

Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia



**Evaluación Cualitativa sobre Hábitos de Consumo de  
Medicamentos en Personas que Asisten a los Servicios de Consulta  
Externa del Hospital Roosevelt y su Relación con la Información  
sobre el Uso Racional de Medicamentos**

INFORME DE TESIS

Presentado por

Luisana Maribel García Chávez

Para optar a título de

**Química Farmacéutica**

Guatemala, Marzo de 2011

Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia



Guatemala, Marzo de 2011

## JUNTA DIRECTIVA

Oscar Cóbar Pinto, Ph.D.	Decano
Lic. Pablo Ernesto Oliva Soto, M.A	Secretario
Licda. Lillian Raquel Irving Antillón, M.A.	Vocal I
Licda. Liliana Vides de Urizar	Vocal II
Lic. Luis Antonio Gálvez Sanchinelli	Vocal III
Br. José Roy Morales Coronado	Vocal IV
Br. Cecilia Liska de León	Vocal V

## AGRADECIMIENTOS

- A: Dios y la Virgen María. Les doy infinitas gracias por ser quienes me llevaron de la mano y me dirigieron por el buen camino y permitirme culminar esta etapa en mi vida. Gracias, sin ustedes nada de esto fuera posible.
- A: Universidad de San Carlos de Guatemala. Por ser el centro de enseñanza que inculcó en mi la responsabilidad, el trabajo y la dedicación.
- A: Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Por abrir sus puertas para ser un profesional de éxito destacando en mi el sincero amor hacia la comunidad con ética y responsabilidad que conlleva mi carrera.
- A: Lic. André Choco. Por sus conocimientos, orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigador. Él ha inculcado en mí un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podría tener una formación completa como investigador.
- A: Licda. Lorena Cerna. Por su esfuerzo y dedicación leyendo y corrigiendo la presente tesis, teniéndome paciencia y dándome animo, por haber confiado en mi persona. Toda mi lealtad y admiración, por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado esta Tesis.
- A: Hospital Roosevelt. Por brindarme la oportunidad de llevar a cabo este trabajo de graduación dentro del mismo, al personal por toda la ayuda y colaboración en la realización de este trabajo en especial al Área de Consulta Externa de esta institución por su trato humano. Muy agradecida.

## ACTO QUE DEDICO

- A Dios: Por darme la oportunidad de vivir este momento y regalarme una familia tan maravillosa, por ser mi mejor amigo, escucharme pero sobre todo acompañarme en cada esfuerzo de mi vida. Gracias por tu bondad y misericordia.
- A Virgen María: Por darme cada día sabiduría y por responder Madre mía cuando más te he necesitado en mi vida, porque nunca me abandonas. Mi gratitud por siempre Madre Admirable.
- A mi Esposo: Por tu comprensión y tolerancia por comprender mis ausencias y malos momentos por estar en forma incondicional a mi lado. Porque gracias a tu amor y apoyo he llegado a realizar uno de mis anhelos más grandes de mi vida, fruto de tu inmenso amor y confianza que en mi depositaste y con los cuales he logrado terminar mis estudios profesionales. TE AMO.
- A mi Hija: Luisa Fernanda, sabiendo que jamás existirá una forma de agradecerte mi vida que me acompañaras en mis desvelos, carreras y ausencias que eres mi fuente de alegría, mi angelito que siempre soñé, sólo deseo que entiendas que el logro mío, es el logro tuyo, que mi esfuerzo es inspirado en ti, y que mi único ideal eres tú. Te amo, te adoro eres y serás siempre mi princesita linda Gracias mi vida.
- A mí bebe: Eres una bendición en mi vida gracias por llegar a mi hogar. Te esperamos mi angelito lindo con todo el amor del mundo. Te amo
- A mi Padre: Como una muestra de mi cariño y agradecimiento, por todo el amor y el apoyo brindado y porque hoy veo llegar a su fin una de las metas de mi vida, te agradezco la orientación que siempre me has otorgado. Te quiero.
- A mi madre: Gracias Mamita querida por la oportunidad de existir, por tu sacrificio en algún tiempo incomprendido, por tu ejemplo de superación incasable, por tu comprensión y confianza, por tu amor y amistad incondicional, porque sin tu apoyo no hubiera sido posible la culminación de mi carrera profesional. Mi gratitud por siempre y que Diosito te bendiga no tengo palabras para decirte cuanto TE AMO mamita.

A mis hermanos: Son mi gran bendición sin ustedes no lo hubiera logrado gracias por compartir conmigo los mejores momentos de mi vida, mis preocupaciones y alegrías. Gracias por hacerme tan feliz, los quiero mis hermanos no se como demostrarles mi mas grande admiración por ustedes, gracias por apoyarme y estar siempre a mi lado.

A mis abuelitos: Guillermo y Francisca. A quienes me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo: amor. A quienes sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho. A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo. Papa Yemito yo se papito que desde el cielo estuviste a mi lado, siempre te recuerdo y te llevo en mi corazón. Gracias por ser el mejor papa del mundo. Mama Paquita gracias porque siempre tienes palabras de aliento, sabiduría y de amor hacia a mi. TE AMO.

A mis tíos: Esta es la oportunidad para mostrarles mi gratitud por sus oraciones, por ser personas maravillosas, porque en cada paso que doy ustedes son mis guías pero sobre todo por ser unos padres ejemplares para mi. Que Dios los bendiga y proteja siempre.

A mis primos: Gracias por todos los momentos que compartimos todos y cada uno de ustedes tiene un lugar especial en mi corazón, siempre fueron fuente de mi inspiración, mas que mis primos son mis hermanos. Los quiero mucho.

A mis Sobrinos: Gracias por formar parte de mi vida, son los tesoros más grandes que Dios ha puesto en mi camino, los quiero y que este triunfo sea de ejemplo para su futura formación.

A mis suegros: Mi gratitud y eterno reconocimiento, por el apoyo que siempre me han brindado y con el cual he logrado terminar mi carrera profesional. Con admiración y respeto. Los quiero mucho.

A mis demás familiares y amigos gracias por estar siempre en todos los momentos importantes de mi vida, ustedes son una gran bendición.

## 1. Resumen

Se investigaron los hábitos de consumo de medicamentos en pacientes ambulatorios que asisten a las Consultas Externas I y II del Hospital Roosevelt por medio de una investigación transversal descriptiva exploratoria, utilizando un instrumento mixto que contenía una sección tipo encuesta y otra de tipo entrevista a profundidad. Se buscaba, principalmente, evaluar si los hábitos de consumo de medicamentos que referían los participantes se adherían a la definición de la Organización Mundial de la Salud sobre Uso Racional de Medicamentos. Además se deseaba conocer las actitudes e interpretaciones de los participantes hacia el uso de medicamentos en general; y cuáles eran los factores asociados al uso inadecuado de los mismos.

El muestreo fue por conveniencia, eligiendo 5 individuos por clínica que cumplieran con los criterios de inclusión, completando la muestra hasta el punto de saturación, hasta que no se accedió a nueva información y se contó con datos suficientes para desarrollar una completa y exhaustiva descripción del fenómeno.

La entrevista a profundidad fue diseñada de forma semiestructurada con base a preguntas abiertas que representaban ejemplos prácticos para evaluar el conocimiento de los pacientes sobre el uso racional de medicamentos.

Desde el punto de vista cuantitativo se asociaron las variables demográficas a las puntuaciones obtenidas por los participantes; desde el punto de vista cualitativo, se utilizó el estilo de la Teoría Fundamentada, codificando las respuestas de los participantes en unidades discretas para luego ordenarlos, clasificarlos, contrastarlos, relacionarlos y compararlos hasta establecer conceptos más generales.

La muestra en estudio en su mayoría reside en áreas urbanas (casi tres cuartas partes), tienen una edad entre 26 y 60 años y refirió pertenecer al nivel socioeconómico pobreza (66%). La mayoría de los participantes (40%) refirieron tener un nivel académico que iba de primaria completa a básicos.

Las personas que provenían de áreas rurales, analfabetas, de nivel socioeconómico precario fueron las que refirieron una mayor frecuencia de prácticas de consumo de medicamentos no acordes al uso racional de medicamentos.

Los contextos religiosos son positivos para la salud porque aumentan la promoción de una vida saludable y porque ofrecen acceso comunitario a la salud por medio de campañas, proyectos y charlas en salud.

Los participantes refirieron en su gran mayoría la función curativa y paliativa de los medicamentos en contraste con la preventiva. Desconocen la figura del Químico Farmacéutico como experto en medicamentos.

El nivel de automedicación referido por los pacientes fue del 24% y la buena adherencia del 84%.

Los factores identificados como predisponentes del uso no racional de medicamentos fueron la poca información que reciben los pacientes sobre efectos adversos y conocimiento de la enfermedad; falta de efectividad de los tratamientos; la forma farmacéutica disponible; la falta de conocimientos del paciente sobre aspectos técnicos del medicamento (estabilidad, unidades de medición); las fuentes de consulta sobre medicamentos; la presión que ejerce la promoción de los medicamentos; el acceso multidimensional a los medicamentos y a la atención médica; entre otros.

Finalmente, se propuso promover los programas de uso racional de medicamentos en la comunidad y el ámbito hospitalario con un enfoque multidisciplinario y preventivo, que tomen en cuenta la identidad integral de las personas a las que van encaminadas.

## 2. Introducción

La prescripción médica no es el único determinante de los efectos terapéuticos finales de un medicamento; en muchos casos es el paciente quien decide por sí mismo, y sin consultar con un profesional, qué medicamentos utiliza y de qué forma los utiliza (dosis, forma de administración, duración del tratamiento, etc.). Es bien sabido que el paciente ambulatorio tiende a automedicarse y a incumplir con su tratamiento en mayor escala que en el ámbito hospitalario (1, 2, 3).

El uso racional de los medicamentos exige que los pacientes reciban los medicamentos apropiados para sus necesidades clínicas, a dosis que se ajusten a sus requerimientos individuales, durante un periodo adecuado de tiempo y al costo más bajo posible para ellos y para la comunidad. El uso irracional o no racional es la utilización de medicamentos de un modo no acorde con la definición anterior de uso racional que se puede ejemplificar por acontecimientos como sobredosificación de medicamentos, dosis insuficientes, toma de medicaciones que han sido suspendidas, toma de medicamentos vencidos, falta de comprensión del uso correcto de una unidad de administración, falta de comprensión del uso adecuado o la administración de una forma farmacéutica, entre otros. En particular, la sobredosificación y la omisión de dosis se han documentado como los tipos más frecuentes de uso incorrecto (1, 2).

Estos acontecimientos muestran claramente la necesidad de profesionales experimentados para ayudar a los pacientes a obtener los máximos beneficios de su tratamiento farmacológico. Como expertos en medicación, con frecuencia los encargados del cuidado de la salud más accesibles, son los farmacéuticos, que se encuentran en una situación única y están profesionalmente capacitados para satisfacer la necesidad de los pacientes ambulatorios en relación a los medicamentos. Por lo descrito anteriormente se hace evidente la necesidad de educar y concientizar a los pacientes sobre el uso racional de medicamentos a través de la educación sanitaria (1, 4).

Esta investigación se orienta a evaluar los hábitos de consumo de medicamentos en los pacientes ambulatorios que asisten a los servicios de consulta externa del Hospital Roosevelt a través de una técnica propia de la investigación cualitativa que ahonde sobre aspectos prácticos del uso racional de medicamentos en la comunidad.

### 3. Antecedentes

#### 3.1. Uso Racional de los Medicamentos (URM)

La conferencia de expertos sobre el uso racional de los medicamentos convocada por la Organización mundial de la salud (OMS) en Nairobi en 1985 definió el uso racional como sigue: “el uso racional de los medicamentos exige que los pacientes reciban los medicamentos apropiados para sus necesidades clínicas, a dosis que se ajusten a sus requerimientos individuales, durante un periodo adecuado de tiempo y al costo más accesible”. Sin embargo, según sea el contexto, son muchos los factores que influyen en lo que se considera racional, por ejemplo, para un vendedor de medicamentos, vender antibióticos para obtener los ingresos que precisa para sobrevivir sin que exista una prescripción previa (1, 2).

El concepto de uso racional de medicamentos comprenderá entonces, para su estudio, los siguientes criterios:

- Un medicamento correcto,
- Una indicación apropiada –es decir, el motivo de la prescripción se basa en consideraciones médicas sólidas,
- Un medicamento apropiado desde el punto de vista de la eficacia, la idoneidad para el paciente y el costo,
- Una posología una administración y una duración del tratamiento apropiadas,
- Un paciente apropiado –es decir, para el que no existan contraindicaciones y la probabilidad de reacciones adversas sea mínimo,
- Una dispensación correcta, que incluya la información apropiada para el paciente sobre los medicamentos prescritos,
- Que el paciente cumpla el tratamiento.

Para satisfacer estos criterios los prescriptores deben seguir un proceso normalizado de prescripción que se inicia con un diagnóstico para definir el problema que requiere una intervención. El prescriptor ha de decidir, seguido de establecer el objetivo terapéutico, y basándose en una información actualizada de los medicamentos y la terapéutica, dar la medicación que debe ser necesaria, efectiva y segura (1).

Cuando se prescribe un medicamento, el prescriptor debe proporcionar al paciente una información adecuada sobre el fármaco en cuestión y sobre su enfermedad por último el prescriptor debe decidir la manera de supervisar el tratamiento,

teniendo en cuenta los problemas terapéuticos y adversos de la terapéutica empleada (1).

El cumplimiento del tratamiento es bueno si el paciente (y su grupo comunitario) comprende y acepta el valor de tomar fármacos específicos para indicaciones específicas (1).

El uso irracional se da por:

- **Farmacoterapia innecesaria:** La utilización de medicamentos cuando no se necesitan incluye muchos usos terapéuticos de las especialidades farmacéuticas, por ejemplo en muchos países, la mayoría de niños con infecciones de vías respiratorias altas leves son tratados con antibióticos. Así mismo, en muchos niños con diarreas agudas se prescriben en forma indiscriminada agentes antimicrobianos o productos antidiarréicos innecesarios e ineficaces en lugar de soluciones de rehidratación oral (SRO) (1, 2).
- **Medicamentos incorrectos:** En algunos países, por ejemplo, a muchos niños con una faringitis estreptocócica no se les trata como se debía, es decir, con penicilina de espectro reducido (penicilina, ampicilina, etc). En su lugar se prescribe habitualmente tetraciclina, un medicamento que no se recomienda para la profilaxis de la fiebre reumática consiguiente a una faringitis estreptocócica y que puede producir efectos secundarios graves en los niños (1, 2).
- **Medicamentos ineficaces y medicamentos de eficacia dudosa:** Un ejemplo de una pauta de prescripción viene dado por la utilización excesiva e innecesaria de preparados multivitamínicos o tónicos (1, 2).
- **Medicamentos Peligrosos:** Si se prescriben medicamentos peligrosos la probabilidad de reacciones adversas supera a los posibles efectos terapéuticos. Son ejemplos comunes el empleo de esteroides anabólicos para estimular el crecimiento y apetito en los niños, o su utilización en los atletas. En muchos países se usa indiscriminadamente dipirona (metamizol), un medicamento prohibido en la mayoría de países desarrollados, tanto en los establecimientos de salud como fuera de ellos, para tratar una gran variedad de dolencias leves (1, 2).
- **Utilización insuficiente de medicamentos eficaces disponibles:** En Java Occidental, Indonesia, un estudio puso de manifiesto hace algunos años que las sales de rehidratación oral se administraban únicamente a una pequeña proporción de niños con diarrea aguda. Por desgracia, este uso ineficiente de una terapéutica eficaz de rehabilitación oral para diarrea crónica en los niños sigue produciéndose en muchos países (1, 2).

