



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Escuela de Salud Pública



Maestría en Epidemiología 2009-2011

Tesis Optar al Título de Maestra en Epidemiologia

**AUTOMEDICACION DE LOS ADULTOS MAYORES. CLINICA
NOTRE DAME DE BARRIO VILLADELA. FRANCISCO MORAZAN.
HONDURAS.ENERO A MARZO 2011.**

Autora: MSc. MIRIAM MARGARITA VALLADARES. MD

TUTORA: ALICE PINEDA WITHAKER

MSc.Epidemiologia

MSc. Desarrollo Rural Ecosostenible

OCOTAL NUEVA SEGOVIA, JULIO 2011.

INDICE

Dedicatoria_____	i
Agradecimiento_____	ii
Resumen_____	iii
	PAG
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACIÓN	3
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
V. OBJETIVOS	5
VI. MARCO DE TEORICO	6
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	38
VIII. RESULTADOS	44
IX. DISCUSION DE RESULTADOS	48
X. CONCLUSIONES	51
XI. RECOMENDACIONES	52
XII. BIBLIOGRAFIA	53
XIII. ANEXOS	56
GUIA DE REVISION DE DOCUMENTOS	

DEDICATORIA.

A Dios creador del universo quien me ha bendecido siendo mi fuente de inspiración.

A mis padres y en especial a mi Madre Bertha Luvinda que a pesar de estar muy delicada de salud siempre me da fortaleza para seguir adelante en todos los proyectos que emprendo y que Dios me la siga prestando por muchos años más.

A mi Tía Margarita porque siempre me ha apoyado y a mía abuela Margarita que estaría orgullosa de verme alcanzado mis logros académicos

A mis hijos Gerardo, Marcelo y a mi esposo por ser un bastión importante en mis estudio, y a cada uno de los miembros de mi familia.

En especial a una buena amiga Dolores Barahona que me ha brindado su apoyo gracias Doña Loli como cariñosamente le decimos

AGRADECIMIENTO

A DIOS el cual me fortalece para seguir adelante.

A Nicaragua: Por habernos dado la oportunidad de realizar la Maestría de Epidemiología y llegar a su culminación.

A mis hijos y esposo: Gerardo Enrique, Marcelo Daniel ,mi esposo Gerardo por su apoyo en la culminación de esta Maestría

A mi familia por su apoyo moral

A mis Maestros del CIES Por cada una de las clases brindadas y su paciencia, enseñanzas brindadas.

A mis compañeros de la Maestría los cuales me supieron recibir y su apoyo moral en los diferentes dificultades.

A mi asesora Msc Alice Pineda por comprender la situación por la que estoy pasando y aceptar ser mi tutora Gracias

RESUMEN

El presente estudio tiene por objetivo determinar el grado de automedicación en los adultos mayores que asisten a la clínica Notre Dame de la Iglesia El Calvario ubicada en el Barrio VillaAdela en el periodo comprendido de Enero a Marzo 2011..

El universo de la investigación comprendió a un total de 62 personas, mayores de 60 años que se atienden de forma ambulatoria en la Clínica Notre Dame,

El estudio fue de tipo Descriptivo Transversal. En el cual se aplicó un instrumento que constó de 59 preguntas dirigidas a los entrevistados.

La investigación arrojó como resultados, que del total de la población encuestada Pertenece al sexo femenino, son apoyados por sus hijos cuando se enferman.

Padecen de otras enfermedades de base que son manejados en centro de salud y hospitales públicos.

Los medicamentos auto medicados con mayor frecuencia es para la gripe y tos, dolor de huesos y músculos.

Dichos medicamentos los obtienen de las pulperías cercanas a sus hogares,

Se auto medican para otras enfermedades aparte de las que ya padecen, comprando medicamentos por su cuenta o recomendados por algún familiar.

La edad la que predomina es 60 a 64 años, con nivel de escolaridad muy bajo ,lo que se asocia con la automedicación.

Por lo tanto el nivel socioeconómico influye en gran medida en el nivel de automedicación y los productos utilizados, por lo económico que les sale,

I.-INTRODUCCIÓN

La automedicación es la utilización de un medicamento por decisión propia sin prescripción facultativa. La automedicación en el adulto mayor constituye un importante problema de salud en la sociedad actual.

Entre los múltiples problemas de salud que afectan al adulto mayor se encuentra la automedicación considerada como un fenómeno habitual que concierne a la práctica médica y médica-geriátrica. Esta peligrosa condición preocupa a las autoridades médicas en el ámbito internacional y es de interés no sólo a nivel científico, sino también familiar y social, ya que sus efectos colaterales o adversos conducen en muchas circunstancias al incremento en hospitalizaciones, complicaciones graves y en ocasiones desafortunadamente a la muerte del adulto mayor. .

La automedicación en la tercera edad abre un gran capítulo en la medicina moderna que merece un cúmulo de consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido y por ende frágil, las que guardan relación con variaciones fisiológicas de los diferentes sistemas, otras que se relacionan con las concepciones psicológicas de esta edad inherentes a la personalidad y conducta propias del anciano, a su dinámica familiar y condiciones socioeconómicas individuales que influyen en las interacciones entre el micro mundo y el macro mundo de él y que pueden modificar las conductas terapéuticas por asumir en una situación específica. La sociedad, el aislamiento, la falta de visión o audición, el problema de la falta de memoria, pobres ingresos económicos y otras serían algunos de estos ejemplos. Crear estrategias para el correcto seguimiento y

atención de este grupo de edad, debe ser una meta a cumplir por el Gobierno de Honduras en lo cual está dando importantes pasos para esta naciente sociedad

Es preciso destacar que el 80% de ellos padece de una o varias enfermedades crónicas no trasmisibles y el 36% puede padecer más de 3 situaciones que hacen imprescindible el uso de fármacos para controlar metabólica o termodinámicamente su trastorno o para lograr analgesia.

Para este estudio fue seleccionada la clínica medica Notre Dame, ubicada en el barrio Villa Adela de Comayagüela, Francisco Morazán, Honduras. Clínica especializada en medicina general, laboratorio, farmacia y con clínica de atención integral al adulto mayor.

II. ANTECEDENTES

Debido a que en nuestro país no existe un control en lo referente al consumo de medicamentos sobre todo en el adulto que aparte de de auto medicarse es multimeditado por varios médicos.

En Honduras no se cuenta con ningún estudio que especifique los efectos indeseables de la automedicación en los adultos mayores y algunos estudios encontrados como base para realizar este trabajo fueron a nivel de Cuba, Chile España y Venezuela que refiere un alto porcentaje de automedicación en este grupo etéreo quienes se auto medican y presentan enfermedades crónicas de base y consumen medicamentos para combatir estas enfermedades.

III.- JUSTIFICACION

Nuestros adultos mayores en Honduras prácticamente están en el olvido no existe a nivel de la Secretaría de Salud área determinadas para su atención en forma personalidad.

Incluso no contamos con personal capacitado para su atención y que se sientan en ambientes agradables para realizar sus consultas.

También cuando se les receta algo nunca hay en la farmacias de nuestros hospitales y por tal razón ellos tienden a auto medicarse.

Los que son jubilados y por lo tanto fueron asegurados de Seguro Social tiene una mejor cobertura en su atención medica, psicológica.

El propósito del estudio es conocer que tan frecuente es la medicación de nuestros adultos mayores, porque lo hacen.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con relación a los aspectos antes planteados se proponen las siguientes preguntas del estudio:

¿Cuál es la situación de la automedicación en los adultos mayores que asisten a la Clínica Medica Notre Dame del Barrio Villa Adela en Comayagüela M.D.C Honduras durante el periodo del Enero a Marzo 2011?

De la pregunta anterior se derivan las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las características socioeconómicas en los adultos mayores?

¿Cuál es el sexo que frecuentemente se auto medica?

¿Cuáles son los medicamentos que preferentemente se utilizan en la automedicación?

¿Cuáles son los lugares donde frecuentemente compran los medicamentos?

¿Cuál son las complicaciones de la automedicación?

V.-OBJETIVOS

General:

Analizar el grado de automedicación en los adultos mayores que se atienden de manera ambulatoria en la Clínica Notre Dame del Barrio Villa Adela M.D.C, Francisco Morazan, Honduras en el periodo Enero a Marzo 2011.

Específicos:

- 1.-Describir las características socio demográficas de los adultos mayores en el estudio
- 2.-Determinar como la automedicación en los adultos mayores es influenciada por el nivel social.
- 3.-Identificar los medicamentos que frecuentemente se usan en la automedicación los adultos mayores.
- 4.-Identificar los establecimientos donde adquieren los medicamentos con que se auto medican.
- 5.-Describir los medios donde obtienen información para la auto medicación de los pacientes en estudio.

VI.-MARCO TEÓRICO

Caracterización general

Automedicación.

La automedicación es una práctica frecuente en el mundo, aunque no se ha insistido en forma suficiente en el papel relevante de los consumidores en la elección y consecuente uso apropiado de los medicamentos. La automedicación en algunas sociedades se ha convertido en un problema de salud pública que tiene relación con el conocimiento inadecuado de la población, la deficiente cobertura, mala calidad de los servicios públicos, sistemas de control para acceder a medicamentos sin prescripción profesional y a la flexibilidad de quienes se encargan de dispensar el medicamento. Las consecuencias de esta práctica son numerosas. El incremento en el riesgo de reacciones adversas, estos efectos negativos se ven aumentados en poblaciones donde es fácil tomar a la automedicación como una vía de tratamiento, como son los adultos mayores. (5).

Son indiscutibles los beneficios terapéuticos que en los últimos tiempos se han logrado con una serie de fármacos realmente activos, pero de los que se abusa con frecuencia y especialmente los adultos mayores, debido a su pluripatología. Parece que los medicamentos que se toman corresponden a estados de salud poco graves (analgésicos, tranquilizantes, laxantes, etc.), o se trata de medicamentos prescritos con anterioridad y repetitivamente por el médico en el tratamiento de procesos crónicos o en evitación de factores de riesgo (p. ej., vasodilatadores).

Al respecto, cuando sitúa a este grupo etario como uno de los más propensos en auto medicarse, “debido a que son mucho más vulnerables a enfermarse, generalmente consumen 2 a 3 veces más medicamentos que el promedio de la población, lo que aumenta el riesgo de sufrir interacciones medicamentosas sin mencionar el deterioro propio de la edad, que produce cambios en el organismo que pueden influir en la absorción, distribución, metabolización y excreción de los medicamentos (6). También se hace alusión a los riesgos de auto medicarse, como enmascaramiento de la enfermedad, agravamiento o prolongación

de ésta, resistencia a los fármacos utilizados o llegar incluso hasta la dependencia”. Sin olvidar que no sólo puede ocurrir al consumir medicamentos, sino también al usar hierbas o

mezclar estos dos tipos, lo que es muy común dentro de la población de estudio.(6).

Polifarmacia o polifarmacoterapia: es cuando un individuo utiliza demasiados medicamentos, o demasiado tiempo demasiadas dosis. En nuestro estudio se consideró polifarmacia cuando se utilizan 4 o más medicamentos porque el término "demasiado" es ambiguo e impreciso

ADULTO MAYOR

Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben de abandonar formalmente su trabajo; esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse. Otra es la que el gobierno determina por ley, una vez se cumplan los requisitos de edad y tiempo de trabajo. Existe también el significado sociocultural que se ve afectado no solo por su proceso evolutivo sino por las circunstancias sociopolíticas del país, del que se puede decir se inicia mucho antes de los 40 años. También un sector de la población asocia al adulto mayor, así no lo sea, como una persona anciana, enferma, limitada, que ya no siente, no piensa, no sueña, no desea y solo espera la muerte. (2)

El anciano está muy relacionado con la libertad y posibilidades de ejercer ese derecho natural, tiene limitaciones propias, individuales y circunstanciales... Sea como sea, es la representación tangible de la primera ley natural:"velar por la propia conservación". La identidad humana y la familia, son términos que las personas reconocen fácilmente como lo idéntico a sí mismas lo más cercano. Los modelos sociales influyen de forma importante y determinan el lugar reservado para los considerados ancianos en esa sociedad. Dependiendo del énfasis que reciban los valores individuales y/o colectivos, así quedará posicionada la misma. Cómo atemperar los grados de libertad dentro de la familia, es sin duda de gran importancia en el día a día de la convivencia y de la felicidad en esa sociedad primera. (6)

Los adultos mayores con enfermedades múltiples deben ser atendidos, siempre que sea posible, por un solo profesional suficientemente capacitado, para que pueda abarcar con la mayor integralidad un organismo que sufre por varias dolencias, muchas de las cuales a veces se alivian o eliminan con un análisis minucioso del problema y sugerencias no

farmacológicas, como su cambio de estilo de vida, variaciones en las concepciones nutricionales o incorporación de actividades físicas o rehabilitadoras que evitan muchas veces la complicidad inconsciente de la polifarmacia. Esta política de fármacos debe volcarse hacia la comunidad y a sus médicos de familia, que son los que con mayor frecuencia atienden a esta población. (7)

Comenzar a vivir, es empezar a navegar hacia el puerto, el destino final. Comenzar a vivir es empezar a envejecer, por lo tanto el envejecimiento, el deterioro, pertenece a todas las edades aunque a la tercera edad le correspondan ciertas características que debemos de aceptar y darles sentido para que no nos lastimen y hagan personas irascibles e intratables. La decadencia física es una de esas características y consiste por lo general, en un "embotellamiento" de los sentidos, en un deterioro de la percepción, en trastornos visuales y auditivos. (8)

Otra característica es la alteración frecuente en la emotividad, que les lleva a no ser dueños de sus sentimientos. Con facilidad se alteran, deprimen y resisten a todo cambio se aferran al pasado y temen el futuro. (8)

A pesar de todo, no debe haber lugar para el pesimismo. Lo bello (la juventud) debe dejar paso a lo sublime (la vejez). Porque sublime es la vida cargada con años de experiencia, de sabiduría y entrega a los demás.(8)

Es que la tercera edad es una etapa más de la vida que nos ofrece gozo, nuevas oportunidades, y se debe vivir conscientemente, sin ajeteos, como una oportunidad para reflexionar sobre lo que se ha hecho o dejado de hacer. ¡Lo que falta por hacer! ¡Lo que falta por corregir! Debe ser un "tiempo luminoso" de coloquios interiores. Tiempo para hablar con uno mismo, con Dios, con los demás. Una etapa de la vida donde se ame la tranquilidad, el reposo, el silencio. Tiempo para huir de los ruidos, conflictos, peligros, y las tensiones. (8).

Sólo con esta actitud se podrá realizar la misión de la tercera edad, que es llenar el vacío entre generaciones, enseñar la verdadera jerarquía de valores, transmitir las buenas costumbres, cultura y la fe. Enriquecer al mundo y a la familia con las propias experiencias, con el consejo, la serenidad y la paz que tanta falta hace. (8)

El General Mc Arthur dejó estos criterios para que cada persona se encasille en el grupo de jóvenes o viejos según se perciba a sí misma: No se es viejo por haber vivido un cierto número de años, se es viejo por abandonar un ideal. Los años arrugan la piel, pero renunciar al ideal, arruga el alma. Las preocupaciones, las dudas, el temor y la desesperanza son los enemigos que lentamente nos hacen curvar hacia la tierra y nos convierten en polvo antes de la muerte. Joven es aquel que se sorprende, se maravilla y pregunta como el niño insaciable: ¿y después? Él desafía los acontecimientos en el juego de la vida". (8)

Usted es tan joven como su fe, tan viejo como su duda; tan joven como su confianza en usted mismo, tan firme como su esperanza y tan viejo como su abatimiento. (8)

Usted permanecerá joven mientras sea receptivo a cuanto es bello, bueno y grande, a los mensajes de la naturaleza, del hombre y del infinito.(9)

Si un día su corazón es mordido por el pesimismo y carcomido por el cinismo, que Dios pueda tener piedad de su alma vieja. (9)

En las sociedades industrializadas como la nuestra, el descenso de las tasas de natalidad y mortalidad han dado como resultado un notorio envejecimiento de la población, pues no solamente las funciones de las personas de edad mayor están cambiando, sino también su número, su proporción respecto a la población total y la proporción entre los sexos. Estas variaciones en la distribución por edades de la población tienen consecuencias y repercusiones importantes para la política de los diferentes gobiernos, no solo en aspectos económicos y sociales, sino también en los educativos, ya que en el futuro se prevé un

incremento considerable de la población anciana. (9)

El mundo de hoy se desarrolla vertiginosamente, se presentan avances en la ciencia y la técnica, medicina, industria y esto es un aliciente para aquellos que desean vivir más, de hecho la esperanza de vida al nacer ha aumentado y por consiguiente cada día aumenta el envejecimiento poblacional. (10)

El fenómeno del envejecimiento resulta un campo interesante para la investigación. ¿Qué experimentan las personas en esta etapa de la vida?, ¿cómo estimularlos, viendo el

envejecimiento como un proceso inherente al hombre, que ocurre a lo largo de la vida pero que requiere de atención debido a los cambios que se producen y a las representaciones que se tienen de la vejez? (10).

El envejecimiento de la población es un proceso intrínseco de la transición demográfica, el tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros de niveles bajos y controlados. La disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas impactan directamente en la composición por edades de la población, al reducir relativamente el número de personas en las edades más jóvenes y engrosar los sectores con edades más avanzadas. La natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado. (10)

La natalidad disminuyó entre los años 1950 y 2000 de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que la mortalidad pasó de 19.6 defunciones por cada mil habitantes. Esta transformación, que ha adoptado el nombre de transición demográfica, ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y simultáneamente su envejecimiento. (10)

Asimismo, se espera que los niveles de natalidad y mortalidad, continúen disminuyendo en la primera mitad del siglo en curso. La primera disminuirá hasta alcanzar 13.7 nacimientos por cada mil habitantes en 2050; mientras que la mortalidad se espera que alcance sus menores niveles alrededor del año 2015 (9 defunciones por cada mil habitantes) y a partir de ese momento aumente hasta alcanzar 10.4 en 2050, en estrecha relación con el incremento de la población de edades avanzadas. (10)

Además de los cambios en su magnitud, la población mundial avanza paulatinamente hacia el envejecimiento de su estructura por edades. (10)

Los incrementos absolutos en el número de adultos mayores aumentan cada vez más. Mientras que en la década 1950 -1960 se integraron al grupo de 60 años y más, cuatro millones de personas al año, en la primera década de este siglo esta cifra ascenderá a más de quince millones, alcanzando una cifra máxima de 32.6 millones anuales en la década de 2030. La tasa anual de crecimiento de este grupo en la actualidad es de 2.2 por ciento, y

llegará a ser hasta de tres por ciento en la segunda década del siglo XXI. Debido a esta dinámica, el número de adultos mayores se triplicó entre 1950 y 2000, pasando de 205.3 a 606.4 millones. 5 Asimismo, se espera que aumente a 1 348.3 millones en 2030 y a 1 907.3 millones en 2050. (8)

El envejecimiento de la población también se aprecia en la proporción que representa el grupo de 60 años y más respecto al total de habitantes de los países. Los países europeos, junto con Japón, son los que se encuentran más avanzados en este proceso. En la mayoría de ellos al menos una de cada cinco personas tiene 60 años de edad o más. Se estima que para 2050 alrededor de uno de cada tres sean adultos mayores en esos países, mientras que en muchas regiones de las menos desarrolladas los adultos mayores representarán a más de uno de cada cuatro habitantes. (10)

La mayoría de los adultos mayores se encuentra en los países menos desarrollados, a pesar de que éstos se sitúan en una fase menos avanzada del proceso de envejecimiento demográfico. En el año 2000, en estos países, se alcanzó la cifra de 375 millones, lo que equivale a 62 por ciento del total en el mundo, pero sólo a 7.7 por ciento de la población de estos países. En cambio, 232 millones de adultos mayores residían en los países desarrollados, sólo 38 por ciento de la población mundial mayor de 60 años, 19.4 por ciento de su población total. Se espera que el porcentaje de adultos mayores que reside en países en desarrollo se incremente aún más en las próximas décadas, de tal forma que casi el 80

por ciento de los 1 900 millones de personas de 60 años o más, que habrá en 2050 residirá en los países que hoy tienen menores niveles de desarrollo. (4)

Dadas las consecuencias negativas que esta situación puede generar en lo social y económico, es importante destacar que la mayoría de los países analizados han emprendido reformas a sus sistemas de pensiones, como una forma de enfrentar la crisis producida en los sistemas de reparto existentes por los cambios demográficos. Es así como en 1993 Perú reformó su sistema de pensiones, adoptando el sistema de capitalización individual, Colombia también llevó a cabo esta reforma en 1994, Bolivia en 1997 y en Venezuela se aprobó una reforma provisional en 1998. (4)

Al comenzar el siglo XXI el número de habitantes nacionales llega a los 15 millones, quintuplicando la población de 1900 y en donde hay una notable disminución de las tasas de natalidad y mortalidad, dando como resultado un acelerado envejecimiento de la población. Lo antes dicho es un fenómeno normal de transición en las naciones que están en vías de desarrollo o en subdesarrollo; esto confirma certeramente la tendencia al envejecimiento de la población ya que en 1950 la edad media era de 26 años con un 18.7% de mayores de 60 años por cada cien menores de 15 años y al comenzar el año 2000 hay un promedio de edad de 31 años, con un 35.8% de adultos mayores por cada cien menores. (4)

Por lo tanto, vemos que para el 2025 las cifras o índices se estrechan al esperarse un 82.2% de mayores de 60 años por cada cien menores de 15 años, en donde el promedio de edad para entonces se estima en 36 años; dicha situación es relevante para comprender y enfrentar los desafíos que vienen en las distintas áreas sociales tales como la economía, salud, seguridad social, entre otras. Esto da como resultado la elaboración de una política para el adulto mayor a nivel nacional, por lo importante que este segmento de la población es lo cual produce que la seguridad social tenga un gran desafío por el creciente aumento del número de jubilados y de adultos mayores en la sociedad. (1)

Entre los múltiples problemas de salud que afectan al adulto mayor se encuentra la polifarmacia o poli farmacoterapia, considerado fenómeno habitual que concierne a la práctica médica y médica-geriátrica. Esta peligrosa condición preocupa ya a las autoridades médicas en el ámbito internacional y es de interés no sólo a nivel científico, sino también familiar y social, pues sus efectos colaterales o adversos conducen en muchas circunstancias a incremento en hospitalizaciones, complicaciones graves y en ocasiones desafortunadamente a la muerte del adulto mayor. (3)

La farmacoterapia en la tercera edad abre un gran capítulo en la medicina moderna, que merece un cúmulo de consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido y por ende frágil, las que guardan relación con variaciones fisiológicas de los diferentes sistemas, otras que se relacionan con las concepciones psicológicas de esta edad inherentes a la personalidad y conducta propias del anciano, a su dinámica familiar y condiciones socioeconómicas individuales que influyen en las interacciones entre el micromundo y el macromundo de él y que pueden modificar las

conductas terapéuticas por asumir en una situación específica. La sociedad, el aislamiento, la falta de visión o audición, el problema de la falta de memoria, pobres ingresos económicos y otras serían algunos de estos ejemplos. Es fácil suponer que en el mundo de los ancianos las prescripciones farmacológicas deben siempre ajustarse a condiciones individuales específicas y de acuerdo con las leyes generales que rigen la farmacología geriátrica y que deben ser asumidas de rutina. (9)

