atendido en la  
401 posta y ningún problema, nada de quejarme, siempre he tenido  
402 buena atención, las veces que me han atendido aquí bien".

403 P La relación y el trato ¿como lo encuentra?

404 R "Bueno".

405 P ¿Algún percance?

406 R "No ninguno, yo me levanto temprano, saco la hora temprano,  
407 no alego con nadie."

408 P ¿Usted ha oído hablar algo acerca del tema de la  
409 automedicación?

410 R "No, porque aquí llego, me atiendo y me voy."

411 P ¿Usted, no tiene ningún conocimiento de lo que es la  
412 automedicación?

413 R "No, nada."

414 P Yo le voy a explicar en términos simple, la automedicación a  
415 grandes rasgos quiere decir que personas, al momento de padecer  
416 algún tipo de malestar o dolencia física, ellos en vez de acudir al  
417 médico van a una farmacia o alguien se recomienda algo y se lo  
418 aplica

419 R "Ahhhhjjjj, sí si le entiendo ."

420 P ¿Usted ha oído hablar de esto?

421 R "Sí, pero muy poca gente."

422 P ¿Y a usted que le parece este tema de la automedicación?

423 R "No me gusta, uno nunca sabe a mí muchas veces me han  
424 ofrecido mira toma esto, pero yo les digo que no, primero voy al  
425 médico, que vea el especialista, que me diga tomes esto, me  
426 entiende, no me gusta no soy de esa opinión."

427 P ¿Porque no es de esa opinión?

428 R "Porque pienso que si alguien le ha hecho bien, a mí no me  
429 puede hacer bien, porque uno nunca sabe lo que tiene,  
430 aparentemente las enfermedades son iguales, pero no es lo mismo,  
431 por ejemplo yo tuve un problema con una bronquitis terrible que me  
432 dio el año pasado, me dijeron toma esto o este otro, no dije voy al  
433 médico y mejoré bien porque vine al médico."

434 P Por ejemplo usted dice que el año pasado tuvo una bronquitis  
435 y le dieron remedio, ¿usted entendía cómo eran y para qué eran  
436 esos remedios?

437 R "Sí por supuesto, después me hice un chequeo, fui a la posta  
438 central, porque me sentí mal una noche y ahí me mandaron al  
439 hospital del tórax, porque la doctora de la posta me encontró mal en  
440 el pulmón y se equivocó, porque no me encontraron nada, allá me  
441 dijeron que tenía una bronquitis grande, pero nada al pulmón, me  
442 dieron remedio hasta el día de hoy bien."

443 P ¿Cómo es su relación con la medicación que le dio el doctor?

444 R "buena."

- 445 P ¿Cómo lo puede explicar usted?  
446 R "Me dio amoxicilina, me dio también un inhalador."
- 447 P ¿Por cuánto tiempo se la dio?  
448 R "Me parece por 14 días."
- 449 P ¿Usted cómo siguió ese tratamiento que le dio el doctor?  
450 R "Cómo me dio una en la mañana y otra en la tarde, dos veces  
451 al día, es decir cada 12 horas una pastilla de esa."
- 452 P ¿Usted cómo reaccionó ante eso, ante la medicación?, mire  
453 para ser más concreto ¿usted se tomó los remedios por los 12 días y a  
454 la hora que el doctor le indicó?  
455 R "Sí por supuesto."
- 456 P OH, ¡por ejemplo a los 3 días, cuando se sintió bien los dejó  
457 R "No, yo los terminé todo, todo."
- 458 P Por ejemplo ante otra situación ¿usted hace lo mismo?  
459 R "No, voy al médico otra vez."
- 460 P Sí por ejemplo, usted va al médico y usted ¿sigue el  
461 tratamiento como corresponde?  
462 R "Sí por supuesto, entonces ¡a qué voy al médico!, yo cumplo el  
463 tratamiento que dan."
- 464 P Don Carlos, usted sigue los tratamientos, pero dentro de su  
465 núcleo familiar, ¿cómo funciona?  
466 R "El mismo sistema."
- 467 P ¿Porqué es así don Carlos?  
468 R "Porque me gusta ser ordenado y cada cosa en su lugar,  
469 porque yo no puedo darle remedios a un familiar mío que a mí me  
470 hizo bien y a ella no le puede hacer bien, cada uno está enfermo, al  
471 médico y que el médico determine lo que tiene."
- 472 P En este caso, ¿cuál es su percepción hacia el médico?  
473 R "Antes me atendía con un médico particular y ahora acá, y es  
474 lo mismo no tengo ningún problema, no tengo problemas con  
nadie."
- 475 P ¿Cuál es su percepción hacia el médico?

476 R "Bien, positiva, hay confianza yo le tengo confianza al médico."

477 P Don Carlos, usted me nos dice que no se automedica, cierto,  
478 pero ¿que hace usted cuando le duele algo y no encuentra hora al  
479 médico?

480 R "Me aguanto unos días, si no se me pasara en unos dos o tres  
481 días vengo al médico y no consumo nada por cuenta propia, lo  
482 único es que dejé de trabajar y me enfermé de los nervios."

483 P Usted don Carlos ¿ha oído hablar de los psicólogos?

484 R "Sí..."

485 P Y que papel cree usted que cumple un psicólogo

486 R "Mire yo me vi, me atendí un tiempo con un neurólogo."

487 P ¿Usted conoce la faena del psicólogo?

488 R "No."

489 P ¿Usted sabe en que puede intervenir en las personas un  
490 psicólogo?

491 R "No, no tengo idea, he escuchado comentarios."

492 P Que tipo de comentarios

493 R "Que hacen preguntas, que me hicieron esto, esto otro, por  
494 ejemplo hay personas que se han separado, que han peleado  
495 matrimonios por ejemplo, dicen que fueron le han dado unas charlas  
496 y se han arreglado fijense."

497 P ¿Usted nunca ha tenido un problema grave?

498 R "No, yo me separe y me separe, por otros motivos, yo me  
499 enfermé ahora de los nervios hace dos o tres años me jubilé, dejé de  
500 trabajar, yo tenía metro bus, me entretenía todo el día trabajando  
501 como chofer, estaba bien."

502 P Usted dice que ahora último se ha enfermado de los nervios  
503 ¿cómo se podría entender?

504 R "En el año 2001 tuve que vender las máquinas, porque se  
505 terminaron las licitaciones, después vendí un auto que tenía, me  
506 quedé sin vehículo varios meses y me daba vueltas toso el día sin  
507 tener nada que hacer, ahora tengo un vehículo nuevo y lo metí a  
508 trabajar en la gerencia del lomitón, tengo un sobrino que es gerente  
509 de ahí, y ahí tuve como un año pero también se terminó esa pega,  
510 pero hasta ahí estaba feliz, ahora cuando me aburro salgo a dar una

511 vuelta a cualquier parte, por si sale alguien para que le haga un  
512 favor, por ejemplo ahora voy ayudar a un amigo a dejar unas mesas  
513 por ahí."

514 P ¿A qué se debe ese problema a los nervios, que dice que  
515 tiene?

516 R "Mire yo trabajé toda una vida trabajé, en un trabajo que  
517 demandaba muchas horas, entonces ahí me entretenía, ya cuando  
518 me llegó esa tranquilidad, eso de no acostarme tan temprano o de  
519 levantarme ¡tarde!, yo no puedo, porque estoy acostumbrado a  
520 toda una vida a levantarme tres o cuatro de la mañana, muchas  
521 veces trabajé de noche, muchos años por los viajes fuera de  
522 santiago."

523 P ¿Para los nervios le han dado algún tipo de medicamento?

524 R "Sí, incluso vengo de eso, estoy tomando remedios."

525 P ¿El médico que lo atiende, nunca lo ha derivado a otro  
526 especialista?, ¿el le indica esos medicamentos?

527 R "Cuando me vio el neurólogo me dijo: usted está bien  
528 afectado, así que va tomar de por vida, sedat? 7,0 y en la mañana  
529 me daba antelín y en la noche la otra y con eso andaba con un  
530 relámpago ningún problema, ahora mismo estoy tomando remedios  
531 en la noche y otra en la mañana y con eso ando, como bien, ando  
532 tranquilo y por eso vengo cada treinta días a buscar las pastillas  
533 para los nervios, me dicen ¿cómo está? yo le digo bien doctor  
534 ningún problema, tome ahí está su remedio."