- **Uso incorrecto de medicamentos:** Las preparaciones inyectables se suelen utilizar excesivamente. Otro uso incorrecto frecuente de medicamentos es la administración de antibióticos a los pacientes durante solo uno o dos días, en lugar de administrar un ciclo terapéutico completo (1, 2).

### 3.1.1. Repercusiones del uso irracional de los medicamentos

El uso incorrecto de los medicamentos repercute sobre los siguientes factores:

- **Prescripción incorrecta:** Una prescripción inapropiada pueden poner en peligro, directa o indirectamente, la calidad de la atención al paciente e influir negativamente sobre los resultados de los tratamientos. Por ejemplo la utilización insuficiente de las sales de rehidratación oral (SRO) en los casos de diarrea crónica puede dificultar la consecución del objetivo perseguido por el tratamiento, que no es si no impedir o tratar una deshidratación, y de esta manera, prevenir que los niños mueran (1).

La probabilidad de reacciones adversas a los medicamentos aumenta si estos se prescriben innecesariamente. La defectuosa utilización de los productos inyectables de Indonesia, por ejemplo, se ha relacionado con una elevada incidencia de choque anafiláctico. El uso de una posología excesiva o insuficiente de productos antibióticos y agentes quimioterapéuticos da lugar por su parte a la rápida aparición de cepas resistentes de bacterias o del parásito responsable del paludismo (1).

- **Costo de los medicamentos:** El empleo excesivo de medicamentos, incluso si se trata de medicamentos esenciales, da lugar a un gasto excesivos en especialidades farmacéuticas y al desperdicio de recursos financieros, tanto por parte de los pacientes como del sistema asistencial. En muchos países los gastos en productos farmacéuticos no esenciales, tales como vitaminas y antitusígenos, consumen recursos financieros limitados que podrían asignarse a productos más esenciales y vitales como, por ejemplo, vacunas o antibióticos. La utilización insuficiente de los medicamentos en las fases iniciales de una enfermedad puede producir también un exceso de costos, ya que aumentan las probabilidades de que la enfermedad se prolongue y de que en el último término sea necesario hospitalizar al paciente (1, 3).
- **Consecuencias psicosociales:** Un exceso de prescripciones es interpretado por los pacientes en el sentido de que cualquier enfermedad, por trivial que sea, requiere medicamentos. El concepto de que hay una píldora para cada enfermedad es pernicioso. Lo único que se consigue es que los pacientes pongan toda su confianza en los medicamentos, y esta dependencia aumenta la demanda de fármacos. Los pacientes pueden solicitar inyecciones innecesarias debido a que durante los años de utilización de los modernos servicios de salud se han acostumbrado a que los médicos les pongan inyecciones (1).

- **Sistema sanitario:** Entre los factores que influyen en el sistema sanitario se cuentan un suministro poco fiable, las faltas de existencias de medicamentos, la expiración de los fármacos y la disponibilidad de medicamentos inapropiados. Estas ineficiencias del sistema dan lugar a que el prescriptor y el paciente pierdan su confianza en él. El paciente exige ser tratado y el prescriptor se siente obligado a proporcionar lo que está disponible, incluso si el medicamento en cuestión no es el adecuado para tratar la enfermedad (1).
- **Prescriptor:** El prescriptor puede verse afectado por factores internos y externos. Su formación puede no ser adecuada, o sus hábitos de prescripción pueden haberse quedado anticuados debido a la falta de una formación continuada. Los médicos líderes que se toman como modelo quizás no prescriben de forma racional. Puede faltar una información proporcionada por los agentes comerciales de las compañías farmacéuticas puede no ser fiable. En lo que se refiere a los factores externos, un número excesivo de pacientes y la presión que se ejerce sobre el médico para que prescriba de acuerdo con lo que hacen sus colegas líderes de opinión, con lo que le piden sus pacientes y con lo que le sugieren los agentes comerciales de las compañías farmacéuticas complican sus decisiones de prescripción. Por último, cuestiones de beneficio personal pueden influir en la elección de un prescriptor si sus ingresos dependen de las ventas de ciertos productos (1).
- **Dispensador:** El dispensador desempeña un papel decisivo en el proceso terapéutico. La calidad de dispensación puede verse influida por la formación y las orientaciones recibidas por el dispensador y por la información que le llega sobre los medicamentos. La falta de productos a dispensar y la escasez del tiempo destinado a la dispensación debido al gran número de pacientes pueden repercutir en forma adversa en el proceso de dispensación. Por último, si la categoría social de los dispensadores es baja la calidad de la dispensación se reciente (1).
- **Paciente y comunidad:** El cumplimiento de tratamiento por cada enfermo concreto está influido por muchos factores, en los que se incluyen las creencias culturales, las capacidades de comunicación y las actitudes del prescriptor y del dispensador, la limitación de tiempo para realizar consultas, la escasez de información impresa y las creencias de la comunidad sobre la eficacia de ciertos medicamentos o vías de administración. (1).

Está claro que, aunque los conocimientos y la experiencia del prescriptor constituyen aspectos importantes de la interacción entre el prescriptor y el paciente, no son los únicos factores. Como se ha expuesto anteriormente, son muchas las causas del uso irracional de los medicamentos y son numerosos los factores involucrados en el proceso de toma de decisiones. Estos factores varían en cada persona y situación. En consecuencia, las intervenciones específicas para mejorar la prescripción pueden conseguir

resultados en ciertas circunstancias y en otras no. Debido a la complejidad de los factores implicados es improbable que una única intervención tenga éxito en todas las situaciones (1, 4).

### **3.2. Estrategias para mejorar el uso de los medicamentos**

Antes de intentar cambiar el uso de los medicamentos hay que valorar y cuantificar la magnitud de las deficiencias. Además las razones relacionadas a este problema de comportamiento deben investigarse. Es un error intervenir antes de comprender las razones de un comportamiento cuestionable (1, 2).

Cualquiera que sea la dificultad abordada, es necesario reunir información imparcial sobre los medicamentos y las prácticas terapéuticas seguidas. Esta información puede servir de base para establecer pautas de tratamiento o protocolos terapéuticos normalizados. La información se puede difundir mediante boletines de medicamentos o a través de centros de información (1, 2).

Una vez encarado el problema de la prescripción, la etapa siguiente del uso de los medicamentos es la dispensación. Este aspecto fundamental se descuida con frecuencia o se delega a una persona que carece de la formación necesaria (1, 2).

La etapa final es la información sobre el uso de los medicamentos. La elaboración de materiales de información para los pacientes y la planificación de campañas de educación pública exigen una comprensión de las normas, los valores y las prácticas culturales (1, 2).

Sea cual sea la fase del proceso de uso de los medicamentos sobre la que se centra una estrategia de intervención, hay una serie de características comunes a todas las intervenciones eficaces:

#### **3.2.1. Identificar los factores básicos capaces de influir en el comportamiento**

El porqué de un determinado comportamiento de una persona puede comprenderse con la ayuda de métodos cualitativos. Además, se pueden identificar también las influencias que favorecen el cambio o se oponen a él (1, 2).

#### **3.2.2. Utilizar fuentes de información confiables**

Conseguir que participen autoridades influyentes y respetadas y garantizar que los materiales están bien referenciados y son serios (1, 2).

#### **3.2.3. Utilizar canales de comunicación fiables**

La comunicación por medio de canales de comunicación fiables refuerza el mensaje y la aceptabilidad de su mensaje (1, 2).

### **3.2.4. Utilizar contactos personales siempre que sea posible**

Las reuniones cara a cara con personas individuales o pequeños grupos pueden servir para comunicar de la manera más eficaz los mensajes básicos (1, 2).

### **3.2.5. Limitar el número de mensajes**

Si la intervención reduce el número de mensajes a un mínimo de mensajes básicos la comprensión mejora (1, 2).

### **3.2.6. Repetir los mensajes básicos utilizando diferentes medios de comunicación**

Las personas aprenden de maneras diferentes-algunas visualmente, mediante textos o gráficos, otra a través de los mensajes hablados y otra como resultado de una combinación de medios. La repetición de los mensajes básicos utilizando métodos diversos contribuye a reforzar los mensajes (1, 2).

### **3.2.7. Proporcionar mejores alternativas:**

Siempre que sea posible debe transmitirse un mensaje positivo que anime a las personas a hacer algo. Los mensajes negativos tienden a distanciar a las personas. Si se enfatiza lo positivo puede descartarse el tener que referirse al comportamiento negativo. Por ejemplo, para limitar el uso irracional de antibióticos o antidiarreicos una campaña promocional podría utilizar el siguiente mensaje: "TRATE las diarreas con sales de rehidratación oral, los antidiarreicos no son necesarios" (1, 2).

### **3.2.8. Elaboración de una estrategia**

A continuación se describen 6 pasos que deben seguirse en la elaboración de una estrategia para promover el uso racional de los medicamentos (1, 2).

### **3.2.9. Identificar el problema y reconocer la necesidad de actuar**

Conseguir el establecimiento de salud, el distrito o el país, un consenso sobre cuáles son los problemas más importantes del uso de sus medicamentos (1, 2).

### **3.2.10. Identificar las causas subyacentes y los factores motivacionales**

Son muchos los factores que contribuyen al uso irracional de los medicamentos. Antes de poner en marcha una investigación, estos factores deben investigarse y comprenderse (1, 2).

### **3.2.11. Elegir el tipo de intervención**

Para abordar la dificultad se pueden utilizar intervenciones educativas, gerenciales y regulatorias (1, 2).

### **3.2.12. Valorar los recursos disponibles para realizar la intervención**

En el momento de decidir las medidas que se van a tomar, es importante hacer un inventario de los recursos disponibles. El recurso que habitualmente impone más limitaciones es el ser humano. Es importante establecer quién llevará a cabo la intervención y si esa persona dispondrá del tiempo suficiente para trabajar en la intervención (1, 2).

### **3.3. Rol del Farmacéutico en la atención al paciente ambulatorio**

Los pacientes ambulatorios pueden ser individuos internados en una institución como un hospital o un establecimiento de ciudadanos extendidos, siempre que no estén confinados a una cama. Sin embargo, el término paciente ambulatorio en su significado moderno más restringido designa simplemente a un paciente no institucionalizado (5).

Los pacientes ambulatorios, son pacientes no institucionalizados que tienen la responsabilidad de obtener su medicación, almacenarla y tomarla. Pueden ser pacientes externos o no, según el lugar donde reciban su tratamiento; puede incluso estar en una silla de ruedas y, en sentido estricto, no ser ambulatorios, pero si no están institucionalizados tendrán la misma responsabilidad básica en cuanto a su medicación que los pacientes que caminan. (5)

Sea que los pacientes consulten a un médico que puede prescribirles una medicación o decidan tratarse solos, es más probable que el farmacéutico de la comunidad entre en contacto con ellos. Es importante, por lo tanto, que el farmacéutico tenga conocimiento de estos pacientes de modo que como farmacéutico y miembro del equipo de salud pueda proporcionarles la mejor atención de salud a los pacientes ambulatorios mediante el uso adecuado de sus conocimientos y juicio (5).

#### **3.3.1. Necesidades relacionadas con la medicación de los pacientes ambulatorios**

Es sabido que el paciente ambulatorio no siempre cumple las indicaciones de tomar una medicación. En la década de 1,970 varios estudios mostraron que los pacientes a menudo emplean la medicación en forma incorrecta, con frecuencias que varían entre 20 y 82%. Esta amplia variación refleja diferencias entre los estudios, diferencias entre los tipos de medicación y en la interpretación del investigador respecto al uso incorrecto de la medicación por parte del paciente (5).

En uno de los primeros estudios Latiolais y Berry recopilaron varias formas en las que los pacientes pueden usar las medicaciones en forma incorrecta. En la actualidad persisten muchos de estos mismos problemas y estos son:

- Sobredosis
  - Tomar más cantidad que la dosis indicada en cualquiera de las administraciones.
  - Tomar una dosis, indicada según cada necesidad, en un momento distinto del necesario.
  - Tomar la misma medicación de dos o más envases simultáneamente.
- Dosis insuficiente
  - Tomar menos que la dosis indicada en cualquiera de las administraciones.
  - Omitir una o más dosis.
  - Suspender la droga antes del tiempo indicado.
  - Omitir la dosis de un medicamento indicado según necesidad, cuando es necesario.
- Tomar una dosis en una forma distinta de la especificada en las indicaciones.
- Emplear una vía de administración equivocada.
- Tomar una medicación que había sido suspendida.
- Tomar medicamentos vencidos.
- Tomar las medicaciones de otra persona.
- Tomar dos o más medicamentos contraindicados desde el punto de vista terapéutico.
- Falta de obtención de la prescripción.
- Falta de comprensión del uso correcto de una unidad de administración (p. ej., inhaladores).
- Falta de comprensión del uso adecuado de administración de una forma farmacéutica.

Mediante el empleo de los criterios enumerados antes los autores encontraron que 42,8% de los pacientes estudiados estaban usando en forma incorrecta sus medicamentos y que 4,4% usaban su medicamento de tal manera que planteaba una amenaza grave para la salud. Los tipos de uso incorrecto más frecuentes fueron la sobredosificación y la omisión de dosis. La sobredosificación representaba 41,3% del total de prescripciones usadas en forma incorrecta. En

23,3% de las prescripciones mal usadas ocurrió omisión de una o más dosis. Otro resultado de este estudio demostró que, en las prescripciones usadas en forma incorrecta usadas alrededor de la mitad de los pacientes eran conscientes de ello (5).

Este uso incorrecto aparentemente deliberado quizá sea más comprensible cuando se analiza en forma en relación con la razón individual mencionada con mayor frecuencia por los pacientes, en un tercio de las situaciones: el paciente no entendió las indicaciones. La segunda razón más frecuente dada por los pacientes que no siguieron las indicaciones fue que consideraban que necesitaban otra dosis. Otra razón frecuente fue que el paciente pensó que estaba curado y suspendió la droga antes del tiempo indicado (5).

En 1,992, en un estudio realizado por Clepper, en Estados Unidos, se estimó que la mitad de 1.800 millones de prescripciones suministradas por años se toman en forma incorrecta. En el estudio también se estimó que el 90% de todos los pacientes ambulatorios cometen errores al tomar sus medicaciones. El hallazgo más alarmante de este estudio fue que la falta de cumplimiento de pacientes puede relacionarse con más de 125.000 muertes al año en el país de estudio(5).

Dos de los estudios más recientes han suministrado estimaciones del costo real de los errores en la medicación en los estados unidos. En un estudio se estimó que estos costos son aproximadamente 100.000 millones de dólares, más de la mitad de los cuales se debe a pérdida de productividad y casi un tercio en internaciones en el hospital y en instituciones para enfermos crónicos. El otro estudio estimó que la morbilidad y la mortalidad asociadas con la medicación le cuestan a la economía de los estados unidos unos 76.600 millones de dólares al año. Este dato no incluye los costos asociados con pérdidas de productividad (5).

