

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE POSGRADO EN SALUD PÚBLICA**

**CREENCIAS Y PRÁCTICAS PRESENTES
EN LA FALTA DE ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN
PERSONAS DE 20 A 64 AÑOS DE EDAD**

Trabajo Final de Investigación Aplicada sometido a la
consideración de la Comisión del Programa de Estudios
de Posgrado en Salud Pública para optar al grado de
Magister en Salud Pública

**ADELA MORA MADRIZ
LIA DEL CARMEN VILLEGAS RODRIGUEZ**

Sede Regional de Guanacaste, Costa Rica

2007

Dedicatoria

A **Dios** por darme cada día la fortaleza para perseverar.

A mis hijos **Maria Daniela y Carlos Manuel**, quienes son la razón de mi vida.

A **Carlos**, mi esposo por su apoyo.

A **Keren**, por estar siempre incondicionalmente al cuidado de mis hijos.

A **mi madre** que siempre ha estado a mi lado a pesar de su ausencia.

A **mi padre, mis hermanas y hermanos**, por su confianza en mí.

Dedicatoria

Primero a **Dios** por darme la salud y permitirme seguir siempre adelante.

A mi esposo **Ronald**, por su tolerancia, cariño, apoyo y comprensión.

A mis hijos **Ronald Mauricio y David** por ser los hombrecitos más importantes en mi vida y el principal motivo de mi inspiración.

A **Carmen** por estar siempre disponible a cuidar de mis hijos con tanto amor y dedicación.

A **mis padres, hermana y hermanos** por su voto de confianza en mí.

Agradecimientos

A nuestras familias por su apoyo, comprensión y solidaridad en todo el transcurso de la de esta etapa.

A todas aquellas personas a nuestro alrededor que de una u otra manera contribuyeron a la feliz culminación del proceso de la elaboración de la tesis, tanto en la familia, en el trabajo y en la Universidad.

A la Universidad de Costa Rica por darnos la oportunidad de realizar esta maestría en la Sede Regional de Liberia, la cual ha servido para crecimiento personal y profesional.

Muchas gracias a todas y cada una de las personas que colaboraron con nosotras y que se identificaron directamente con el proceso, especialmente a:

Doña Nora Fonseca, directora de tesis, por estar siempre disponible en los momentos que solicitamos de su tiempo, a pesar de estar recuperándose de problemas de salud.

Victoria Hall, quién no dudó en aceptar la propuesta de ser lectora a pesar de sus múltiples ocupaciones, brindándonos siempre observaciones y sugerencias muy valiosas para el desarrollo del estudio desde su óptica como experta en atención Farmacéutica.

Don Carlos Fuentes, profesor y amigo que también dedicó muchas horas de su tiempo para darnos aportes y estímulos que influyeron notoriamente en la obtención del resultado esperado.

Doña Rosa Rosales, profesora de la maestría un especial agradecimiento por todos los aportes que nos brindó de manera desinteresada, por su mística y por creer en nuestro trabajo desde un principio, por sufrir con nosotras y dedicar muchas horas a leer todos nuestros borradores y hacer correcciones para irlo mejorándolo cada vez más.

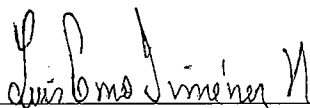
Cristina Castillo, quien por ser profesora de enlace mantuvo siempre una actitud positiva y de confianza en nosotras, creyendo en nuestro trabajo.

Todos los profesores (as) de la maestría de Salud Pública por la transmisión de sus enseñanzas.

Nuestras amigas y compañeras(o) de la maestría por la retroalimentación, apoyo y lucha conjunta para el logro de los objetivos en esta faceta de la maestría.

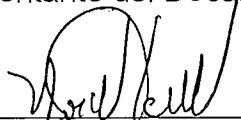
Y finalmente a todas las personas que no mencionamos en este agradecimiento pero que sí llevaremos en nuestro corazón.

Este Trabajo Final de Investigación Aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de Magister en Salud Pública



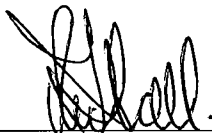
M.Sc. Luis Guillermo Jiménez Herrera

Representante del Decano del Sistema de Estudios de Posgrado




M.Sc. Nora Fonseca Vásquez

Profesora Guía



Master en Atención farmacéutica. Victoria Hall Ramírez

Lectora



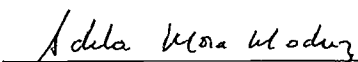
M.Sc. Carlos Enrique Fuentes Bolaños

Lector



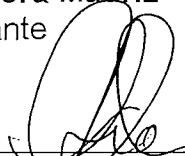
M.Sc. Mayra Cartín Brenes

Directora del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública



Adela Mora Madriz

Sustentante



Lía del Carmen Villegas Rodríguez

Sustentante

Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos.....	iv
Hoja de aprobación.....	vi
Índice.....	vii
Resumen.....	xi
Lista de abreviaturas.....	xiv
Capítulo I. Introducción.....	1
1.1 Planteamiento del tema.....	3
1.2 Justificación y planteamiento del problema de investigación.....	10
1.3 Estado de la Cuestión.....	25
1.4 Objetivos.....	45
1.4.1 Objetivo general.....	45
1.4.2 Objetivos específicos.....	45
Capítulo II. Marco teórico.....	46
2.1 Concepto de salud – enfermedad.....	46
2.1.1 Principios de la Seguridad social.....	47
2.1.2 Modelo de atención integral.....	49
2.2 Adherencia y falta de adherencia terapéutica.....	51
2.2.1 Adherencia y falta de adherencia al tratamiento farmacológico.....	54
2.3 Creencias y prácticas con respecto a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico.....	56
2.3.1 Las creencias.....	56
2.3.2 Las Prácticas.....	63
2.4 Atención farmacéutica.....	69
2.4.1 Detección de problemas relacionados con medicamentos.....	74
2.5 Clasificación Anatómica Terapéutica Química (ATC).....	78
Capítulo III. Marco Metodológico.....	80
3.1 Enfoque de investigación.....	80
3.2 Tipo de estudio.....	81
3.3 Tipo de diseño.....	82
3.4 Definición y operacionalización de variables.....	83

3.5	Definición de la población y selección de la muestra.....	86
3.5.1	Unidad de análisis.....	86
3.5.2	Población y muestra.....	87
3.5.3	Tamaño de la muestra.....	87
3.5.4	Selección de los elementos muestrales.....	89
3.5.5	Sujetos y fuentes de información.....	90
3.6	Método, técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos.....	91
3.6.1	Método.....	91
3.6.2	Técnica.....	91
3.6.3	La entrevista.....	91
3.6.4	Instrumento.....	91
3.6.5	Procedimientos.....	92
3.7	Selección y explicación del método, técnicas, instrumentos y procedimientos de análisis de datos.....	96
3.7.1	Método.....	96
3.7.2	Técnicas.....	96
3.7.3	Instrumentos.....	96
3.7.4	Procedimientos.....	97
3.8	Organización del trabajo de campo.....	98
3.9	Consideraciones éticas.....	102
3.10	Alcances del estudio.....	103
3.10.1	Proyecciones:.....	103
3.10.2	Limitaciones.....	104
Capítulo IV. Resultados.....		105
4.1	Contextualización.....	106
4.2	Características sociodemográficas de la población.....	108
4.3	Prevalencia de falta de adherencia al tratamiento farmacológico.....	112
4.3.1	Falta de adherencia al tratamiento farmacológico.....	112
4.4	Creencias más usuales presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico.....	115
4.4.1	Susceptibilidad percibida.....	115
4.4.2	Severidad percibida.....	120

4.4.3	Beneficios percibidos.....	122
4.4.4	Barreras percibidas.....	123
4.4.5	Información percibida.....	126
4.4.6	Claves para actuar.....	129
4.5	Las prácticas más usuales presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico.....	131
4.5.1	Automedicación.....	132
4.5.2	Utilización de conocimientos adquiridos empíricamente.....	132
4.5.3	Asistencia a curanderos, brujos, sobadores, acupunturitas y quiroprácticos no profesionales.....	133
4.6	Grupos terapéuticos más frecuentes.....	135
Capítulo V. Discusión, conclusiones y recomendaciones.....		138
Bibliografía.....		154
Anexos.....		163

Índice de Cuadros

Cuadro 1:	Datos relacionados con el consumo de medicamentos, 2005.....	12
Cuadro 2:	Código ATC de la glibenclamida.....	79
Cuadro 3:	HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa del número de entrevistados por EBAIS. Liberia. Julio 2007.....	110

Índice de Gráficos

Gráfico 1:	HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa de los entrevistados, según la edad. Liberia. Julio 2007.....	109
Gráfico 2:	HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa de los entrevistados, según la escolaridad. Liberia. Julio 2007.....	110
Gráfico 3:	HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa de los entrevistados, según años de vivir en el Cantón. Liberia. Julio 2007.....	111

Gráfico 4: HEBB (EBAIS): Distribución absoluta de los entrevistados, según las principales razones para no utilizar todo el medicamento. Liberia. Julio 2007.....	114
Gráfico 5: HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa de los entrevistados según percepción de la posibilidad de mejorar la salud, al tomar los medicamentos según indicación médica. Liberia. Julio 2007.....	116
Gráfico 6: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes, según percepción de la posibilidad de mejorar la salud, al cambiar el tratamiento indicado por el médico. Liberia. Julio 2007.....	118
Gráfico 7: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes, según percepción de la posibilidad de mejorar la salud al combinar el tratamiento indicado por el médico. Liberia. Julio 2007.....	120
Gráfico 8: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes, según percepción de las consecuencias en la salud al no tomar, cambiar o combinar el o los medicamentos indicados por el médico. Liberia.....	122
Gráfico 9: HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa de los pacientes, según percepción de beneficiar la salud al tomar los medicamentos indicados por el médico. Liberia.....	123
Gráfico 10: HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa de los pacientes según percepción de la calidad de los medicamentos entregados por las farmacias de la CCSS. Liberia. Julio 2007.....	124
Gráfico 11: HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa de los pacientes, según percepción de si los medicamentos indicados por el médico, son realmente los que necesitan. Liberia. Julio 2007.....	125
Gráfico 12: HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa de los pacientes, según percepción de la confianza en los medicamentos entregados por la farmacia. Liberia. Julio 2007.....	126
Gráfico 13: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes según el tipo de información recibida por parte del personal de salud. Liberia. Julio 2007.....	128
Gráfico 14: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes, según el tipo de disposición que realicen con los sobrantes de medicamentos. Liberia. Julio 2007.....	129
Gráfico 15: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes según las dificultades para utilizar los medicamentos. Liberia. Julio 2007.....	130

Gráfico 16: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes, según el tipo de acción que realizan cuando se les terminan los medicamentos antes de tiempo. Liberia. Julio 2007.....	131
Gráfico 17: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes, según la fuente que recomienda utilizar otros medicamentos, aparte de los indicados por el médico. Liberia. Julio 2007.....	133
Gráfico 18: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes, según el conocimiento de otros tipos de tratamientos para tratar la enfermedad. Liberia. Julio 2007.....	135
Gráfico 19: HEBB (EBAIS): Distribución relativa de los principales medicamentos tomados por los entrevistados en el último mes, según la clasificación ATC. Liberia. Julio 2007.....	137

Resumen

El propósito de esta investigación, de enfoque predominantemente cuantitativo, de alcance descriptivo y de diseño no experimental transversal, fue evidenciar las creencias y prácticas presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de la población entre 20 y 64 años de edad del cantón de Liberia.

Permitió determinar la prevalencia de falta de adherencia al tratamiento farmacológico, registrar las creencias y prácticas de la población y enumerar los medicamentos más frecuentemente vinculados a creencias y prácticas en la falta de adherencia según la clasificación ATC. El referencial teórico fue el Modelo de Creencias en Salud y el de la Teoría de Acción Razonada, modelos más utilizados para explicar la ocurrencia de la conducta protectora de la salud y preventiva de la enfermedad.

La población total fue de 53 391 personas, la población muestral de 5 267 personas que consultarían en los EBAS del Hospital de Liberia entre el 16 de julio y el 13 de agosto del 2007. La muestra probabilística fue de 137 personas. Los elementos muestrales se eligieron aleatoriamente mediante el muestreo en poblaciones móviles.

Los datos se recolectaron mediante la entrevista personalizada, utilizando un cuestionario realizado y validado por las investigadoras, y se analizaron con las técnicas de la estadística descriptiva.

Resultados: La edad promedio de los entrevistados fue de 39.4 años, y el 74.5% correspondió al sexo femenino. El 58.9% posee un nivel educativo superior a la primaria. El promedio de arraigo fue de 30 años, con una

desviación estándar de 16.8 años. La adherencia, calculada con base en 99 pacientes que expresaron haber tomado medicamentos en el último mes fue del 76.68%.

Aproximadamente, 70% de los entrevistados consideran importante tomar los medicamentos según la indicación médica. El 36% preferían cambiar el medicamento indicado por otro y el 34% lo cambiarían por remedios caseros. El 24% opina que la calidad de los medicamentos entregados en las farmacias de la Caja Costarricense de Seguro Social es excelente o muy buena y el 45% desconfía en sus medicamentos. Existe necesidad de información acerca del uso correcto de los medicamentos.

La automedicación fue 32.6%, siendo los familiares los que más recomiendan. Se detectó el conocimiento de prácticas como asistencia a brujos, curanderos, sobadores, remedios caseros pero hubo resistencia en los entrevistados para decir si las utilizaban.

Conclusiones: las causas de incumplimiento fueron el sentirse mejor y el olvido. Existe necesidad de información en las personas sobre el uso correcto de los medicamentos, los farmacéuticos (as) deben asumir un papel más activo en este campo de la salud pública. Las creencias y prácticas fueron la automedicación, el incumplimiento esporádico, el uso de remedios caseros, la visita a sobadores, y el desconfiar de la calidad de los medicamentos de la CCSS.

Recomendaciones: fortalecer el trabajo en equipo en pro de la atención integral de la salud. Que la CCSS informe sobre la seguridad y calidad de sus medicamentos para mejorar la percepción en las personas. Crear el servicio de atención farmacéutica en la farmacia del Hospital de Liberia.

Lista de abreviaturas

Sigla	Descripción
AINES	Analgésicos Anti inflamatorios no Esteroides
AyA	Acueductos y Alcantarillados
ATC	Clasificación Anatómica Terapéutica Química
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CCP	Centro Centroamericano de Población
CIMED	Centro Nacional de Información de Medicamentos
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en salud
HEBB	Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño
HNN	Hospital Nacional de Niños
INS	Instituto Nacional de Seguros
MS	Ministerio de Salud
MSC	Modelo de Creencias en Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PRMs	Problemas Relacionados con Medicamentos
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

1 Capítulo I. Introducción

En los últimos años se han desarrollado en el ámbito internacional programas enfocados a detectar problemas relacionados con medicamentos (PRMs). Por medio de estos programas, -que también se han adaptado en algunas farmacias de la Caja Costarricense de Seguro Social, en el Centro Nacional de Información de Medicamentos (CIMED) de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica y en menor medida en farmacias comunitarias- se ha detectado que existe un porcentaje no despreciable de incumplimiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, con respecto a su tratamiento medicamentoso. Sin embargo son pocas las investigaciones que se han abocado al estudio de las creencias y prácticas presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no hay estudios realizados en el cantón de Liberia ni desde la perspectiva que se plantea en esta investigación.

Las investigadoras, basadas en su experiencia profesional, han detectado de forma empírica, que la población que asiste a la farmacia del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño (HEBB), ubicado en el cantón de Liberia, posee una serie de creencias y prácticas relacionadas con sus enfermedades y los medicamentos que consumen. Por tal motivo decidieron emprender la presente investigación de tipo descriptiva, en la cual se plantea que en la población entre 20 y 64 años se presentan creencias y prácticas, que podrían afectar la adherencia al tratamiento farmacológico. Se eligió como sujetos de investigación a las personas adscritas al Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño de Liberia, que consultaron en los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), entre julio y agosto del año 2007, indistintamente del género y cuyas edades estuvieran comprendidas dentro del rango de edad establecido. Se seleccionó ese grupo de edad por considerarse que son capaces de responsabilizarse del cuidado de su salud.

El presente estudio está estructurado por capítulos. El primer capítulo está compuesto por el planteamiento del tema, la justificación e importancia del problema de investigación, el estado de la cuestión y los objetivos. El segundo capítulo consta del marco teórico y comprende los contenidos que dan el sustento teórico a la investigación. El tercer capítulo es el marco metodológico, que describe cada uno de los pasos que se siguieron para realizar el estudio. El cuarto capítulo comprende el análisis de los resultados. En el capítulo quinto se presenta la discusión, conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presenta la bibliografía que fue consultada y los anexos.

Con respecto al estado de la cuestión, se consultaron diversos documentos con información alusiva al problema de investigación. A pesar de que no fue posible encontrar entre la bibliografía analizada estudios que plantearan de forma específica el problema de creencias y prácticas presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, desde la óptica propuesta en esta investigación, los aportes de dichos documentos ayudaron a conocer lo que se ha investigado con respecto a las variables de este estudio (creencias, prácticas y falta de adherencia al tratamiento farmacológico), y a descubrir los vacíos de conocimiento que aún existen con respecto a esta problemática, así como enriquecer y clarificar el planteamiento de la investigación.

1.1 Planteamiento del tema

En la historia de cada cultura, la concepción social del binomio salud-enfermedad ha desempeñado un papel primordial en el desarrollo de la práctica de la medicina. Esta relación entre el concepto y la práctica médica sigue presentándose en la actualidad, tal como lo cita Vargas (2006):

En 1948 La Organización Mundial de la salud (OMS) adopta su famosa definición: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad"... finalmente la salud enfermedad se conceptualiza como el producto del desarrollo armónico. La salud no es un "estado"; es una situación relativa, dinámica, variable, producto de la vida social de la población y del individuo, influenciado por un conjunto de factores determinantes. (p.13)

Por lo expresado anteriormente la salud es concebida como el resultado de la interrelación entre factores biológicos, ambientales, psicológicos y sociales, por un lado, y los sistemas de salud por el otro. El conjunto de factores que entran en juego hacen que la salud sea un proceso dinámico.

De la misma forma que el concepto de salud ha evolucionado, también lo ha hecho la medicina y junto a ésta los medicamentos, considerados como una de las principales armas para tratar la enfermedad.

Se ha instaurado un régimen farmacoterapéutico y aplicado al enfermo de acuerdo con el diagnóstico del facultativo. Esto hace de la farmacoterapia, un proceso que inicia después de establecerse un diagnóstico por el profesional en medicina ya sea de enfermedad, o de alguna situación de riesgo para la salud de la persona, la cual requiere la utilización de medicamentos o fármacos.

Por lo tanto, es un proceso muy importante, pues mediante el empleo de fármacos es posible paliar, prevenir o curar, la enfermedad y el éxito consecuente depende, en gran medida, del cumplimiento o grado en que el paciente o usuario de los servicios de salud se apegue a las instrucciones médicas.

Lo expresado anteriormente no significa que el paciente sea el único responsable, si no que también influyen otros aspectos propios de los profesionales involucrados en la atención, tales como la información que se dispense al paciente, la confianza que se le brinde y el respeto que se le dé como persona. Estos son aspectos de crucial importancia, que también intervienen en la adherencia que el paciente tenga al tratamiento.

Es importante aclarar que en artículos escritos por autores como Ginarte (2001), Teixeira, Pacheco y Toreti (2003), Palop y Martínez (2004), y Sánchez (2005), entre otros, se pueden encontrar los términos *adherencia* y *cumplimiento* terapéutico utilizados indistintamente, para indicar la conducta que asume el paciente respecto de las instrucciones médicas. Los términos *adherencia al tratamiento farmacológico* y *cumplimiento farmacoterapéutico* –contemplado dentro del anterior- se refieren a la conducta asumida por el paciente de seguir las indicaciones dadas por el médico o el farmacéutico para el uso de sus medicamentos. Por lo tanto, el incumplimiento o no adherencia se refieren a la medida en que no se ejecuten estas indicaciones.

Sánchez (2005), considera que aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS), define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, la ya clásica definición de Haynes y Sackett (1979), se ajusta mejor "...al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de la

medicación, el seguimiento de una dieta o la medicación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico...” (p. 40).

A los términos *adherencia* y *cumplimiento*, se les ha dado distintas connotaciones. Algunos autores utilizan ambos términos como sinónimos, para otros, *cumplimiento* tiende a responsabilizar únicamente al paciente, mientras que el término *adherencia* conlleva la consideración de todos los implicados, tanto el paciente como los profesionales en salud que le brindan atención. Esta dicotomía en las connotaciones lleva a discrepancias entre diferentes autores en relación con cuál término es más apropiado. Según refieren Palop y Martínez (2004), la adherencia es el término más apropiado pues:

...da un aspecto activo de compromiso por parte del paciente...además responsabiliza al médico para crear un contexto (informando sobre la importancia y los objetivos del tratamiento y sobre los conocimientos que se tienen de la enfermedad) en el que el paciente entienda mejor su problema de salud, las consecuencias de seguir un tratamiento, facilite la toma de decisiones compartidas, y en última instancia, mejore la efectividad de los tratamientos farmacológicos. (p. 114)

Martín (2004), realizó una revisión sobre adherencia y el problema de definición conceptual. Señala que en la literatura médica y psicológica se encuentran diferentes términos como cumplimiento, alianza, colaboración y adherencia, para referirse a la conducta que sigue el paciente ante las indicaciones dadas por el personal sanitario. Esta diversidad de términos da como resultado que se presente confusión entre los profesionales sobre cual es el término más apropiado a utilizar.

Es importante añadir, que usualmente estos términos son traducidos de la lengua inglesa, y que al tener la lengua española un léxico muy

pródigo, se dificulta encontrar el concepto que logre contemplar el significado que tiene en el idioma original, según lo explicado por Martín (2004), al citar a Ferrer:

...en nuestro idioma ninguno de los términos parece recoger exactamente el sentido que se pretende en cuanto a ajuste a las prescripciones del profesional de la salud y simultáneamente, implicación activa del paciente a estas y parece necesario dedicar a este tema cierta reflexión vistas a lograr una denominación o consenso que posteriormente sea empleado de forma habitual, evitando confusiones al respecto, desconocimiento e incompreensión.

Además, Martín coincide con el planteamiento de Palop y Martínez al indicar que el término adherencia es hasta el momento el más acertado por las implicaciones psicológicas-conductuales que conlleva:

Por lo tanto, dado que aún no hay un consenso sobre el término más adecuado, porque en la literatura consultada se encuentran utilizados los términos cumplimiento farmacológico y adherencia indistintamente como sinónimos. Para efectos de este estudio se tomaron como sinónimos ambos términos, aclarándose que al referirse a uno u otro, se está haciendo alusión a la definición de adherencia por considerarse como más amplio y dinámico.

Una vez aclarado lo anterior, es importante enfatizar que el incumplimiento del tratamiento farmacológico (farmacoterapéutico), puede afectar no sólo la salud individual, sino también la salud colectiva, ejemplo de ello es el caso de la tuberculosis, la tos ferina y otras infecciones que cuando son mal tratadas, se presenta la resistencia microbiana por problemas del abuso / mal uso de los antibióticos, que hacen que los microorganismos causales de infecciones se vuelvan resistentes a estos.

En un estudio, el de Salas y Sancho (2005),¹ con pacientes de la consulta externa del Área de Salud de Palmares en el 2004, se ejemplifica la problemática de resistencia bacteriana a los antibióticos. Analizaron los datos procedentes de urocultivos de pacientes de la consulta externa. La mayoría de las infecciones urinarias no complicadas –como refieren los autores- son producidas por la bacteria E. Coli (80%). Los resultados mostraron para esta bacteria una resistencia de: 77% para la Nitrofurantoína, 45% para la Amoxicilina y 43% para el Trimetroprima sulfametoxazol (TMP-SMX). Para la bacteria Klebsiella sp, la resistencia para la Nitrofurantoína y TMP-SMX fue del 100%.

Desde que se cuenta con los antibióticos se ha logrado salvar la vida de millones de personas alrededor del mundo, sin embargo, como lo indica este estudio, es alarmante como las bacterias van ganando la batalla ante estos fármacos pues los resultados de resistencia bacteriana -y el fallo terapéutico de los mismos- así lo demuestran.

Por otro lado, como refiere Foucault (2003), los inicios primitivos de la medicina y de la utilización de medicamentos estuvieron íntimamente relacionados con cosmologías mágicas y religiosas, y fueron en gran medida productos empíricos. A lo largo de la historia, la imagen del médico se ha transformado significativamente, empezando como una figura mítica y ritual hasta su concepción actual como un profesional científico y especializado que interactúa con otros profesionales en salud, entre ellos el farmacéutico. Cabe agregar que no sólo el médico ha sido objeto de esta transformación, sino que esta también se ha verificado en todos los profesionales que ofrecen servicios de salud.

¹ Este artículo aparece en la revista *Fármacos* volumen 17, publicada en el año 2005. La Editorial en la pág. 4 aclara que por atraso y con el objetivo de mantener la continuidad nominal ya que se publica dos ejemplares por año se titula como año 2004.

Actualmente existe una industria farmacéutica muy desarrollada, que ofrece una amplia gama de medicamentos y que constantemente está innovando con nuevas terapias y formas de aplicación. Según Piconne (2007), en la presentación del curso de Posgrado en economía con énfasis en economía de medicamentos, "...entre 1985 y 1999 la producción mundial de medicamentos se incrementó cuatro veces más rápido que el incremento de los ingresos". También se cuenta con profesionales especialistas en diferentes ramas de la medicina y en medicamentos. Sin embargo, a pesar de este gran desarrollo se presentan serios problemas relacionados con medicamentos (incluso se alcanzan resultados clínicos negativos) que afectan la salud de las personas.

Parte de los problemas relacionados con los medicamentos se debe a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico por parte del paciente, a una información inadecuada del funcionario de salud o del sistema de comunicación que impiden al usuario conocer más a fondo sobre el alcance de los medicamentos, en cuanto a si son bien o mal utilizados.

En Costa Rica existe un sistema de Seguridad Social que ha logrado índices de salud comparables a los de países desarrollados; según datos del Centro Centroamericano de Población (C.C.P, 2007), se ha alcanzado una alta esperanza de vida al nacer, una baja tasa de mortalidad infantil y una amplia cobertura de servicios de salud, entre otros.

No obstante, se cree que por influencia de una cultura popular sumamente arraigada, la población elige otras alternativas, aparte del uso de medicamentos, para tratar sus dolencias. Se acude a curanderos, sobadores, brujos, acupunturistas y quiroprácticos no profesionales, entre otros. También se acude a al traspaso de conocimientos como creencias y prácticas de forma empírica entre generaciones, relacionados con sus

concepciones de la salud-enfermedad y sus tratamientos. Al no disponer de información científica, estos conocimientos y acciones muchas veces atentan o ponen en riesgo la salud de las personas, pues pueden enmascarar síntomas o agravar una enfermedad al desconocerse sus causas.

Es por ello, que los profesionales en salud deberían conocer las creencias y prácticas que se presentan entre los pacientes con respecto a la utilización de los medicamentos y a sus concepciones de la salud-enfermedad, para poder así inferir de qué manera se presentan estas en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico e intervenir de la manera más apropiada.

Dado la importancia de las creencias y las prácticas que tienen las personas en torno a la enfermedad, la salud y la adherencia al tratamiento farmacológico, en una comunidad como la liberiana, con una cultura popular de honda raigambre (es bastante común encontrar liberianos, jóvenes incluso, que creen en la brujería, los curanderos, remedios caseros y curaciones de origen sobrenatural) y que podría ser típica de otras zonas del país, esta investigación plantea una serie de situaciones que se exponen en el apartado siguiente y que se relacionan con prácticas riesgosas para la salud.

1.2 Justificación y planteamiento del problema de investigación

El propósito de instaurar un tratamiento con medicamentos en una persona que consulta al servicio de salud, es alcanzar resultados efectivos, ya sea curar, prevenir, mitigar o hacer más tolerable un proceso de enfermedad, es decir mejorar su calidad de vida. En suma, la terapia medicamentosa es un corolario incuestionable de los objetivos más esenciales de los servicios de salud en términos de prevención, curación y paliación de la enfermedad.

Según la Ley General de Salud de Costa Rica, en el artículo 104:

Se considera medicamento, para los efectos legales y reglamentarios, toda sustancia o productos naturales, sintéticos o semi-sintéticos y toda mezcla de esas sustancias o productos que se utilicen para el diagnóstico, prevención, tratamiento y alivio de las enfermedades o estados físicos anormales, o de los síntomas de los mismos y para el restablecimiento o modificación de funciones orgánicas en las personas o en los animales... (p. 33)

La industria farmacéutica ha puesto a la disposición, tanto de los pacientes como de los profesionales en salud, medicamentos de gran calidad e innovadores (como puede haber puesto otros que no lo sean tanto). La medicina ha logrado grandes avances en conocimientos, tecnología y diagnósticos, pero a pesar de todo esto, la realidad mundial apunta a la existencia de serios problemas con los medicamentos y buena parte de estos se relacionan con el incumplimiento de las indicaciones dadas.

Montero y Herrera (2003), exponen que "...el no cumplimiento de los tratamientos constituye uno de los grandes problemas de la salud pública actual, tanto por su extensión como por sus consecuencias clínicas y socioeconómicas" (p.113).

Lo anterior también es fundamentado por Palop y Martínez (2004), cuando refieren que distintos trabajos en relación con el cumplimiento "...indican que entre un tercio y la mitad de los ancianos tratados no realizan correctamente la prescripción y más del 90% toman dosis menores de las prescritas por su médico..." (p. 113). También refieren los autores que "...en atención primaria se ha estimado que del 6-20% de los pacientes a los que se les prescribe un medicamento no lo retiran de la farmacia..." (p.114).

Estos problemas con los medicamentos se traducen en aumentos de la morbilidad y mortalidad, y en consecuencia en un incremento en la utilización de los servicios de salud, produciendo un impacto económico negativo al aumentar los gastos en atención médica, hospitalización, servicios de apoyo clínico –laboratorio, rayos X, entre otros- y los costos por la dispensación a veces innecesaria de medicamentos. Asimismo, el incremento de secuelas provocadas por las enfermedades al no tratarse adecuadamente puede traducirse en disminución de la productividad e incremento en los costos de salud.

Según informes de la Presidencia Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social en los datos de Actuarial y de Planificación Económica, para el año 2005, en relación con el consumo de medicamentos a nivel de la Institución se obtuvo los datos que se resumen en el siguiente cuadro, en el cual se muestra la relación entre el nivel nacional y la Región Chorotega, en la que está ubicado el Hospital de Liberia:

Cuadro 1: Datos relacionados con el consumo de medicamentos, 2005

	Nivel Nacional	Nivel Región Chorotega
Consultas totales	16 099 252	1 357 094
Consultas por habitantes	3.75	3.91
Total de medicamentos despachados	55 533 817	4 502 270
Costo promedio por consulta	¢ 14 509	¢ 15 183
Consumo per cápita de medicamentos	12.93	12.97

Fuente: CCSS, Actuarial y de Planificación Económica, para el año 2005, INEC 2005.

Estos datos revelan el alto consumo de medicamentos y los gastos de atención que se generan únicamente en la CCSS. Es importante destacar que existen otros gastos generados en la consulta médica y la adquisición de fármacos, a nivel privado; datos que no dejan de ser importantes pero que no se consideraron en este estudio.

Es por lo tanto primordial que, para que todo el proceso que involucra la adecuada selección de un fármaco, y este proporcione los resultados positivos esperados, se requiere que el paciente cumpla con las indicaciones dadas por el o los profesionales involucrados en la atención. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos que se hacen por un diagnóstico acertado y la indicación de un medicamento correcto, los efectos deseados no se consiguen debido al incumplimiento o falta de adherencia del paciente a las indicaciones establecidas. Montero y Herrera (2003), mencionan que:

El cumplimiento es un concepto dinámico que puede afectar a todas las fases del proceso clínico. El cumplimiento farmacoterapéutico constituye uno de los puntos críticos del medicamento: elaboración – prescripción / indicación-dispensación-consumo, una falta de cumplimiento supondría la anulación de todo lo anterior. (p.472)

Además según lo señalan Faus y Martínez (1999), en la revisión de la evolución del concepto de Atención Farmacéutica y su situación en España, "... en más del 50% de los casos en que se instaura una farmacoterapia no se consiguen los objetivos terapéuticos propuestos, por incumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito o indicado" (p. 53).

Parte de este incumplimiento farmacoterapéutico o falta de adherencia al tratamiento farmacológico, se sustenta en situaciones que atañen al usuario, – aparte de lo biológico y fisiológico- y que el personal sanitario desconoce. Entran aquí en escena situaciones muy variadas de índole psicológica y social, tales como la existencia de creencias, temores y conductas personales o comunitarias contrarios a la adherencia, o la carencia de apoyo familiar a la medicación (piénsese, por ejemplo, en el caso de un anciano que pase la mayor parte del día solo en su casa y a quien nadie asista en el consumo de sus medicamentos, o bien en el caso de un niño al que por descuido o indiferencia de los adultos no se le administre la medicina necesaria), o bien niveles educativos muy bajos que dificultan el seguimiento del tratamiento.

Las investigadoras por experiencia empírica, consideran que debido a ese desconocimiento de variables no biológicas involucradas, los miembros del personal sanitario regularmente toman decisiones en relación con el régimen farmacológico que no son las más acertadas, como aumentar o disminuir la dosis o sustituir el medicamento. Esto no soluciona el problema, antes bien, puede exacerbarlo al inducir mayor resistencia en el paciente y deteriorar la relación entre este y el personal de salud.

Según Palma (2001), los factores que intervienen en el cumplimiento del tratamiento farmacológico son diversos: creencias en salud y la construcción de la subjetividad junto con la concepción política e ideológica

de las instituciones de salud. Dentro de la subjetividad intervienen las prácticas cotidianas, los sentimientos y representaciones que tengan las personas acerca de la salud desde su propia experiencia. Mientras tanto, lo que resulta paradójico, las instituciones y personal sanitario están acostumbrados a la atención de cuerpos biológicos y no culturales.

Se ha podido anotar que son varias las causas que pueden predisponer a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Parte de ello radica en la falta de compromiso de los profesionales en salud con el paciente. No se trata únicamente de diagnósticos y medicamentos, se trata de personas y su salud.

La falta de compromiso de los profesionales en salud, en parte radica en la formación de tipo biologista que han recibido. Esta situación no es ajena a Costa Rica y como lo indican Ayala, Carvajal, Cercone y Arce (1999), en el módulo uno del Curso Especial de Posgrado Gestión Local de Salud al referirse al enfoque de atención como:

La prestación de servicios de salud se ha desarrollado desde una óptica predominantemente biologista. Esta visión ha propiciado concebir al individuo como un ente aislado de su medio familiar y laboral, sin considerar integralmente sus características biológicas, psicológicas y sociales; se ha dado poca importancia a estos factores y otros determinantes de las condiciones de vida en la salud individual y colectiva. (p. 58)

Los profesionales son preparados para una práctica más curativa que preventiva, por lo cual tratan al paciente de forma fragmentada. Quesada y Pacheco (2000), señalan que:

Nuestro sistema se organiza de una manera tal que una vez superada la fase de atención primaria el paciente se introduce

y comienza a descubrir, el fenómeno de verse incorporado al complejo estatus de fragmentación y de las especialidades en la medicina. (p. 12)

El mismo avance científico-tecnológico es el que ha propiciado que la medicina sea especializada y deshumanizada, interesada más en la enfermedad que en el enfermo.

El usuario de los servicios de salud por lo tanto es referido a diferentes centros de atención, donde es atendido por diversos profesionales que le prescriben medicamentos con diferentes indicaciones, y lo que es peor aún, en muchas ocasiones, ni siquiera es escuchado. Además, ante la ausencia de expedientes electrónicos, y la pobre comunicación entre los profesionales; nadie sabe (incluyendo el propio paciente), exactamente qué medicamentos utiliza, porque en cada centro de atención, tiene un expediente el cual no se le da el uso para el cual fue creado. Todo lo anterior confunde al paciente e inclusive hace que pierda credibilidad en los profesionales y el Sistema de Salud, optando por otras alternativas e incumpliendo las indicaciones dadas.

Ayala, Carvajal, Cercone y Arce (1999), al referirse a la continuidad de la atención que recibe el paciente señala:

Ha habido un fraccionamiento de la atención, una duplicación de acciones, un mayor gasto de recursos y limitaciones importantes para la continuidad de la atención, sin que se cuente con adecuados sistemas de referencia y contrarreferencia que propicien resolver esta situación. (p 58)

Si bien es cierto los estudios revisados -entre ellos los de Palop y Martínez (2004), Palma (2001) y Faus y Martínez (1999),- revelan la existencia de un alto grado de incumplimiento o falta de adherencia al tratamiento farmacológico en diversas poblaciones humanas, estos estudios han abordado aspectos relacionados con las limitaciones que presenta el

usuario por la edad, la escolaridad, el tipo de enfermedad, cronicidad de la enfermedad, la necesidad del uso simultáneo de medicamentos (polifarmacia), la frecuencia en la toma de los medicamentos (una o varias veces al día), los efectos secundarios, las reacciones adversas y las interacciones medicamentosas. Sin embargo no han abarcado la presencia de las creencias, prácticas y el incumplimiento medicamentoso de las personas desde la perspectiva como se plantea en esta investigación.

El sistema de salud costarricense diseña el modelo de atención integral de las personas, -proceso que se inicia a principio de la década de los noventa con la Reforma del Sector Salud-, considerando los determinantes del proceso salud-enfermedad, así como todos los actores involucrados en él. Es un tipo de atención con tendencia más hacia lo preventivo que a lo curativo —que es en el que se basa el modelo actual—; es por lo tanto imposible según los lineamientos de este modelo, ignorar el contexto sociocultural donde se desenvuelven las personas para poder intervenir de la manera más apropiada. Se concibe como un principio esencial que el paciente es un ser humano histórico, político, social. Tiene una cultura basada en una serie de creencias y prácticas que pueden estar vinculados a la concepción del binomio salud-enfermedad y a la manera de asumir su tratamiento medicamentoso.

Un aspecto importante a tomar en cuenta del por qué del incumplimiento farmacoterapéutico, es la automedicación por parte del usuario. La automedicación se relaciona con problemas de cumplimiento porque a veces se prefiere suspender o disminuir la dosis de un tratamiento indicado por el médico bajo su propia decisión, o agregar “algo” como tratamiento. Belón (2002), define que: “La automedicación es la instauración de un tratamiento medicamentoso por parte del paciente, por su propia iniciativa y sin prescripción médica” (p.7).

