UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD

AUTOMEDICACIÓN: UNA VISIÓN DESDE LA EXPERIENCIA HUMANA EN EL CONTEXTO COMUNITARIO. REPRESENTACIONES SOCIALES.

VALENCIA, MARZO, 2018

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD

AUTOMEDICACIÓN: UNA VISIÓN DESDE LA EXPERIENCIA HUMANA EN EL CONTEXTO COMUNITARIO. REPRESENTACIONES SOCIALES.

Autora:
ANA CRISTINA LO PRESTI
Tutora:
FANNY BARBERA

VALENCIA, MARZO, 2018

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD

AUTOMEDICACIÓN: UNA VISIÓN DESDE LA EXPERIENCIA HUMANA EN EL CONTEXTO COMUNITARIO. REPRESENTACIONES SOCIALES.

Tesis Doctoral presentada ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo para optar al título de Doctora en Ciencias Sociales, Mención, Salud y Sociedad.

Autora:
ANA CRISTINA LO PRESTI
Tutora:
FANNY BARBERA

VALENCIA, MARZO, 2018

Universidad de Carabobo

Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud

Dirección de Asuntos Estudiantiles
Sede Carabobo

ACTA DE DISCUSIÓN DE TESIS DOCTORAL

En atención a lo dispuesto en los Artículos 145,147, 148 y 149 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 146 del citado Reglamento, para estudiar la Tesis Doctoral titulada:

AUTOMEDICACIÓN: UNA VISIÓN DESDE LA EXPERIENCIA HUMANA EN EL CONTEXTO COMUNITARIO. REPRESENTACIONES SOCIALES.

Presentada para optar al grado de **Doctora en Ciencias Sociales, Mención Salud y Sociedad** por el (la) aspirante:

LO PRESTI A., ANA C.

C.I. V- 13492022

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Fanny Barbera C.I. 8833527, decidimos que el mismo está **APROBADO .**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **20/03/2018**

Dr. (a) Gerónimo Sosa Sánchez (Presidente)
CI: 2524380

Fanny Barbera
Dr.(a) Fanny Barbera
C.I. 8.833.527
Fecha 20/03/2018

Dr. (a) Tadeo Medina
C.I. 4644132
Fecha 20/03/ 2018

Dr. (a) Diomelis Maurera
C.I. 8.464577
Fecha 20/03/18

Dr. (a) Carlos Castillo
C.I. 8165717
Fecha 20/03/2018

TG-CS:114-17

DEDICATORIA.

Mis padres, por su eterno amor.

Mi esposo, por su apoyo incondicional

Mis hijas, por ser el centro de mi existencia.

AGRADECIMIENTOS…

- A Dios todopoderoso que me guía, me acompaña, me despeja los caminos con obstáculos, me ama y nunca me abandona.
- A mis padres, parte esencial de mis proyectos y triunfos durante toda mi vida.
- A mi esposo, por ser mí ejemplo más perfecto de perseverancia y constancia.
- A mis hijas Antonella y Giuliana, por ser mi refugio, mi fuente de inspiración, el capitulo más hermoso de mi vida.
- A mis entrevistados, seres gentiles quienes a través de sus experiencias y vivencias me permitieron entrar en el grandioso mundo de su existencia.
- A mi tutora y a todos aquellos expertos que de una u otra forma fueron faro, que me orientaron durante la investigación.

A todos ellos, enteramente agradecida…..

INDICE

ESCENARIO I

AUTOMEDICACIÓN: DE LO PERSONAL A LO SOCIAL

Lo Aprendido, lo Vivido, lo Cuestionado del Discurso Médico como parte de mi Motivación. ……..……..……..…..6

El Viaje en busca de Respuestas a mis Incertidumbres…….…….……....9

El Conocimiento del sentido común ….…….…….……...…...……..….…16

Directriz General…….……..…….22

Directrices Específicas…….…….…….……...…….23

ESCENARIO II.

MARCO TEORICO REFERENCIAL.

La Automedicación…….……..…….……..…….……..…..24

Consecuencias de la Automedicación…….…..….……..……26

Automedicación responsable de los medicamentos……..….……..……27

La Automedicación en Venezuela.…….…...…….……...… 29

Factores intervinientes en la práctica de la automedicación. ……..…….31

Bases legales que regulan la práctica de la Automedicación…….....33

Automedicación en el Contexto Comunitario. ……..……..…..…41

El saber Científico y el saber Popular en la práctica de la Automedicación…….44

Teoría del Cuidado Humano……..……..……..……52

Representaciones Sociales en la Práctica de la Automedicación….……..….56

Condición Humana…….….63

La condición humana como condición genética, racional y social……..…..63

El bien como deseo y como razón. ……..……..….65

Virtudes del ser Humano. …….…..…….……...……66

Experiencia Humana……...…….…..…...69

La experiencia humana propiamente dicha. ……..……...69

La experiencia en el ser humano desde lo Biológico y lo Racional…….….…71

La experiencia humana desde las emociones. …….…….…….73

La experiencia humana desde la espiritualidad…….……..…..76

La experiencia humana desde el lenguaje……..……..…….78

ESCENARIO III

RECORRIDO METODOLÓGICO.

Abordaje Epistémico de la Metodología de la Investigación……..……..…..81

Teoría Fundamentada en los Datos…….…..…..….84

La Metódica…….…….....….…87

Describiendo El Recorrido…….…….….....89

ESCENARIO IV.

ANALISIS, INTERPRETACION Y DISCUSION DE LOS DATOS

Categoría: Naturaleza Humana. …….…….….116

Categoría: Enfermedad: Experiencia Vivida. …….……...….128

Categoría: Apreciación de la Salud. ……..…….…….….137

Categoría: Sociocultura. ……..……..…….144

Categoría: Administración de Medicamentos……..…….….…149

ESCENARIO V

EXPOSICIÓN DE LA APROXIMACIÓN TEÓRICA

Develando el Fenómeno de Estudio a través del Modelo de Integración (Modelo Paradigmático) ……157

Aproximación Teórica desde las Representaciones Sociales..... ……168

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD

AUTOMEDICACIÓN: UNA VISIÓN DESDE LA EXPERIENCIA HUMANA EN EL CONTEXTO COMUNITARIO. REPRESENTACIONES SOCIALES.