535 P ¿Usted le contado al doctor aqué se debe su problema de los  
536 nervios?, ¿le ha conversado al respecto?

537 R "No, no le dicho."

538 P ¿Por qué no se ha conversado ese tema?, ¿cree que para  
539 usted, sería importante saberlo?

540 R "¿Saber de donde radica?, por que yo siempre le hecho la  
541 culpa al movimiento, ha movilizarme, andar ocupado todo el día,  
542 entonces yo digo que puede ser eso, porque hay gente que se  
543 acostumbrado de hacer algo todo el día, yo no, yo dejé de hacer  
544 algo que hacía todo el día, entonces me encontré desocupado,  
545 ahora me levanto en la mañana y luego salgo a la calle a puro dar  
546 vueltas."

547 P ¿A eso le atribuye usted, sus problemas a los nervios?

548 R "Claro."

549 P Pero ¿cómo lo manifiesta a través de síntomas?, ¿que es lo  
550 que encuentra extraño, que le trae problemas a los nervios?

551 R "Siento una ansiedad, una desesperación, salgo a la calle,  
552 entro a la casa."

553 P ¿Y cómo duerme en la noche?

554 R "Me tomo la pastilla, veo las noticias y de ahí duermo."

555 P Usted cuándo vino al médico cuando se sentía mal ¿Qué fue  
556 lo que le comentó al doctor, para que le recetara esos  
557 medicamentos?

558 R "Esto mismo que le estoy contando, me dijo toma esto, porque  
559 con esto vas a estar bien."

560 P ¿Entonces usted todo los meses viene a buscar los mismos  
561 remedios?

562 R "Todos los meses, incluso hay día que ando bien o hago  
563 cualquier cosa que andaba haciendo y no me tomo la pastilla y  
564 duermo perfectamente bien, por eso pasan más de treinta días que  
565 no vengo porque me van quedando pastillas, y pasan los treinta días  
566 y estoy bien, las tomo por obligación, cuando tengo que hacer o  
567 estoy ocupado todo el día no tomo pastilla, porque llego a la casa  
568 medio cansado, me acuesto y duermo tranquilamente si ese es el  
569 problema, pero cuando no tengo nada que hacer, uf, me aburro  
570 eternamente y el día se me hace largo."

571 P ¿Es algo que le afecta a usted?

572 R "Me afecta, es lo que más me afecta, hoy he andado todo el  
573 día ocupada, acompañe a una amiga, me levante a las 5: 00 de la  
574 mañana salí vine a pedir hora, he estado ocupado."

**ENTREVISTA 4**

NOMBRE : ANGELA  
EDAD : 67 AÑOS  
ESTADO CIVIL : CASADA

575 P ¿Desde cuándo se atiende en el centro?

576 R "Hace más de treinta años, en primera instancia fueron unos 15  
577 años, pero después por el trabajo de mi esposo tuvo que cambiarse  
578 a Isapre, así que atendí en varios centros médicos, pero después  
579 jubilé y tuve que volver acá, hace 15 años."

580 P ¿Cuál es su percepción hacia el centro de salud?

581 R "Yo, no puedo ser una mala agradecida, yo lo encuentro  
582 bueno, porque cada vez que venido he tenido buena acogida."

583 P Sí, buena percepción, y el trato ¿cómo encuentra usted, que  
584 se trata al adulto mayor?

585 R "Bueno."

586 P ¿Ha tenido las respuestas que usted necesitaba?

587 R "Sí, con todos, con el doctor, con la enfermera, yo encuentro  
588 para los recursos que siempre hay para estas partes que son más  
589 bajas, o sea nivel socio económico más bajo, es bueno, incluso los  
590 remedios me lo dan, incluso le confieso, que en la Isapre atienden  
591 bien, pero los remedios son super caro y siempre a uno le dan  
592 remedios buenos, pero carísimos."

593 P Tomando ese tema ¿ha oído hablar acerca de la  
594 automedicación?

595 R "Sí."

596 P ¿Qué opina de ello?

597 R "No es muy bueno, pero yo le he hecho."

598 P ¿Qué entiende usted por automedicación?

599 R Es tomarse remedios que a uno no le ha dado el doctor."

600 P ¿Usted ha tendido experiencia con ello?

601 R "Lo que pasa es que yo he sido poco cuidadosa sí, porque si  
602 yo tomo remedios mire, tomo remedios desde jovencita, porque el  
603 primer grave que tuve ahí empecé a tomar la lioterina, esto, esto

604 otro, fueron años más de cuarenta años y entonces como a uno la  
605 experiencia le va enseñando que remedios realmente le hacen bien  
606 y otros que no le hacen tan bien, entonces uno a veces toma, me  
607 han retado sí, pero fijese que yo nunca he tomado remedios que me  
608 han hecho mal."

609 P Pero de acuerdo a su experiencia, como usted dice, cuando  
610 le viene algún tipo de enfermedad no acude al médico sí a la  
611 farmacia, toma los remedios y se lo administra, ¿es cierto eso?

612 R "Claro."

613 P Y estos remedios por ¿cuánto tiempo se lo administra?

614 R "Hasta cuando me siento bien, excepto los antibióticos que a  
615 mí me vieron que tenía esta enfermedad, de los bronquios la doctora  
616 me dijo que iba a tomar de por vida antibióticos, porque no tiene  
617 mejoría, sólo tratamiento, que pasa claro, cuando yo he visto me  
618 siento mal y mi hijo sabe, aunque no es doctor, si me siento muy  
619 ahogada y ve el eso, me los compra no mas, pero después yo vengo  
620 al médico y le digo que estoy tomando esos remedios y el me sigue  
621 dando y me mejoro."

622 P Entiendo que es una enfermedad bastante complicada, pero  
623 me gustaría llevarla a otro tipo ejemplo, padece un dolor estomacal,  
624 el médico le da pastillas por cinco días y cada ocho horas y a los dos  
625 días se le termina el malestar estomacal, ¿cómo usted reacciona al  
626 tratamiento?

627 R "Según lo que el doctor me diga, él me dice si se siente bien lo  
628 deja; si no lo sigue tomando por cinco días porque el doctor me dijo,  
629 porque si el doctor me dice por cinco días, yo sigo aunque me sienta  
630 bien."

631 P ¿Sigue la secuencia?

632 R "Sí, porque se que es un proceso, porque a mí me han hecho  
633 muchos exámenes, he tenido muchas operaciones, he tenido  
634 muchos problemas, mire yo soy muy nerviosa, pero yo digo que es  
635 porque yo he tenido muchos problemas en la tiroides, a debido de  
636 eso me han operado varias veces, como le digo he tomado muchos  
637 remedios, lo que sí me dijo una vez un doctor de que yo tenía la piel  
638 mala, porque yo he tomado muchos antibióticos y es verdad."

639 P ¿Qué opinión tiene acerca de los doctores que no dan  
640 remedios?

641 R "Por lo general a mí siempre me dan remedios, parece que los  
642 convenzo, incluso yo soy tan nerviosa, mi doctor de ginecología me

643 daba remedios para los nervios, pero fíjense siempre me han dado  
644 remedios."