Por razones personales el adulto mayor tiene tendencia al hábito de la polifarmacia. *Jorgensen* en su estudio de la municipalidad de Tierp, en Suecia, demostró que al menos 1/4 de los 4 769 ancianos de su serie utilizaban 4 grupos diferentes de fármacos, que las mujeres lo hacían con más frecuencia y que había una predisposición al abuso de los mismos en los mayores de 85 años, los que más riesgos tienen de reacciones adversas. (11)

Por otra parte, es preciso destacar que el 80% de los ancianos padece de una o varias enfermedades crónicas no trasmisibles y el 36% puede padecer más de 3 situaciones que hacen imprescindible el uso de fármacos para controlar metabólica o termodinámicamente su trastorno o para lograr analgesia cuando las medidas locales no lo han logrado. (12)

Otra condición que induce a la polifarmacia es la "automedicación" o la "prescripción por varios médicos" pues a veces un anciano es atendido por más de uno. La paradoja del desarrollo científico-técnico con grandes avances en el campo de la medicina, tanto en diagnóstico como en tratamiento, contrasta con la sensible y progresiva deshumanización de la atención al hombre enfermo, resulta más negativa y contradictoria en los predios de la geriatría y la gerontología. (13)

Los adultos mayores, con enfermedades múltiples, deben ser atendidos, siempre que sea posible, por un solo profesional suficientemente capacitado para que pueda abarcar con la mayor integralidad un organismo que sufre por varias dolencias, muchas de las cuales a veces se alivian o eliminan con un análisis minucioso del problema y sugerencias no farmacológicas como su cambio de estilo de vida, variaciones en las concepciones nutricionales o incorporación de actividades físicas o rehabilitadoras que evitan muchas veces la complicidad inconsciente de la polifarmacia. Esta política de fármacos debe volcarse

hacia la comunidad y a sus médicos de familia, que son los que con mayor frecuencia atienden a esta población. (14)

Entre las enfermedades prevalentes en ancianos en las que se prescriben dos o más drogas, se cuenta la cardiopatía isquémica, la diabetes Mellitus, la patología psiquiátrica en general y la hipertensión arterial. Las personas de la tercera edad presentan un promedio de 3 a 5 patologías y el 80% de ellos padece algún tipo de enfermedad crónica. (14)

Debido a que los ancianos consumen primordialmente tres veces más medicamentos que los jóvenes, Mouliá consideró fundamental jerarquizar ciertos parámetros a la hora de tomar decisiones referentes a la medicación. Entre ellos, debe tenerse en cuenta si la patología incluye un riesgo vital o funcional, hasta qué punto afecta la calidad de vida de la persona, la relación entre riesgo - beneficio y entre costo - beneficio. (14)

Para el profesor es fundamental intentar una coordinación entre los doctores para que no se prescriban medicamentos que generen efectos encontrados. Además prestar atención a las consecuencias que éstos pueden acarrear en el paciente. Reafirmó la importancia de que cada paciente sea considerado como un caso individual, intentando limitar el número de medicamentos y los fármacos innecesarios, así como las dosis. Recomendó además que la posología sea la más simple posible, incluyendo horarios memorizables para afectar lo menos posible la vida cotidiana. Tanto el paciente como sus familiares o cuidadores, deben ser informados exhaustivamente sobre todos los aspectos de la medicación.(5)

El envejecer, o mejor, el poder vivir más tiempo, implica una serie de cambios psicológicos, fisiológicos y socioculturales que las personas no están preparadas a enfrentar. Estos cambios no solo suceden dentro de cada individuo sino también en las personas que están a su alrededor. Esta situación se agrava con las dificultades que encuentra al tratar de llevar su vida como la llevaba anteriormente y que al no lograrlo los hace sentirse inútiles. (5)

Según los estudios demográficos de las Naciones Unidas, en el año 2000 el mundo contaban con 590 millones de personas de setenta o más años de edad y en el año 2025 serán 1100 millones, con un aumento del 224 por 100 en relación con las cifras de 1975. Dicha población habitará tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. (15)

Entre los logros obtenidos en el siglo XX con los avances de la tecnología y del conocimiento científico, fue aumentar la expectativa de vida de la población, lo que trajo como consecuencia una revolución demográfica, hecho para el cual los diferentes estados no estaban preparados para asumir. Podemos decir que los países industrializados cuyo crecimiento poblacional de adultos mayores se desarrollaron en forma gradual, está en mayor capacidad de adaptarse y de ajustar los planes de acción ya proyectados para esta situación. (15)

Mientras los países que están en vía de desarrollo viven en la inmediatez, escasamente pueden afrontar su situación actual y no han contemplado las políticas necesarias para legislar, no tienen estrategias para enfrentar este nuevo y arrollador desafío y por la falta de tecnología y recursos no tienen manera de prepararse para asumir el crecimiento de una población que en el año 2025 llegará a ser cuatro veces mayor a lo esperado. (16,17)

El envejecimiento de la población se está convirtiendo en uno de los problemas más importantes no sólo para la investigación, docencia y práctica biomédica, sino para el conjunto de las Ciencias Sociales. (16,17)

El siglo XX pasará a la historia de la humanidad como el siglo en el cual el envejecimiento de la población se convirtió en un fenómeno de alcance global, que se extiende por todos los países, fundamentalmente con un alto nivel de desarrollo. (16,17)

La tendencia demográfica hacia el envejecimiento de la población se manifiesta en un aumento en el porcentaje de personas mayores de 65 años, un incremento en el número absoluto de personas mayores y un aumento de la esperanza de vida. Esto determina el crecimiento de la población anciana en la actualidad. (16,17)

El término de envejecimiento es aplicable a un individuo o a una población en su conjunto, no obstante existen diferencias en ambas aplicaciones. Un individuo envejece al aumentar su edad cronológica de vida, pasando por varias etapas enmarcadas estadísticamente. (16,17)

El envejecimiento ha sido definido también como todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.(16,17)

En la actualidad el índice empleado comúnmente para medir el envejecimiento es la edad cronológica de 65 años o más. Se considera que una población con unos diez o más por ciento de personas con 65 o más años de vida indica la presencia de una estructura poblacional anciana o de edad avanzada. (16,17)

Los resultados de los estudios gerontológicos han originado la llamada práctica gerontológica que consiste en varias modalidades de intervención y acercamiento profesional a los ancianos, de tal forma que se ayude a transformar actitudes en los mismos ancianos, familiares y comunidad hacia el proceso del envejecimiento. (16)

Todo lo anterior permite hablar de una nueva esfera de acción profesional en un Trabajo Social, reconocida como Trabajo Social Gerontológico, que requiere de un abordaje multidisciplinario del envejecimiento y exige sea reconocida y aplicada en los países donde el envejecimiento poblacional lo demanda. (21,25)

La Gerontología es la disciplina que aborda sistemáticamente la vejez, el envejecimiento y las personas viejas. Se refiere a como la vejez afecta al individuo y cómo la población anciana cambia la sociedad. (16,17)

Al analizar al ser humano desde el enfoque integral de la Gerontología observamos que existen aspectos que permanecen en un constante inter juego, es decir que cuando se afecta uno de ellos se afecta necesariamente los demás. (16,17).

Estos aspectos se relacionan entre sí creando un solo sistema, el sistema humano. (16,17).

Este aspecto trata el proceso de envejecimiento y el declive normal a nivel estructural y funcional del organismo. Es decir, analiza todos los cambios físicos normales y patológicos se pueden dar a esta última etapa del ciclo vital. (21,25)

La Gerontología dirige su atención a tres dimensiones de la vejez. La dimensión biológica se ocupa del estudio de los cambios de la apariencia física, la declinación gradual del vigor y la pérdida de habilidad física para resistir enfermedades. (16,17)

Con la dimensión psicológica se tratan los cambios sensoriales y preceptuales, las destrezas motoras, el funcionamiento mental (memoria, aprendizaje e inteligencia), la personalidad, los impulsos y las emociones que caracterizan a esta edad cronológica. (16,17)

Un aspecto importante que hay que destacar es el envejecimiento social el mismo se refiere a los hábitos sociales, a los papeles cambiantes y las relaciones en el ámbito social con familiares y amigos, a las relaciones de trabajo y al conjunto de relaciones espirituales.(16,17)

Usualmente la persona experimenta una reducción en sus interacciones sociales importantes, el medio social varía, de forma considerable determina el significado de la vejez para una persona y esa experiencia de envejecer será positiva o negativa. (16,17)

Cada una de las dimensiones biológica, psicológica y social, están relacionadas entre sí en las personas de edad avanzada. Por ejemplo, la condición física de la persona afecta la conducta social y viceversa. El producto final del envejecimiento es el resultado de la interacción entre el componente genético, el organismo y el ambiente en el que se desenvuelve cada ser humano. (21,25)

Se complementa la gerontología con la geriatría médica y la enfermería geriátrica, especialidades médicas que abordan los problemas clínicos o condiciones de salud en las personas ancianas. (16,17)

Sin embargo el aspecto esencial de la Gerontología está dirigido al examen de las condiciones del ambiente social de la vejez. Atención especial se brinda al problema de la preparación del anciano para enfrentar los cambios propios de la edad y a la preparación de la sociedad para garantizar el bienestar del anciano. (16,17)

Los ancianos constituyen los mayores consumidores relativos y absolutos de servicios de salud y medicamentos, lo que determina una preocupación en todos los países donde la tendencia demográfica indica envejecimiento poblacional por la cantidad de recursos que tienen que destinar a la tercera edad. (16,17)

Las políticas sociales y las instituciones prestan los servicios establecidos como apoyo formal. El apoyo informal, lo constituyen, la familia, los amigos y los vecinos que integran dicho sistema, esto se fundamenta en la dedicación y cooperación que emana de los sentimientos afectivos y de un sentido de solidaridad. (16,17)

En el tratamiento del proceso del envejecimiento poblacional la experiencia mundial, permite inferir la necesidad de promover estudios e investigaciones dirigidas al análisis de la relación envejecimiento- sociedad por la importancia que este tema tiene para el desarrollo social y el propio anciano como ser humano, lo que permitirá de manera íntegra añadir más vida a los años que han sido añadidos a la vida y así aprovechar el caudal de experiencias acumuladas todo el tiempo vivido. (16,17)

Cuando la persona envejece sus sentidos: vista, oído, olfato, gusto, y tacto, tienden a disminuir. La atención del anciano requiere de mayores conocimientos y habilidades por parte de los que les atienden como el gerontólogo, enfermeras, etc. (18,19)

Uno de los principales objetivos es la atención del anciano, tiene que ver con la respuesta de este hacia el proceso de enfermedad o invalidez que nuestro papel está dirigido a la valoración del estado de salud - enfermedad, el diagnóstico y actividades que deben realizar. Su mundo esta relacionado al proceso de pérdidas la cual impacta y ocasiona le un estado de crisis; las pérdidas se compensan a través de nuevas adquisiciones ya sean materiales o sociales, las cuales en la vejez no es posible compensar. (18,19)

Pérdidas físicas sufridas por el anciano

Estas pérdidas son relacionadas con el proceso fisiológico del envejecimiento, es decir debemos hacer conciencia de ellas durante los cambios que sufre el anciano sano o enfermo.

Entre las pérdidas físicas están:

- La pérdida o disminución en la movilidad.
- La pérdida o disminución en el estado de salud.
- La pérdida o disminución en la capacidad sexual.

Tienen Como consideraciones generales:

- La dificultad siempre existe en aislar cambios normales del proceso del envejecimiento.
- La interrelación que existe entre los aspectos físicos y psicológicos del envejecimiento.
- El envejecer, afecta a todos los sistemas de la persona en diferentes puntos que estos varían.
- Las personas no envejecen con un patrón definido, envejecer es un proceso individual, nadie envejece al mismo paso.
- Las necesidades básicas de las personas no cambian de una edad a otra. Con frecuencia los adultos mayores experimentan una reducción de la movilidad y deben depender de otras para desplazarse.

Pérdidas sociales:

Esto es pérdida del trabajo a eventos continuos y progresivos a través del ciclo de la vida, entra ellas están:

Pérdida del trabajo por la jubilación; ello implica:

- Pérdida de status.
- Pérdida de amigos.
- Pérdida de ingresos económicos.
- Pérdida de roles (amigos, compañeros, rol laboral, etc.).
- Pérdida del cónyuge por muerte.
- Pérdida de posesiones.

Los problemas que llevan dichas pérdidas son: soledad, aislamiento, depresión, limitaciones de tipo económico lo cual general genera frustraciones y sensación de malestar.

Perdidas psicológicas:

Estas pérdidas se sufren a consecuencia de efectos sumativos que sobre la persona y genera todas las pérdidas ya mencionadas, como:

- Pérdida o disminución de autoestima.
- Pérdida o cambio en el continuo Independencia - Interdependencia - Dependencia.
- Pérdida o disminución en la sensación de bienestar con uno mismo.
- Pérdida en el manejo decisiones o control sobre su vida.
- Pérdida o disminución en la capacidad mental.

Entre los problemas que comúnmente generan pérdidas tenemos:

Depresión, comportamiento autodestructivo, reacciones paranoides, cuadros hipocondríacos, síndromes orgánicos cerebrales, insomnio y ansiedad.

En la atención del anciano existen cambios; atenderlo sino o enfermo, requiere en gran medida de nosotros y nuestra práctica profesional. (26,30)

Partiendo de que la atención del anciano a largo plazo por estar este limitado; la máxima utilización de las capacidades físicas, psicológicas y sociales, existen: el apoyo a la persona, familiares y amigos hacia un proceso de buena suerte. (26,30)

El anciano no es capaz de aprender sino que la tecnología actual, tiende a generarles angustias o temor. Hay que valorar el nivel de educación formal, así como el nivel cultural que tenga la persona partiendo de ello, considerar el vocabulario a utilizar, así como la velocidad con que se imparte esta información, recordando que el anuncio requiere además tiempo para percibir, transmitir y responder la información recibida. (18,19)

La vejez es una búsqueda fascinante por sí misma, y poseer nuestra propia identidad de la misma manera que el artista posee su obra. (18,19)

Con mucha frecuencia el término anciano se usa como un término de enfermedad, por dos razones que aunque diferentes, pueden desarrollarse juntas. Por una parte el anciano que está sano se siente enfermo y por otra actúa haciendo el papel de enfermo.

Los rasgos salientes de la situación del paciente y un inmediato asociado, especialmente los miembros de la familia, pueden modificarse en tres apartados: (19,20)

- Desamparados sin necesidad de apoyo, competencia técnica e implicación emocional.

- El mismo autor asegura y esto es un hecho comprobado a lo largo de varios años de experiencia hospitalaria de dinámica familiar.
- Todos sufren, pero en especial el enfermo que además padece algún tipo de capacidad.

Según el psicólogo, el anciano es una persona muy sensible y que su trato debe ser muy especial; es por eso que existen consecuencias psicológicas en el mismo, por el mal trato que recibe de su familia, ya que en este núcleo es donde él pasa el mayor tiempo de su vida. (18,19)

Clásicamente se define polifarmacia como el consumo concomitante de 4 o más medicamentos, y en la población geriátrica tiene prevalencia, la cual aumenta en forma proporcional a la edad. El 11% de los ancianos en la comunidad, y entre un 30 a 40% de los atendidos en los diferentes niveles de atención geriátrica, están poli medicados. El elevado consumo de fármacos y las diferencias farmacodinamias y farmacocinéticas características de los viejos produce un aumento de las diferentes reacciones adversas, así como de las interacciones medicamentosas. Todo ello incrementa el riesgo de iatrogenia farmacológica al diseñar un plan terapéutico. Es necesario considerar la dificultad que tiene el anciano para manejar múltiples medicamentos y patologías, lo cual hace que con frecuencia el paciente desconozca la indicación de los mismos. Por todo lo anterior es recomendable formular únicamente los fármacos indispensables, simplificando al máximo la dosificación y la forma de administración. (20,21)

En algunos países la población geriátrica llega a ser mayor del 12% y más del 25% de las medicaciones están prescritas en este grupo de edad. Cuando se formula a un anciano el médico debe tener presente el fin terapéutico, la calidad de vida y los potenciales efectos adversos. (20,21)

Estudios epidemiológicos muestran que la iatrogenia es muy frecuente entre los adultos mayores institucionalizados. Una de las principales complicaciones es debido al uso de múltiples medicamentos. Según los diferentes investigadores pueden oscilar entre 40 y 44% de los ancianos hospitalizados, y para la población general puede llegar hasta el 18%,

principalmente en instituciones dedicadas a la enseñanza. El *Estudio colaborativo de Boston* evidenció que 1 de cada 1.000 ancianos muere por complicaciones medicamentosas. (20,21)

Los factores principales para la prevención de la iatrogenia lo constituyen la calidad de la evaluación médica, junto con la interdisciplinariedad y la coordinación por un único médico tratante. (3)

Podría ser desalentador el que algunos estudios llevados a cabo tratando de reducir el número de medicamentos, muestran que mientras se hace un seguimiento estrecho y los pacientes hacen parte de las investigaciones el número de drogas disminuye pero una vez concluido, en un período de tres meses, han retornado al número previo de drogas. Gran parte de lo anterior es debido a la costumbre generalizada, por parte de los médicos, de continuar las prescripciones sin indagar sobre sus indicaciones exactas: hasta un 40% de las recetas médicas no son revisadas durante largos períodos de tiempo (principalmente los inductores del sueño y los ansiolíticos); casi 30% de las formulaciones son equivocadas y el 10% innecesarias. (12)

La polifarmacia como problema de salud

Constituye la farmacoterapia en la tercera edad un gran capítulo dentro de la medicina moderna, que merece un cúmulo de consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido y por ende frágil, las que guardan relación con variaciones fisiológicas de los diferentes sistemas, otras que se relacionan con las concepciones psicológicas de esta edad inherentes a la personalidad y conducta propias del anciano, a su dinámica familiar y condiciones socioeconómicas individuales que influyen en las interacciones entre el micro mundo y el macro mundo de él y que pueden modificar las conductas terapéuticas por asumir en una situación específica. La sociedad, el aislamiento, la falta de visión o audición, el problema de la falta de memoria, pobres ingresos económicos y otras serían algunos de estos ejemplos. Es fácil suponer que en el mundo de los ancianos las prescripciones farmacológicas deben siempre ajustarse a condiciones individuales específicas y de acuerdo con las leyes generales que rigen la farmacología geriátrica y que deben ser asumidas de rutina. (3)

Otra condición que induce a la polifarmacia es la "automedicación" o la "prescripción por varios médicos" pues a veces un anciano es atendido por más de uno. La paradoja del desarrollo científico-técnico con grandes avances en el campo de la medicina, tanto en diagnóstico como en tratamiento, contrasta con la sensible y progresiva deshumanización de la atención al hombre enfermo, resulta más negativa y contradictoria en los predios de la geriatría y la gerontología. (12)

Los efectos desagradables de la polifarmacia: costo, reacciones adversas, mal uso de medicamentos, redundarían negativamente con mayor intensidad y con carácter aún más devastador en los individuos de la tercera edad. 4 Se ha postulado por muchos eruditos en la materia, que el número máximo de fármacos que mejoraría a un anciano con la debida atención es de tres. Mucho se ha debatido en relación con la poli farmacoterapia en el anciano. La mayoría considera que es un problema clínico propio y característico en estas etapas de la vida, tal como lo es la "automedicación" o el abandono de las propuestas terapéuticas por decisión incorrecta, soledad, abandono, defectos de memoria y otras condiciones habituales de los ancianos. La ciencia de la farmacoterapia en la tercera edad no es sólo prescribir medicamentos, sino seleccionar el mejor medicamento, el más efectivo, pero con menos reacciones colaterales adversas, en la menor dosis sin que se deteriore la eficacia, utilizando la forma farmacéutica más compatible en los ancianos, con los intervalos óptimos y que se ajuste a las exigencias biológicas, pero contemporizando con las eventualidades psicológicas, emocionales, sociales y económicas de cada individuo envejecido. (23)

En su conferencia sobre Poli medicación en el adulto mayor, el profesor agregado Dr. Mouliá M. hizo énfasis en que la terapéutica medicamentosa para esta franja de edad debe ser particularmente evaluada con un criterio holístico y racional. Tal como explicó el experto, la llamada polifarmacia, un fenómeno que suele repetirse entre los ancianos, si bien en muchos casos está justificada por las necesidades de tratamiento, en otros se transforma en una acción desproporcionada que puede acarrear serios problemas para los pacientes. (14)

En la experiencia del Dr. Mouliá, una polifarmacia exitosa exige considerar detenidamente ciertas características: (14)

- Conocimiento racional de cada fármaco.

- Evaluación riesgo/beneficio de cada droga.
- Evaluation geriátrica - gerontológica.
- Plan terapéutico integrado.
- Educación al paciente, familiares y/o cuidadores.
- Considerar siempre la posibilidad de iatrogenia: tanto al agregar como al suspender un fármaco.
- Evaluación y ajuste constante de las indicaciones.

Por esta razón es que Mouliá considera fundamental que la medicación a personas de tercera edad se realice en forma conjunta y coordinada entre los diferentes especialistas que intervienen en el tratamiento de estos pacientes, sobre todo entre geriatra, internista y médico de familia. (14)

Si se respetan estos cuidados es posible aprovechar toda la potencialidad de beneficio que tienen los medicamentos modernos, evitando los efectos adversos. De hecho, sostuvo Mouliá, el uso adecuado de los fármacos influye positivamente en la calidad de vida de los ancianos. (14)

Sin embargo, según apuntó el profesor, la mala prescripción sigue siendo una práctica que se repite, hasta el punto de que en Estados Unidos es la segunda causa de demandas legales. El problema se complica aún más si se trata de ancianos, ya que ellos son los que padecen más patologías por las que se les recetan diversas drogas.

Automedicación.

La automedicación es una práctica frecuente en el mundo, aunque no se ha insistido en forma suficiente en el papel relevante de los consumidores en la elección y consecuente uso apropiado de los medicamentos. La automedicación en algunas sociedades se ha convertido en un problema de salud pública que tiene relación con el conocimiento inadecuado de la población, la deficiente cobertura, mala calidad de los servicios públicos, sistemas de control para acceder a medicamentos sin prescripción profesional y a la flexibilidad de quienes se encargan de dispensar el medicamento. Las consecuencias de esta práctica son numerosas. El incremento en el riesgo de reacciones adversas, estos efectos negativos se ven

aumentados en poblaciones donde es fácil tomar a la automedicación como una vía de tratamiento, como son los adultos mayores. (5).

Son indiscutibles los beneficios terapéuticos que en los últimos tiempos se han logrado con una serie de fármacos realmente activos, pero de los que se abusa con frecuencia y especialmente los adultos mayores, debido a su pluripatología. Parece que los medicamentos que se toman corresponden a estados de salud poco graves (analgésicos, tranquilizantes, laxantes, etc.), o se trata de medicamentos prescritos con anterioridad y repetitivamente por el médico en el tratamiento de procesos crónicos o en evitación de factores de riesgo (p. ej., vasodilatadores).