RESUMEN

Las personas se automedican porque además de intentar tratar la enfermedad, la automedicación es una práctica socialmente aceptada. Se debe considerar además que los medicamentos son utilizados por iniciativa propia o por sugerencia de familiares o amigos, sin justificación real, para solucionar signos, síntomas o situaciones de la vida cotidiana. El hecho biológico de enfermar crea vivencias y experiencias personales y sociales, tales vivencias y experiencias dan a conocer la influencia sociocultural del contexto donde se generan. Por consiguiente, se puede valorar como cada sociedad hace uso de la automedicación como una práctica social, a través del análisis de las vivencias, experiencias y creencias establecidas en la dimensión humana. De tal manera que la conceptualización de la salud, de la enfermedad, de la automedicación en cada cultura estará establecida por el concepto que cada individuo haya construido y adoptado, así como por el contexto social donde éste se desarrolle. Es por ello, que en la presente investigación, se adopta como posición epistémica, que la automedicación es más que una cuestión biológica, ya que la misma constituye una experiencia humana y socioculturalmente construida. Se realizó un estudio de abordaje cualitativo, rastreando las Representaciones Sociales tomando en consideración el conocimiento del sentido común de la automedicación como practica social, para ello se utilizó la Teoría Fundamentada en los Datos como metodología de investigación. Partiendo del análisis de los resultados obtenidos, estos señalan que la automedicación como una experiencia y vivencia humana, ejercida desde la práctica social, está mediada por sentimientos, recuerdos, sensaciones, hábitos, costumbres, los cuales son factores emocionales y actitudinales.

Palabras claves: Automedicación, Práctica Social, Experiencia, Vivencia Humana, Representaciones Sociales.

Línea de Investigación: Procesos sociales y condiciones de vida en las áreas urbanas venezolanas

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCIÓN SALUD Y SOCIEDAD

AUTOMEDICATION: A VISION FROM THE HUMAN EXPERIENCE IN THE COMMUNITY CONTEXT. SOCIAL REPRESENTATIONS.

ABSTRACT

People self-medicate because in addition to trying to treat the disease, self-medication is a socially accepted practice. It should also be considered that medications are used on their own initiative or at the suggestion of family or friends, without real justification, to solve signs, symptoms or situations of daily life. The biological fact of getting sick creates experiences and personal and social experiences, such experiences and experiences reveal the sociocultural influence of the context where they are generated. Therefore, it can be assessed how each society uses self-medication as a social practice, through the analysis of experiences, experiences and beliefs established in the human dimension. In such a way that the conceptualization of health, of disease, of self-medication in each culture will be established by the concept that each individual has constructed and adopted, as well as by the social context where it develops. That is why, in the present investigation, it is adopted as an epistemic position, that self-medication is more than a biological issue, since it constitutes a human and socio-culturally constructed experience. A study of qualitative approach was carried out, tracing the Social Representations taking into consideration the knowledge of the common sense of self-medication as a social practice, for which the Theory Based on Data was used as a research methodology. Based on the analysis of the results obtained, they point out that self-medication as an experience and human experience, exercised from the social practice, is mediated by feelings, memories, sensations, habits, customs, which are emotional and attitudinal factors.

Keywords: Self-Medication, Social Practice, Experience, Human Experience, Social Representations.

Research Line: Social processes and living conditions in Venezuelan urban areas.

INTRODUCCIÓN

Cuando una persona se siente mal, piensa que debería ir al médico, pero en vez de eso se dirige a una farmacia o llama a un amigo o familiar para que le sugiera un medicamento que alivie un simple dolor de cabeza o un insoportable dolor de estómago. Sucede que, posiblemente, termine sintiéndose peor y no sabe por qué. Casos como estos se repiten diariamente en Venezuela ocasionando consecuencias en la salud de las personas: Esto es parte del fenómeno social comúnmente conocido como Automedicación.

Desde sus inicios la automedicación ha sido una de las prácticas sociales más utilizadas a nivel mundial durante el proceso salud-enfermedad y es considerada una de las principales forma de autocuidado en la población (Menéndez, 1982). Ésta práctica se caracteriza por la ingestión de medicamentos y plantas medicinales por iniciativa propia o por consejo de otra persona sin acudir a la consulta de un médico ante un síntoma, alteración, problema de salud menor o enfermedad recurrente. Además, es por todos conocidos que en esta práctica confluyen una serie de factores que permiten su aprendizaje, su práctica y su transmisión de conocimientos de generación en generación.

Es de tomar en consideración, los altos costos de la consulta en la medicina privada, la falla en los servicios de salud pública y la distribución de medicamentos genera en los pacientes ansiedad, compras nerviosas, pérdida de tiempo, interrupción o atraso en el tratamiento y control inadecuado de la enfermedad. Ante esta situación, el desespero ha ganado a los ciudadanos, quienes optan por automedicarse y, en casos extremos, recurrir a remedios caseros como mezclar

productos lácteos con tóxicos o en todo caso consumir medicamentos, cuyas contraindicaciones o interacciones pueden causar graves consecuencias o incluso la muerte.

En este sentido, en una entrevista realizada a Edmundo Bond, farmacéutico y miembro de la Junta Revisora de Productos Farmacéuticos del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel, afirma que la automedicación en Venezuela obedece a la dificultad de acceso a servicios para la salud, ya sea pública o privada y destaca las debilidades en el control sanitario, la desinformación de la población y el fomento al consumo innecesario (Diario El Universal, 2013).

Ahora bien, la automedicación practicada desde el cuidado humano, pudiera ser vista como una necesidad propia de nuestra condición biológica, sin embargo, también es una cuestión cultural, dado que todo niño desde su nacimiento por su fragilidad requiere del cuidado y protección de los demás, y ésta relación con el otro no solo ayuda a desarrollar los vínculos de las relaciones afectivas, sino que además a través de la enseñanza de hábitos y costumbres se favorece la transmisión de ese modo de vida en ese vivir y convivir, y con ello el aprendizaje de una sociocultura.

Esta experiencia que tiene el ser humano desde la niñez se comienza a formar a partir de toda una red de conocimientos que provienen de la experiencia, de la vivencia.

La experiencia humana se puede conceptualizar como un acontecimiento que forma parte de nuestras vivencias, es decir, de la vivencia de cada ser humano, de una manera única e irrepetible, que queda como un acto consciente en la memoria, donde muchas veces queda instaurada como un hecho del cual adquirió un conocimiento, un aprendizaje o simplemente pasa de largo como un acontecimiento o vivencia adquirida.