645 P Si un doctor no le hubiese dado ¿qué opinión tendría usted,  
646 acerca de ese doctor?

647 R "No se, que pensaría, alo mejor no lo necesito, no se."

648 P Se quedaría conforme o ¿acudiría a otro médico?

649 R "Yo creo que sí, yo creo que sí."

650 P ¿En busca de un medicamento?

651 R "Sí."

652 P ¿No encuentra usted que está media medicalizada?

653 R "Sí, es verdad, a mí todos me dicen algo."

654 P ¿Pero va al médico a buscar medicamento?

655 R "Claro, porque me siento mal, pero yo he eliminado muchos  
656 medicamentos, los remedios para los nervios los dejé de tomar, pero  
657 ahora mi doctor me dio alprozalam y ese día que me caí yo estoy  
658 segura que fue el alprozalam que me tome, porque yo me sentía  
659 bien, super bien, pero no me explico cómo me caí, me di un golpe  
660 tan tonto, no tuve reacción, parece que estaba mareada por el  
661 mismo remedio, mi mismo hijo me dijo ¡mamá, ese remedio te hizo  
662 mal, debiste tomártelo en la noche! Y yo hice mal porque me lo  
663 tomé en la mañana, pero tomé la mitadita para andar tranquila,  
664 cómo la doctora me dijo va andar tiki-taca, y yo como soy tan  
665 nerviosa, estaba feliz hice todas mis cosas y salimos a comprar y  
666 plop, se me fueron las piernas."

667 P ¿Por qué dice usted que es muy nerviosa?, ¿Qué podemos  
668 entender de eso?

669 R "Sí, soy nerviosa."

670 P ¿Cómo lo puede demostrar que es nerviosa?

671 R "Sé que siempre quiero hacer las cosas estoy preocupada,  
672 incluso ahora mire, llegué más de una hora de antes."

673 P ¿Quiere decir que es un poco ansiosa?

674 R "Ansiosa, sí."

675 P ¿Según usted a qué se debe esa ansiedad?

676 R "Yo le hecho la culpa por mis problemas de enfermedad,  
677 porque el otro día le pregunté al doctor cómo estaba y el me dijo

678 que estaba a punto de volverme, así que tenía que cuidarme con  
679 los remedios y todo y podría volverme."

680 P ¿Eso la tiene nerviosa o ansiosa?

681 R "No, porque no me preocupo por eso, si me viene otra vez la  
682 enfermedad, porque digo, bueno me harán tratamiento otra vez, ya  
683 no me preocupa, a mí lo que me preocupa y pone nerviosa y me da  
684 mucho miedo es quedarme inválida, me asusto de eso, de quedar  
685 así."

686 P ¿Usted le dice al médico de su estado anímico?, él está al  
687 tanto de si está nerviosa, le comenta esto al médico o ¿sólo ve el su  
688 estado físico?

689 R "Ahora le dije al doctor, que estaba muy nerviosa y me dio  
690 remedio y yo me sentí bien, pero eso de explicarle al doctor, a uno  
691 no le da el tiempo, de repente un poquito, pero."

692 P ¿Usted cree que sea necesario?

693 R "Yo creo que sí, porque en otro lugar, hay doctores le dan más  
694 tiempo a uno, yo conozco un gastrólogo que conversamos de todo  
695 incluso de las vacaciones, pero aquí no tanto porque siempre ellos  
696 están con una hora restringida, ¿cómo que hace falta eso, que a  
697 uno le den esa confianza que dice usted?"

698 P ¿Usted que sea necesario que aparte de la atención médica,  
699 sea necesaria la atención psicológica para algunos tipos de  
700 pacientes?

701 R "Sí y bucha que haría falta, porque cómo está el mundo  
702 ahora uno lo necesita y para toda la familia, usted sabe que ha  
703 cambiado tanto el mundo, nosotros nos criamos de otra forma y  
704 ahora tanta tecnología, mi hija tiene problema con su hijo porque se  
705 le pega al computado y uno no sabe que hacer."

706 P Como podemos ver en una enfermedad influyen múltiples  
707 factores, no tan sólo los dolores físicos, hay otros tipos de  
708 padecimiento como los emocionales, entonces ¿usted cree que sea  
709 apropiado de una red de profesionales para atender a una  
710 persona?

711 R "Sí hace mucha falta, porque cuando se llega a esta edad  
712 todo afecta el doble."

**ENTREVISTA 5**

NOMBRE : ORLANDO  
EDAD : 72 AÑOS  
ESTADO CIVIL : CASADO

713 P ¿Qué opina acerca de la atención médica?

714 R "La opinión mía es que es favorable el control de la  
715 enfermeras, el de la nutricionista hasta por ahí no más, porque uno  
716 sabe lo que tiene o lo que no debe comer, pero lo que encuentro  
717 que es muy a lo lejos es encontrar hora con el médico."

718 P ¿Cómo encuentra la atención médica?

719 R "El médico me atiende bien, bien porque me hace las  
720 preguntas correspondientes y por lo menos se ve que el médico  
721 tiene preocupación por uno, porque pregunta los medicamentos  
722 que está tomando y el cuidado que uno lleva y el entonces  
723 recomienda al respecto, en ese sentido el médico le ayuda a uno  
724 cómo debe cuidarse."

725 P ¿Cómo se toma los remedios en su casa?

726 R "El médico me dice que debo tomar, en ayuna la aspirina, 20  
727 minutos después la otra y en la noche antes de acostarme."

728 P ¿Cómo encuentra la atención y el trato que se le da al  
729 adulto mayor en el consultorio?

730 R "Muy buena, la atención es buena, aquí los médicos no son  
731 prepotentes e indiferentes, es muy buena la atención."

732 P ¿Se le ha presentado algún problema?

733 R "Problema no, y aparte de eso yo soy un poquito dejado de  
734 venir al médico y cómo me atienden en otro lado en donde ven  
735 exclusivamente a diabéticos."

736 P ¿Qué hace usted, cuando se enferma y no hay hora  
737 médica?

738 R "Llamo antes de las 8:00, como me ha pasado, llamo  
739 temprano y al día siguiente tengo hora médica acá, en ese  
740 sentido encuentro que hay buena respuesta acá."

741 P ¿Usted ha oído hablar de la automedicación?

742 R "No mucho, pero sí estoy conciente que eso no se debe  
743 hacer."

744 P ¿Qué entiende usted por automedicación?

745 R "De que yo mañana o pasado siento un malestar o cualquier  
746 problema y cualquier persona me dice mire tome este remedio  
747 porque a mí me ha hecho bien, ¿pero a usted se lo recetó el  
748 médico?, le digo yo; ¡no me dicen!, ah, entonces yo no puedo  
749 tomar eso."

750 P ¿Qué hace usted, cuando tiene una dolencia y no  
751 encuentra hora al médico?

752 R "Yo deduzco que el dolor puede venir de lo mismo que yo  
753 sufro, como el dolor de cabeza por ejemplo."

754 P ¿Usted toma algo al respecto?

755 R "El mismo remedio que el doctor me receta."

756 P ¿Qué piensa usted de las personas que se automedican?

757 R "Lo que yo pienso es que esas personas a futuro más de un  
758 problemas van a tener, porque dentro de lo que vive uno ve  
759 cosas, yo conocí a una amiga que me decía que tomara  
760 remedios que le han hecho bien a ella y le decía que ¡no!, pero  
761 esta señora tomaba uno que otro remedio y no se lo recetaba el  
762 doctor; al final un día me llamó y me dice que tenía un problema  
763 y resulta que fue al doctor y le encontraron un cáncer hepático y  
764 yo me imagino que ha sido la sobredosis de remedios que ella  
765 tomaba."

766 P ¿Por qué cree que esta persona se automedicaba y no  
767 acudía al médico?

768 R "Una, era porque no estaba afiliada a ninguna institución  
769 donde ella podría acudir, no tenía acceso e ignoro otra condición  
770 yo creo que no tenía las condiciones de ir al médico, sacar un  
771 bono, ni tampoco se conseguía la tarjeta de gratuidad, entonces  
772 le salía más fácil ir a la farmacia comprar un remedio y tomárselo."

773 P ¿Usted a acudido a la automedicación en alguna  
774 oportunidad?

775 R "No, yo no tomo ningún remedio, ni tampoco dejo que mi  
776 señora tome, ni le permito tampoco a mis hijos y a mis nueras  
777 que den remedios a los niños sin que se los haya recetado el  
778 doctor."

779 P ¿Cuándo le da remedios el doctor, entiende la indicación?

780 R "Sí, yo sigo todo al pie de la letra, como se dice, por ejemplo  
781 cuando anduve con dolores a los huesos me vio una doctora, y  
782 ella me mandó a que me colocaran una inyección que era un  
783 componente llamado diclofenaco, entonces yo cuando tengo  
784 demasiados dolores a la rodilla yo toma diclofenaco, los tomo  
785 porque a mí me recetaron y no me va ser mal, eso me lo tomo."