Al respecto, cuando sitúa a este grupo etario como uno de los más propensos en automedicarse, “debido a que son mucho más vulnerables a enfermarse, generalmente consumen 2 a 3 veces más medicamentos que el promedio de la población, lo que aumenta el riesgo de sufrir interacciones medicamentosas sin mencionar el deterioro propio de la edad, que produce cambios en el organismo que pueden influir en la absorción, distribución, metabolización y excreción de los medicamentos (6). También se hace alusión a los riesgos de automedicarse, como enmascaramiento de la enfermedad, agravamiento o prolongación de ésta, resistencia a los fármacos utilizados o llegar incluso hasta la dependencia”. Sin olvidar que no sólo puede ocurrir al consumir medicamentos, sino también al usar hierbas o mezclar estos dos tipos, lo que es muy común dentro de la población de estudio. (6).

Cambios Fisiológicos en el adulto mayor, por consumo de medicamentos. La edad avanzada se caracteriza por la interrelación entre el proceso de envejecimiento y enfermedades degenerativas crónicas que con frecuencia aparecen de manera imperceptibles y sobre las cuales el uso de medicamentos puede ser nocivo. Cada persona, cada adulto mayor, puede responder de una manera diferente a un medicamento, esta diferencia puede ser cuantitativa (lo más frecuente) o cualitativa, es decir el efecto resultante puede ser efecto insuficiente, exagerado o totalmente diferente.

Los Cambios Fisiológicos: se refiere a los cambios producidos por los efectos de los medicamentos en el adulto mayor, encontrándose en estos las modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas. (7).

Modificaciones farmacocinéticas. “El conocimiento de las transformaciones que sufre el organismo como consecuencia del proceso de envejecimiento permitirá comprender mejor

las modificaciones del comportamiento farmacocinético de los medicamentos, es decir, su absorción, distribución, metabolismo y, finalmente, excreción.”(3). Absorción: “El proceso de transporte del Fármaco desde su entrada al organismo hasta su llegada al plasma”;(7). Así mismo se describe que no se ha podido aún determinar la influencia que tienen los cambios fisiológicos en la absorción de los fármacos por vía oral. (3). Por esto, actualmente hay coincidencia en la opinión de que no existen modificaciones significativas en la absorción en los adultos mayores, en comparación con los adultos jóvenes. A pesar de ello, no deben desestimarse consideraciones como la de que el adulto mayor produce menos ácido clorhídrico que las personas más jóvenes y, por tanto, el paso a través del estómago es más lento. También hay mejor cantidad de células secretoras en la membrana mucosa del conducto gastrointestinal, motivo por el cual la absorción de ciertos fármacos o alimentos, como las grasas, la glucosa, la tiamina y el hierro, pueden estar reducida.

Distribución: Una vez que el fármaco ha alcanzado la circulación sanguínea, las etapas sucesivas de su paso por el cuerpo varían según el fármaco. Las modificaciones cualitativas de la masa orgánica pueden determinar diferencias en la distribución. La edad comporta una reducción de la proporción de agua orgánica y de la masa muscular; paralelamente, la proporción de grasa corporal tiene a aumentar. Estos cambios, que no son iguales para todos los individuos ni para ambos sexos, ya que las mujeres poseen proporcionalmente mayor cantidad de tejido adiposo, influyen en la relación entre la concentración del fármaco y su distribución en el organismo.(3). El Metabolismo de los medicamentos en el anciano no se ha estudiado lo suficiente, a pesar de la trascendencia que tiene su conocimiento. (3). El mayor órgano biotransformador del cuerpo es el hígado, y es por ello que los fármacos que se dan por vía gastrointestinal están expuestos a una biotransformación temprana antes de ser distribuidos, proceso que es denominado metabolismo del primer paso. Así mismo manifiesta que incluso el plasma posee también enzimas metabolizadoras.(7).

Modificaciones farmacodinámicas: Se define como: “El mecanismo de acción del fármaco, a su interacción con el receptor principal y los resultados (efectos) de esa acción. (7).

Efectos adversos de los medicamentos en los Adultos Mayores: Se define efecto adverso como cualquier respuesta perjudicial, que no fuere buscada, y que aparece a las dosis empleadas en el hombre para el tratamiento, profilaxis o diagnóstico de las enfermedades.(8). De igual manera se describe que: Al tomar más de un fármaco simultáneamente pueden producirse efectos de interacción medicamentosa, porque un

fármaco puede alterar la farmacocinética del otro, disminuyendo o aumentando el resultado en los diferentes mecanismos de absorción, distribución, metabolismo o eliminación. (3). Es por ello, que la enfermera, al cuidar a un adulto mayor que esté tomando medicación, ya sea en el hospital, en un centro geriátrico, en un centro de salud o en el propio domicilio, debe estar alerta y valorar especialmente cualquier cambio en el comportamiento de este, o bien la aparición de cualquier signo indicador de que el tratamiento le está provocando algún efecto indeseable.

También es tarea de la enfermera informar al adulto mayor, sus familiares o personas próximas que los medicamentos pueden producir reacciones adversas y que, cuando ellos observen cambios en el estado o capacidades, es necesario que lo refieran a la enfermera o médico que lo atiende. Porque Enfermería es “La ciencia del cuidado profesional,” (9) lo que significa que la enfermera guía el cuidado planificado de los seres humanos a través de un proceso intencional que abarca aspectos de la promoción y prevención de las enfermedades, proceso de salud-enfermedad y la muerte. El “cuidar” la salud de las personas implica tener un amplio conocimiento y sustento teóricos de los fenómenos relativos a la salud y la enfermedad, que es generado desde la propia disciplina de enfermería, a través de sus modelos y teorías y también desde el aporte de las ciencias relacionadas con el cuidado de los seres humanos como la medicina, psicología, entre otras. Es por ellos que se plantea que la posibilidad de sufrir reacciones adversas es mayor: a.- En los ancianos que en el adulto, incrementándose con la edad. b.- En aquellos ancianos que toman varios medicamentos a un mismo tiempo. c.- En las mujeres ancianas más que en los hombres, ya que en ellas se produce un mayor aumento de grasa total. d.- En los ancianos con poco peso. e.- En los ancianos con problemas de disminución de función renal, irrigación periférica, de especial perfusión cerebral, y ventilación pulmonar. (3).

Efectos colaterales de los medicamentos en el organismo: El efecto colateral hace referencia a la acción que posee un medicamento, además de su cualidad curativa, que no es el deseado o tiene carácter negativo. Un ejemplo conocido nos lo da el ácido acetilsalicílico, que tienen la finalidad de ayudar a eliminar dolor, fiebre e inflamación, pero que en exceso genera malestar estomacal. En efecto, estado de salud, historia clínica y antecedentes familiares pueden condicionar la efectividad y conveniencia de un tratamiento. (10).

A nivel del **Sistema Nervioso** se pueden describir algunos efectos colaterales, Los Ansiolíticos, los cuales tienen efecto sedante y se emplean como tranquilizantes o inductores del sueño. El grupo más empleado son las benzodiazepinas, entre las que se encuentran diazepam, buspirona, ketazolam, lorazepam, midazolam y alprazolam. Requieren receta médica. Y por lo tanto producen los siguientes Efectos colaterales: La mayoría surge por la acción de estos medicamentos, que disminuye la actividad del sistema nervioso: Somnolencia. Exceso de sueño. Debilidad. Falta de fuerza. Cansancio muscular. Sensación de fatiga sin haber hecho esfuerzo físico. Confusión. Falta de claridad en el pensamiento. Cefalea. Dolor de cabeza. Sequedad de boca. Falta de producción de saliva. Constipación. Estreñimiento, generado por baja actividad neuronal, que desencadena baja movilidad intestinal. Anorexia. Pérdida de apetito; no confundir con el síndrome que se genera cuando una persona presenta miedo extremo a la obesidad y deja de alimentarse. Mareos. Vértigo y pérdida de equilibrio ocasional. Ataxia. Entorpecimiento; pérdida de coordinación de movimientos, ligero temblor de dedos. Visión borrosa. Dificultad para enfocar objetos. Adicción. Dependencia física o mental hacia el medicamento (por uso prolongado o dosis elevadas). Síndrome de abstinencia. Nerviosismo, ansiedad y desesperación, como consecuencia de la dependencia al fármaco. (10).

Así mismo en el **Sistema Cardiovascular**, Los Antihipertensivos. Reducen la tensión arterial cuando ésta supone riesgos para la salud, como infarto cerebral (muerte de tejido neuronal por falta de suministro de sangre, lo que ocurre porque un vaso sanguíneo se rompe por la presión sanguínea). Logran su objetivo fundamentalmente de dos maneras: favoreciendo la eliminación de líquidos (diuréticos) o dilatando venas y arterias (vasodilatadores). Efectos colaterales. En el caso de los diuréticos: Deshidratación. Abusar de estos productos genera pérdida notable de agua, debilidad y malestar general. Alteración en los niveles de sales. Puede tener muchas consecuencias, como calambres, dolor articular y fatiga muscular. Trastornos cardíacos. Es consecuencia de lo anterior, y el principal problema son arritmias (cambios en el ritmo cardíaco). Pérdida del apetito sexual. Bajo nivel de sales y agua también repercute negativamente en la vida íntima. En cuanto al segundo grupo de medicamentos o de los vasodilatadores, encontramos: Mareos o náuseas. Sensación de movimiento brusco y ganas de volver el estómago. Cambios en el sentido del gusto. Los alimentos se perciben con "sabor metálico". Salpullido y prurito. Aparición de granitos, con enrojecimiento y

comezón. La necesidad de tomar líquidos es apremiante. Debilidad. Cansancio sin haber realizado esfuerzo físico. Inflamación. Rostro, garganta, lengua, labios, ojos, manos, pies, tobillos o piernas pueden lucir hinchados. Ictericia. Coloración amarillenta de la piel u ojos que se debe a que los medicamentos modifiquen la función del hígado. Insomnio. Es probable que se altere la capacidad para conciliar el sueño. Anuria. Ausencia de necesidad de orinar. Arritmias. Frecuencia cardíaca irregular. (10).

Por otra parte se cita a los medicamentos que tienen su efecto colateral a nivel del **Sistema Respiratorio**: como son los Antigripales. Utilizados en resfriados que afectan a las vías respiratorias altas (nariz y garganta), ayudan a aliviar congestión nasal, fiebre, tos, dolor de cabeza y cuerpo cortado. Entre sus principios activos se encuentran analgésicos (paracetamol o ibuprofeno) y sustancias que ayudan a reducir algunas molestias: clorfenamina, pseudoefedrina o loratadina. Efectos colaterales. Muchos de ellos son compartidos con los de los analgésicos, aunque otros provienen de los antihistamínicos, que bloquean la acción de la histamina (sustancia que ocasiona estrechamiento de las vías respiratorias): Irritación estomacal, náuseas y hemorragias intestinales. Suceden por la elevación en el nivel de jugos gástricos. Sueño. La somnolencia diurna se debe a los antihistamínicos. Taquicardias. Alteraciones en el ritmo cardiaco, también por las sustancias antes mencionadas. Hipotensión ortostática. Baja presión sanguínea al ponerse de pie o moverse con brusquedad. Mareo, zumbido de oídos. Sensación de vértigo y aturdimiento. Rash. Granitos por posible reacción adversa o sobredosis. Ictericia. Coloración amarilla de la piel, a raíz de problemas en el hígado que desencadena el paracetamol. Se puede citar que los Antihistamínicos se utilizan en casos de alergia, como asma, conjuntivitis, rinitis, urticaria y dermatitis. Estos fármacos impiden la liberación de histamina, sustancia que se genera en las reacciones alérgicas y que da lugar a los síntomas conocidos. Es posible encontrarlos en antigripales o productos para evitar mareo y ayudar a disminuir la tos. Efectos colaterales. Los antihistamínicos actúan sobre el sistema nervioso y de ahí sus efectos adversos, aunque los productos más novedosos generan menos problemas. Somnolencia. Sueño excesivo durante el día. Confusión. Dificultad para concentrarse y para razonar. Mareo, zumbido de oídos. Sensación de vértigo y aturdimiento. Mala coordinación de movimientos. Los reflejos y los desplazamientos voluntarios se vuelven lentos. Taquicardias. Alteraciones en el ritmo cardiaco. Hipotensión ortostática. Baja presión sanguínea al moverse súbitamente o ponerse

de pie. Insomnio. Algunos pacientes se sienten inquietos, nerviosos y con angustia, por lo que tienen dificultad para dormir. (10).

De igual manera están los Antitusivos: Que aminoran la tos gracias a que poseen sustancias con diversos mecanismos: unas adormecen a las terminaciones nerviosas de la garganta (codeína) o bloquean directamente el impulso nervioso que genera la tos (dextrometorfano, benzonatato); otros abren las estructuras pulmonares por donde circula el aire, los bronquios y, por ende, se llaman broncodilatadores (albuterol, teofilina); también son utilizados en asma (enfermedad alérgica que produce inflamación en los conductos que llevan aire a los pulmones). Los mucolíticos (clorhidrato de bromhexina, acetilcisteína) disminuyen la generación de moco, en tanto que los expectorantes (bálsamos y esencias de tolú, eucalipto, gomenol y pino, cloruro amónico, guaifenesina, guayacolato de glicerilo, difenhidramina, bromhexina y ambroxol) facilitan la salida de las flemas. Pueden contener antihistamínicos. Efectos Colaterales. Pueden variar de un producto a otro, pero los más notables y generales son: Resequedad de boca. Baja producción de saliva. Náuseas. Ganas de volver el estómago. Nerviosismo. Inquietud, irritabilidad. Gastritis. Inflamación del estómago. Falta de apetito. Poco interés por consumir alimentos. Urticaria o rash. Granitos y enrojecimiento de la piel. Constipación. Estreñimiento. Diarrea. Evacuaciones intestinales sin consistencia sólida. Depresión nerviosa. Baja actividad del sistema nervioso que se refleja en movimientos lentos, mala coordinación y problemas para respirar; es consecuencia del uso de altas dosis de dextrometorfano. Somnolencia. Se debe a los antihistamínicos que poseen algunos medicamentos de este tipo. Adicción: sucede con las fórmulas que contienen codeína, que es un derivado del opio.

Así mismo en el **Sistema Digestivo** se menciona algunos medicamentos: Antiácidos. Se indican para acidez excesiva, gastritis y úlcera, pues neutralizan la generación de jugos digestivos o disminuyen su secreción. Contienen sustancias que anulan a los ácidos (bicarbonato de sodio e hidróxidos de aluminio y magnesio) o que bloquean su producción (cimetidina, ranitidina, famotidina). Efectos Colaterales. Los hidróxidos de aluminio y magnesio pueden ocasionar: Evacuaciones frecuentes. Ambas sustancias tienen ligero efecto laxante, es decir, estimulan la movilidad intestinal. Diarrea. Las heces pueden tener consistencia líquida. Estreñimiento. En altas dosis el efecto es contrario y genera dificultad para el vaciado intestinal. La segunda familia de fármacos produce, en raras ocasiones: Náuseas y mareos. Ganas de volver el estómago. Rash o erupción cutánea. Granitos en la

piel. Cansancio. Fatiga sin causa aparente. Cefalea. Dolor de cabeza. Dolor articular. Malestar localizado en tobillos, rodillas, cadera, manos y muñecas. Hepatitis. Inflamación temporal del hígado. Ictericia. Coloración amarillenta de la piel porque se altera el funcionamiento del hígado y éste no filtra bien la sangre. Confusión mental. Aturdimiento. Diarrea. Evacuaciones frecuentes y de consistencia líquida. (10).

También encontramos los Laxantes. Se utilizan para aliviar el estreñimiento, ya sea porque aumentan el volumen del bolo intestinal (fibra, celulosa) y retienen agua, o porque estimulan al intestino (sen, senósidos A-B, bisacodilo y picosulfato sódico). Efectos Colaterales: Flatulencia. Gases intestinales. Retortijones. Es el dolor abdominal; se presenta con mayor severidad al consumir sen y senósidos A-B. Estreñimiento crónico.

Cuando se recurre con frecuencia a estos medicamentos, el estreñimiento puede aumentar puesto que el intestino se acostumbra a estar estimulado por un agente exterior. Malnutrición. La estimulación constante de evacuaciones impide el aprovechamiento de los alimentos. (10).

Por último, en el **Sistema Musculoesquelético**, tenemos a los Analgésicos. Se utilizan para disminuir inflamación, bajar fiebre (temperatura elevada) y dolor músculo-esquelético (en huesos, articulaciones, músculos) o visceral (en órganos). Las sustancias más comunes son el ácido acetilsalicílico, paracetamol (acetaminofén), ibuprofeno y naproxeno, aunque algunos más fuertes incluyen químicos que proceden del opio (morfina y codeína). Efectos Colaterales: Paracetamol, ibuprofeno, ácido acetilsalicílico y naproxeno pueden causar diversos trastornos digestivos, ante todo porque alteran el equilibrio de los ácidos digestivos y favorecen la irritación de las mucosas (tejido que cubre el interior del tracto digestivo). Irritación gástrica o estomacal. La elevación en el nivel de jugos gástricos irrita el interior de este órgano. Hemorragias intestinales. Sangrado interno ocasionado por lesiones derivadas del aumento de acidez. Vómito, náuseas. Ganas de volver el estómago. Diarrea. Evacuaciones intestinales frecuentes, de consistencia líquida. Ardor. Agruras o reflujo, debidos al aumento de acidez. Inapetencia. Falta de apetito. Constipación. Estreñimiento, dificultad para realizar evacuaciones intestinales. Dolor abdominal. Es malestar generalizado en el vientre, como reflejo de los problemas anteriores. Erupciones cutáneas, urticaria, rash. Aparición de granitos en la piel; ocurre en raras ocasiones. Mala coagulación. Cuando se usa de manera continua, el ácido acetilsalicílico altera la capacidad de la sangre para detener hemorragias. En cuanto a los derivados del opio, que tienen la característica de disminuir la

actividad neuronal, podemos mencionar: Adicción. Estas sustancias producen sensación de bienestar, por lo que su uso prolongado puede hacer que el paciente dependa psicológica o físicamente de la sustancia. Síndrome de abstinencia. Se relaciona con lo anterior y se refiere a malestares como nerviosismo y ansiedad, que son manifestaciones del organismo por la falta del medicamento. Estreñimiento. Es un problema particular de la codeína, y se debe a que esta sustancia disminuye la movilidad del intestino. (10).

Otros que se usan en este sistema son los Antiinflamatorios. Bloquean a la enzima ciclooxigenasa, responsable de la inflamación de los tejidos y, por tanto, del dolor que aparece en ellos. Los más comunes son los conocidos como no esteroideos (AINES), y se emplean en problemas reumáticos, gota y dolor muscular.

Los más comunes son aceclofenaco, butibufeno, diclofenaco, fenilbutazona, ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, ketoprofeno, ketoralaco, naproxeno, piroxicam y salsalato. Efectos Colaterales. Muy similares a los mencionados en el apartado de analgésicos, aunque otros se originan porque algunos de estos productos se aplican directamente en la piel. Dolor estomacal y acidez. Afectan la mucosa gástrica. Problemas de coagulación. El ácido acetilsalicílico ocasiona cierta propensión a sufrir hemorragias. Eritema. Enrojecimiento de la piel que ocurre con los productos que se aplican directamente sobre una zona dolorida (tópicos), como piroxicam, bencidamina, salicilato de metilo y diclofenaco. Es reacción adversa a los componentes de la fórmula. Prurito, erupción. En casos más severos aparecen comezón y granitos. Se eliminan suspendiendo el uso del producto. Finalmente, un buen tratamiento consisten en no

Combinar fármacos, pedir cualquier aclaración al médico si se tiene dudas sobre la administración del producto (dosis correcta, cada cuántas horas y durante cuántos días) y, ante todo, si se observa cualquier reacción colateral debe notificárselo de inmediato al especialista para evitar lamentables complicaciones. (10).

Dependencia. Se define la dependencia que tiene el adulto mayor a un medicamento como: “La necesidad imperiosa de consumir un medicamento para lograr una sensación de bienestar.” (7). Que a su vez esta dependencia es física y psicológica. Cada adulto mayor puede responder de una manera diferente a un medicamento, existe una parte de la alteración de la respuesta a los medicamentos que parece explicarse sólo por diferencias en la sensibilidad a los medicamentos. La sensibilidad también puede hallarse alterada por presencia de enfermedades, por el proceso fisiológico del envejecimiento o indirectamente

por complicaciones asociadas de otras enfermedades adyacentes. Cuando los adultos mayores dejan de consumir o intentan abandonar un medicamento sufren alteraciones físicas reales como diarreas, temblores entre otros, así mismo, sufren alteraciones psicológicas como rabia, se sienten confusos, y muchas ganas de tomarse el medicamento que han abandonado, lo que conlleva a poder padecer de otra enfermedad asociada como la psicosis, depresión, entre otras, lo cual complicaría el estilo de vida de estos adultos mayores.

Polipatología. Se define a Polipatología como, a las múltiples enfermedades que presenta el adulto mayor donde el se automedica para mejorar la sintomatología que presenta. (11). Este mismo autor describe que cerca del 80% de los Adultos mayores padecen alguna enfermedad crónica, como diabetes, hipertensión, artrosis, insuficiencia cardíaca, etc. Además, mucho de estos Adulto Mayor presentan varias patologías simultáneamente. De hecho, el 36% de los ancianos tiene más de tres enfermedades crónicas. Muchas enfermedades como enfermedades del hígado y los pulmones, diabetes, hipo e hipertiroidismo, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal modifican por sí mismas la respuesta frente a los medicamentos.

Por otro lado, se menciona que: los medicamentos utilizados para su tratamiento constituyen un potencial riesgo de interacciones, pudiendo disminuir la respuesta terapéutica o potenciar la toxicidad. El consumo de medicamentos por el Adulto Mayor es variable de acuerdo al nivel asistencial, pero resulta alto en todos ellos. A nivel ambulatorio, el número de medicamentos consumidos es de 2-4 por día. En las residencias este número se incrementa hasta 6-8 fármacos por día, y en los hospitales son incluso más altas. Se han realizado pocos estudios que evalúan la calidad terapéutica farmacológica en los pacientes Adulto Mayor. A nivel hospitalario, la necesidad de politerapia parece justificada, En las residencias la situación parece peor. Algunos estudios señalan que el 20% de las prescripciones no eran necesarias, mientras que otros encuentran cifras más altas, que alcanzan el 60%. En asistencia primaria se utilizan con cierta frecuencia fármacos contraindicados, o en dosis no ajustadas para el Adulto Mayor. (11).

La "LEY INTEGRAL DE PROTECCION AL ADULTO MAYOR Y JUBILADOS", fue aprobada por el Presidente de la República el 31 de mayo del 2007 y publicada en La gaceta, Diario Oficial, el día 21 de Julio de2007.

Situación del Adulto Mayor en Honduras

Honduras tiene una población aproximada de 7.000.011 personas, de las cuales 498.303 son:

adultos de 60 años en adelante. Esto representa el 7% del total de la población.