El hombre desde su condición humana es capaz de vivir la espiritualidad a partir de la religión, con la enseñanza de las tradiciones de fe a través del testimonio de vida y profunda religiosidad.

Desde el proceso salud-enfermedad el afrontamiento espiritual-religioso puede mejorar la calidad de vida, brindar bienestar psicológico, felicidad, emociones positivas, disminuir los niveles de ansiedad, depresión y los comportamientos adictivos y suicidas, por lo que las personas que no son sumamente religiosas pueden llegar a serlo en momentos de enfermedad, debido a la pérdida del control personal. Su vulnerabilidad frente a este proceso de enfermedad lo acercará más a la búsqueda de un poder más grande que el humano o un Dios para encontrar los propósitos de la vida y enfrentar situaciones estresantes.

Con este preámbulo quiero comenzar el trayecto en la búsqueda de respuestas a mis incertidumbres, y es que en ese devenir de mis estudios doctorales, se despertó un gran interés por comprender el significado de los hechos sociales que conducen a la práctica de la automedicación, considerando las vivencias propias y ajenas, y para ello, el abordaje cualitativo es el más indicado, ya que me permitió ser investigadora y a la vez objeto de investigación, consciente que, en la interpretación el interprete y lo interpretado son de la misma naturaleza, son existencia; y lo que interpretamos es intersubjetivo.

La presente investigación; tuvo como intencionalidad: Generar un pensamiento epistémico que permita aproximarse significativamente a las Representaciones Sociales, que sobre la Automedicación y el Cuidado Humano en salud, construyen las personas en su vida cotidiana. La investigación tiene un abordaje cualitativo por ser un estudio que aborda el fenómeno en su entorno natural, en donde se mantiene una conversación abierta con los informantes para comprender el significado que estos le asignan a la Automedicación como una Experiencia y

Vivencia Humana, en base a lo que dicen y hacen, en búsqueda de la experiencia del otro a través de la entrevista para indagar aspectos que no son mesurables, tales como, sentimientos, valores, creencias, ideas, emociones y todo aquello que guarda relación con la interacción humana.

El interés es descubrir, interpretar y comprender rastreando en el conocimiento del sentido común las Representaciones Sociales que construye la gente en torno a la automedicación, utilizando para ello el enfoque metodológico de la Teoría Fundamentada en los Datos, con el propósito de construir un pensamiento epistémico, como aporte teórico sobre la Automedicación y el Cuidado Humano en salud. La técnica de recolección de la información fue por medio de entrevistas en profundidad.

La presente Tesis consta de cinco Escenarios:

- **Escenario I**, se presenta la Contextualización de la temática a estudiar: Lo Aprendido, lo Vivido, lo Cuestionado del Discurso Médico como parte de mi Motivación. El Viaje en busca de Respuestas a mis Incertidumbres. El Conocimiento del Sentido Común.
- **Escenario II**, Marco Teórico Referencial: La Automedicación. La Automedicación en Venezuela. El Saber Científico y el Saber Popular en la Práctica de la Automedicación. Representaciones Sociales en la Práctica de la Automedicación**.** La Automedicación en el Contexto Comunitario. La Condición Humana. La Experiencia Humana**.**
- **Escenario III**: Referencial teórico-metodológico: Abordaje Epistémico de la Metodología de la Investigación, Teoría Fundamentada en los Datos. La Metódica. Describiendo el Recorrido. Teorización.

- **Escenario IV.** Análisis, interpretación y discusión de los datos. Categoría: Naturaleza Humana, Categoría: Enfermedad Experiencia Vivida, Categoría: Apreciación de la Salud, Categoría: Sociocultura, Categoría: Administración de Medicamentos.
- **Escenario V**: Exposición de la Propuesta Teórica: Develando el Fenómeno de Estudio a través del Modelo de Integración de Strauss y Corbin (2002). Dando Respuesta a las Directrices Específicas. Construcción del aporte teórico.

Finalmente, Referencias Bibliográficas.

ESCENARIO I

AUTOMEDICACIÓN: DE LO PERSONAL A LO SOCIAL.

Lo Aprendido, lo Vivido, lo Cuestionado del Discurso Médico como parte de mi Motivación.

Mi pasión por la farmacología comienza durante mis estudios de farmacia en la Universidad de Los Andes, a la edad de 17 años en la ciudad de Mérida. Comencé con la ilusión de crear nuevos medicamentos, me apasionaba la química, me imaginaba desarrollar nuevas moléculas de fármacos para contrarrestar cada enfermedad emergente. Las asignaturas que tenían que ver con las propiedades de las plantas medicinales carecían de importancia para mí, pues estaba segura que lo único que podía mejorar la salud de un paciente eran los medicamentos sintetizados y desarrollados en los laboratorios farmacéuticos reconocidos. Me encontraba sumergida en una fuerte corriente de modelo biomédico, en ese saber científico que embulle prácticamente todo el contenido programático de las asignaturas de mi carrera profesional. Así fue desde el comienzo hasta el final de mis estudios de pregrado. La enseñanza se asentaba en el estudio de fármacos en cuanto a sus indicaciones, efectos adversos y contraindicaciones. Lo que se resaltaba mayormente en el estudio de los fármacos era su función principal: "*restablecimiento de la salud*".

Más adelante, en mi rol de madre, cuando mi primera hija se enfermaba, con frecuencia visitaba a su pediatra, ella le prescribía una serie de fármacos que yo como cuidadora cumplía al pie de la letra. Mi segunda hija prácticamente no ha ido al pediatra, al menos que sea por vacunas, estoy convencida de saber cómo actuar ante cualquier síntoma común manifestado también por mi primera hija a su edad. En mi cartera no falta un Atamel®, cuando salgo de viaje no dejo mi bolso de fármacos, el cual contiene analgésicos, antidiarreicos, antieméticos, gotas para los ojos, la nariz y los oídos, curitas y demás.