786 P ¿Qué piensa cuando tiene que tomar varios medicamentos  
787 a la vez?

788 R “Bueno, yo los tengo que tomar, yo digo ya estoy tomando  
789 cuatro medicamentos diarios y al agregar uno o dos más eso  
790 también me puede estar haciendo mal, porque ya es demasiados  
791 medicamentos.”

792 P ¿Usted se lo comunica al médico, que está tomando varios  
793 medicamentos?

794 R “Lo que pasa es que yo una vez tuve un problema lumbar y  
795 solicité hora en el hospital del trabajador y allá también le  
796 preguntan a uno los remedios que está tomando, entonces el  
797 doctor me dijo que para el problema lumbar va tomar este  
798 remedio, entonces yo saco la conclusión que si yo les digo los  
799 medicamentos que estoy tomando y más encima me recetan  
800 uno más, me imagino que no me puede hacer mal, porque me lo  
801 está recetado el doctor.”

802 P ¿En este sentido hay como una confianza hacia el médico?

803 R “Claro por supuesto hay confianza, hay como una fe hacia  
804 el médico.”

805 P Usted dice que en esa oportunidad le recetaron un  
806 medicamento para el dolor lumbar, pero al tiempo le vuelve ese  
807 dolor; ¿que hace al respecto?

808 R “Yo repito el medicamento y el tratamiento porque sé que  
809 me lo recetaron.”

810 P ¿Y eso es automedicarse?

811 R “Me imagino que no, porque el doctor esa vez me lo recetó,  
812 me imagino que no me va ser mal, y si después yo sufro esa misma  
813 dolencia y sé que ese remedio me va ser bien, para qué voy a ir al  
814 médico y pagar una consulta.”

815 P ¿Usted cree que sea posible una educación con los  
816 medicamentos?

817 R “Yo considero que sí, uno va tomar medicamentos que el  
818 doctor ya ha recetado, entonces uno ya está conciente que no  
819 va afectar en lo absoluto, entonces uno lo repite en cualquier  
820 momento que le venga ese dolor, ahora si viene una persona y  
821 me dice que ese remedio que me recetó el doctor no da  
822 resultado y que mejor tome otro que según ella es bastante  
823 bueno, yo no lo tomo.”

824 P ¿Usted se lleva por lo que le prescribe el médico?

825 R “Exactamente, ahora yo siempre les digo a las personas, si

826 ustedes van al médico y este les da un remedio, muchas dicen  
827 que en un principio toman el remedio, pero cuando se sienten  
828 bien los dejan, yo les digo ¿a qué van al médico?, si no van hacer  
829 lo que el médico dice, ahí también hay un sentido de  
830 responsabilidad."

831 P ¿Qué opinión tiene de los doctores que no dan receta a los  
832 pacientes cuando acuden a la consulta por una dolencia o  
833 malestar físico?

834 R "Ahí yo me hago mala imagen del médico, porque si yo voy  
835 al médico es para que él me diga que es lo que tengo en ese  
836 momento, y si no me da receta, remedio, entonces ¿cómo me  
837 voy a mejorar y a qué voy al médico?"

838 P ¿Si el médico dice que no es necesario dar medicamentos  
839 en esos momentos?

840 R "Bueno, yo confío ciegamente en él, lo que él me dice, si me  
841 dice que no es necesario tomar medicamentos, así será, pero yo  
842 no voy a decir: ¡cómo no me va dar medicamentos!, si en esos  
843 momentos yo siento tal cosa, en ese sentido yo no puedo  
844 hacerme una mala imagen del médico, si él me dice que no es  
845 necesario, no es necesario y eso es todo."

846 P ¿Cómo encuentra usted que es la atención en el  
847 consultorio?

848 R "Excelente, muy buena, a veces me molestaba porque me  
849 daban hora para enfermera y me decían después que me van a  
850 tener que cambiar la hora porque no hay enfermera, pero, me  
851 dan la hora y me voy tranquilo, pero la atención es buena."

852 P ¿Qué expectativas tiene hacia el consultorio?

853 R "En primer lugar yo cuando me inscribí en la asociación para  
854 diabéticos de Chile, fue justamente porque aquí el médico lo  
855 atendía muy lejano a uno, en cambio allá cada tres meses lo  
856 citan y le dan la orden para examen, para ver como está  
857 funcionando los riñones por ejemplo, allá artiro me mandaron y  
858 aquí nunca me han mandado, me mandaron también hacerme  
859 un congulo al ojo, y aquí jamás han dicho, ¿mire lo vamos a  
860 mandar al oftalmólogo para que le hagan un examen?, eso allá  
861 por lo menos lo logro y esa es la única razón que me inscribí allá,  
862 pero los exámenes por ejemplo ya sea de la enfermera o de la  
863 nutricionista, me los hago aquí."

864 P ¿Qué aspectos cree usted, que falta en el consultorio para  
865 los adultos mayores?

866 R "Aquí deberían hacer unos exámenes más a fondo, no  
867 únicamente enfermera o nutricionista, deberían preocuparse de

868 que uno puede tener algo a la vista mandándolo al oftalmólogo,  
869 por ejemplo yo tengo una hernia y una vez se lo dije al doctor y él  
870 me dijo que tengo que solicitar hora porque eso lo ve un  
871 cardiólogo vascular y uno solicita hora par aun especialista y se la  
872 dan para tarde mal y nunca, entonces la atención debería ser  
873 más óptima, más rápida, incluso yo me vine a controlar por el  
874 problema a la próstata afortunadamente el médico, según su  
875 interpretación, me dijo que estaba bien y me dijeron que tenía  
876 que controlarme eso de todas maneras, pero no hay hora,  
877 siempre dicen lo mismo, y es una lata venir temprano y que le  
878 digan que no hay hora."

879 P ¿Usted cree que los problemas de la automedicación  
880 derive de que no hay hora?

881 R "No creo, porque es de cada uno, porque si yo tengo un  
882 problema y no encuentro hora, hago un tremendo esfuerzo y  
883 busco un médico particular, pero no tomaría cualquier cosa, uno  
885 siempre debe tener seriedad."

**ENTREVISTA 6**

NOMBRE : MIRTA  
EDAD : 65 AÑOS  
ESTADO CIVIL : VIUDA HACE UN AÑO

886 P ¿Qué entiende por automedicación?

887 R "Por automedicación yo entiendo que uno se receta sola y eso  
888 es malo, no se debe hacer, es malo que uno se recete, debe venir al  
889 médico porque a mí me pasó, porque cuando recién llegué aquí  
890 venía mal, yo estaba particular en otro lado, y un día me dolía la  
891 cabeza, era un fuerte dolor de cabeza, entonces voy a un almacén  
892 y le pedí una tableta para el dolor de cabeza, el caballero me dijo  
893 que me tomara dos anacin y después en la tarde cuando llegó mi  
894 hijo de la universidad me ve que estaba como jaiva, fue el mismo  
895 día que llegamos a vivir aquí, en ese tiempo no había urgencia en la  
896 noche así que no sabíamos que hacer y entonces mi hijo encontró  
897 una matrona que vivía por aquí cerca y ahí me llevó, y esa señora  
898 me dijo que nunca hiciera eso, porque eso es veneno para usted, y  
899 es desde entonces yo a nadie le hago caso, sólo al médico, nada  
900 más"

901 P ¿Hace cuánto tiempo pasó eso?

902 R "Hace veinte años, hace veinte años que vivo aquí y no me  
903 puedo acostumbrar"

904 P ¿Desde que pasó esa experiencia, usted viene al médico  
905 cuando siente algún padecer?

906 R "Con mi nieta también, la cuido desde que tenía tres días,

907 también yo no le doy nada, sino me lo receta el médico. Mi hijo  
908 también empezó a recetarse porque un amigo le dijo que tomara  
909 esto y esto otro y le hizo bien mal, porque todo no tenemos el mismo  
910 organismo, porque para alguien le puede hacer bien, pero para uno  
911 no, por eso yo le cuente al doctor de lo que me pasó y él me dijo  
912 que no tenía que tomar nada que tuviera relación con el anacin, lo  
913 que me da él no más, eso yo encuentro recetarse uno, lo que otra  
914 persona le dice que tome”