Es inconcebible que los pacientes, aún sabiéndolo, usen la medicación en forma incorrecta en una forma que puede resultar perjudicial para su salud. En forma similar, con los altos costos del ciudadano de la salud es sorprendente que los pacientes no aprovechen al máximo la atención sanitaria que reciben para obtener el máximo beneficio de sus erogaciones (5).

Como fue mencionado antes, un motivo frecuente del uso incorrecto de la medicación puede ser la falta de conocimiento y comprensión de la medicación por parte del paciente y de cómo se integra en el tratamiento de una enfermedad determinada. Por ejemplo, la literatura científica señala que los pacientes con diabetes mellitus administran su insulina de un modo inaceptable, no siguen sus dietas, muestran un cuidado deficiente de sus pies y no realizan cobitos incorrectos o la falta de responsabilidad de parte de los pacientes pueden explicar algunas de esta conductas, en muchos este es un factor la falta del conocimiento del paciente sobre la importancia de cada componente del tratamiento para la prevención de las complicaciones de la enfermedad (5).

Otra creencia equivocada de los pacientes también contribuye al uso incorrecto de la medicación. Por ejemplo, “si un comprimido es bueno, dos serán aun mejor” es una creencia frecuente de los pacientes que involucra riesgos graves (5).

### **3.3.2. Educación sanitaria**

La Organización Mundial de la Salud ha definido el término Educación para la Salud (Health Education) como: “las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad” (7).

### **3.4. Investigación cualitativa en salud**

La mejor manera de comprobar cómo influyen en el uso de los medicamentos factores como el conocimiento, los incentivos económicos o las actitudes y creencia y de identificar las restricciones más importantes que se oponen al cambio de conocimientos específicos es el empleo de métodos cualitativos. Estos métodos los elaboraron profesionales de ciencias sociales para investigar las causas del comportamiento (1, 4, 6).

Los métodos cuantitativos se utilizan para describir las pautas de uso de los medicamentos o para localizar problemas específicos que requieren atención pero, por lo general, no resultan satisfactorios para entender el por qué de su existencia. Las técnicas cuantitativas son particularmente útiles para examinar los sentimientos, creencias, actitudes o las motivaciones que constituyen la base de un problema. Son adecuadas para explorar las causas de conflicto, las fuerzas que se oponen a los cambios de comportamiento y las oportunidades de corregirlo (1, 4).

Los métodos cualitativos recurren a la conversación con las personas sin límites de tiempo y en profundidad o a la observación del comportamiento. Utilizando de forma normalizada, estos métodos requieren con frecuencia entrevistadores con una excelente formación y bien observadores dirigidos por un investigador en ciencias sociales experimentado. Sin embargo, de forma creciente, los directores y las autoridades recurren a los métodos cualitativos para valorar rápidamente las causas de un problema. Los directores no necesitan saber cómo se llevan a cabo las investigaciones cualitativas, sino únicamente, cuales son estos métodos y cuanto pueden ser útiles (1, 4).

#### **3.4.1. Técnicas de investigación cualitativa aplicadas a la investigación en salud**

Hay cinco técnicas útiles para reunir datos cualitativos sobre el uso de los medicamentos: las discusiones de grupos focales, las entrevistas en profundidad, la observación estructurada, los cuestionarios y las encuestas con pacientes simulados (1, 4).

#### **3.4.1.1. Discusión de grupo focal**

Consiste en un intercambio de opiniones que se verifica en un tiempo de 1.5 a 2 horas, dirigido por un moderador entrenado. Está enfocada a una lista definida de temas y se desarrolla en un contexto informal con un grupo de 6 a 10 encuestados de tipo similar (edad, sexo, posición social). Revela creencias, opiniones y motivos (1, 4).

#### **3.4.1.2. Entrevista a profundidad**

Es una entrevista prolongada semiestructurada con el encuestado. El entrevistador plantea preguntas abiertas predefinidas, abarcando de 10 a 30 temas. Revela actitudes, creencias y conocimiento (1, 4).

#### **3.4.1.3. Observación estructurada**

Es una observación sistemática del comportamiento verbal y no verbal, que se basa habitualmente en la evaluación de interacciones paciente-prestador de servicios, por parte de una tercera persona que es el investigador (observador). Los observadores con una buena información utilizan formularios estructurados de recogida de datos. Valora el comportamiento real (1, 4).

#### **3.4.1.4. Cuestionario**

Es un conjunto fijo de preguntas normalizadas que se realiza con una amplia muestra de encuestados. Los encuestados se seleccionan sistemáticamente para representar una población muy numerosa. Cuantifica la frecuencia de actitudes, creencias, conocimiento (1, 4).

#### **3.4.1.5. Encuesta con pacientes simulados**

Una persona (el paciente simulado) asume el papel de paciente o de pariente de un paciente, luego busca ayuda para un problema de salud específico; las preguntas, el consejo y las acciones del prestador de asistencia sanitaria se registran después del encuentro. Valora el comportamiento real de forma normalizada (1, 4).

#### **3.4.2. Muestreo en investigación cualitativa**

Hay distintas estrategias para el muestreo direccionado de casos ricos en información. Una de las estrategias más utilizadas es el muestreo por conveniencia, que consiste en la selección por conveniencia de unidades de estudio accesibles en el momento del acopio de datos. Es más conveniente que tomar una muestra aleatoria del grupo de interés, y es útil para obtener una primera impresión (1, 4, 6).

### **3.4.2.1. Muestreo para entrevistas semiestructuradas**

En primer lugar, es necesario definir a quién se quiere entrevistar. Si el objetivo es obtener un panorama general sobre los problemas relacionados con el uso de medicamentos, conviene seleccionar personas de todo tipo. Si se está analizando un problema determinado, conviene concentrarse en las personas con experiencia directa en el uso inadecuado y personas que conocen el tema. También es útil comparar grupos que usan correctamente los medicamentos con grupos que no lo hacen. La información sobre si los medicamentos se usan correctamente o incorrectamente se puede obtener de las encuestas sobre el estado de salud particularizadas. Mediante las entrevistas semiestructuradas con ambos grupos y la comparación de los resultados se puede obtener un panorama general de las razones que llevan al uso correcto o inapropiado de los medicamentos (1, 4, 7).

### **3.4.2.2. Tamaño de muestra para entrevistas a profundidad**

Cuando se realizan preguntas abiertas y en profundidad, 5-10 personas bastan para explorar temas importantes; si el público objetivo es diverso, 5-10 entrevistas bastan en cada subgrupo (1).

### **3.4.2.3. Flexibilidad y Adecuación en investigación cualitativa**

La flexibilidad se refiere a la posibilidad de modificar lo ya previsto en el diseño inicial, en cuanto al volumen y calidad de la información, así como a las técnicas para obtenerla (6, 8).

La adecuación significa contar con datos suficientes disponibles para desarrollar una completa y exhaustiva descripción del fenómeno, preferiblemente cuando el momento de la saturación se ha alcanzado. La saturación ocurre en el momento que al seguir tomando datos no se accede a nueva información; es decir cuando se cuenta con datos suficientes para desarrollar una completa y exhaustiva descripción del fenómeno (6, 8).

## **3.5. Estudios Realizados**

Durante los años noventa hubo un cambio de paradigmas en cuanto a la profesión del farmacéutico, desde la simple provisión de medicamentos hacia su participación activa y compromiso para la asistencia al paciente en la dispensación y seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico, en cooperación con los demás profesionales de la salud a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente (8, 9).

En 1985 la OMS dio a conocer su definición sobre uso racional de medicamentos e inició campañas de promoción del uso correcto de medicamentos. En 1993, elaboró el Documento Tokio sobre el papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud donde se acepta que el futuro del farmacéutico asistencial es

realizar atención farmacéutica al paciente y a la comunidad en beneficio de la sociedad en general (10).

En los años 2000 se afianzaron y diversificaron las acciones del farmacéutico para satisfacer las cada vez más exigentes necesidades del paciente, en relación a su medicación bajo los contextos de la farmacoepidemiología, la farmacoconomía, seguimiento farmacoterapéutico, la atención integral y la promoción del uso racional de medicamentos (5, 9).

Debido a la necesidad de dar respuesta a nuevas preguntas generadas en la práctica clínica, se ha producido la paulatina introducción de las técnicas cualitativas en el ámbito de las Ciencias de la Salud, precisamente para responder a determinadas cuestiones que las técnicas cuantitativas no responden adecuadamente. La Metodología Cualitativa se refiere a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. En el sector farmacéutico, particularmente, estas investigaciones son escasas, aunque sobresalen experiencias alentadoras e importantes principalmente en el Reino Unido y Estados Unidos, donde se han realizado investigaciones cualitativas en materia de percepción del rol de los profesionales de la salud, evaluación del papel del farmacéutico en atención primaria, necesidades de información en materia de medicamentos, entre otras (11).

En Guatemala se han realizado diversos estudios sobre la prestación de educación sanitaria por parte del farmacéutico, todas ellas desde el punto de vista de la investigación cuantitativa o positivista, como se puede evidenciar en los instrumentos de recolección de datos que han usado.

En 2005, Marroquín realizó en supermercados de la ciudad de Guatemala una encuesta en la comunidad para evaluar el conocimiento de la población sobre medicamentos de venta libre y determinó que el 40% de los encuestados no tenían conocimientos sobre el significado de medicamentos de venta libre, a pesar que el 88% indicó haber consumido al menos algún fármaco de esta categoría (12).

El mismo año, Pérez, en un centro educativo de la ciudad de Guatemala, evaluó los factores relacionados a la no adherencia de tratamientos antibióticos, determinando que la grafía que usan los médicos en sus recetas es un factor de riesgo para la no adherencia, mas no así lo fue el costo del tratamiento (13).

En 2007, García evaluó el conocimiento sobre los anticoagulantes prescritos a pacientes post operados para cirugía de remplazo de válvulas de una entidad semiprivada de la ciudad capital y determinó que los pacientes no tenían los conocimientos necesarios sobre la terapia prescrita. Además indicó que el personal sanitario no educa de manera correcta a los pacientes, obteniéndose un puntaje promedio de 57.4 de cien puntos con base a una encuesta realizada (14).

También se ha evaluado el conocimiento de personal de salud. Destaca un estudio realizado a comadronas de Chimaltenango sobre el nivel de conocimientos sobre el riesgo de uso de medicamentos durante el embarazo, y determinó que el nivel de conocimiento fue en promedio de 6.97% y un intervalo de confianza de 95% de 2.193 a 11.76% con respecto al conocimiento (15).

#### 4. Justificación

La prescripción médica no es el único determinante de la efectividad del medicamento; en muchos casos los fármacos son usados por pacientes ambulatorios que deciden cuándo, cómo y cuánto fármaco tomar, así como los medicamentos que se seleccionan de entre todos los ofrecidos por el médico, otros profesionales sanitarios o incluso por la familia y amigos. Esto supone que el uso de medicamentos en la comunidad no se adhiere al concepto de uso racional de los medicamentos, que exige que los pacientes reciban los medicamentos apropiados para sus necesidades clínicas, a dosis que se ajusten a sus requerimientos individuales, durante un periodo adecuado de tiempo y al costo más bajo posible para ellos y para la comunidad (1, 2, 3).

Los servicios de consulta externa del Hospital Roosevelt carecen de profesionales farmacéuticos a diferencia de los servicios de encamamiento. Esta situación supone la carencia de uno de los ejes fundamentales de la promoción del uso racional de los medicamentos y de la educación sanitaria de los pacientes ambulatorios dentro de un contexto de atención integral multidisciplinaria en materia de salud.

Es necesario evaluar los hábitos de consumo de medicamentos en los pacientes ambulatorios que asisten a los servicios de consulta externa del Hospital Roosevelt a través de una entrevista a profundidad (técnica propia de la investigación cualitativa) que ahonde sobre aspectos prácticos del uso racional de medicamentos en la comunidad. Los resultados podrán aportar conocimientos sobre la planificación de actividades de educación sanitaria, y de la prestación de servicios de atención farmacéutica mediante la gestión de talento humano, en particular Químicos Farmacéuticos.

## **5. Objetivos**

### **5.1. Objetivo General**

Evaluar los hábitos de consumo de medicamentos en los pacientes ambulatorios que asisten a los servicios de consulta externa del Hospital Roosevelt a través de un método de investigación cualitativa

### **5.2. Objetivos Específicos**

**5.2.1.** Identificar las causas más frecuentes de uso no racional de medicamentos por medio de una entrevista que ahonde sobre aspectos prácticos e hipotéticos sobre el uso de medicamentos.

**5.2.2.** Conocer las actitudes que presentan las personas que asisten a las clínicas de consulta externa I y II del Hospital Roosevelt, sobre los medicamentos que les son recetados.

**5.2.3.** Conocer los hábitos de consumo y uso de medicamentos en pacientes que asisten a la consulta externa I y II del Hospital Roosevelt.

**5.2.4.** Promover el uso racional de medicamentos en aquellos pacientes en quienes se detecte el manejo de información no compatible con el uso racional de medicamentos, por medio del consejo farmacéutico individualizado.

## 6. Metodología

### 6.1. Universo y Muestra del Estudio

#### 6.1.1. Universo

Pacientes ambulatorios que asisten a las Clínicas de Consulta Externa I y II del Hospital Roosevelt.

#### 6.1.2. Muestra

Pacientes ambulatorios que asistieron a las Clínicas de Consulta Externa I y II del Hospital Roosevelt seleccionadas bajo los criterios de inclusión de este estudio.

### 6.2. Recursos

#### 6.2.1. Humanos

- **Autora:** Luisana García Chávez, estudiante de la carrera de Química Farmacéutica.
- **Asesor:** Lic. André Chocó, Supervisor de Farmacia Interna, Hospital Roosevelt.
- **Revisora:** Licda. Lorena Cerna, Docente y Coordinadora del Centro de Información de Medicamentos –CEGIMED-, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, USAC.

#### 6.2.2. Materiales

- Equipo de Computación
- Escáner
- Impresora
- Equipo y material de oficina
- Material de Consulta
- Papel Bond

#### 6.2.3. Institucionales

- Centro de Documentación de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia – CEDOBF-, USAC.
- Centro de Información de Medicamentos, CEGIMED, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, USAC.
- Unidad de Informática y Biometría, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, USAC.
- Biblioteca Universidad del Valle de Guatemala.

- Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, Servicio de Consulta Externa.
- Bibliotecas virtuales de acceso vía Internet.

#### **6.2.4. Instrumentos de Investigación**

- Entrevista para pacientes
- Boleta de Recuento de Pacientes

### **6.3. Procedimiento**

#### **6.3.1. Plan General**

- Revisión bibliográfica
- Diseño de investigación, estadístico y de muestreo
- Recolección de datos por medio de una entrevista a pacientes
- Educación sanitaria individual en pacientes que manejen información no compatible con el uso racional de medicamentos
- Análisis e Interpretación de Resultados

### **6.4. Diseño de Investigación**

#### **6.4.1. Diseño del Estudio**

Investigación cuantitativa-cualitativa exploratoria.

La evaluación de los sujetos de estudio será transversal (17).