Población total:7.000.011 ,Población urbana:3.816.824,

Población Rural: 3.183.187,Poblacion mayor de 60 años: 498.303 ,

Mujeres >60 años 253.813,Hombres >60 años 244.490

Diferentes factores (históricos, sociales, económicos, organizacionales) no han permitido visualizar la problemática del adulto mayor. Al observar la pirámide poblacional de Honduras se percibe que los infantes y jóvenes han constituido la mayoría, mientras que la población mayor de 60 años constituye solamente un 7% del total. No obstante, cuando se analiza la relación de los ingresos con la edad del jefe del hogar, los datos de la Encuesta de Hogares muestran que el 55% de los hogares son dirigidos por jefes de la tercera edad en situación de pobreza; mientras que en el caso de los jefes menores de 20 años el porcentaje llega a 43%.

Sin embargo, este sector de la población habrá de requerir mayor atención, debido a que, por efecto de la transición demográfica, él número de personas adultas mayores habrá de incrementarse a casi un millón de habitantes en el 2025. También se habrá alcanzado una mayor esperanza de vida al nacer y se habrá disminuido los índices de mortalidad y natalidad. Asimismo,

la población en edad productiva (15 a 64 años de edad) disminuirá paulatinamente en términos relativos. En consecuencia, cada vez son más necesarios los servicios para este grupo poblacional, incluyendo un sistema de pensiones adecuado, orientado a facilitar que en el retiro las personas mayores puedan vivir digna y cómodamente.

Los programas en ejecución encaminados a proporcionar atención focalizada a estos grupos vulnerables (infantes, jóvenes, adultos mayores, personas con discapacidad, mujeres y pueblos originarios) pretenden mejorar la calidad de vida de estos grupos en situación de

pobreza y desarrollar el capital humano de amplios sectores de la población. En este sentido, destacan las acciones realizadas en beneficio de los adultos mayores a través de:

1. Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS)
2. Programa de Asignación Familiar (PRAF)
3. Instituto Hondureño de Jubilaciones y Pensiones (INHJUPEM)
4. Instituto de Previsión Magisterial (IMPREMA)
5. Secretaría de Salud, Unidad de Atención Integral a la Familia
6. Secretaría de Gobernación y Justicia,
7. Instituto Hondureño de Seguridad Social
8. Organizaciones no Gubernamentales (ONGs)
9. Alcaldías
10. Iglesias.

VIII. RESULTADOS

En el presente estudio, sobre la Automedicación del Adulto Mayor en la Clínica Notre Dame de la Iglesia EL Calvario del Barrio Villa Adela en Comayagüela M.D.C Honduras. Enero a Mayo 2011, donde se entrevistaron un total de 62 adultos mayores previa explicación y consentimiento para realizarle la encuesta.

Características Demográficas y Socioculturales

- ❖ En cuanto al sexo el femenino es el que mas predomina en un 79% mientras que el masculino le corresponde un 21%.(Ver Tabla N° 1)
- ❖ El 47% de los y las adultos mayores se ubican entre las edades de 60-64 años(29),23% de 65-69 años(14),15% de 70-74 años(9),10% de 75-79(6),>de 80 años 6%(4).(Ver Tabla N°2)
- ❖ En cuanto al estado civil de los adultos mayores encuestados encontramos el 71%(44) corresponde a Unión Libre,18%(11) casados,6%(4) viudos,5%(3) solteros.(Ver Tabla3)
- ❖ El 58%(36) de la población de adultos mayores no saben leer y escribir,24%(15) poseen primaria completa,11%(7) primaria incompleta, 3%(2) secundaria completa, 3%(2) secundaria incompleta.(Ver Tabla N°4)
- ❖ Su lugar de residencia de los adultos mayores un 57% habitan en Barrio Villadela,17% en Barrio E I Calvario,15% en Barrio Guacerique,11% Barrio Lempira.(Ver Tabla N°5)
- ❖ El 87% (54) de la población de adulto mayores no laboran,13%(8) no laboran.(Ver Tabla N°6)
- ❖ De los adultos mayores entrevistados un 50% laboran de vender tortillas,25% laboran en una biblioteca, 13% de vender frutas,13% realizando viajes. Ver TablaN°7)
- ❖ Devengan un sueldo por laborar el cual asila entre 500-1000 lempiras un 50%,25% de 1500-2000,25%>3500.(Ver Tabla N°8)

- ❖ Los Adultos Mayores que no laboran los sostienen sus hijos en un 87%,nietos 6%,amigos 4%,otros 4%.Ver Tabla N°9)
- ❖ Ingreso de la persona que sostiene a los adultos mayores que no laboran,57% ingreso económico de 500-1000,1500-2000 20%,2500-30007%,>3500 7%,No Sabe 7%.(Ver Tabla N°10
- ❖ El 66% de los adultos mayores reciben su atención medica de los Hospitales y centros de salud públicos,24% de la clínica medica Notre Dame,5% de las clínicas de la Alcaldía de Tegucigalpa,3% del IHSS,2%clinica privada.(Ver Tabla N°11)
- ❖ Lugar especifico donde recibe su atención medica, Centró de Salud VillaAdela31%,24%Hospital San Felipe,24% Clínica Notre Dame,10% Hospital Escuela,8% Instituto Nacional del Tórax3% en la Consulta de Geriatria. del IHSS.(Ver Tabla 12)
- ❖ Apoyo emocional cuando se enferma,100% si están apoyados.(Ver Tabla 13)
- ❖ De quien recibe el apoyo emocional cuando se enferma,63% por los hijos,24%nietos,vecinos 6%,iglesia3%,otros2%.(Ver Tabla 14)
- ❖ Con quien convive,47% esposa(o),hijos,nietos,35% esposa(o),hijos, hijos(as)8%,esposa(o) 5%,solo2%.(Ver Tabla 15)
- ❖ Número de personas con las que convive,> de 6 personas 52%,3-5 personas 47%,solo 2%.(Ver Tabla 16)
- ❖ Es pensionado, si 3%,no 97%.(Ver Tabla 17)
- ❖ Los que contestaron si reciben su pensión del IMPREMA,2 DEL 3%,no de nadie 97%(Ver Tabla 18)
- ❖ De los adultos mayores entrevistados padecen enfermedades crónicas,95%(59) padecen de enfermedades crónicas,5%(3) no padecen de enfermedades crónicas.(Ver Tabla N°19)

- ❖ Enfermedades crónicas que padecen,21% Diabetes Mellitus tipo2,Hipertension Arterial 20%,Diabetes Mellitus tipo 2/HTA15%,Ulceras Varicosas 12%,Artritis 9%,Dislipidemias 8%,cardiopatías 3%,osteoporosis 3%,colon irritable 3%,gastritis 3%,próstata 1%.Ver Tabla N°20
- ❖ Medicamentos que consume para sus enfermedades de base, antihipertensivos 21%,hipoglicemiantes 20%,diuréticos 19%,aspirina infantil 18%,calcio 7%,antivaricosos 6%,dislipimiantes 5%,antiarritmicos 2%,fibra de colon 2%.Ver Tabla N°21)
- ❖ Quien le indica estos medicamentos para su enfermedad de base,49% medico general, medicina interna 27%,cardiólogo 8%,cirujano vascular 7%,dermatólogo 7%,endocrinólogo 2%.(Ver Tabla N° 22)
- ❖ Donde adquiere los medicamentos 27% hospitales públicos,24% farmacias del centro de salud,23% farmacias privadas,2% farmacia de la clínica de la iglesia,3% farmacia del IHSS.(Ver Tabla N° 23
- ❖ Persona que le ayuda adquirir sus medicamentos, hijos 63%,nietos 24%,6% amigo,6%otros.(Ver Tabla N°24)
- ❖ Aparte de sus padecimientos usted se auto medica para otras enfermedades,90% si se automedica,10% no se auto medica.(Ver Tabla N° 25)
- ❖ Malestares para los que se automedica,22% tos/gripe,17% gastritis,,17%dolor de huesos/musculos,15% cefalea,9% anemia, estreñimiento 8%,osteoporosis 6%,diarrea4%.(Ver Tabla N°26)
- ❖ Medicamentos que se auto medica para sus malestares, analgésicos 17%,antiacidos17%,antiinflamatorios 17%,antigripales 9%,Antitusivos 9%,fibra de colon 8%,vitaminas7%,calcio 6%,antibioticos7%,antidiarreicos 4%.(Ver Tabla 27)
- ❖ Sugerencia de auto medicarse en los adultos mayores, solo 34%,familiar32%,vecino11%,naturista 5%,medico 5%,amigo4%.(Ver Tabla 28)

- ❖ Lugar donde adquiere los medicamentos que se auto medican los adultos mayores, pulpería 43%,mercados 29%,supermercado 13%,farmacia 9%, tienda naturista 5%,trasporte publico 2%.(Ver Tabla 29)
- ❖ Conocimiento de auto medicarse si 100%.(Ver Tabla 30)
- ❖ Definición de auto medicarse, recetarse uno solo 45%,comprar medicina por su cuenta 34%,comprar sin receta del medico 21%.(Ver Tabla 31)
- ❖ Riesgos que ocasiona auto medicarse en los adultos mayores, aumentar la presión 46%,dañar el riñón 27%dañar el hígado 16%,infartar el corazón 11%.(Ver tabla 32)
- ❖ Costumbre de auto medicarse en los adultos mayores más fácil que ir al médico 55%,están en todos lugares 14%,económico 13%,si el médico me los receta los sigo comprando porque me llegan 13%,dicen otros que son buenos 5%.(Ver Tabla 33)
- ❖ No recomendaría auto medicarse a otros adultos mayores, no 91%,si9%.(Ver Tabla 34)
- ❖ Motivos porque no recomendaría auto medicarse a otros adultos mayores, no soy médico 49%,dañar la salud 37%dar alergia 14%.(Ver Tabla 35)
- ❖ Información para auto medicarse para sus dolencias de donde la obtiene, televisión 49%,radio 30%,periódicos 16%,propaganda 5%(Ver Tabla 36)
- ❖ Dosificación de los medicamentos auto medicados para su dolencias, cada 6 horas 25%,cada 8 horas 16%,cada 12 horas 23%,cada 24 horas 36%(Ver Tabla 37)
- ❖ Efectos adversos que les ocasiona auto medicarse a los adultos mayores, nada 80%,ardor de estomago 8%,sueño 7%,alergia 3%,mareos1%,nauceas 1%.(Ver Tabla 38)

IX. DISCUSION DE RESULTADOS

La salud es algo invaluable para cada persona, donde claramente cada individuo le otorga el grado de importancia según sus intereses, pero que es capaz de hacer cada uno .tratar de mantenerla y no verse vulnerables frente a la amenaza de estar enfermos. Según Dorotea Orem (Marriner, 1999:181): “cada individuo tanto joven o maduro trata de forma deliberada de mantener su bienestar, un buen estado de salud y prolongar el desarrollo”. esto, el personal de salud debe ser capaz de identificar las habilidades potenciales de cada individuo para que este pueda satisfacer sus necesidades de auto cuidado con el fin de mantener su vida y su salud.

Es aquí donde pueden tratar de buscar soluciones y acudir de alguna manera a que uno o terceros diagnostiquen una enfermedad y se auto mediquen. Es por eso que la labor de enfermería es fundamental al momento de guiar y educar a la población y así puedan continuar aprendiendo y desarrollando capacidades de auto cuidado, para que cada uno de ellos sea capaz de tomar sus propias decisiones pero con herramientas propicias para hacerlo.

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

Como se ha establecido en el objetivo general en este estudio, se pretendió determinar el grado de automedicación en los adultos mayores que se atienden de manera ambulatoria en la Clínica Medica Notre Dame del Barrio Villa Adela M.D.C. Francisco Morazán en el periodo Enero a Marzo 2011,esperando alguna relación con los adultos mayores, características socio económico, sexo, grado de educación, conocimiento de auto medicarse razón por la que se auto médica, lugares donde obtienen la información los medicamentos auto medicados ,donde adquieren los lugares los medicamentos auto medicados por ellos mismos.

La población en estudio estuvo conformada por los 62 adultos mayores, de los cuales la mayoría pertenecen al sexo femenino, la edad encontrada fue de 60 a 64 años.

De la población entrevista dados un 71% están en unión libre,18% casados,6% viudos,5% solos.

Con respecto a su nivel educativo se encontraron que el 58% no cuentan con nivel grado de educación.

Con respecto a su situación laboral un 87% no laboran porque les ayudan sus hijos, pero se encontró que un 13% si laboran en vender tortillas, bibliotecarios, hacer viajes, vender frutas, percibiendo un sueldo de 500-1000 mensual lo que equivale a un 50% para mantenerse ellos y el resto de la familia.

Con respecto si son pensionados o jubilados un 97% no reciben ningún tipo de pensión, lo que demuestra que nuestros adultos mayores están en total abandono.

Las personas que les ayudan económicamente son sus hijos, con un ingreso de 2500-3000, conviven con más de 6 personas siendo familias muy amplias.

La mayoría de los entrevistados su atención medica lo recibe de los servicios de salud del estado en un 66%.

Cuando se siente mal de salud se sienten apoyados en 100%, en su mayoría por sus hijos en 63%.

Con respecto que si padece alguna enfermedad crónica de los adultos entrevistados 95% si padecen algún tipo de enfermedad, entre las encontradas en este estudio fueron Diabetes Mellitus tipo II en un 21%, Hipertension Arterial en un 20%, siendo estas dos las más frecuentes.

Los medicamentos se los indica el médico general en 47%, los medicamentos de uso frecuente que toman para sus enfermedades crónicas son hipoglicemiantes en un 20% y antihipertensivos 21%, diuréticos 19%, aspirina infantil 18%, los medicamentos los compran en las farmacias de los centros de salud 24%, hospitales públicos 27% y en la farmacia privadas en un 23%, sus hijos les ayudan sus hijos en la compra de medicamentos en un 56%.

Con respecto a las molestias que se automedican son las más frecuentes la gripe/tos en un 23%, dolor de músculos/huesos en 17%, gastritis 17%.

Con respecto a las personas que les sugiero auto medicarse 34% solos, familiar 32%, vecino 20%, son responsables de sus actos.

Los medicamentos que se auto medican los adquieren en los lugares cercanos al lugar de residencia como son las pulperías 43%, mercados 29%, farmacias privadas un 9%.

El conocimiento en qué consiste el termino automedicación respondieron si en un 100% lo que era, su definición fue recetarse por su cuenta en un 45%, 21% que consistía en comprar sin receta.

Los riesgos que encontraron por auto medicarse solos para sus dolencias se encontró que si producían daños como aumentarles la presión en un 46%, daño al riñón 27%, dañar el hígado 16%, si saben que son dañinos pero por economía lo realizan.

La costumbre por la automedicación es porque es más fácil que ir al médico en un 55%, se encuentran en todos lugares en un 14%, factor económico 13%.

Si recomienda a otras personas de su edad auto medicarse no lo haría respondieron un 91% que no, por el motivo que no son médicos en un 49%, dañinos a la salud 37%, demuestra que saben lo riesgoso de auto medicarse.

La información sobre la automedicación la obtienen de los siguientes medios es la televisión en un 49%, radio 30%, periódicos 16%, lo que demuestra que todos los hogares existen algún medio de comunicación se le agrega por no tener ningún grado de escolaridad se les hace más fácil obtener información de la televisión.

Los efectos adversos las repuestas que se dieron fueron no les da nada 80%, ardor de estomago 8%, sueño 7%, náuseas y mareos 1%, por lo encontrado en el estudio, los adultos mayores los siguen usando para sus malestares.

X.- CONCLUSIONES

1.-Las características demográficas el sexo femenino predomina, el estado civil predominante es unión libre; Encontramos que un pequeño porcentaje de adultos mayores encuestados todavía labora para su sustento con un ingreso menor al salario mínimo que tenemos en nuestro país; el porcentaje que no labora lo sostienen sus hijos y la mayoría de ellos no tienen pensión para su jubilación y la atención medica la recibe de los hospitales y centros de salud del estado ;conviven con sus hijos, nietos y esposas con 47%.

2.-Los adultos mayores la razón de auto medicarse es por lo económico y es más fácil que ir al médico.

3.-De los adultos mayores encuestados el 92 % se auto medican para otras dolencias que presentan aparte de sus enfermedades crónicas de base y las tres enfermedades crónicas que se encontraron en ellos fueron diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial y la combinación de estas dos.

4.-Los medicamentos más usados para auto medicarse son los antigripales, dolores óseos y gastritis.

5.-Los lugares donde adquieren los medicamentos son en pulperías y en mercados

6.-Los medios donde obtienen la información para la automedicación son la televisión, radio y periódicos.

XI.-RECOMENDACIONES

1.-La secretaria de salud, seguro social y ONGs deben de establecer programas dirigidos a los adultos mayores y al personal de salud para que conozcan los efectos adversos que ocasionan el auto medicarse.

2.-En los establecimientos de salud se debe mantener un registro tanto de las enfermedades crónicas que padecen y los medicamentos indicados para este grupo de edad.

3.-A las autoridades gubernamentales, en especial el FHIS y PRAF y el congreso nacional deben crear programas encaminados a mejorar la situación precaria que viven los adultos mayores especialmente los que están desprotegidos de la jubilación

4.-Al departamento de control de drogas y medicamentos de la secretaria de salud y fiscalía del consumidor debe de vigilar y prohibir la venta libre de medicamentos en mercados y pulperías y especialmente sin receta.

5.- A la secretaria de educación y ONGs Establecer programas de educación para disminuir el alto índice de analfabetismo en esta población.

6.-Crear conciencia mediante programas en escuelas, iglesias y grupos sociales y dentro del seno familiar de la importancia de convivir y prestarle apoyo a este grupo muy abandonado como ser el adulto mayor para que este sea atendido por la familia.

XII.-BIBLIOGRAFIA

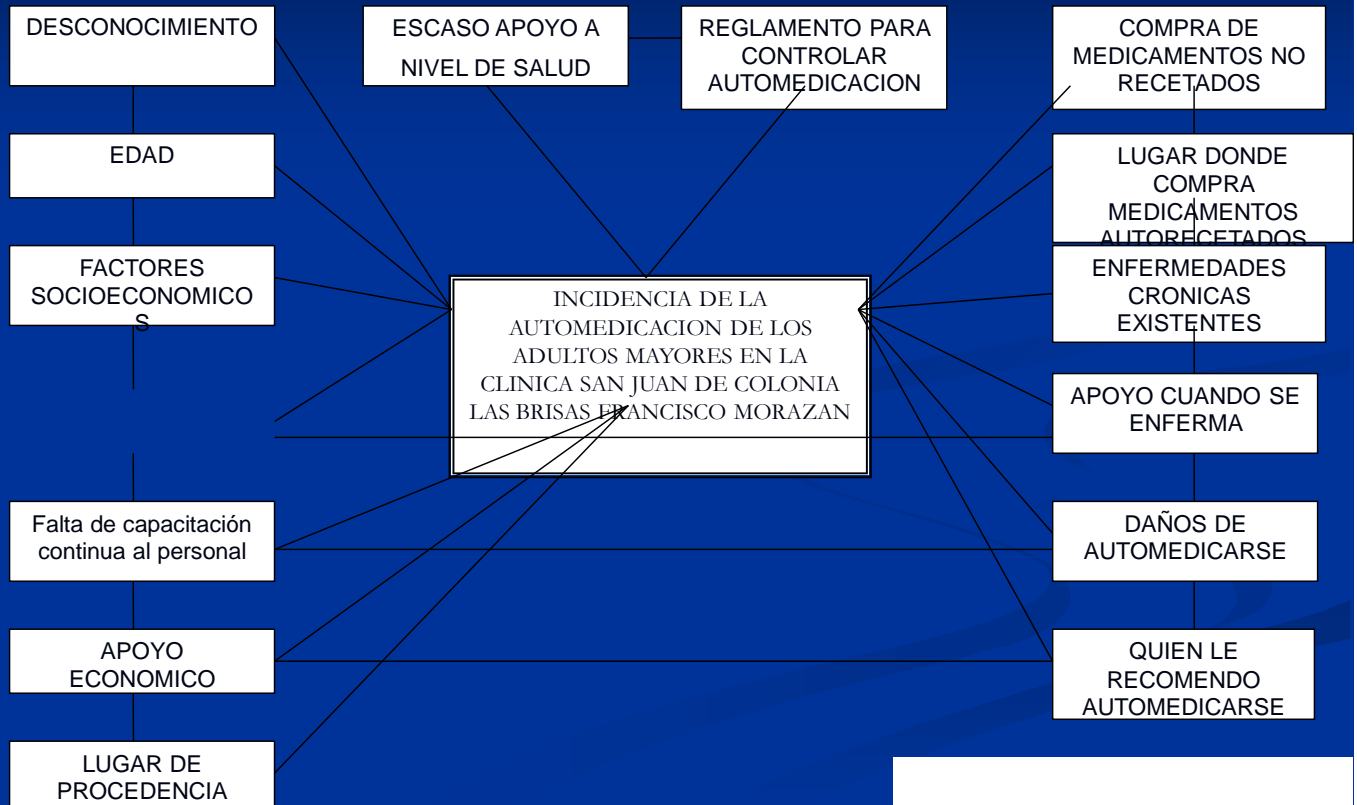
1. Mehr Sazone P. et al. A criterion-based review of preventive health care in the elderly. Part Z.A. Geriatric health maintenance program. J FamPract 2006; 34:320-47.
2. De Sada. Fuente P F: Tercera Edad. ¿Decadencia o plenitud? Desarrollo y Formación Familiar, A.C. Artículo revisado en la página: [www.familia.cl /tercera_ edad/.../ decadencia _o_ plenitud.htm](http://www.familia.cl/tercera_edad/.../decadencia_o_plenitud.htm) 2005
3. Jorgensen TM. Prescription drug use among ambulatory elderly in Swedish Municipality. Ann Pharmacother. Sep.; 27(9):1120-5. 2005
4. Efecto de los Cambios Demográficos en el Envejecimiento de la Población Tomado de la página: [www.fiap.cl/ p4_fiap/ site/.../ 2003 0430 124658. HTML](http://www.fiap.cl/p4_fiap/site/.../2003_0430_124658.HTML) Julio 2007.
5. Jiménez R, S. Y Román G., N. "Los problemas del abuso que presentan las personas mayores de 60 años, atendidas en los servicios de valoración y consulta externa del hospital nacional de geriatría y gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes", Costa Rica, 2006.
6. Dr. Pracht, CD Presidente de la Confederación Estatal de Pacientes de España. La Ancianidad. ¿Autonomía o dependencia? Artículo revisado en la página: www.ceoma.org/vicongreso/comunicaciones/18.doc 2007
7. Sheineider JK, Mion LC. Adverse drug reactions in an elderly outpatient population. Am J 49: 90-6. 2005
8. Tercera edad. Necesidad de educación en el adulto mayor...Articulo revisado en la página: www.monografias.com/.../tercera-edad.../tercera-edadededucacion.shtml.2010
9. Vargas Castrillón E, Moreno González A. Anciano y Fármacos Medicine; 87:3365-71. 2006
10. El envejecimiento de la población mundial. Artículo revisado en la página: [www.conapo.gob.mx/ publicaciones/ enveje / enveje01.pdf](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje/enveje01.pdf) 2005.