En relación al proceso de automedicación aplicado a mi familia me preguntaba ¿Cómo expresar la seguridad que siento como madre al administrar fármacos a mis hijas sin la supervisión de un médico? ¿Esta seguridad en mi rol de autocuidadora se sustenta en los conocimientos técnicos científicos de mi profesión de farmacéutica? Sin lugar a dudas ese conocimiento me brindan la confianza para hacer uso de los fármacos cuando enferma algún miembro de mi familia, sin embargo, esa confianza fue construida principalmente por la experiencia que tuve con mi primera hija en relación a la administración de fármacos, incluso esa seguridad todavía la sigo confeccionando a medida que mis conocimientos se van nutriendo de vivencias, de saberes, se va moldeando y adquiere nuevos matices, producto de la interacción con mis pares, de lo vivido en la consulta médica, y en especial, del resurgimiento de la medicina natural como terapia curativa, preventiva, la cual había sido completamente

invisible en mi mirada como profesional, luego develada en mi práctica como autocuidadora.

Este correr de cortina por la medicina natural, fue producto en primer lugar del aporte bibliográfico de mi tesis doctoral, el cual despertó en mi la curiosidad por el uso de la medicina natural, y en segundo lugar, por ese diálogo de vivencias compartidas entre madres cuidadoras, todo ello me ha facilitado el descubrimiento de nuevos saberes los cuales hoy en día he puesto en práctica en mi vida cotidiana. Por tal razón, considero que el conocimiento producto de mis vivencias compartidas con los otros, no es estático, se transforma, y este nuevo conocimiento sigue recubierto de lo construido en nuestra niñez.

Asimismo, en un momento particular de mi vida tuve un problema de salud, él cual perturbaba mi calidad de vida, por ello decidí visitar a un médico y en una consulta de 10 minutos de conversación, este profesional en su discurso me comenta: "antes de escuchar lo que me tengas que decir es importante que sepas que te voy a mandar este medicamento, esto es lo que te va a mejorar". En ese momento yo no estaba preparada para la medicación, sin embargo, así acepté que "el medicamento es el que te curará" al terminar la consulta se despide diciendo "no dejes de tomar lo que te indique, sin eso no podrás mejorar" y eso fue todo lo obtenido de esa consulta. Lo que pude traducir de esa experiencia fue que para el médico la única solución a mi problema de salud era el uso de los fármacos indicados, no había otra salida, esa era la única. Ahora bien, tomando en cuenta esta experiencia vivida, surge la siguiente

interrogante ¿Puede el discurso médico en su disertación en cuanto al el uso de los fármacos como única vía de solución a los problemas de salud, tener influencia para la práctica de la automedicación?

En este sentido, esta interrogante y las anteriormente expuestas, así como mi experiencia en la práctica de madre autocuidadora y las vivencias compartidas, fueron motivación para realizar la presente investigación.

El Viaje en busca de Respuestas a mis Incertidumbres.

El tránsito hacia la búsqueda del conocimiento puede tener distintos caminos, unos fácilmente guiados, como cuando las calles y avenidas que averiguas se encuentran muy bien señalizadas, haciendo agradable su búsqueda, y por el contrario, otros caminos resultan difíciles, probablemente porque sus señalizaciones no están muy claras, y sin embargo se debe confiar en poder encontrar la dirección indicada a pesar de esas señalizaciones imprecisas. A mi parecer, así mismo ocurre cuando el investigador está en la búsqueda de la verdad, de este modo, los caminos que poseen señalizaciones confusas se convertirán en un desafío para el investigador, pero la recompensa puede ser muy gratificante, se puede transitar por un camino poco conocido y por ello escasamente transitado, y ser a la vez un camino con aventuras maravillosas que cambiará por completo la perspectiva de como percibir la realidad.

Deseo resaltar que en mis años de estudios del pregrado, mis conocimientos fueron siempre adquiridos desde el paradigma positivista, como modelo de educación establecido en nuestra formación académica. En él prevalece la afirmación, en la cual

si un conocimiento no está comprobado simplemente éste no es válido, en otras palabras "*no existe"*. Gran parte de mi vida cotidiana transcurrió sumergida en esta forma de pensar, la cual considero tiene legitimidad en toda la sociedad. Una vez iniciados mis estudios en el Doctorado de Ciencias Sociales comprendí que el conocimiento va más allá de lo observable, de lo verificable, que existe un conocimiento inmerso en un mundo de significados, nutrido de relatos, de creencias, vivencias y un cúmulo de saberes transmitidos de generación en generación, en donde las bases de estos saberes no derivan precisamente de la ciencia.

Con este pequeño preámbulo quiero comenzar el trayecto en la búsqueda de respuestas a mis incertidumbres, y es que en ese devenir de mis estudios doctorales, se despertó un gran interés por comprender el significado de los hechos sociales que conducen a la práctica de la automedicación, considerando las vivencias propias y ajenas, y para ello, el abordaje cualitativo es el más indicado, ya que me permite ser investigadora y a la vez objeto de investigación.

El ser humano ha buscado a través del cuidado de sí y el cuidado de los otros mantener la salud y prever las enfermedades, así como sucede en la parte terapéutica la búsqueda de la cura o alivio de una determinada enfermedad o síntoma, recurriendo por iniciativa y voluntad propia de la persona al uso irresponsable e inapropiado de medicamentos sin receta o prescritos con anterioridad, sin que exista la debida supervisión de un profesional de salud, ocasionando daños que en muchos casos pueden ser irreversibles y conducir a la muerte. En este sentido, Rodríguez y

Solar (2007), refieren que en la actualidad existe un uso indiscriminado de medicamentos como los antibióticos, que trae consigo la resistencia bacteriana y por ende, la no efectividad de los mismos.

De esta manera, la automedicación representa una parte importante del proceso salud-enfermedad, ya sea como mecanismo para prevenir enfermedades o para el tratamiento de las mismas. En este sentido, la automedicación se percibe como práctica en el uso de medicamentos y plantas medicinales sin prescripción facultativa, y el autocuidado como el conjunto de actividades realizadas por el paciente, sin la asistencia de profesionales de la salud (Kregar y Filinger, 2005).

Ahora bien, la automedicación ha sido considerada por algunos autores como una de las causas del uso indiscriminado de medicamentos. En este sentido, Nefi (2008), considera que la automedicación se ha constituido en las últimas décadas, en una actitud muy errónea, cotidiana y habitual en la mayor parte de las personas adultas, lo que ha hecho que se convierta en uno de los problemas más graves que afectan a la población mundial, ya que más de 7 millones de personas murieron en el año 2007 a consecuencia de esta práctica.

Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales, y en todo el mundo, más del 50% de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden de forma inadecuada, razón por la cual esta Organización Mundial desarrolla estrategias dirigidas a controlar el uso indiscriminado de

medicamentos, mediante programas que permite abordar esta práctica social no solo en los aspectos negativos en cuanto a los riesgos para la salud, sino también en términos positivos. (OMS, 2002).

En este sentido, la OMS en términos positivos, promociona la Automedicación Responsable, y ésta se refiere principalmente al uso de medicamentos de libre acceso (no requieren receta médica) y se contrapone a la Autoprescripción o uso indiscriminado de fármacos sin indicación ni supervisión facultativa. En este sentido, la OMS ve a la Automedicación Responsable como una fórmula válida de atención a la salud en las sociedades desarrolladas (Consumer, 2002).

En el año 2007, para fortalecer el papel de la OMS, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), adoptó la resolución AMS 60.169 en la que se compromete a asumir un papel protagónico en la promoción del uso racional de medicamentos, ayudando a los países para aplicar programas nacionales, reforzando la coordinación del apoyo internacional, fomentando la investigación, y promoviendo el debate entre las autoridades sanitarias, profesionales y pacientes. (Calvo, s/f).

En el análisis en cuanto a la intencionalidad de la Automedicación Responsable, para evitar el uso indiscriminado de los medicamentos, me preocupa como profesional de la salud, que la Automedicación Responsable probablemente invite al mismo tiempo a la población, al uso de medicamentos de manera inadecuada por iniciativa propia (Autoprescripción). Entonces, surge mi inquietud en conocer sí

la población en general está adecuadamente preparada para el uso de la Automedicación Responsable.

Es por ello que en mi recorrido, también me detuve a indagar la prevalencia de la Automedicación en Latinoamérica: Según Carámbula (2010), en Latinoamérica existen pocos estudios acerca del abuso de medicamentos utilizados en dicha región, la referida autora manifiesta que de acuerdo a un estudio realizado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid), el 60% de la población peruana se automedica con antibióticos.

Por su parte, Moya (2012), considera que en Chile no existe suficiente información publicada sobre la magnitud de este problema, y es por ello que realizó un estudio cuyo fin fue determinar la prevalencia de Automedicación en sujetos que asisten a un centro de atención ambulatorio adosado a un hospital de alta complejidad. La investigación reveló una prevalencia del 85% de Automedicación, y sólo el 41% de los encuestados lee el prospecto farmacológico, pero no completamente.

En el proyecto de *Política Farmacéutica Nacional*, el Ministerio de la Protección Social República de Colombia, *ex*presa que la venta de medicamentos sin receta se ha hecho una costumbre, y está enormemente diseminada en Colombia. En este orden de ideas, Armero y Cruz (2011), reportan que el 44% de los colombianos compran medicamentos con receta médica, mientras que la mayoría, el 56% se automédica y adquiere medicinas sin prescripción aunque generalmente lo hacen con

productos de venta libre. Las autoras antes citadas, reportan que en Estados Unidos el uso inapropiado de fármacos constituye la tercera causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

No cabe duda, que la investigación farmacológica como producto de la revolución científica de la era moderna, ha favorecido hasta la actualidad el gran desarrollo de la industria farmacéutica, y con ello ha contribuido a elevar el número de fármacos disponibles y su utilización por parte de la población. Si bien los medicamentos están elaborados para aliviar dolencias, tratar enfermedades con la finalidad última de mejorar la salud de quien los ingiere; hay también detrás de todo esto un negocio, un interés económico de mercado, es decir una finalidad lucrativa. Los laboratorios fabricantes tienen como principal objetivo vender más y para ello apelan a recursos de comercialización: al bombardeo publicitario, a las regalías de las muestras médicas, etc. En resumen: Es un proceso complejo y bien planificado por las corporaciones farmacéuticas, con el apoyo de publicaciones de corte científico, que luego dan a conocer por medio de campañas publicitarias. El objetivo más allá de mejorar la salud, es el lucro a través de la venta de medicamentos.

Con respecto a Venezuela, no sólo las campañas publicitarias fomentan el uso de ciertos medicamentos, también el marco legal regulatorio, la Ley de Medicamentos (Gaceta Oficial Nº 37.006 De Fecha 3 de Agosto De 2000) relacionado a la adquisición de medicamentos permite la venta de la gran mayoría de

los medicamentos sin prescripción facultativa. En nuestro país, el paciente se automedica no sólo con los medicamentos de venta libre, también lo hace con aquellos medicamentos bajo prescripción médica y con la medicina natural, la cual ha sido un gran recurso terapéutico en nuestra población, para el tratamiento y prevención de diversas enfermedades. Es de considerar que uno de los riesgos más importantes de estos tratamientos es que tanto los fármacos como las plantas medicinales, pueden causar reacciones adversas, sobre todo cuando se administran simultáneamente, como ocasionalmente suele suceder.

Sin embargo, la escases de medicamentos por la cual atraviesa el país, ha convertido la comercialización de los mismo, en artículos de consumo que se valora en términos de la oferta y la demanda, y por consiguiente la mayoría de los habitantes debido a sus condiciones económicas, y sus creencias acuden a la utilización de plantas medicinales, y la mayoría de las veces, estos productos son usados en combinación con medicamentos sintéticos, sin considerar los peligros que su uso puede ocasionar.

En resumen, la Automedicación es una práctica que se ha ido incrementando a través del tiempo y por lo general es atribuida a factores culturales, sociales y económicos, donde a pesar de existir políticas de Estado dirigidas a evitar el uso irracional de los medicamentos por parte de la población, en la actualidad esta situación problemática no tiene solución. Desde ésta perspectiva, tuve el interés en

conocer desde lo humano (vivencia y experiencia) la preponderancia de la automedicación como práctica sociocultural ejercida en el contexto comunitario.

El Conocimiento del Sentido Común.

La Automedicación pudiera ser vista como una práctica que deriva de las interacciones humanas propias del proceso de socialización, y es que todo niño desde su nacimiento por su fragilidad requiere del cuidado y protección de los demás, y ésta relación con el otro no solo ayuda a desarrollar los vínculos de las relaciones afectivas, sino también, a través de la enseñanza de hábitos y costumbres se favorece la transmisión de ese modo de vida en ese vivir y convivir, y con ello el aprendizaje de una sociocultura.