El concepto de automedicación ha variado hacia una connotación más positiva de conocimiento y responsabilidad activos del paciente. Como lo indica Baos (2000), se entiende ahora "... como la voluntad y la capacidad de las personas-pacientes para participar de manera inteligente y autónoma (es decir, informada) en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen" (p. 147). En este estudio se asume la definición de Belón para automedicación, dado que aún falta brindar más información a la población para que pueda asumir decisiones responsables acerca de los medicamentos y el propio cuidado de su salud.

Además por situaciones detectadas empíricamente, las investigadoras consideran que la población está expuesta a la promoción de la automedicación inadecuada, por anuncios publicitarios, medios de prensa e Internet; instancias que actúan con poca o nula regulación estatal, aunque en la Ley General de Salud en el párrafo VI artículo 141 se dice:

...queda prohibida la promoción o propaganda de medicamentos y cosméticos dirigida al público, cuando induzca a error; cuando sea hecha en contravención a las disposiciones reglamentarias, a las autorizaciones obtenidas si se trata de medicamentos o las restricciones que el Poder Ejecutivo imponga, teniendo en vista la naturaleza del medicamento y el tipo de enfermedad, desorden físico y síntomas para los cuales se usa. (p. 42)

González y otros (2006), en un estudio de Automedicación con Analgésicos Antiinflamatorios no Esteroideos (AINES), encontraron un 42.1% de automedicación en la población de Tyorriherri (Vizcaya, España), dato que evidencia la existencia de una conducta de riesgo para la salud. Así existen estudios que evidencian esta problemática en otras poblaciones como el realizado por Tello y Yovera (2005), en mayores de 18 años en Chiclayo Perú.

En Costa Rica, en la Primera Encuesta de Gastos en Salud ENGAS-2006, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos en mayo del 2006, se mostró que la principal forma de adquirir los medicamentos en el ámbito privado es por automedicación con valor del 40%, dato muy aproximado al encontrado en el estudio de González y otros (2006), mencionado anteriormente.

Otro caso ilustrativo es la automedicación con antibióticos. Es conocido que muchos pacientes no cumplen con el total de dosis y días de tratamiento con estos medicamentos, lo que ha generado gran preocupación tanto en los profesionales de salud como en las instituciones y organismos nacionales e internacionales por las implicaciones de resistencia bacteriana y pérdida de efectividad de estos medicamentos tan valiosos. El siguiente es un ejemplo proporcionado por una farmacéutica de un servicio privado:

A las farmacias privadas acuden los pacientes a comprar una tableta de algún antibiótico por ejemplo Pantomicina® (eritromicina 500mg antibiótico de la familia de los macrólidos) para quitar la infección debido a que les duele la garganta. Al explicarles el farmacéutico(a) la necesidad de cumplir con el tratamiento completo para evitar resistencia microbiana, y además que el simple hecho del dolor de garganta no es indicativo de infección bacteriana, insisten que una tableta les alivia y cura.

También las investigadoras han observado que es una práctica habitual que, ante la presión del mismo paciente, el médico le indica un antibiótico para un problema de salud que no amerita tal tratamiento. Para el paciente el mejor médico es aquel que siempre le prescribe algún tipo de medicamento cuando consulta.

En un estudio realizado en el Hospital Nacional de Niños (HNN) por Gutiérrez y Chavarría (2002), se encontró que los padres de niños asmáticos

recurren a variados “tratamientos” por recomendaciones de amigos, vecinos o familiares, y ponen en práctica gran variedad de creencias. El estudio muestra como el medio en que se desenvuelven las personas influye en la puesta en práctica de conocimientos empíricos riesgosos, y que el personal sanitario comúnmente ignora.

Según el Diccionario Ilustrado Océano de la lengua Española “creencias es un firme asentimiento y conformidad con alguna cosa. Completo crédito que se presenta a un hecho o noticia como seguros o ciertos” (p. 272). Por lo tanto las autoras consideran que las creencias deben ser vistas en el contexto de la salud como la aceptación de una proposición, actuando como si fuese verdadera (aunque no lo sea). Puede creerse cualquier cosa, ya sea por falta de conocimiento, conocimiento errado o por legado cultural, que se asume como válido para solucionar algo; por ejemplo, es común ver en los recién nacidos un lazo o una cinta de color rojo atada a la muñeca, según las madres “para evitar el mal ojo”.

Para la presente investigación se entendió como prácticas la definición del Diccionario Ilustrado Océano de la lengua Española “uso continuado, costumbre o estilo de una cosa” (p.785); ejemplo de ello es la costumbre de no bañarse porque se está resfriado, o cuando las mujeres están menstruando.

Los conceptos de creencias y prácticas se encuentran estrechamente asociados y son difíciles de deslindar. Muchas de las prácticas que realizan los pacientes se fundamentan en creencias, construidas a partir de acciones cotidianas o prácticas continuas.

A manera de ejemplo de situaciones que evidencian esta realidad, los siguientes enunciados son aportes de la experiencia cotidiana de las

investigadoras en su labor como farmacéuticas en la consulta externa de la Farmacia del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño (HEBB). Es importante mencionar que una forma de indagar este tipo de actitud, fue parte de la motivación para realizar este estudio.

“En visitas domiciliarias como parte del equipo de la Unidad de Cuidados Comunitarios Geriátricos, se visitaron pacientes mayores, que no contaban con una buena red de apoyo familiar. Éstos se mantenían descompensados de sus múltiples enfermedades: asma, diabetes, hipertensión arterial, obesidad mórbida, hipertrofia prostática, estreñimiento crónico, depresión. Al revisarles los medicamentos que tenía en el hogar, la farmacéutica encontró en gavetas, medicamentos vencidos, en mal estado, paquetes de medicamentos que estaban intactos y que se habían despachado en la farmacia hacía mucho tiempo, se encontró los mismos medicamentos con diferentes indicaciones, prescritos por diferentes médicos, además de productos homeopáticos lo que revelaba que estos pacientes tenían problemas de incumplimiento del tratamiento farmacológico. Aparte de lo descrito, llamó mucho la atención encontrar objetos y sustancias extrañas como plumas, frascos con aguas de colores, candelas, y aceites, al preguntarles, refirieron usar homeopatía porque les habían recomendado que era bueno, y a las demás cosas no quisieron referirse” (Hechos referidos por la farmacéutica que participó en la Unidad de Cuidados Comunitarios Geriátricos del Hospital de Liberia en el año 2002).

Lo anterior sugiere que los pacientes recurren a prácticas basadas en creencias para tratar sus enfermedades, abandonando el tratamiento establecido por el médico.

Como parte de la vivencia cotidiana de las investigadoras, se puede afirmar que Guanacaste es una de las provincias que posee gran parte del legado cultural de sus antepasados y entre su población se mueven múltiples creencias y prácticas relacionadas con el tratamiento de enfermedades de forma empírica. Por la experiencia personal y al tener varios años de habitar

y compartir con la población liberiana, no es un secreto que en Liberia, como cantón de Guanacaste, se da el “curanderismo” - arte de recomendar remedios y medicinas a otros, recurrir a infusiones de hierbas, visitas a sobadores, personas que “curan” haciendo masajes en diferentes partes del cuerpo dependiendo del tipos de afección, principalmente afecciones digestivas y acomodo de bebés en el vientre, entre otras, para tratar enfermedades con el riesgo de afectar el cumplimiento del tratamiento médico y el consecuente peligro para la salud.

“El segundo caso se refiere a dos señoras que estaban haciendo fila para entregar las recetas en la farmacia. Mientras se recibía la receta una de las señoras, que estaba con un bebé en brazos, le comentaba a la otra que el niño tenía un punto de anemia y que le estaba dando hierro, pero que estaba esperando a que le brotara el primer diente para suspendérselo, porque el hierro mancha los dientes”.

Este hecho referido por la farmacéutica Regente del tercer turno de la farmacia del HEBB en el año 2005, es común escucharlo entre las conversaciones de las madres en las salas de espera de consulta, laboratorio, farmacia y visitas a pacientes, entre otros.

Este caso fundamenta que las madres atribuyen más importancia a lo que creen –quizás por carencia de información y educación para la salud– con respecto a las manchas de los dientes que el beneficio del medicamento para tratar una enfermedad —la anemia— que puede provocar daños severos en el crecimiento y desarrollo infantil.

“El tercer caso que sirvió para fundamentar la investigación, corresponde a comentarios que constantemente se escuchan en la sala de espera de la farmacia del HEBB, realizados por algunos pacientes, en los que refieren que van a retirar los medicamentos para que el médico no los

regañe, pero la verdad es que probablemente no los tomen ya que esos medicamentos que dan en el Seguro no sirven para nada, que en la casa tienen y siempre le dan lo mismo a todo el mundo”.

Este tipo de comentarios son ejemplos de la desconfianza en la efectividad de los medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social por parte del paciente, lo que denota la existencia de una creencia que podría tener mucha influencia negativa en cuanto al cumplimiento o adherencia al tratamiento farmacológico. Es una desconfianza que se acrecienta por la falta de un sistema de comunicación y de profesionales comprometidos que informen a la población sobre los beneficios de los medicamentos y su forma de consumo. La parte complementaria es que parte de la población estima como bueno aquello que tiene un alto precio en el mercado, (aunado a la propaganda dirigida a consumir productos farmacéuticos de patente, en vez de genéricos), así que sentirá mayor disposición a consumir un medicamento caro, adquirido en alguna farmacia privada, que a consumir un medicamento más barato y de más sencilla apariencia dispensado por las Clínicas del Seguro Social.

En la rutina diaria de trabajo, y por la estructura organizacional de la farmacia, el personal —tanto profesional como no profesional— se va tornando insensible a las manifestaciones que hacen los usuarios de los servicios de salud y que evidencian toda una problemática de salud pública.

Con base en todo lo expuesto, fue planteada la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las creencias y las prácticas presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico que tiene la población entre 20 y 64 años de edad que consulta en los EBAIS en el Hospital de Liberia?

Se eligió la población entre 20 y 64 años de edad, porque se considera que es en ese rango de edad que las personas son responsables y por lo tanto capaces del autocuidado de su salud. Antes de los 20 años se estima que las personas aún dependen de adultos para el cuidado de la salud, así como después de los 64 años. La elección del periodo de investigación no obedece a ningún parámetro específico sino a las posibilidades de tener acceso al paciente.

Para responder a esta pregunta se realizó una investigación de tipo *descriptiva*, en los meses de julio y agosto del año 2007. Es de tipo descriptiva porque describe las creencias y prácticas presentes en la población en estudio.

Dado que la falta de adherencia al tratamiento farmacológico representa un riesgo para la Salud Pública, es relevante realizar esta investigación. Hasta la fecha no se han realizado estudios de esta índole en el cantón de Liberia, y de acuerdo con Palop y Martínez (2004), "La OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de Salud Pública" (p.113).

Por ser la falta de adherencia a los medicamentos un problema de salud pública por su magnitud, tanto por las consecuencias directas a la salud del paciente como por el impacto que ejerce sobre la economía del país y las instituciones de salud, las investigadoras consideraron necesaria e importante la realización del estudio. También se considera un problema de salud pública por su tendencia, la cual aunque según los estudios revisados - Mendoza y otros (2006), Omoti y Ukponmwan (2005), López (2005), entre otros – es variable según el tipo y cronicidad de la patología, la población y otros aspectos, se mantiene alrededor del 50%.

Conociéndose las principales creencias y prácticas de la población en estudio vinculadas con este problema, los profesionales en salud podrían establecer medidas de intervención más efectivas. Esto vendría a beneficiar a la población en general, a los profesionales de la salud y al Sistema de Salud Pública.

Estas intervenciones eventualmente podrían mejorar la calidad de vida de los pacientes, disminuir el gasto en consumo de medicamentos innecesarios y reducir el número de consultas e incluso de internamientos por problemas relacionados con medicamentos. Podría mejorarse también la relación personal sanitario – usuario, vinculada a una mejor comunicación y con ello establecerse un intercambio de conocimiento mutuo más expedito.

Además, este estudio tiene implicaciones importantes, tanto para la provincia como para el país; pues permitiría dar una percepción global de las principales creencias y prácticas presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Aunque por ser un estudio dentro de una población muy específica no se puedan hacer inferencias para la población en general, su carácter descriptivo da oportunidad de plantear hipótesis de trabajo para futuras investigaciones que se realicen en este campo de conocimiento.

Este estudio es pertinente pues permite contar con material de primera mano para formular futuras investigaciones en la Región e inclusive en otras zonas del país, con las limitaciones previamente mencionadas.

Es viable, pues la fuente primaria de información son las personas de los servicios de salud que acuden a la consulta externa del Hospital, razón por la cual son accesibles.

1.3 Estado de la Cuestión

Este apartado presenta una recopilación de los estudios más recientes (en los últimos cinco años) que fueron analizados por las investigadoras y que permitieron determinar el estado de conocimiento existente en relación con el problema de investigación. Se expone un resumen de las ideas expresadas por los diferentes investigadores consultados como por ejemplo: como realizaron el estudio, con quién (es), dónde fue realizado, resultados que obtuvieron y aquellos aspectos de interés que de alguna u otra manera están relacionados con el problema planteado en la presente investigación y por lo tanto le brindan un aporte importante.

De acuerdo con la revisión realizada por las investigadoras de antecedentes bibliográficos, no se encontraron –dentro de la bibliografía considerada- estudios directamente relacionados con el problema de investigación en la Región, ni desde el enfoque con el que se plantea.

De Souza y Gir (2006), en su estudio *Creencias de las madres seropositivas respecto a la transmisión vertical del VIH*, señala que las creencias pueden influir en el comportamiento de las personas. Este estudio de tipo cualitativo pretendió comprender las creencias que afectan el comportamiento de las madres HIV en relación con las medidas profilácticas de la transmisión vertical. El estudio se realizó con mujeres embarazadas portadoras de HIV, y que su embarazo finalizó con el nacimiento de un niño vivo en el municipio de Ribeirão Preto en el año de 2004. Se entrevistaron 14 mujeres portadoras de HIV.

Para el análisis de datos utilizaron como referencial teórico el Modelo de Creencias de la Salud, cuyas dimensiones son: susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas. Observaron

las contradicciones de la epidemia de SIDA: el conocimiento no cambia el comportamiento; miedo a morir; subestimación del virus; aspectos de índole económico; hasta no creer en la existencia del virus. Un aspecto importante es que los autores argumentan que identificando y comprendiendo las creencias, ayudaría a los servicios de salud en la promoción de adhesión.

El artículo utiliza como referencial teórico el “Modelo en Creencias de la Salud”. Además los autores sugieren la necesidad de instaurar programas que vayan más allá de la dimensión biológica, así como considerar los valores y el bagaje cultural de los pacientes, en pro de una asistencia más solidaria y participativa.

González y otros (2006), en el estudio descriptivo-observacional *la Automedicación con AINES por los usuarios de dos consultas de Atención Primaria del Tyoriherri (Vizcaya)*; estudiaron a 428 usuarios de estas consultas, hallando un 42.1% de automedicación la cual, según el estudio, no presenta relación con el sexo, pero sí ocurre con mayor frecuencia en los jóvenes. Dato interesante es que encontraron una alta proporción de automedicación con estos medicamentos con un bajo conocimiento de sus efectos adversos.

Este estudio permite evidenciar la problemática de la automedicación, el desconocimiento por parte de los usuarios de los efectos adversos de los medicamentos y sus implicaciones y ubicar la automedicación como un problema que se está dando en población joven.

Jiménez y Blanco (2006), realizaron *el estudio Medicamentos subutilizados en el ámbito comunitario, Área Salud Coronado, Costa Rica*. Se trató de un estudio de prevalencia de medicamentos, cuyo propósito fue evidenciar la existencia de un manejo inadecuado de los medicamentos en el

hogar. La recolección de datos la realizaron por medio de encuestas y el conteo de los medicamentos en 440 viviendas. De los medicamentos subutilizados obtuvieron los datos siguientes: vencidos (9%); los que no se sabe cuándo se vencen (17%) y los que no estaban vencidos; pero estaban sin uso (26%).

La subutilización de medicamentos la relacionaron con aspectos como la edad, el estado civil, el nivel educativo, dificultades para el uso y manejo de los medicamentos, el consumo incompleto y las alternativas de tratamiento: medicina natural y homeopatía. Además encontraron que las personas guardan medicamentos para acudir a ellos en caso de emergencia y no existe un adecuado manejo de los desechos.

El aporte de es estudio radica en que los autores evidencian que existe la problemática del incumplimiento o falta de adherencia al tratamiento farmacológico en hogares de familias costarricenses. Además se hace ver el problema de automedicación, al mencionarse la reserva de medicamentos en caso de emergencia, así como recurrir a prácticas alternativas como Homeopatía y productos naturales.

Mendoza, Muñoz, Merino y Barriga (2006), realizan el estudio de tipo observacional, en Chile, *Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos*, utilizaron una muestra de 245 pacientes hipertensos de 65 años o más del programa Cardiovascular del Centro de Salud de San Pedro. El estudio esta basado en el Modelo de Creencias en Salud.

Entre los hallazgos importantes está la alta prevalencia de incumplimiento terapéutico (78%) en los adultos mayores, (población que igual que en otros países, según se aprecia en los cambios en la pirámide poblacional de los últimos años, también va en aumento en Costa Rica), y su

relación con el género (más cumplimiento en varones), carencias educacionales y modificación de estilos de vida.

Para esta investigación es relevante este estudio, porque está basado en el Modelo de Creencias en Salud y los autores plantearon determinar el modelo recomendable de factores predictores del cumplimiento terapéutico en la población estudiada. Según exponen, este modelo ayuda a explicar el proceso de toma de decisiones respecto de la salud e identificar elementos de tipo motivacional, subjetivo, habilitantes o modificantes de la conducta los cuales intervendrían como determinantes del cumplimiento o incumplimiento de las prescripciones para tratar la enfermedad.

Tuesca y otros (2006), en *Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España*, estudio poblacional realizado a partir de datos recopilados por medio de entrevistas en pacientes hipertensos en el estudio "Hipertensión arterial y otros factores de riesgos en la población de 60 años y más de España", encuentran también que el cumplimiento terapéutico se relaciona con diferencias de género, regionales, educacionales y en calidad de vida, lo que confiere importancia para la investigación.

La relevancia del estudio para la presente investigación, radica en que para medir el cumplimiento terapéutico utilizaron el test de Morisky-Green. Este test se compone de cuatro preguntas diseñadas de manera sencilla y clara. Este test se tuvo como referencia para la construcción del instrumento en esta investigación.

Baena y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada en España (2005), en el estudio: *Cumplimiento, conocimiento y automedicación como factores asociados a los resultados*

clínicos negativos de la farmacoterapia, realizado con una muestra de 2556 usuarios del servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, mencionan la importancia que desempeña el paciente en la consecución de los resultados del tratamiento medicamentoso. Este estudio es de tipo observacional- descriptivo- transversal.

Los factores estudiados (cumplimiento, conocimiento y automedicación) como causa de resultados clínicos negativos de la farmacoterapia se estudiaron mediante el método Dader de seguimiento farmacoterapéutico. Ellos se refieren a los resultados clínicos negativos de la farmacoterapia, como problemas relacionados con medicamentos (PRM). Encuentran que no se pueden asociar los factores en estudio con la existencia o no de PRM debido a que estas variables no son atributos del paciente sino que se asocian con cada medicamento. Esta investigación es importante porque, aunque se dirige hacia el estudio de las variables de interés como causa de PRMs, aporta conocimientos sobre Atención Farmacéutica.

López (2005), en su revisión *Actitudes para fomentar el cumplimiento terapéutico en asma*, manifiesta que el asma debería ser una enfermedad fácilmente controlable. Aunque existen guías para su tratamiento, la realidad es que existe un mal control de de esta enfermedad y bajas tasas de cumplimiento de las indicaciones por parte de los pacientes. Refiere que los asmáticos toman su medicación en un 50% de las veces. Señala también que el incumplimiento se puede deber a varias causas y que los profesionales ante el fracaso simplemente recurren a lo más sencillo, como por ejemplo al aumento de dosis, sin tomar en cuenta que hubo un bajo cumplimiento de la pauta.

También plantea que las intervenciones deben enfocarse al cómo y por qué los pacientes incumplen, y a factores que influyen en el cambio de comportamiento del mismo.

Entre sus conclusiones señala la necesidad de un cambio de actitud de los profesionales sanitarios. Es importante que el esquema de tratamiento, su disposición al cambio para mejorar los conocimientos y las pautas terapéuticas que se establezcan deben realizarse en conjunto médico – paciente. El estudio es importante pues además de evidenciar el incumplimiento indica la responsabilidad del personal de salud involucrado en la atención al paciente.

Omoti y Ukponmwan (2005), en *Cumplimiento con los nuevos medicamentos antiglaucoma en Benin City (Nigeria)*, realizaron una investigación en the University of Benin Teaching Hospital, entre marzo y agosto del 2004 con 56 pacientes, a los cuales se les diagnosticó glaucoma primario en ángulo abierto y además se les prescribió uno de los nuevos fármacos antiglaucoma. El propósito del estudio, fue determinar la tasa de cumplimiento con estos nuevos fármacos, las razones de fallo de cumplimiento y los factores que lo afectan. A estos pacientes les dieron un seguimiento mínimo de tres meses y máximo de 9 meses. Los datos se recopilaron por medio de cuestionarios prediseñados, encontrándose una tasa de incumplimiento del tratamiento farmacológico del 66.1%. Además reportaron los investigadores como causas de incumplimiento, la escasez de medicamentos, así como su alto costo, el desconocimiento sobre la enfermedad, advirtiendo sobre la necesidad de educación sanitaria.

Este estudio es importante pues además de evidenciar el incumplimiento con medicamentos y sus causas, entre sus conclusiones se menciona la necesidad que existe de que el personal de salud pase más

tiempo con el paciente, así como educar sobre la naturaleza de la enfermedad y objetivos de los tratamientos.

Sánchez (2005), en *Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas*, presenta una revisión de las evidencias existentes sobre las diferentes estrategias para mejorar el cumplimiento farmacoterapéutico. Las estrategias que presenta son de intervención frente al cumplimiento farmacoterapéutico, pero son igualmente útiles para la prevención.

Señala que antes de realizar algún tipo de intervención, se debe tener en cuenta aspectos como:

- No culpabilizar al paciente.
- Individualización de la intervención.
- Fortalecimiento de la relación pues crea un vínculo que permite entenderse mejor.
- Integración en la práctica diaria.
- Participación de diferentes profesionales.

Entre las recomendaciones de intervención que presenta están:

- Promover la relación médico-paciente.
- Simplificar el tratamiento lo más posible.
- Informar al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Hacer participe al paciente del plan terapéutico.
- Dar información escrita.
- Involucrar a la familia.
- Utilizar métodos recordatorios.
- Reforzamiento periódico.
- Fijar metas periódicas.
- Investigar periódicamente el grado de cumplimiento.
- Incentivar al paciente.
- Llamar al paciente si no acude a revisión.

Además de lo expuesto anteriormente, este artículo es importante porque presenta las definiciones para adherencia de OMS y de Haynes y

Sackett presentadas en esta investigación. También menciona los métodos directos e indirectos para medir adherencia.

Tello y Yovera (2005), en su estudio: *Factores asociados a la incidencia de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en mayores de 18 años del distrito de Chiclayo-Perú enero marzo del 2005*, describen que la automedicación es un problema relacionado con una serie de complicaciones tales como el enmascaramiento de la enfermedad, aparición de efectos adversos, prolongación o agravamiento de la enfermedad, propensión o resistencia a los medicamentos empleados, facilitar el contagio y fomento de la drogodependencia, por lo cual es necesario conocer qué tan serio es este problema.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la proporción de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en la población mayores de 18 años del distrito de Chiclayo durante marzo del 2005. La muestra de estudio fue 371 personas mayores de 18 años de los distintos estratos socioeconómicos del distrito de Chiclayo.

Se concluyó que la proporción actual de la automedicación en la población estudiada es del 44% y la mayor parte de los estudiados tienen un nivel de conocimiento medio.

Este estudio es de utilidad porque se enfoca el fenómeno de la automedicación, considerada como práctica común y de riesgos para la salud por usar de forma inadecuada los medicamentos. Se indica en el estudio que son múltiples los factores influyentes: sociales, económicos y culturales.

Además enfatizan como la publicidad ha propiciado el aumento de la automedicación, así como su influencia en la decisión del médico a la hora de prescribir.

Lázaro y Pérez (2004), en el estudio: *Dos enfoques sobre medicamentos y la industria farmacéutica*, comparan dos enfoques sobre los medicamentos a partir de la posición que ocupan en la sociedad, la industria farmacéutica mundial y la cubana.

Se analizan cinco componentes relacionados con la “cadena del medicamento” y el ambiente en que esta se desarrolla. Los componentes hacen referencia a los siguientes temas: papel de esta industria en el mercado, como espacio de compra-venta de productos y movilización de recursos financieros. Influencia sobre el poder político para generar decisiones que logren mantener e incrementar el mercado. Tratamiento del prescriptor como un “cliente” que es necesario atraer para aumentar las ventas de medicamentos. Atención a los pacientes reales o potenciales como consumidores actuales o futuros, que puede incluso actuar sobre los prescriptores para ampliar el mercado. Estos componentes se analizan en el marco de la actual sociedad mundial globalizada.

En contraposición se analizan los propósitos de la industria farmacéutica cubana en la cadena del medicamento en el contexto de una sociedad socialista.

El artículo es importante para la investigación, ya que hace referencia a factores que deben ser tomados en cuenta, como parámetros inductores de comportamientos en el individuo y como el medicamento se convierte en mercancía u objeto de consumo.

Martín y Grau (2004), en *La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud*, La Habana Cuba, realizan una exposición teórica destacando el carácter complejo, multidimensional y multifactorial de la adherencia terapéutica.

Expresan que en la conducta de cumplimiento intervienen el sistema de conocimientos y creencias que posee el paciente sobre su enfermedad, la motivación para recuperarse o adaptarse a la condición de enfermo.

Plantean cuatro grupos determinantes de incumplimiento: el primero relacionado con variables propias de la interacción con el personal sanitario, el segundo relacionado con características del régimen terapéutico, el tercero con la naturaleza de la enfermedad y el cuarto relacionado con creencias del paciente asociadas a la percepción de severidad de la enfermedad (vulnerabilidad).

Este estudio es importante por el planteamiento de las determinantes de incumplimiento, específicamente la de las creencias del paciente. Además porque dentro de su contenido se hace un abordaje crítico a los modelos cognitivos conductuales. Aunque señalan que estos modelos no son suficientes para explicar el problema de adherencia terapéutica, y que el Modelo Creencias en Salud (MCS), posee problemas metodológicos y limitaciones teóricas, es uno de los modelos más utilizados en investigación.

Palop y Martínez (2004), realizan una revisión bibliográfica en la *Adherencia en el tratamiento al paciente anciano*. Los autores mencionan, que el aumento de la población mayor de 65 años en España es mayor del 17%. Esta población consume más del 30% de los medicamentos, con un promedio de entre dos y tres medicamentos por día por anciano y un 73% de ellos lo hace de forma crónica.

También estos autores señalan lo fundamental que es la adherencia al tratamiento en estos pacientes, pues la no adherencia va a significar un aumento en la probabilidad de fracaso terapéutico, complicaciones innecesarias, así como; el aumento en los gastos. Destacan que la edad no es un factor predictor de adherencia terapéutica, pero sí las características propias de la utilización de medicamentos en el anciano. Entre ellas resaltan múltiples médicos prescriptores, polimedicación y pautas complejas de tratamiento, entre otras.

Además de los aspectos anteriores este artículo es relevante para esta investigación pues en él se exponen aspectos importantes, como la definición de adherencia adoptada en esta investigación, métodos de medida (objetivos directos, objetivos indirectos y subjetivos), determinantes de la no adherencia, así como la relevancia e intervención para mejorarla.

En relación con los métodos de medida de adherencia mencionan los siguientes:

- **Métodos objetivos:** Miden la presencia del fármaco o metabolitos de este en algún fluido biológico. Son muy objetivos y específicos, y con mayores índices de resultados de cumplimiento, pero son muy caros, se cuenta para pocos fármacos y requieren de alta infraestructura, por lo que son poca utilidad en atención primaria.
- **Métodos objetivos indirectos:** Miden el incumplimiento a partir de circunstancias relacionadas con él y el grado de control de la enfermedad. (recuento de comprimidos, monitoreos electrónicos acoplados al envase de medicamentos (MENS), valoración de la asistencia a citas previas programadas, control de las visitas a enfermería para recoger

recetas incluidas en "Cartilla de Largo Tratamiento (CTL), valoración de la eficacia terapéutica alcanzada.

- **Métodos subjetivos:** Valoran las conductas y los conocimientos sobre la enfermedad y tratamiento que tienen los pacientes. Son sencillos y adecuados para estudiar poblaciones grandes pero pocos objetivos. Los más utilizados son:
 - Juicio del médico.
 - Técnicas de entrevistas (cuestionarios que analizan el "grado de conocimiento" que tiene el enfermo sobre la enfermedad.
 - Cuestionario de Morisky-Green, valora si el enfermo "adopta actitudes correctas con relación a la terapéutica" de su enfermedad, (Ver Anexo N° 1).
 - Cuestionario "comunicación del autocumplimiento" de Haynes y Sackett, (Ver Anexo N° 1).
 - Comprobación fingida o bogus pipeline.

Arrivillaga, Salazar y Correa (2003), en la investigación *Creencias sobre salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios*, exponen que en la prevención de la salud se ha trabajado con modelos referidos al componente cognitivo. En psicología de la salud existen el Modelo de Creencias en Salud de Hochbaum, el Modelo de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen y el Modelo de adopción de precauciones de Weinstein.

Los autores realizan una investigación descriptiva transeccional, con 754 jóvenes universitarios de Cali. Los instrumentos que utilizan son: Cuestionario de prácticas y creencias relacionadas con estilos de vida y Encuesta sobre factores del contexto relacionados con el estilo de vida. Como resultados presentan una alta o muy alta presencia de creencias favorables con la salud. Incongruencia entre creencias y prácticas en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida.

La importancia de este artículo, radica en la utilización para el análisis y discusión de los resultados, de los modelos de la psicología de la salud: el Modelo de Creencias en Salud y el de la Teoría de la Acción Razonada, los cuales se adoptaron como enfoques teóricos para la presente investigación.

Fernández y otros (2003), en el estudio cualitativo *Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo* en España, al estudiar 44 pacientes hipertensos adultos (35 a 75 años) —por medio de entrevistas semiestructuradas y arapadas—

Entre sus resultados señalan que los pacientes no adherentes encuentran más barreras para la conducta de cumplimiento que los cumplidores. Mientras que para estos últimos las principales barreras son objetivas como viajar, tomar otros medicamentos, para los no adherentes son

En este estudio los autores reiteran que se debe destacar en los programas educativos dirigidos a los pacientes las ventajas del tratamiento.

Hall (2003), en *Atención Farmacéutica: Seguimiento del Tratamiento Farmacológico*, presenta una recopilación actualizada sobre la Atención Farmacéutica y el seguimiento del Tratamiento Farmacológico en Atención

una necesidad social: los pacientes necesitan ayuda para obtener el máximo beneficio de los medicamentos. Dentro de esta filosofía, la cual recibió el nombre de Atención Farmacéutica en Tokio en 1993, se deposita y desarrolla la responsabilidad de identificar las

necesidades del paciente relacionadas con sus medicamentos y aceptar ese compromiso.

En el consenso de Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y consumo realizado en el 2001, se define la Atención Farmacéutica como la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento farmacoterapéutico, cooperando con los profesionales en salud y con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, aunado a ello actividades de promoción y prevención.

Asimismo, se define Seguimiento del Tratamiento Farmacológico como la práctica profesional donde el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con sus medicamentos, mediante la detección, prevención y resolución de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs) de forma continuada, sistemática y en conjunto con el paciente y otros profesionales en salud, para el logro de resultados

De esta recopilación es importante para la investigación, los conceptos procedentes del consenso de Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y consumo, que resalta la importancia del papel del farmacéutico en la detección y minimización y resolución de los PRMs.

Moreno y Gil (2003), en *El Modelo de Creencias en Salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis* y dimensiones, revisan las críticas formuladas al modelo y finalmente dan

una explicación alternativa desde la perspectiva del análisis funcional de la conducta verbal para tratar de superar los resultados contradictorios.

El MCS desde que surgió en la década de los cincuenta, ha sido uno de los marcos teóricos más usados en psicología de la salud, para explicar los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad. Este modelo de inspiración cognitiva, el cual es el que más investigaciones ha suscitado, considera que los comportamientos son resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una determinada situación.

vez más y se le augura poco valor predictivo. Sin embargo para los fines de esta investigación, este artículo contribuye con aspectos importantes del modelo como:

1. Los componentes básicos circunscritos al ámbito de la salud son:

- El deseo de evitar la enfermedad (si esta enfermo recuperar la salud).
- La creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si está enfermo recuperar la salud).

2. Las dimensiones del modelo:

- Susceptibilidad percibida.
- Severidad percibida.
- Beneficios percibidos.
- Barreras percibidas.

Soto y Roa (2003), en su estudio, Patrones de autoatención y automedicación entre la población estudiantil universitaria de la ciudad de Puebla, plantearon como objetivo entender la conducta de los individuos en el marco de la autoatención, para enfrentar síntomas comunes. Asimismo,

averiguar cuáles han sido los fármacos que con mayor frecuencia han sido consumidos por los estudiantes universitarios, tomando en cuenta que la automedicación es un fenómeno social y cultural que dura toda la vida. Definieron los patrones de autoatención y automedicación predominantes entre los estudiantes universitarios, con el fin de establecer qué problemas de salud comunitaria pueden desencadenar estas conductas en el futuro.

Para el estudio aplicaron encuestas a estudiantes universitarios con el fin de conocer los patrones de autoatención y automedicación más comunes. Fue un estudio transversal y observacional. Se eligió para el estudio a la población estudiantil de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla debido a que es, de entre todas las universidades de la ciudad, la más representativa por englobar a gente de todos los estratos socioeconómicos. Fueron omitidas las facultades de Medicina y Enfermería, dado el conocimiento que los estudiantes de dichas facultades tienen sobre los fármacos y sus usos.

Para obtener una muestra representativa se aplicaron 1981 encuestas entre los estudiantes de la Ciudad Universitaria en el mes de marzo de 2003. En total se consumieron 7671 medicamentos sin recomendación médica, de los cuales el 61% (4587) fueron AINES y combinaciones: el 10% (765) antidiarreicos; el 10% (764) mucolíticos; el 9% (691) antiparasitarios; el 8% (646) antibióticos sistémicos; el 1% (115) fármacos tónicos para el tratamiento del acné y el 1% (103) anticoncepcionales orales. De los 4587 AINES y combinaciones que fueron usados, el 34% (1561) correspondieron a Aspirina (ácido acetil salicílico); el 26% (1187) a Desenfriol; el 23% (1054) a Tempra (acetaminofen); el 8% (350) a Tylenol (acetaminofen); el 8% (345) a Naxen (naproxeno) y el 1% (33) a Nimesulide.

De los 646 antibióticos sistémicos utilizados, el 60% (385) correspondió a Bactrim (trimetoprim-sulfametoxazol); el 31% (203) a Amoxi:

(amoxicilina) y el 9% (58) a ciprofloxacina. Es de especial interés el hecho de que el 9% de la población total que ha practicado la automedicación con antibióticos haya elegido ciprofloxacina (un antibiótico de última generación, de uso restringido a patologías específicas y de alto costo).

Al 76% (1344) de los encuestados que practican la automedicación, los fármacos les fueron recomendados por familiares que, además, sugirieron la dosis. El 15% (265) de los encuestados no necesitó de recomendaciones, dado que fueron ellos mismos los que eligieron la terapéutica. El 4% (79) recibió la recomendación de amigos. La asociación del alto consumo de medicamentos para el tratamiento de síntomas inespecíficos con la falta de conocimiento sobre los efectos adversos, así como el uso de medicamentos controlados, llevan a una conclusión evidente: la automedicación entre la comunidad universitaria poblana es irresponsable.

El consumidor final no es, sin embargo, el único culpable de esta situación. Las farmacias, el sistema de salud, los medios de comunicación y el entorno social juegan un papel muy importante que no se debe olvidar.

El estudio presenta datos importantes referentes al fenómeno de la automedicación y la exposición de los principales fármacos que utilizaron los entrevistados sin prescripción médica que son importantes para ser incluidos en el presente trabajo.

Teixeira, Pacheco y Toreti (2003), en el estudio *Evaluación del uso de pictogramas como ayuda a la adherencia al tratamiento farmacológico*, reiteran que el incumplimiento del tratamiento farmacológico es un grave problema de salud pública, debido tanto a sus consecuencias clínicas como económicas, pues además de representar más daños para la salud del paciente, incrementa los gastos para tratar estos daños.

Para el estudio se trabajó con una muestra de 10 pacientes inscritos en la Unidad de Salud de la Familia del barrio de Sao Simão en el municipio de Cruciúma, Santa Catarina, Brasil. A estos pacientes se les dio un seguimiento de 30 días, mediante visitas domiciliarias. Todos eran hipertensos con serios problemas de adherencia a medicamentos.

El estudio consistió en seguir el uso de medicamentos en un grupo control y un grupo intervención. Ambos grupos recibieron la misma información oral sobre sus tratamientos farmacológicos (posología, duración de tratamiento e importancia del cumplimiento terapéutico), y no farmacológicos (hábitos de vida) El grupo intervención la información se reforzó además de forma escrita, por medio de un instrumento de adherencia al tratamiento. El instrumento consistió en un material impreso donde los períodos de mañana, mediodía, tarde y noche son representados por pictogramas.

Entre sus resultados indican que en el grupo de intervención, la adherencia fue del 80%, mientras que en el grupo control el 100% no se adhirieron al tratamiento. Enfatizan que los pacientes que utilizaron el instrumento tienen mayor adherencia. Agregan que la mayoría de pacientes incumplen por tomar menores dosis que las prescritas, dato que tiene relevancia para la presente investigación.

Aunque estudio se realizó con una muestra muy pequeña, resulta útil para la presente investigación pues identifica el problema de adherencia al tratamiento farmacológico como un problema de salud pública. Además fundamenta lo útil y necesario que es el reforzamiento de la comunicación verbal y no verbal que se le brinde al paciente con información por escrito.

Franco y Pecci (2002), en su trabajo llamado *La Relación Médico-Paciente, la Medicina Científica y las Terapias Alternativas*, realizado en el Departamento de Salud Mental, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, trataron de describir la magnitud y características del uso de terapias no convencionales en la práctica clínica.

El estudio abarcó los meses de abril, mayo, junio, septiembre, octubre y noviembre del año 2001. Seleccionaron una muestra consecutiva de 540 pacientes que concurrieron por primera vez al consultorio externo del Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas.