11. Castillo Fernando JR, Romero González M. La Terapéutica Farmacológica en Geriatria. Editorial SANDOZ; 139-43. 2008.
12. Colección Farmitalia Carlos Erba de Diagnóstico y Tratamiento. Geriatria. Tomo I, Barcelona Editorial Geriátrica: 64 -70; 2005
13. Beers MH, Ouslander JG. Risk factors in Geriatrics drug prescribing. Drugs; 37:105-112. 2005
14. Polifarmacia en la tercera edad: riesgos y beneficios....Revisado en: [www.um.edu.uy/.../48_Polifarmacia-en-la-tercera – edad -riesgos](http://www.um.edu.uy/.../48_Polifarmacia-en-la-tercera-edad-riesgos). 2005.
15. Avalos R, Lowick J, "Maltrato en la Vejez, orientaciones generales para su investigación y un estudio local exploratorio". Serie estudios y documentos Centro de Capacitación C.E.C., Santiago, 2007.
16. Gómez. M. J.F. et al. Evaluación de la Salud de los ancianos. Manizales. Columbia. 2009
17. Envejecer en Latinoamérica en una sociedad globalizada Agenda de sensibilización en Colombia en el siglo XX - Red Latinoamericana de Gerontología. Marzo 2005.
18. Salgado A, Guillén F. Manual de Geriatria. Ediciones Científico y Técnicas SA; 539-43. 2008.
19. Mira y López E: "Hacia una vejez joven, Psicología y Psicoterapia de la ancianidad". Editorial Kapelurz.Buenos Aires, Argentina, 2006
20. Ireland G. Principles of prescribing medications. Ambulatory geriatric care 2007; 18-26.
21. Gómez J.F., Curcio C.L., Gómez D. Evaluación de la salud de los ancianos 2005; 77-90.
22. Who. Health care in the everly.Report of the technical group on use of medicaments by the elderly. Drugs 2005; 22:279-294.

23. Gusney M, Tallis R. Prescription of contraindicated and interacting drugs in elderly patients admitted to Hospital. *Lancet* 2009; 2:564-7.
24. Jorgensen TM. Prescription drug use among ambulatory elderly in Swedish Municipality. *Ann Pharmacotherapy*. 2008 Sep.; 27(9):1120-5.
25. Castillo Fernando JR, Romero González M. La Terapéutica Farmacológica en Geriatría. Editorial SANDOZ; 2006:139-43.
26. Dra. Fernández Guerra, N.1 Dra. Díaz Armesto N, 2 Dr. Pérez Hernández B 3 y Dr. Rojas Pérez A, 4. Polifarmacia en el ACTA MÉDICA 2006; 10(1-2)
27. Jiménez Herrera L G, Fernández Rojas X. Caracterización del uso de medicamentos en personas adultas mayores, Costa Rica 2007.
28. Vargas Castellón E, Moreno González A. Anciano y Fármacos *Medicine* 2009; 87:3365-71.
29. . Regueira Naranjo JL, Conde Martín M, de Barrio Taupier I. Polifarmacia en la Tercera Edad. *Rev. Cubana Med. Gen Integr* 2006; 16(4):346-9.
30. Sánchez NA., Píole JC. Medicación en los ancianos: Prescripción y automedicación. *Vivir en Plenitud*. Año 2009. No. 338, pp. 21.
31. Márquez Arango J. Polifarmacoterapia en un grupo de pacientes mayores de 65 años en Manizales. *MEDOMAI* 2005; 1(1)4-5.
32. Martínez Querol C. Pérez Martínez VT, Carballo Pérez M y. Larrondo Viera JJ Polifarmacia en los adultos mayores. *Rev. Cubana Medicina General Integral* 2005;21.

A N E X O S

Modelo teórico



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio							
Completamiento de protocolo	X	X	X	X																								
Prueba piloto de instrumentos					X																							
Recolección de Datos						X	X	X																				
Construcción de base de datos									X																			
Alimentar la base de datos										X	X	X																
Limpieza de base de datos													X															
Análisis de datos													X	X	X	X												
Informe preliminar(entregar 3 copias para pre-defensa)																	X											
Pre-defensa																		X										
Ajustes al informe preliminar																			X	X								
Informe Final (copias y engargolados 3 y entrega)																				X								
Defensa de Tesis																								X				

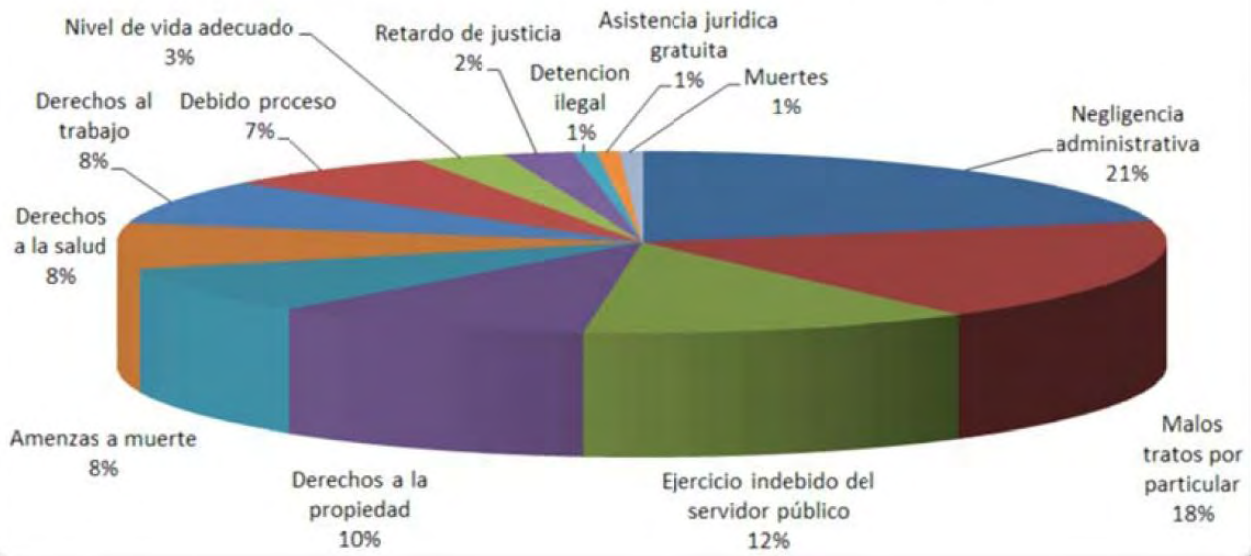
PRESUPUESTO

Insumos	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
Resma de papel Bond	3	L. 90	270
Tinta para impresora	2	L. 300	600
Caja de Grapas	1	L. 12	24
Engrapadora	1	L. 35	35
Caja de Lápiz	3	L. 12	36
Fotocopias	180	0L. 50	90
Computadora	1	L. 8,000	8,000
Impresora	1	L. 1,500	1,500
Comunicación	30	L. 4	120
Combustible	10	L. 74	740
Encuestados	10	L. 50	500
Refrigerio	10	L. 50	500
Total			L. 12,415

MAPA DEL MUNICIPIO DEL DISTRITO CENTRAL



Derechos mas violentados Adulto Mayor





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD



CIES

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

**LA AUTOMEDICACION DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL BARRIO VILLA ADELA
M.DC.TEGUCIGALPA FRANCISCO MORAZAN HONDURAS, EN EL PERIODO
COMPENDIDO ENERO A MARZO 2011**

Instrumento de Recolección de la Información

Datos Generales:

1.-Sexo: a.-Femenino _____ b.-Masculino _____

2.-Edades: 60-64 _____ 65-69 _____ 70-74 _____ 75_79 _____ >80 _____

3.-Estado Civil: Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Unión Libre _____ Viudo(a) _____

4.-Escolaridad: Primaria Completa _____ Primaria Incompleta _____

Secundaria Completa _____ Secundaria Incompleta _____ Universidad Completa _____

Universidad Incompleta _____ Sin Escolaridad _____

5.-Lugar de Residencia:

6.-Trabaja usted? Si _____ No _____

Si la respuesta es no pase a la pregunta numero 9

7.-De que trabaja?

8.-Cual es su sueldo por trabajar?

-500-1000

-1500-2000

-2500-3000

->3500

9.-Quié lo sostiene?

-Hijos

-Nietos

-Amigos

-Otros

10.-Cuál es el ingreso económico que recibe la persona que le ayuda económicamente?

-500-1000

-1500-2000

-2500-300

->3500

-No Sabe

11.-De dónde recibe su atención médica?

-IHSS

-Centro de Salud/Hospital Público

-Clínica Privada

-Clínica de la Iglesia Católica

12.-Lugares donde recibe su atención médica?

13.-Cuando usted se enferma se siente apoyado por alguien?

-Si_____ No_____

14.-De parte de quién recibe apoyo?

-Hijos__

-Nietos__

-Vecinos__

-Iglesia__

-Otros____

15.-Con quien vive usted?

-Esposa(o)____

-Hijas(os)____

-Esposa, Hijos____

-Esposa(o), hijos(as), nietos_____

-Nietos__

-Solo_____

16.-Cuantas persona conviven con usted?

-Solo__

-3-5 personas

->6 de personas

17.-Es pensionado?

Si___ No___ Si su respuesta es no pase a la pregunta numero 19

18.-De que institución recibe su pensión?

-IHSS

-IMPREMA

-INJUPEMH

-FAMILIA/AMIGO

19.- Usted padece de alguna enfermedad crónica?

-Si___ No_____

20.-Mencione cuales son esas enfermedades crónicas que padece?

21.-Cuales son los medicamentos que toma para sus enfermedades crónicas?

22.-Quien le indico los medicamentos para su enfermedades?

-Medico general ____

-Médico internista_____

-Endocrinólogo____

-Cirujano vascular____

-Cardiólogo____

-Dermatólogo____

23.-Donde compra los medicamentos para su enfermedad?

-Farmacia del centro de salud__

-Farmacias de los hospitales públicos__

-Farmacias privadas__

-Farmacia del IHSS__

-Otros_____

24.-Quien le ayuda en la compra de la medicinas y su consultas medicas?

-Hijo_____

-Nietos____

-Amigos____

-Otros

25.-Aparte de los medicamentos que usted toma se auto medica para otros malestares?

-Si____ No_____

26.-Mencione las enfermedades para las cuales se auto medica?

27.-Mencione los medicamentos que se auto médica para sus dolencias?

28.-Quien le indico auto medicarse para cuando usted se enferma?

-Medico_____

-Familiar_____

-Amigo_____

-Vecino_____

-Naturista____

-Solo_____

29.-Donde adquiere los medicamentos que se auto medica?

-Farmacia____

-Pulpería____

-Supermercado____

-Tienda naturista____

-Mercados____

-Trasporte publico__

30.-Sabe usted que es auto medicarse?

-Si____ No____

31.-Que es auto medicarse?

32.-Mencione los riesgos de auto medicarse por su cuenta?

33.-Porque acostumbra auto medicarse si sabe que es malo para su salud?

34.-Usted recomendaría auto medicarse a otras personas mayores?

-Si____ No____

35.-Porque no lo recomendaría auto medicarse?

36.-De donde obtiene la información para auto medicarse?

-Televisión____

-Radio____

-Periódicos____

-Propaganda____

37.-Cada cuanto toma los medicamentos que usted se auto médica?

-Cada 6 horas____ -Cada 8 horas____ Cada 12 horas____ Cada 24 horas____

38.-Al auto medicarse le produce algún efecto adverso a su salud?

-Nauseas____ -Alergia____ -Mareos____ Sueño____ Ador de estomago____ -Nada____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA / MANAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD

CIES

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

**AUTOMEDICACION DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA CLINICA NOTRE DAME, DEL
BARRIO VILLA ADELA
COMAYAGUELA, M.D.C. HONDURAS ENERO A MARZO 2011.**

TABLAS

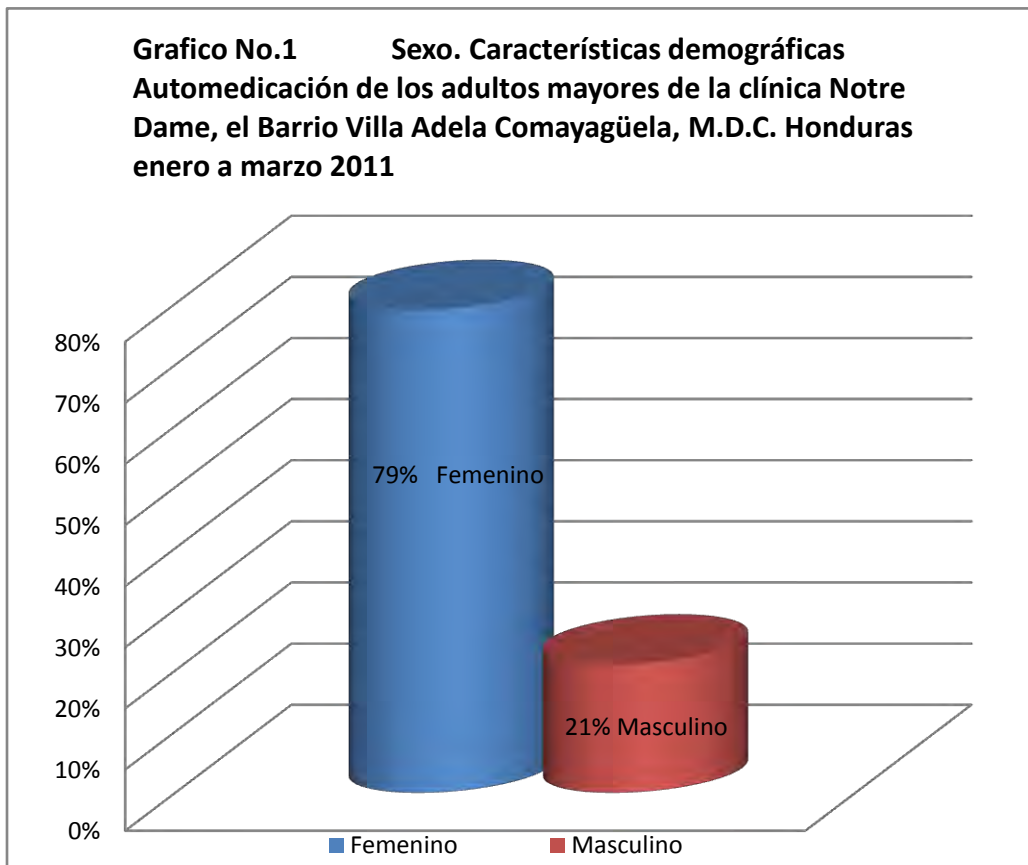
TABLA 1

Sexo. Características demográficas

Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
el Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	49	79%
Masculino	13	21%
Total	62	100%

Fuente: Encuesta



Fuente: Tabla 1

TABLA 2

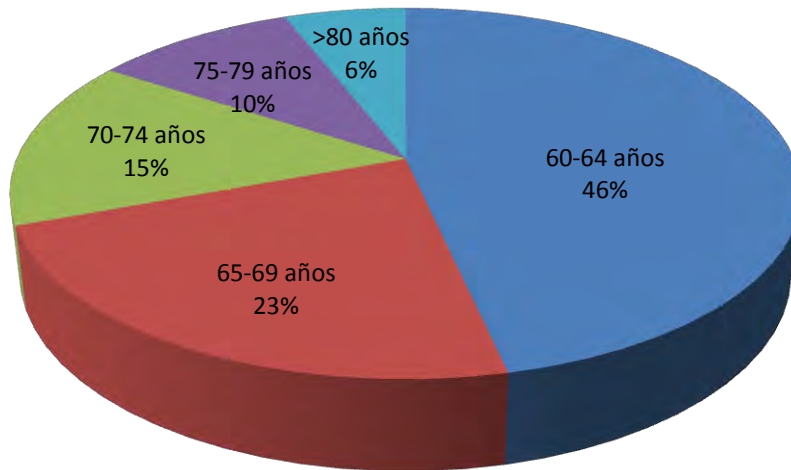
Edad. Características demográficas

Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
el Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Edad	Frecuencia	%
60-64	29	47%
65-69	14	23%
70-74	9	15%
75-79	6	10%
>80 años	4	6%
Total	62	100%

Fuente :Encuesta

Grafico 2. Edad. Características demográficas
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre
Dame, el Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras
enero a marzo 2011



Fuente Tabla 2

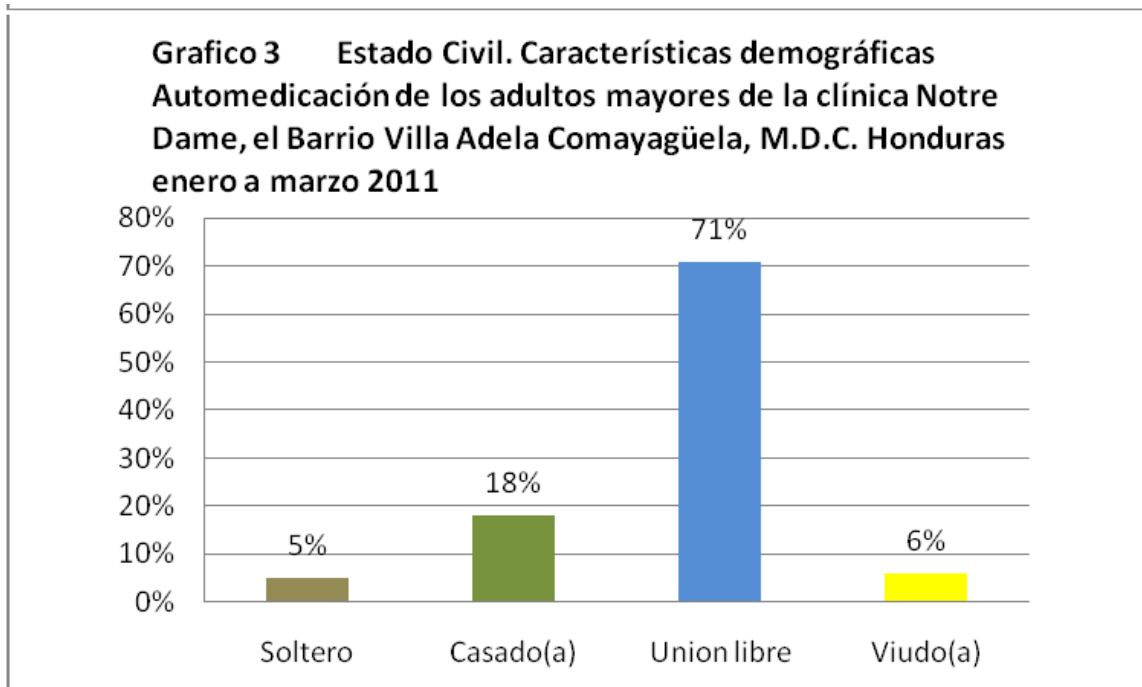
TABLA 3

Estado Civil. Características demográficas

Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
el Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero	3	5%
Casado(a)	11	18%
Union libre	44	71%
Viudo(a)	4	6%
Total	62	100%

Fuente: Encuesta



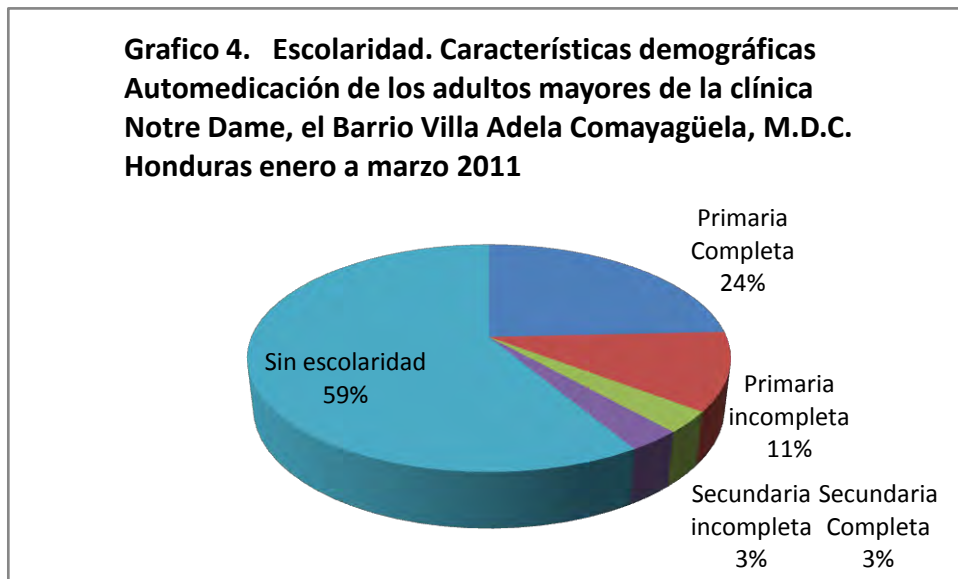
Fuente Tabla 3

TABLA 4

Escolaridad. Características demográficas
 Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
 el Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011.

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria Completa	15	24%
Primaria incompleta	7	11%
Secundaria Completa	2	3%
Secundaria incompleta	2	3%
Sin escolaridad	36	58%
Total	62	100%

Fuente: Encuesta



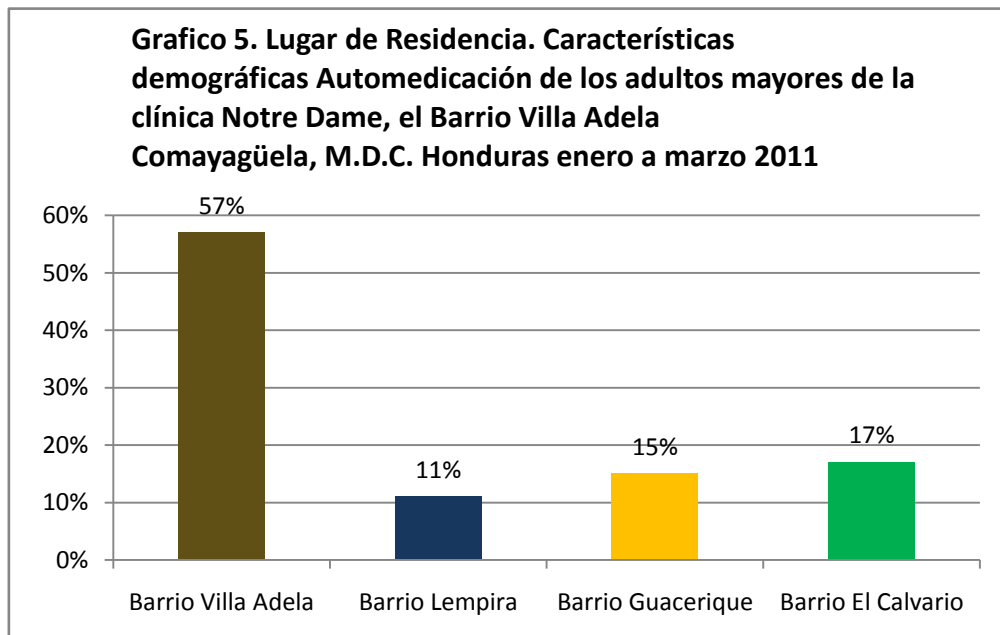
Fuente Tabla 4

TABLA 5

Lugar de Residencia. Características demográficas
 Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
 el Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011.