##### **6.4.1.1. Descripción del Instrumento de Investigación**

El instrumento utilizado estaba dividido en dos secciones, la primera, con la modalidad de encuesta, se refería a variables demográficas de los participantes; la segunda parte cuestionaba al participante sobre hábitos de consumo de medicamentos y su modalidad era entrevista a profundidad.

La entrevista a profundidad es una técnica que presenta una serie de preguntas abiertas cuya temática está especificada por adelantado en forma esquemática (1, 4, 16).

La entrevista se estructuró con base a todos los aspectos que cubre el uso racional de medicamentos, según la definición de la OMS, con preguntas abiertas que representaban ejemplos prácticos para evaluar el conocimiento de los pacientes sobre el uso correcto de medicamentos.

#### 6.4.1.2. Validación del Instrumento de Investigación

El instrumento se validó previamente con la participación de 10 individuos con características similares a los participantes de la presente investigación, a quienes durante una sesión formaron un grupo focal y se hicieron todas las preguntas de la entrevista para determinar qué entendían ellos que se les estaba preguntando. Con base a las sugerencias de estos individuos se modificaron algunas preguntas.

#### 6.4.2. Diseño Estadístico

Las variables investigadas de la primera sección del instrumento se organizaron y describieron en tablas y gráficas; para variables cuantitativas se calculó la media, mediana, rango, valores mínimo y máximo; para variables cualitativas se calcularon porcentajes de frecuencia.

Las variables de la segunda sección de la encuesta se codificaron utilizando una escala ordinal y la suma de todos los valores por participante resultó en una puntuación fracción de la máxima puntuación obtenida utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Puntuación porcentual} = \frac{(\text{suma de las puntuaciones de cada pregunta})}{\text{puntuación máxima posible}} * 100\% \\ \text{por paciente}$$

Sobre esta puntuación porcentual se generó un intervalo de confianza del 95% para estimar los posibles valores en la población de la que se extrajo la muestra; para ello se utilizó el módulo *Inferencia de Parámetros* de Epidat 3.1.

El enfoque descrito en los párrafos anteriores correspondió a una investigación cuantitativa; sin embargo las respuestas de la segunda sección fueron analizadas simultáneamente haciendo uso de una modalidad cualitativa: la teoría fundamentada.

Se utilizó primeramente una codificación abierta sobre el contenido de las respuestas a las preguntas de la segunda sección<sup>1</sup>; luego al disponer de códigos provisionales estos se categorizaron por medio de una codificación axial para generar una teoría.

El contenido de la teoría generada se expuso por medio de una modalidad narrativa y en algunos casos se elaboraron diagramas explicativos. La narrativa, según Coffey y Atkinson se centra en la manera como los actores sociales producen, representan y contextualizan su experiencia y conocimientos personales.<sup>2</sup> Por lo tanto, la narrativa no se centra en la descripción de la

---

<sup>1</sup> Codificación abierta: proceso de descomponer los datos en partes discretas con la intención de categorizarlas y conceptualizarlas. Codificación axial o cerrada: el proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías para formar explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos; es decir la reagrupación de los datos que se fracturaron durante la codificación abierta (8, 16).

<sup>2</sup> Coffey Atkinson: Encontrar el sentido a los datos cualitativos; página 64.

frecuencia (por ejemplo, porcentajes) de los fenómenos observados sino en el contenido particular de las respuestas.

#### 6.4.3. Diseño de Muestreo

El muestreo fue por conveniencia y consistió en entrevistar una única vez a cinco pacientes<sup>3</sup> de cada una de las clínicas que pertenecen a la Consulta Externa del Hospital Roosevelt; para ello, se programó un itinerario de entrevistas según el horario y día de la semana en las que funcionaba cada una de las clínicas.

La entrevista se realizó una única vez por cada paciente.

El tamaño de muestra no fue calculado de forma probabilística sino correspondió, como se mencionó antes, al total de consultas externas del hospital por el número de pacientes en cada consulta. El estudio se interrumpió cuando el investigador consideró que tuvo lugar la saturación de las categorías de análisis correspondiente, es decir, hasta que no se accedió a nueva información y se contó con datos suficientes para desarrollar una completa y exhaustiva descripción del fenómeno (8).

El total de entrevistas fue, entonces, de 50, correspondiendo a diez servicios de consulta externa.

a. **Criterios de Inclusión:** pacientes que asistían a las clínicas de Consulta Externa I y II del Hospital Roosevelt, hombres y mujeres de 18 a 60 años.

b. **Criterios de Exclusión:** Pacientes que no aceptaban ser entrevistados.

#### 6.4.4. Interpretación de Resultados

La frecuencia de eventos no compatibles con el uso racional de medicamentos detectados en las entrevistas permitió la elaboración de un árbol de necesidades que facilitarán el diseño estrategias para contribuir a la resolución de estos eventos.

El uso de la teoría fundamentada, que consiste en la elaboración de una teoría basada en la interpretación de los datos obtenidos en la investigación cualitativa, aportó conocimientos sobre la planificación de actividades de educación sanitaria, y de la prestación de servicios de atención farmacéutica mediante la gestión de talento humano, en particular Químicos Farmacéuticos (16).

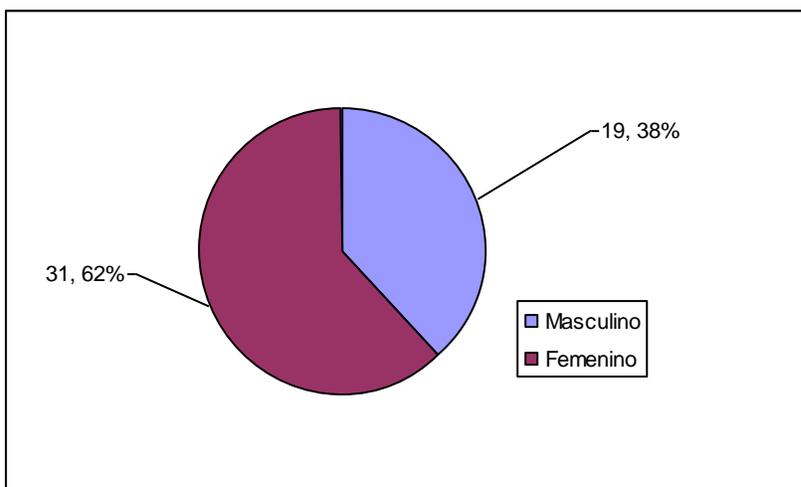
---

<sup>3</sup> Ver sección 3.4.2.2, *Tamaño de muestra para entrevistas a profundidad.*

## 7. Resultados

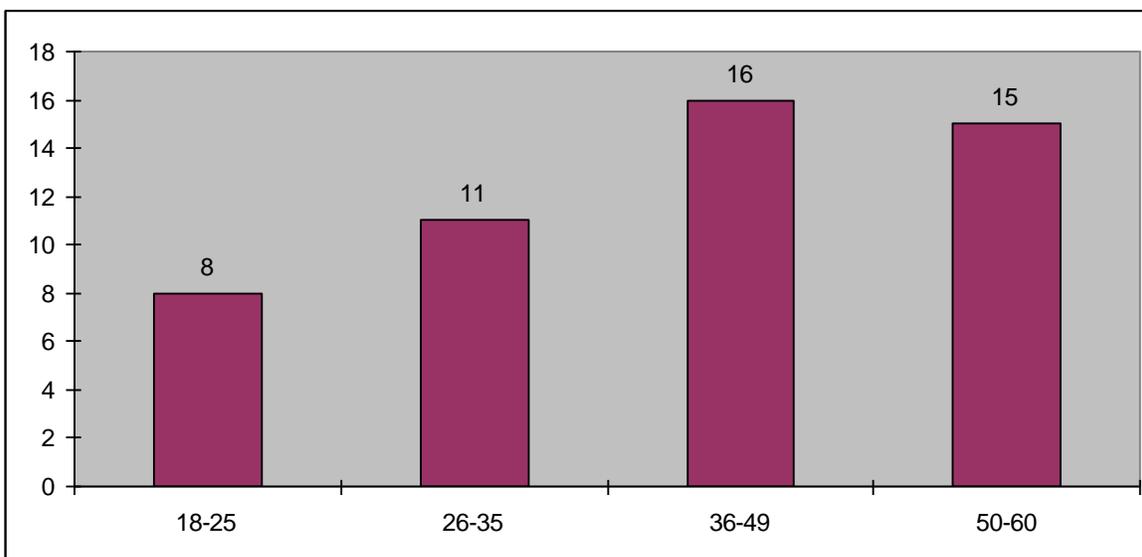
### 7.1. Descripción de la muestra en estudio

Gráfico I. Género de los pacientes en estudio



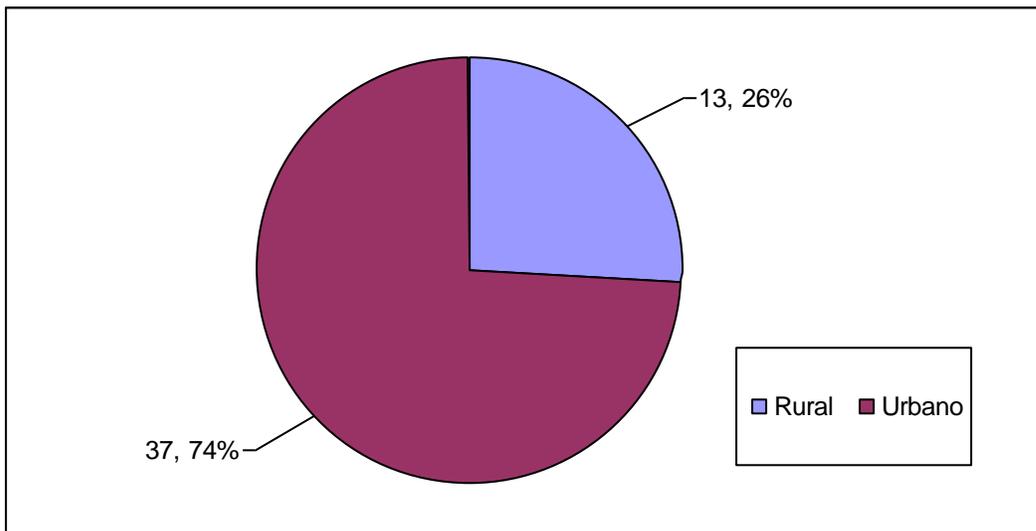
Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico II. Frecuencias absolutas para la variable edad



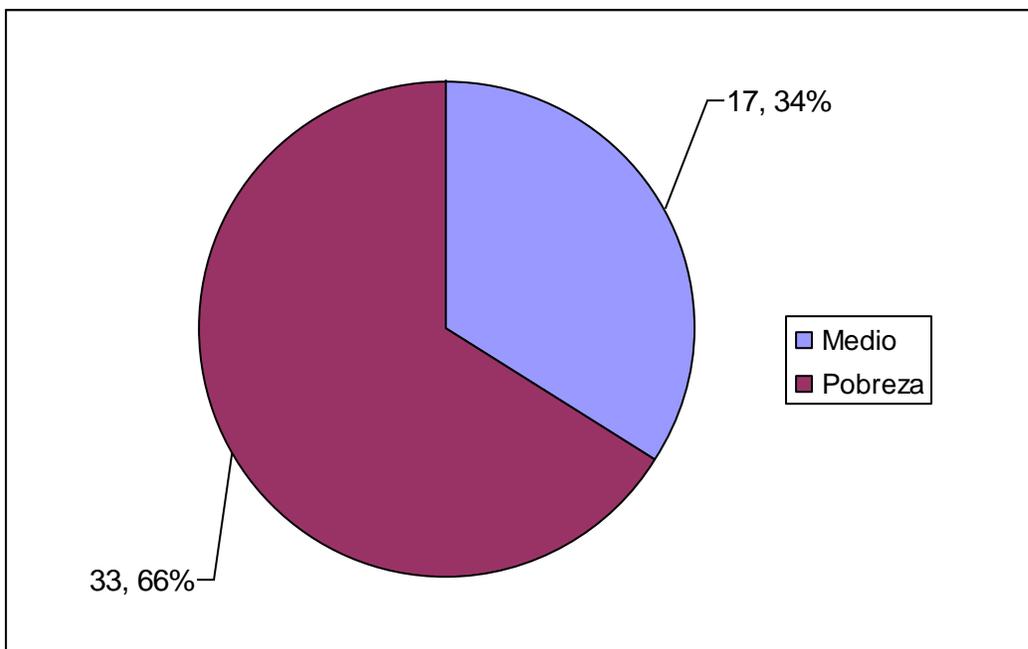
Fuente: Instrumento de recolección de datos

**Gráfico III. Lugar de residencia de la muestra en estudio**



Fuente: Instrumento de recolección de datos

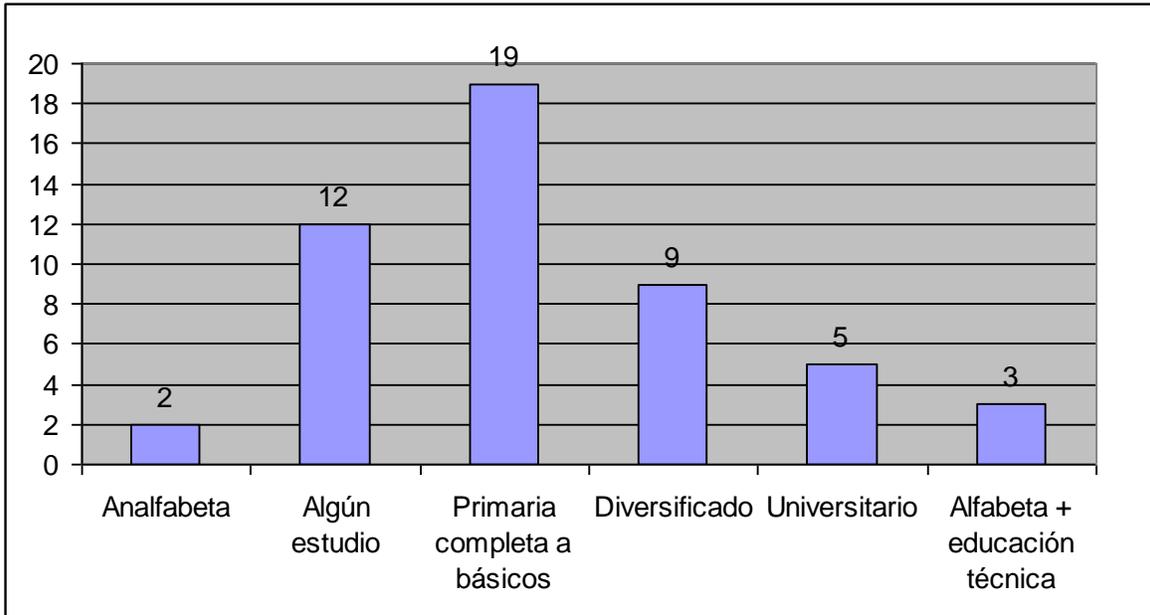
**Gráfico IV. Nivel socioeconómico de la muestra en estudio**



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Nota: ningún paciente en estudio pertenecía al nivel socioeconómico alto.