Aplicaron un cuestionario que recogía datos sobre variables sociodemográficas, problemas de salud física y psicológica, percepción de la relación médico-paciente, automedicación y creencias relacionadas a la enfermedad y su tratamiento. Encontraron que aproximadamente el 55% utilizó terapias alternativas, siendo que la homeopatía y las hierbas medicinales fueron las más usadas (40.8 y 37.6%). La evaluación de estas prácticas fue: excelente/muy bueno/bueno 84.5%.

La mayoría consideró poco conveniente discutir con el médico su uso. Las asociaciones significativas fueron: sexo femenino, alto nivel educacional, insatisfacción con la manera en que fue investigada la causa de la enfermedad e informado el diagnóstico y tratamiento, tratamiento psicológico o psiquiátrico, automedicación, dolor y preocupación durante más de 6 meses por enfermedad o discapacidad, desconfianza en la medicina científica, creencias atribuyendo el origen de la enfermedad a "problemas espirituales", "problemas mentales" y "afectivos", creencias populares, fundamentalmente "daño y envidia" y "mal de ojo".

La tercera parte de los pacientes concurre a la consulta usando una terapia alternativa que puede interferir o interactuar riesgosamente. Se destaca la importancia de la educación médica para valorar la relación médico-paciente y lograr transmitir confianza en procedimientos y tratamientos médicos y asesoramiento científico sobre prácticas alternativas. Se trató de un estudio de tipo descriptivo observacional.

Este estudio es relevante para la investigación pues evidencia la utilización de terapias alternativas por los pacientes sin discutirlo con el médico, además de las razones por las que recurren a ellas. Entre estas terapias las más utilizadas por los pacientes del estudio fueron la homeopatía y las hierbas. Entre las razones por las que recurren a terapias alternativas están la falta de confianza en la medicación científica, la creencia en el origen espiritual y emocional de la enfermedad. También mencionan la necesidad de una buena relación y comunicación médico-paciente. Hay menor utilización de terapias alternativas cuando se da una mayor adherencia y satisfacción con la relación médico-paciente.

Como se puede apreciar en la literatura consultada los diferentes autores estudian el problema de incumplimiento o falta de adherencia al tratamiento farmacológico en diferentes tipos de pacientes y patologías para determinar sus causas y formas de abordaje. Algunos de los autores estudian o investigan las creencias que poseen los pacientes en relación a estilos de vida saludables o hacia la prevención de enfermedades. Otros lo hacen desde la perspectiva de la relación médico-paciente. En los estudios revisados, no se encontraron investigaciones de las creencias y prácticas desde la perspectiva planteada por las investigadoras. Por lo tanto se puede inferir que existe un vacío de conocimiento que esta investigación puede ayudar a solventar.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Identificar las creencias y prácticas presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de la población de Liberia entre 20 y 64 años de edad, que asiste a consulta en los EBAS del Hospital de Liberia, a fin de contribuir con información para los profesionales en salud, orientada a la mejora en la adherencia al tratamiento farmacológico.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de la población en estudio.
- Registrar las creencias y prácticas más usuales presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico que tiene la población en estudio.
- Enumerar los medicamentos más frecuentes vinculados a creencias y prácticas presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico que tiene la población en estudio de acuerdo a la clasificación ATC.

2 Capítulo II. Marco teórico

En esta sección se desarrolla la construcción de los elementos teóricos que respaldan y dan relevancia al estudio. Está estructurado para responder a los objetivos específicos y al problema de investigación. Se inicia con el concepto de salud enfermedad por considerarse el aspecto más general, comprendiendo así los principios de la Seguridad Social costarricense y su modelo de atención. Se continúa con la adherencia terapéutica, la adherencia y falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Luego el apartado de creencias y prácticas con el abordaje del Modelo de Creencias en Salud y la Teoría de la acción Razonada, los cuales son modelos teóricos conductuales que dan el enfoque teórico a la investigación. Concluye con el seguimiento del tratamiento farmacológico. Este contenido permitió además de dar el soporte teórico al estudio, operacionalizar las variables y dar marcha para continuar la investigación.

2.1 Concepto de salud – enfermedad

El concepto salud enfermedad se ha desarrollado a través de la historia de la humanidad y junto a los avances de la medicina gracias a los aportes de la ciencia y la tecnología.

Según lo cita Vargas (2006):

El concepto de salud –enfermedad ha evolucionado a lo largo de los siglos y el mismo tiene implicaciones en la estrategia de la atención en los servicios de salud. Un primer acercamiento fue el enfoque mono causal y biólogo: cada enfermedad se debía a un agente causal y la salud se entendía como la ausencia de enfermedad. Posteriormente,

con la descripción de la triada ecológica, la salud se entiende como un equilibrio entre el agente, el huésped y el ambiente. En 1948 la Organización Mundial de la salud (OMS) adopta su famosa definición: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”... finalmente la salud enfermedad se conceptualiza como el producto del desarrollo armónico. La salud no es un “estado”; es una situación relativa dinámica variable producto de la vida social de la población y del individuo influenciado por un conjunto de factores determinantes. (p.13)

En Costa Rica la salud es considerada un derecho, y el Estado se encarga de garantizarla a través de las diferentes instituciones del Sistema de Salud como por ejemplo el Ministerio de Salud como ente rector, la Caja Costarricense de Seguro Social como proveedora, y las demás instituciones del sector salud como las Universidades, Acueductos y Alcantarillados, Instituto Nacional de Seguros, etc.

2.1.1 Principios de la Seguridad Social

El sistema de salud costarricense, desde sus inicios en la década de los 40 con la Seguridad Social, se ha basado en los principios de universalidad, solidaridad y equidad.

Según Ayala, Carvajal, Cercone y Arce (1999) y Vargas (2006), estos principios se definen de la siguiente manera:

- Universalidad: brindar cobertura a toda la población sin distinción y de manera integral.
- Solidaridad: cada individuo contribuye al Seguro Social según sus posibilidades económicas, para un fondo común en el cual el que

más contribuye permite que los servicios sean brindados a los que no pueden contribuir.

- Equidad: Distribución justa garantizando igualdad de oportunidades en los servicios de salud.

En Costa Rica, gracias al régimen de Seguridad Social, la población goza de indicadores de salud comparables con los de algunos países desarrollados. Según datos recopilados del Centro Centroamericano de Poblaciones (CCP) de la Universidad de Costa Rica, la tasa de mortalidad infantil en el 2006 fue de 9.73 por cada 1000 nacimientos y la esperanza de vida al nacer en el 2005 fue de 79.11 años (76.91 años para hombres y 81.42 años para las mujeres), cifras indicadoras de la calidad de atención, y respuesta del sistema de salud del país.

Sin embargo, como señalan autores como Ayala, Carvajal, Cercone y Arce (1999), y Quesada y Pacheco (2000), el modelo de atención que se ha venido practicando es de carácter biologista, es decir; con una orientación predominantemente clínica, curativa e individualista, desprovisto del análisis de los problemas del entorno y de la sociedad como un todo, aspectos que lo hacen insatisfactorio e insuficiente.

Por lo tanto, ante los cambios del perfil epidemiológico, el aumento de población longeva y con ello el aumento de enfermedades crónicas, así como aspectos de tipo económico, entre otras razones, se plantea el cambio de este modelo hacia la prevención y promoción de la salud, es decir; hacia un modelo de enfoque integral.

2.1.2 Modelo de atención integral

De acuerdo con los planteamientos del Modelo de Atención Integral en salud costarricense, se pretende dejar de lado la concepción biologista de la enfermedad, y dirigir las acciones hacia la prevención y promoción de la salud, desde una perspectiva biopsicosocial, tomando en cuenta tanto las dimensiones biológica, económica, ecológica, conciencia y conducta, así como el establecimiento de las alianzas interinstitucionales e intersectoriales. Esta situación es mencionada por Ayala, Carvajal, Cercone y Arce (1999) al referirse a la atención integral:

Desde la perspectiva de atención de la salud, son las acciones que integran aspectos de prevención, promoción, curación y rehabilitación del individuo, la familia, la comunidad y su ambiente, con un enfoque integral del concepto salud enfermedad. (p. 46)

Por lo tanto como refieren estos autores la atención integral no compete únicamente a los servicios de salud, pues requiere la participación activa de todos los involucrados en el Sistema Nacional de Salud: Ministerio de Salud (MS), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Acueductos y Alcantarillados (AyA), Universidades, Instituto Nacional de Seguros (INS), Servicios Médicos Privados, Cooperativas y empresas de autogestión, Municipalidades y la comunidad organizada.

2.1.2.1 Promoción y prevención de la salud

Es importante promover la participación activa y real de los equipos interdisciplinarios de trabajo, así como el compromiso y sensibilización del personal en salud para brindar la atención integral en salud. Enfatizando en la promoción y prevención, sin dejar de lado la curación y la rehabilitación de la salud.

Según cita Vargas (2006), la promoción de la salud se define en la Carta de Ottawa, 1986, de la siguiente manera:

Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar y adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como un objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (p.12 y183)

El concepto de promoción de la salud por lo tanto es fundamental dentro del modelo de atención integral de la salud que se ha venido gestando en Costa Rica, y junto con el concepto de salud va más allá del simple hecho de estar sano el individuo, trasciende el modelo de atención biológica, otorgando una participación activa al individuo y a la comunidad organizada.

Este mismo autor se refiere a la prevención de la enfermedad como “estrategias para atenuar o aminorar los factores de riesgo de enfermedades específicas; estrategias encaminadas a reducir las consecuencias de la enfermedad” (p.12).

Dentro del modelo de atención integral se requiere la participación activa de profesionales en salud, donde el farmacéutico por su formación curricular especializada en medicamentos, puede y debe contribuir con sus conocimientos en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas.

El modelo de atención integral sustentándose en los conceptos de promoción y prevención de la salud, ofrece al farmacéutico la oportunidad de participar activamente junto con los demás profesionales en la atención integral de la salud de las personas. Esto es señalado en el Consenso sobre Atención Farmacéutica (2001), "La atención del farmacéutico al consumidor de medicamentos, realizada de forma directa, personal, cotidiana y rigurosa, es una oportunidad de importancia técnica y estratégica indiscutible..." (p. 5). Al ser el profesional especialista en medicamentos su contribución en la resolución de los problemas suscitados a raíz de la utilización de los mismos puede lograr mejorar sustancialmente la salud de la población.

2.2 Adherencia y falta de adherencia terapéutica

Se entiende -según refieren autores como Haynes y Sackett (1979), citados por Sánchez (2005) y, Palop y Martínez (2004)- por adherencia terapéutica el grado de coincidencia de la conducta del paciente con las pautas dadas por el profesional en salud, en relación con el uso de los medicamentos, cambios de estilos de vida y otras indicaciones estipuladas con el propósito de tratar un problema de salud. La adherencia terapéutica es un proceso dinámico y multifactorial, que involucra al paciente, al profesional y a los sistemas de salud. Por consiguiente, cuando el paciente no cumple a cabalidad las pautas dadas incurre en falta de adherencia.

Para efectos prácticos -como fue señalado anteriormente- en este estudio se utilizaron los términos adherencia y cumplimiento indistintamente, aclarando que ambos se entenderán de acuerdo con la definición de Palop y Martínez (2004) para adherencia por considerarse más adecuada, ya que al paciente se le confiere un aspecto activo y además se responsabiliza al médico (personal de salud), de esta forma el paciente entiende el problema

de salud, las consecuencias de seguir el tratamiento, la toma de decisiones compartida y mejore la efectividad de los medicamentos.

Al referirse a los términos de adherencia o cumplimiento, los autores consultados coinciden en que es el tipo de conducta que el paciente asume ante las indicaciones dadas por el personal de salud.

Teixeira, Pacheco y Toreti (2003), (citando a Basterra) y Sánchez (2005), (citando la definición de la OMS), entre otros; refieren que el cumplimiento o adherencia terapéutica es el grado en que el paciente acepta seguir las indicaciones dadas por el personal sanitario en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, siendo el incumplimiento contrario. Sánchez, también menciona que la adherencia terapéutica es un proceso complejo que se ve influido por factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios medicamentos.

En lo referente al incumplimiento terapéutico García y otros (2000) y Ginarte (2001), coinciden en que el grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas, sean estas de naturaleza médica o psicológico-conductuales, se ha convertido en un punto muy importante en la investigación contemporánea. Actualmente el tema tiene gran trascendencia debido a su importancia sobre todo en el tratamiento de las enfermedades crónicas, pues el incumplimiento no solo es grave, porque hace ineficaz el tratamiento prescrito lo cual produce un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria. La falta de apego genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social.

En el caso de enfermedades como el asma, que para los clínicos pareciera fácil de controlar, paradójicamente no resulta así, pues más del

50% de los pacientes no siguen las pautas del tratamiento; situación que refiere en la revisión de López (2005):

..., aunque el asma sea una enfermedad fácilmente controlable, en la práctica los pacientes no están bien controlados. Para explicar esta paradoja, la causa que se cita con más frecuencia, sobre todo en pacientes con tratamiento correcto, es el incumplimiento terapéutico. (p.334)

El incumplimiento terapéutico se considera un problema de salud pública, por las consecuencias en la salud de las personas y los costos económicos que genera, según refieren Teixeira, Pacheco y Toreti (2003) y Tuesca y otros (2006). Cabe agregar que la OMS así lo ha declarado.

Según datos obtenidos del estudio de Martín y Grau (2004):

Se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45%; cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de incumplimiento es incluso más elevada. (p.2)

Por su parte Rigueira (2001), se refiere a los factores de incumplimiento: características del proceso patológico (es mayor en patologías crónicas), características del paciente (demográficas, personales como lo son los hábitos, culturales como nivel de instrucción), características de la atención sanitaria y características del tratamiento.

Por lo anterior es deducible que la conducta de adherencia o no adherencia que adopte el paciente hacia las indicaciones dadas por el personal de salud es multifactorial, compleja, y que no depende únicamente de él, sino que es necesario comprender todos los posibles factores que la determinen para lograr incrementarla.

2.2.1 Adherencia y falta de adherencia al tratamiento farmacológico

Según refieren autores como Haynes y Sackett (1979), citados por Sánchez (2005), Palop y Martínez (2004), la adherencia al tratamiento farmacológico forma parte de la adherencia terapéutica, el cual es un concepto más amplio. Por consiguiente, se entiende por adherencia al tratamiento farmacológico, como la magnitud en que la persona sigue las indicaciones estipuladas por los profesionales en salud en relación con la utilización de medicamentos, como horario y número de dosis, entre otras. Por el contrario, cuando el paciente no se adhiere o no sigue las instrucciones dadas, se entiende como falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Como ya se indicó anteriormente y para efectos de esta investigación, se utilizaron indistintamente los términos adherencia al tratamiento farmacológico y cumplimiento y por consecuente falta de adherencia e incumplimiento.

La influencia de los medicamentos en el estado de salud de las personas es evidente y ha tenido impacto en los índices de salud de los países, como por ejemplo en el aumento de la esperanza de vida en las últimas décadas. El descubrimiento de la penicilina, las vacunas y otra variedad de medicamentos han logrado disminuir la mortalidad y mejorar las condiciones de salud de las personas. Sin embargo, estas acciones se traducen en el cambio del perfil epidemiológico de las poblaciones, contándose con enfermedades de tipo crónico y el surgimiento de nuevas enfermedades.

La industria farmacéutica ha hecho de los medicamentos un negocio sumamente lucrativo, ha incorporado en el mercado gran cantidad y variedad de medicamentos. En la presentación realizada por Piconne (2007), muestra

que los ingresos por ventas totales de veinte de estas corporaciones farmacéuticas van desde 2.5 has 29.4 billones de dólares. También agrega, que en el 2003 productos cuya indicación es reducir los niveles de colesterol como Lipitor de Pfizer y Zocor de Merck generaron ingresos de 10.3 y 6.1 billones de dólares respectivamente por ventas globales.

Además, las personas tienen mayor acceso a la información (tanto científica como netamente comercial) lo que ha favorecido posiblemente la utilización indiscriminada de medicamentos, traducido en uso, abuso y mal uso y con ello la manifestación de efectos negativos. Además, esto ha significado saturación de los servicios de salud, aumentos de costos de la atención y recargo de trabajo en el personal de salud. En síntesis, el uso/ mal uso de los medicamentos, como la automedicación y principalmente la falta de adherencia a las indicaciones de los profesionales, se ha convertido en un problema de salud pública, que debe investigarse desde todas las perspectivas posibles.

Mendoza y otros (2006), refieren que es importante investigar la conducta de adherencia pues:

El control de la enfermedad a nivel mundial oscila sólo entre 10 y 25% y entre los factores principales de esta situación, está el incumplimiento fármaco-terapéutico, aspecto crítico, si pensamos en la cadena del medicamento: elaboración-prescripción /indicación-dispensación-consumo, porque no ingerir el fármaco, significa anular todo el esfuerzo anterior. (p. 66)

Como aspectos importantes del presente estudio y como variables claves están las creencias y prácticas de las personas que los podrían llevar a presentar problemas de adherencia a los medicamentos indicados por el médico.

2.3 Creencias y prácticas con respecto a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico

Como ya se mencionó el resultado clínico que se obtenga de las instrucciones dadas por los profesionales en salud va depender en parte de la conducta que la persona adopte ante ellas. Por lo tanto los resultados pueden ser positivos o negativos dependiendo de la actitud de adherencia o falta de adherencia (cumplimiento o incumplimiento) que adopte.

La actitud que adopte la persona hacia sus medicamentos puede estar mediada por las creencias y prácticas adquiridas, ya sea a partir de su propia experiencia o por medio de otras personas. Buena parte de esas creencias y prácticas carecen de fundamentos científicos y pueden poner en peligro la salud individual o colectiva.

2.3.1 Las creencias

Según las Estrategias en Programación Neurolingüística (PLN), cada ser humano tiene una serie de creencias personales adquiridas a lo largo de la vida, las creencias no se basan en un sistema de ideas lógicas, funcionan como la fe; no hay un sustento concreto que las compruebe, son generalizaciones mentales a las cuales se les da el poder de convertir en realidad lo que no se ve.

Cuando la creencia se encuentra interiorizada, se actúa como si fuera verdad y eso da fuerza para sacar los recursos necesarios para llevarla a cabo y así comprobarla. Detrás de cada estructura mental hay una creencia la cual varía en intensidad y puede ser motivadora o limitante. Cuando se da una repetición del mensaje, ese se convierte en la realidad y la verdad del individuo, las creencias son modificables por ser netamente aprendidas.

Las creencias en salud cuando son muy arraigadas, funcionan por la fuerza que se les otorga. Cada quien tiene su sistema de creencias, creencias con respecto a la familia, al trabajo, la salud, la enfermedad, los medicamentos, la herencia, etc. Son parte de la dimensión de conciencia y conducta relacionada con las condiciones de vida, tal como lo explica la teórica planteada por Moreno y Gil (2003), quien define creencias en salud desde la perspectiva de la psicología de la salud como:

... se entenderán las creencias de salud como relaciones arbitrarias entre conductas generadas socialmente y conductas de salud o de riesgos,... relaciones dependientes de las funciones contextualmente proporcionadas. Será necesario atender, no solo a las conductas de salud que lleva a cabo el sujeto o las creencias que manifiesta tener, sino también, y lo que es más importante a las diferentes funciones que establezcan la relación entre ambas. (p. 103)

Las creencias en salud deben ser consideradas al momento de instaurar una terapia medicamentosa, pues la persona será tan buen cumplidor en tanto crea en ello.

Para los fines de la investigación es conveniente exponer que en la literatura consultada se mencionan varios modelos que explican la ocurrencia de la conducta protectora de la salud y preventiva de la enfermedad. De estos los dos modelos más utilizados son el Modelo de Creencias en Salud (MCS) y la Teoría de la Acción Razonada.

2.3.1.1 Modelo de Creencias en Salud.

Este modelo es el marco teórico más relevante en psicología de la salud para explicar los comportamientos de salud y preventivos de la

enfermedad. Surge en la década de los cincuentas para la prevención centrada en la conducta para prevenir la enfermedad.

Cabrera, Toscán y Lucumi (2001), Moreno y Gil (2003), Arrivillaga, Salazar y Correa (2003), coinciden que este modelo de inspiración cognitiva considera los comportamientos como resultado de las creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación dada. De la misma manera, reconocen la contradicción que se da entre la falta de correspondencia entre lo que el sujeto cree y su comportamiento relacionado con la salud.

A continuación, se resumen las principales ideas acerca del Modelo Creencias en Salud expuestas por Moreno y Gil (2003). El modelo en sus inicios intenta comprender (a partir de la conducta de salud de personas sanas), por qué las personas se niegan frecuentemente a realizar conductas preventivas como: chequeos médicos para la detección temprana de enfermedades. Para la década de los setenta, el modelo se amplía aplicándose también a la respuesta de los pacientes ante síntomas y cumplimiento de regímenes médicos.

Los componentes básicos de este modelo derivan de la hipótesis de que la conducta de los individuos se apoya principalmente en dos variables.

- a. El valor atribuido por el sujeto a una determinada meta.
- b. La estimación del sujeto de la probabilidad de que una acción dada consiga la meta.

En el campo de la salud esto se entiende, según citan Moreno y Gil (2003), de los autores Masman y Becker (1974) como:

- a. El deseo de evitar la enfermedad (o si está enfermo de recuperar la salud).

- b. La creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad (o si se está enfermo la creencia de que una conducta específica, puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud).

Además los autores citan de Rosentock (1974), las dimensiones del MCS.

1. **Susceptibilidad percibida** ante un determinado problema de salud: Es la percepción subjetiva de cada persona sobre el riesgo de enfermar.
2. **Severidad percibida**, refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejar los síntomas una vez contraída, contempla dos tipos de consecuencia de la pérdida de la salud: consecuencias médico-clínicas (muerte, incapacidad, dolor), y posibles consecuencias sociales (disminución de relaciones sociales, efectos sobre la capacidad laboral y relaciones familiares).

Estas dimensiones pueden ser capaces de desencadenar por sí mismas conductas de salud, pero por sí solas no definen el curso particular que dicha conducta puede tomar.

3. **Beneficios percibidos**, la acción específica depende de las creencias de la persona respecto a la efectividad relativa que las distintas conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad.
4. **Barreras percibidas** que se opongan a la ejecución de la conducta en cuestión, interacciona con las otras dimensiones, (costos, desagrado y dolor).

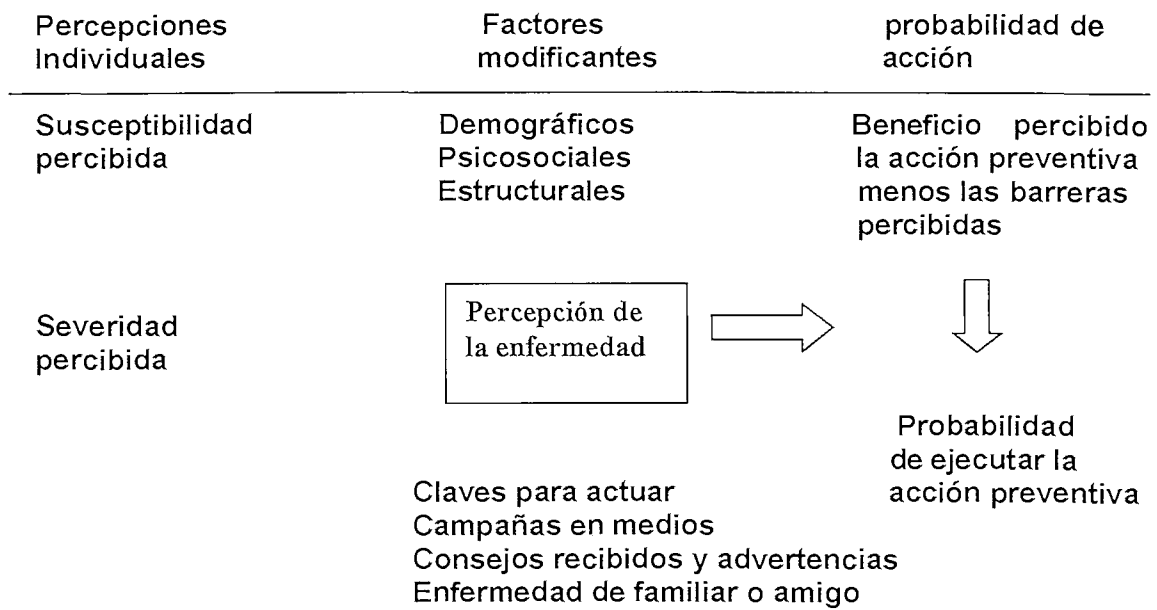
El modelo funciona de forma lógica, contemplando un hipotético análisis interior de costes y beneficios para la persona quien sopesaría la efectividad de la acción a tomar, así como los posibles costos para tomarla.

También agregan que algunos autores consideran necesario ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, estímulos que se denominan claves para la acción. En el ámbito de la salud estas claves pueden ser internas (ejemplo: síntomas físicos o percepciones corporales) o externas (recomendaciones de los medios de comunicación de masas, recordatorios de los servicios de salud, consejos de amigos etc.).

La intensidad de las claves para desencadenar las conductas puede variar de sujeto a sujeto e incluso en el mismo sujeto, dependiendo de sus niveles de susceptibilidad y el grado de severidad percibida.

Además hay diversas variables demográficas, socio-psicológicas que pueden afectar la percepción del individuo y así influir indirectamente en sus conductas de salud. Lo que sugiere que el conjunto de creencias del individuo produce un grado de preparación psicológica para actuar encarando el problema de salud.

Figura 1: Modelo Creencias en Salud



Fuente: Cabrera, Tascón y Lucumi (2001) pagina 8.

2.3.1.2 Teoría de la Acción Razonada.

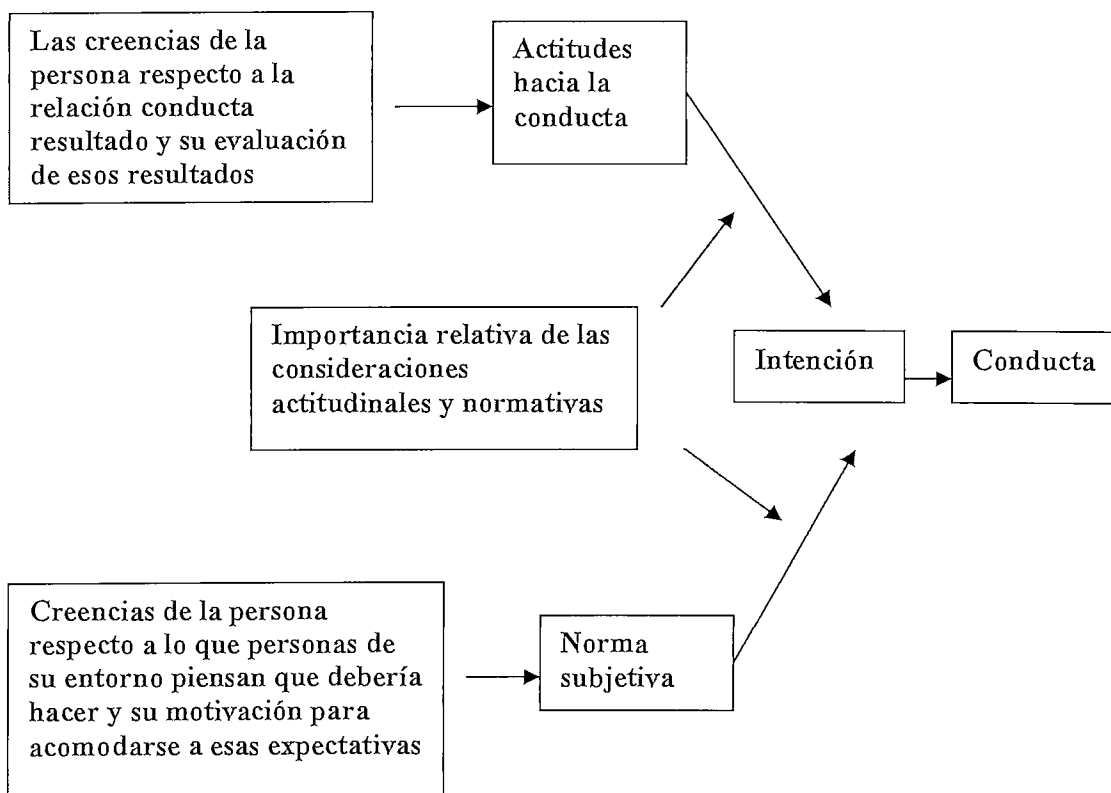
Este modelo cognitivo conductual prioriza la atención a los determinantes de la conducta, la intención es el principal determinante por lo que se trabaja en los factores que la determinan.

Arrivillaga, Salazar y Correa (2003), presentan un resumen sobre los aspectos más importantes de este modelo.

Otro modelo es el de la Teoría de la acción razonada que intenta integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de salud. Este modelo fue introducido por Fishbein en 1975 y desarrollado y evaluado por Fishbein y Ajzen en 1980. El planteamiento del modelo es que una conducta de salud es resultado directo de la intención comportamental, que depende a su vez, de las actitudes que

se tengan respecto al comportamiento concreto y de las valoraciones o normas subjetivas con respecto a lo apropiado de la acción comportamental. El supuesto del modelo es que los seres humanos somos seres racionales y aplicamos información disponible de manera sistemática para evaluar el costo beneficio de una acción particular. El objetivo de la Teoría de la acción razonada es ser capaz de predecir y entender directamente los comportamientos observables que están primariamente bajo el control de los individuos. (p.189)

Figura: 2 Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975)



Fuente: Esta figura pertenece al trabajo:

Meliá, J.L.; Chisvert, M. y Pardo, E. (2001). Un modelo procesual de las Atribuciones y actitudes ante los accidentes de trabajo. Estrategias de medición e intervención. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 17 (1), 63-90.

Con lo expuesto anteriormente con respecto a los modelos las investigadoras toman la decisión de utilizar el enfoque teórico de ambos modelos al considerarlos complementarios y respaldadas con la aseveración de Cabrera, Toscán y Lucumi (2001), quienes señalan que:

Aunque las teorías y modelos psicosociales son numerosos y dominantes en el estudio del cambio comportamental en salud, tienen componentes o constructos complementarios o son versiones adaptadas del mismo concepto variable explicativa del comportamiento. (p.3)

2.3.2 Las Prácticas

Cabrera, Tascon, y Lucumi (2001), mencionan que el comportamiento o prácticas individuales o colectivas es producto de la interacción de múltiples factores y variables. El comportamiento de las personas se ve influenciado por aspectos políticos, sociales, económicos y ambientales, lo que es indicativo que las prácticas que afectan la salud no se explican con una única teoría o modelo conceptual, estas lo que permiten es la ayuda para entender la naturaleza de las necesidades, motivaciones y prácticas de las personas, así como el contexto en que se desarrollan.

Según cita del antropólogo Eduardo Méndez, hecha por Baldini, E. et al (2005),

...la medicalización es un fenómeno que comprende las prácticas, ideologías y saberes manejados no solo por médicos, sino también por los conjuntos que actúan en dichas prácticas, las cuales refieren a una conversión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas a funciones de control y normatización. (p. 2)

Para lograr cumplir con los objetivos propuestos por la farmacoterapia el paciente desempeña un papel crucial. El fallo farmacoterapéutico puede

deberse a la propia fisiología del paciente o a la iatrogenia, pero factores como la automedicación y el incumplimiento que dependen de la conducta del paciente hacia su enfermedad y al medicamento son causas importantes de aparición de problemas relacionados con medicamentos.

2.3.2.1 Tipos de incumplimiento

Se han definido diferentes tipos de incumplimiento farmacoterapéutico, los cuales pueden estar vinculados con prácticas de cada individuo. Estos diferentes tipos de incumplimiento o falta de adherencia al tratamiento farmacológico, son citados por Palop y Martínez (2004) de la siguiente manera:

Incumplimiento parcial: en el que el paciente se adhiere al tratamiento en algunos momentos.

Incumplimiento esporádico.- si el individuo incumple de forma ocasional (más frecuente en los ancianos que olvidan tomas o toman dosis menores por miedo a efectos adversos).

Incumplimiento secuencial.- en el que el tratamiento se deja durante los periodos en el que se encuentra bien, pero restaura cuando aparecen síntomas (similar al concepto de “vacaciones terapéuticas”).

Cumplimiento de bata blanca: si solo se adhiere cuando está cercana una visita médica. Esta actitud junto con la anterior se da en enfermedades crónicas como la hipertensión o la dislipidemia.

Incumplimiento completo.- si el abandono del tratamiento es de forma indefinida. Esta falta de adherencia es más frecuente en jóvenes con enfermedades crónicas, probablemente porque el beneficio del tratamiento se plantea a largo plazo y los gastos y posibles efectos adversos son inmediatos (p.114).

Estos autores refieren que la falta de adherencia también se puede clasificar de la siguiente forma:

1-Primaria, incluye tanto no llevarse la prescripción de la consulta como llevársela pero no retirarla de la farmacia.

2- Secundaria, que incluye tomar una dosis incorrecta, olvidarse de tomar una o varias dosis (o aumentar la frecuencia de las dosis) y suspender el tratamiento demasiado pronto, bien dejándolo de tomar antes de la fecha recomendada por el médico o no obteniendo una nueva prescripción (p.114).

2.3.2.2 Automedicación

La automedicación supone un acto sanitario que es capaz de producir perjuicios o beneficios a la persona que los ingiere. Según los resultados obtenidos por Soto y Roa (2003), Los analgésicos y los antibióticos, son dos de los grupos farmacológicos más utilizados en automedicación.

Un ejemplo de estos es el uso del ibuprofeno para dolores menstruales. Se han dado casos de mujeres que toman ibuprofeno que le fue prescrito en el hospital y además toman pastillas de Dorival® porque han escuchado en comerciales que es bueno para eliminar los dolores menstruales y lo pueden adquirir hasta en las pulperías, sin darse cuenta que en realidad se trata del mismo medicamento con diferente nombre. Esta práctica puede acarrear un problema por sobredosis del medicamento.

González y otros (2006), en la *Automedicación con AINE por los usuarios de dos consultas de Atención Primaria del Tyoriherri (Vizcaya)* encuentran un 42.1% de automedicación con las siguientes características:

se da más en personas jóvenes, no encontraron diferencias con relación al sexo, además se automedican teniendo un escaso conocimiento de las reacciones adversas del fármaco.

Sáenz y Vargas presentaron un análisis de la Primera Encuesta de Gastos en Salud de Costa Rica (ENGAS-2006), realizada en el 2006 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. En esta encuesta se encontró que los costarricenses -a nivel privado- el gasto más alto en salud lo realizan en la compra de medicamentos, adquiriéndolos principalmente por automedicación. El porcentaje de automedicación obtenido es del 40% valor aproximado al de González y otros (2006).

La automedicación supone un factor de riesgo adicional ya que además de los problemas que puede provocar por si misma por la aparición de efectos no deseados, podría producir interacciones con los medicamentos prescritos por el médico. Es una práctica que puede estar asociada con el incumplimiento o falta de adherencia terapéutica. El grupo de investigadores de la Universidad de Granada en Atención Farmacéutica (2005), lo reafirma al indicar que el incumplimiento y la automedicación se asocian a PRMs de necesidad.

Como ejemplo de automedicación se menciona el uso de agua del vástago de banano, (relato proporcionado por una vecina de Barrio Pueblo Nuevo de Liberia a las investigadoras) *"se corta el tronco de banano y se hace una especie de pila con un cuchillo a mitad del tronco, ahí se recoge líquido de apariencia similar al agua, la cual debe ser ingerida por cucharaditas todos los días en la mañana y eso cura la tos ferina"*. Esta es una práctica basada en una creencia que podría llevar a un incumplimiento del tratamiento farmacológico en el caso que decidan suspender o no dar del todo el antibiótico prescrito por el médico.

Otro ejemplo facilitado por un señor de aproximadamente 60 años de edad vecino de Liberia, es el del uso de garbanzos crudos: *"se ponen en remojo el día anterior, se licuan y se toma un vaso diario en la mañana, con eso se cura la diabetes, se lo garantizo a cualquiera."*

Las creencias y prácticas son conceptos difíciles de separar. Como se contempla en los modelos de MCS y la teoría de la acción razonada es probable que la creencia sea la que influye en la práctica.

De los ejemplos anteriores se rescata, que desde la propia subjetividad del individuo, la creencia es tan fuerte que lo conduce a la realización de la práctica con el propósito de curar una enfermedad. Desde la óptica de los trabajadores en salud, se debe conocer estas creencias y prácticas para tener criterio e intervenir asertivamente estas situaciones tomando en cuenta los sentimientos de la personas.

Según refieren Franco y Pecci (2002), "... la medicina científica ha desarrollado el conocimiento de la enfermedad pero ha descuidado el desarrollo de una relación médico- paciente que valore y comprenda al enfermo como persona en su singularidad y con su sistema de creencias, Pensamos que sobre estas deficiencias se desarrollan las medicinas alternativas" (p. 113). La relación médico- paciente puede ser tan útil para mejorar la adherencia del paciente en la medida que el personal de salud logre tomar en cuenta aspectos como el bagaje cultural de las personas, pues como citan Franco y Pecci (2002), de la OMS "... muchos de los elementos de medicina tradicional son beneficiosos..." (p. 113).

Villegas y otros (2003), también mencionan la importancia de tomar en consideración lo cultural en salud al citar de Perdiguero que "esta presente en cada comunidad y grupo social, incluye el grupo saberes, tradiciones,

costumbres, valores, etc. En el campo de la salud, muy especialmente las diferentes culturas incorporan todo su acervo cultural para cuidar su salud.” (p. 42). Además agregan que:

Cuando en los servicios de salud se reconocen y se respetan esas particularidades y desde las prácticas de los servicios de salud se promueve ese acercamiento entre el personal (profesionales y técnicos) y las personas con su propia extracción social y cultural, se produce una mayor eficacia en la atención de las enfermedades, condiciones y lesiones (p. 43)

Villegas y otros se refieren a la integración de la medicina formal, la práctica informal y la medicina alternativa al citar de Perdiguero como:

...positiva y mejora la relación terapéutica, logra mayor éxito en la adhesión de las personas al tratamiento al incorporar la visión de mundo, el imaginario que con respecto a la salud poseen culturalmente las personas y las comunidades; en general se le llama cuidado lego o prácticas tradicionales, populares, etc. (p. 43)

Según Villegas y otros (2003), para la atención integral es necesario el trabajo en equipos interdisciplinarios. Por lo tanto, el farmacéutico podría contribuir a la atención integral por medio del seguimiento del tratamiento farmacológico de cada paciente, incorporándose al trabajo en equipo con los distintos profesionales. Pero la práctica visualiza una realidad diferente. Existen dificultades para desarrollar trabajo en equipo por diferentes razones. Así por ejemplo, por experiencia empírica las investigadoras conocen que en el Hospital de Liberia son pocos los equipos de trabajo que logran establecerse como tal, existen problemas de horarios para reuniones, comunicación entre sus miembros, tiempo disponible y hasta poco interés por parte de algunos de sus miembros.