Lugar de Residencia	Frecuencia	%
Barrio Villa Adela	35	57%
Barrio Lempira	7	11%
Barrio Guacerique	9	15%
Barrio El Calvario	11	17%
Total	62	100%

Fuente: Encuesta



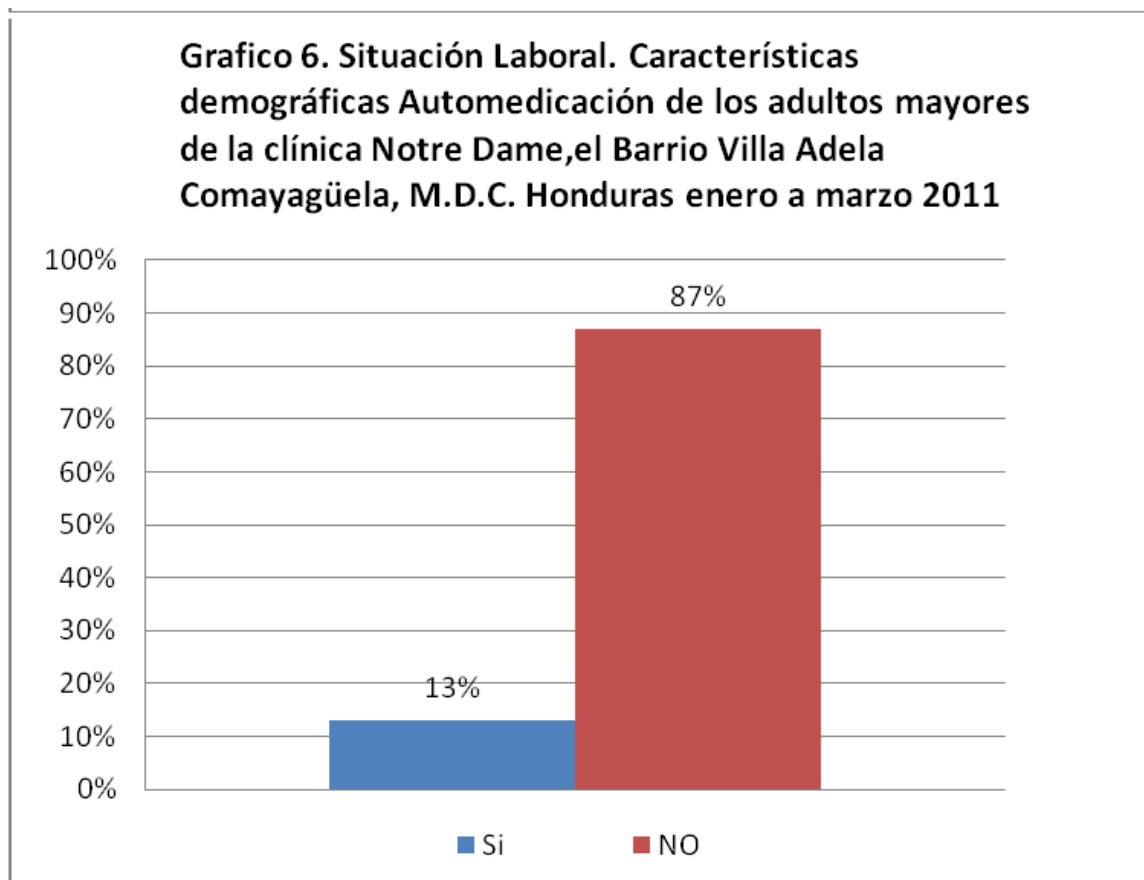
Fuente Tabla 5

TABLA 6

Situación Laboral. Características demográficas
 Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
 el Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011.

Trabaja Actualmente	Frecuencia	%
Si	8	13%
NO	54	87%
Total	62	100%

Fuente: Encuesta



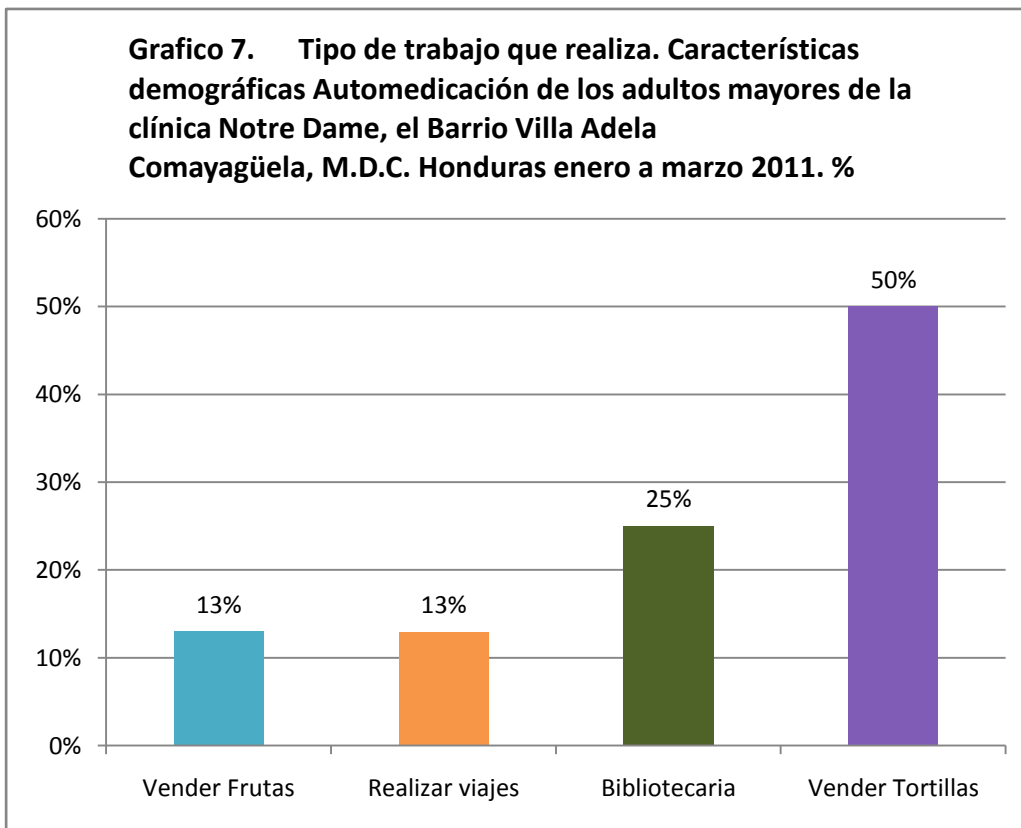
Fuente Tabla 6

TABLA 7

Tipo de trabajo que realiza. Características demográficas
 Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
 el Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011.

De que Trabajan	Frecuencia	%
Vender Frutas	1	13%
Realizar viajes	1	13%
Bibliotecaria	2	25%
Vender Tortillas	4	50%
Total	8	100%

Fuente: Encuesta



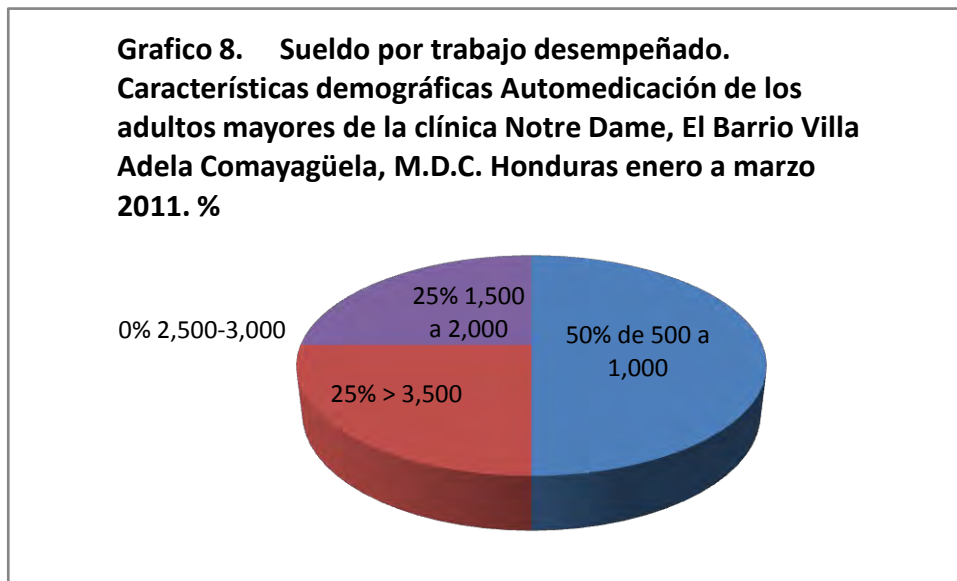
Fuente Tabla7

TABLA 8

Sueldo por trabajo desempeñado. Características demográficas Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011.

Ingreso Mensual	Frecuencia	%
500-1000	4	50%
1500-2000	2	25%
2500-3000	0	0
>35000	2	25%
Totales	8	100%

Fuente: Encuesta



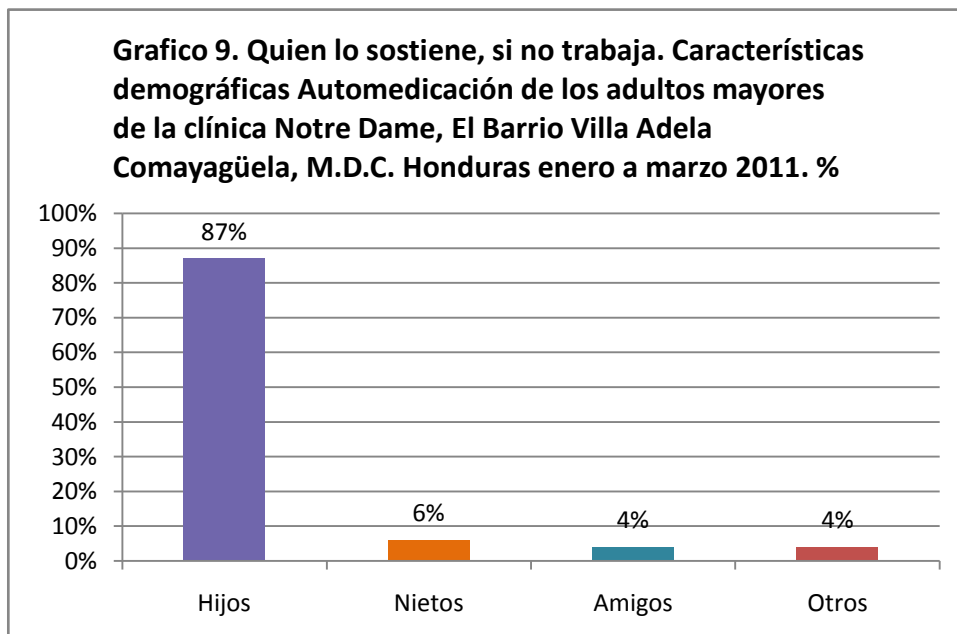
Fuente Tabla 8

TABLA 9

Quien lo sostiene, si no trabaja. Características demográficas
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011.

Quien los ayuda económicamente	Frecuencia	%
Hijos	47	87%
Nietos	3	6%
Amigos	2	4%
Otros	2	4%
Total	54	100%

Fuente: Encuesta



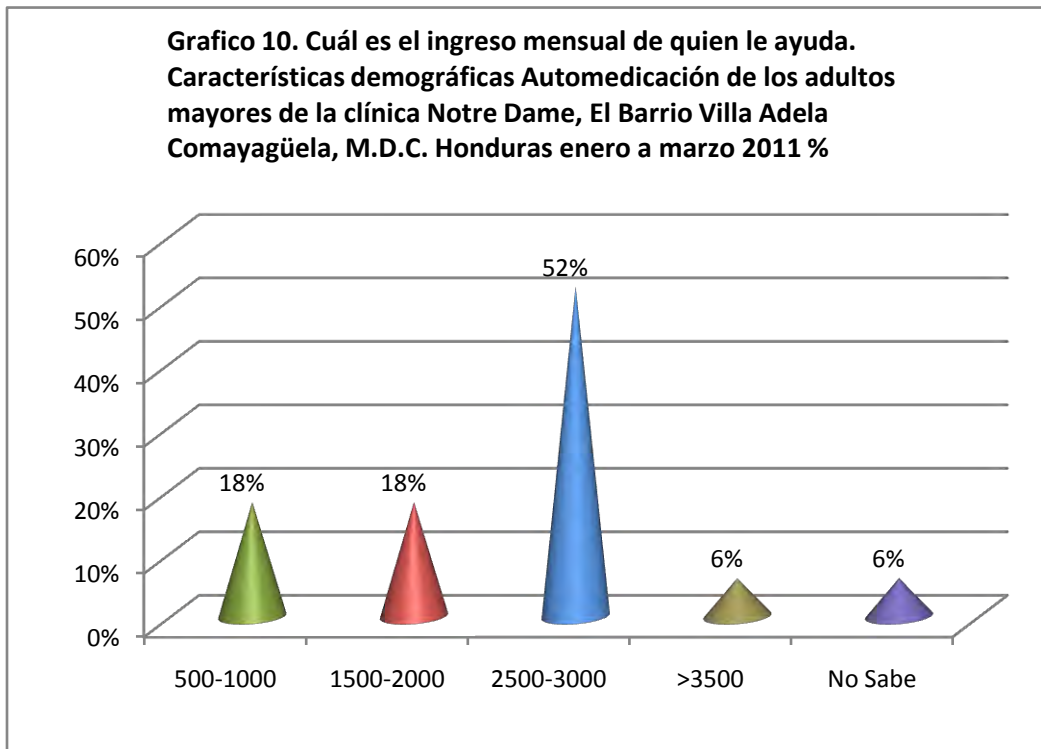
Fuente tabla 9

TABLA 10

Cuál es el ingreso mensual de quien le ayuda. Características demográficas Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Ingreso Económico	Frecuencia	%
500-1000	11	18%
1500-2000	11	18%
2500-3000	32	52%
>3500	4	6%
No Sabe	4	6%
Total	62	100%

Fuente: Encuesta



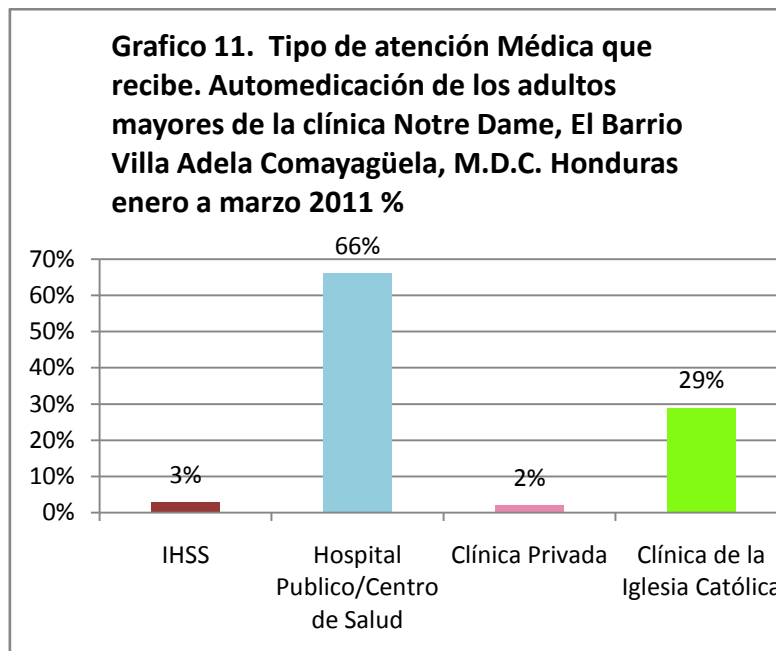
Fuente Tabla 10

TABLA 11

Tipo de atención Médica que recibe. Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Tipo de atención Médica que recibe	Frecuencia	%
IHSS	2	3%
Hospital Publico/Centro de Salud	41	66%
Clínica Privada	1	2%
Clínica de la Iglesia Católica	18	29%
		%
Total	62	100%

Fuente: Encuesta



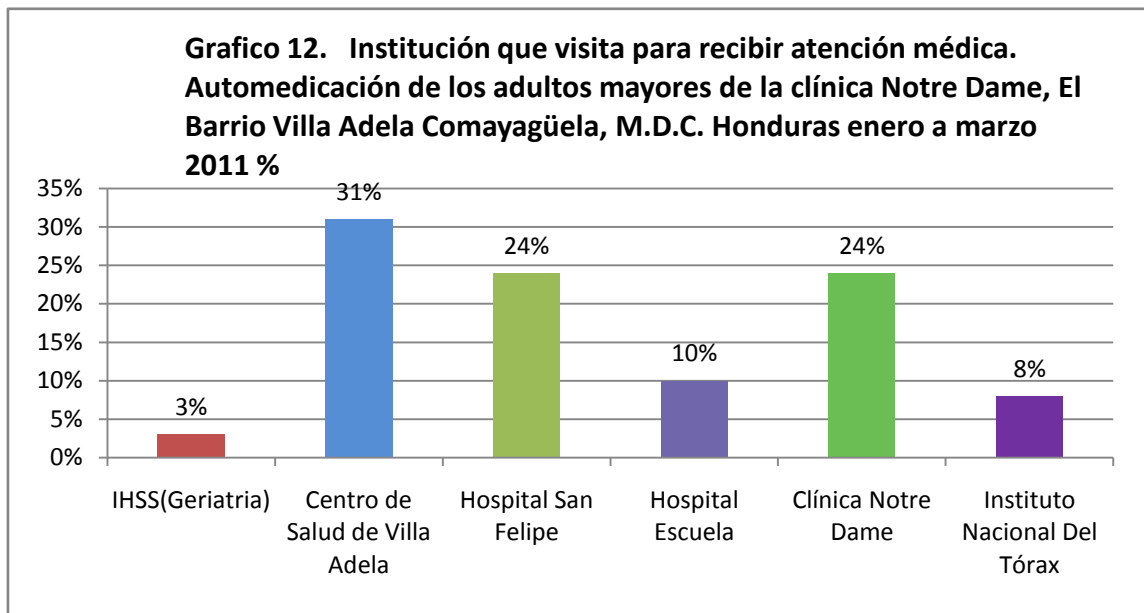
Fuente Tabla 11

TABLA 12

Institución que visita para recibir atención médica.
 Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
 El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Tipo de atención Médica que recibe	Frecuencia	%
IHSS(Geriatria)	2	3%
Centro de Salud de Villa Adela	19	31%
Hospital San Felipe	15	24%
Hospital Escuela	6	10%
Clínica Notre Dame	15	24%
Instituto Nacional Del Tórax	5	8%
Total	62	100%

Fuente. Encuesta



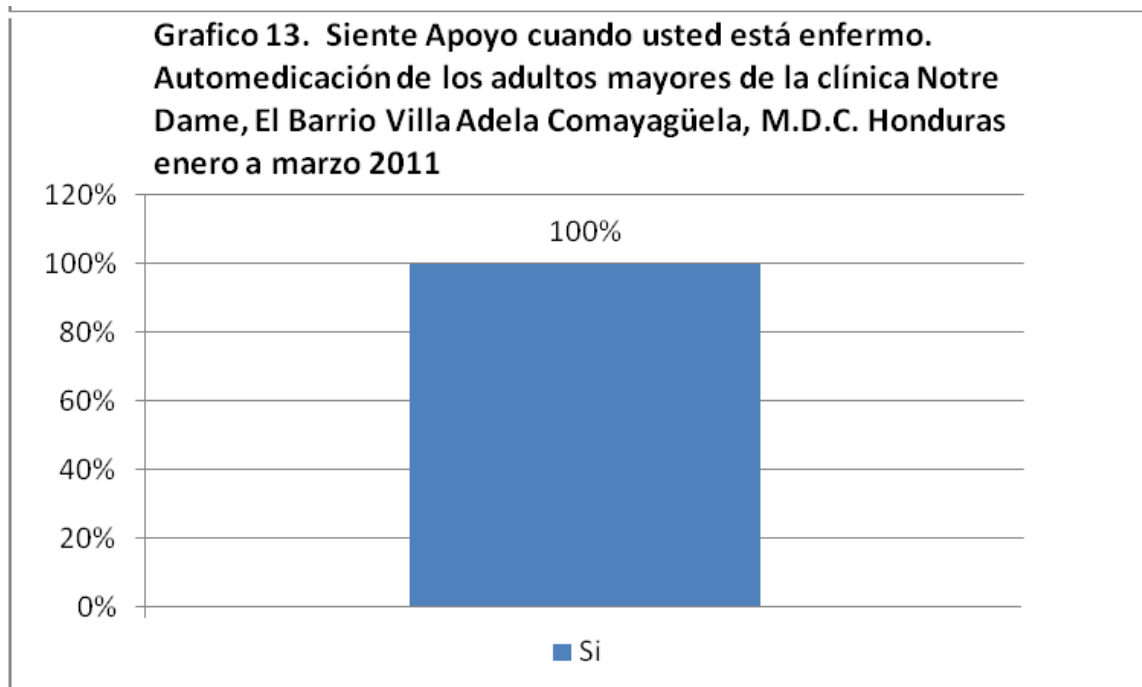
Fuente tabla 12

TABLA 13

Siente Apoyo cuando usted está enfermo.
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Siente Apoyo cuando usted está enfermo	Frecuencia	%
Si	62	100%
No	0	0%
Total	62	100%

Fuente: Encuesta



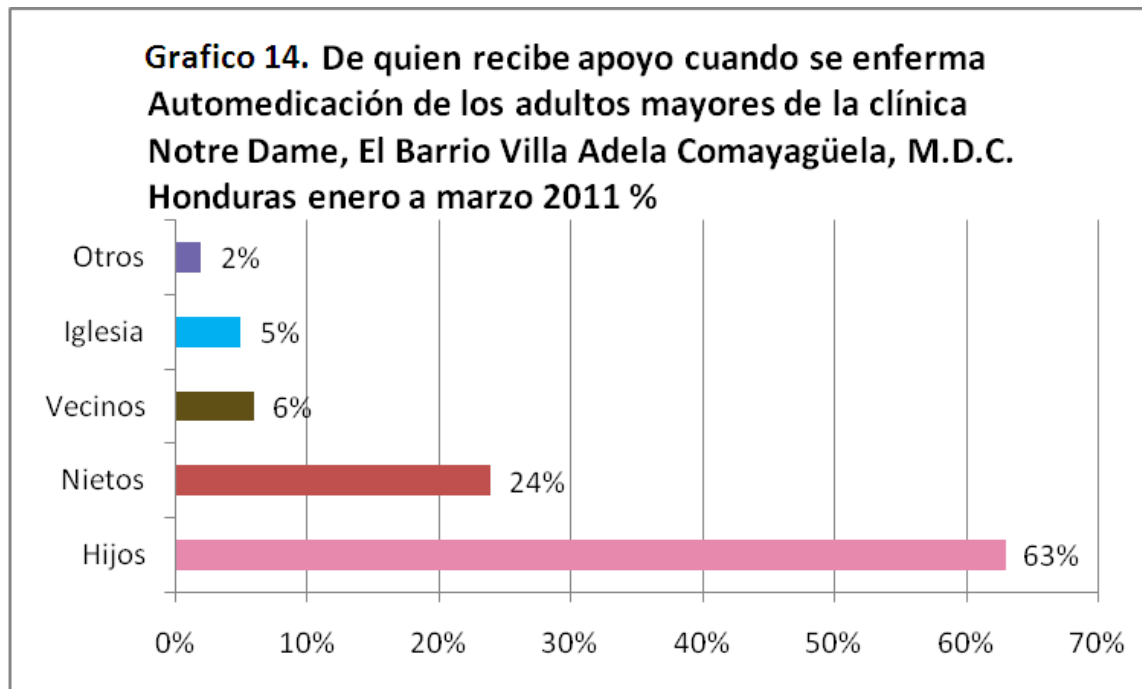
Fuente :Tabla 13

TABLA 14

De quien recibe apoyo cuando se enferma
 Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
 El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Apoyo recibido de	Frecuencia	%
Hijos	39	63%
Nietos	15	24%
Vecinos	4	6%
Iglesia	3	5%
Otros	1	2%
Total	62	100%