915 P ¿Qué le parece este tema de la automedicación, cuál es su  
916 opinión al respecto?

917 R “Para mí es malo, totalmente malo no puede ser así uno, yo  
918 encuentro que es malo porque me pasó eso y tuve apunto de verme  
919 mal, porque me subió la presión al tope y yo soy de presión baja, así  
920 que por eso digo que es malo”

921 P ¿usted cómo sigue el tratamiento que el doctor le indica cada  
922 vez que asiste al médico?

923 R “Yo me hice un examen para verse los huesos, me lo hice  
924 particular, ahí el doctor me vio y tengo que tomar remedios, tres  
925 meses tengo que tomar ciertos remedios y después de tres meses  
926 dejarlos”

927 P ¿Durante el tiempo que debía tomarse el tratamiento, cómo  
928 siguió ese proceso?

929 R “Me los tomaba cómo me indicaron, me tomaba las vitaminas  
930 antes y después de almuerzo”

931 P ¿Entendía para qué eran los remedios?

932 R "Sí, eran vitaminas para los huesitos, el médico me explicó, hay  
933 una pastilla que le tengo terror, la cual tengo que tomarme una vez  
934 a la semana en ayuna, por tres meses seguidos y después tengo que  
935 dejar tres meses".

936 P ¿Con cuántos medicamentos estaba en ese tiempo?

937 R "Estaba con cuatro medicamentos, más la inyección que era  
938 día por medio y la indicación la seguí por tres meses, ahora no estoy  
939 con remedios, sólo con vitaminas, porque esa tableta la amarga era  
940 la que más me dijo el doctor que me la tomara, porque me dijo que  
941 era muy buena esa tableta".

942 P ¿El médico le explico los horarios?

943 R "Sí me explicó que antes del desayuno tenía que tomarme esa  
944 tableta".

945 P ¿Usted cumple los horarios o se los toma a su manera?

946 R "No, yo los cumplo, cumplo los horarios, porque esa había que  
947 cumplirla, porque había que tomársela en ayuna y tomársela con un  
948 vaso wisquero de agua y tomarse la pastilla y andar no acostarse ni  
949 sentarse, y después tomar un buen desayuno, pero el estómago  
950 retumbaba".

951 P ¿Usted seguía las indicaciones?

952 R "Sí, yo constantemente seguía las indicaciones, incluso yo me  
953 la tomaba y después me ponía hacer el aseo para no estar sentada,  
954 a veces me pasaba de la hora, pero yo sigo al pie de la letra el  
955 tratamiento".

956 P ¿Esta conducta hacia los medicamentos es siempre así o no?

957 R “Sí, yo sigo como me dice el médico, incluso yo cuidé por  
958 muchos años a mi esposo y los medicamentos se los daba tal cual se  
959 lo daba el médico y así soy con toda mi familia”.

960 P ¿Qué hace usted si tiene un malestar y no hay hora médica?

961 R “Si es mucho los días que no encuentro hora, tomo lo que me  
962 han recetado para el dolor que yo siento, porque el mismo médico  
963 me lo explico, si yo sufro mucho de los huesitos”.

964 P ¿Qué hace usted si le duele la cabeza y no tiene hora al  
965 médico que hace ahí?

966 R “En caso de dolor de cabeza, tomo el mismo remedio para los  
967 huesitos, porque con eso se me quita, porque según yo creo, no se,  
968 que el dolor de cabeza viene de los huesitos”.

969 P ¿El médico le indicó que también es para el dolor de cabeza?

970 R “Si, porque él me dijo que cualquier dolor que yo sintiera  
971 tomara ese remedio, incluso aquí también me dieron hibuprofeno,  
972 entonces cuando yo no tengo el remedio que me dio el doctor, es  
973 bien parecido el remedio para los dolores el hibuprofeno, así cuando  
974 no tengo y me duele algo compro hibuprofeno, porque es más fácil  
975 encontrarlo en los negocios”.

976 P ¿Qué opinión tiene acerca de la cantidad de remedios que  
977 debe tomar?

978 R “Yo encuentro que está bueno porque yo me siento bien con  
979 mis dolores de huesos”.

980 P ¿Qué opinión tiene acerca de los doctores que no dan  
981 medicamentos?

982 R “Bueno no necesitaré no mas, bueno nunca me ha pasado en  
983 todo caso”.

984 P ¿Existen para usted médico buenos y médicos malos”

985 R “Sí, el médico malo es aquel que no le achuntó a la  
986 enfermedad que tengo”.

987 P ¿Aquí en el consultorio le ha pasado algo así?

988 R “Yo no puedo decir nada del consultorio porque yo  
989 personalmente no he venido mucho, pero antes cuando traía a mi  
990 marido lo atendían super bien”.

991 P ¿Cuándo a su nieta está enferma de noche que hace usted?

992 R “A mi nieta la atiende desde pequeña aquí, porque sufre de  
993 asma, y cuando le pasa algo por las noches yo le doy la antigua  
994 receta, si no se le pasa vengo a buscar hora”.

995 P ¿Pero usted que hace en esos momentos cuando es de noche  
996 y la niña tiene asma?

997 R “Cuando en la noche se congestiona, yo le aplico el inhalador  
998 que le recetaron aquí y le doy un parasetamol y después cuando  
999 vengo al médico le digo al doctor lo que le doy”.

1000 p ¿Cuál es su opinión hacia el centro de salud?

1001 R “Mi opinión es buena porque yo estuve viniendo por muchos  
1002 años con mi marido y con mi niña cuando estaba más chica y el  
1003 trato de los doctores muy buena y en general bien, sólo una vez una

1004 señorita que no quería recibir a mi esposo porque era terminal, pero  
1005 salió un doctor de ese momento y dijo que al señor lo vamos atender  
1006 aquí eso es lo único que he tenido”.

1007 P ¿Las preguntas que usted hace son aclaradas?

1008 R “Sí, incluso cuando mi esposo falleció yo traje todos los  
1009 remedios y se los pasé al farmacéutico y le dije que habían remedios  
1010 que yo los había comprado y otros que me habían dado aquí y  
1011 como mi esposo había fallecido le dije que para qué los iba a tener  
1012 yo, entonces bien incluso varias vecinas mías no se han quejado”.

1013 P ¿Qué piensa acerca de la comunicación que hay entre los  
1014 médicos y los pacientes?

1015 R “Buena, por lo menos para mí es buena, me han tocado  
1016 buenos médicos”.

1017 P ¿Qué expectativas tiene acerca del consultorio?

1018 R “yo creo que más ambulancias faltan aquí, porque cuando  
1019 tenían que llevar a mi esposo, había que esperar mucho porque no  
1020 había ambulancia, eso creo yo, que sea más expedito”.

**ENTREVISTA 7**

NOMBRE : JUAN

EDAD : 71 AÑOS

ESTADO CIVIL : VIUDO HACE 5 AÑOS

1021 P ¿Usted conoce algo acerca del tema de la automedicación?

1022 R "No, sólo en conversaciones."

1023 P ¿Qué sabe acerca de este tema?

1024 R "Yo no lo encuentro muy aceptable."

1025 P ¿Qué es lo que entiende por automedicación?

1026 R "Es tomar remedios sin receta médica, yo digo que no es  
1027 aceptable, porque nadie sabe lo que uno tiene; si no lo dice el  
1028 docto, y estar tomando remedios porque un amigo dice ¿Mira toma  
1029 esto porque me hizo bien para esto y esto otro? Sin saber lo que  
1030 puede ocasionar a uno, por eso yo no soy partidario de eso."

1031 P ¿Usted conoce alguien que se automedica?

1032 R "Tuve una experiencia con un amigo, pero esto hace varios  
1033 años, y yo no puedo echarle la culpa a la medicina, o porque  
1034 motivo falleció."