En cuanto al abordaje integral, como indican Quesada y Pacheco éste aun es deficiente porque el paciente es atendido de manera fragmentada por diferentes profesionales, los cuales no se comunican entre sí; y poco o nada comprometidos en ayudar a los pacientes. Además la atención se realiza desde una perspectiva biológica –curativa, sin tomar en cuenta todos los determinantes que afectan la salud de las personas. Por lo tanto en la mayoría de las veces al paciente se le deja solo con el peso de su enfermedad y con una serie de indicaciones que no le son lo suficientemente claras, pierde credibilidad en el sistema de salud y opta por otras alternativas.

Los expertos en medicamentos o farmacéuticos de acuerdo con el perfil universitario, son los profesionales más indicados para ayudar a solventar la problemática de incumplimiento al tratamiento farmacológico, ayudando al paciente con los medicamentos desde la perspectiva indicada anteriormente, es decir; manteniendo una buena relación y comunicación con el médico, el paciente y otros profesionales, abordando todos aquellos factores que puedan estar involucrados.

2.4 Atención farmacéutica

Desde la década de los setenta ya se venía vislumbrando la emergente problemática de los medicamentos y la necesidad de dar seguimiento de la terapia medicamentosa del paciente. Según citan Cipolle, Strand, y Morley (2000), en 1975 Mikeal ya afirmaba la necesidad de atención al paciente que le asegurara un uso seguro y racional de los medicamentos.

La Atención Farmacéutica surge en la década de los noventa a partir de los trabajos realizados por Strand y Hepler, como un nuevo modelo filosófico del quehacer del farmacéutico. Según Hall (2003), este concepto se

entendió como equivalente al concepto en inglés "Pharmaceutical Care", el cual se entiende

...como la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente. ... Esta filosofía establece específicamente que la responsabilidad de los farmacéuticos consiste en identificar las necesidades relacionadas con la medicación de los pacientes y aceptar el compromiso de cubrir esas necesidades (p. 3).

El concepto de Atención Farmacéutica se ha ido mejorando a través de los años dado que, como refiere Hall (2003), se ha creado confusión pues en ella puede pensarse que abarca todos los servicios que presta el profesional en farmacia. De modo que a partir del Consenso sobre Atención Farmacéutica en setiembre del 2001 surgen las definiciones para Atención Farmacéutica y el Seguimiento del Tratamiento Farmacológico, citado por Hall (2003):

Se entiende como Atención Farmacéutica la participación activa del farmacéutico para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente. También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que promocionen la buena salud y prevengan enfermedades. (p. 4)

La Atención Farmacéutica se ha venido desarrollando en países como España, Estados Unidos, Argentina, Costa Rica, Colombia, Portugal y Chile. Así el farmacéutico realiza diversas actividades relacionadas con el uso racional de los medicamentos, pero dentro de esas actividades las tres siguientes son esenciales, según el Documento de Consenso en Atención farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo (2001):

- **Dispensación de especialidades farmacéuticas.** *este es el servicio más demandado por el ciudadano que acude a una farmacia. Es la situación en la que el sujeto solicita un medicamento concreto, generalmente mediante una prescripción médica o sin ella en el caso de que desee automedicarse (de forma adecuada o no). La actuación profesional del farmacéutico en este caso va mucho más allá de la mera entrega del medicamento, sino que debe ir orientada a discriminar la posible existencia de problemas potenciales, e ir acompañada de instrucciones sobre la adecuada utilización del medicamento.*
-
- **Consulta o indicación farmacéutica.** *Este servicio se realiza cuando el paciente consulta al farmacéutico sobre el posible tratamiento para un problema de salud concreto, es decir, le pregunta "¿Qué me da para...?". En este caso estará siempre referido a aquellos síntomas o síndromes menores para los cuales la legislación permite la dispensación de un medicamento sin prescripción médica o supondrá la derivación al médico en caso necesario.*
-
- **Seguimiento farmacoterapéutico personalizado.** *Conforme a la definición, el seguimiento farmacoterapéutico personalizado es la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos. Esto se realiza mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación (PRM). Este servicio implica un compromiso, y debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente (p.15).*
-

Por lo tanto el Seguimiento del tratamiento Farmacológico ofrece a los profesionales farmacéuticos la oportunidad de ayudar a los pacientes sacar el mayor y mejor provecho a los medicamentos, además de colaborar y a la vez trabajar en equipo con los demás profesionales involucrados en la atención de la salud del paciente.

Y es que como señala Badilla (2006), la profesión farmacéutica está pasando por un momento de redefinición de su papel en la estructura sanitaria. La industrialización del medicamento desplazó las funciones

iniciales del farmacéutico como aquel que dentro de su botica realizaba las más complejas preparaciones magistrales para sus pacientes, a partir de compuestos químicos y plantas medicinales. Al contar el mercado con preparados farmacéuticos sofisticados, el farmacéutico necesita reinventarse como profesional.

El farmacéutico, como en el caso de Costa Rica, recibe una preparación universitaria según los planes de estudio de las diferentes universidades aprobadas por el Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP). Es un profesional que posee un gran bagaje de conocimientos muy útiles y no están siendo aprovechados, es un profesional que se encuentra muy accesible a la población y que como lo señalan Cipolle, Strand, y Morley, (2000):

La farmacia, como profesión, está densamente poblada de "expertos en medicamentos" bien formados que pueden ser aprovechados de manera mucho más útil que con la simple dispensación, distribución y otras tareas que realizan habitualmente. Esta infrautilización debe ser corregida, y deben abarcarse unas funciones más exigentes, asociadas a la asistencia directa de los pacientes. (p.33)

Por su parte Badilla (2006), afirma que:

La Farmacia, como disciplina de la salud, tiene la finalidad de brindar atención profesional segura, eficaz y oportuna desde el ámbito de los medicamentos, en su producción, suministro y uso racional, incluyendo las cuatro acciones básicas en salud: promoción, prevención, atención (curación, control, paliación) y rehabilitación de secuelas. Los beneficiarios de esta disciplina son los seres humanos en forma directa e indirecta. Son entonces los farmacéuticos los que ejercen la práctica de la farmacia. (p.319)

Hall (2003), menciona que según criterios emanados de la OMS, el envejecimiento de la población, el aumento en los costos de salud, el que los medicamentos cada vez sean más complejos, y los pacientes cada vez más

exigentes, se hace necesario enseñar y vigilar la buena utilización de los medicamentos, lo cual amerita que exista la atención farmacéutica.

En este mismo sentido, Faus (2000), indica que la subutilización del profesional en farmacia, con una imagen desvirtuada y la creciente necesidad de un experto capaz de enfrentar la problemática en salud que representa actualmente el uso masivo de medicamentos, surge la atención farmacéutica, como un concepto de práctica profesional donde el beneficiario es el paciente.

Idealmente cuando el médico prescribe un medicamento a un paciente es porque se ha establecido un diagnóstico y se espera el acatamiento de todas las pautas por parte del paciente y de esta manera obtener los resultados esperados. Se conoce empíricamente que la realidad es que no hay pacientes ideales, ni tratamientos ideales y la farmacoterapia falla. Es bien conocido que los pacientes no hacen una buena utilización de los medicamentos lo que ha ocasionado serios problemas en su salud y la de otros. El uso inadecuado y desproporcionado de antibióticos, el no cumplir con regímenes antifímicos (tratamiento para combatir la tuberculosis) ha significado serios problemas de resistencia bacteriana y por consecuencia de salud pública.

En relación con esta necesidad, Hall (2003), señala que la atención farmacéutica surge como concepto filosófico en los años 1990, para dar respuesta a una necesidad social: los pacientes necesitan ayuda con sus medicamentos. Los medicamentos han contribuido a controlar las enfermedades, pretende mejorar la atención existencial y la calidad de vida.

Sin embargo esos medicamentos fallan, y las fallas se traducen en pérdidas de salud, pérdidas económicas, aumento en morbilidad, mortalidad y el

gasto sanitario y social. Y es que como lo menciona De Abajo (2001), los medicamentos pueden ser causa de morbilidad, indica que cerca del 30% de hospitalizaciones se vinculan al uso de medicamentos ya sea por enfermedades mal tratadas, reacciones adversas, automedicación, incumplimiento sobre dosis entre otras; razón por la cual los fármacos constituyen un riesgo para la salud.

Por lo tanto según el consenso de Atención Farmacéutica del Ministerio de Sanidad y Consumo de España del 2001, en el seguimiento del tratamiento farmacológico, pretende prevenir, detectar, y solucionar problemas relacionados con medicamentos, mediante la intervención del farmacéutico.

2.4.1 Detección de problemas relacionados con medicamentos

En la tesis de Baena (2003), está enunciado que los problemas de salud que tienen que ver con la farmacoterapia quedan agrupados en el término PRM, los cuales fueron definidos y clasificados exhaustivamente por primera vez por Strand y Col en 1990. La autora menciona que:

Un PRM es un problema de salud, consecuencia de fallos en la farmacoterapia producidos por diferentes causas, conducen a que no se alcancen los objetivos terapéuticos o se produzcan efectos no deseados. (p.11)

Bajo este concepto se incluye las interferencias en resultados esperados que se relacionan con los medicamentos así como los efectos indeseables y el fracaso farmacoterapéutico.

En el Segundo Consenso de Granada (2002), sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRMs), readecuan la clasificación de los mismos, obteniendo la siguiente Clasificación:

- **NECESIDAD**

Se debe entender que un medicamento es necesario si ha sido prescrito o indicado para un problema de salud concreto que presenta el paciente

PRM 1: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de no recibir una medicación que necesita.

PRM 2: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de recibir un medicamento que no necesita.

- **EFFECTIVIDAD**

Para este caso se debe aclarar que un medicamento es inefectivo cuando no alcanza los objetivos terapéuticos esperados.

PRM 3: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inefectividad no cuantitativa de la medicación

PRM 4: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inefectividad cuantitativa de la medicación.

- **SEGURIDAD**

En cuanto a seguridad se considera que un medicamento es inseguro cuando produce o empeora algún problema de salud del paciente

PRM 5: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad no cuantitativa de la medicación

PRM 6: El paciente sufre un problema de salud consecuencia de una inseguridad cuantitativa de la medicación.

En todos los casos se considera que un PRM es cuantitativo cuando depende de la magnitud de un efecto.

Las causas de los PRMs según Baena (2003) se deben:

➤ **A la prescripción.**

Al elegir una terapia medicamentosa se debe tener en cuenta que el medicamento sea el adecuado, pero también las características del paciente, de la propia patología y la observación de otros tratamientos farmacológicos que toma el paciente que juntos puedan influir en la elección de la dosis correcta, indicación y duración del tratamiento. Si no se indica el medicamento adecuado podría originar un problema de salud que puede ser por ineffectividad o inseguridad.

➤ **Al paciente**

La conducta del paciente puede ser un factor decisivo en la aparición de problemas de salud, ya sea por omisión de la toma o por tomar mayor o menor cantidad del medicamento prescrito, tanto en cantidad por dosis como en cambio de la frecuencia de toma de los mismos. Es por esta razón que se estudia el incumplimiento del tratamiento farmacológico asociado a la aparición de PRM.

Otro aspecto relacionado con la conducta de los pacientes ante los medicamentos es la automedicación, situación en la que los pacientes consiguen y utilizan medicamentos sin intervención médica.

También puede haber una respuesta diferente a un medicamento debido a características propias del individuo tales como los factores fisiológicos, determinados hábitos, factores genéticos y diferentes estados patológicos.

➤ **Al medicamento**

A nivel de los medicamentos es importante tener en cuenta la posible aparición de interacciones medicamentosas, las cuales como consecuencia clínica producen el aumento o disminución del efecto terapéutico esperado o incluso la aparición de efectos tóxicos.

Los PRMs de interés en esta investigación son los relacionados con el paciente y más específicamente los que se relacionan con su conducta, siendo la causa más frecuente asociada a PRM de incumplimiento (p. 18).

Interesan los problemas relacionados con el paciente, dado que el grado de adherencia al tratamiento farmacológico va a depender en gran medida de la conducta que adquiera el usuario en relación a seguir o no la pauta del médico. En lo concerniente a esta investigación esta conducta del paciente va estar influenciada en gran parte por la construcción subjetiva de cada individuo; es decir que a partir de su contexto sociocultural, sus vivencias y sentimientos, y de la construcción del concepto de salud enfermedad que tenga, así va ser la construcción de sus creencias y prácticas en relación a la salud y la utilización de los medicamentos.

Como otro punto importante para estudiar la conducta de adherencia a los tratamientos farmacológicos en esta investigación, está la variable de los medicamentos más usados por los pacientes que presentan problemas de adherencia a medicamentos, se considera conveniente agruparlos por

una clasificación internacional, en este caso la Clasificación Anatómica Terapéutica Química (ATC).

2.5 Clasificación Anatómica Terapéutica Química (ATC)

Los medicamentos pueden ser clasificados de diversas maneras, según el propósito que se desea. Para la presente investigación se decidió utilizar la clasificación ATC, el cual es un Sistema internacional de clasificación de medicamentos, desarrollado por la OMS, que reúne a los mismos, en 14 grupos de acuerdo al órgano o sistema en el cual actúan y por sus propiedades terapéuticas, farmacológicas y químicas.

Saladrigas (2004), explica que el sistema de clasificación ATC de sustancias farmacéuticas para uso humano codifica las sustancias farmacéuticas y medicamentos en cinco niveles con arreglo al sistema u órgano efector y al efecto farmacológico, las indicaciones terapéuticas y la estructura química de un fármaco de la siguiente manera:

Primer nivel anatómico: es el órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco.

Segundo nivel: es el subgrupo terapéutico.

Tercer nivel: es subgrupo terapéutico o farmacológico.

Cuarto nivel: subgrupo terapéutico, farmacológico o químico.

Quinto nivel: nombre del principio activo o de la asociación de medicamentos.

Ejemplo:

Cuadro 2: Código ATC de la Glibenclamida.

Nivel	ATC	Descripción	
1	A	Aparato digestivo y metabolismo	Grupo anatómico principal
2	A10	Drogas usadas en diabetes	Sub grupo terapéutico
3	A10B	Drogas hipoglucemiantes orales	Sub grupo farmacológico
4	A10BB	Derivados de urea y sulfonamidas	Sub grupo químico
5	A10BB01	Glibenclamida.	Nombre de la sustancia farmacéutica

Fuente: Elaboración propia en base a Lista Oficial de Medicamentos de la CCSS,2006.

Para los fines de la investigación se decidió agrupar los medicamentos hasta el segundo nivel ya que no se requiere mayor especificidad. (Ver Anexo N° 2)

3 Capítulo III. Marco Metodológico

Este apartado presenta los aspectos fundamentales y que otorgan validez a la presente investigación. Se expone la forma como se realizó la investigación, así como las técnicas empleadas para el logro de los objetivos propuestos. Por lo tanto presenta, el enfoque de la investigación, tipo de estudio, diseño, la muestra, los instrumentos utilizados para recolección de los datos.

El primer aspecto que se contempla en este apartado es la definición del tipo de enfoque de la investigación, pues de él depende en parte aspectos como el plan de trabajo y su nivel de detalle, así como el tipo de técnicas a utilizarse (Barrantes, 1999).

3.1 Enfoque de investigación.

El enfoque de la investigación fue predominantemente de tipo cuantitativo pues en ella se buscó medir en términos de cantidad y frecuencia el objeto de estudio, es decir; medir las variables de estudio y analizar los datos recopilados mediante procedimientos estadísticos (Hernández, Fernández y Batista, 2006). Además, como señala Barrantes (1999), dentro de este enfoque el objetivo de la investigación es la verificación. Por lo tanto se intenta verificar mediante un diseño determinado la presencia de creencias y prácticas en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en la población de estudio.

Para lo anterior y de acuerdo con los objetivos específicos se determinó la prevalencia de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, se identificaron las creencias y prácticas más usuales

presentes en falta de adherencia al tratamiento farmacológico en dicha población; entre otros aspectos.

Establecido el enfoque que seguirá esta investigación fue necesario definir su alcance o tipo de estudio.

3.2 Tipo de estudio

Una vez determinado el enfoque de la investigación como cuantitativo, y con base en el estado de conocimiento acerca del problema de investigación indagado, las investigadoras consideran que el presente estudio es de alcance descriptivo. Se considera de tipo descriptivo, pues el interés es evidenciar la presencia de creencias y prácticas en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en personas con edades entre 20 y 64 años (Hernández, Fernández y Batista, 2006).

Por lo tanto, su objetivo únicamente es medir y recopilar información sobre las variables de interés en la población en estudio, para de esta forma precisar las dimensiones de la situación en estudio. Esta información, sin embargo; resulta de gran utilidad, pues no sólo muestra la dimensión del problema estudiado sino que además podría servir como escenario para formular futuras investigaciones de un alcance superior.

Determinado el tipo de enfoque y el alcance del estudio, se estableció el diseño de investigación más apropiado para su realización.

3.3 Tipo de diseño

Al situarse esta investigación dentro del enfoque cuantitativo y de un alcance descriptivo, se debió precisar y aplicar un diseño de investigación que respondiera a las exigencias que ella plantea.

El diseño de investigación según lo definen Hernández, Fernández y Batista (2006), “es el plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación” (p.158). Por lo tanto al elegir el tipo de diseño de investigación – y como refieren estos mismos autores -debe tenerse presente que la precisión, amplitud o profundidad de la información que se obtenga varía con respecto al mismo.

Por las características propias de esta investigación y con el propósito de responder de forma práctica y específica a la pregunta de investigación así como cubrir los objetivos establecidos, las investigadoras consideran desarrollar un tipo de diseño no experimental transversal.

Barrantes (1999), refiere que un diseño no experimental “es una investigación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene control directo sobre las variables” (p.130). Por consiguiente, la investigación es de tipo no experimental ya que las investigadoras no pretenden inducir ninguna condición experimental, ni manipular variables, simplemente observar sin intervenir. Es decir, se investiga acerca de las creencias y prácticas presentes en la población en estudio sin ningún tipo de influencia, intervención o modificación en ellas por parte de las investigadoras, únicamente se recopilan y analizan datos en el escenario, para tener un panorama de la situación, describirlo y posteriormente formular o dar recomendaciones.

Asimismo la investigación es de tipo no experimental transversal descriptivo porque se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, es decir, los datos se recopilaron aplicando un instrumento únicamente en una ocasión y en un sólo espacio de tiempo, pues el propósito es describir las creencias y prácticas presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, en la población estudiada (Hernández, Fernández y Batista, 2006).

Luego de establecer el tipo de diseño de investigación y para poder continuar con el desarrollo de la misma, se requiere definir y operacionalizar las variables.

3.4 Definición y operacionalización de variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Definición de instrumentos
➤ Determinar la prevalencia de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de la población en estudio.	Prevalencia de falta de adherencia al tratamiento farmacológico	Proporción de pacientes de la población en estudio que presentan falta de adherencia al tratamiento farmacológico en el período de tiempo en estudio.	Pacientes que presentan falta de adherencia dividido entre el total de pacientes de la muestra que toman medicamentos.	Preguntas A1, A5, A6, A7, del cuestionario aplicado al paciente.
	Falta de adherencia al tratamiento farmacológico	Utilización de medicamentos por parte del paciente sin seguir instrucciones dadas por el médico.	Paciente sigue instrucciones.	Preguntas A6, A28, del cuestionario aplicado al paciente.
			Paciente no sigue instrucciones	Preguntas A7, A8 del cuestionario aplicado al paciente.

<p>➤ Registrar las creencias y prácticas más usuales presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico que tiene la población en estudio.</p>	<p>Creencias más usuales</p>	<p>Las creencias son generalizaciones mentales a las cuales se les da el poder de convertir en realidad lo que no se ve.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Susceptibilidad Percibida • Severidad Percibida • Beneficios Percibidos • Barreras Percibidas • Información Percibida • Claves para actuar <p>Automedicación</p>	<p>Preguntas A9, A10, A11 del cuestionario.</p> <p>Preguntas A12 del cuestionario.</p> <p>Preguntas A13 del cuestionario.</p> <p>Preguntas A14, A15, A16 del cuestionario.</p> <p>Preguntas A17, A31, A32, A33 del cuestionario</p> <p>Preguntas A2, A18, A19, A29, A30 del cuestionario</p> <p>Preguntas A20, A21, A22, A23, A24 del cuestionario aplicado al paciente.</p> <p>Preguntas A25, A26 Y A27 del cuestionario</p> <p>Preguntas A21.7 del cuestionario.</p>
	<p>Prácticas más usuales</p>	<p>Las prácticas son comportamientos o individuales o colectivos producto de la interacción de múltiples factores y variables.</p>	<p>Asistencia a curanderos, brujos, sobadores, acupunturistas y quiroprácticos no profesionales.</p> <p>Utilización de conocimientos adquiridos empíricamente</p>	

<p>➤Enumerar los grupos terapéuticos más frecuentes vinculados a creencias y prácticas presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico que tiene la población en estudio.</p>	<p>Grupo terapéutico más frecuentes</p>	<p>Clasificación de medicamentos por categorías según la Anatomical Therapeutic Classification (ATC)</p>	<p>Listado de medicamentos ATC</p>	<p>Preguntas A3 Y A4 del cuestionario aplicado al paciente</p>
--	---	--	------------------------------------	--

3.5 Definición de la población y selección de la muestra

Esta investigación se realizó con la población que consulta en los EBAIS del HEBB con edades entre 20 y 64 años. Se eligió este rango de edad en esta población porque a esa edad las personas tienen capacidad de decisión propia, excepto las que tuvieran problemas de incapacidad física o mental invalidante. Se estima que las personas menores de 20 años, aún dependen en alguna medida de adultos para el cuidado de la salud y después de los 64 años se valoran como adultos mayores, y que por las características propias de este periodo de edad, por diversos motivos muchos adultos mayores dependen de otros para el cuidado de la salud. Además se han realizado varios estudios relacionados con el incumplimiento o falta de adherencia al tratamiento farmacológico en éste último grupo de edad.

Por las características del estudio y el tipo de población, fue necesario y factible establecer una muestra para la recolección de los datos, pero antes de esto fue preciso definir la unidad de análisis.

3.5.1 Unidad de análisis

Para seleccionar la unidad de análisis se tomó en cuenta el planteamiento del problema de investigación su alcance, pues en ella se recolectaron los datos que sustentaron el estudio. Siendo el problema de investigación: ¿Cuáles son las creencias y las prácticas presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico que tiene la población entre 20 y 64 años que consulta en los EBAIS del Hospital de Liberia?, por lo tanto la unidad de análisis seleccionada es el (la) paciente que tenga entre 20 y 64 años de edad que asiste a consulta en los EBAIS del HEBB, en el momento de aplicar el instrumento de recolección de datos.

Definida la unidad de análisis y para continuar el proceso de investigación se procede a determinar la muestra o subgrupo de la población de interés.

3.5.2 Población y muestra

La población en estudio fue de 53 391 personas con edades entre 20 y 64 años de edad que residen en el cantón de Liberia, se estima que 5 267 personas consultan en los EBAS del HEBB entre el 16 de julio y el 13 de agosto del año 2007. Por las características del estudio y tamaño de la población es necesario definir una muestra representativa, es decir; que permita generalizar los resultados obtenidos. Con base al planteamiento del problema de investigación, el diseño y su alcance las investigadoras con recomendación de expertos, consideraron apropiado la selección de la muestra probabilística con un muestreo bajo la técnica de muestreo en poblaciones móviles humanas.

3.5.3 Tamaño de la muestra

Como se estableció anteriormente, el tipo de muestra para esta investigación es probabilística. Para poder realizar una muestra probabilística es necesario establecer de acuerdo con las características definidas previamente por las investigadoras para la población, el tamaño de la muestra y el tipo de selección de cada elemento muestral. Se escogió este tipo de muestra, para garantizar que todos los individuos de la población tuvieran igual probabilidad de ser elegidos para conformar la muestra de estudio y de esta manera fueran representativos, (Hernández, Fernández y Batista, 2006).

El tipo de muestreo realizado fue mediante la técnica de muestreo en poblaciones móviles humanas (Ver anexo N° 3), pues la muestra se tomó de

los pacientes que llegaron a los servicios de los EBAIS del HEBB, a su vez fue un muestro bietápico. Este tipo de muestreo es apropiado dado que el número de personas que llegan a cada EBAIS varía durante el transcurso del día.

Para la muestra total se utilizó el muestreo irrestricto aleatorio (MIA) para una proporción:

$$n_0 = \frac{Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 * p * q}{d^2}$$

$q = 1-p$ $Z_{\frac{\alpha}{2}}$: Percentil de la distribución normal con un nivel de confianza del

90% = 1.645

p : Proporción de personas que presentan creencias y prácticas en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico.

d : Error máximo permisible o error de muestreo el cual esta dado en términos relativos o de porcentaje (7%)

$$n_0 = \frac{1.645^2 * 0.5 * 0.5}{0.07^2} = 138$$

Corrección por población finita

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} =$$

Muestra con corrección por finitud

$$n = \frac{138}{1 + \frac{138}{29173}} = 137$$

El tamaño de la muestra fue de 137 pacientes, fue tomada en dos semanas elegidas al azar y se designó de acuerdo a la cantidad de pacientes que consultan en cada uno de los EBAIS, según el día de la semana y la hora en que acuden al servicio mayor cantidad de pacientes en consulta.

3.5.4 Selección de los elementos muestrales

Los elementos muestrales siempre se eligen aleatoriamente. Para esta investigación éstos se seleccionaron de acuerdo con la técnica de muestreo en poblaciones móviles humanas, pues el flujo de pacientes en cada consulta de los EBAIS varía en el transcurso del día según la hora.

El horario de atención de los EBAIS es de lunes a jueves de 7.00 AM a 4.00 PM y el viernes de 7.00 AM a 3.00 PM. Por lo tanto, no hubo problemas con los fines de semana, debido a que los EBAIS únicamente ofrecen sus servicios de lunes a viernes. En este estudio fueron tomados en cuenta todos los EBAIS; es decir, no fue necesario elegirlos aleatoriamente.

Los pacientes se seleccionaron mientras llegaban a consultar al EBAIS. Al contar con salas de espera en común, antes de practicar la entrevista, se corroboraba con el paciente en cuál EBAIS le correspondía consultar.

Se determinó muestrear periodos de una hora, tomándose en cuenta el tiempo que se requiere para realizar la entrevista y consideraciones administrativas.

De acuerdo con la normativa de la CCSS, por cada hora se deben atender cinco pacientes, lo que permite muestrear todos los periodos elegibles con la misma probabilidad.

Se obtuvieron 44 periodos de una hora para seleccionar la muestra para cada EBAIS de manera sistemática. De modo que, se estableció realizar dos entrevistas por hora.

Por lo tanto, para este estudio, se estableció como unidad primaria de muestreo (UPM) el segmento de horario, y la unidad secundaria de muestreo (USM) el paciente.

3.5.5 Sujetos y fuentes de información

Establecidas la población y la muestra se definieron los sujetos que brindarán la información necesaria para dar respuesta a la pregunta de investigación planteada. Dado las características de la investigación y objetivos planteados, las investigadoras recurrieron a personas físicas para obtener dicha información.

Definidos los criterios anteriores se procedió a la etapa de recolección de datos que permitirán medir las variables del estudio.

3.6 Método, técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.6.1 Método

El método para la recolección de los datos empleado en este estudio fue el inductivo, pues las investigadoras a partir de hechos particulares conocidos por ellas empíricamente, recolectaron datos para analizarlos y posteriormente realizar una descripción explicativa de estos hechos, pasando por un planteamiento lógico de análisis.

3.6.2 Técnica

En este estudio, las investigadoras para recolectar los datos y medir las variables de interés consideraron conveniente utilizar la técnica de la entrevista, aplicando un cuestionario como instrumento.

3.6.3 La entrevista

Las investigadoras consideraron provechoso por las características del estudio la aplicación del instrumento de recolección de datos por medio de la entrevista. Según Barrantes (2006), esta técnica al permitir el contacto entre entrevistador y entrevistado acarrea ventajas para el estudio como lo son captar personas que no leen, aclarar las preguntas y verificar respuestas, capta el ambiente natural y apreciar el lenguaje no verbal.

3.6.4 Instrumento

Para la recolección de datos sobre las variables a medir, el investigador cuenta con varios tipos de instrumentos. El instrumento que se elija para el registro de estos datos debe ser por lo tanto el que permita capturar tal y como es la realidad que deseo capturar. Por lo tanto, un buen

instrumento de recolección de datos debe ser confiable, válido y objetivo, (Hernández, Fernández y Batista, 2006).

El cuestionario

Las investigadoras consideraron apropiado como instrumento para la recolección de los datos al cuestionario, porque por medio de una serie de preguntas cuidadosamente formuladas, este instrumento permite obtener respuestas más precisas con los datos requeridos sobre las variables a medir, para el logro de los objetivos de la investigación. El cuestionario que se aplicó (Ver Anexo 4) está constituido de la siguiente manera:

Portada: contiene el nombre de la institución, carrera y nombre del cuestionario.

Introducción: consta de una breve explicación del objetivo de la investigación, identificación de las investigadoras, solicitud y agradecimiento por la colaboración.

Instrucciones: planteadas de manera clara, la cuales indican como debe ser llenado el cuestionario.

Cuerpo del cuestionario: contiene las preguntas de tipo cerradas y abiertas las cuales van a permitir medir las variables de interés.

Agradecimiento final: por la colaboración brindada.

3.6.5 Procedimientos

Una vez definida la población y la muestra, los procedimientos empleados por las investigadoras para recolectar los datos se resumen seguidamente:

La forma de administración del instrumento que las investigadoras consideraron más apropiada para este estudio, es la entrevista personal. Se eligió esta forma, pues permite obtener una alta tasa de respuesta (80-85%), y de profundidad de los datos que se obtengan. Además por el tipo de información que se solicita al paciente, así como por lo heterogénea que es la población estudiada, en relación con el nivel económico y escolaridad, era posible encontrar personas analfabetas (Hernández, Fernández y Batista, 2006).

Para la elaboración del cuestionario, las investigadoras al no contar con un instrumento previamente elaborado, adaptable a la investigación, procedieron a la elaboración de uno propio. Consideraron conveniente y para los fines de este estudio desarrollar un instrumento tomando elementos de otros instrumentos ya existentes (test de Morisky-Green, test de Haynes-Sackett, Entrevista/médico teórica de adherencia del Hospital San Juan de Dios, el Modelo de Creencias en Salud y el Modelo de la Acción Razonada).

Se inició redactando un borrador del cuestionario, que al ser presentado a las profesoras del curso fue derogado por problemas de presentación, como evidencia de la inexperiencia en la elaboración de este tipo de instrumento por parte de las investigadoras. Seguidamente se hizo modificaciones a su estructura contando con la valiosa colaboración del estadístico Albert Espinoza, quien hizo sugerencias referente a la estructuración de las partes del cuestionario y al tipo de preguntas a elaborar;;este segundo intento de cuestionario fue sometido a crítica de las profesoras del taller de investigación quienes sugirieron nuevas modificaciones.

Posteriormente, se contó con el análisis de contenido y los aportes del estadístico Juan Carlos Vanegas, obteniéndose en ese momento el

cuestionario que se aplicó como prueba piloto, tratando de lograr que este nuevo instrumento cumpliera con los requisitos propios de este tipo de herramienta metodológica.

Es importante agregar, que en este nuevo instrumento se incluyó la codificación de las preguntas para facilitar posteriormente el ingreso de las respuestas a la base de datos. Por tratarse de un instrumento nuevo - elaborado por las propias investigadoras- fue necesario realizar una prueba piloto para calcular la confiabilidad y validez inicial (Ver Anexo N° 5). Esta prueba fue aplicada en dos días, con una muestra de 30 personas que presentan las mismas características de la muestra objetivo. Esta prueba piloto y los resultados de su aplicación permitieron calcular el tiempo aproximado (10 minutos) por entrevista, depurar el instrumento (Ver Anexo 6), y a la vez recoger impresiones de los participantes, datos importantes para la elaboración del instrumento definitivo (Hernández, Fernández y Batista, 2006).

Con la aplicación de prueba piloto las autoras detectaron que el instrumento no había logrado captar la información esperada sobre creencias, por lo que se analizó en conjunto con la directora de la investigación, agregándose nuevas preguntas al cuestionario, modificando otras y tratando de equilibrar las opciones de respuesta.

También percibieron algún grado de dificultad al hacer preguntas en la forma en que estaban estructuradas, por lo que se le comunicó el resultado de la prueba piloto al estadístico Juan Carlos Vanegas, incluyendo la solicitud de pasar algunas preguntas a cuadros (Ver Anexo 6), la inclusión de las nuevas preguntas y la modificación de otras. Después de todo ese largo proceso, se obtuvo el cuestionario definitivo que fue el aplicado en la investigación.

Inicialmente las investigadoras tenían contemplado aplicar el instrumento ellas mismas, pero debido a que los momentos de aplicación presentaban inconvenientes por los segmentos de horario en la muestra sistemática por EB AIS y además por ser necesario desplazarse a los EB AIS desconcentrados (Guardia y Guadalupe), fue preciso acudir a encuestadores. Por lo tanto, las entrevistas fueron realizadas por las investigadoras con la ayuda de un grupo de siete encuestadores.

Dado que para poder aplicar el instrumento los encuestadores debían ser capacitados, previamente a la instrucción se elaboró el manual del encuestador (Ver anexo 7). Posteriormente los encuestadores fueron debidamente capacitados por las investigadoras en dos sesiones.

En la primera sesión se les solicitó la colaboración, se les dio una copia del instrumento para que la leyeran y formularan cualquier duda o sugerencia. Se les explicó sobre aspectos como:

- La importancia de su participación y el papel que desempeñan.
- Los objetivos del estudio.
- Quienes y por qué realizan el estudio.
- La institución a la que pertenecen como estudiantes las investigadoras.
- La manera como debe aplicarse el instrumento (identificarse, establecer confianza, mantener el respeto, presentación personal, etc.).
- Se les explicó cada pregunta del cuestionario.
- Se les asignó estudiar el cuestionario para la siguiente sesión y se les entregó el manual del encuestador.

En la segunda sesión se enfatizó sobre los aspectos anteriores, se analizaron dudas y se realizó un ensayo de aplicación.

Una vez preparados los encuestadores se pasó al trabajo de campo. Cada día, a cada uno de ellos, se le asignaba el EB AIS y se le entregaba los

cuestionarios que debía aplicar. Siempre se les enfatizaba llenar correctamente los cuestionarios y tener presente los aspectos contemplados en la inducción. Una vez recogidos los cuestionarios del día, se revisaban y acomodaban en paquetes rotulados para cada EBAIS.

3.7 Selección y explicación del método, técnicas, instrumentos y procedimientos de análisis de datos

Para el análisis de los datos recolectados fue preciso recurrir a métodos, técnicas y procedimiento estadísticos. Al ser el estudio de tipo descriptivo, cada variable se analizó mediante la estadística descriptiva.

3.7.1 Método

Dado que el enfoque de esta investigación fue predominantemente cuantitativo, y su alcance descriptivo, los datos fueron analizados utilizando la estadística descriptiva como método de análisis.

3.7.2 Técnicas

Las técnicas utilizadas en este estudio para el análisis de los datos, fueron las de la estadística descriptiva. Estas técnicas incluyen distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, medidas de variabilidad.

3.7.3 Instrumentos

Los datos debidamente codificados, se pasaron a una base de datos creada para tal fin en el programa estadístico EPI INFO 3.3.2 y en el SPSS 12.0. Los datos se analizaron con estos programas por contener los análisis estadísticos necesarios para este estudio. También se utilizaron el programa

de Microsoft Office Word 2003 en el cual se realizaron las tablas y se generaron los gráficos.

3.7.4 Procedimientos

Para la elaboración de los datos obtenidos fue preciso realizar una serie de actividades que permitieran manipularlos con mayor facilidad para la obtención de las conclusiones. Según señala Moya (1986), en estadística estas actividades se conocen como crítica, codificación y tabulación. Las actividades realizadas se resumen a continuación:

- Una vez que se tuvieron todos los cuestionarios completos, separados en paquetes debidamente rotulados con el nombre del EBASIS correspondiente, se procedió a numerarlos desde el número uno al 141.
- Posteriormente se realiza la crítica, es decir; se revisó cada uno de los cuestionarios cuidadosamente para buscar errores, omisiones e incongruencias y que los saltos (paso de una pregunta a otra determinada según indicación en el mismo cuestionario) fueran respetados.
- Luego se procedió a revisar la codificación que ya estaba contemplada en el cuestionario, y realizar los ajustes pertinentes.
- Con base al listado de medicamentos ATC, de la Lista Oficial de Medicamentos 2006, se codificaron los medicamentos registrados en la pregunta A4 del cuestionario.
- Se creó una base de datos en el EPI INFO 3.3.2 y se eligió para el análisis de los datos el programa SPSS 12.0.
- Se definieron las variables de la base de datos por cada pregunta del cuestionario, y se procedió a llenar la base de datos con los cuestionarios.
- Una vez transcritos los datos de todos los cuestionarios en la base de datos, se revisó cuidadosamente para verificar que no existieran errores, (depuración de la base de datos).
- Una vez depurada la base de datos, se procedió a llevarla al SPSS 12.0 para realizar el análisis estadístico, mediante los estadísticos descriptivos del programa.

- Para la realización de las tablas de frecuencia y los gráficos se utilizó el programa Word 2003.
- Una vez obtenidos los resultados del análisis estadístico, los gráficos y tablas se procedió a agruparlos de acuerdo a las variables de investigación para efectuar el análisis respectivo.

3.8 Organización del trabajo de campo

Este apartado comprende las etapas requeridas para el proceso de recolección de datos. Según Barrantes (2006), el trabajo de campo conlleva dos fases, el acceso al campo y la recolección de datos. El acceso al campo o sitio donde se recolectarán los datos, para las investigadoras se facilitó pues ambas laboran en el Hospital de Liberia, por lo tanto tienen accesibilidad a los sujetos de información y conocen muy bien el lugar.

La recolección de los datos es muy importante, pues es el momento en que el instrumento es aplicado a los sujetos (pacientes), para obtener los datos que al final ayudarán a responder a la pregunta de investigación propuesta. Este momento depende de la pericia del entrevistador para orientar la entrevista, para evitar sesgos, mantener interesado al entrevistado y de esta forma culminar la entrevista con éxito (Hernández, Fernández y Batista, 2006).