Fuente: Encuesta



Fuente Tabla 14

TABLA 15

Con quien vive,
 Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
 El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Con quien vive	Frecuencia	%
Esposa(o)	3	5%
Hijos(as)	5	8%
Esposa(o),hijos	22	35%
Esposa(o),hijos, nietos	29	47%
Nietos	2	3%
Solo(a)	1	2%
Total	62	100%

Fuente: Encuesta



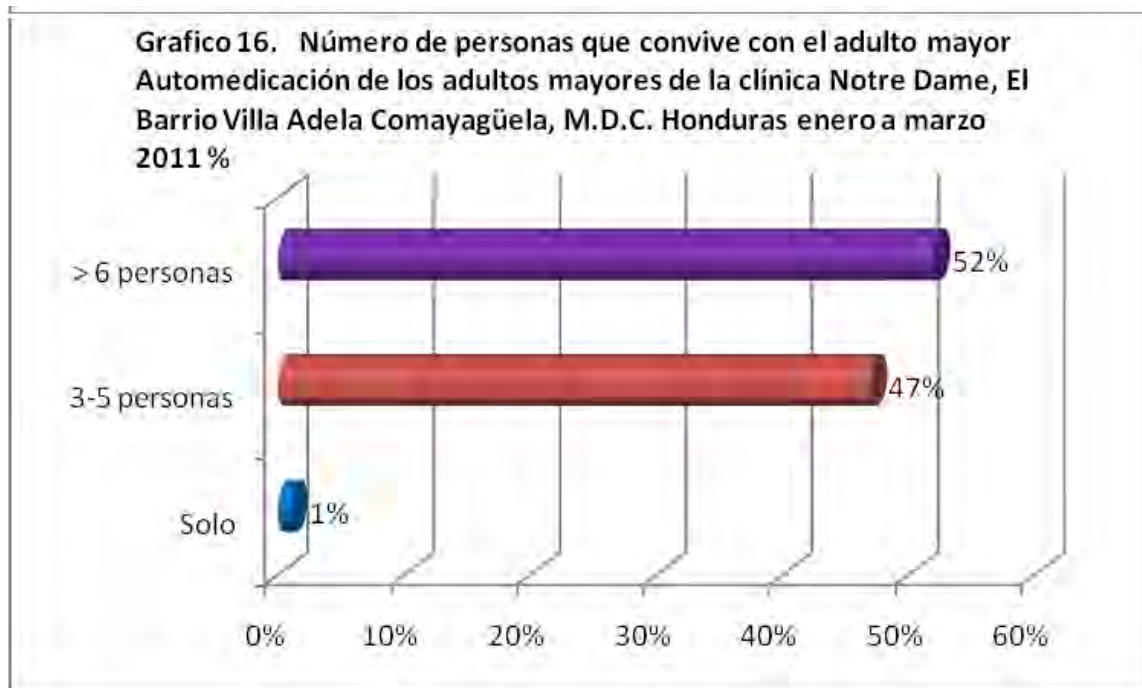
Fuente Tabla15

TABLA 16

Número de personas que convive con el adulto mayor
 Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
 El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Numero de personas que convive con el adulto mayor	Frecuencia	%
Solo	1	2%
3-5 personas	29	47%
> 6 personas	32	52%
Total	62	100%

Fuente: Encuesta



Fuente tabla 16

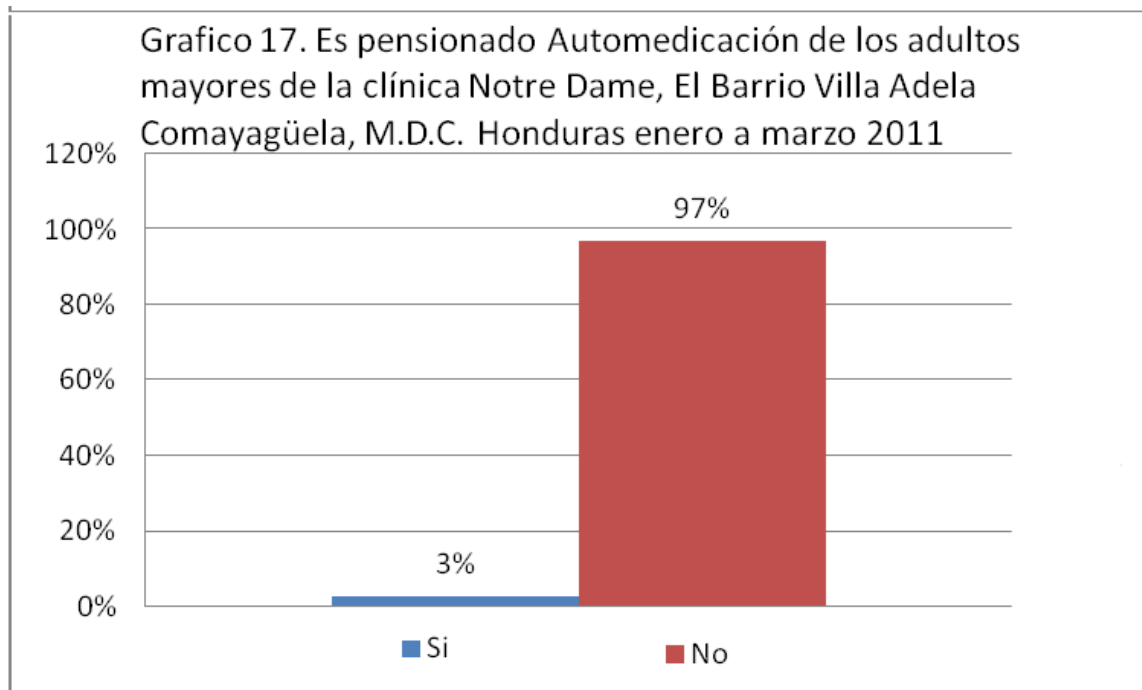
TABLA 17

Es pensionado

Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Es pensionado	Frecuencia	%
Si	2	3%
No	60	97%
Total	62	100%

Fuente: Encuesta



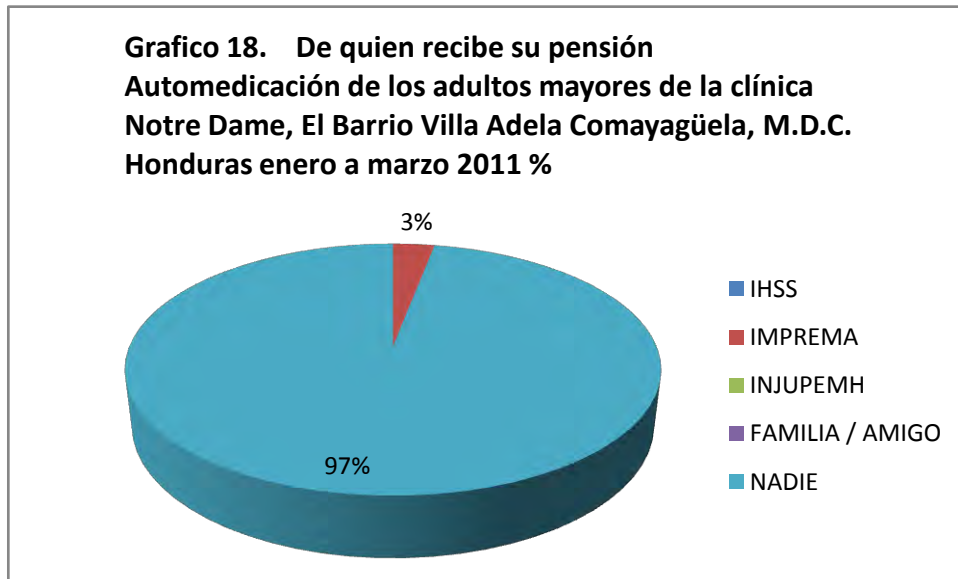
Fuente tabla 17

TABLA 18

De quien recibe su pensión
 Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
 El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Institución que paga su pensión	Frecuencia	%
IHSS	0	0%
IMPREMA	2	3%
INJUPEMH	0	0%
FAMILIA / AMIGO	0	0%
NADIE	60	97%
Total	62	100%

Fuente: Encuesta



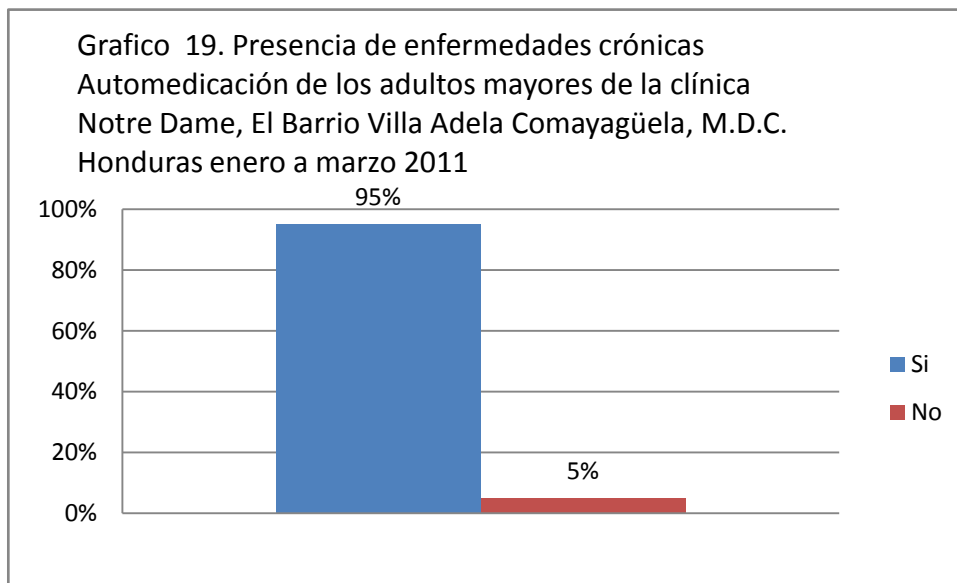
Fuente tabla

TABLA 19

Presencia de enfermedades crónicas
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Padece de alguna enfermedad	Frecuencia	%
Si	59	95%
No	3	5%
Total	62	100%

Fuente: Encuesta



Fuente tabla 19

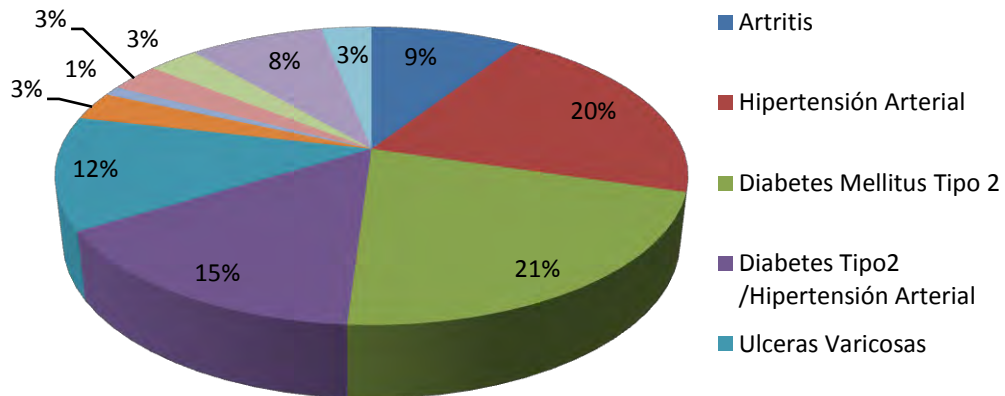
TABLA 20

Enfermedades crónicas que padecen
 Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
 El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Enfermedades crónicas que padece	Frecuencia	%
Artritis	11	9%
Hipertensión Arterial	24	20%
Diabetes Mellitus Tipo 2	25	21%
Diabetes Tipo2 /Hipertensión Arterial	18	15%
Ulceras Varicosas	14	12%
Colon Irritable	4	3%
Próstata	1	1%
Osteoporosis	4	3%
Gastritis	3	3%
Dislipidemias	10	8%
Cardiopatías	4	3%
Total	118	100%

Fuente:Encuesta

**Grafico 20. Enfermedades crónicas que padecen
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre
Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras
enero a marzo 2011 %**



Fuente tabla 20

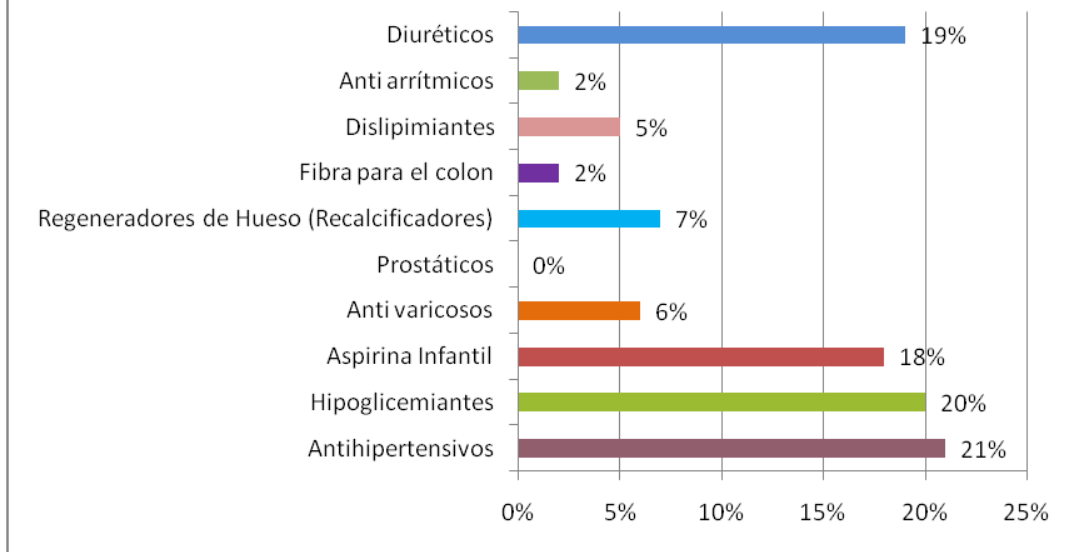
TABLA 21

**Que Medicamentos toma para estas enfermedades
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011**

Que Medicamentos toma para estas enfermedades	Frecuencia	%
Antihipertensivos	46	21%
Hipoglicemiantes	43	20%
Aspirina Infantil	38	18%
Anti varicosos	14	6%
Prostáticos	1	0%
Regeneradores de Hueso (Recalcificadores)	15	7%
Fibra para el colon	4	2%
Dislipimiantes	10	5%
Anti arrítmicos	4	2%
Diuréticos	42	19%
Total	217	100%

Fuente: Encuesta

**Grafico 21. Que Medicamentos toma para estas enfermedades
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras
enero a marzo 2011 %**



Fuente tabla 21

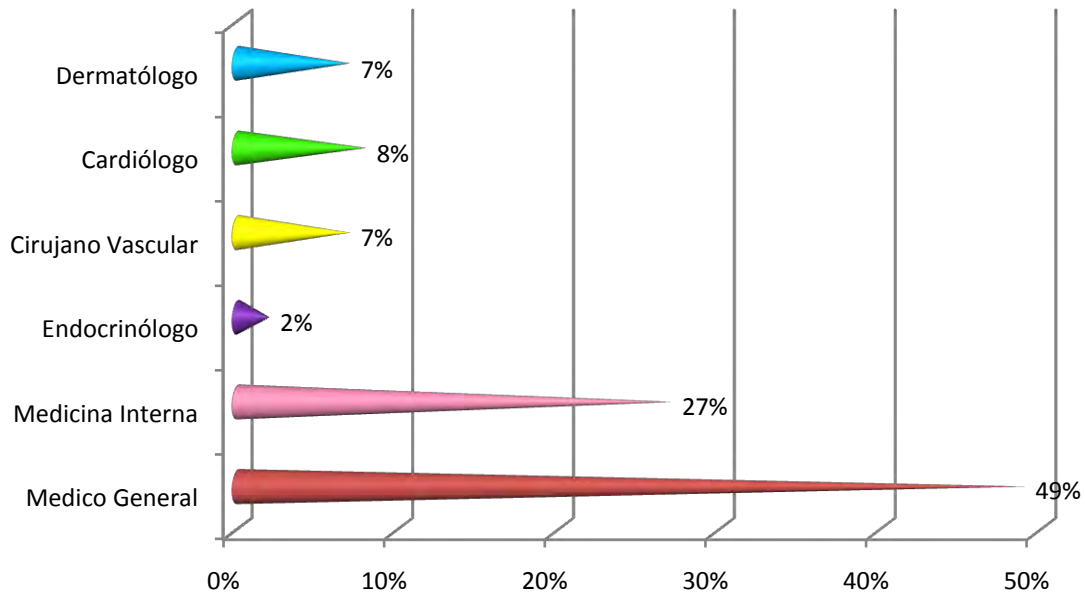
TABLA 22

Quien le indico estos medicamentos para su enfermedad
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Quien le indico los medicamentos para su enfermedad	Frecuencia	%
Medico General	29	49%
Medicina Interna	16	27%
Endocrinólogo	1	2%
Cirujano Vascular	4	7%
Cardiólogo	5	8%
Dermatólogo	4	7%
Total	59	100%

Fuente:Encuesta

**Grafico 22. Quien le indico estos medicamentos para su enfermedad
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011**



Fuente tabla 22

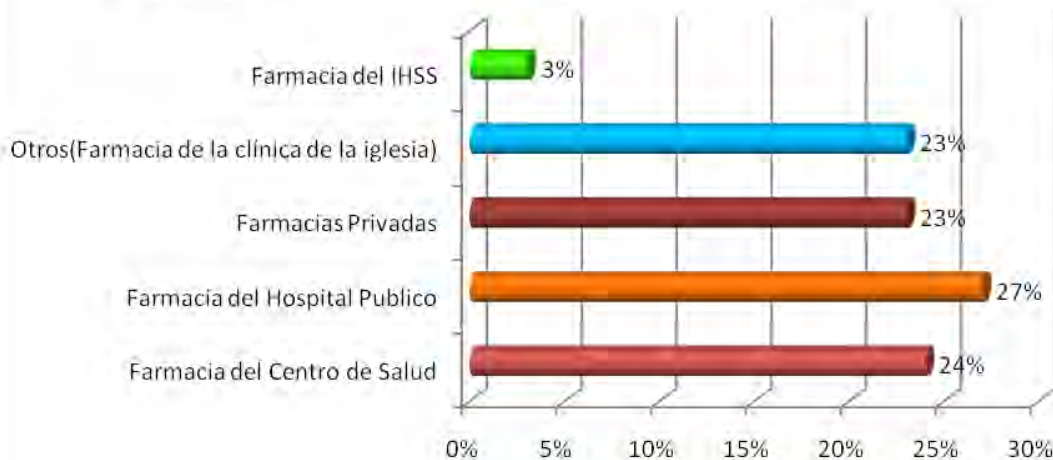
TABLA 23

Donde Adquiere los medicamentos para su enfermedad
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo
2011

Donde Compra los medicamentos	Frecuencia	%
Farmacia del Centro de Salud	15	24%
Farmacia del Hospital Publico	17	27%
Farmacias Privadas	14	23%
Otros(Farmacia de la clínica de la iglesia)	14	23%
Farmacia del IHSS	2	3%
Total	62	100%

Fuente:Encuesta

**Grafico 23. Donde Adquiere los medicamentos para su enfermedad
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El
Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011**



Fuente tabla 23

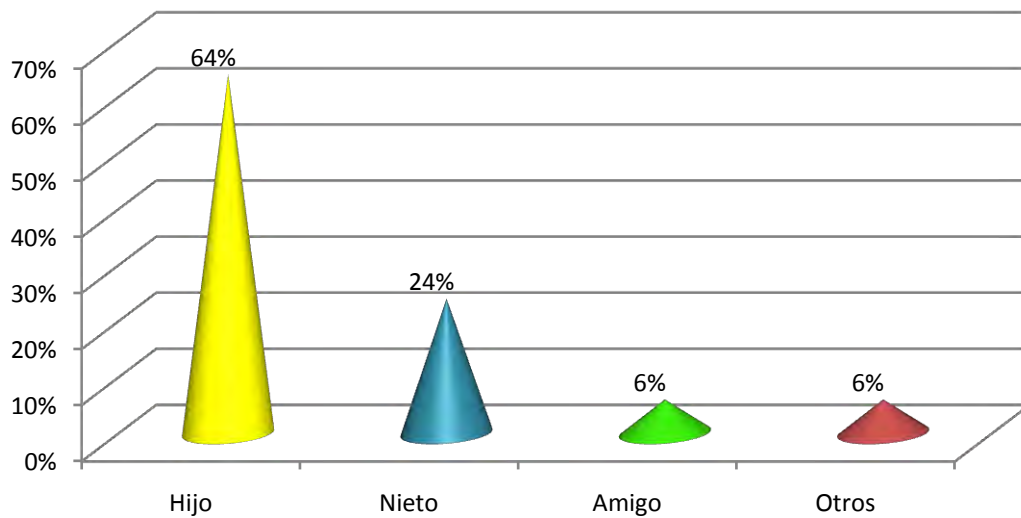
TABLA 24

Quien le ayuda económicamente para la consulta compra de medicamentos
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Quien le ayuda con su consulta médica y compra de medicamentos	Frecuencia	%
Hijo	39	64%
Nieto	15	24%
Amigo	4	6%
Otros	4	6%
Total	62	100%

Fuente: Encuesta

Grafico 24. Quien le ayuda económicamente para la consulta compra de medicamentos Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011



Fuente tabla 24

TABLA 25

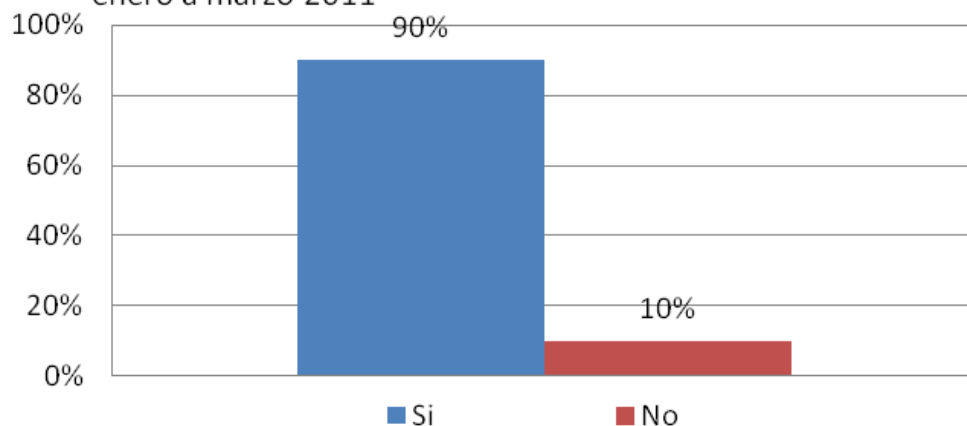
Aparte de los medicamentos que toma para su enfermedad usted se auto médica para otras dolencias .

Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Usted se auto medica para otras molestias que sufre	Frecuencia	%
Si	56	90%
No	6	10%
Total	62	100%

Fuente: Encuesta

Grafico 25. Aparte de los medicamentos que toma para su enfermedad usted se auto médica para otras dolencias .
 Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011



Fuente Tabla 25

TABLA 26

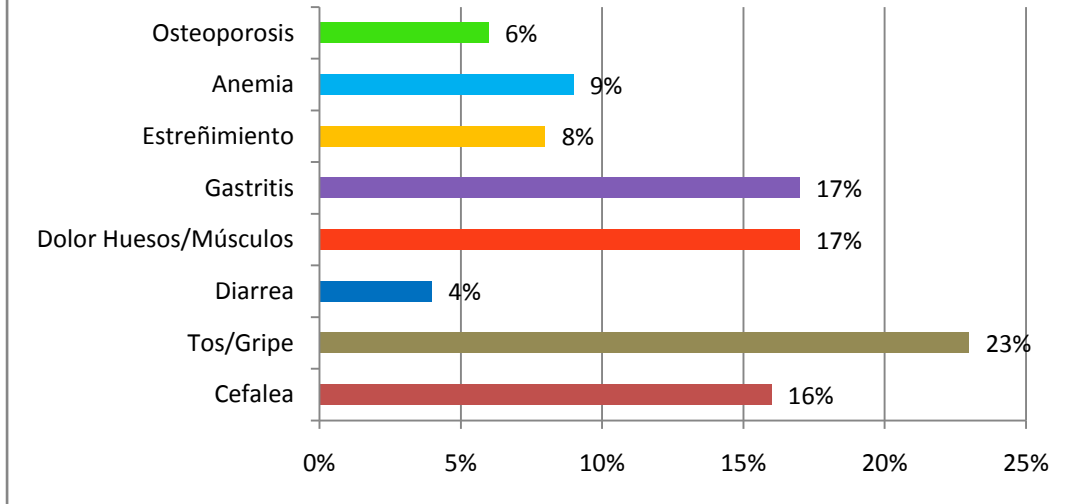
Para que Malestares se auto medica

Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
 El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Usted se auto medica para los siguientes malestares	Frecuencia	%
Cefalea	24	16%
Tos/Gripe	35	23%
Diarrea	6	4%
Dolor Huesos/Músculos	27	17%
Gastritis	27	17%
Estreñimiento	13	8%
Anemia	14	9%
Osteoporosis	10	6%
Total	156	100%

Fuente: Encuesta

Grafico 26. Para que Malestares se auto medica
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras
enero a marzo 2011



Fuente Tabla 26

TABLA 27

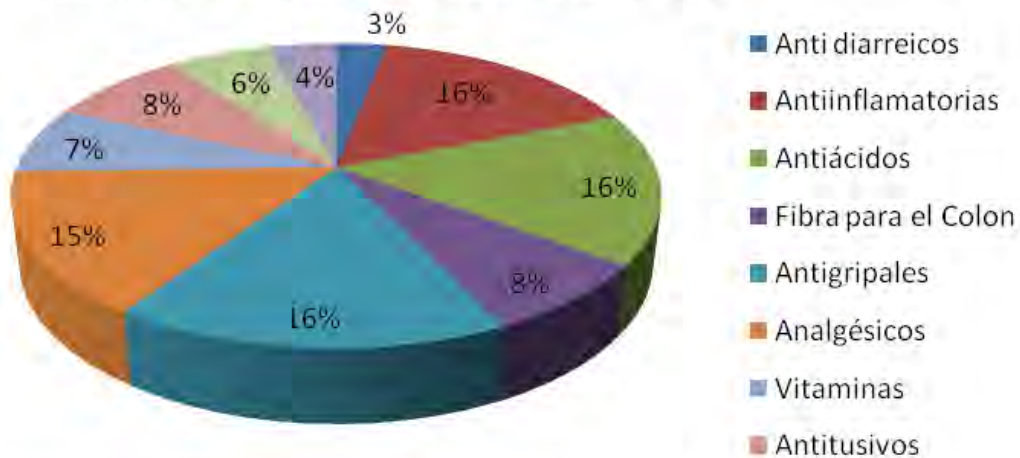
Mencione que medicamentos se auto medica para sus dolencias, aparte de sus enfermedad de base

Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
 El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Que medicamentos acostumbra auto medicarse	Frecuencia	%
Anti diarreicos	6	3%
Antiinflamatorias	27	16
Antiácidos	27	16
Fibra para el Colon	13	8
Antigripales	28	16
Analgésicos	27	15
Vitaminas	11	7
Antitusivos	14	8
Calcio	10	6
Antibióticos	7	4
Total Medicamentos Consumidos	170	100%

Fuente: Encuesta

Grafico 27. Mencione que medicamentos se auto medica para sus dolencias, aparte de sus enfermedad de base Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011 .



Fuente Tabla 27

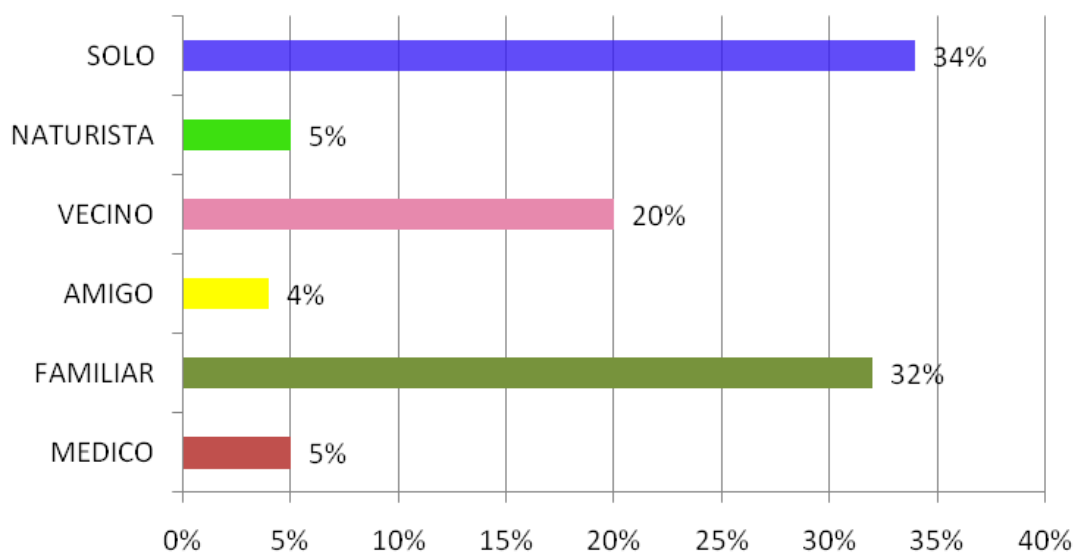
TABLA 28

**Quien le sugirió Auto medicarse para sus Dolencias
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011**

QUIEN LE SUGERIO AUTOMEDICARSE	FRECUENCIA	%
MEDICO	3	5%
FAMILIAR	18	32%
AMIGO	2	4%
VECINO	11	20%
NATURISTA	3	5%
SOLO	19	34%
TOTAL	56	100%

Fuente: Entrevista

Grafico 28. ¿Quien le sugirió Auto medicarse para sus Dolencias? Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011



Fuente tabla 28

TABLA 29

¿Donde Adquiere los Medicamentos que se Auto medicarse para sus Dolencias?
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

DONDE ADQUIERE LOS MEDICAMENTOS QUE SE AUTOMEDICA	FRECUENCIA	%
FARMACIA	5	9%
PULPERIA	24	43%
SUPERMERCADO	7	13%
TIENDA NATURISTA	3	5%
MERCADOS	16	29%
TRASPORTE PUBLICO	1	2%
TOTAL	56	100%

Fuente: Entrevista

Grafico 29. ¿Donde Adquiere los Medicamentos que se Auto medicarse para sus Dolencias? Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011 %



Fuente tabla 29

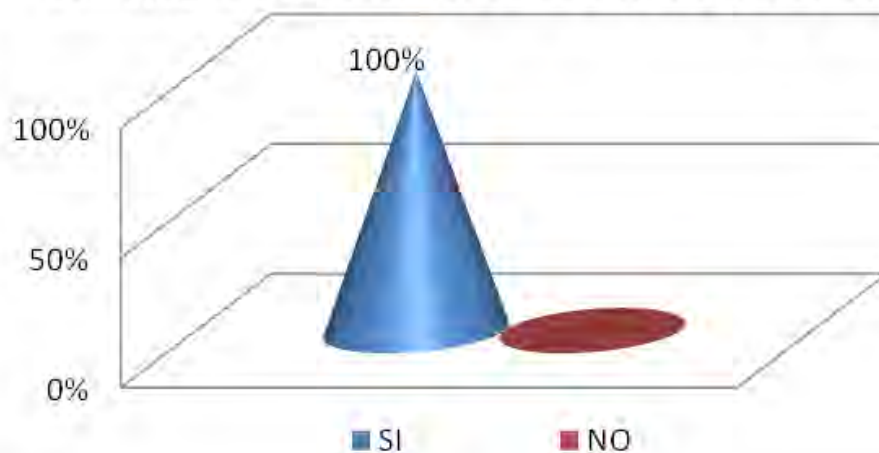
TABLA 30

Sabe usted que es Auto medicarse para sus Dolencias
 Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
 El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

SABE USTED QUE ES AUTOMEDICARSE	FRECUENCIA	%
SI	56	100%
NO	0	0%
TOTAL	56	100%

Fuente: Entrevista

Grafico 30. ¿Sabe usted que es Auto medicarse para sus Dolencias? Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011



Fuente tabla 30

TABLA 31

Que es Auto medicarse para sus Dolencias
 Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
 El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

QUE ES AUTOMEDICARSE	FRECUENCIA	%
COMPRAR MEDICINA POR SU CUENTA	19	34%
RECETARSE UNO SOLO	25	45%
COMPRAR SIN RECETA MEDICA	12	21%
TOTAL	56	100%

Fuente: Entrevista

Grafico 31. ¿Que es Auto medicarse para sus Dolencias?
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011



Fuente tabla 31

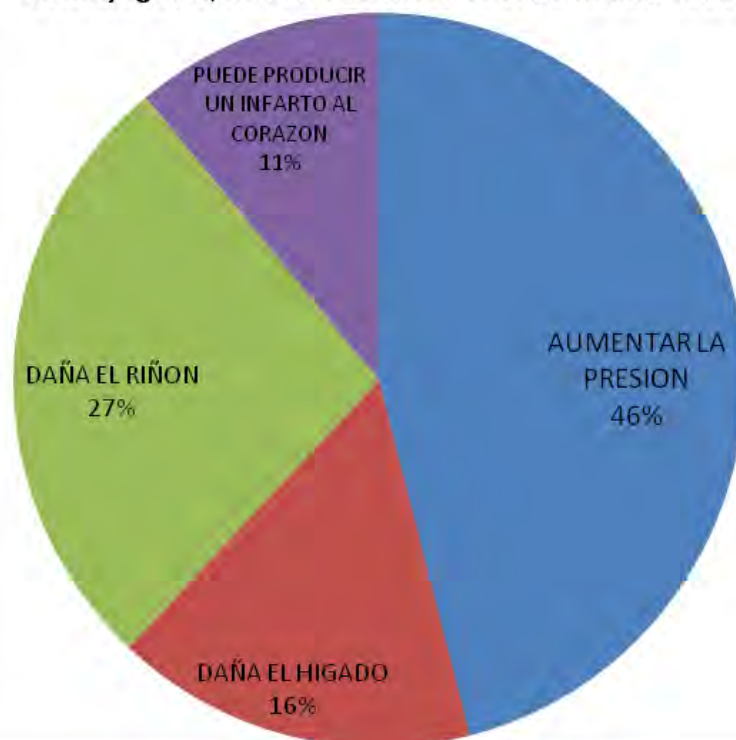
TABLA 32

Mencione los riesgos de Auto medicarse para sus Dolencias
 Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
 El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

MENCIONE LOS DAÑOS DE AUTOMEDICARSE	FRECUENCIA	%
AUMENTAR LA PRESION	26	46%
DAÑA EL HIGADO	9	16%
DAÑA EL RIÑON	15	27%
PUEDE PRODUCIR UN INFARTO AL CORAZON	6	11%
TOTAL	56	100%

Fuente encuesta

Grafico 32. Mencione los riesgos de Auto medicarse para sus Dolencias Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011



Fuente tabla 32

TABLA 33

Porque Acostumbra Auto medicarse para sus Dolencias, si sabe que daña su salud Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

PORQUE SE AUTO MÉDICA SI DAÑA SU SALUD	FRECUENCIA	%
MAS FACIL QUE IR AL MEDICO	31	55%
ECONOMICO	7	13%
PORQUE OTROS DICEN QUE SON BUENOS	3	5%
SI EL DOCTOR ME LOS RECETA LOS SIGO TOMANDO	7	13%
ESTAN EN TODOS LOS LUGARES	8	14%
	56	100%

Fuente: Entrevista

Grafico 33. ¿Porque Acostumbra Auto medicarse para sus Dolencias, si sabe que daña su salud? Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011



Fuente tabla 33

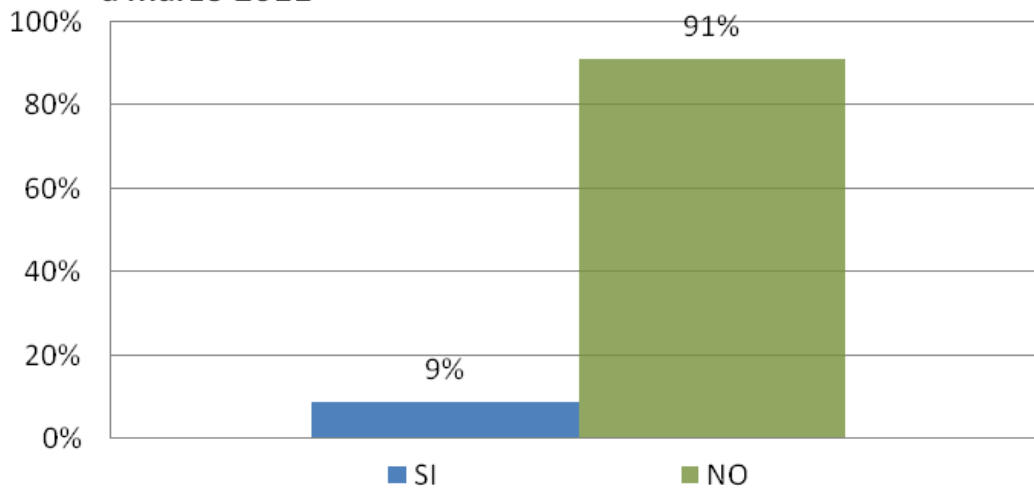
TABLA 34

Usted recomendaría Auto medicarse para sus Dolencias, a otros adultos mayores
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

USTED RECOMENDARIANAUTOMEDICARSE A OTROS ADULTOS MAYORES	FRECUENCIA	%
SI	5	9%
NO	51	91%
TOTAL	56	100%

Fuente: Entrevista

Grafico 34. ¿ Usted recomendaría Auto medicarse para sus Dolencias, a otros adultos mayores? Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011



Fuente tabla 34

TABLA 35

¿Porque no recomendaría Auto medicarse para sus Dolencias, a otros adultos mayores?
 Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame,
 El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

PORQUE NO RECOMENDARIA AUTOMEDICARSE	FRECUENCIA	%
NO SOY MEDICO	25	49%
DAÑAR LA SALUD	19	37%
DAR ALERGIA	7	14%
TOTAL	51	100%

Fuente: Entrevista

Grafico 35. ¿Porque no recomendaría Auto medicarse para sus Dolencias, a otros adultos mayores? Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011 FRECUENCIA



Fuente tabla 35

TABLA 36

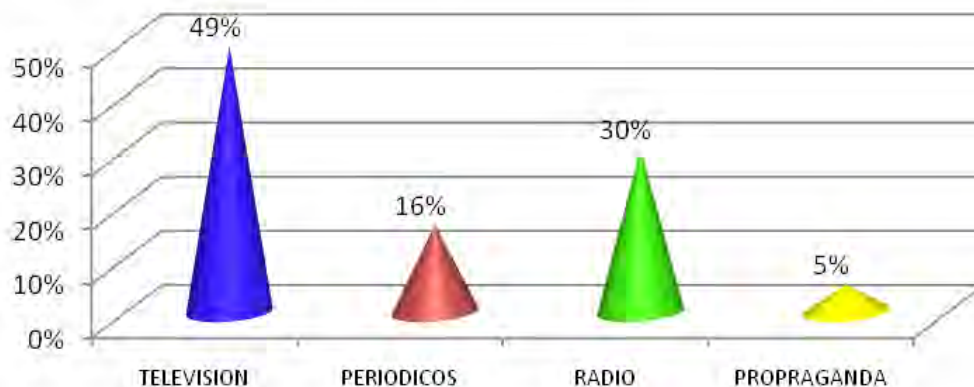
¿De donde Obtiene la información para Auto medicarse para sus Dolencias, a otros adultos mayores?

Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

DONDE OBTIENE LA INFORMACION DE AUTOMEDICARSE	FRECUENCIA	%
TELEVISION	27	49%
PERIODICOS	9	16%
RADIO	17	30%
PROPRAGANDA	3	5%
TOTAL	56	100%

Fuente encuesta

Grafico 36. ¿De donde Obtiene la información para Auto medicarse para sus Dolencias, a otros adultos mayores?
Automedicación de los adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio



Fuente tabla 36

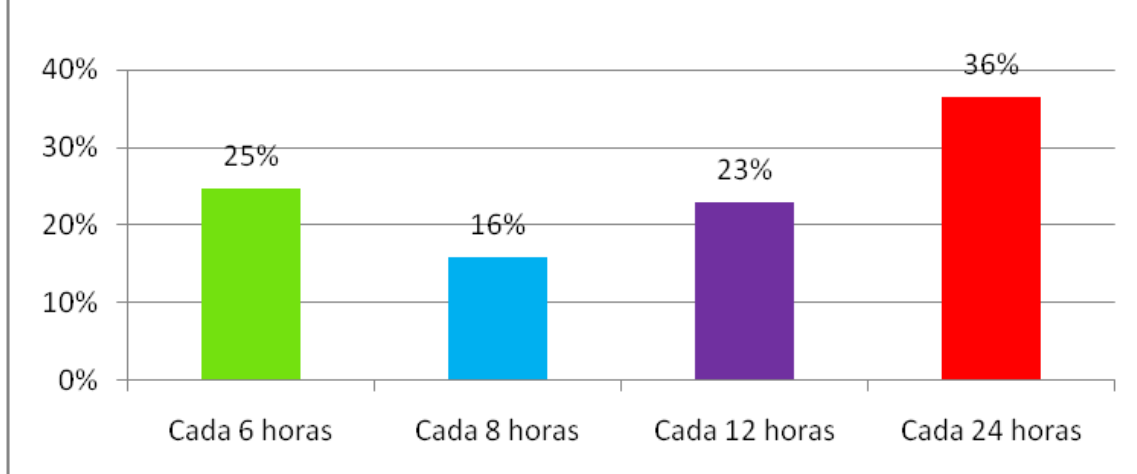
Tabla 37

Dosificación de los medicamentos automedicados en sus Dolencias, adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Dosificación	Frecuencia	%
Cada 6 horas	42	25%
Cada 8 horas	27	16%
Cada 12 horas	39	23%
Cada 24 horas	62	36%
Total	170	100%

Fuente :Encuesta

Grafico 37. Dosificación de los automedicados en los adultos mayores



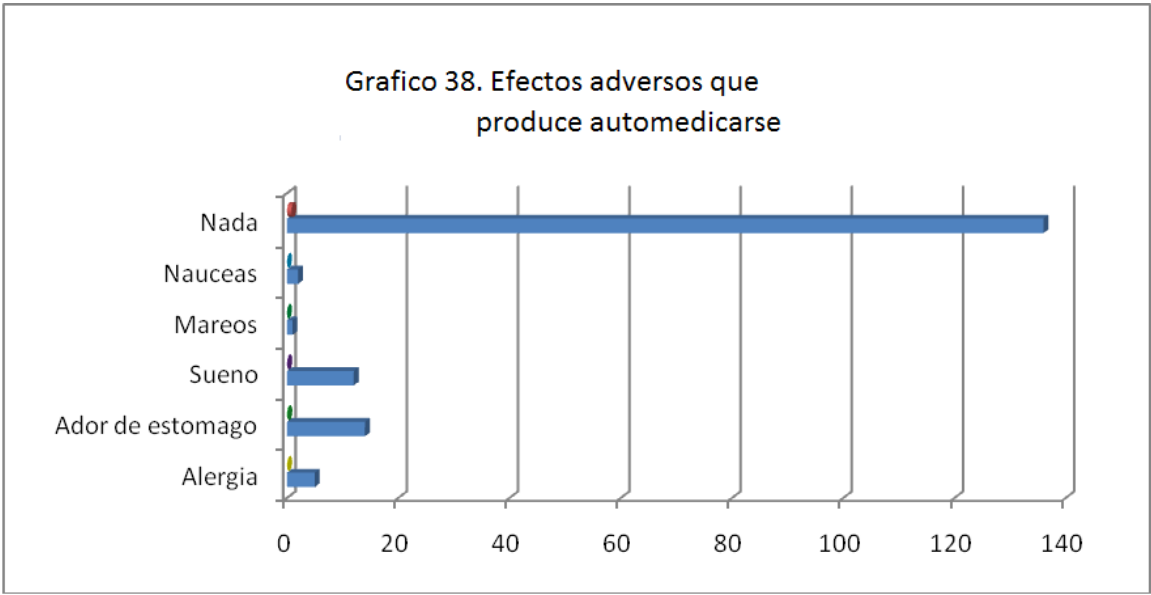
Fuente:Tabla 37

Tabla 38

Dosificación de los medicamentos automedicados en sus Dolencias, adultos mayores de la clínica Notre Dame, El Barrio Villa Adela Comayagüela, M.D.C. Honduras enero a marzo 2011

Efecto Adverso	Frecuencia	%
Alergia	5	3%
Ador de estomago	14	8%
Sueno	12	7%
Mareos	1	1%
Náuseas	2	1%
Nada	136	80%
Total	170	100%

Fuente :Entrevista



Fuente:Tabla 38





Adultos mayores en espera de atención médica





Momentos de realizacion de la encuesta



Doctor Pablo Castillo director de Clinica Medica Notre Dame