1035 P ¿Qué fue lo que pasó con esa persona?

1036 R "Parece que se intoxicó con tanto remedio, porque parece  
1037 que los remedios seguramente, los remedios no eran los que debía  
1038 haber tomado, yo creo que fue así, porque no compró remedios con

1039 receta médica; sino lo que le daban personas por ahí, porque hay  
1040 señoras que se daban de médicos."

1041 P ¿Qué le parece a usted este tema?

1042 R "A mí no me parece bien, lo que me parecería bien, es que si  
1043 le enseñara mejor a la gente, aquí en el consultorio."

1044 P ¿Cómo eso?

1045 R "Que se le enseñara por ejemplo, si uno viene al médico, el  
1046 mismo médico diera una charla y el mismo médico explicara lo que  
1047 se debe o no tomar y no lo que le van a dar en otro lado; si no que  
1048 basarse en lo que ellos estudian. Entonces ellos pueden dar lo que  
1049 uno necesita, yo creo que eso sería, que el mismo doctor hiciera  
1050 charlas o que diga que se debe hacer."

1051 P ¿A usted cómo lo atienden en el consultorio?

1052 R "Yo desde que he estado viniendo al consultorio, porque antes  
1053 venía con mi señora, todo el tiempo fuimos bien atendidos, claro hay  
1054 que madrugar bastante para sacar número, pero mi señora fue  
1055 siempre bien atendida y cuando le daban sus ataques de asma, nos  
1056 llevaban de aquí a la posta central, así que todo el tiempo fuimos  
1057 bien atendidos, no tengo nada que decir."

1058 P ¿Cuándo es atendido por el médico, le da la indicación  
1059 necesaria?

1060 R "Sí, siempre con receta para comprar y especificando a la  
1061 hora de tomarse el remedio, da todo detallado."

1062 P ¿Entonces se de lo que usted habla, de educar al paciente?

1063 R "Para mí sí, porque yo sé que receta comprar, como y cuando  
1064 tomarme el remedio, yo por lo menos sé eso, pero hay personas que  
1065 reciben la receta y la compran, pero no saben para qué es y cómo  
1066 tomárselas."

1067 P ¿Cómo es para cumplir el tratamiento?

1068 R "Mire, yo para los remedios soy riguroso, me los tomo a la hora,  
1069 pero cuando me siento bien dejo de venir al médico, pero cuando  
1070 me recaigo y me siento mal, retomo el tratamiento."

1071 P ¿Cuándo se siente mal toma otros medicamentos?

1072 R "No, porque fuera de lo que yo tengo sufro de úlcera,  
1073 entonces el médico me da ranitidina y un jarabe específico,  
1074 entonces cuando me siento mal y no vengo al médico yo compro  
1075 esas pastillas."

1076 P ¿Qué pastillas compra?

1077 R "La ranitidina 300 o 150 ml."

1078 P ¿Porqué las compró?

1079 R "Porque hay veces que no vengo al médico, aunque a veces  
1080 igual tengo que venir para que el médico me autorice una receta,  
1081 porque no puedo comprar sin receta."

1082 P ¿Porqué motivo no viene al médico cuando se siente mal?

1083 R "Más bien dicho es por dejación por una parte, es dejación y  
1084 lo otro es que a veces tengo que trabajar."

1085 P ¿Cuando tuvo el accidente a la costilla, tomo algún  
1086 medicamento?

1087 R “No nada, ni siquiera me hice friegas y el doctor me dijo que  
1088 tenía que dejármela hasta que sane, sólo debo tomar pastillas.”

1089 P ¿Cuándo los doctores son buenos y cuándo son malos?

1090 R “Para mí el médico que es bueno, es aquel que tiene  
1091 conversación con uno o uno puede conversar con ellos, cuando  
1092 explican, porque no se saca nada con ir a un médico que sea muy  
1093 bueno, que lo mire, que lo revise, que le de una receta y que le  
1094 diga: ¿Mira toma esta receta la compras, te la tomas y vuelves tal  
1095 día? Ahí no se sabe que enfermedad tiene uno, no explica el  
1096 médico, en cambio el médico bueno es aquel que explica que tiene  
1097 uno, porque no sacan nada con ocultar las enfermedades, aunque  
1098 sean muy graves, que sacan con ocultar la enfermedad si al final  
1099 todos estamos propensos a sufrir enfermedades.”

1100 P ¿Qué pasa con aquel doctor que no da remedios?

1101 R “Mire no sé, pero hay médicos que dan remedios cuando se  
1102 necesita y cuando uno no necesita deberían decir por último tome  
1103 ahí tiene una aspira; porque hay médicos que no dan nada.”

1104 P ¿Para usted es importante que el doctor le dé remedios?

1105 R “Se supone que uno se siente mal viene al médico para saber  
1106 que es lo que tiene y qué remedios puede tomar, porque uno no va  
1107 a venir hacer perder el tiempo al doctor y perder el tiempo uno  
1108 mismo.”

1109 P ¿Cuándo ha venido al médico, cuál es la cantidad de  
1110 remedios que el doctor le ha recetado?

1111 R “los esenciales yo creo.”

1112 P ¿Cuántos?

1113 R “De dos clases de remedios, uno para la bronquitis y otro para  
1114 las costillas, una vez me inyectaron y me dieron dos clases de  
1115 pastillas.”

1116 P ¿Cuándo le han dado remedios, usted sabe para que son?

1117 R “Sí, me queda claro para que son los remedios, en ese sentido  
1118 no tengo quejas.”

1119 P ¿En caso de urgencia usted acudiría a la automedicación?

1120 R “Cuando me duele mucho la cabeza yo tomo aspirina.”

1121 P ¿A usted le han explicado lo que produce la aspirina?

1122 R “Lo que yo he estado tomando para el dolor de cabeza es la  
1123 aspirina forte, que dicen que es para el dolor de cabeza, las mismas  
1124 propagandas dicen que es para el dolor de cabeza, que disminuye  
1125 la fiebre y regula la sangre, yo no estoy bien al cabo de eso, pero yo  
1126 las tomo.”

1127 P ¿Cuándo se toma el medicamento siente algún efecto?

1128 R “Sí, siento que hay mejorías, es lo único que tomo, lo otro que  
1129 dicen es que hace bien la dipirona, pero yo no la he tomado, pero la  
1130 aspirina sí la he tomado”

1131 P ¿Qué expectativas tiene hacia el consultorio?

1132 R "Me gustaría que hubieran más especialidades médicas,  
1133 porque para sacarse una radiografía hay que ir al "Paula", porque  
1134 aquí no tienen eso, por ejemplo de urgencia en la noche hay cosas  
1135 que aquí no tienen, porque yo cuando traía a mi señora en la noche  
1136 con ataque de asma, no tenían oxígeno para ponerle, hace falta  
1137 más recursos materiales."

1138 P ¿Acerca de los profesionales algún inconveniente?

1139 R "No ninguna siempre me han atendido bien."

1140 P ¿Qué es para usted un médico?

1141 R "Un médico para mí es una persona que estudia para mejorar  
1142 a las personas y sabe que su profesión es dar buenos remedios y  
1143 congeniar con los enfermos y que de explicaciones de cómo son las  
1144 cosas. Porque no sacamos nada con tener grandes sabios si no  
1145 saben o no quieren dar explicaciones de las cosas, porque si a uno  
1146 no le explican las cosas, mire aquí hay muchas personas, yo creo  
1147 que mucha gente se automedica producto de su ignorancia, por su  
1148 falta de información, yo creo eso. Porque si hubiera más  
1149 comunicación con los médicos, si hubieran cursos que se le hicieran  
1150 a los acompañantes de los enfermos, que le explique en qué  
1151 consiste la enfermedad y como tratar no pasaría eso de la  
1152 automedicación, incluso estaríamos más llano de acudir al  
1153 consultorio o al hospital."