Esta experiencia que tiene el ser humano desde la niñez se comienza a formar a partir de toda una red de conocimientos que provienen de la experiencia, de la vivencia, y es aquí donde la comunicación juega un papel protagónico, por ejemplo: sí a un niño se le dice "*este medicamento te quitará tu dolor*", "*si no te lo tomas no te mejoras y te pondrás peor*" entonces, en este juego de palabras comienza a construirse una imagen del medicamento como solución a los problemas de salud. En este sentido, se podría decir que a partir de lo que se escucha en la infancia se comienza a construir como conocimiento adquirido la importancia de los medicamentos en la existencia de la vida.

Tomando en cuenta lo planteado, sabemos que el ser humano desde la niñez comienza a darle significado a las conductas desempeñadas por quienes los cuidan, de

allí que este hecho fue importante para mi investigación, al motivarme a conocer las vivencias provenientes del cuidado humano que se experimenta en la niñez, y como estas vivencias pueden determinar nuestro comportamiento en cuanto a la práctica de la automedicación.

Continuaba mi recorrido en la búsqueda de información, y me consigo que el depósito general de conocimientos acumulado por las personas en un contexto histórico, es parte de la actividad humana generada en la cotidianidad de la existencia, y de acuerdo a la importancia que le demos a la misma, ésta puede estar sujeta a un proceso llamado habituación, es decir, una actividad la cual al repetirse con frecuencia creará una pauta aprendida y luego ejecutada como parte de nuestras rutinas (Berger y Luckmann, 1999).

Un ejemplo claro de este tipo de acciones habitualizadas es la práctica de la Autoatención, considerada como un modelo de atención a la salud institucionalizado por la sociedad (Menéndez, 2003). Esta práctica tipifica que la acción de dar cuidados al prevenir, curar y tratar cualquier enfermedad, será realizada por los sujetos de los grupos sociales sin intervención médica, sea el propio individuo quien cuide de sí mismo o también el familiar en su rol de cuidador. Es por ello, que el autor antes citado, considera que la autoatención forma parte estructural de todo sistema social, y por ende la Automedicación es un hecho social denominado Autoatención. Toda actividad humana está sujeta a la habituación. La habituación implica que la acción que se trata puede volver a ejecutarse en el futuro de la misma manera y con la misma

economía de esfuerzos (Berger y Luckmann, 1999). De allí que el proceso histórico ha demostrado, que el hecho de compartir la práctica de la automedicación y ésta se conserve con sus características propias, sea estable y perdure en el tiempo, en ese contexto social donde se ejerce, se debe a ese proceso llamado habituación.

Como producto de ese dialogo compartido con los otros en el transcurrir de mi existencia, puedo comprender de donde procede este proceso habituación, las anécdotas desde la niñez, como sus cuidadores se comportaban con ellos, ese discurso compartido y reproducido con sus hijos y con ellos mismos cuando se enferman, con frases parecidas a las escuchadas día a día "*este medicamento es lo que te curará*".

Adicionalmente, indagando en las referencias bibliográficas me encontré con la existencia de dos tipos de saberes, los cuales intervienen en el proceso salud-enfermedad: el saber popular y el saber científico. Entonces surgía en mí la curiosidad acerca de conocer: ¿Como estos dos saberes sustentan la práctica de la Automedicación?

Recuerdo cuando a mi padre le diagnosticaron Herpes Zoster, lo acompañé al médico internista, quien le dijo: "*tienes culebrilla y necesitas tratamiento con antivirales*" mi padre sorprendido preguntó "*¿Culebrilla doctor*? ¡*Eso lo curan los curanderos*!" el médico le contestó "*Si quieres ir al curandero es tu decisión, pero los medicamentos que te voy a recetar no te los puedes dejar de tomar*". En ese momento del encuentro entre el saber científico y el popular, percibí como ambos saberes entraron a jugar un papel protagónico en el proceso salud-enfermedad, y así

surgieron en mí una serie de interrogantes: ¿Para el paciente cual de los dos saberes (el científico o el popular) tiene mayor significado? ¿A cuál valora más? ¿De cuál puede prescindir y de cual no?

Tal vez, podría tener dominio ese saber popular proveniente de la narrativa de los otros, de ese cumulo de conocimientos derivado de las moralejas, granitos de sabiduría proverbial, valores creencias, mitos, entre otros, que se transmite de generación en generación y se nutre de la episteme popular, donde la tradición forma parte importante del proceso, y en este sentido, la Automedicación se construye sobre las bases de las experiencias vividas desde lo humano, y es retenida en la conciencia, quedando estructuradas en la memoria histórica como entidad reconocible, a pesar que el saber científico no se alimenta de los mismos elementos de ese saber popular, por ser un conocimiento cuya legitimidad lo avala la comunidad científica, por estar sustentado por lo verificable y observable.

A partir de la experiencia y vivencia desde la niñez, y de lo anteriormente expuesto, he podido percibir la importancia que se le otorga a la tradición oral muchas veces matrilineal, en cuanto al conocimiento proveniente de las personas mayores, es decir, hay una gran influencia en su saber narrativo, él cual procede principalmente de ese conocimiento popular (infusiones de plantas medicinales como Malojillo, Manzanilla o Sauco), en oposición a la sensación de seguridad aparentemente mostrada por grupos etarios más jóvenes en relación a la Automedicación, cuyo conocimiento está más influenciado por la búsqueda de

información en internet en cuanto al uso del medicamentos (indicaciones, vías de administración, efectos colaterales, entre otros).

Ahora bien, la existencia y el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) es una realidad, y el área de la salud no ha escapado a este hecho. El internet se ha convertido en fuente de información y en una herramienta de trabajo para los profesionales sanitarios, es por ello que ocho de cada diez internautas acuden a la red en búsqueda de información sanitaria. (Pfizer, 2010)

De tal manera que las redes sociales no solo ofrecen lugares donde compartir información en el área de la salud, (información que puede ser válida o errónea), sino que además pueden contribuir a cambios en el comportamiento de las personas. (Scanfeld, 2010).

En este sentido, Martín, Alonso, Iglesias, Sáez y Mirón (2014), expresan que la Automedicación con relación la salud y la enfermedad, es tema en las redes sociales, y manifiestan además que la información transmitida sobre medicamentos está aumentando, sobre todo con la creación de grupos como *Facebook*, *WhatsApp*, donde las personas con sus comentarios comparten información relacionada con el uso de medicamentos.