**Gráfico V. Nivel de educación de la muestra en estudio**



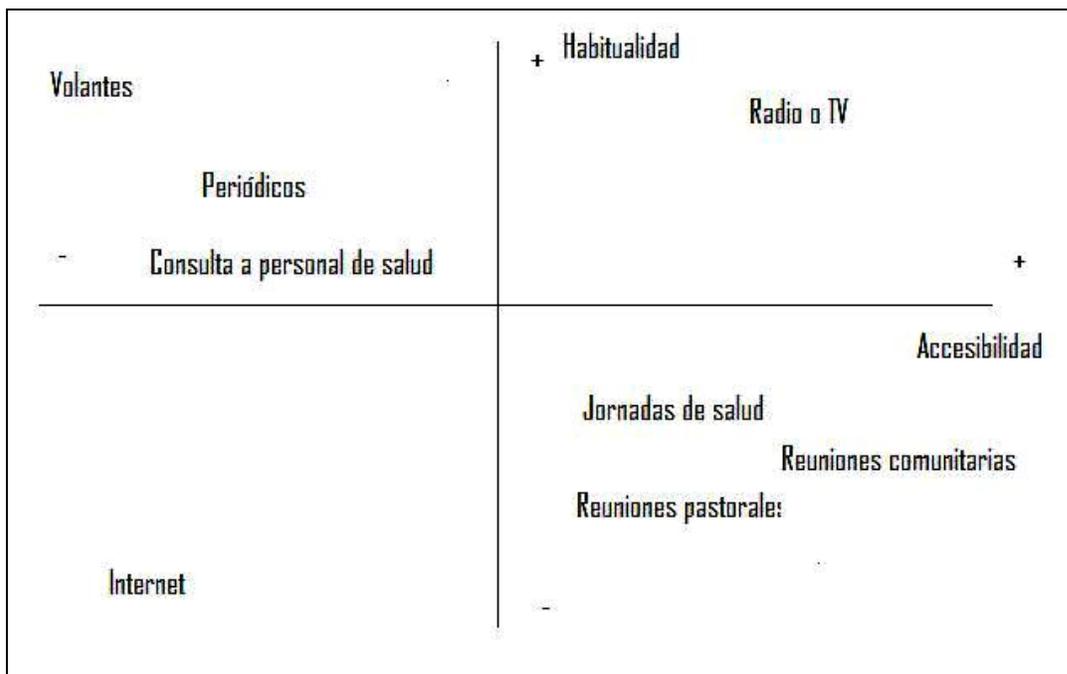
Fuente: Instrumento de recolección de datos

**Tabla I. Frecuencias absolutas y porcentuales del canal utilizado por los pacientes para informarse sobre temas de salud y enfermedad**

Canal utilizado para informarse	Frecuencia	%
Radio o TV	25	50.00%
Medios escritos	7	14.00%
Alguno	33	66.00%
Ninguno	17	34.00%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

**Diagrama I. Canales utilizados, habitualidad y accesibilidad a los mismos**



Fuente: Instrumento de recolección de datos, elaboración en Paint®

Nota: en este diagrama no se representa la frecuencia con la que fueron mencionados estos canales

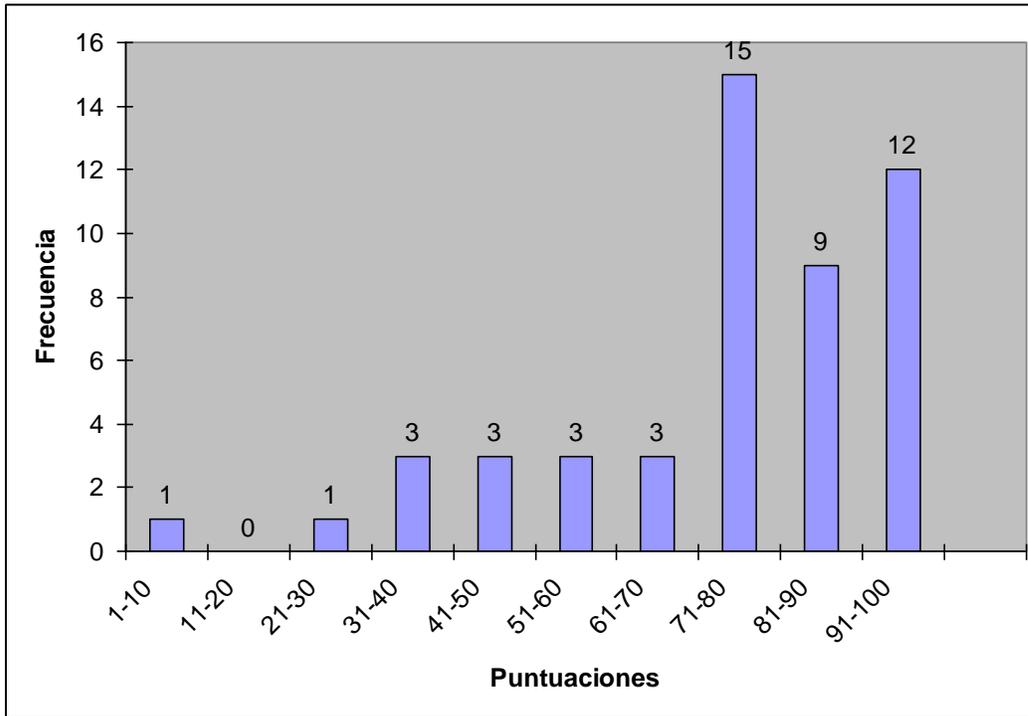
## 7.2. Hábitos de consumo de medicamentos

En esta sección se cuenta con información cuantitativa y cualitativa. Primeramente se presentarán los resultados cuantitativos.

### 7.2.1. Puntuaciones a preguntas sobre hábitos de consumo de medicamentos, datos cuantitativos

A las preguntas del instrumento, “Qué es un medicamento”, “Toda persona que está enferma necesita medicamentos”, “Medicamento correcto”, “Indicación apropiada”, “Posología, administración y duración apropiadas”, “Paciente apropiado”, “Dispensación correcta” y “Adherencia al tratamiento” se les asignó un valor ordinal en función de la calidad de la respuesta, es decir, si la respuesta se asociaba positivamente con la definición y concepto de uso racional de medicamentos. Un mayor valor indicaba entonces, que el participante había referido hábitos de consumo que se adherían al uso correcto de los medicamentos. La mayor puntuación posible era de 11 puntos; sin embargo todas las tablas y gráficas se construyeron utilizando puntuaciones porcentuales; así, una puntuación absoluta de 11 puntos correspondía a 100%.

**Gráfico VI. Histograma de las puntuaciones porcentuales individuales**



Fuente: Instrumento de recolección de datos, elaboración en Paint®

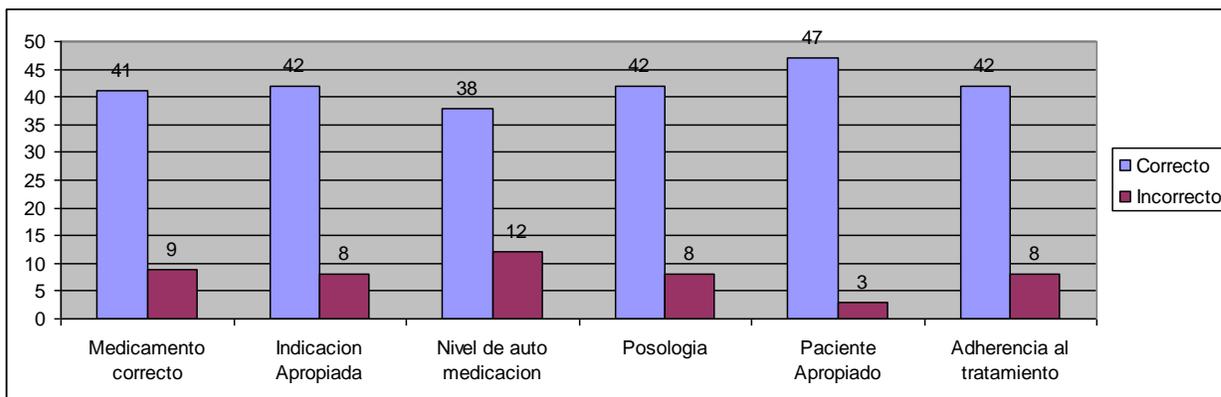
Nota: de aquí en adelante puntuaciones corresponderá a puntuaciones porcentuales.

**Tabla II. Medidas de tendencia central y de dispersión de las puntuaciones**

Estadístico	Valor
Media	71.3%
Mediana	72.7%
Desviación estándar	19.5%
Rango	90.9%
Mínimo	9.1%
Máximo	100.0%

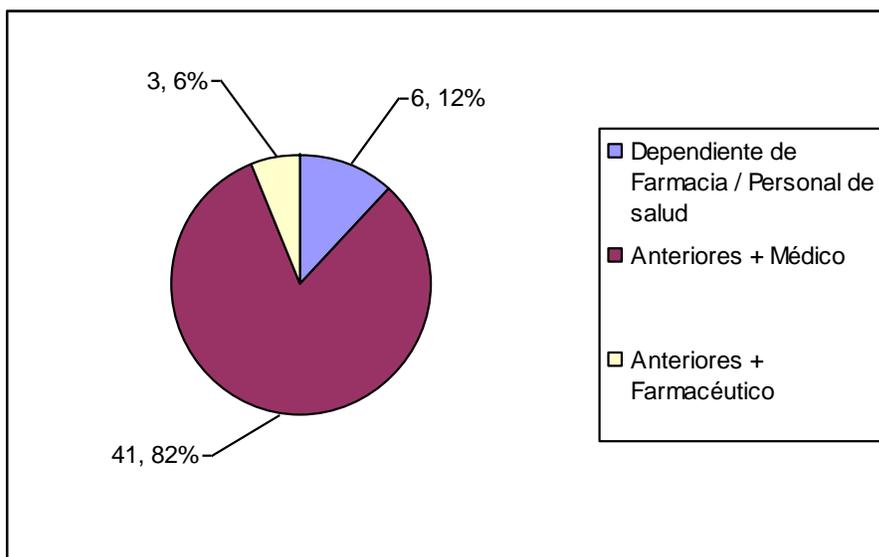
Fuente: Instrumento de recolección de datos, elaboración con el módulo análisis de datos de Excel

**Gráfico VII. Frecuencias absolutas de respuestas correctas e incorrectas a 6 preguntas sobre hábitos de consumo de medicamentos**



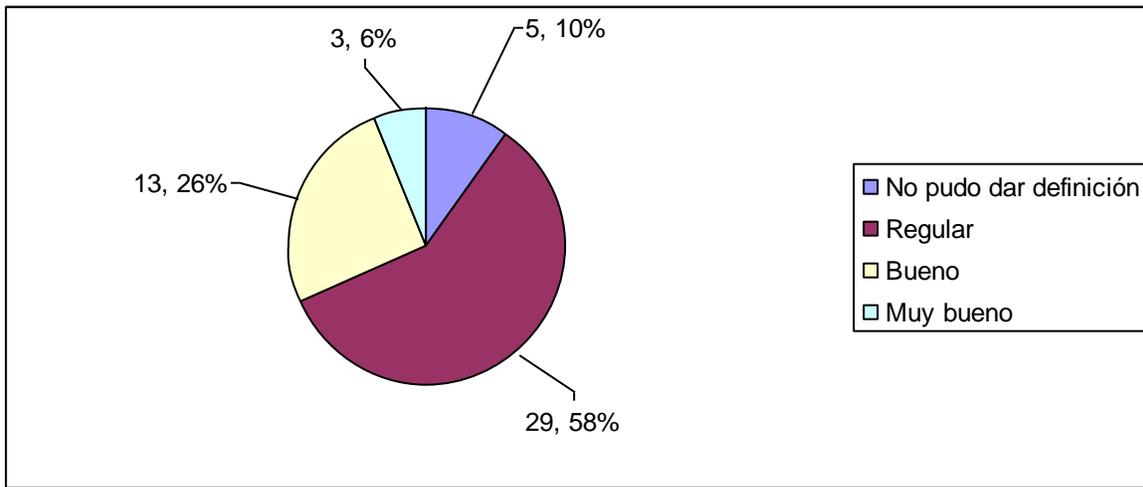
Fuente: Instrumento de recolección de datos, elaboración con el módulo análisis de datos de Excel

**Gráfico VIII. Frecuencias absolutas y porcentuales sobre las personas que consultan los pacientes sobre los medicamentos que consumen**



Fuente: Instrumento de recolección de datos

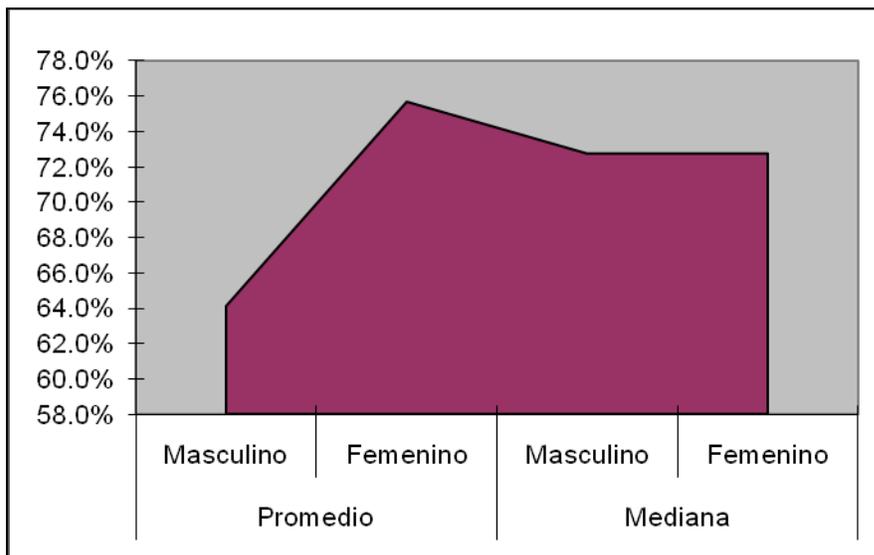
**Gráfico IX. Frecuencias absolutas y porcentuales sobre la capacidad de las personas para definir qué es un medicamento**



Fuente: Instrumento de recolección de datos

**7.2.2. Puntuaciones a preguntas sobre hábitos de consumo de medicamentos y su relación con variables demográficas**

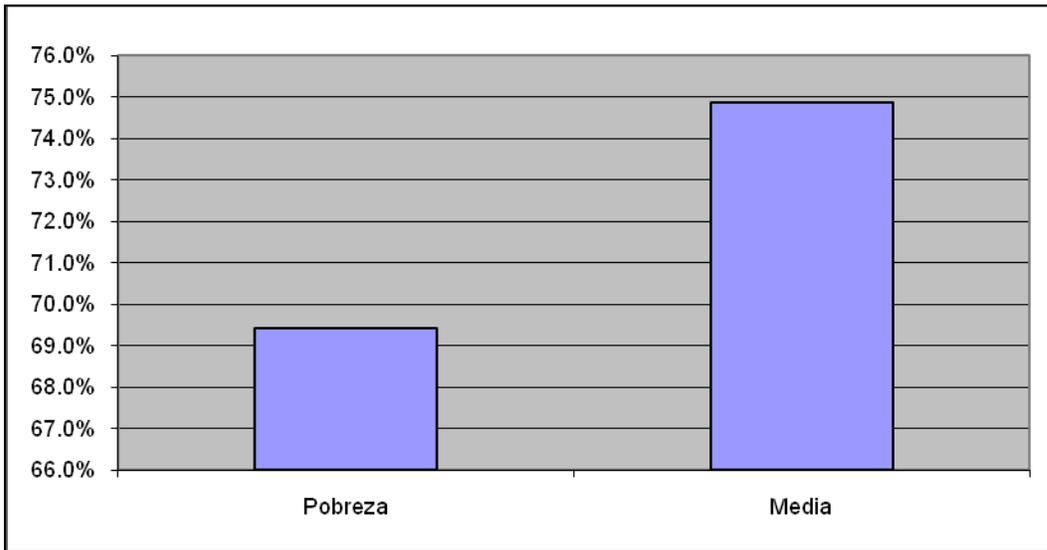
**Gráfico X. Promedio y mediana de las puntuaciones en hombres y mujeres**