Para realizar el trabajo de campo debe definirse las etapas del proceso de recolección de datos. En este estudio para la recolección de datos se establecieron las siguientes seis etapas:

I Etapa: Establecimiento del ambiente propicio para la investigación

- Se solicitó al Departamento de Estadística del HEBB, los datos de la población del cantón de Liberia.

- Se solicitó personalmente a la Directora del Área de Salud de Liberia, Dra Lucinda Dieguez los datos necesarios para la definición del tamaño de la población. Esos datos fueron: la pirámide poblacional del Área de Salud (Ver Anexo 8) y el número de EBAIS y la cantidad de pacientes que atiende cada uno (Ver Anexo N° 9).
- Se seleccionó la muestra de acuerdo a las recomendaciones de expertos, tal y como se explicó en la sección de selección del tamaño de muestra.
- Se indagó con las secretarias de cada EBAIS y el personal de archivo encargado de repartir expedientes las horas de mayor afluencia de pacientes en la consulta para el cálculo del muestreo.
- Se comunicó en forma oral, al personal de cada EBAIS la realización del estudio por las investigadoras, el propósito y alcances del mismo, así como las fechas en que fue aplicada la prueba piloto y la recolección definitiva de los datos. También se informó quines serían las personas que estuvieron aplicando las encuestas.

II Etapa: Aplicación de la prueba piloto

- Se aplicó una prueba piloto a 30 pacientes, en los diferentes EBAIS, (3 pacientes por cada EBAIS) que reunían las condiciones establecidas para la población de estudio, para garantizar las mismas características de la muestra seleccionada. Estos pacientes fueron excluidos de la recolección definitiva de datos para evitar los sesgos de selección.
- La aplicación de la prueba piloto estuvo a cargo de las mismas investigadoras

- El cuestionario piloto fue aplicado en las salas de espera de los diferentes EBAIS.
- Antes de aplicarse el cuestionario piloto, se explicó a los y las pacientes participantes en que consiste el estudio, los objetivos, la importancia de su participación en la prueba piloto.
- Se analizaron los resultados obtenidos de la prueba piloto para detectar sesgos, así como la necesidad de modificación o eliminación de preguntas.
- Se confeccionó el cuestionario definitivo incorporando las modificaciones detectadas de acuerdo a los resultados del análisis de la prueba piloto, pues es necesario que el instrumento definitivo sea el más adecuado, para que los datos recopilados reflejen realmente lo que se desea conocer.
- Elaboración del informe de la prueba piloto.

III Etapa: Recolección definitiva de datos

- Se elaboró el manual del encuestador.
- Se capacitó a los encuestadores.
- Se aplicó el cuestionario definitivo por las investigadoras por medio de entrevista personal, con ayuda de siete encuestadoras(es) debidamente capacitados.
- La entrevista fue aplicada a dos personas por hora, siguiendo la distribución establecida según el muestreo.
- En los casos que la persona se negó a contestar se le agradeció y se procedió a entrevistar a la siguiente persona en la fila para ser atendida.
- Todos los cuestionarios debieron ser completados.

- En caso de que una persona fue llamada a consultar, se esperó a que saliera para concluir la entrevista.
- El instrumento fue aplicado únicamente a personas que se encontraban consultando, no a sus acompañantes, para ello se les preguntaba antes de hacerla la entrevista.

IV Etapa: Procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectados los datos se realizó el procesamiento y análisis respectivo, con los cuestionarios debidamente llenos.

- Los cuestionarios se agruparon según el EBAIS correspondiente y se numeraron a partir del número uno al ciento cuarenta y uno.
- Se revisó cada cuestionario para detectar posibles errores en la recolección de los datos e incongruencias y además verificar la codificación.
- También se revisó los cuestionarios aplicados por las investigadoras y se comparó con los aplicados por los otros encuestadores para ver si habían diferencias en la recolección de los datos e incongruencias
- Se transcribió el contenido del cuestionario en la base de datos creada en EPI INFO 3.3.2. Se revisó esta base de datos detalladamente una vez introducidos los datos para detectar errores y se depuró.
- En el paquete estadístico SPSS 12.0 se realizó el análisis estadístico, por medio de los estadísticos descriptivos contenidos en él.
- Se realizaron las tablas y los gráficos en el programa Word 2003.

- Luego se procedió a la agrupación de los resultados del análisis de acuerdo a las variables de investigación para su debido análisis.

V Etapa: Elaboración del informe preliminar de resultados

- Este informe preliminar se confeccionó a partir de los resultados arrojados por el análisis de los datos de acuerdo a los procedimientos previamente estipulados.
- Una vez completado el informe preliminar se elevó a la directora, a los lectores y al comité asesor del Trabajo Final de Graduación para las recomendaciones y sugerencias pertinentes.
- Se realizaron los ajustes al informe de acuerdo a las recomendaciones y sugerencias suministradas.

VI Etapa: Elaboración del informe final

Se elaboró el informe final escrito como Trabajo Final de Graduación. Este informe contiene cada una de las partes de la investigación de acuerdo a la guía para la elaboración del protocolo.

3.9 Consideraciones éticas

En respuesta a los requisitos del comité ético científico de la Universidad de Costa Rica, esta investigación se realizó bajo los siguientes parámetros:

Seguridad: Al ser un estudio de alcance descriptivo, no representó ningún tipo riesgo para la población estudiada, pues no se realizaron actividades experimentales.

Confidencialidad: La información se manejó de forma estrictamente confidencial, y en ningún momento se solicitó datos personales a los entrevistados tales como números de identificación ni el nombre para asegurar este parámetro.

Voluntaria: La participación en el estudio fue voluntaria, y cada persona invitada a participar recibía una explicación verbal acerca del estudio, las responsabilidades en realizarlo, los fines de la investigación, la institución que representaba a las investigadoras, entre otros aspectos.

Fines académicos: La información obtenida se utilizó únicamente con fines académicos. Los datos suministrados por los entrevistados, se usaron para conocer las creencias y prácticas presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de la población estudiada, con el propósito de contribuir con información que pueda ser utilizada por los profesionales en salud para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico.

3.10 Alcances del estudio

Es importante destacar tanto las proyecciones como las limitaciones del estudio. Las proyecciones evidencian tanto la importancia como la utilidad de la investigación efectuada. Por otro lado, las limitaciones pueden servir de sustrato para ayudar futuras investigaciones dentro esta temática.

3.10.1 Proyecciones:

- Permitirá dar una percepción global de las principales creencias y prácticas que afectan la adherencia al tratamiento farmacológico.

- También servirá como material de primera mano para otras investigaciones de mayor alcance.
- Permitirá contar con un instrumento validado para emplearse en futuras investigaciones.
- Permitirá contar con información útil para que el personal de salud pueda mejorar la labor educativa, contribuyendo a mejorar la salud del paciente.
- También podría servir de base para hacer campañas de adherencia al tratamiento farmacológico más efectivas.

3.10.2 Limitaciones

- No contar con un instrumento validado previamente, por lo que fue necesario realizar uno propio y validarlo internamente mediante la aplicación de una prueba piloto.
- Posibles dificultades del paciente para comprender algunas preguntas del instrumento.
- Resistencia del paciente a brindar información.
- Falta de concentración y atención por parte del paciente al aplicarle el cuestionario por estar pendiente de ser llamado a consulta y en el caso de ser llamado a consulta en el momento de aplicar el instrumento lo dejaba inconcluso, por lo que hubo que esperarlos hasta el final de la consulta para completar el cuestionario.
- Falta de privacidad en el momento de aplicar el instrumento.
- El estudio se realizó en los EBAIS del HEBB, sin que ello signifique hacer inferencia a otro tipo de población, por las propias características del diseño del estudio.

- Si bien se requiere que haya adherencia hay prácticas y comportamientos que no los puede solventar el estudio.

4 Capítulo IV. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a través de los cuestionarios aplicados a los pacientes, que asistieron a consulta en los EBAS del Hospital de Liberia, en el periodo de tiempo determinado para la realización del estudio.

En la primera parte se presenta la contextualización con una breve descripción del cantón de Liberia.

En la segunda parte se describe las características sociodemográficas de la población estudiada.

En la tercera parte se presentan los datos de prevalencia en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de la población en estudio.

En la cuarta parte se describen las creencias y prácticas más usuales presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico que tiene la población en estudio.

En la quinta parte se presentan los grupos de medicamentos más utilizados que fueron mencionados por los entrevistados.

En cada una de las secciones los datos se presentan en números absolutos y porcentuales, además se incluyen gráficos para una mejor comprensión de estos.

4.1 Contextualización

Liberia es el cantón número uno de la Provincia de Guanacaste. Está compuesto por cinco distritos (Central, Mayorga, Nacascolo, Cañas Dulces y Curubandé), posee una extensión de 1436.47 Km² y su población total, según la Sectorización del Área de Salud de Liberia 2007, es de 53 391 habitantes (ver Anexo N° 9).

Su ubicación geográfica la sitúa en un punto estratégico para el desarrollo comercial. A nivel terrestre, este Cantón es de fácil acceso a través de la carretera interamericana y por vía aérea cuenta con el aeropuerto internacional Daniel Oduber Quirós. Gracias a lo anterior y a la cercanía a las distintas playas, lo que permite acceder a ellas con facilidad, Liberia es hoy una zona de gran apogeo comercial y desarrollo turístico, contribuyendo asimismo con otros cantones de la provincia. Sin embargo, paralelamente a este auge del cantón, contrastan los círculos de miseria donde prevalece la delincuencia, el desempleo, la drogadicción y otros problemas económico-sociales.

Debe agregarse que como capital de provincia que es, cuenta con Sedes Regionales de diferentes instituciones del país, como Universidades, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Dirección Regional de Servicios de Salud, y un Hospital Regional.

Para la atención de la salud cuenta con:

- 1 Hospital Regional del Seguro Social,
- 10 EBALS (8 con sede en el hospital y 2 descentralizados)
- Cruz Roja
- 4 Clínicas privadas
- 46 Consultorios médicos
- 10 Farmacias privadas

- 3 Consultorios de psicología
- 6 Ópticas
- 19 Consultorios de odontología
- 2 Centros radiológicos
- 1 Instituto Nacional de Seguros
- 1 Quiropráctico
- 4 Macrobióticas

La mayoría de estos servicios se encuentran concentrados en el casco urbano del distrito central, en la periferia la atención médica está principalmente cubierta por los EBAIS, localizados en Guadalupe, Guardia y puestos de visita periódica en Quebrada Grande, Curubandé, Buena Vista y Cañas Dulces. Es importante resaltar que la mayoría de estos servicios se enfocan estrictamente a brindar el servicio médico y dejan por fuera otras disciplinas que podrían abarcar la atención social e integral que afecta el entorno y la salud del paciente.

El Hospital Regional Dr. Enrique Baltodano Briceño de Liberia, es un Sistema de Salud Integral que presta servicios de salud a la población de la provincia de Guanacaste y al cantón de Upala. Cuenta tanto con servicios de medicina general como especializada, urgencias y hospitalización, así como los servicios de apoyo de farmacia, rayos X, laboratorio y registros médicos entre otros. Tiene capacidad para 204 camas, pero por falta de recurso humano trabaja únicamente con 127 a 145 camas como máximo.

Brinda atención a una población total adscrita de 320 100 habitantes de la cual la población directa es de 53 391 habitantes distribuidos por sexo y edad según se puede apreciar en la pirámide poblacional y una población indirecta de 266 709 habitantes que corresponde a los otros cantones de Guanacaste y al cantón de Upala que territorialmente pertenece a la provincia de Alajuela.

La atención en medicina general se realiza en el Área de Salud a través de los Equipos Básicos de Atención (EBAIS) en los cuales se distribuye la población por sectores o barrios.

Por su parte la farmacia del Sistema de Salud Integral de Liberia, despacha recetas en el primer nivel para los EBAIS y el segundo nivel a toda el área de atracción. Tiene una estructura administrativa claramente definida (Ver Anexo N° 10) y depende jerárquicamente de la dirección de servicios de apoyo que a su vez depende de la Dirección General del Hospital.

4.2 Características sociodemográficas de la población

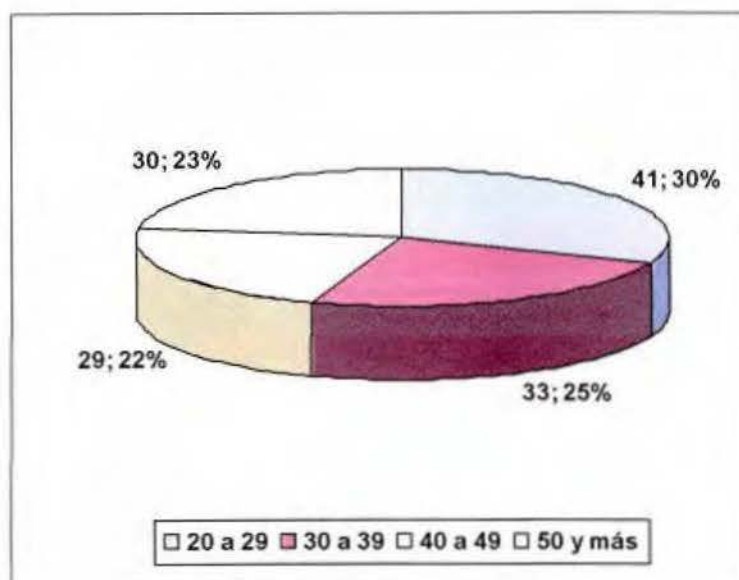
La muestra para este estudio fue estimada en 138 pacientes, aunque se recogieron tres casos más de los estipulados, es decir 141 entrevistas.

En la población estudiada el 74.5% (105 entrevistadas) correspondió al sexo femenino, lo que indica que los hombres en el periodo de estudio, hicieron uso en menor medida de los servicios de los EBAIS del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño (HEBB), de Liberia.

El promedio de edad de las personas entrevistadas fue de 39.4 años, con una desviación estándar de 13.0 años (la edad de los entrevistados se desvía, en promedio, 13.0 años respecto de la media), lo cual indica gran variabilidad en la edad, pues la edad mínima para ser incluido dentro del estudio, fue de 20 años y la máxima de 64 años. El 25% de las personas estaban por debajo de 27 años y el 75% por debajo de 50 años, lo cual muestra que en su mayoría contaban con edad apropiada para ser responsables del autocuidado de su salud, asimismo se denota que las

personas muy jóvenes en el periodo utilizaron menos los servicios de salud (Gráfico 1).

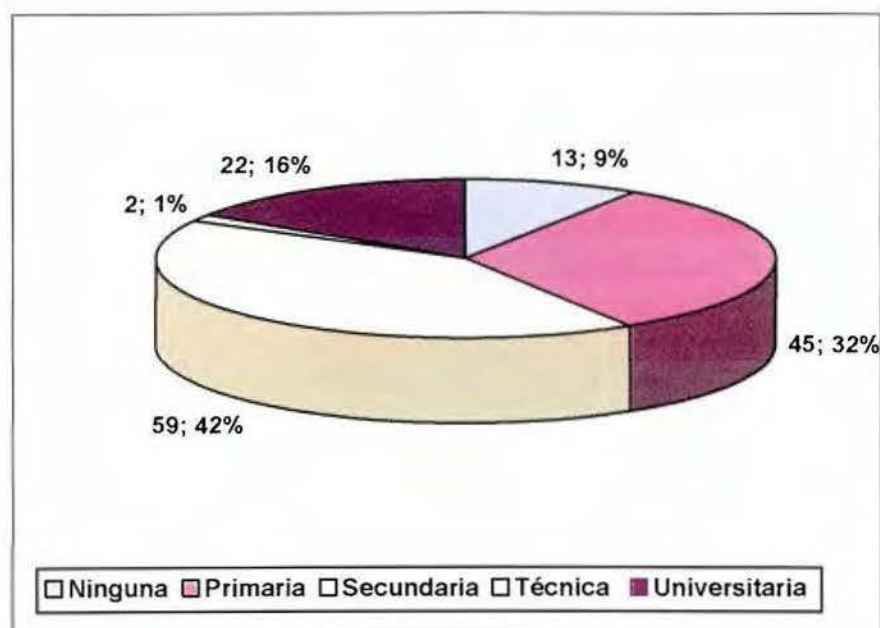
Gráfico 1: HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa de los entrevistados, según la edad. Liberia. Julio 2007.



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al nivel de escolaridad, el 41.8% (59 personas entrevistadas) tienen la secundaria completa o incompleta y un 31.9% (45 de quienes participaron en la entrevista) tienen educación primaria completa o incompleta, por lo tanto puede considerarse que la población estudiada posee un nivel de escolaridad que les permita comprender y seguir instrucciones, pues el 58.9% (83 personas entrevistadas), cuentan con un nivel educativo superior a la primaria. (Gráfico 2).

Gráfico 2: HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa de los entrevistados, según la escolaridad. Liberia. Julio 2007.



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la proporción de quienes se entrevistaron por EBAIS, esta es proporcional a la población adscrita en cada uno de ellos por diseño muestral (Cuadro 3).

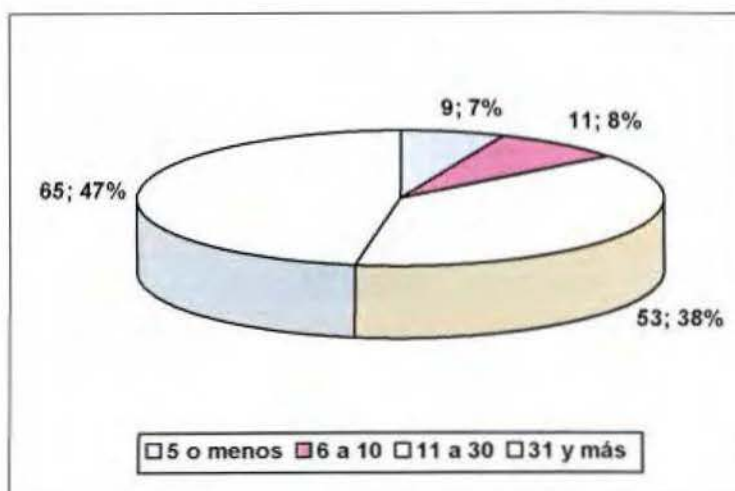
Cuadro 3: HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa del número de entrevistados por EBAIS. Liberia. Julio 2007.

EBAIS	Entrevistados	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Moracia	16	11.3	11.3
San Roque	16	11.3	22.7
Los Ángeles	16	11.3	34.0
La Victoria	16	11.3	45.4
Pueblo Nuevo	15	10.6	56.0
Condega	14	9.9	66.0
Corazón de Jesús	12	8.5	74.5
Guadalupe	12	8.5	83.0
Nazareth	12	8.5	91.5
Guardia	12	8.5	100.0
Total	141	100.0	

En cuanto a la nacionalidad, el 87.2% (123 población entrevistada) son costarricenses.

Las personas entrevistadas presentaron en promedio un arraigo de 30.0 años, con una desviación estándar de 16.8 años, con un mínimo de 0 años y con un máximo de 64 años. El 25% de los entrevistados tienen en promedio 16.5 años de vivir en Liberia y el 75% 44.2 años. Lo anterior indica que la mayoría de quienes participaron en el estudio han vivido la mayor parte de su vida en la Ciudad de Liberia, por lo que se puede considerar en estas personas la presencia de creencias y prácticas del cantón, sumamente arraigadas (Gráfico 3).

Gráfico 3: HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa de los entrevistados, según años de vivir en el Cantón. Liberia. Julio 2007.



Fuente: Elaboración propia

4.3 Prevalencia de falta de adherencia al tratamiento farmacológico

En relación con la adherencia al tratamiento farmacológico, 70.2% (99 personas entrevistadas) expresaron haber tomado algún medicamento en el último mes, de estos, el 76.68% (76 entrevistados) dijeron haberse tomado todos los medicamentos indicados por el médico en forma completa. Esto indica que la prevalencia de falta de adherencia al tratamiento farmacológico en la población estudiada es del 23.32%. Aunque en los estudios revisados se reportan falta de adherencia mayor, estos se han realizado en pacientes crónicos, cuya adherencia es menor que en pacientes con enfermedades agudas; mientras que en esta investigación no se discriminó pacientes con tratamientos para enfermedades crónicas y agudas, posible razón por la cual el incumplimiento es menor del 25%.

Es importante agregar que las 23 personas detectadas en el estudio con falta de adherencia al tratamiento farmacológico, manifestaron tener un cumplimiento parcial, es decir sólo se tomaron una parte de los medicamentos. De estas, parcialmente adherentes, el 33.3% (7 personas) manifestaron tener mejor adherencia para algunos medicamentos que sí se los tomaron todo, mientras que el 66.7% (14 personas) manifestaron ser parcialmente cumplidores para todos los medicamentos.

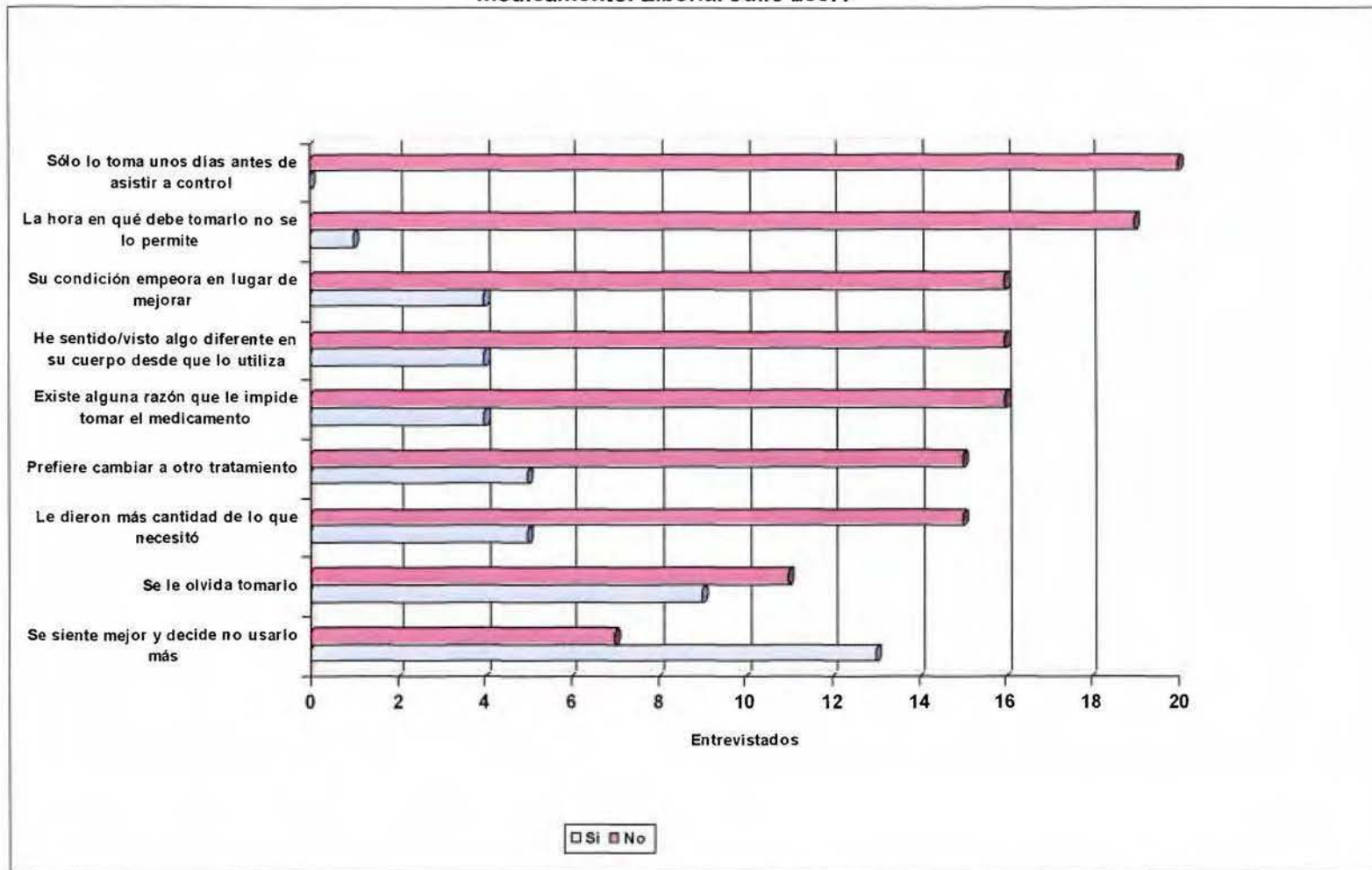
4.3.1 Falta de adherencia al tratamiento farmacológico

Se encontró en el análisis de los datos que el 23.2%(23 personas entrevistadas) presentaron el problema de falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Las dos razones principales expresadas por 20 de ellas, como motivadoras para no utilizar todo el medicamento de acuerdo con las

instrucciones médicas son: 13 refirieron que al sentirse mejor decidieron no usar más el tratamiento y 9 refirieron como razón el olvido (Gráfico 4).

Lo anterior pareciera indicar, que el incumplimiento podría estar afectado por falta de información para concienciar a las personas de la utilidad y razón de uso de los medicamentos, y que el personal de salud deja a quien consulta con la responsabilidad del uso correcto de los medicamentos; ya que se encontró según los datos analizados que la mayoría de los pacientes, un 92.2% (130 personas entrevistadas), que sí cumplen siempre con su cita médica.

Gráfico 4: HEBB (EBAIS): Distribución absoluta de los entrevistados, según las principales razones para no Utilizar todo el medicamento. Liberia. Julio 2007.



Fuente Elaboración propia

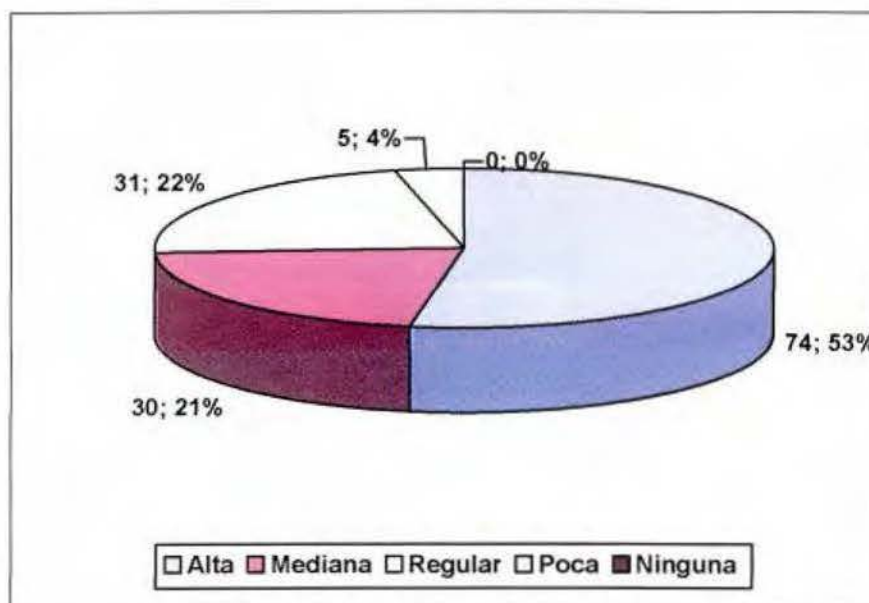
4.4 Creencias más usuales presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico

Las creencias fueron analizadas de acuerdo con el planteamiento teórico del Modelo Creencias en Salud y el de la Teoría de la Acción Razonada. Los aspectos analizados de acuerdo con estos modelos son: susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, información percibida y claves para actuar.

4.4.1 Susceptibilidad percibida

De las 141 personas entrevistadas, el 52.9% consideraron que sí toman el (los) medicamento(s), según la indicación médica; de ellas, consideran que la posibilidad de mejorar es alta y un 21.4% percibieron que esa posibilidad es mediana, es decir; el 74.3% (104 participantes en el estudio) consideraron que la posibilidad de mejorar está entre alta y mediana. Esto parece indicar que la mayoría de de la población entrevistada, sí cree que al seguir las indicaciones médicas posiblemente su salud mejora, dato que se relaciona con la prevalencia de adherencia al tratamiento farmacológico. Sin embargo, no es despreciable el porcentaje de quienes consideran esa condición como regular o poca (26%) (Gráfico 5).

Gráfico 5: HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa de los entrevistados según percepción de la posibilidad de mejorar la salud, al tomar los medicamentos según indicación médica. Liberia. Julio 2007.



Fuente: Elaboración propia

En relación con la percepción de las personas entrevistadas de mejorar la salud si cambia el tratamiento indicado por el médico por otro medicamento; el 33.3% (47 personas) percibieron que no es nada probable que su salud mejore si lo hacen, y el 26.2% (37 personas) percibieron que es probable. Si se toma en consideración que algunas personas manifestaron como muy probable, este valor resulta muy significativo, pues alrededor de un 36%, preferirían cambiar el tratamiento indicado por el médico.

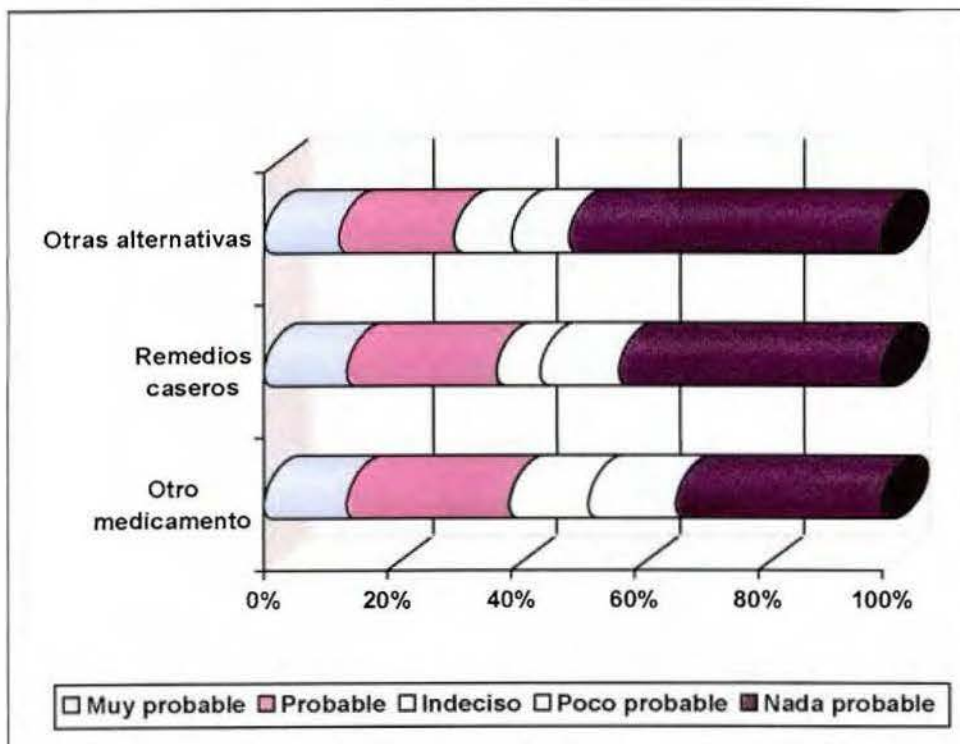
Con respecto a si el cambio del medicamento se realiza por remedios caseros, el 42.6% de quienes participaron en el estudio (60 personas) percibe que no es nada probable que su salud mejore si cambiara el tratamiento indicado por el médico por remedios caseros y 24.1% (34 personas) percibe que es probable; tomándose en cuenta la población que opinó como probable y muy probable, aproximadamente 34% de quienes

participaron en la entrevista, consideran que su salud mejora si cambian el tratamiento médico por remedios caseros.

Un 50.7% de la población muestral (60 personas) percibe que no es nada probable que su salud mejore, si cambiara el tratamiento indicado por el médico por otras alternativas tales como: homeopatía, acupuntura, quiroprácticos, remedios macrobióticos y otros, mientras que el 18.6% (26 personas) percibe que es probable. Cabe agregar que aproximadamente 28% de quienes se entrevistaron (muy probable, y probable) según mostraron los datos, cambiaría su tratamiento médico por alguna de estas alternativas, y por la que más se inclinan son los productos macrobióticos (7 personas).

Por otro lado, es importante agregar, que se observa según lo datos, una tendencia creciente en la proporción de la población participante que percibe que no es nada probable mejorar su salud si cambia el medicamento indicado por el médico (a otro medicamento, remedios caseros y otras alternativas), esta tendencia es muy similar para las demás categorías; también si se excluye a quienes muestran indecisión, al menos entre el 47.0% y el 60,0% de las personas entrevistadas perciben que es poco o nada probable que su salud mejore si lo cambia por alguna de las alternativas (Gráfico 6).

Gráfico 6: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes, según percepción de la posibilidad de mejorar la salud, al cambiar el tratamiento indicado por el médico. Liberia. Julio 2007.



Fuente: Elaboración propia

Según la percepción de quienes se entrevistaron, de mejorar la salud si combinan el tratamiento indicado por el médico, el 50.7% (71 personas) percibe que no es nada probable que mejore, si combina el tratamiento indicado por el médico con otro medicamento y el 16.4% (23 personas) lo percibe como poco probable. Sin embargo, llama la atención que alrededor de un 25% de la población participante considerara como muy probable y probable que la salud mejorara al hacer dicha combinación.

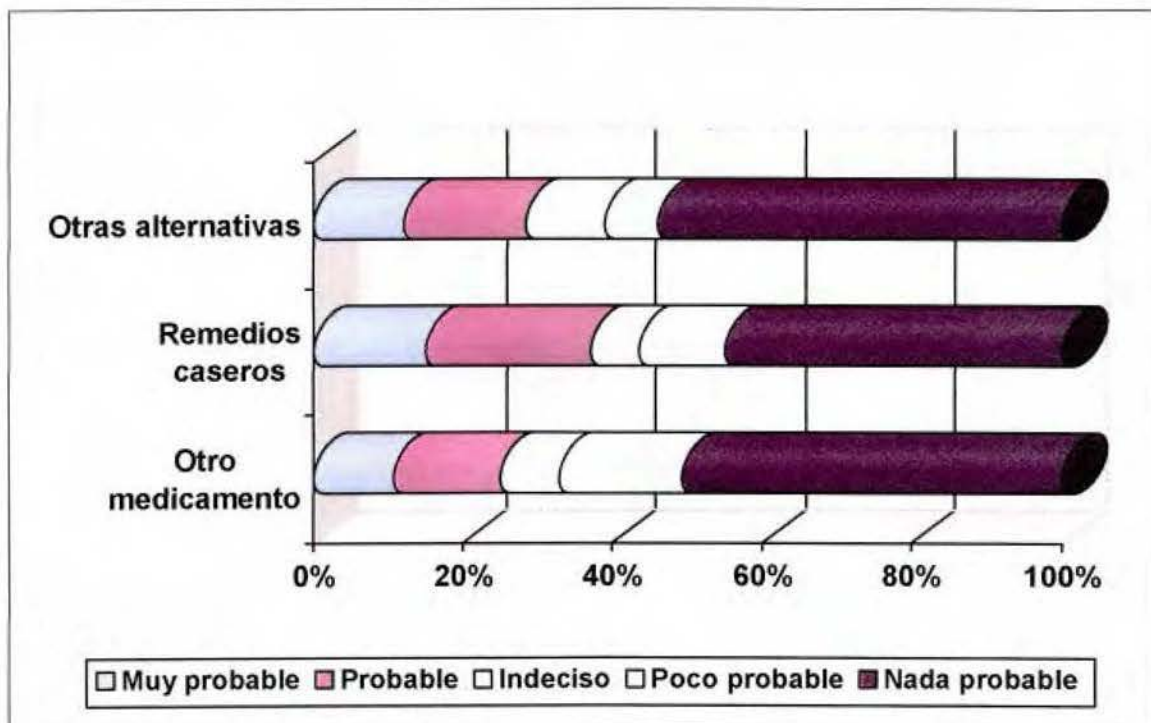
La percepción de las personas entrevistadas cuando la combinación es con remedios caseros varía con respecto a las otras combinaciones. Un

45.0% (63 personas) percibe que no es nada probable que su salud mejore si combina el tratamiento indicado por el médico con remedios caseros y 22.1% (31 personas) percibe que es probable. Considerándose a quienes respondieron muy probable y probable, alrededor de un 37% percibe que la salud mejora si combinan los medicamentos con remedios caseros.

El 53.9% (76 personas) percibe que no es nada probable que su salud mejore, si combina el tratamiento indicado con otras alternativas (Homeopatía, acupuntura, quiroprácticos, remedios macrobióticos y otros) y 16.3% (15 personas) percibe que es probable. Dentro de las otras alternativas la más importante fue el uso de los macrobióticos (4 entrevistados).

Se observa que para todas las alternativas de combinación al menos un 45.0% percibe que la combinación no mejorará su salud; y si se excluyen a quienes muestran indecisión, al menos el 56.0% perciben que estas combinaciones son poco o nada probables. Sin embargo, la combinación que presenta una percepción más positiva es la de los remedios caseros, resultado que concuerdan con lo que manifestaban algunas de las personas entrevistadas al decir que "los remedios caseros al ser muy naturales no afectan en nada si se combinan" (Gráfico 7).

Gráfico 7: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes, según percepción de la posibilidad de mejorar la salud al combinar el tratamiento indicado por el médico. Liberia. Julio 2007.