De allí, mi angustia e incertidumbre en cuanto al uso del Internet por parte de los usuarios y/o pacientes en relación a la calidad de la información que recopilan y si la misma es adecuada para seguirla como consejo. Toda ésta información digital no solo ha permitido obtener información con respecto a indicaciones, ventajas y

desventajas de los medicamentos, sino que además, facilita encontrar alternativas farmacológicas que favorecen la práctica de la Automedicación.

En este contexto surge la inquietud de conocer cómo se construye el conocimiento desde la Experiencia y Vivencia de la Práctica de la Automedicación:

- Desde la práctica habitualizada en el contexto histórico.
- Desde lo socio simbólico construido (Costumbres, creencias, mitos.)
- Desde el saber científico (Modelo biomédico)

Para finalizar, la importancia de abordar esta problemática es que la Automedicación es una práctica muy común en nuestra sociedad. Dentro del análisis teórico realizado a lo largo de mis estudios del Doctorado pude observar que no existen estudios a partir de los cuales se investiguen otros factores intervinientes en la génesis de la Automedicación, como por ejemplo, la condición humana como desencadenante de esta práctica social.

Sin lugar a duda, esta inquietud emerge dentro de un contexto, que se manifiesta en dos realidades: la realidad teórica/científica y la realidad teórica/vivencial, la cuestión fue indagar como éstas realidades coexisten en la interioridad del pensamiento de los informantes claves, por lo que fue importante sumergirme en ambas realidades, las cuales son una misma realidad subjetiva, integrada además en mi propia realidad.

Todo lo antes expuesto, son los hilos conductores en la presente Tesis Doctoral, al ser mi objeto de estudio *Automedicación: Una mirada desde la Experiencia Humana en el contexto comunitario*. *Representaciones Sociales,* emerge así la gran interrogante de investigación:

¿Cómo abordar la Automedicación desde de experiencia y vivencia humana, como práctica social a través de la sociocultura, utilizando para ello las Representaciones Sociales?

Directriz General:

Generar un pensamiento epistémico que permita aproximarse significativamente a las Representaciones Sociales, que sobre la Automedicación y el Cuidado Humano en salud, construyen las personas en su vida cotidiana.

Directrices Específicas

1) Diseño de un muestreo teórico respecto de los conceptos de la Automedicación configurados socialmente.
2) Rastrear lo socio simbólico construido en las Representaciones Sociales de los actores/ras entrevistados, desde el conocimiento del sentido común.
3) Interpretación desde la experiencia y vivencia humana, de la relación existente entre la concepción de Automedicación y la práctica social de la misma.

4) Síntesis comprensiva de la automedicación como experiencia del Cuidado Humano en el imaginario simbólico comunitario.

ESCENARIO II.

MARCO TEORICO REFERENCIAL

En este escenario, presento ese recorrido por la literatura sustento de la presente investigación. Ella ha emergido en dos momentos diferentes; en un primer momento resultado de esa búsqueda de información inicial por conocer en profundidad la Situación Problemática, luego en un segundo momento como producto del muestreo teórico en la recolección de los datos.

La automedicación en la cotidianidad de la vida, se ha convertido en una práctica social, y presupone procesos de interacción y comunicación de un mundo compartido socioculturalmente, un mundo compartido entre humanos.

LA AUTOMEDICACIÓN.

Desde sus inicios la automedicación ha sido una de las prácticas sociales más utilizadas a nivel mundial durante el proceso salud-enfermedad y es considerada una de las principales formas de cuidado a sí mismo en la población (Menéndez, 1982). Ésta práctica se caracteriza por la ingestión de medicamentos y plantas medicinales por iniciativa propia o por consejo de otra persona sin acudir a la consulta de un

médico ante un síntoma, alteración, problema de salud menor o enfermedad recurrente.

Su frecuente uso por parte de la población ha desencadenado una serie de preocupaciones entre los profesionales de la salud pública como por ejemplo, el uso irracional de los fármacos y la polifarmacia, los cuales generan efectos muy perjudiciales en la salud de la población, de esta manera, se activan las alarmas en instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual desde los años 90 ha trabajado a favor de promover el uso adecuado de los medicamentos con el desarrollo de un concepto denominado automedicación responsable, dirigido al uso de medicamentos de libre venta**.** Según la OMS una de las principales ventajas de la automedicación responsable, además de reducir el uso indiscriminado de los medicamentos, es el manejo de síntomas leves "autoreconocibles" e incluso el seguimiento de ciertas enfermedades crónicas (luego de un diagnóstico médico inicial) a fin de disminuir la demanda impuesta en los servicios de salud (Wirtz, Dreser y Leyva, 2009).

Asimismo, la Asociación Médica Mundial (2002) preparó una declaratoria orientadora para médicos y pacientes acerca de la automedicación responsable, la cual destaca la responsabilidad atribuida al paciente principalmente con el uso común de productos utilizados durante la automedicación. Dicha declaratoria señala la capacidad de una persona que opta por la automedicación para reconocer los síntomas que trata, determinar que está en condiciones apropiadas para la automedicación, la

elección de un producto de automedicación adecuado y seguir las instrucciones para el uso del producto descritas en su etiqueta.

En este sentido, estudios como el de Ortega y Nava (2015) sugieren que dado el grado de responsabilidad y autonomía entregado a la persona durante la automedicación responsable, ésta práctica se puede definir como "la voluntad y capacidad de las personas o pacientes para participar de manera inteligente y autónoma (informados) en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen". El grado de conocimiento adecuado parece ser fundamental a fin de lograr el uso adecuado de los medicamentos, por lo tanto, la claridad de la información sobre la enfermedad que padece la persona, en caso de ser crónica, su origen, gravedad y complicaciones en un lenguaje sencillo, los efectos adversos, las interacciones y complicaciones relacionadas a la administración del medicamento son datos muy importantes a conocer durante la automedicación responsable.

Consecuencias de la práctica de automedicación.

Cuando una persona se siente mal, piensa que debería ir al médico, pero en vez de eso se dirige a una farmacia o llama a un amigo o familiar para que le sugiera un medicamento que alivie un simple dolor de cabeza o un insoportable dolor de estómago, sucede que, posiblemente, termine sintiéndose peor y no sabe por qué. Casos como estos se repiten diariamente en Venezuela ocasionando consecuencias en la salud de las personas.