1154 P ¿Cursos de qué por ejemplo?

1155 R "De la comunicación, de la educación que falta de los  
1156 médicos con los pacientes, en relación con los remedios, a todo. En  
1157 primer lugar yo creo que debieran haber personas que eduquen por

1158 ejemplo a como inyectar y que se lleve un registro de eso, para  
1159 saber por cuanto tiempo y cuántas inyecciones se deben aplicar  
1160 porque en la casa hay personas que si quiere se las coloca o las  
1161 deja.”

**ENTREVISTA 8**

NOMBRE : FERNANDO

EDAD : 62 AÑOS

ESTADO CIVIL : CASADO

1162 P ¿Qué ha oído hablar de la automedicación?

1163 R “He oído hablar de la automedicación, porque hay personas  
1164 que creen que por tomar un medicamento x, ellos se van a sanar, no  
1165 siendo adecuado el tratamiento, porque nadie se lo dio, por eso  
1166 mismo antes la ampicilina se vendía sin receta y la gente la tomaba  
1167 para un posible problema de infección y resulta que el mal era peor,  
1168 porque el mal era peor, ya que quedaban inmune a cualquier  
1169 medicamento, por eso cortaron ese asunto, el diazepam lo vendían  
1170 como pan caliente, ahora no se vende si no va con receta.”

1171 P ¿Usted ha tenido alguna experiencia personal con la  
1172 automedicación?

1173 R “No, una porque yo hace 11 años soy diabético y de hecho no  
1174 puedo tomar cualquier remedio, en este momento el único  
1175 medicamento que tomo es el que me da el médico es el oformil de  
1176 850 gr., que ahora último le pusieron levenclamina, que me tomo  
1177 media en la mañana y otra media en la tarde, que me había subido  
1178 un poco el azúcar, pero de ahí no tomo ningún otro medicamento  
1179 que no tenga que ver con mi enfermedad.”

1180 P ¿Cuándo viene al médico, cómo reacciona ante el  
1181 tratamiento?

1182 R "Sin ir mas lejos, la semana pasada, por el hecho de haberme  
1183 tomado medio litro de leche en la mañana y me tomé un yogurt, eso  
1184 me lo tomé a las 8:00 de la mañana y luego me vine a trabajar, pero  
1185 al medio día empecé con un malestar en el estómago, pero me  
1186 dolía del lado izquierdo hacia el derecha, hacia el lado del riñón, ya,  
1187 no le tomé mayor importancia, pensé que era la leche que me  
1188 estaba causando algún efecto y al final no fue así, tuve todo el día  
1189 así y al día siguiente cuando tenía que venir a trabajar, seguía con el  
1190 malestar, le eché la culpa al riñón, ¿algo debe estar pasando ahí?  
1191 dije, porque colitis no tenía, vine al medico a urgencia, claro tenía un  
1192 cólico producto de la leche, que pasa que para los diabéticos, el  
1193 intestino de nosotros tiene una trasformación, porque el páncreas no  
1194 produce una cantidad de enzimas, todo el organismo se nos altera  
1195 en alguna medida, claro tenía un cólico renal, luego me inyectaron  
1196 y a los cinco minutos estaba listo, pero nunca me automedico."

1197 P ¿Cómo es este tema en su familia?

1198 R "En familia no hay nadie más enfermo soy yo nomás?"

1199 P ¿Quiere decir que cada vez que padece un tipo de dolencia  
1200 padece al médico, si el médico le da receta, cómo reacciona ante  
1201 esta receta, ante el tratamiento?

1202 R "Sigo todo el tratamiento, cómo le digo, porque los diabéticos  
1203 somos como una guagua recién nacida, hay que cuidar el asunto,  
1204 porque se nos dispara el azúcar y tenemos problemas de  
1205 hipertensión, tenemos problemas cardiacos, tenemos renales,  
1206 entonces tenemos que mantenernos en tratamiento."

1207 P ¿Cuándo acude al médico usted entiende el tratamiento a  
1208 seguir?

1209 R “Claro, siempre me queda claro, por mi enfermedad con  
1210 mayor razón tengo que seguirme a las reglas del médico.”

1211 P ¿Cómo es atendido el adulto mayor aquí en el consultorio?

1212 R “Yo creo que sí, porque el médico es el que da las  
1213 indicaciones y el da la receta y dice que el medicamento  
1214 generalmente es cada 8 horas, ¿ahora si el paciente no sigue las  
1215 indicaciones?, entiende, pero el médico si da bien las indicaciones y  
1216 eso yo lo escuchado cuando están dando las indicaciones.”

1217 P ¿Cree que sea factible un equipo multidisciplinario en los

1218 centros de salud primaria, que aparte de los problemas físicos, se  
1219 vean problemas emocionales, conductuales o afectivos?

1220 R “Claro, yo creo que debiera haber, yo sé que aquí en el  
1221 consultorio, hay una asistente social, sé también que hay una parte  
1222 de salud mental, donde hay un médico, donde hay enfermeras y  
1223 donde hay psicólogos, que atienden a la gente que tiene problemas  
1224 de esa índole.”

1225 P ¿Usted lo encuentra necesario, que haya este tipo de

1226 profesionales?

1227 R “Claro, yo creo que sí, debiera existir, incluso yo traje un  
1228 muchacho aquí a salud mental, este muchacho tenía problemas de  
1229 drogas, al final se rehabilitó este muchacho, y él se drogaba porque  
1230 la mamá no lo quería, ¡mire!”.

1231 P ¿Son problemas que se pueden ver simples a primera vista,  
1232 pero para la persona son super significativo?

1233 R “Yo me preocupé por el muchacho porque yo lo conocía  
1234 desde chico y lo vi fumando pasta base y conversé con él le dije  
1235 ¿mira, no te gustaría salirte de esta cosa? y conversando con él le  
1236 dije ¡oye porque razón te metiste en esta cosa! Me dijo que la mamá  
1237 no lo entiende, que la mamá no lo quiere y yo lo traje aquí y  
1238 felizmente se recuperó, porque ahora trabaja hace cosas, parece  
1239 que fue buena la intervención acá, o seguramente yo lo pillé en el  
1240 momento que tenía ganas de salirse del asunto, pero sí, creo que es  
1241 necesario este tipo de atenciones, porque no tan solo los jóvenes  
1242 tienen este tipo de problemas, los adultos con mayor razón.”

1243 P ¿usted cree que sea necesario que haya un tipo de  
1244 intervención adecuado para personas que padecen alteraciones  
1245 tanto emocionales, como conductuales o afectivas?

1246 R “Yo creo que sí, que es necesario.”

1247 P ¿Cómo se podría trabajar con estas personas?

1248 R “Hay varias formas, haciéndoles charlas motivándolas para  
1249 hacer una vida mejor, en talleres, llevarlas a manualidades, por  
1250 ejemplo yo conozco centro de adulto mayor en donde los  
1251 caballeros y las señoras hacen cosas menores y les ayuda bastante,  
1252 en donde se sienten útil. Mi señora participa en un centro del adulto  
1253 mayor, incluso ella es menor un año que yo, pero ella igual participa,  
1254 lo que me da cuenta que es un círculo cerrado en donde van  
1255 ellas no más y no invitan a los maridos y yo digo ¿Por qué, no me  
1256 invitan a mí cuando ellas hacen sus cosas o hacen reunión si yo igual  
1257 a veces tengo tiempo? Me dicen que son puras mujeres, ahora yo

1258 no sé si los otros maridos pensarán lo mismo que pienso yo, pero no  
1259 hay una integración, no nos integran a nosotros, porque más de un  
1260 aporte podríamos hacer; sin embargo hay otro centro del adulto  
1261 mayor en el "Parque de las Américas", en donde van hombres y  
1262 mujeres, adultos mayores y hacen cosas, hacen cuadros, incluso hay  
1263 algunos hombres que tejen también y hacen cosas bonitas."

1264 P ¿Por qué cree que hay gente que se automedique?

1266 R "Es porque las personas no tiene una información veraz del  
1267 asunto, hay gente que no tiene o no debe automedicarse y lo  
1268 hacen por falta de información, por ello digo que los psicólogos  
1269 tienen un gran papel por jugar en esa parte."