Fuente: Elaboración propia

4.4.2 Severidad percibida

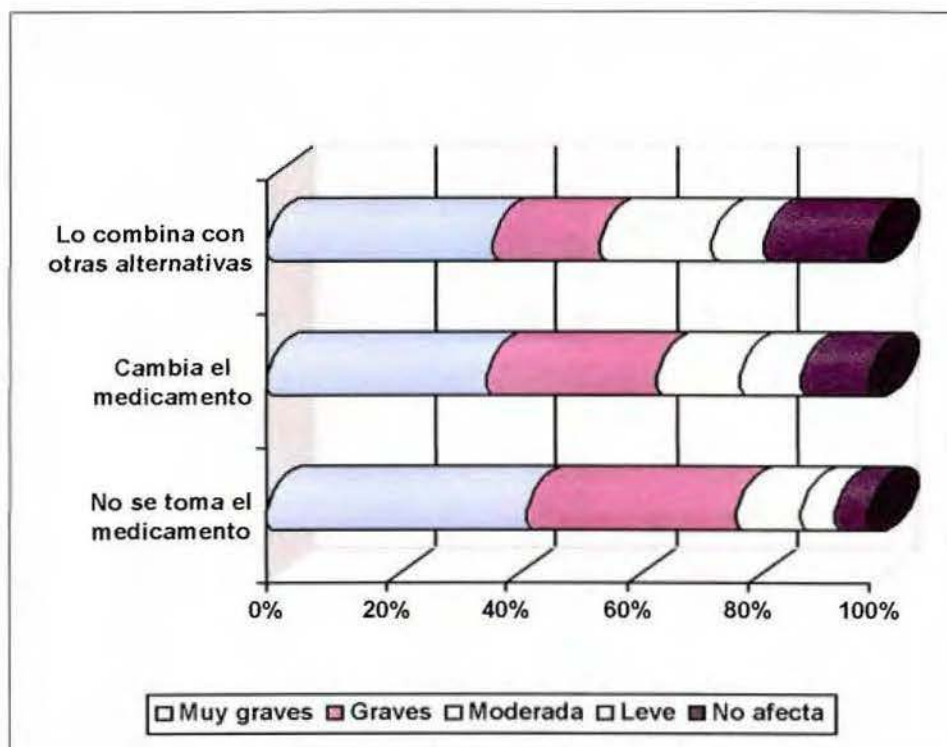
De la población entrevistada el 43.3% (61 personas) considera que las consecuencias en su salud por no tomarse los medicamentos según la indicación médica son muy graves y 34.8% (49 personas) consideran que las consecuencias son graves. Según las respuestas obtenidas, la mayoría considera importante para la salud tomarse los medicamentos, aunque el 21.9% refieren las consecuencias como moderada, leve o que no afecta es un porcentaje no despreciable.

El 36.7% (51 personas) consideran que las consecuencias en su salud si cambian el (los) medicamento(s) indicados por el médico son muy graves y 28.1% (39 personas) consideran que las consecuencias son graves. Aunque los resultados parecieran indicar, que la mayoría de quienes fueron entrevistados, no cambiarían los medicamentos prescritos por el médico, un 34.7% lo podría hacer (pacientes que contestaron moderada, leve, no afecta).

Un 37.6% (53 personas), considera que las consecuencias en su salud cuando combinan el (los) medicamento(s) con otras alternativas son muy graves y 18.4% (26 entrevistados) consideran que las consecuencias son moderadas.

Al menos el 55.0% de la población participante consideran que las consecuencias en su salud son muy graves o graves si toma alguna de las alternativas, sin embargo; es importante señalar según los datos, que la combinación con otras alternativas, los pacientes la consideran menos peligrosa, que cambiar el medicamento o no tomarlo; incluso para un 17.7% de los pacientes no afecta (Gráfico 8).

Gráfico 8: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes, según percepción de las consecuencias en la salud al no tomar, cambiar o combinar el o los medicamentos indicados por el médico. Liberia. Julio 2007.

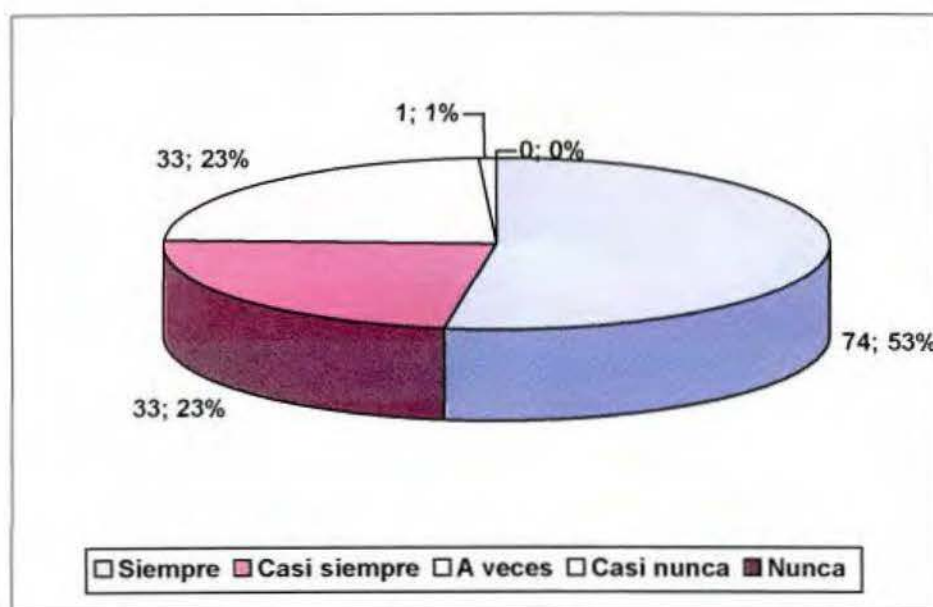


Fuente: Elaboración propia

4.4.3 Beneficios percibidos

El 52.5% (74 personas), perciben que si se toman los medicamentos indicados beneficiarán su salud siempre, 75.9% (107 personas) perciben que se beneficiaran entre siempre y casi siempre. Aunque los resultados parecieran indicar que la mayoría de quienes fueron entrevistados perciben beneficioso para su salud tomarse los medicamentos indicados por el médico, no se debe despreciar que el 24 %, no lo considera tan beneficioso (Gráfico 9).

Gráfico 9: HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa de los pacientes, según percepción de beneficiar la salud al tomar los medicamentos indicados por el médico. Liberia. Julio 2007.

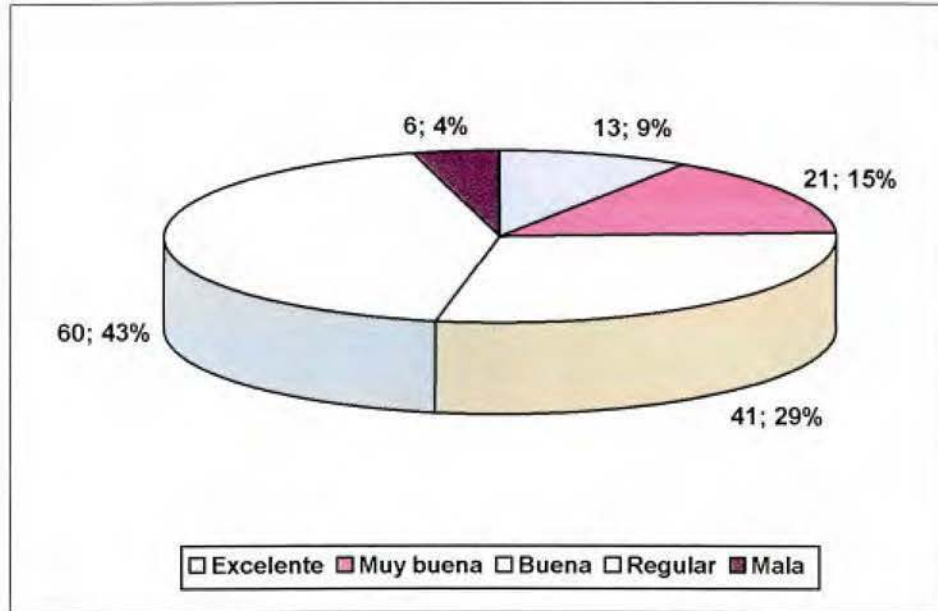


Fuente: Elaboración propia

4.4.4 Barreras percibidas

En relación con la calidad de los medicamentos que se entregan en las farmacias de la CCSS, el 42.6% (60 personas) consideran que la calidad de éstos es regular y 29.1% (41 personas) los consideran de buena calidad. Estos resultados parecerían indicar, según los pacientes entrevistados; la existencia de desconfianza en la calidad de los medicamentos que ofrece esta institución, pues únicamente el 24% opinan que su calidad es excelente o muy buena (Gráfico 10).

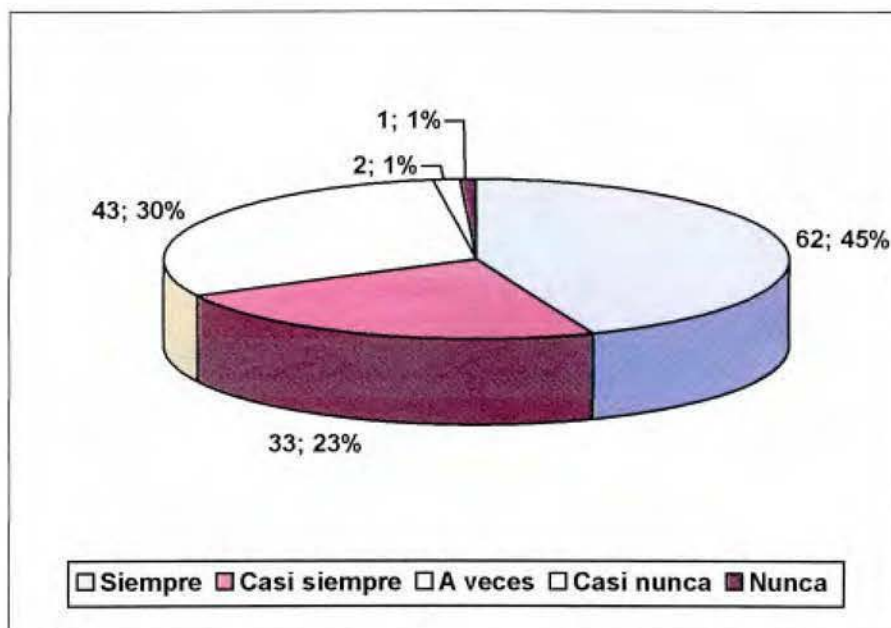
Gráfico 10: HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa de los pacientes según percepción de la calidad de los medicamentos entregados por las farmacias de la CCSS. Liberia. Julio 2007.



Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la confianza de los usuarios en que los medicamentos indicados por el médico son los que realmente necesitan, el 44.0% (62 personas) siempre confían, mientras un 30.5% (43 personas) a veces (Gráfico 11).

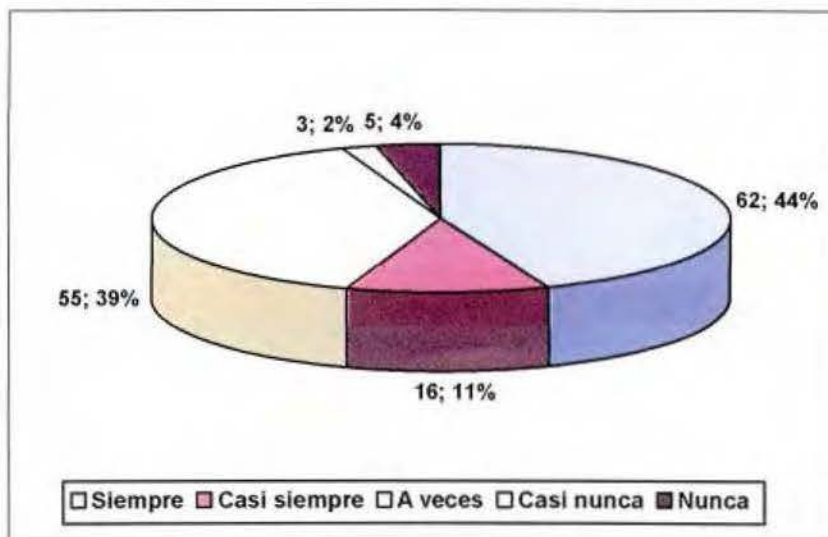
Gráfico 11: HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa de los pacientes, según percepción de si los medicamentos indicados por el médico, son realmente los que necesitan. Liberia. Julio 2007.



Fuente: Elaboración propia

La percepción de quienes usan los servicios con respecto a los medicamentos que entrega la farmacia, según los resultados obtenidos, muestra que el 44.0% (62 personas) siempre confían en los medicamentos entregados por la farmacia, mientras que un 39.0% (43 personas), confía a veces, si se agregan los que refirieron casi nunca y nunca, esta cifra es del 45%, lo que pareciera indicar una gran desconfianza en los medicamentos que reciben en la farmacia (Gráfico 12).

Gráfico 12: HEBB (EBAIS): Distribución absoluta y relativa de los pacientes, según percepción de la confianza en los medicamentos entregados por la farmacia. Liberia. Julio 2007.



Fuente: Elaboración propia

4.4.5 Información percibida

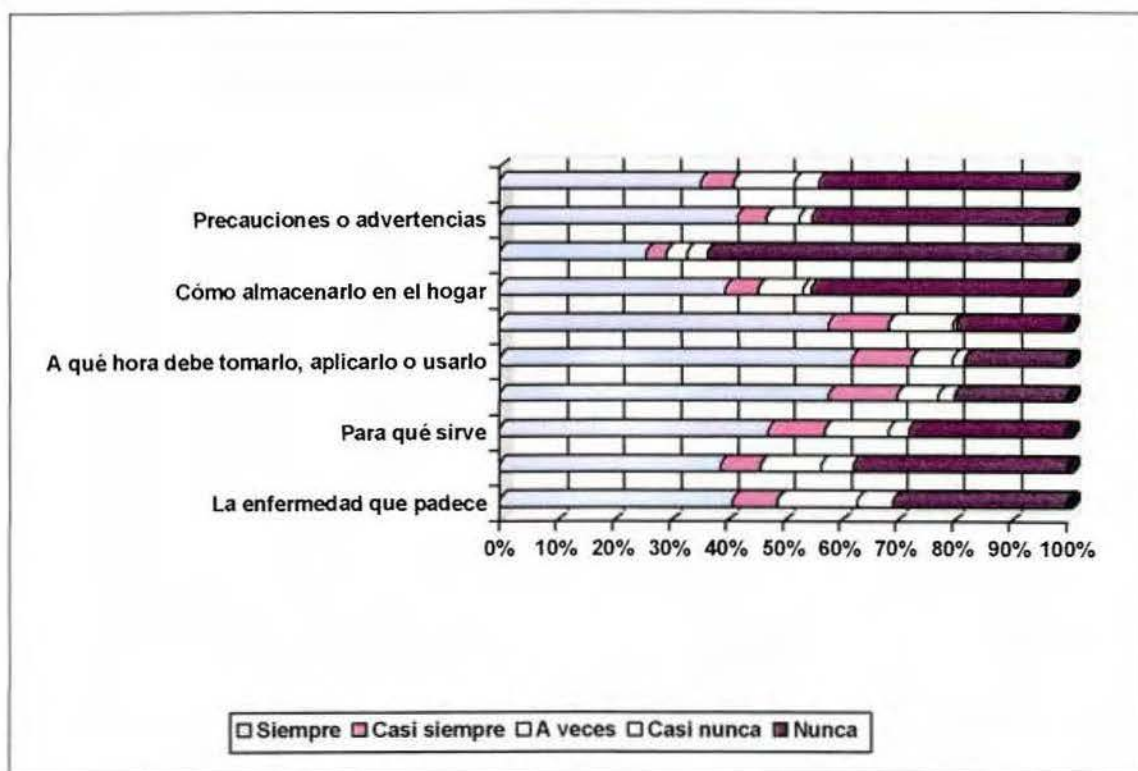
De acuerdo con la percepción de quienes participaron en la entrevista acerca de la información recibida del personal de salud, y si se analiza los ítems positivos teniendo en cuenta a quienes la perciben como siempre y casi siempre juntos, los ítems mejor evaluados son: A qué hora debe tomarlo, aplicarlo o usarlo con un 72.9% (102 personas), dosis del medicamento con un 70.3% (97 personas), Cómo usarlo con un 68.8% (97 entrevistados) y para qué sirve con un 57.4% (81 personas).

Análogamente, si se analizan los ítems negativos teniendo en cuenta a quienes los perciben como casi nunca y nunca, los ítems peor evaluados son: como desechar el sobrante o residuo con un 66.9% (93 personas), posibles efectos secundarios con un 47.9% (67 personas), como se debe

almacenar en el hogar con un 46.4% (65 personas) y precauciones o advertencias por utilizarlo con un 47.1% (65 personas).

Según la percepción de las personas entrevistadas, la mejor información recibida por el personal de salud se refiere a cualidades intrínsecas del medicamento sobre su uso (para que sirve, dosis, hora de tomarlo y modo de uso) y la información más deficiente se refiere a cómo almacenarlos y precauciones de uso. Los datos anteriores son sumamente importantes, pues muestran la necesidad de información requerida, pues los ítems mejor evaluados pudo haber sido por información leída en la etiqueta rotulada por la farmacia, la cual contiene precisamente esos datos y no por que el personal de salud lo haya hecho verbalmente, según lo manifestaron varios de los entrevistados (Gráfico 13).

Gráfico 13: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes según el tipo de información recibida por parte del personal de salud. Liberia. Julio 2007.

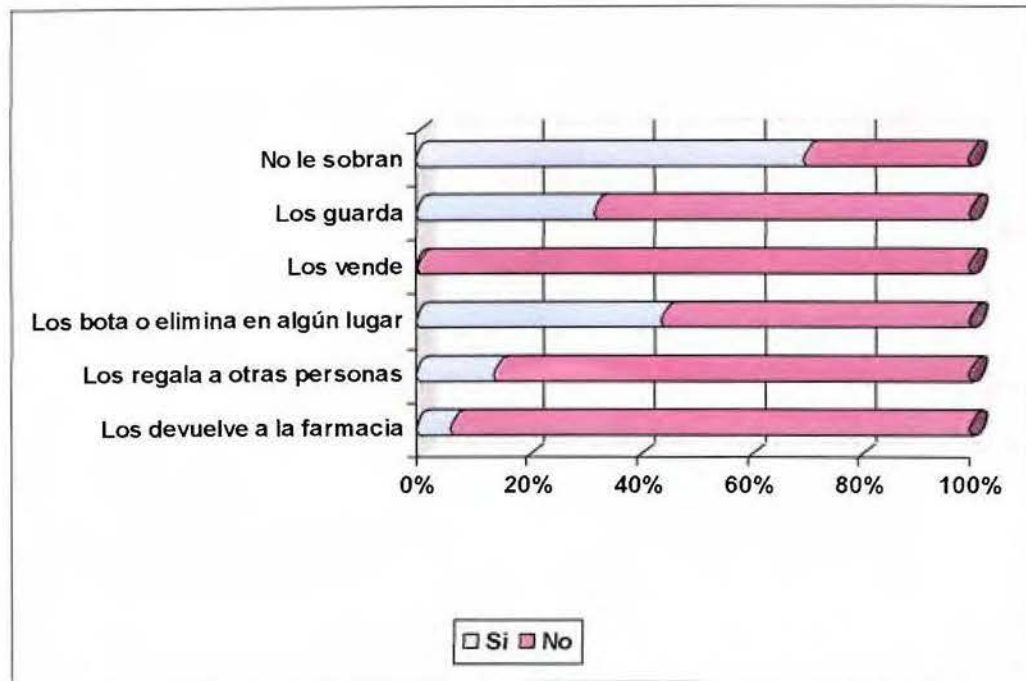


Fuente: Elaboración propia

Es importante agregar a lo anterior, que aunque el 70.3% (97 personas) dicen que no le sobran medicamentos, a los que sí les sobran, un 44.6% (62 personas) los bota o elimina en algún lugar y el 32.4% (45 personas) los guardan (Gráfico 14).

También la necesidad de información, según revelan los datos; se manifiesta en la toma de decisiones por parte de quienes requieren la atención, pues cuando las personas detectan un efecto no deseado del o los medicamentos, sólo el 57.4% (81 personas) acuden al médico, mientras 46.1% (65 personas) sencillamente suspenden el tratamiento.

Gráfico 14: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes, según el tipo de disposición que realicen con los sobrantes de medicamentos. Liberia. Julio 2007.

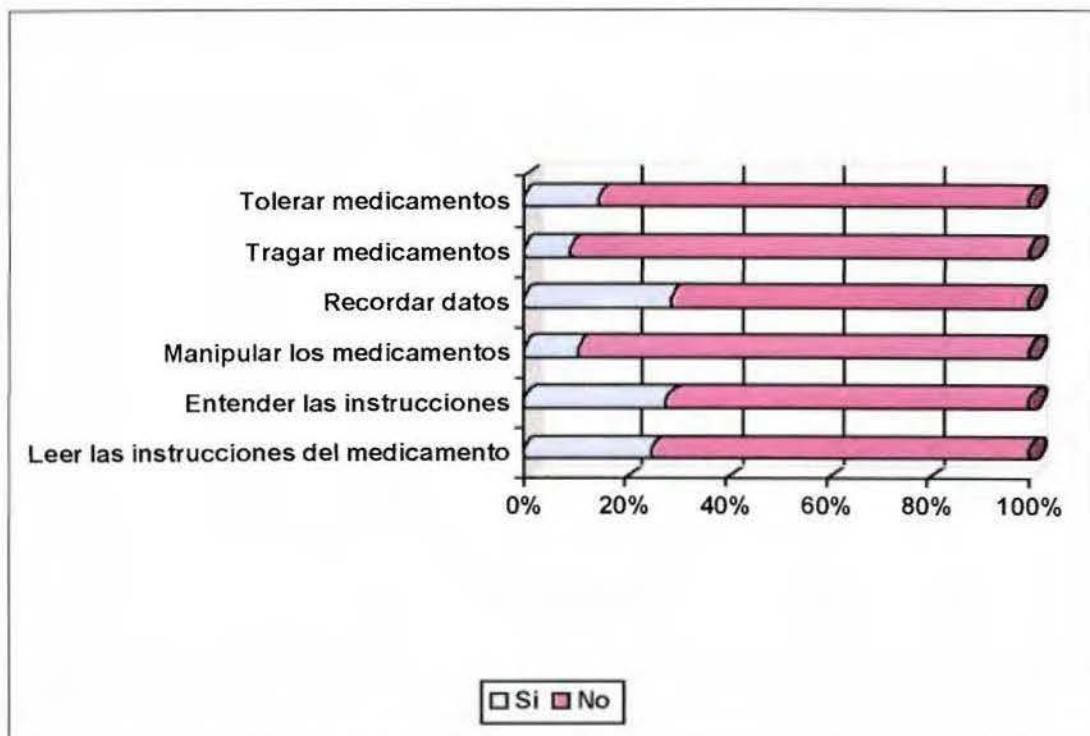


Fuente: Elaboración propia

4.4.6 Claves para actuar

La población entrevistada perciben que tienen muchas dificultades para usar y entender las instrucciones de los medicamentos que reciben, debido a que al menos el 70.0% de los entrevistados dicen tener dificultades para entender todos los ítems evaluados. Es de suma importancia destacar que de esos ítems un 29.1% de la población participante refieren dificultades para recordar datos, 28.4% para entender las instrucciones y un 25.5% para leerlas (Gráfico 15).

Gráfico 15: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes según las dificultades para utilizar los medicamentos. Liberia. Julio 2007.

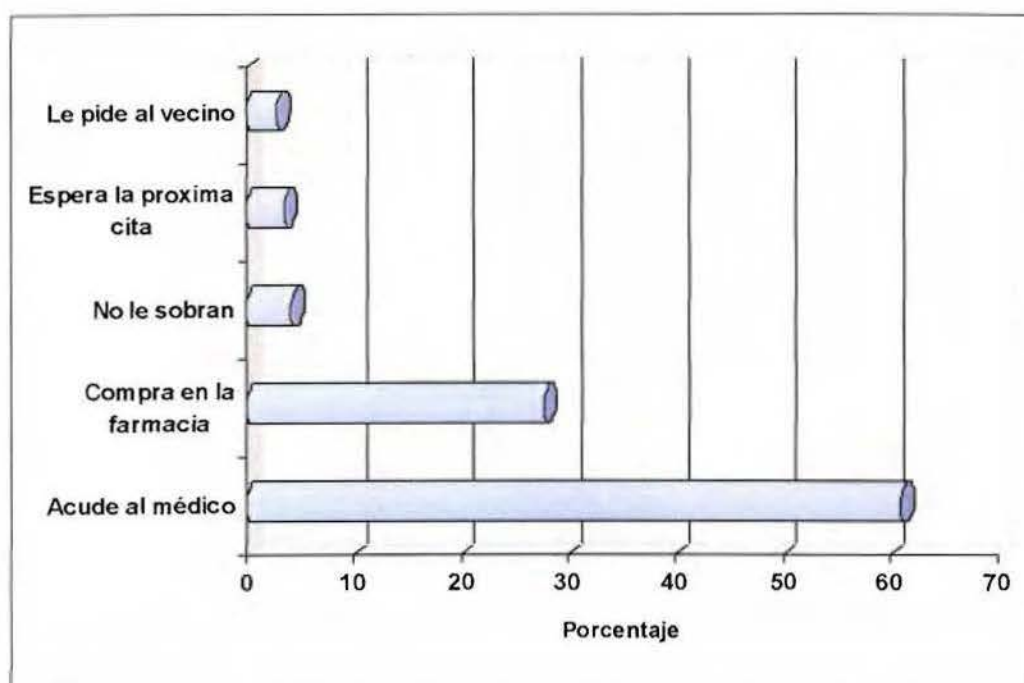


Fuente: Elaboración propia

Los datos anteriores son de suma importancia, teniéndose en consideración que de las 99 personas que contestaron haber tomado medicamentos en el último mes, los datos arrojan un promedio de 2.5 medicamentos diferentes por persona, con una desviación estándar de 1.6 medicamentos. Asimismo, el 75% de la población entrevistada ha tomado máximo tres medicamentos diferentes y el que más ha tomado, tomó nueve medicamentos en el último mes. Por lo tanto es importante resaltar, que el 86.5% (122 personas) dicen no disponer de ningún tipo de ayuda humana para tomarse los medicamentos y un 5.7% (8 personas) dicen que casi nunca.

Por otro lado, es importante tener en consideración como aspecto positivo, que un 61.0% (86 personas) expresan, que si los medicamentos se le terminan antes de tiempo, acuden donde el médico y el 27.7% (39 personas) los compra en la farmacia (Gráfico 16).

Gráfico 16: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes, según el tipo de acción que realizan cuando se les terminan los medicamentos antes de tiempo. Liberia. Julio 2007.



Fuente: Elaboración propia

4.5 Las prácticas más usuales presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico

Las prácticas más usuales contempladas en estudio fueron, la automedicación, la asistencia a curanderos, brujos, sobadores, acupunturitas

y quiroprácticos no profesionales y utilización de conocimientos adquiridos empíricamente.

4.5.1 Automedicación

Con respecto a la automedicación, el 32.6% (46 personas) refirieron tomar otros medicamentos, aparte de los prescritos por el médico. Según los resultados el 35.0% (16 personas) de estos pacientes manifestaron que la recomendación provino de familiares, 26.1% (12 personas) farmacéuticos y 24.0% (11 personas) otro médico. Es sumamente importante destacar que los resultados muestran un 19.6% de influencia de los medios de comunicación en la automedicación (Gráfico 17).

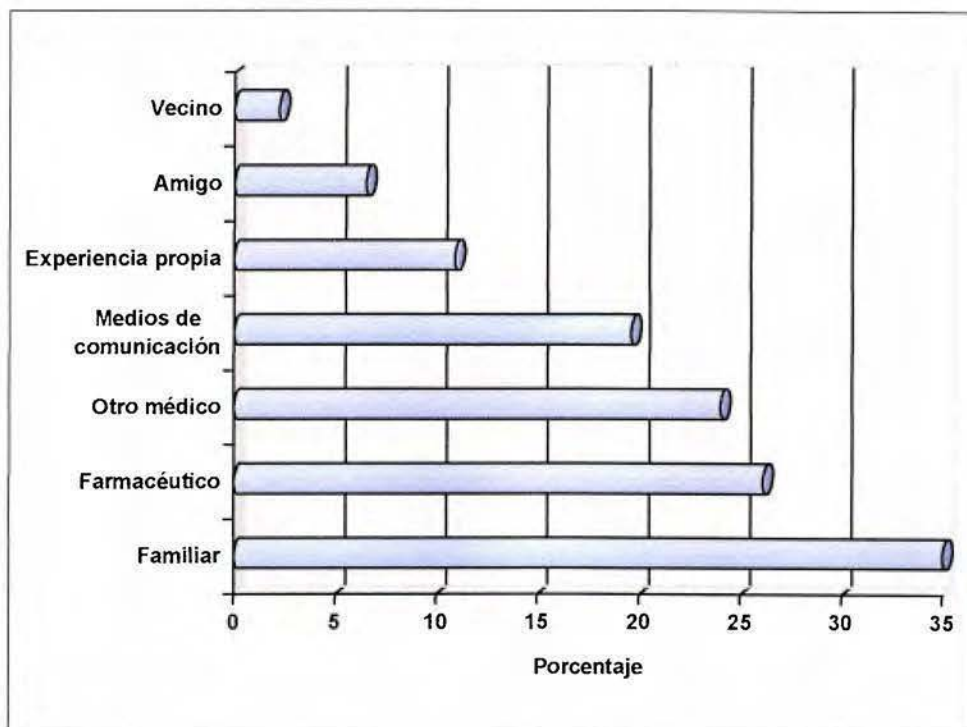
Además, es relevante mencionar que aunque el 71.7% (33 personas) adquieren dichos medicamentos en la farmacia un 35.0% (16 personas) lo hace en la pulpería.

En cuanto a la utilización de otras alternativas, un 15.6% (22 personas) utilizan terapias alternativas y las más utilizadas son: Remedios macrobióticos (7 personas), medicina natural (3 entrevistados) y homeopatía y quiropráctico (2 personas cada una).

4.5.2 Utilización de conocimientos adquiridos empíricamente

Aunque este aspecto no logró evaluarse como se esperaba, debe señalarse que un 10.9 % de los pacientes mencionaron la utilización de medicamentos por experiencia propia (Gráfico 17).

Gráfico 17: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes, según la fuente que recomienda utilizar otros medicamentos, aparte de los indicados por el médico. Liberia. Julio 2007.



Fuente: Elaboración propia

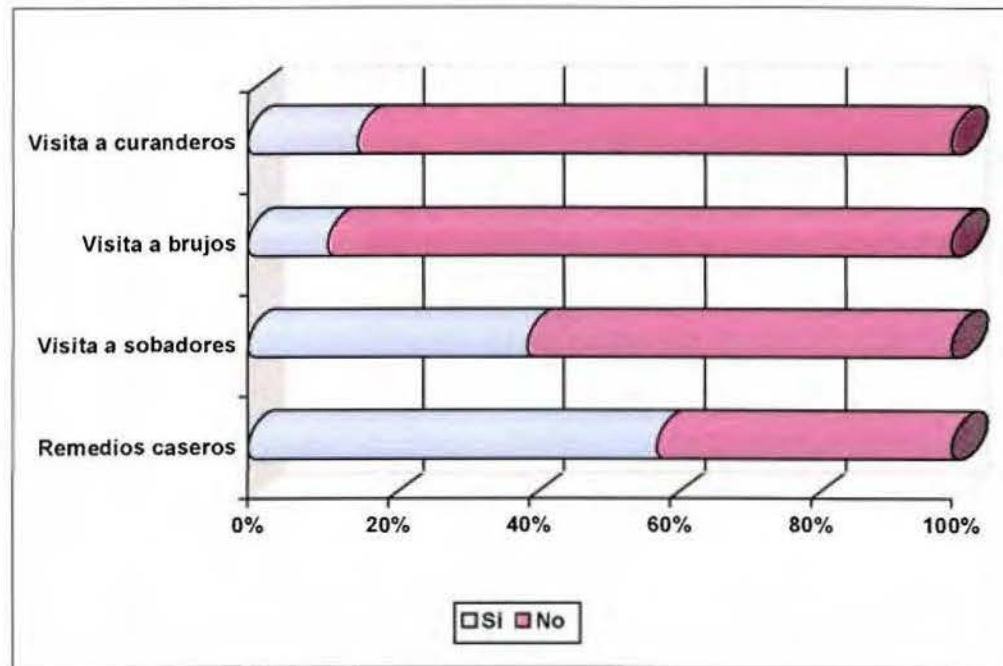
4.5.3 Asistencia a curanderos, brujos, sobadores, acupunturistas y quiroprácticos no profesionales

Al indagar sobre prácticas como la asistencia a curanderos, brujos, sobadores, acupunturistas y quiroprácticos no profesionales; en los entrevistados se percibió cierta resistencia para contestar. Sin embargo, se logró detectar el conocimiento de este tipo de prácticas, su utilización y la apreciación que tienen sobre su efectividad.

De tal forma que, los otros tipos de tratamientos que refieren conocer la población entrevistada para tratar su enfermedad son principalmente: los remedios caseros con un 58.2% (82 personas) y la visita a sobadores con un 39,7% (56 personas). Aunque hubo cierta reserva en los entrevistados al responder en estos ítems, llama la atención que un 15.6% de ellos aceptaron conocer la existencia del curanderismo (Gráfico 18). En el anexo N° 11 se presenta un cuadro con los remedios caseros que dijeron conocer algunas personas participantes en el estudio.

Los resultados revelaron además, que un 41.4% (58 personas) recurren a alguna de las alternativas de tratamiento señaladas para tratar su enfermedad; siendo importante destacar que de éstos el 60.3% (35 personas) creen que estos tratamientos le surten más efecto que los tratamientos que receta el médico y un 10.3% (6 personas) creen que a veces.

Gráfico 18: HEBB (EBAIS): Distribución porcentual de los pacientes, según el conocimiento de otros tipos de tratamientos para tratar la enfermedad. Liberia. Julio 2007.



Fuente: Elaboración propia

4.6 Grupos terapéuticos más frecuentes

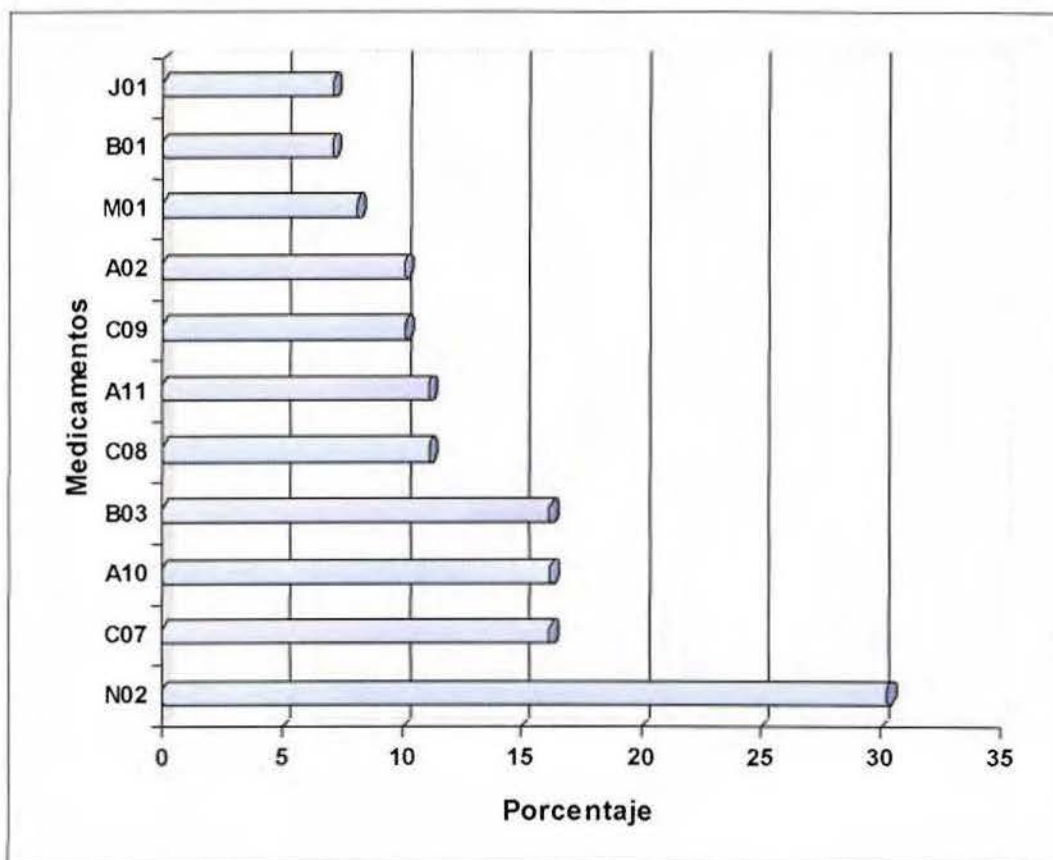
De acuerdo con los datos suministrados por los 99 personas entrevistadas que dijeron haber consumido algún medicamento en el último mes, se logró identificar los grupos terapéuticos más frecuentes de acuerdo con la clasificación ATC.

Por lo tanto, los principales medicamentos que han consumido los entrevistados en el último mes son: Analgésicos (30.3%, 30 personas), beta

bloqueadores (16.2%, 16 personas), antidiabéticos (16.2%, 16 entrevistados), antianémicos (16.2%, 16 entrevistados), bloqueadores de los canales de calcio (11.1%, 11 personas), vitaminas (11.1%, 11 personas), agentes que actúan sobre el sistema renina angiotensina (10.1%, 10 entrevistados) y antiácidos y drogas para el tratamiento de úlceras pépticas (10.1%, 10 personas) (Gráfico 19).

Las respuestas parecieran indicar que los medicamentos más consumidos y que eventualmente estarían vinculados con las creencias y prácticas presentes en el incumplimiento farmacológico, son los analgésicos y los antihipertensivos (beta bloqueador, bloqueador de los canales de calcio, agentes que actúan en el sistema renina- angiotensina). De estos resultados llama poderosamente la atención, el alto consumo de analgésicos en esta población, mientras que los medicamentos para tratar la hipertensión arterial y la diabetes tiene un comportamiento similar.

Gráfico 19: HEBB (EBAIS): Distribución relativa de los principales medicamentos tomados por los entrevistados en el último mes, según la clasificación ATC. Liberia. Julio 2007.



Fuente: Elaboración propia

Nota: **N02** (analgésicos), **C07** (agentes beta bloqueadores), **A10** (antidiabéticos), **B03** (antianémicos), **C08** (bloqueadores de los canales de calcio), **A11** (Vitaminas), **C09** (agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina, **A02** (antiácidos y drogas para el tratamiento de úlcera péptica, **M01** (antirreumáticos y anti inflamatorios), **B01** (agentes antitromboticos), **J01** (antibacterianos para uso sistémico).

5 Capítulo V. Discusión, conclusiones y recomendaciones

Discusión

El propósito de esta investigación fue identificar las creencias y prácticas presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en la población estudiada, dado que en la labor profesional de las investigadoras de manera empírica detectaron su presencia, en la población que acude a retirar medicamentos a la farmacia del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño de Liberia.

Debido al fallo farmacoterapéutico en gran cantidad de personas, la conducta de incumplimiento se considera un problema de salud pública, por las consecuencias en la salud de las personas y los costos económicos que genera, según refieren Teixeira, Pacheco y Toreti (2003) y Tuesca y otros (2006).

Por lo tanto, para estudiar la conducta de adherencia a los tratamientos farmacológicos, las variables claves en esta investigación fueron las creencias y prácticas de las personas, que las llevan a presentar problemas de adherencia a los medicamentos indicados por el médico.