Fuente: Instrumento de recolección de datos

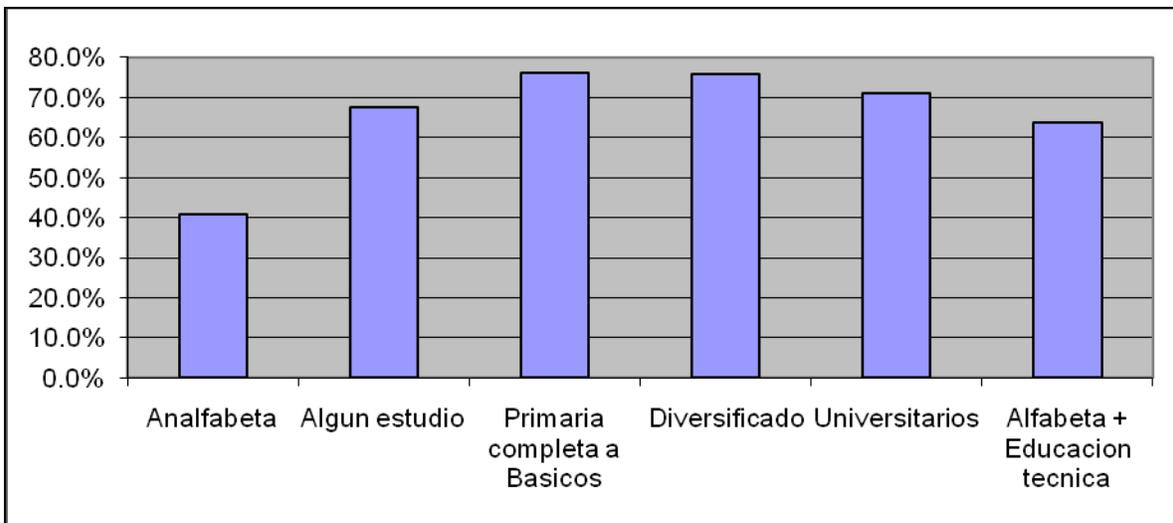
Nota: nótese cómo la mediana parece ser la misma en hombres y mujeres, mientras que la media, por estar afectada por valores extremos, muestra una diferencia para la muestra en estudio.

**Gráfico XI. Promedio de puntuaciones según nivel socioeconómico**



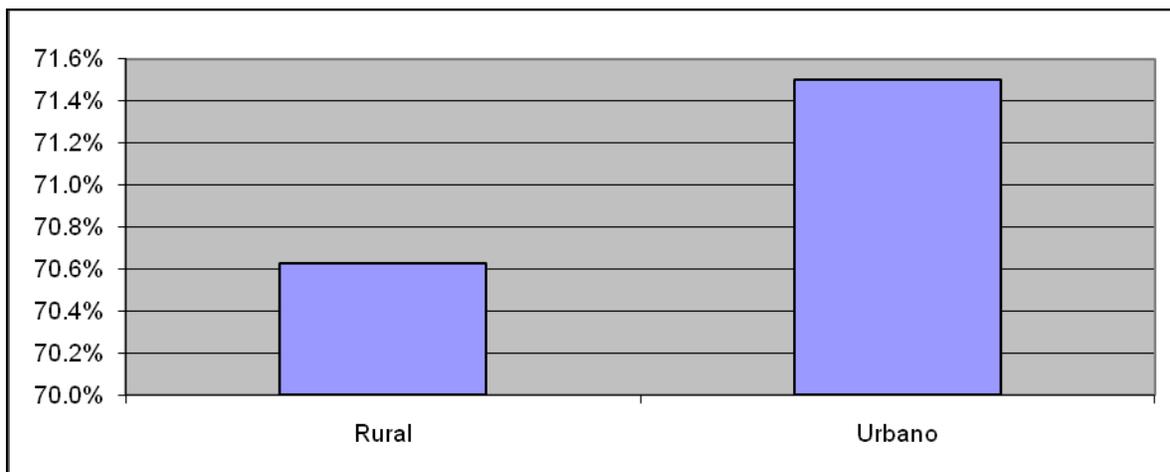
Fuente: Instrumento de recolección de datos

**Gráfico XII. Promedio de puntuaciones según nivel académico**



Fuente: Instrumento de recolección de datos

**Gráfico XIII. Promedio de puntuaciones según lugar de residencia**



Fuente: Instrumento de recolección de datos

**Tabla III. Medidas de tendencia central y del tiempo en minutos para completar entrevista por paciente**

Estadístico	Valor
Media	10.08
Rango	27
Mínimo	4
Máximo	31
Suma	504

Fuente: Instrumento de recolección de datos

### 7.2.3. Información cualitativa sobre hábitos de consumo de medicamentos, aporte de los participantes

Como se mencionó en la metodología, la segunda parte de la entrevista presentaba al participante preguntas abiertas que cubrían todos los ámbitos que engloba el concepto de uso racional de medicamentos, es decir todas las áreas que abarca su definición. Por ejemplo, para preguntar si el paciente refería conductas que sustentaban un entendimiento correcto de la posología del medicamento se le planteaba la siguiente situación: “Qué haría usted si su médico le receta un tratamiento para una infección, quien le indica que debe tomar una pastilla a las siete de la mañana y otra a las siete de la noche, es decir, cada doce horas; y resulta que un día por una causa cualquiera usted se olvida de tomar la dosis de las siete de la mañana y se acuerda de hacerlo hasta las doce del medio día, es decir, cinco horas después de la hora que debía tomarla...”. Si el paciente refería una conducta adecuada (por ejemplo, el paciente refería esperar hasta las siete de la noche para tomar la siguiente dosis y mientras no tomar nada), su respuesta era tomada como

buena y codificada para construir una puntuación resultante de la suma de otras preguntas.

Desde el punto de vista cualitativo, la descripción completa que hacía el paciente al contestar una pregunta abierta se codificaba primeramente de forma analítica (descomposición), creando conceptos discretos expresados en oraciones o frases (codificación abierta); luego estos conceptos se ordenaron y relacionaron uno con otro (codificación cerrada) para construir una teoría, lo cual se conoce en conjunto como Teoría Fundamentada<sup>4</sup>.

Los resultados de la codificación abierta se expondrán en esta sección; y aquellos resultantes de la codificación cerrada, serán expuestos en la sección de análisis de resultados. La técnica utilizada para la descripción en ambos casos, será la narración, pues las frecuencias se trabajaron en las secciones 7.2.2. y 7.2.1.

### **7.2.3.1. Narración sobre los códigos discretos referentes a los hábitos de consumo de medicamentos<sup>5</sup>**

En la sección B del instrumento (ver anexo 12.1) se cuestionaba si el participante podía, por sí mismo, definir lo que es un medicamento en general, y si el paciente tenía la noción que no en todos los casos se necesitan medicamentos para mejorar la salud de un paciente. Las preguntas posteriores indagaban sobre hábitos de consumo de medicamentos.

Dos preguntas finales proponían al participante hacer comentarios o preguntar sobre dudas acerca de algún medicamento o medicamentos en general, y exhortarlo a que sugiriera formas de contribuir al uso racional de medicamentos tanto en el ámbito hospitalario como en la comunidad.

#### **a. Definición de medicamento**

Un medicamento es una sustancia que sirve para 1) curar, 2) paliar, o 3) prevenir una enfermedad<sup>6</sup>: si la definición del individuo coincidía en sus propios términos con esta definición la respuesta valoraba con la mayor puntuación posible, si no obtenía una puntuación parcial o nula.

#### **b. ¿Toda persona que está enferma necesita medicamentos?**

Los pacientes que respondieron correctamente a esta pregunta identificaron la dieta, la salud mental, el ejercicio físico, el apoyo moral, y la espiritualidad como elementos importantes para mejorar la salud o evitar enfermedades; en particular

---

<sup>4</sup> Ver sección 6.4.2. El proceso de codificación en la Teoría Fundamentada implica primero descomponer las oraciones en unidades discretas, categorizarlas y ordenarlas para luego crear categorías superiores, o sea se trabaja simultáneamente bajo la modalidad deductiva e inductiva.

<sup>5</sup> Para mayores detalles sobre la técnica de *narración* (o narrativa) consultar la sección 6.4.2.

<sup>6</sup> Definición de la OMS.

muchas personas refirieron el valor preventivo de enfermedades que posee una alimentación saludable. Además mencionaron la terapia física, terapia psicológica y la medicina popular o alternativa como otras opciones de tratamiento.

### c. Hábitos de consumo de medicamentos

Los participantes que respondieron correctamente a las preguntas sobre medicamento correcto e indicación apropiada comprendían la importancia de asistir al médico para que este prescribiera un medicamento apropiado en relación a la patología diagnosticada. Reconocieron lo inoportuno que resulta automedicarse, sobre todo aquellos que han experimentado consecuencias negativas (falta de seguridad, de efectividad, o ambas) secundarias a la automedicación (seguir los consejos de otros pacientes que padecen enfermedades con síntomas comunes). Sin embargo, estos mismos pacientes, relataron que sí se automedicaban cuando lo consideraban como una práctica segura, es decir si lo hacían para paliar síntomas generales como náuseas, catarro, dolor, entre otros.

Sin embargo hubo pacientes provenientes de comunidades rurales mencionaron que la principal fuente de consejos en salud, incluyendo tratamiento a enfermedades son los conocimientos de las personas mayores y de terapeutas de la comunidad, quienes prescriben tratamientos referidos como “naturales”, que incluyen plantas a las que se les atribuyen propiedades medicinales, medidas no farmacológicas y otros. Así mismo, personas con una práctica activa de religiosidad mencionaron que la oración podía aumentar la efectividad de los tratamientos prescritos, o en casos excepcionales (fe de por medio) estas podrían ser el tratamiento único para algunas enfermedades.

Un paciente mencionó la presión que ejerce la publicidad de medicamentos, explicando que por el hecho que algunos medicamentos para tratar la gripe son presentados muy frecuentemente como seguros y efectivos en las campañas publicitarias utilizando medios masivos, los pacientes podrían llegar a creer que toda la información que se publica es verídica y por lo tanto podrían consumir tal medicamento sin necesidad de consultar a una persona idónea; según él, los pacientes tienden a consumir los medicamentos que presentan mayor publicidad. Otro paciente argumentó que algunas marcas de medicamentos muy conocidas en el mercado son utilizadas por los pacientes para referirse a la categoría terapéutica genérica de ese medicamento: por ejemplo los pacientes no solicitan un analgésico en la farmacia sino “una aspirina”.

También hubo pacientes que valoraron las contraindicaciones a medicamentos según las patologías que padecían; en particular pacientes con insuficiencia renal, hígado graso y diabetes. Una participante que padece de miastenia gravis opinó que el paciente debe actuar de forma activa para mejorar su condición, sobre todo en enfermedades de poca incidencia informándose sobre la causa, pronóstico, historia natural, tratamientos, efectos adversos, etc. Esta paciente refirió que

incluso ha sido atendida por personal de salud que saben poco o nada de su enfermedad y que ella les ha debido informar con base a todos los conocimientos que ha adquirido y que han contribuido al control de la misma. Los pacientes reconocen en general la importancia de seguir las instrucciones del médico pero son pocos los que refirieron actuar de forma activa. Además una participante refirió utilizar una fuente como el Diccionario de Especialidades Farmacéuticas y se le explicó que no es considerada una fuente fidedigna.

En relación a la adherencia los pacientes que contestaron correctamente a dicha pregunta, refirieron que los tratamientos son más seguros y efectivos cuando se cumplen a cabalidad, por ejemplo, en el caso de antibióticos se evitan recaídas cuando estos se consumen hasta que el médico indica y no hasta que los síntomas desaparecen. Algunos incluso entendían a grandes rasgos la importancia de la buena adherencia para evitar resistencias a los antibióticos.

Cuando se investigó sobre si entienden la definición de medicamento apropiado, los pacientes mencionaron que los efectos adversos y la percepción de la falta de efectividad o la disponibilidad de una marca de medicamentos limita su acceso, pero sobre todo el costo, de manera que algunos buscan alternativas genéricas de los mismos medicamentos pero suelen atribuir mayor calidad a los medicamentos de marca. Una paciente opinó que los médicos deberían conocer la realidad de los pacientes en cuestión de posibilidades económicas, cultura, educación y capacidad del paciente de autoadministrarse el medicamento antes de elegir una u otra opción disponibles, pues según ella, se da el caso de médicos que recetan medicamentos de marca que jamás podrán ser adquiridos por los pacientes debido al precio de los mismos. Otra, refirió que en su comunidad no hay farmacias y debe viajar, (cuando tiene la capacidad económica y el tiempo) para adquirir medicamentos. Un participante refirió, por su parte, que evita los inyectables por el dolor que le causan los mismos; y otro que la salud no sólo significa bienestar físico ya que algunas veces prioriza otras necesidades (como la alimentación) sobre la salud.

Sobre la dispensación, una persona dijo que es responsabilidad sobre todo del paciente el informarse sobre los medicamentos que está tomando ya que hay personas que asisten con negligencia a los servicios de salud. En esta línea una participante identificó a los pacientes informados como un canal para la transmisión de mensajes sobre el buen uso de los medicamentos. Otra paciente recaló la importancia que los pacientes consuman los medicamentos antes de su fecha de expiración. Una gran cantidad de pacientes supo reconocer que el médico es la fuente más confiable de información sobre medicamentos y no así los dependientes de farmacia; sin embargo la gran mayoría de los participantes no conocían al farmacéutico como una fuente de información sobre medicamentos independiente y confiable. Un participante expresó que el consejo de los dependientes de farmacia podría atender únicamente a intereses lucrativos. También se habló de que el personal de salud encargado de proporcionar educación sanitaria debe ser competente y tener el deseo de actualizar sus conocimientos. Alguien más reconoció el valor de la comunicación efectiva y

afectiva entre el paciente y el prestador de salud. Alguien refirió que la grafía de las recetas limita la comprensión de la información sobre la correcta administración, posología y demás información sobre el medicamento. También hubo quien comentó que se da suficiente información sobre el medicamento pero poca sobre la enfermedad.

#### **d. Qué se puede hacer para mejorar el uso de los medicamentos**

Dentro de las tácticas y estrategias que recomendaron los pacientes para mejorar el uso de los medicamentos unas iban referidas a un entorno hospitalario y otras a la comunidad; así mismo hubo recomendaciones para el paciente y otras para el prestador de salud.