**ENTREVISTA 9**

NOMBRE : PAMELA

EDAD : 60 AÑOS

ESTADO CIVIL : CASADA

1270 P ¿Cómo es la atención recibida acá en el centro?

1271 R "Buena, hay gente muy buena y simpática".

1272 P ¿Cómo la atiende el médico?

1273 R "Sí, en general bien, hay veces que el médico no está

1274 de buenos ánimos y no me gusta como atiende, hay otros

1275 que ningún problema, al contrario me escuchan y me

1276 atienden bien"

1277 P ¿El médico le explica cómo debe tomarse los

1279 medicamentos?

1280 R "Sí, cómo le dije antes hay algunos que si dan todas las

1281 explicaciones de para qué son los remedios y las cantidades,

1282 por lo general anotan las indicaciones en los sobres de los

1283 remedios".

1284 P ¿Usted cumple el tratamiento indicado?

1285 R "Sí, al pie de la letra, sí para eso vengo al médico y

1286 como no me los voy a tomar si para eso vengo".

1287 P ¿Cómo atienden al adulto mayor?

1288 R "A mí por lo menos bien, mis vecinas no se quejan

1290 siempre hablan bien del consultorio".

1291 P ¿Ha oído hablar de la automedicación?

1292 R “Sí, algunas veces lo hago, cuando me duele la  
1293 cabeza, compro paracetamol, ¡cómo voy a estar con ese  
1294 dolor!, sabe yo tomo muchas hierba, yo soy del sur, usted  
1295 sabe que allá se usa mucho eso, además es algo natural que  
1296 no hace mal para el estómago”.

1297 R “Yo creo que será si uno se toma un remedio que no  
1298 es, puede ser fatal para uno, pero como un paracetamol  
1299 puede ser tan malo”.

**ENTREVISTA 10**

NOMBRE : ISABEL

EDAD : 71 AÑOS

ESTADO CIVIL : VIUDA

1300 P ¿Qué entiende usted por automedicación?

1301 R "Es tomar más remedios, que no se debe tomar".

1302 P ¿Qué es lo que entiende usted por automedicación?

1303 R "Es tomar demasiados remedios".

1304 R "Claro, demasiado remedios, porque mire yo estuve con  
1305 siete remedios, pasó que yo me sentía bien, que es lo que pasa  
1306 yo misma tuve que adaptar para tomar remedios para la  
1307 hipertensión, nada más, y generada lo mismo resultado,  
1308 prácticamente me enfermaba del estómago con tanta cosa,  
1309 porque como soy enferma de la columna más encima me ha  
1310 tomado la cadera, soy enferma de un oído, me van a operar  
1311 del oído, porque según el médico tengo perforado el tímpano  
1312 según el médico son resfriado mal cuidado o un aire muy fuerte  
1313 que me vino".

1314 P ¿Usted con cuánto medicamentos está?

1315 R "Estoy con aracrin, y para el dolor de la cadera y de la  
1316 columna, tomo bicrofenato o me ponen inyección".

1317 P Entonces ¿cuál es su opinión hacia la automedicación?

1318 R "Yo encuentro que está malo demasiado remedio".

- 1319 P ¿Demasiado remedio?
- 1320 R "Yo encuentro que hay remedios que pueden ser bien par  
1321 una cosa, pero mal para otra, como el piroxican o el  
1322 decrofenato, que si toma mucho le hace mal para los riñones"
- 1323 P ¿Cuándo acude al médico, que pasa con la indicación  
1324 medicamentos y como tomárselos?
- 1325 R "Sí, siempre me ha quedado claro".
- 1326 P ¿Cuándo tiene dolor o algún malestar físico que hace?
- 1327 R "Ahí acudo a la pastilla".
- 1328 P ¿Acude a la pastilla?
- 1329 R "Y se me quita"
- 1330 P ¿Por cuánto tiempo se la toma?
- 1331 R "Me tomo una en la mañana y otra por la tarde, me la  
1332 tomo solo por el día ahí ando sus cinco o seis días bien y cuando  
1333 vuelve el dolor vuelvo a tomar, y cuando me colocan la  
1334 inyección, ahí me dura bastante".
- 1335 P ¿Eso, lo que usted hace, a su juicio es automedicación?
- 1336 R "No, pienso si tomara todos los días sería automedicación,  
1337 pero si uno toma sólo cuando está el dolor encuentro que no".
- 1338 P ¿Por qué toma ese remedio?
- 1339 R "Porque es para el dolor, me lo da el doctor, antes me  
1340 daba piroxicam, pero el doctor me dijo que me iba a suprimir el  
1341 piroxicam, porque me va ser mal para el estómago, así que ahí

1342 me empezó a dar hipofrenaco para los dolores”.

1343 P ¿El médico le da remedios cómo sigue el tratamiento?

1345 R “Es difícil que yo venga al médico porque me duele algo,  
1346 cuando me duele la cabeza, me tomo un agua de limón y se me  
1347quita, porque encuentro venir por un dolor de cabeza al médico  
1348 cuando se me sube la presión y después me veo y no era la  
1349 presión pero eso de tomar tanto remedio no me gusta, el cuerpo  
1350 me lo rechaza; ahora tiempo me tuvieron con siete remedios, eso  
1351 era complicado”.

1352 R “Nosotros debemos ser ayudados por los médicos, ellos  
1353 saben de ciencia”.

1354 P ¿Cuál es su percepción ante un médico que da y otro  
1355 que no da remedio?

1356 R “Es como que hay un balance, porque yo no me voy a  
1357 mejorar sólo con lo que le voy a decir o lo que voy a responder,  
1358 tengo que tener un medicamento”.

1359 P ¿Si el doctor no le da medicamentos?

1360 R “Si sigo enferma tendré que cambiar de médico”.

1361 P ¿Usted va al médico en busca de un medicamento?

1362 R “Claro por mi enfermedad si uno está enferma ¿Cómo no  
1363 ser ayudado por la ciencia?”.

1364 P “Todos tenemos problemas y esto altera nuestro estado

1365 anímico ¿Qué piensa acerca de estas enfermedades, cree que  
1366 es tratable por la medicina u otro tipo de especialista?

1367 R "Tengo una opinión, estas cosas van a suceder producto  
1368 del estilo de vida que hay. Aquí mismo se puede pegar un virus y  
1369 ese virus es malo, por lo mismo está la ciencia va hacia delante,  
1370 cada día están descubriendo más enfermedades".

1371 P ¿Volviendo a lo anterior, usted cree que su estado de  
1372 ánimo influye en las enfermedades orgánicas?

1373 R "Sí, si por supuesto".

1374 P ¿usted conoce a los psicólogos?

1375 R "Aquí hay psicólogos, yo casi llevo al psicólogo, pero me  
1376 sentí bien, yo tenía muchos problemas en mi casa, yo me sentía  
1377 mal. Es por el estilo de vida, la plata, la falta de trabajo, en una  
1378 casa hay veces dos o tres personas sin trabajo, que la juventud  
1379 dice a veces ah, yo no estoy ni ahí, no me gusta ese trabajo,  
1380 pero la persona adulta trabaja donde sea".

1381 P ¿Usted cree que sea posible un equipo multidisciplinario,  
1382 donde se vaya derivando de acuerdo al tipo de enfermedad?

1383 R "Sí, incluso yo misma, el médico luego de hacerme unos  
1384 exámenes me va tener que derivar alguna parte porque a veces  
1385 se me olvidan las cosas, y es por el estilo de vida".

1386 P ¿Qué opinión tiene acerca de la atención que se le al  
1387 adulto mayor aquí en el consultorio?

1388 R "Hay contradicción porque hay gente muy buena, pero  
1389 también viene gente de afuera que no es muy buena".

1390 P ¿Los pacientes son escuchados, son orientados cuando  
1391 hacen una pregunta?

1392 R "Claro, pero depende la pregunta de cómo se haga,  
1393 porque si viene acalorado y dice cualquier disparate, entonces  
1394 ya la persona que le responde ya está alterada, ahí es donde se  
1395 forma el problema, hay personas que no espera la explicación  
1396 de la persona; sino que van encima".