Para el estudio de estas variables, la investigación se apoyó en el marco teórico del Modelo de Creencias en Salud y la Teoría de la Acción Razonada los cuales son los modelos más utilizados en psicología de la salud para explicar los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad.

Las creencias y prácticas encontradas en esta investigación, presentes en la conducta de adherencia al tratamiento farmacológico en la población estudiada, hace pensar en una posible participación del modelo de atención biologista que se ha venido gestando en los servicios de salud costarricenses. Aunque estos servicios, están en un proceso de cambio, la situación vislumbrada es muy diferente. Desde la misma perspectiva de Souza y Gir (2006), el significado trascendental de la implementación de programas que extrapolen la dimensión biológica y consideren los valores y bagaje cultural de los pacientes en pro de una asistencia más participativa y solidaria.

De acuerdo con los resultados, se percibe que las acciones que se realizan en dirección de la promoción y/o prevención de la salud, son de manera aislada y por profesionales en forma individual. En este sentido, una observación del conjunto de los datos en general, permiten apreciar la necesidad de la participación del farmacéutico; especialista en medicamentos como miembro activo de los equipos de atención en salud, además de otros profesionales.

Aunque en esta investigación no se discriminó la adherencia en población con dolencias crónicas y agudas, se encontró una prevalencia de incumplimiento de un 23.2%, dato relevante, porque aunque en los estudios citados se reportan falta de adherencia mayor, éstos se han realizado en personas con dolencias crónicas, cuya adherencia es menor que en personas con enfermedades agudas. Los resultados del estudio de Martín y Grau (2004) permite fundamentar lo anteriormente expuesto.

Se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el

45%; cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de incumplimiento es incluso más elevada.

Las respuestas de las personas entrevistadas muestran una situación muy interesante con respecto al cumplimiento, y es que para la gran mayoría (92.2%) es importante cumplir siempre con la cita médica, pero el escenario se torna diferente en la utilización de los medicamentos, pues aunque la prevalencia de adherencia es superior al 70%, se establece una brecha que hace pensar, si en la persona se valoriza más el contacto con la figura del médico como un efecto placebo, restándole valor al cumplimiento de indicaciones, y si la relación que se establece entre ambos no está logrando crear los vínculos necesarios y efectivos para el cumplimiento de las pautas. Es en este último aspecto donde se deja entrever la necesidad de formar equipos interdisciplinarios para la atención integral de las personas. La necesidad de crear vínculos entre paciente y otros profesionales en salud y entre los mismos profesionales.

Dentro de estos profesionales, figura el farmacéutico o farmacéutica especialista en medicamentos, como profesional que debe ayudar al paciente de forma estratégica a mejorar la adherencia a los medicamentos. La intervención activa de este profesional con la persona consultante -la cual ha estado prácticamente ausente,- podría eventualmente ser el eslabón que logre conducir la tarea iniciada por el médico a un resultado más positivo con el uso apropiado de los medicamentos por parte de éste.

Los resultados muestran que las principales razones motivadoras para no utilizar todo el medicamento, según expresaron 20 de las 99 personas participantes que dijeron haber tomado medicamentos en el último mes fue, el suspender el tratamiento por sentirse mejor y el olvido, que de

acuerdo con Fernández y otros (2003), son las barreras características expresadas por los no adherentes consideradas como barreras de tipo subjetivo.

Coincidiendo con lo planteado por Martín y Grau (2004), consideramos que en la conducta de adherencia intervienen, tanto el sistema de conocimientos y creencias que posea el paciente sobre su enfermedad y sus medicamentos como la motivación para recuperarse o adaptarse a la condición de enfermo. Y es en este contexto precisamente donde el personal sanitario juega su papel primordial para lograr mejorar la adherencia, donde concordamos con Fernández y otros (2003), que es importante destacar en los programas educativos a pacientes las ventajas del tratamiento, enseñar habilidades para mejorar la adherencia así como la importancia del convencimiento del personal sanitario que lo imparta.

Por lo tanto estamos de acuerdo con autores como Sánchez (2005), Palop y Martínez (2004), al considerar el incumplimiento como un problema multifactorial, en que no se debe culpabilizar al paciente, pues el resultado clínico que se obtenga de las instrucciones dadas por los profesionales en salud, depende en parte de la conducta que el paciente adopte ante ellas. Esta conducta según lo demuestran los resultados obtenidos en esta investigación puede estar influida por creencias y prácticas que ha adquirido ya sea a partir de su propia experiencia o por medio de otras personas, y en gran medida carecen de fundamentos científicos pudiendo exponer en peligro la salud individual y/o colectiva.

Las creencias más usuales presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico de acuerdo con el planteamiento de los Modelos Creencias en Salud y de la Teoría de Acción Razonada se identificaron mediante los conceptos: susceptibilidad percibida, severidad percibida

beneficios percibidos, barreras percibidas, Información percibida y claves para actuar.

Es interesante como los diferentes aspectos muestran datos congruentes entre ellos, y en cierta medida guardan relación con la prevalencia de adherencia al tratamiento farmacológico. De acuerdo a los resultados, con relación a la **susceptibilidad percibida** el 25.7% no percibe mayor riesgo en su salud si no se toman los medicamentos según la indicación médica.

Además ante la posibilidad de cambiar o combinar los medicamentos indicados por el médico (por otro medicamento, remedios caseros, u otras alternativas), no perciben mayor riesgo en su salud: al menos entre un 30% y 37 % de los entrevistados si lo cambia y entre un 25% y 37% si lo combinan. La percepción de riesgo en ambos casos para el uso de remedios caseros es similar, pero sí se logra apreciar en los entrevistados que, ante la combinación de medicamentos con cualquiera de las alternativas que se preguntó, son más cautelosos, no así para cambiar el medicamento. Esto nos hace pensar en la desconfianza de los entrevistados acerca de la calidad de los medicamentos de la CCSS.

En cuanto a la **severidad percibida** los resultados permiten apreciar que al menos el 55.0% de las personas entrevistadas consideran que las consecuencias en su salud son muy graves o graves si toma alguna de las alternativas como dejar de tomar el medicamento, cambiar el medicamento o combinarlo con otras alternativas. Es relevante mencionar que alrededor del 78%, consideran más peligroso no tomarse los medicamentos de acuerdo a la indicación médica, (dato muy similar a la prevalencia de adherencia), mientras que por el contrario cerca del 45% considera las combinaciones con otras alternativas menos peligroso.

Con respecto a los **beneficios percibidos**, los resultados también muestran que la proporción de la población participante que consideran beneficioso para la salud utilizar los medicamentos de acuerdo con la indicación médica es similar a la de adherentes.

Entre las **Barreras percibidas** por las personas entrevistadas que podrían oponerse a la adherencia medicamentosa, debe resaltarse la desconfianza en la calidad de los medicamentos entregados en las farmacias de la CCSS, además que alrededor del 30% desconfía en los medicamentos prescritos por el personal médico.

Por otra parte, de acuerdo con las respuestas de quienes participaron en el estudio, la mejor **información percibida** de parte del personal de salud se refiere a cualidades intrínsecas del medicamento sobre su uso (para que sirve, dosis, hora de tomarlo y modo de uso), mientras que de los aspectos que han recibido información insuficiente se refiere al almacenamiento de los medicamentos en el hogar, manejo de desechos, efectos secundarios y precauciones de uso.

Cabe aclarar que en el momento de aplicar los cuestionarios, muchos referían conocer algunos de los aspectos evaluados como positivos, por medio de la etiqueta que se pega a los tratamientos en la farmacia, no porque se les haya explicado, razón por la cual consideramos que la evaluación fue positiva, pues los aspectos evaluados negativamente no aparecen anotados en la etiqueta.

Lo anterior alerta sobre la necesidad de la presencia del farmacéutico al momento de entregar los medicamentos al paciente. El consejo y/o explicación del profesional a la persona consultante acerca de todos los aspectos que necesita conocer de los medicamentos que consume, es primordial para mejorar la adherencia y buen uso de los medicamentos. A

quien consulta se le está dejando solo con sus medicamentos y por lo tanto en situaciones riesgosas, dado que los resultados también mostraron que los pacientes tienen dificultades para leer y entender instrucciones situación que los puede conducir a tomar decisiones erróneas por interpretaciones inadecuadas.

Las claves para actuar, son importantes porque se consideran como estímulos imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones. Los resultados mostraron que los pacientes perciben que tienen dificultades para leer y entender las instrucciones de los medicamentos que reciben. Este último aspecto es interesante pues los datos arrojaron que la población estudiada posee un nivel de escolaridad que se esperaría sea capaz de leer y entender las instrucciones dadas, pero a pesar de leer, se les dificulta el entender. Además, mencionan tener dificultad para recordar datos, aspecto ya encontrado como contribuyente a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Por lo tanto, en lo referente al uso de los medicamentos se exalta el contacto verbal con el profesional en farmacia así como el reforzamiento de la información verbal con la escrita.

Las más prácticas más usuales, presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en la población estudiada, identificadas en esta investigación fueron la automedicación, la utilización de remedios caseros, y la asistencia a sobadores.

En cuanto al uso de remedios caseros resultan sorprendentes las "recetas" y remedios que utilizan los pacientes. Los productos que mencionaron utilizar fueron principalmente la manzanilla, la miel de abeja, junilama, limón ácido, culantro coyote, zacate limón. Dos recetas que llamaron mucho la atención son: dar a tomar a los niños con piojos agua de las hojas de madero negro y dar a los niños con ataques de lombrices aceite

de cocina o Salat con limón ácido para bajarlas cuando están “aplacadas” se les da el desparasitante.

La automedicación supone un factor de riesgo adicional ya que además de los problemas que puede provocar por si misma por la aparición de efectos no deseados, podría producir interacciones con los medicamentos prescritos por el médico. Además se concuerda con el grupo de investigadores de la Universidad de Granada en Atención Farmacéutica (2005), en que no se pueden desligar los conceptos de incumplimiento al tratamiento farmacológico y la automedicación de las prácticas o creencias ya que están intrínsecamente relacionadas y en ocasiones se puede aseverar que se deben a prácticas adquiridas y/ o creencias.

Se encontró en la presente investigación que el 32.6% de las personas entrevistadas toman otros medicamentos aparte de los recetados por el personal médico; quienes más recomiendan el uso medicamentoso son los familiares quienes quizá no tienen ninguna formación en el campo de la salud. Aunque en los estudios revisados, la automedicación se reporta en más del 40%, superior a la encontrada en esta investigación, se coincide con lo encontrado con Soto y Roa (2003), en que las personas que más recomienda son los familiares.

Es importante señalar, que aunque la adquisición de dichos medicamentos, según lo revelan los resultados; un 71.7% de las personas entrevistadas lo hacen en la farmacia, el 35.0% de ello lo adquieren en la pulpería. Lo anterior, demuestra que en las pulperías se da un apreciable comercio de medicamentos, el cual puede estar influido en gran medida por los medios de comunicación, dado que en nuestra investigación se encontró, que éstos ocupan el cuarto lugar (después de familiares, personal

farmacéutico y personal médico) en recomendación de productos farmacéuticos.

Aunque en Costa Rica existe una apreciable cantidad de medicamentos autorizados para expendirse en supermercados y pulperías (medicamentos de venta libre u OTC), de igual forma que los otros medicamentos de venta restringida, pueden presentar interacciones y reacciones adversas. Además por el clima tan caliente y soleado de la región estos medicamentos en estos lugares no están guardados en condiciones óptimas. Es frecuente encontrarlos en algunas pulperías expuestos a la luz solar directa y en estanterías con mezclados con otros tipos de productos.

Aunque el instrumento utilizado en la investigación no logró captar como se esperaba prácticas como el uso de remedios caseros, curanderismo, brujería entre otros, sí se logró extraer resultados muy significativos y hasta en cierto grado, contradictorios lo cual refuerza la sospecha de resistencia o reserva de los pacientes a referirse a estos aspectos. Por un lado de quienes participaron en el estudio, únicamente 22 (15.6%), admitieron utilizar terapias alternativas, siendo, por otro lado el 58,2% aceptaron conocer como otro tipo de tratamiento para tratar la enfermedad los remedios caseros, y 39.7% a los sobadores. Además el 41.4% (58 personas), reconoció utilizar alguna de éstas como tratamiento y de estos pacientes 60.3% (35 personas) opinaron que les surten más efecto que los medicamentos indicados por el médico.

En los resultados de la investigación se lograron identificar de acuerdo con lo expresado por los pacientes que consumieron medicamentos en último mes que los principales medicamentos utilizados fueron:

Analgésicos 30.3%, medicamentos para tratar la presión arterial elevada en un 37.4 % y tratamiento para diabetes un 16.2%.

Retomando del enfoque teórico de esta investigación, se reitera que las claves para desencadenar las conductas en los individuos, pueden variar de sujeto a sujeto según sus niveles de susceptibilidad y grado de severidad percibida. Según parecieran indicar los resultados, y de acuerdo a las opiniones verbales de algunos de los entrevistados, la desconfianza de los pacientes en la calidad de los medicamentos de la CCSS podría ser uno de los factores que participan en el proceso de toma de decisiones, que lo llevan a la falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Aunque podría pensarse en la opción de que ante la desconfianza el paciente recurra a la compra en farmacias privadas, la gran mayoría de los pacientes no poseen el poder adquisitivo para hacerlo.

Debe agregarse que si bien es cierto, de acuerdo con los resultados obtenidos; pareciera existir en la población estudiada un alto porcentaje de adherencia, y percepción de obtener beneficios en la salud, si se utiliza adecuadamente los medicamentos, se aprecia la existencia de barreras que pueden afectar la adherencia. Estas barreras pueden llevar a los pacientes a la toma de decisiones riesgosas con respecto a su salud. Estas decisiones pueden estar reforzadas por el conjunto de creencias y prácticas de los individuos que llegan a poner en tela de juicio a las indicaciones del personal sanitario y a una percepción disminuida de los riesgos hacia ciertas conductas peligrosas en salud.

La investigación también permitió, según lo muestran los resultados; visualizar las necesidades de la población de estímulos para mejorar la toma de decisiones en salud. Estas necesidades son fundamentales para la actuación del personal de salud. Según los resultados los pacientes requieren

información, el personal de salud debe conocer y sensibilizarse del bagaje cultural de los pacientes. La buena comunicación, acordando entre ambos (médico-paciente) el régimen farmacoterapéutico, dar un seguimiento al paciente por un equipo interdisciplinario, educar al paciente para el logro de toma decisiones acertadas, valiéndose de los medios disponibles, son claves que podrían eventualmente mejorar la adherencia y la salud de las personas.

Conclusiones

Aunque el estudio logró determinar un alto porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico alta, casi una cuarta parte de quienes participaron en el estudio dijeron haber tomado medicamentos en el último mes presentaron problemas de cumplimiento.

Las principales causas de incumplimiento detectadas fueron sentirse mejor por lo que suspenden el tratamiento sin conocimiento del riesgo que podría acarrear esta decisión y el olvido de la toma del medicamento.

De las personas participantes en el estudio la mayoría considera con respecto al uso de medicamentos que es apropiado tomar los medicamentos según indicación médica, así mismo consideran que no es adecuado dejar de tomar cambiar o combinar el medicamento prescrito por el medico. Es importante resaltar que los pacientes consideran que las repercusiones en la salud son graves o muy graves si practicaran estas acciones.

La apreciación de la población entrevistada con respecto a la calidad de los medicamentos de la CCSS, así como la confianza en los medicamentos entregados en las farmacias de la misma evidencia desconfianza en estos productos factor que podría influir en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico.

Los resultados de esta investigación, muestran que a las personas usuarias de los servicios es necesario brindarles información sobre asuntos relacionados con el uso correcto de los medicamentos, que les permitan tomar decisiones en beneficio de su salud.

El estudio reveló la necesidad de una intervención más activa del profesional en farmacia, dado que; las principales dificultades manifestadas por los participantes en el mismo, para usar correctamente los medicamentos fueron las de problemas de memoria, entender y leer las indicaciones, además de que la gran mayoría contestó que no disponen de ayuda de otra persona para la toma de medicamentos.

Según las respuestas de quienes participaron en la entrevista, un porcentaje considerable recurre a la automedicación y la persona que más recomienda medicamentos son los familiares, la adquisición de los medicamentos se da principalmente en farmacias privadas, seguida muy de cerca por las pulperías.

Se encontró según los datos suministrados por las personas entrevistadas que más de la mitad de ellas conocen los remedios caseros y cerca de un 40% a los sobadores como otra forma de tratamiento de enfermedades. Es importante resaltar que alrededor de un 41.4% utiliza alguna de las alternativas mencionadas en el cuestionario, y de los que refirieron practicar estas otras medidas de tratamiento un 60 % consideran que son más efectivas que lo que les prescribe el médico.

Los principales medicamentos que recuerdan haber tomado las personas entrevistadas son los analgésicos, medicamentos utilizados en el tratamiento de la hipertensión arterial y los antidiabéticos.

Las principales creencias y prácticas presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico en la población estudiada resultaron ser: la automedicación, el incumplimiento farmacoterapéutico de tipo esporádico, el uso de remedios caseros, visita a sobadores y creencias negativas con respecto a la calidad de los medicamentos de la CCSS.

Recomendaciones

Debido a que se encontró que las personas sí cumplen con las citas médicas, pero no confían tanto en sus indicaciones ni en la calidad de los medicamentos de la CCSS, se sugiere fortalecer el trabajo en equipo, que permita dar una atención integral en salud mediante un seguimiento antes, durante y después de la consulta médica. Es importante que los equipos de trabajo estén constituidos por grupos interdisciplinarios, fortaleciéndose la buena comunicación tanto entre los diferentes profesionales que los conforman, como entre los profesionales y el paciente.

Una posible estrategia para mejorar la percepción que tienen las personas usuarias de los servicios acerca de la calidad de los medicamentos, podría ser que la CCSS informe sobre la seguridad y calidad de sus medicamentos tanto a la población como al personal, para de esta forma cambiar la concepción ideológica, respecto a creer que "lo del Seguro es malo y lo que se compra es bueno".

Para el problema de falta de adherencia documentado, se considera importante crear un servicio de atención farmacéutica en la farmacia del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, que permita detectar y dar seguimiento al tratamiento farmacológico a pacientes con problemas de adherencia farmacoterapéutica. El objetivo de servicio será mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico, y tendrá funciones como dar consulta específica para uso de medicamentos, orientar a pacientes y familiares sobre uso y consumo de medicamentos, contar con información actualizada para pacientes y profesionales, así como realizar ínter consultas con otros profesionales, entre otras. Este servicio dependerá directamente de la Farmacia del Hospital.

A nivel de farmacia, se sugiere brindar información verbal reforzada con información por escrito acerca de la forma correcta de utilizar los medicamentos, por ejemplo: volantes en las bolsas de medicamentos, carteles, mensajes en pizarras electrónicas, etc. que les permita a las personas consultantes minimizar los problemas que expresaron en la adherencia como son los problemas de memoria, así como la dificultad para entender y leer las indicaciones.

Las dos recomendaciones anteriores se hacen porque a pesar de que son funciones del servicio de farmacia de hospital, por exceso de trabajo se han quedado relegadas en el desempeño diario del servicio.

Se recomienda incentivar al personal de salud para que realice campañas informativas y educativas en las cuales se les explique a los pacientes acerca del por qué, para qué, cuándo y como tomar medicamentos, que hacer si se le olvida alguna dosis, efectos secundarios de los medicamentos, problemas de suspender, cambiar o combinar el uso de los medicamentos prescritos por el médico, así como de los controles de calidad que tienen los medicamentos que se entregan en las farmacias de la CCSS.

También es importante concientizar a las personas de la enfermedad que padece, así como de la importancia del control y uso correcto de los medicamentos y las posibles consecuencias en la salud de no cumplirse con las indicaciones médicas. Además el personal debe ser concientizado de tomar en cuenta el bagaje cultural del paciente para obtener mejores resultados en el abordaje al paciente.

Valerse del uso de diferentes medios de comunicación para informar a la población en general, acerca del uso racional de medicamentos,

incluyendo el uso, consumo y riesgos de la automedicación; dado que se encontró que los que más recomiendan medicamentos son los familiares.

Dado que el instrumento no logró captar a profundidad aspectos explicativos relacionados con las creencias de tipo cualitativo, por los alcances y limitaciones de la presente investigación ya mencionadas, se recomienda profundizar el estudio sobre éstas: mejorando el instrumento o utilizando otras técnicas de investigación.

También se recomienda promover este tipo de investigaciones en diferentes comunidades del país para comparar con los resultados de este estudio y tener un panorama general sobre creencias y prácticas presentes en la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, para permear a las estructuras y al personal de salud.

Los resultados de esta investigación revelan la necesidad de instaurar programas locales para el uso racional y manejo de los medicamentos; así como la implementación del seguimiento farmacoterapéutico y promoción de la atención integral en salud, involucrando tanto al personal de los servicios de salud así como a la población.

6 Bibliografía

Alonso, M.A, Alvarez, J., Avila, L., Aylon, R., Gangoso, A., Martinez H., et al. (2006). Adherencia Terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. *SaludMadrid*,13(8),31-38. Extraído el 23 de junio de 2007 desde: www.infodoctor.org/notas/NF-2006-8.pd

Arrivillaga, M., Salazar, I. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, (34):186-195. Extraído el 15 de marzo de 2007 desde colombia.medica.univalle.edu.co/Vol34No4/cm34n4a3.htm

Ayala, N., Carvajal, X., Cercone, J., y Arce, C. (1999). Bases del Sistema Nacional de Salud y Proceso de Modernización CCSS. EDNASSS. 1 edición, San José, Costa Rica.

Baena, M. I. (2003). Problemas Relacionados con medicamentos como causa de consulta en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. De noviembre 2002 a octubre 2003. Extraído el 28 de febrero 2007 desde <http://www.agfu.org.uy./nueva/BPF/tesis>

Baena, M. I. y otros. (2005). Cumplimiento, conocimiento y automedicación como factores asociados a los resultados clínicos negativos de la farmacoterapia. *Ars. Pharm.* , 46(4), 365-381. Extraído el 28 de febrero 2007 desde <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf>

Badilla, B. (2006).Atención farmacéutica, transversalidad en la Facultad de Farmacia de la Universidad de costa Rica. *Ars Pharm* ,47(3), 313-320. Extraído el 21 de marzo 2007 desde <http://farmacia.ugr.rs/ars/pdf/>

Baldini, E., Casone, L., Gómez, A., Kohn, W., y Maggiolo, P.(2005). Medicamentos : tratamientos farmacológicos versus hábitos de vida saludables. Tercer congreso de Atención primaria de salud. Ciudad de Buenos Aires. Extraído el 13 de marzo 2007 desde http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/a_primaria/congreso

Baos, V. (2000). Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24(6): 147-151. Extraído el 09 de abril de 2007 desde www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200006-2.pdf

Barrantes, R. (1999). Investigación un camino al conocimiento: un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo. Undécima reimpresión de la primera edición EUNED, San José, Costa Rica.

Belón, J.P. (2002). Consejos en la farmacia. Segunda edición Masson, España.

Cabrera, A., Tascon, J. y Lucumi, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructor y aportes del modelo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 19(1), 91-101. Extraído el 15 de marzo de 2007 desde <http://guajiros.udea.edu.co/revistas>

Caja Costarricense de Seguro Social. (2006). Lista Oficial de Medicamentos de la Caja Costarricense de Seguro Social. Departamento de Farmacoterapia, San José, Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2005). Boletín Estadístico. Dirección Actuarial y de Planificación Económica. Extraído el 10 de mayo de 2007 desde <http://www.ccss.sa.cr/actuarial/estadist/estadist.htm>

Centro Centroamericano de Población; Instituto Nacional de Estadística y Censos Costa Rica: estimaciones y proyecciones de población 1970-2100 actualizadas al año 2000 y evaluación del Censo 2000 y otras fuentes de información: informe metodológico San José, CR. Extraído el 10 de mayo de 2007 desde ccp.ucr.ac.cr/

Cipolle, R., Strand, L. y Morley, P. (2000). El ejercicio de la Atención Farmacéutica. McGraw/Hill Interamericana de España, S.A.U. España.

Comité del Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (2002). Segundo Consenso de Granada Sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharmaceutica* 43(3-4) ,175-184. Extraído el 7 de mayo de 2007 desde <http://209.85.165.104/search?q=cache:LPzypkOY1YUJ:farmacia.ugr.>

De Souza, L., Gir, E. (2006). Creencias de las madres seropositivas respecto a la transmisión vertical del VIH. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 14(5). Extraído el 10 de mayo de 2007 desde <http://www.scielo.sa.cr>

Diccionario Ilustrado Océano (MCMXCIV). España. Océano Grupo Editorial, S.A.

Faus, M.J., (2000), Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. España: *Ars Pharmaceutica*. 41 (1), 137-143.

Faus, M.J., Martínez, F. (1999). La atención farmacéutica en la farmacia comunitaria: evolución de conceptos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. España: *Pharmaceutical Care*, 1, 52-61.

Fernández, S., González, M. L., Comas, A., García, E., y Cueto A. (2003). Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema* 15(1), 82-87. Extraído el 10 de marzo 2007 desde <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1027>

Foucault, M. (2003). El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada medica. Siglo veintiuno editores, Argentina, 1ª reimpresión

Franco, J. y Pecci, C. (2002). La relación médico paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. *Medicina* 62, 111-118. Extraído el 07 mayo de 2007 desde www.scielo.org.ar

García, A.M. y otros. (2000). Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en Atención Primaria. *Medicina de familia*, 1(1), 13-19. Extraído el 03 de marzo de 2007 desde <http://www.Samfyc.es/Revista/pdf>

Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 17(5), 502-505. Extraído el 12 de mayo 2007 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-2125.

González, M., Mendibil, I., Gutiérrez, I. y Blanco, M.A (2006). Automedicación con AINE por los usuarios de dos consultas de Atención Primaria. *Gac Med Bilbao*, 103(2), 54-57. Extraído el 09 de abril de 2007 desde <http://www.inbiomed.com/1/1/autores>

Grupo de Consenso. Documento de Consenso en Atención Farmacéutica (2001). Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid. Extraído el 09 de abril 2007 desde <http://www.correofarmacologico.com/documentos/consatfar310504.pdf>

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica (2006). Universidad de Granada. Seguimiento farmacoterapéutico: Método Dáder (3ª revisión 2005). *Pharmacy Practice*, 4(1), 44-53. Extraído el 09 de abril 2007 desde www.pharmacypractice.org/vol04/pdf/044-053-es.pdf

Gutiérrez, R. y Chavarría, J. (2002). Conocimientos y actitudes de los padres de niños asmáticos en relación al asma en Costa Rica. *Revista médica del Hospital Nacional de Niños*, 35(1y2), 5-11. Extraído el 10 de abril de 2007 desde http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid

Hall, V. (2003). *Atención farmacéutica seguimiento del tratamiento farmacológico*. Extraído el 21 de marzo 2007 desde sibdi,bltdt.ucr.ac.cr/CIMED/comed

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. IV Edición. Mc Graw Hill, México DF.

Jiménez, L. G. y Blanco, R. (2006). Medicamentos subutilizados en el ámbito comunitario, Área Salud Coronado, Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15 (28), 50-61. Extraído el 9 de mayo de 2007 desde <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php>

La Rosa, Y., Martín, L. y Bayarre, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 23(1). Extraído el 07 de mayo de 2007 desde [tgh: bvs.sld.cu/revistas/mgi](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi)

Ley General de Salud, 2002. (3ª. Ed.). San José, Costa Rica.

López A. (2005). Actitudes para fomentar el cumplimiento terapéutico en el asma. *Arch Bronconeumo.*, 41(6), 334-340. Extraído el 10 de abril de 2007 desde http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pidet_articulo

Martin, L. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de psicología de la salud. Extraído el 10 de marzo 2007 desde www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud

Mendoza, S., Muñoz, M., Merino J. et al. (2006). Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. *Revista Médica de Chile*, 134(1), 65-71. Extraído el 10 de abril de 2007 desde <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci>

Montero, J.C y Herrera, J. (2003). Cumplimiento terapéutico de la prescripción de medicamentos. En Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica (p.471-473). España: Elsevier.

Moreno, E, y Gil, J. (2003). El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional De Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 91-109. Extraído el 09 de abril de 2007 desde <http://avord.yahoo.com>

Moya, L. (1986). Introducción a la Estadística de la Salud. Editorial de la Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Omoti, A. E. y Ukponmwan, C. U. (2005). Compliance with new drugs in glaucoma therapy in Benin City-(Nigeria). *Seguimiento Farmacoterapéutico*, 3(3) ,135-143. Extraído el 9 de abril 2007 desde www.farmacare.com/revista/n_10/135-143.pdf

Quesada, O., Pacheco, R. (2000). Medicina costarricense: Algunos problemas y perspectivas. *Gaceta Médica de Costa Rica*, S1, 7- 30. Editorial Guilá, San José, Costa Rica.

Palma, C. (2001). Mujeres con diabetes mellitus e hipertensión, la vivencia de su salud, y el autocuidado a partir de la construcción de la identidad femenina, *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*. 9(2), 95-107. Extraído el 3 de marzo de 2007 desde <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script>

Palop, L., y Martínez M. P. (2004) Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 25(5), 113-120. Extraído el 9 de abril de 2007 desde <http://www.msc.es/farmacia/infemedic>

Pérez, P. y Lázaro, J. (2004). Dos enfoques sobre los medicamentos y la industria farmacéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4). Extraído el 9 de mayo de 2007 desde www.scielo.sld.cu/sciel

Piconne, G.(2007). *La Industria Farmacéutica. Curso del Posgrado en Economía con énfasis en Economía de Medicamentos. Sistema de Estudios de Posgrado (SEP), Universidad de Costa Rica. Abril, Costa Rica.*

Rigueira, A.I. (2001). Cumplimiento terapéutico ¿Qué conocemos de España? *Atención Primaria*, 27(8), 559-568. Extraído el 28 de febrero 2007 desde [http://www.Foromedico.org/areas/ficheros/cumplimiento terapéutico. Pdf](http://www.Foromedico.org/areas/ficheros/cumplimiento%20terap%C3%A9utico.Pdf)

Sáenz, M.I.y Vargas, J.R (2007). Análisis de la Primera Encuesta de Gasto en Salud ENGAS-2006. Trabajo presentado en la IV Jornadas economía de la salud” Dra. Anna Gabriela Ross”, Octubre, Costa Rica.

Saladrigas, M.V. (2004). El sistema de clasificación ATC de sustancias farmacéuticas para uso humano. *Panace*, 5(15), 58-60. Extraído el 20 de junio 2007 desde [http:// www.medtrad.org.htm](http://www.medtrad.org.htm)

Salas, B. y Sancho J. (2005). Resistencia bacteriana a los antibióticos en infecciones del tracto urinario bajo, en pacientes de consulta externa en el Área de Salud Palmares. *Fármacos*, 17 (1 y 2), 10-16.

Sánchez, O. (2005) Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* ,29(2), 40-49. Extraído el 11 de abril 2007 desde: <http://www.msc.es/farmacia/infemedic>

Soto, E. y Roa, Y. (2003). Patrones de auto atención y automedicación entre la población estudiantil universitaria de la ciudad de Puebla. *Revista Elementos ciencia y cultura*. 55-56(11) ,43-51. Extraído el 09 de abril 2007 desde www.elementos.buap.mx/num55-56/htm/43.htm

Teixeira, J. Pacheco, G. S., y Toreti, I.R. (2003). Evaluación del uso de pictogramas como ayuda a la adherencia al tratamiento farmacológico. *Seguimiento Farmacoterapéutico*, 1(3), 127-135. Extraído el 10 de abril de 2007 desde www.farmacare.com

Tello, S. y Yovera, A. (2005). Factores asociados a la incidencia de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en mayores de 18 años del distrito de Chiclayo-Perú enero marzo del 2005. Extraído el 10 de mayo de 2007 desde [http:// www. Monografías. com](http://www.Monografías.com)

Tuesca-Molina, R., Guallar-Castillón, P., Banegas-Banegas J. R., y Graciani-Pérez R. A. (2006). Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gac Sanit.* 20(3):220-227. Extraído el 13 de marzo 2007 desde: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300008&lng=es&nrm=iso

Vargas, W. (2006). Atención Primaria de Salud en Acción. San José: EDNASSS-CCSS. San José, Costa Rica.

Villegas, O. et al. (2003). Bases para la Atención Médica Integral. San José: EDNASSS. San José, Costa Rica. Extraído el 10 de mayo de 2007 desde: http://www.cendeisss.sa.cr/posgrados/modulos/Modulo1/Modulo_1.pdf

7 Anexos

ANEXO N° 1

Modalidades de entrevista personalizada

Test de Morisky-Green

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a la hora indicadas?
3. ¿Cuándo no se encuentra bien, deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada(no, si, no, no)

Test de Haynes-Sackett

También denominado cuestionario de "comunicación del autocumplimiento". Consiste en realizar al paciente la siguiente pregunta:

1. La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?

Si la respuesta es afirmativa se solicita al paciente el número de comprimidos olvidados en un periodo de tiempo (por ejemplo los últimos siete días o el último mes) y se determina el porcentaje con respecto al número de comprimidos indicado. Se considera buena adherencia en aquel enfermo que declara haber tomado una cantidad de comprimidos >80% y <110% de los prescritos.

Fuente: (Alonso, M.A, Alvarez, J., Avila, L., Aylon, R., Gangoso, A., Martínez H., et al., 2006, p.14).

ANEXO N° 2

Clasificación ATC de los medicamentos mencionados por los entrevistados

Código	nombre del subgrupo terapéutico
A02	Antiácidos y drogas para el tratamiento de úlceras éptica
A04	Antieméticos y antimuscarínicos
A09	Digestivos , incluyendo enzimas
A10	Drogas usadas en diabetes
A11	Vitaminas
A12	Suplementos minerales
B01	Agentes antitrombóticos
B03	Antianémicos
B04	Agentes hipolipemiantes
C01	Terapia cardiaca
C02	Antihipertensivos
C03	Diuréticos
C07	Agentes betabloqueadores
C08	Bloqueadores de los canales de calcio
C09	Agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina
G03	Hormonas sexuales y reguladores del sistema genital
G04	Urológicos
H02	Terapia de tiroides
H03	Corticoides de uso sistémico
J01	Antibacterianos para uso sistémico
L01	Agentes antineoplásicos
L02	Terapia endocrina
M01	Productos antirreumáticos y anti inflamatorios
M03	Músculo relajante
M04	Preparaciones antigotosas
N02	Analgésicos
N03	Antiepilépticos
N05	Psicolépticos
N06	Psicoanalépticos
P01	Antiprotozoarios
R01	Preparaciones nasales
R03	Antiasmáticos
R05	Preparaciones para tos y gripe
R06	Antihistamínicos

Fuente: Elaboración propia con Información de entrevistas y Lista Oficial de Medicamentos CCSS

ANEXO N° 3

Muestreo en poblaciones móviles

Existen diferentes tipos de poblaciones móviles, por ejemplo, aquellas que son nómadas por naturaleza, como las aves y las que se encuentran en tránsito en un momento dado, como los pacientes de las consultas de los EBAIS (10 en total) del Área de Salud de Liberia.

Tomándose en cuenta la normativa de la CCSS de que por cada hora se deben atender cinco pacientes, se determinó muestrear periodos de una hora, teniendo en cuenta el tiempo que se requiere para realizar la entrevista y de consideraciones administrativas.

De acuerdo al horario de atención de los EBAIS es de lunes a jueves de 7.00 AM a 4.00 PM y el viernes de 7.00 AM a 3.00 PM, se tuvieron 44 periodos de una hora para seleccionar la muestra para cada EBAIS de manera sistemática, como lo muestran los siguientes cuadros.

En cada cuadro, los segmentos de horario y ubicación destacados en rojo fueron los seleccionados en la muestra sistemática, según el EBAIS, tomándose dos muestras por segmento de hora.

Cuadro 1: Segmentos de horario y ubicación seleccionados en la muestra sistemática, EBAIS Corazón de Jesús, Nazareth, Guadalupe y Guardia.

Intervalo de tiempo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7.00	1	10	19	28	37
8.00	2	11	20	29	38
9.00	3	12	21	30	39
10.00	4	13	22	31	40
11.00	5	14	23	32	41
12.00	6	15	24	33	42
13.00	7	16	25	34	43
14.00	8	17	26	35	44
15.00	9	18	27	36	

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 2: Segmentos de horario y ubicación seleccionados en la muestra sistemática, EBAIS San Roque, Moracia y la Victoria.

Intervalo de tiempo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7.00	1	10	19	28	37
8.00	2	11	20	29	38
9.00	3	12	21	30	39
10.00	4	13	22	31	40
11.00	5	14	23	32	41
12.00	6	15	24	33	42
13.00	7	16	25	34	43
14.00	8	17	26	35	44
15.00	9	18	27	36	

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 3: Segmentos de horario y ubicación seleccionados en la muestra sistemática, EBAIS Condega y Pueblo Nuevo.

Intervalo de tiempo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7.00	1	10	19	28	37
8.00	2	11	20	29	38
9.00	3	12	21	30	39
10.00	4	13	22	31	40
11.00	5	14	23	32	41
12.00	6	15	24	33	42
13.00	7	16	25	34	43
14.00	8	17	26	35	44
15.00	9	18	27	36	

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 4: Segmentos de horario y ubicación seleccionados en la muestra sistemática, EBAIS Los Ángeles.

Intervalo de tiempo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7.00	1	10	19	28	37
8.00	2	11	20	29	38
9.00	3	12	21	30	39
10.00	4	13	22	31	40
11.00	5	14	23	32	41
12.00	6	15	24	33	42
13.00	7	16	25	34	43
14.00	8	17	26	35	44
15.00	9	18	27	36	

Fuente: Elaboración propia

ANEXO N° 4

Universidad de Costa Rica
 Sistema de Estudios de Postgrado
 Maestría en salud Pública
 Sede de Guanacaste

CREENCIAS Y PRÁCTICAS PRESENTES EN LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Encuesta para pacientes que asisten a consulta en los EBASIS pertenecientes al hospital de Liberia

Estimado Paciente:

Estamos trabajando en un estudio que servirá para elaborar una tesis de maestría en Salud Pública. Respetuosamente le solicitamos su colaboración para que responda algunas preguntas que no le tomarán mucho tiempo. La investigación está siendo realizada por Adela Mora y Lía Villegas. La información será manejada con la más estricta confidencialidad.

Muchas gracias por su cooperación.

Fecha: _____

A1. ¿Ha tomado usted medicamentos en el último mes?

() 1. Sí () 2. No (pase a la pregunta A9)

A2. ¿Cuántos medicamentos diferentes tomó?: _____

A3. ¿Se acuerda usted del nombre de algunos de ellos?