Los participantes mencionaron concientizar al paciente (los pacientes no deben automedicarse ni medicar según una participante), que los pacientes puedan consulten las instrucciones de uso y se les capacite para ello; que se impartan pláticas en el hospital (sobre todo durante las largas esperas a las que están sometidos los pacientes antes de ser atendidos, según la mayoría de los pacientes); que se impartan folletos o se disponga de carteles en las salas de espera de hospitales e instituciones de salud; que se de mayor atención a personas analfabetas, adultos mayores y personas que tienen dificultades de comprensión; que se eduque a los padres sobre el tratamiento de sus hijos; que el médico informe sobre las contraindicaciones y posibles efectos adversos; que el país invierta más en salud y en la promoción del uso racional de medicamentos; que se informe a pacientes hospitalizados sobre el tratamiento que reciben; que se anoten horarios de medicamentos en cajas, envoltorios u hojas adicionales; que los pacientes anoten las dosis que ya cumplieron; que los pacientes tomen sólo el medicamento que necesita y no dupliquen las dosis pues según varios pacientes, esto puede resultar en toxicidad o aumento de los efectos adversos; que no desperdicien los recursos disponibles; que el paciente se interese verdaderamente en colaborar para mejorar su estado de salud; que se hagan campañas televisivas para promover el uso correcto de los medicamentos; que los médicos tengan un conocimiento sólido sobre los medicamentos que prescriben; que en la farmacia sólo se dispense la cantidad de medicamentos que el paciente necesita; que se concientice al paciente sobre el interés económico que hay detrás de la promoción de los medicamentos. Hubo incluso una participante que propuso la elaboración de blogs por parte del personal de salud del hospital para proporcionar información sobre patologías, tratamiento, síntomas y otros.

Además los pacientes refirieron otras demandas para la atención hospitalaria, como lo fueron, la disponibilidad de más servicios sanitarios; un trato más humanizado por parte de prestadores de salud (sobre todo por parte de enfermería, según varios pacientes); que las citas de los pacientes se programen de manera que el paciente no deba esperar tanto tiempo para ser atendido; que las citas estén acordes al pronóstico, gravedad y urgencia de pacientes particulares; que los médicos conozcan la realidad integral de los pacientes antes de esperar una conducta particular por parte de los mismos; que el hospital cuente con una

vía de comunicación abierta para brindar información sobre pacientes después del egreso de los mismos, pues a veces se tienen dudas de cómo responder a signos y síntomas presentados por pacientes ambulatorios en recuperación

## 8. Discusión de Resultados

La muestra en estudio en su mayoría reside en áreas urbanas (74%), tienen una edad entre 26 y 60 años (84%) y refirió pertenecer al nivel socioeconómico pobreza (66%). La mayoría de los participantes (40%) refirieron tener un nivel académico que iba de primaria completa a básicos.

Hasta dos terceras partes refirió acostumbrar a recibir algún tipo de información sobre temas de salud y enfermedad y de ello, la mayoría refirieron utilizar la radio o la televisión. Dentro de los programas más utilizados para informarse son aquellos de canales especializados en salud, vía televisión por cable, que tratan de temas generales sobre la salud, luego segmentos o programas en televisión y radio nacional. Sin embargo, la información que proporcionan estos medios no es el sustituto de la educación en salud en atención primaria ni de salud pública que debería ser parte de una política de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que no se observa en el sistema nacional de salud. De hecho, las recomendaciones de algunos pacientes fueron, como se mencionó en la sección de resultados, la realización de campañas televisivas sobre temas de salud y enfermedad para aprovechar la habitualidad y el acceso a la televisión.

Los periódicos, aunque son medios habituales para los pacientes, son menos accesibles desde el punto de vista cultural y educativo, ya que en Guatemala, además de la existencia de tasas altas de analfabetismo (32 % en mujeres y 21 % en hombres hasta el año 2007 según el Programa de Naciones Unidas) (17), se puede hablar de un analfabetismo funcional: personas que han aprendido a leer, no acostumbran a recibir información de ningún tipo por este medio. Sin embargo, un periódico popular que se vale de recursos amarillistas presenta una sección sobre temas de salud con un lenguaje sencillo. Esto puede tener un impacto considerable tomando en cuenta la gran cantidad de personas que acceden al mismo.

Las jornadas de salud, las reuniones comunitarias y pastorales, fueron clasificadas como menos habituales ya que son posibles en contextos de personas que practican una religiosidad activa y en comunidades que están más organizadas. Con base a la información proporcionada por los participantes se pudo observar que las personas que practican una religiosidad activa podrían tener mayor acceso a la información en salud y a los servicios de salud, ya que por un lado, estas personas acostumbran a escuchar una sola estación de radio o ver un solo canal de televisión, los cuales ofrecen diversos programas educativos, con la idea de promocionar una vida sana en conjunción con una espiritualidad que favorece una vida con valores positivos en todos los ámbitos. Por otra parte, los centros religiosos organizan regularmente jornadas, proyectos y charlas de salud ya sea a nivel local desde una iglesia comunitaria, hasta un nivel más amplio con eventos y proyectos a gran escala que resultan de la participación de varias iglesias que pertenecen a un credo y orientación en común. En general, el acceso a la salud puede favorecerse a través de las redes sociales y el apoyo social de los grupos

religiosos. Indagando más sobre la relación entre la espiritualidad y la salud, algunos pacientes indicaron que valoran la atención médica y ponen de su parte para acceder a ella, sin embargo asignan un valor fundamental a la espiritualidad. Una espiritualidad "racional" admite la importancia de la atención médica, la fe va encaminada a que dicha intervención tenga éxito.

En otro contexto similar de cohesividad comunitaria, algunos participantes que provenían de áreas rurales informaron que aún consultan a personas mayores a las que consideran sabias y a terapeutas, quienes ofrecen consejos de salud que les parecen efectivos y sobre todo más seguros por tratarse de "remedios naturales"; solo cuando estas medidas no funcionan las personas acuden a los centros hospitalarios, ya que no consideran a su sistema de salud tradicional como "medicina alternativa", sino un sistema de alto valor por sí mismo. Además el acceso a la medicina occidental ha sido limitado por cuestiones geográficas, económicas, culturales y de otro tipo. De hecho, la descentralización sigue siendo tema prioritario, pues el paciente invierte recursos significativos para su movilización hacia los centros de salud y/o hospitales.

Una de las pocas pacientes que refirió utilizar Internet para informarse sobre temas de salud, recalcó que en enfermedades de baja incidencia el paciente debe participar de forma activa en el control de su enfermedad y que Internet le facilitaba suficiente información sobre su enfermedad. Tanto el tratamiento como la enfermedad debe ser comprendida por el paciente para que pueda observarse una participación activa que finalmente tendrá una incidencia sobre la mejora de la salud; de hecho la educación aumenta las posibilidades de comprensión y pronóstico de la enfermedad aunque el nivel económico sea bajo como se observó en una participante que provenía de una comunidad humilde pero que había estudiado una carrera de diversificado sobre educación para el hogar. Esta persona recomendó a los pacientes no desaprovechar ninguno de los recursos que ofrece el sistema público de salud y realizó una clasificación sobre las áreas en las que una persona puede consultar cuando se sienta enferma, dependiendo de la etiología de la enfermedad: espiritual: iglesia; mental: terapia psicológica; física: medicamentos y atención médica. Esta misma persona refirió que durante sus citas al hospital acostumbra a brindar apoyo moral a los demás pacientes, sobre todo a los que se ven más afectados. Esto lleva a la reflexión que se puede empoderar a personas con ciertas características para que promuevan el uso racional de medicamentos hacia otros pacientes en el ámbito hospitalario o en sus comunidades. Durante la investigación se exhortó a los participantes a que compartan su conocimiento sobre hábitos correctos de consumo de medicamentos en sus comunidades ya que la influencia del prestador de salud en la comunidad es limitada.

La enfermedad sigue siendo una oportunidad para educar en salud sobre todo en aquellas enfermedades de curso crónico o en enfermedades que requieren hospitalización por un tiempo más o menos prolongado como en el caso de cirugías, infecciones generalizadas, disfunciones multiorgánicas, etc (18). Por un lado algunas enfermedades hacen que el paciente valore las contraindicaciones y

efectos adversos de los medicamentos como en el caso de los pacientes que padecen insuficiencia renal, hepatopatías, diabetes, etc. Por otro lado las enfermedades de curso crónico como la infección por VIH, hipertensión y diabetes entre otras hacen que el paciente valore la importancia de la adherencia al tratamiento. Aún pacientes que no padecen estas enfermedades han dejado de automedicarse por haber padecido efectos adversos luego de consumir medicamentos que no fueron recetados por un médico. Los efectos negativos de la automedicación, mejoran los hábitos del consumo de medicamentos. De hecho, los teóricos y los investigadores han concluido que aunque la educación en drogas puede generar aumentos confiables en el conocimiento sobre drogas, parecen tener poco efecto sobre la forma en que los pacientes utilizan los medicamentos, como pudo observar Kanouse y colaboradores en un estudio realizado en 1991 (*Informing patients about drugs*) (5). En este estudio una cuarta parte de los participantes (24%) refirió acostumbrar a automedicarse, y solo un 16% refirió tener deficiencias en la adherencia al tratamiento. Los pacientes refirieron medicarse principalmente utilizando consejos de otros pacientes y del dependiente de farmacia. En un estudio realizado sobre automedicación realizado en Guatemala, por Kroeger y colaboradores, se obtuvo que sólo el 11% de las autoprescripciones habían sido realizadas por consejo de un dependiente de farmacia, y el resto por familiares y/o amigos (19).

Al construir las puntuaciones a la encuesta sobre la sección de hábitos de consumo de medicamentos se obtuvo una media de las puntuaciones porcentuales de  $71.3 \pm 19.5\%$ . (IC 95%: 65.758 - 76.842).<sup>7</sup> La media de las puntuaciones fue mayor en mujeres que en hombres; sin embargo las puntuaciones mínimas y máximas se encontraron en el grupo de los hombres, por lo que se procedió a hacer una comparación de medianas (gráfico X) y los valores fueron, en ese caso, similares. Hay que recordar que los valores extremos afectan el valor de la media, no así a la mediana. Sí se encontraron diferencias de puntuaciones en relación al nivel socioeconómico y el lugar residencia, obteniendo menores puntuaciones las personas que habitan en áreas rurales y aquellas con un nivel socioeconómico bajo. Las personas analfabetas obtuvieron menores puntuaciones y entre los demás niveles de educación no se observaron diferencias importantes. Como se compararon promedios, no influyó el número de participantes en cada subgrupo de comparación.

Sólo un 6% de los encuestados habló sobre el papel preventivo de los medicamentos, y la mayoría sobre su función para curar enfermedades y paliar síntomas (84%). Según el Informe de Salud en Guatemala, 2008, realizado por el PNUD, "en Guatemala, salud significa salir de la enfermedad. En última instancia, a diferencia de un sistema en donde la valoración de la enfermedad se define a partir de lo que se supone estar sano, en Guatemala, la salud se define a partir de los que significa estar enfermo." (20). Los medios masivos podrían tener un gran impacto en la transición de un sistema de salud curativo a uno preventivo, sin embargo las

---

<sup>7</sup> Intervalo de confianza del 95% generado en Epidat 3.1; n = 50, media muestral = 71.3, desviación estándar = 19.5.

iniciativas para realizar campañas informativas de este tipo son nulas o poco efectivas pues el Estado no ha invertido los recursos suficientes. A pesar de ello, algunos pacientes refirieron que acciones estatales como Escuelas Abiertas son beneficiosas para la comunidad y para el bienestar general de los niños y adultos, pues les permiten distraerse y ocupar su tiempo libre en actividades positivas como el aprendizaje de música, deportes y otros. Por otro lado, el material impreso por sí solo tiene un efecto menor en la promoción del uso racional de medicamentos (21).

En el entorno hospitalario, el tiempo de espera puede contribuir a una mala relación entre paciente y personal de salud pero es una oportunidad para informar al paciente. No basta aumentar la cantidad de pacientes que se atienden, sino ofrecer a los mismos cuando se compromete la calidad del servicio.

Se identificaron diversos factores que pueden influir sobre el uso no racional de medicamentos, entre ellos se pueden mencionar los siguientes: a) la falta de efectividad, por eso se debe instruir sobre lo que se puede esperar de un tratamiento: algunos pacientes aún duplican dosis no tomando en cuenta o desconociendo posibles efectos tóxicos; los efectos adversos y la poca información que proporcionan los prestadores de salud sobre los mismos; b) la duda si los medicamentos de marca y medicamentos líderes y los genéricos serán igual de efectivos y seguros: un paciente indicó que alguien le había sugerido duplicar la dosis cuando consumiera genéricos debido a la “baja calidad” de estos; la forma farmacéutica; c) pobres conocimientos sobre aspectos técnicos de los medicamentos: se maneja información sobre un tiempo “estándar” para consumir medicamentos después de su fecha de vencimiento, la cual es dudosa o poco razonable no tomando en cuenta que sobre la estabilidad de un medicamento influye su forma farmacéutica, principio activo, excipientes, envase, etc; d) el conocimiento pobre de los prestadores de salud sobre los medicamentos o la consulta de personal no adecuado: en este estudio la mayoría de los participantes refirieron consultar al médico, pero no valoran el consejo del profesional Químico Farmacéutico, al que sólo el 6% refirió consultar o conocer; e) la presión que ejerce la promoción de los medicamentos: tanto la industria farmacéutica como los comercios de medicamentos tienen intereses comerciales claros que pueden favorecer las conductas no racionales en el uso de medicamentos, lo mismo se puede decir de la literatura promocional, cuyo valor es limitado por posible existencia de sesgos; f) las instrucciones confusas, la grafía de algunos prestadores de salud, la información incompleta y la poca consideración hacia los pacientes; g) el acceso multidimensional a los medicamentos y a la atención médica.

Las campañas para promover el uso racional de medicamentos deberían de tomar en cuenta los factores señalados en el párrafo anterior para crear estrategias efectivas. El aporte de este estudio fue ahondar sobre los hábitos de consumo de medicamentos que refieren los pacientes, no se utilizó una técnica auxiliar para comprobar que en la práctica estas personas se comportan como indicaron que lo hacen.

## 9. Conclusiones

- Los factores identificados como facilitadores del uso no racional de medicamentos (posibles causas) fueron la poca información que reciben los pacientes sobre efectos adversos y conocimiento de la enfermedad; falta de efectividad de los tratamientos; la forma farmacéutica; la falta de conocimientos del paciente sobre aspectos técnicos del medicamento; las fuentes de consulta sobre medicamentos; la presión que ejerce la promoción de los medicamentos; el acceso multidimensional a los medicamentos y a la atención médica; entre otros.
- Las personas buscan recuperar la salud haciendo uso de la menor cantidad de tiempo, dinero y distancia de movilización hacia los centros de atención; sin embargo los hospitales de atención de tercer nivel (Roosevelt y San Juan) siguen centralizando su atención sobre todo en servicios con alto grado de especialización.
- Las alternativas en uso e información de medicamentos dependen de la habitualidad y conocimiento de los mismos y del acceso a dichas alternativas (acceso geográfico, cultural, económico, etc.).
- Los contextos religiosos son positivos para la salud porque aumentan la promoción de una vida saludable y porque ofrecen acceso comunitario a la salud por medio de campañas, proyectos y charlas en salud.
- Algunas comunidades rurales cuentan con una riqueza cultural que abarca la resolución de los problemas básicos de salud.
- La enfermedad sigue siendo una oportunidad para educar en salud, sobre todo en aquellas enfermedades de curso crónico y otras agudas que causen un impacto importante en la valoración de la salud de los pacientes.
- Algunos pacientes con ciertas características pueden empoderarse para ser canales de transmisión sobre el uso racional de medicamentos.
- El farmacéutico no es conocido como un profesional que puede aportar suficiente información sobre salud y medicamentos.
- Las personas que provenían de áreas rurales, analfabetas y las de nivel socioeconómico precario fueron las que refirieron una mayor frecuencia de

hábitos de consumo de medicamentos no acordes al uso racional de medicamentos.

- La mayoría de los participantes utilizan la radio y la televisión para informarse sobre temas de salud y enfermedad; sin embargo atienden a programas de radio y televisivos independientes, ya que no se cuenta con programas estatales ni con una política de promoción de salud que utilice los medios masivos habituales.
- Las consecuencias negativas sobre el uso no racional de medicamentos pueden favorecer los buenos hábitos de consumo, pero siempre será fundamental el enfoque preventivo.
- El nivel de automedicación referido por los pacientes fue del 24% y la buena adherencia del 84%.
- En todos los casos donde se detectó el manejo de información no compatible con el uso racional de medicamentos por parte de los pacientes se promovió el uso racional de medicamentos por medio del consejo farmacéutico individualizado

## 10. Recomendaciones

- Promover el conocimiento y la proyección del Químico Farmacéutico en la comunidad como un profesional capaz de aportar información sanitaria de alta calidad; quien puede participar de programas educativos y *debe* interesarse en la conducta de consumo de medicamentos y en los problemas que puedan surgir de ella.
- Promover los programas de uso racional de medicamentos en la comunidad y el ámbito hospitalario con un enfoque multidisciplinario y preventivo, que tomen en cuenta la identidad integral de las personas a las que van encaminadas.
- Hacer partícipe a las mismas personas para que transmitan sus conocimientos sobre uso racional de medicamentos y que sean capaces de intervenir cuando observen conductas no racionales de consumo de medicamentos.
- En los programas de servicios de salud se debe de tomar en cuenta las demandas, opiniones, interpretación y creencias de los pacientes hacia los mismos.
- Ofrecer a los pacientes medios accesibles para informarse sobre temas de salud y enfermedad y proveerles la información suficiente sobre los tratamientos y su enfermedad para que ellos participen activamente en la mejora de los problemas de salud que puedan presentar.
- Explotar el valor de la investigación cualitativa como herramienta y como concepción epistemológica capaz de generar conocimiento en las ciencias de la salud.

## 11. Referencias

1. Management Sciences for Health y OMS. 1997. LA GESTIÓN DEL SUMINISTRO DE LOS MEDICAMENTOS. Selección, Compra, Distribución y Utilización de Productos Farmacéuticos. Segunda Edición. OPS, Serie Paltext. USA, (páginas 454-464; 520-525).
2. OMS. 1998. PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: COMPONENTES CENTRALES. Serie Perspectivas Políticas sobre Medicamentos. No. 5. OMS. Ginebra, (páginas 1-15).
3. Laporte, J. 1993. PRINCIPIOS DE LA EPIDEMIOLOGÍA DEL MEDICAMENTO. Primera Edición. Editorial Masson Elsevier. Madrid, (páginas 45-59).
4. Hardon, A.; Hodking, C.; y Fresle, D. 2004. CÓMO INVESTIGAR EL USO DE LOS MEDICAMENTOS POR PARTE DE LOS CONSUMIDORES. OMS. Suiza, (páginas 323-328; 365-366).
5. Genaro, A. (director). 2000. REMINGTON FARMACIA. Vigésima Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires; (páginas 3890-3895; 4015-4022).
6. Ulin, P.; Robinson, E.; y Tolley, E. 2006 INVESTIGACIÓN APLICADA EN SALUD PÚBLICA. Métodos Cualitativos. OPS, Publicación Científica y Técnica No. 614. Washington, (página 79).
7. Do Prado, M.; De Souza, M.; y Carrago, T. 2008. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN ENFERMERÍA: CONTEXTO Y BASES CONCEPTUALES. OPS, Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000, No. 9. Washington, (páginas 117-130).
8. González, F. 2006. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y SUBJETIVA. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala. Guatemala, (páginas, 139-146)
9. Faus, M.; Amariles, P.; y Martínez-Martínez, F: ATENCIÓN FARMACÉUTICA. CONCEPTOS PROCESOS Y CASOS PRÁCTICOS. GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA. Universidad de Granada. Madrid, España; 2008 (páginas 88, 101-105, 120).
10. Organización Mundial de la Salud –OMS–: EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD. Informe de la reunión de la Organización Mundial de la Salud. Tokio, Japón 1993 (página 1).
11. Ramalho de Oliveira, D.; Niurka Dupotey Varela: LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN FARMACIA. APLICACIONES EN ATENCIÓN

FARMACÉUTICA. Artículo publicado en Revista Brasileña de Ciencias Farmacéuticas. vol. 44, n. 4, out./dez., 2008.

12. Marroquín, Blanca: DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE EXPENDIDOS EN SUPERMERCADOS DE LA CIUDAD DE GUATEMALA Y ELABORACIÓN DE GUÍAS DIRIGIDAS AL CONSUMIDOR. Tesis Químico Farmacéutico. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 2005. 920 (páginas 2, 38-41).
13. Pérez, Julia: CONTRIBUCIÓN AL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS DE LOS ANTIBIÓTICOS, ESTABLECIMIENTO DE LOS FACTORES QUE AFECTAN LA ADHERENCIA DE LOS PACIENTES ADULTOS AL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ORAL. ELABORACIÓN DE UNA GUÍA INFORMATIVA DIRIGIDA AL CONSUMIDOR. Tesis Químico Farmacéutico. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 2005. 929 (páginas 2, 30, 59-64).
14. García, Magdalena: EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE QUE POSEE EL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA DE REEMPLAZO VALVULAR A SU EGRESO DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR, UNICAR. Tesis Químico Farmacéutico. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 2007. 1006 (página 3).
15. Oliva, María: DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS RIESGOS DEL USO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA EN COMADRONAS DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO. Tesis Químico Farmacéutico. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 2008. 1074 (página 3).
16. Strauss, Anselm y Juliet Corbin: BASES DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA DESARROLLAR LA TEORÍA FUNDAMENTADA. Editorial Universidad de Antioquía, Colección Contus. Segunda Edición (en Inglés), Primera Edición en Español. Colombia, 2002 (páginas 69, 80).
17. PNUD. 2010. INFORME REGIONAL SOBRE DESARROLLO HUMANO PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 2010. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Nueva York (página 166).
18. Vargas, R.; et al. 2001. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. 10ª edición. Masson. España. (páginas 221-231).
19. Kroeger, A.; Ochoa, H.; Arana, B.; Díaz, A.; et al 2001. PRESCRIPCIÓN INADECUADA EN FARMACIAS DE GUATEMALA Y MÉXICO: LA MAGNITUD

DEL PROBLEMA Y LOS FACTORES EXPLICATORIOS. ANNALS of Tropical Medicine and Parasitology; 95(6): 605-16.

20. Estrada, G. 1998. EL SISTEMA DE SALUD DE GUATEMALA. HACIA DÓNDE VAMOS. SÍNTESIS. PNUD. Guatemala, (páginas 90-105).
21. Organización Mundial de la Salud. 2002. PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: COMPONENTES CENTRALES. OMS. Ginebra, (páginas 1-6).
22. Hernández Sampieri, et al. 1991. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. 2ª edición. Editorial Mc Graw-Hill. México, (página 125).
23. Coffey, A. Y Atkinson P. 2003. ENCONTRAR EL SENTIDO A LOS DATOS CUALITATIVOS. ESTRATEGIAS COMPLEMENTARIAS DE INVESTIGACIÓN. Editorial Universidad de Antioquía, Colección Contus. Segunda Edición (en Inglés), Primera Edición en Español. Colombia, (páginas 38, 52, 72-73).
24. Gastelurrutia, M.; Teneu, L.; y Liere, A. 2007. LA FARMACIA EN GUATEMALA. SITUACIÓN ACTUAL Y POSIBILIDADES DE DESARROLLO FUTURO. Artículo publicado en O.F.I.L. España, 17;3:44-50.
25. OMS. 2006. USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS: PROGRESOS REALIZADOS EN LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA FARMACÉUTICA DE LA OMS. OMS. Ginebra, (sin paginación).
26. Hepler CD; y L. Strand. 1990. OPPORTUNITIES AND RESPONSIBILITIES IN PHARMACEUTICAL CARE. Artículo publicado en: Am J Hosp Pharm 1990; 47: 533-543. Estados Unidos.
27. Fresle, D.; y Wolfheim, C. 1997. PUBLIC EDUCATION IN RATIONAL DRUG USE. OMS. Ginebra, (página 61).
28. Fernández-Llimós, F. 1999. LA INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS EN LA FARMACIA COMUNITARIA. Artículo publicado en revista Pharmaceutical Care. España; 1: 90-96.
29. Baldon, J.; Correr, C.; Melchioris A., et al. 2006. ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE LOS FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS AL DISPENSAR MEDICAMENTOS A EMBARAZADAS. Artículo publicado en el revista Pharmacy Practice, 4(1): 38-43; Madrid, España.
30. Rivera, S.; López, M. 2006. DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN SERVICIO DE EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE EL USO CORRECTO DE LOS MEDICAMENTOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO MEXICANO. Artículo publicado Pharmacy Practice; 4(1): 9-12; Madrid, España

31. Reyes, J.: 2007. TÉCNICAS DE ENCUESTAS. Una Guía Paso a Paso. Sin Editorial. Guatemala, (páginas 32, 34, 41).
32. Dawson-Saunders, B.; y Trapp, R. 1993. BIOESTADÍSTICA MÉDICA. Editorial El Manual Moderno. México, (24, 149, 162).

## 12. Anexos

### 12.1 Instrumento de recolección de datos

Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia Escuela de Química Farmacéutica	Clinica: _____ No. Paciente: _____ Hora inicial: _____
---	--

**Evaluación Cualitativa sobre Hábitos de Consumo de Medicamentos en Personas que Asisten a los Servicios de Consulta Externa del Hospital Roosevelt y su Relación con la Promoción del Uso Racional de Medicamentos**

Objetivo de la entrevista: evaluar los hábitos de consumo de medicamentos en pacientes ambulatorios.

**A. Datos Personales**

1. SEXO Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

2. EDAD 18-25 años \_\_\_\_\_ 26-35 años \_\_\_\_\_ 36-49 años \_\_\_\_\_ 50-60 años \_\_\_\_\_

3. NIVEL SOCIOECONÓMICO: indague sobre nivel socioeconómico y clasifique:  
Pobreza extrema \_\_\_\_\_ Pobreza \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Alto \_\_\_\_\_

4. EDUCACIÓN: indague sobre nivel de educación o instrucción técnica y clasifique:  
Analfabeta \_\_\_\_\_ Algún estudio \_\_\_\_\_ Hasta educación básica \_\_\_\_\_  
Diversificado \_\_\_\_\_ Universitario \_\_\_\_\_ Alfabeto + Educación Técnica \_\_\_\_\_

5. HÁBITOS DE INFORMACIÓN: indague sobre hábitos de lectura de periódicos, libros, revistas; sintonía de programas de radio o TV; Internet u otros y clasifique:  
Medios escritos \_\_\_\_\_ Radio o TV \_\_\_\_\_ Internet/E mail \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

**B. Hábitos de Consumo de Medicamentos**

6. QUÉ ES UN MEDICAMENTO? Use palabras como medicina, remedio, medicamento, etc. Utilice un medio electrónico para dejar constancia de la respuesta.

7. TODO PERSONA QUE ESTÁ ENFERMA NECESITA MEDICAMENTOS? Puede plantear la pregunta de diversas formas. Utilice un medio electrónico para dejar constancia de la respuesta.

**URM:** plantee las siguientes preguntas de la manera que mejor crea conveniente, no es necesario seguir el orden como se muestra a continuación, sea flexible y trate de llevar esta parte de la entrevista de la forma más natural y espontánea posible. Plantee ejemplos hipotéticos prácticos. En algunos casos sólo indague si entiende el concepto. Utilice un medio electrónico para dejar constancia de la respuesta.

8. MEDICAMENTO CORRECTO

9. INDICACIÓN APROPIADA

10. MEDICAMENTO APROPIADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL COSTO, EFICACIA E IDONEIDAD PARA EL PACIENTE

11. POSOLOGÍA, ADMINISTRACIÓN y DURACIÓN APROPIADAS

12. PACIENTE APROPIADO (NO CONTRAINDICACIONES, ETC.)

13. DISPENSACIÓN CORRECTA (INCLUYA INFORMACIÓN APROPIADA)

14. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

**HAGA UNA PAUSA, se han evaluado las áreas prioritarias del concepto de URM**

15. INFORMACIÓN ADICIONAL: si así lo considera siga hablando con el entrevistado, responda a sus preguntas, opiniones e inquietudes; ahonde en los temas que le parezcan interesantes o atípicos. De lo contrario pase la siguiente pregunta. Utilice un medio electrónico para dejar constancia de la respuesta.

16. QUÉ SE PUEDE HACER PARA MEJORAR EL USO DE LOS MEDICAMENTOS: o céntrese en las recomendaciones para obtener el mejor provecho de los medicamentos por parte del paciente. Utilice un medio electrónico para dejar constancia de la respuesta.

**FIN DE LA ENTREVISTA**

Hora final: \_\_\_\_\_  
Tiempo transcurrido (minutos): \_\_\_\_\_

## 12.2. Formato de Registro de Pacientes

Universidad de San Carlos de Guatemala  
Facultad de Ciencias Químicas y  
Farmacia  
Escuela de Química Farmacéutica

### **Evaluación Cualitativa sobre Hábitos de Consumo de Medicamentos en Personas que Asisten a los Servicios de Consulta Externa del Hospital Roosevelt y su Relación con la Promoción del Uso Racional de Medicamentos**

Nombre la Clínica	No. Paciente	CHECK
<b>CLINICA A</b>	1	
<b>CLINICA A</b>	2	
<b>CLINICA A</b>	3	
<b>CLINICA A</b>	4	
<b>CLINICA A</b>	5	
CLINICA B	1	
.	.	
.	.	
.	.	

Este formato sirve únicamente para verificar que se ha cumplido con entrevistar a la cantidad requerida de pacientes por clínica, para poder iniciar el trabajo en la clínica siguiente.

### 12.3. Listado de clínicas de consulta externa de adultos donde se realizó la investigación

1. Otorrinolaringología
2. Dermatología
3. Estomatología
4. Cirugía General
5. Medicina
6. Ortopedia
7. Neurocirugía
8. Coloproctología
9. Neurología
10. Neurocirugía