() 1. Sí () 2. No (pase a la pregunta A5)

A4. ¿Cuales?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

A5. ¿El medicamento(s) que tomó se debe a? (Respuesta múltiple)

1. Tiene un problema de salud ocasional ()

2. Es un tratamiento de todos los meses ()

A6. De todos los medicamentos, usted se tomó:

() 1. Todo (pase a la pregunta A9) () 2. Una parte () 4. Nada

A7. De algunos medicamentos, usted se tomó:

() 1. Todo

() 2. Una parte

() 4. Nada

A8. ¿Por qué no utilizó todo el medicamento? (respuesta múltiple)

Ítem	1. Si	2. No
1. Le dieron más cantidad de lo que necesitó		
2. Existe alguna razón que le impide tomar el medicamento		
3. La hora en qué debe tomarlo no se lo permite		
4. Ha sentido/visto algo diferente en su cuerpo desde que lo utiliza		
5. Su condición empeora en lugar de mejorar		
6. Se siente mejor y decide no usarlo más		
7. Solo lo toma unos días antes de asistir a control		
8. Se le olvida tomarlo		
9. Prefiere cambiar a otro tratamiento		
10. Indicar cuál:		

A9. ¿Considera usted que si toma el(los) medicamentos, según indicación médica la posibilidad de mejorar es:

() 1. Alta () 2. Mediana () 3. Regular () 4. Poca () 5. Ninguna

A10. ¿Considera que su salud mejora, si cambia el tratamiento indicado por el médico por?:

Ítem	1. Muy probable	2. Probable	3. Indeciso	4. Poco probable	5. Nada probable
1. Otro medicamento					
2. Remedios caseros					
3. Otras alternativas: Homeopatía, acupuntura, quiropráctico, remedios macrobióticos y otros					
4. Cuál:					

A11. ¿Considera que su salud mejora, si combina el tratamiento indicado por el médico?:

Ítem	1. Muy probable	2. Probable	3. Indeciso	4. Poco probable	5. Nada probable
1. Con otro medicamento					
2. Con remedios caseros					
3. Con otras alternativas: Homeopatía, acupuntura, quiropráctico, remedios macrobióticos y otros					
4. Cuál:					

A12. ¿Cómo considera usted que pueden ser las consecuencias en su salud en los siguientes casos?

Ítem	1. Muy grave	2. Grave	3. Moderada	4. Leve	5. No afecta
1. Cuando no se toma el medicamento según indicación médica					
2. Si cambia el medicamento indicado por el médico:					
3. Cuando combina el medicamento con otras alternativas					

A13. ¿Considera usted que si se toma los medicamentos indicados por el médico se beneficia su salud?

() 1. Siempre () 2. Casi siempre () 3. A veces () 4. Casi nunca () 5. Nunca

A14. ¿Considera usted que la calidad de los medicamentos entregados en las farmacias de la CCSS es?

() 1. Excelente () 2. Muy buena () 3. Buena () 4. Regular () 5. Mala

A15. ¿Confía que los medicamentos recetados por el médico, son los que realmente necesita?

() 1. Siempre () 2. Casi siempre () 3. A veces () 4. Casi nunca () 5. Nunca

A16. ¿Confía en los medicamentos entregados por la farmacia?

() 1. Siempre () 2. Casi siempre () 3. A veces () 4. Casi Nunca () 5. Nunca

A17. ¿Ha recibido información del personal de salud sobre?:

Ítem	1. Siempre	2. Casi siempre	3. A veces	4. Casi nunca	5. Nunca
1. La enfermedad que padece					
2. El nombre del medicamento					
3. Para qué sirve					
4. Dosis del medicamento					
5. A qué hora debe tomarlo, aplicarlo o usarlo					
6. Cómo usarlo (ejemplo: tomar con comida, sin comida, con agua, etc.)					
7. Cómo se debe almacenar en el hogar					
8. Cómo desechar el sobrante o residuo, etc. (si fuera del caso)					
9. Precauciones o advertencias por utilizarlo					
10. Posibles efectos secundarios (ejemplo: dolor de cabeza, sueño, etc.)					

A18. ¿Usted tiene dificultad para?:

Ítem	1. Sí	2. No
1. Leer las instrucciones en la etiqueta del medicamento que suministra la farmacia		
2. Entender las indicaciones de la etiqueta		
3. Manipular los medicamentos (ej: sacarlas del blister, partir la tableta, etc.)		
4. Recordar datos (a qué hora tomarlo, lo que debe o no hacer)		
5. Tragar medicamentos		
6. Tolerar los medicamentos		

A19. Dispone de algún tipo de ayuda humana para tomarse el medicamento

() 1. Siempre () 2. Casi siempre () 3. A veces () 4. Casi nunca () 5. Nunca

A20. ¿Toma usted otros medicamentos aparte de los recetados por el médico?

() 1. Sí () 2. No (Pase a la pregunta A23)

A21. ¿Quién se los recomienda o indica? (Respuesta múltiple)

() 1. Otro médico () 2. Farmacéutico () 3. Familiar () 4. Amigo

() 5. Vecino () 6. Medios de comunicación () 7. Otro: Cuál: _____

A22. ¿Dónde adquiere esos medicamentos? (Respuesta múltiple)

() 1. Farmacia () 2. Pulpería () 3. Vecino () 4. Casa

() 5. Otra fuente: Cuál: _____

A23. ¿Utiliza usted terapias alternativas? Homeopatía, acupuntura, quiropráctico, remedios macrobióticos y otros?

() 1. Sí () 2. No (Pase a la pregunta A25)

A24. Cuáles: _____

A25. Conoce usted otro tipo de tratamientos para tratar su enfermedad tales como?

Ítem	1. Sí	2. No
1. Remedios caseros		
2. Visita a sobadores		
3. Visita a brujos		
4. Visita a curanderos		
5. Otro: ¿Cuál?:		

A26. ¿Utiliza usted alguna de esas alternativas para de tratamiento para curar su enfermedad, que no es el adquirido en el hospital y/o farmacia?

() 1. Sí () 2. No (Pase a la pregunta A28)

A27. ¿Cree usted que estos tratamientos son más efectivos que los medicamentos que recetan el médico y/o farmacéutico? () 1. Sí () 2. No

A28. ¿Cumple usted **siempre** con la cita médica? () 1. Sí () 2. No

A29. ¿Qué hace usted si los medicamentos se le terminan antes de tiempo? (**Respuesta múltiple**)

() 1. Acude al médico () 2. Compra en la farmacia () 3. Le pide al vecino () 4. Otra

A30. Cuál: _____

A31. ¿Qué hace con los medicamentos que le sobran?:

Ítem	1. Si	2. No
1. Los devuelve a la farmacia		
2. Los regala a otras personas		
3. Los bota o elimina en algún lugar		
4. Los vende		
5. Los guarda		
6. No le sobran		

A32. ¿Qué hace usted si detecta un efecto no deseado del o los medicamentos? (**Respuesta múltiple**)

() 1. Acude al médico () 2. Suspende el Tratamiento () 3. Baja la dosis () 4. Otra

A33. Cuál: _____

B. Aspectos sociodemográficas

B1. Edad: _____ (años cumplidos)

B2. Sexo () 1. Femenino () 2. Masculino

B3. Escolaridad:

1. () Ninguna

2. () Primaria incompleta o completa

3. () Secundaria incompleta o completa

4. () Técnica

5. () Universitaria incompleta o completa

B4. EBAIS al que asiste: _____

B5. Años de vivir en Liberia: _____

B6. Nacionalidad _____

B 7. Lugar de procedencia: Provincia: _____ Cantón: _____

MUCHAS GRACIAS

Fuente: Elaboración propia con la asesoría de los estadísticos Albert Espinoza y Juan Carlos Vanegas

ANEXO N° 5

CUESTIONARIO PRUEBA PILOTO

Universidad de Costa Rica
 Sistema de Estudios de Posgrado
 Maestría en salud Pública
 Sede de Guanacaste

CREENCIAS Y PRÁCTICAS PRESENTES EN LA FALTA DE ADHERENCIA AL
 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

Encuesta para pacientes que asisten a consulta en los EBAIS pertenecientes al hospital de Liberia

Estimado Paciente:

Estamos trabajando en un estudio que servirá para elaborar una tesis de maestría en Salud Pública. Respetuosamente le solicitamos su colaboración para que responda algunas preguntas que no le tomarán mucho tiempo. La investigación está siendo realizada por Adela Mora y Lía Villegas. La información será manejada con la más estricta confidencialidad.

Muchas gracias por su cooperación.

Fecha: _____

A1. ¿Ha tomado usted medicamentos en el último mes?

() 1. Sí () 2. No (pase a la pregunta A7)

A2. ¿Cuántos medicamentos tomó?: _____

A3. ¿Se acuerda usted del nombre de algunos de ellos?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

A4. ¿El medicamento(s) que tomó se debe a? (respuesta múltiple)

1. Tiene un problema de salud ocasional ()
2. Es un tratamiento de todos los meses ()

A5. Del (Los) medicamento (s) que tomó lo (s) utilizó:

1. Todo(s) 2. La mitad 3. Un poco 4. Nada

A6. ¿Qué aspecto (s) le motivó a que no utilizara completamente el medicamento? (**respuesta múltiple**)

1. Le dieron más cantidad de lo que necesitó 1. Sí 2. No
 2. Alguna (s) actividad (es) le impiden usar el medicamento 1. Sí 2. No
 3. La hora en que debe tomarlo no se lo permite 1. Sí 2. No
 4. Ha sentido/visto algo diferente en su cuerpo desde que lo utiliza 1. Sí 2. No
 5. Su condición empeora en lugar de mejorar 1. Sí 2. No
 6. Se siente mejor y decide no usarlo más 1. Sí 2. No
 7. Solo lo toma unos días antes de asistir a control 1. Sí 2. No
 8. Prefiere cambiar a otro tratamiento, 1. Sí 2. No

Indicar cuál: _____

A7. Considera usted que si toma el (los) medicamentos, según indicación médica la posibilidad de mejorar es:

1. Alta mejoría 2. Mediana mejoría 3. Regular mejoría 4. Poca o Ninguna mejoría

A8. ¿Considera que su salud mejora, si cambia el tratamiento indicado por el médico por?:

4. Otro medicamento:

1. Muy probable 2. Probable 3. Poco probable 4. Nada probable

5. Remedios caseros:

1. Muy probable 2. Probable 3. Poco probable 4. Nada probable

6. Otras alternativas: Homeopatía, acupuntura, quiropráctico, remedios complementarios y otros

1. Muy probable 2. Probable 3. Poco probable 4. Nada probable

A9. ¿Considera que su salud mejora, si combina el tratamiento indicado por el médico?:

4. Con otro medicamento:

() 1. Muy probable () 2. Probable () 3. Poco probable () 4. Nada probable

5. Con remedios caseros:

() 1. Muy probable () 2. Probable () 3. Poco probable () 4. Nada probable

6. Con otras alternativas: Homeopatía, acupuntura, quiropráctico, remedios complementarios y otros

() 1. Muy probable () 2. Probable () 3. Poco probable () 4. Nada probable

A10. ¿Cómo considera usted que pueden ser las consecuencias en su salud en los siguientes casos?

1. Cuando no se toma el medicamento según indicación médica:

() 1. Muy Grave () 2. Grave () 3. Moderada () 4. Leve o no afecta

2. Si cambia el medicamento indicado por el médico:

() 1. Muy Grave () 2. Grave () 3. Moderada () 4. Leve o no afecta

3. Cuando combina el medicamento con otras alternativas:

() 1. Muy Grave () 2. Grave () 3. Moderada () 4. Leve o no afecta

A11. ¿Considera usted que si se toma los medicamentos indicados por el médico se beneficia su salud?

() 1. Siempre () 2. Casi siempre () 3. A veces () 4. Nunca

A12. ¿Considera usted que la calidad de los medicamentos entregados en las farmacias de la CCSS es?

() 1. Excelente () 2. Muy buena () 3. Regular () 4. Mala

A13. ¿Confía que los medicamentos recetados por el médico, son los que realmente necesita?

() 1. Siempre () 2. Casi siempre () 3. A veces () 4. Nunca

A14. ¿Confía en los medicamentos entregados por la farmacia?

() 1. Siempre () 2. Casi siempre () 3. A veces () 4. Nunca

A15. ¿Ha recibido información del personal de salud sobre?: (respuesta múltiple)

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1. La enfermedad que padece | () 1. Sí | () 2. No |
| 2. El nombre del medicamento | () 1. Sí | () 2. No |
| 3. Para qué sirve | () 1. Sí | () 2. No |
| 4. Dosis del medicamento | () 1. Sí | () 2. No |
| 5. A qué hora debe tomarlo, aplicarlo o usarlo | () 1. Sí | () 2. No |
| 6. Cómo usarlo (ejemplo: tomar con comida, sin comida, con agua, etc.) | () 1. Sí | () 2. No |
| 7. Cómo se debe almacenar en el hogar | () 1. Sí | () 2. No |
| 8. Cómo desechar el sobrante o residuo, etc. (si fuera del caso) | () 1. Sí | () 2. No |
| 9. Precauciones o advertencias por utilizarlo | () 1. Sí | () 2. No |
| 10. Posibles efectos secundarios (ejemplo: dolor de cabeza, sueño, etc.) | () 1. Sí | () 2. No |
| 11. otros: Cuál: _____ | | |

A16. ¿Usted tiene dificultad para?: (respuesta múltiple)

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. Leer las instrucciones en la etiqueta del medicamento que suministra la farmacia | () 1. Sí | () 2. No |
| 2. Entender las indicaciones de la etiqueta | () 1. Sí | () 2. No |
| 3. Manipular los medicamentos (ej: sacarlas del blister, partir la tableta, etc.) | () 1. Sí | () 2. No |
| 4. Recordar datos (a qué hora tomarlo, lo que debe o no hacer) | () 1. Sí | () 2. No |
| 5. Tragar medicamentos | () 1. Sí | () 2. No |
| 6. Tolerar los medicamentos | () 1. Sí | () 2. No |

A17. Dispone de algún tipo de ayuda humana para tomarse el medicamento

- () 1. Siempre () 2. Casi siempre () 3. A veces () 4. Nunca

A18. ¿Toma usted otros medicamentos aparte de los recetados por el médico?

- () 1. Sí () 2. No (Pase a la pregunta A21)

A19. ¿Quién se los recomienda o indica?

- () 1. Otro médico () 2. Farmacéutico () 3. Familiar () 4. Amigo
 () 5. Vecino () 6. Medios de comunicación () 7. Otro

A20. ¿Dónde los adquiere esos medicamentos? (respuesta múltiple)

- () 1. Farmacia () 2. Pulpería () 3. Vecino () 4. Casa () 5. Otra fuente

A21. ¿Utiliza usted terapias alternativas? Homeopatía, acupuntura, quiropráctico, remedios complementarios y otros.

- () 1. Sí () 2. No (Pase a la pregunta A23)

A22. Cuáles: _____

A23. ¿Cumple usted siempre con la cita médica? () 1. Sí () 2. No

A24. ¿Qué hace usted si los medicamentos se le terminan antes de tiempo?

- () 1. Acude al médico () 2. Compra en la farmacia () 3. Le pide al vecino () 4. Otra

A25. Cuál: _____

A26. ¿Qué hace con los medicamentos que le sobran?: (respuesta múltiple)

- | | | |
|--------------------------------------|-----------|-----------|
| 1. Los devuelve a la farmacia | () 1. Sí | () 2. No |
| 2. Los regala a otras personas | () 1. Sí | () 2. No |
| 3. Los bota o elimina en algún lugar | () 1. Sí | () 2. No |
| 4. Los vende | () 1. Sí | () 2. No |
| 5. No le sobran | () 1. Sí | () 2. No |

A27. ¿Qué hace usted si detecta un efecto no deseado del o los medicamentos?

- () 1. Acude al médico () 2. Suspende el Tratamiento () 3. Baja la dosis () 4. Otra

A28. Cuál: _____

B. Aspectos sociodemográficas

B1. Edad _____ (años)

B2. Sexo () 1. Femenino

() 2. Masculino

3. Escolaridad _____

B4. EBAIS al que asiste _____

B5. Años de vivir en Liberia _____

B6. Lugar de procedencia _____



MUCHAS GRACIAS

ANEXO N° 6

Resultado de la Prueba Piloto

I. Introducción

El instrumento preliminar fue sometido a prueba con el objetivo de evaluar su confiabilidad inicial. Se analizó si la redacción de cada pregunta era lo suficientemente clara y adecuada; de forma tal que no indujera sesgos en las respuestas de los entrevistados. Además se sometió a evaluación la actitud asumida por el entrevistado durante el tiempo de aplicación de la prueba. Se tomó en cuenta, las diferentes opiniones aportadas por los participantes, las cuales fueron sustrato para obtener el instrumento definitivo.

Este informe iniciará describiendo y justificando el escenario donde se realizó la prueba piloto, luego el análisis de los resultados obtenidos en dicha prueba, culminando con las conclusiones y recomendaciones para las siguientes etapas de la investigación.

II. Descripción y justificación del escenario seleccionado

El escenario elegido para la aplicación del instrumento preliminar, fue el mismo que se estableció para la investigación. Por lo tanto, la prueba piloto se administró en las salas de espera de los EBAIS del Área de Salud de Liberia. Se aplicó en este contexto para garantizar contar con las condiciones más similares a las establecidas para la recolección de datos. Es importante aclarar que los pacientes participantes en la prueba piloto, no participaron en la administración del instrumento definitivo para evitar errores de sesgo.

III. Análisis de la encuesta piloto

Descripción de los sujetos entrevistados.

- Las edades de los sujetos oscilaron entre los 22 y 59 años.
- La gran mayoría eran de nacionalidad costarricense a excepción de tres pacientes de nacionalidad nicaragüense.
- De los participantes de nacionalidad costarricense la mayoría eran originarios de Liberia a excepción de uno procedente de San José.
- Todos los participantes, en el momento de aplicar la prueba piloto se encontraban en las salas de espera de los EBASIS, antes de ser atendidos por el médico.
- El nivel de escolaridad resultó variado, pues incluyó pacientes con primaria incompleta hasta con estudios superiores y técnicos completos.

Análisis de los cuestionarios y procesos de entrevista.

Procedimiento

- Las entrevistas se realizaron los días jueves 19 y viernes 20 del mes de julio del año 2007.
- El horario de aplicación fue de 8 a.m. a 11:30 a.m.
- El lugar de aplicación fue en las salas de espera de los EBASIS del Área de Salud de Liberia.
- La aplicación de la entrevista estuvo a cargo por las mismas investigadoras, ambas farmacéuticas.
- Solamente participaron en la prueba piloto aquellos pacientes que estuvieron de acuerdo en colaborar con la investigación.
- Antes de la aplicación de cada prueba se le explicaba al participante que esta era una prueba piloto, y en que consistía.

- También se le explicaba a cada participante los objetivos de la investigación, la Institución a la que pertenecían las responsables de su aplicación, la confidencialidad de la información suministrada, así como el agradecimiento por su colaboración.

El cuestionario

- El cuestionario piloto se aplicó a una muestra de 30 pacientes.
- En términos generales las preguntas del cuestionario resultaron comprensibles, las respuestas correspondían a lo que se estaba preguntando. En los casos en se presentó alguna confusión se aclaró mediante una breve explicación.
- El proceso de aplicación del cuestionario fue simple marcando con una X en el espacio asignado, la información fue proporcionada sin dificultad.
- No hubo problema con respecto a la validez de las preguntas.
- Las respuestas fueron precisas.
- El tiempo promedio de aplicación del cuestionario fue de diez minutos.

Conclusiones

- No se presentó dificultad con la redacción de las preguntas, lo que permitió obtener respuestas precisas.
- La redacción de las preguntas, permitió que fueran comprendidas sin dificultad.
- Es importante antes de iniciar la entrevista aclarar al participante que la información que suministre es confidencial, que no se le pedirá su nombre ni número de cédula, pues algunos están anuentes a participar en la prueba siempre y cuando no se le pida estos datos.

Recomendaciones

- Aclarar siempre antes de iniciar la entrevista, que los datos proporcionados serán manejados con confidencialidad, que no se pedirá ningún tipo de identificación.
- La pregunta A3 debe desglosarse en dos, pues el paciente no tiene opción de contestar si se acuerda o no del nombre de los medicamentos que toma.
- La pregunta A5 se debe desglosar en preguntas, de tal forma que permita conocer si el paciente se tomó de todos los medicamentos todo, de algunos una parte.
- La pregunta A6 se puede formular en un cuadro para facilitar el llenado. Cambiar la redacción al punto número 2, y agregar un punto de olvido de toma del medicamento.
- La pregunta A7 se le puede quitar la palabra mejoría, pues sobra.
- A las preguntas de percepción es recomendable ajustar el número de categorías a cinco de acuerdo a la escala Likert.
- Las preguntas A8, A9, A10, A15, A16 y A26, para facilitar su llenado se pueden presentar en cuadros.
- El punto 11 de la pregunta A15 se puede eliminar.
- A la pregunta A21 preguntar ¿Cuáles?
- A la pregunta A26 agregar si los guarda.
- A la pregunta B3 agregar categorías de escolaridad.
- En aspectos sociodemográficos agregar nacionalidad.

ANEXO N° 7

Manual del encuestador

Presentación

Para obtener resultados confiables , el encuestador debe conocer y dominar los procedimientos específicos sobre la técnica de la entrevista y el manejo de cuestionarios , así como comprender y aplicar correctamente las definiciones para la recolección de datos de buena calidad.

Introducción

El manual contiene instrucciones y definiciones de conceptos para la aplicación del cuestionario elaborado para esta investigación. Contiene las instrucciones necesarias para familiarizar al encuestador con su primera entrevista, facilitando así su labor.

Aspectos Generales

Aspectos necesarios a la hora de realizar las entrevistas:

Usar ropa adecuada, (no pantalones cortos, pantalonetas, camisas sin mangas, minifaldas).

Ser amable y cortés en todo momento con los entrevistados, aun cuando la persona no acepte contestar el cuestionario.

Presentarse, antes de iniciar la entrevista y explicar brevemente el propósito de la investigación. Explicar que es un trabajo para una tesis de maestría en Salud Pública en la Universidad de Costa Rica.

Realizar las preguntas en el orden establecido.

Si alguien no entiende volver a leer la pregunta, no explicarla porque puede alterar la información.

No comentar con el entrevistado las respuestas, no contradecirlo ni mostrar estar de acuerdo.

No hacer conversación innecesaria con el entrevistado.

Escribir la respuesta que da el entrevistado, tal y como él lo dice. Puede escribir en cualquier lugar del cuestionario una nota que considere importante.

Agradecer al entrevistado por su colaboración.

Cuestionario para pacientes que asisten a consulta en los EB AIS pertenecientes al hospital de Liberia

El cuestionario posee dos apartados, las preguntas son de tres tipos:

1. **Preguntas cerradas:** el entrevistado elige la respuesta entre las posibilidades que se le brindan, hay opciones de respuesta única y de respuesta múltiple.
2. **Preguntas semi abiertas:** el entrevistado puede escoger entre las posibilidades que se brinda y además puede indicar otra opción que no esté en lista.
3. **Preguntas abiertas:** la persona contesta y el entrevistador escribe.

Instrucciones para el llenado del cuestionario

A1. ¿Ha tomado usted medicamentos en el último mes?

Si contesta que no, debe pasar a la pregunta A9)

A2. ¿Cuántos medicamentos diferentes tomó?: _____
Anota el número de medicamentos

A3. ¿Se acuerda usted del nombre de algunos de ellos?

Si recuerda anota el nombre de los medicamentos, de lo contrario pasa a la pregunta A5)

A5. ¿El medicamento(s) que tomó se debe a? (Respuesta múltiple)

El entrevistado puede optar por una o por ambas respuestas.

A6. De todos los medicamentos, usted se tomó:

Si contesta todo, pasa a la pregunta A9

A7. De algunos medicamentos, usted se tomó:

Marcar la opción dada por el entrevistado

A8. ¿Por qué no utilizó todo el medicamento? (respuesta múltiple) :

Puede contestar afirmativamente o negativamente a cada una de las opciones

A9. Considera usted que si toma el (los) medicamentos, según indicación médica la posibilidad de mejorar es:

Es pregunta de percepción se debe marcar lo que diga claramente el entrevistado, no significa que lo haga o no.

A10. ¿Considera que su salud mejora, si cambia el tratamiento indicado por el médico por?:

A11. ¿Considera que su salud mejora, si combina el tratamiento indicado por el médico?:

A12. ¿Cómo considera usted que pueden ser las consecuencias en su salud en los siguientes casos?

En estas tres preguntas se debe tener en cuenta las siguientes definiciones.

Homeopatía: es el método de tratamiento basado en la teoría de que lo que ha causado la enfermedad es capaz de proporcionar la cura, con cantidades muy pequeñas de medicamentos se logra calmar los síntomas o manifestaciones de una enfermedad.

Acupuntura: es el método de producir alivio o alterar la función de un sistema corporal mediante la inserción de finas agujas en puntos específicos de la superficie de la piel.

Quiropráctica: es el sistema terapéutico basado en la teoría de que la salud está determinada en general por el estado del sistema nervioso. En la mayoría de los casos los tratamientos consisten en manipulaciones mecánicas de la columna vertebral. No se administran fármacos.

A13. ¿Considera usted que si se toma los medicamentos indicados por el médico se beneficia su salud?

A14. ¿Considera usted que la calidad de los medicamentos entregados en las farmacias de la CCSS es?

A15. ¿Confía que los medicamentos recetados por el médico, son los que realmente necesita?

A16. ¿Confía en los medicamentos entregados por la farmacia?

A17. ¿Ha recibido información del personal de salud sobre?:

A18. ¿Usted tiene dificultad para?:

A19. Dispone de algún tipo de ayuda humana para tomarse el medicamento

De la A13 a la A 19 se limita anotar lo que conteste el entrevistado.

A20. ¿Toma usted otros medicamentos aparte de los recetados por el médico?

Tener presente que si la respuesta es negativa pasa a la pregunta A23.

A21. ¿Quién se los recomienda o indica? El entrevistado puede contestar más de una opción es de Respuesta múltiple.

A22. ¿Dónde adquiere esos medicamentos? También es de respuesta múltiple.

A23. ¿Utiliza usted terapias alternativas? Homeopatía, acupuntura, quiropráctico, remedios macrobióticos y otros

Si la respuesta es afirmativa pasar a la pregunta A 25.

A24. Cuáles: _____ anotar todo lo que diga el entrevistado. _____

A25. ¿Conoce usted otro tipo de tratamientos para tratar su enfermedad tales como?

Marcar las opciones según respuesta. Se sugiere que se haga una breve introducción a esta pregunta, contando que es muy común escuchar de estas opciones por parte de nuestros familiares y amigos y aclarando que la pregunta se refiere a si conoce y no si lo practica, se trata de dar un ambiente de confianza para que el entrevistado conteste con espontaneidad.

A26. ¿Utiliza usted alguna de esas alternativas parao de tratamiento para curar su enfermedad, que no es el adquirido en el hospital y/o farmacia?

Si la respuesta es negativa pasar a la pregunta A28

A27. ¿Cree usted qué estor tratamientos son más efectivos que los medicamentos que recetan el médico y/o farmacéutico?

A28. ¿Cumple usted siempre con la cita médica?

A29. ¿Qué hace usted si los medicamentos se le terminan antes de tiempo?
(Respuesta múltiple)

A30. Cuál:

A31. ¿Qué hace con los medicamentos que le sobran?:

A32. ¿Qué hace usted si detecta un efecto no deseado del o los medicamentos? (Respuesta múltiple)

A33. Cuál:

De la A27 a la A32 marcar la opción correspondiente

B. Aspectos sociodemográficos

B1. Edad: _____ (años cumplidos)

B2. Sexo () 1. Femenino () 2. Masculino

Marcar la opción correspondiente al sexo del informante.

B3. Escolaridad:

Preguntar al informante hasta que grado académico llegó, ejemplo si contesta que llegó a cuarto del colegio, se marca la opción de secundaria incompleta o completa.

B4. EBAIS al que asiste: _____

Anotar el nombre del EBAIS en el que consultan.

B5. Años de vivir en Liberia: _____

Anotar los años que tiene de vivir en Liberia.

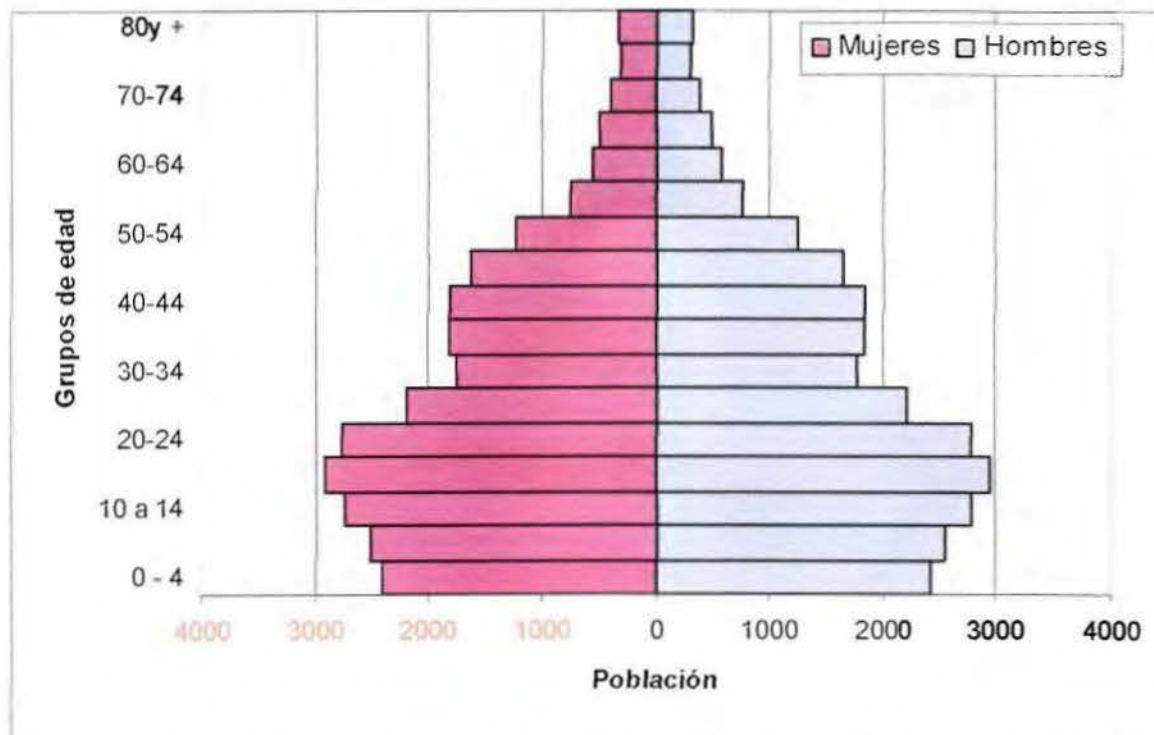
B6. Nacionalidad

B7. Lugar de procedencia: Provincia: _____ Cantón: _____

MUCHAS GRACIAS

ANEXO N° 8

Pirámide poblacional del cantón de Liberia año 2007



Fuente: Área de Salud HEBB.

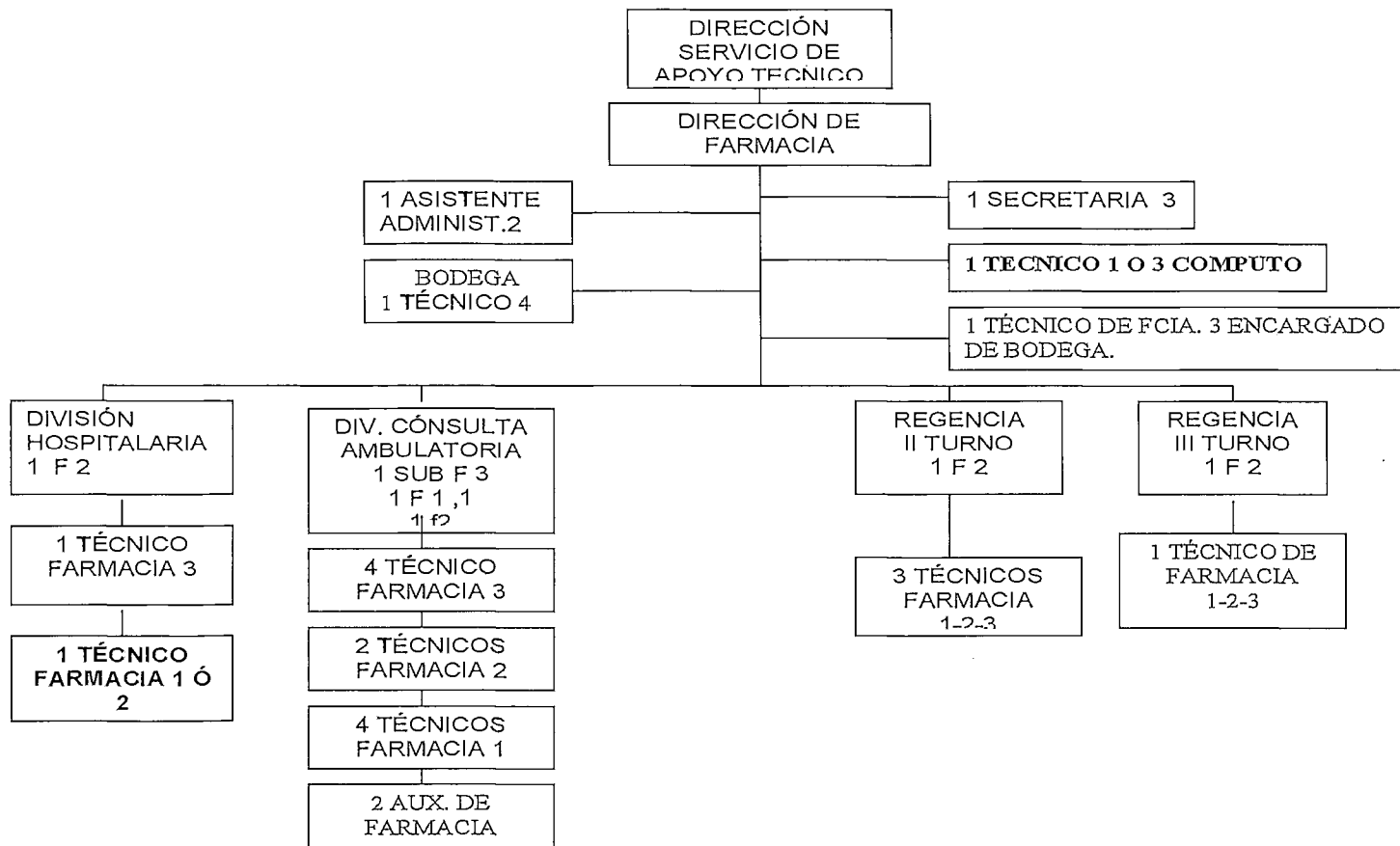
ANEXO N° 9 SECTORIZACIÓN DEL ÁREA DE SALUD. LIBERIA. JUNIO 2007

Corazón de Jesús	Nazareth	San Roque	Moracia	Condega	La victoria	Guadalupe	Guardia	Los Ángeles	Pueblo Nuevo
Ebais 1	Ebais 2	Ebais 3	Ebais 4	Ebais 5	Ebais 6	Ebais7	Ebais 8	Ebais 9	Ebais 10
Corazón de Jesús	Nazareth	San Roque	Moracia	Condega	Alaska	Guadalupe	Guardia	Invu 1 y 2	Pueblo Nuevo
Rodeito	Martina Bustos	La guaria 1	La Chorotega	El Capulín	Las Brisas	El Gallo	La Zanjita	Imas	San Rafael
San Antonio	La Gallera		Los Cerros	Barrio la Cruz	Los Mangos	Las Delicias	El Triunfo	La Guaria 2	Lotes Walberto
Buenos Aires	25 de Julio # 1 y 2			El Salto	Rosa Milagro	Cambalache	La Culebra	Los Ángeles	Curime
Ciudadela Villa Nueva	Santa Ana			Los Terreros	San Miguel	Colorado	Los Lagos	Las tres Marías	Residencial Felipe Pérez
Canadá- Costa Rica	Rojas Chávez			Santa Ana	La Victoria	El Escobio	Cafias Dulces		La Carreta
	El Jícaro			El Pelón	Daniel Oduber	Agua Fría	El Ensayo		
	Las Brisas			Guanislama	La Arena	Quebrada grande	Buena Vista y Alrededores		
	Los Encinos I y II			Montañita	El Peloncito	Potrерillo	Pital		
				Palenque	Santa Maria	Irigaray	El Cedro		
				Roble		Las Lilas	Curubandé		
				La Caraña		El Consuelo			
				Santa Lucía		Los Ángeles			
						Lourdes			
Total población									
4,498	4,800	6,143	5,867	5,520	5,680	4,447	4,548	6,457	5,431
Total de habitantes: 53.391									

Fuente: Área de Salud de Liberia.

Anexo N° 10: Organigrama de la Farmacia del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño.

FARMACIA
HOSPITAL DR. ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO
LIBERIA, ENERO 2007



ANEXO N° 11

Principales remedios mencionados por los entrevistados

Remedio	Cantidad de usuarios	Indicación
Ajo	2	Adelgazar
Canela	1	digestión
Caña agria	1	Bajar el azúcar
Chan	1	Refrescar el estomago
Cuculmeca	1	Anemia
Culantro coyote	3	Anemia, cólicos
Eucalipto con miel	1	Asma
Frailecillo	1	Cólicos
Guarumo	1	Triglicéridos y colesterol
Hoja sen con miel de abeja	1	Flemas
Infundia (manteca)de gallina	1	Flemas
Jengibre con limón y miel	1	Resfríos
Jengibre con miel de abeja	1	Tos
Juanilama	3	Resfrío y estomago(se hierven las hojas y se toma)
Leche caliente	1	Subir la presión
Leche con marsmelos	1	Flemas
Leche y canela hervida	1	Subir la presión
limón	3	Hongos
Limón con aceite de cocina o salat	1	Bajar
Limonada caliente	1	Fiebre
Linaza	3	Limpiar por dentro
Linaza	1	Bajar la presión
Manzanilla con agua hervida	4	Dolores menstruales
Manzanilla con miel	1	Cólicos
Miel con limón y mantequilla	1	Tos
Miel de abeja con limón	3	Infección de garganta, flemas, gripe y tos
Naranja agria	2	Diarrea, nervios
Naranja agria con café	1	Presión alta
Nonis	1	
Nonis con jugo de naranja	2	Bajar de peso
Orégano con leche	1	Tos
piña	1	Cirrosis
Remolacha con mora y leche	1	Anemia
Sábila	4	Piel, estómago y resfríos
Zacate limón con miel	2	Resfríos