Estas consecuencias relacionadas al uso inadecuado del medicamento ocasionadas por la práctica de la automedicación son numerosas, entre ellas destacan el incremento de reacciones indeseables, generación de resistencias bacterianas o tolerancia, el aumento de los costos en salud, el encubrimiento de la enfermedad de fondo con las complicaciones por la misma y la disminución de la eficacia del tratamiento por uso inadecuado o insuficiente de los medicamentos son algunas de ellas. En este sentido, diversos estudios a nivel mundial dan a conocer las consecuencias y lo nocivo que puede resultar el uso inadecuado de los medicamentos por parte de la población, fenómeno que se torna aún más preocupante en países en vías de desarrollo, donde se suman factores sociales, culturales, económicos y geográficos que pueden agravar el problema. Esta situación bien se ha dado a conocer a nivel mundial, sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados por los países para lograr una automedicación responsable y un uso racional del fármaco existen datos presentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) los cuales indican que para el año 2009 más de un 50% de los fármacos son prescritos y/o vendidos de manera incorrecta y una proporción similar de pacientes los utilizan de manera inapropiada, esto aunado a la falta de políticas o estrategias destinadas a promover un uso racional de los mismos (Salazar et al, 2013).

Automedicación Responsable de los Medicamentos

Los medicamentos son un gran avance para la curación de enfermedades, sin embargo, hay que tener mucho cuidado en la forma de emplearlos.

La automedicación es un hecho habitual en la población, el cual puede suponer una serie de beneficios o dar lugar a problemas de salud tanto individuales como comunitarios. Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2015), más del 50% de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada, sin control adecuado, además la mitad de los pacientes no siguen la indicación médica. Esta práctica incorrecta puede desembocar en un uso excesivo de los medicamentos.

La OMS (1998), definió la automedicación responsable como la "selección y uso de los medicamentos, que no requieren prescripción, por parte de las personas, con el propósito de tratar enfermedades o síntomas que ellos mismos pueden identificar", sin embargo, se debe considerar que algunos medicamentos que requieren prescripción se expenden sin un control adecuado.

Por su parte Vivancos (2007) considera que:

> "la automedicación responsable puede ser conveniente si se emplea para el tratamiento de síntomas menores, como dolor o acidez de estómago, y durante un tiempo limitado. Un ejemplo de fármacos de este tipo son los analgésicos y Antinflamatorios No Esteroideos (AINEs), los cuales se suelen utilizar para aliviar multitud de molestias y pequeños problemas de salud que se presentan de forma habitual, desde la propia autonomía de un individuo bien informado en el uso seguro de medicamentos. Esta forma independiente de

> tomar medicamentos**,** es complementaria y compatible con la labor profesional de los médicos". (p.6)

Para este autor, la posibilidad de la automedicación de las enfermedades más comunes constituye una forma de desahogo para el sistema sanitario, y por tanto, se podrá dedicar más tiempo y esfuerzo al estudio, tratamiento y prevención de las enfermedades más graves que requieren intervención médica. Asimismo, para la OMS y parte de los profesionales de la salud, la automedicación con fármacos de venta sin receta es adecuada en caso de conocer los síntomas, siempre que se produzca de forma inteligente y sin sobrepasar la dosis y el tiempo de tratamiento.

Sin embargo, la persona queda expuesta a las consecuencias perjudiciales para la salud, sí ésta no está informada adecuadamente sobre el uso apropiado de los fármacos de venta sin receta, ya que pueden ocurrir efectos adversos graves e irreversibles, así como interacciones medicamentosas que pueden poner en peligro la vida. En niños, embarazadas y adultos mayores, por su situación especial, en ellos suelen darse los problemas más graves, por eso es totalmente desaconsejable la automedicación en estas etapas de la vida.

LA AUTOMEDICACIÓN EN VENEZUELA.

La Automedicación en Venezuela ha aumentado considerablemente en los últimos años. Se calcula que entre el 10 y el 30 % de la población se automedica, y de ese porcentaje, el 70% suele ser víctima de reacciones no deseadas. Es un mal hábito

frecuente ir directamente a la farmacia sin consultar con el profesional, adquirir un medicamento que algún conocido nos ha aconsejado para combatir una determinada sintomatología (Salud Actual, 2015). Un estudio realizado por Salazar et al (2013), señala que el 82,4% de la población estudiada se automedica, siendo este porcentaje similar al reportado en otros estudios en la población chilena y colombiana. Además, países como México, Brasil, Perú, Ecuador tienen una tasa de automedicación que varía entre 40 a 60%, los cuales demuestran cifras muy altas con este tipo patrón de uso de medicamentos en nuestro continente. Este hecho también se puede observar en países desarrollados como España y Canadá donde los índices de automedicación en la población fluctúan entre 40-70%, tendencia similar a los encontrados en países latinoamericanos. (Alucema, Chavarría, Valdes, 2013; López, Rodolfo, Moscoso, 2009; Hermoza, Rodríguez, Arellano, 2016).

Otro estudio realizado por Salazar et al (2013), señala que al evaluar la opinión de los individuos en relación a la automedicación, un 57,8% de sujetos "automedicados como no automedicados" opinó ser malo para la salud, lo cual deja en claro que a pesar de tener conciencia del daño potencial representado por la automedicación, los individuos igual la practican. Asimismo, un 24,5% de la población en estudio no conoce el efecto que puede tener el uso de medicamentos sin récipe y el 8,8% de individuos "automedicados" refirieron que la automedicación es buena para la salud. Estos resultados además expresan un porcentaje importante de individuos quienes describen la automedicación como una práctica perjudicial para

la salud, sin embargo, el estudio reporta una alta frecuencia de la misma, motivado principalmente al uso de fármacos analgésicos para tratar el dolor, el cual es considerado una afección menor la cual no amerita atención médica.

Así como lo observamos en los estudios anteriormente descritos, a pesar de los esfuerzos realizados por los organismos nacionales e internacionales en concienciar a la población hacia una automedicación que no conlleve al uso irracional de los fármacos, la incidencia de ésta práctica es cada vez mayor.

Factores intervinientes en la práctica de la automedicación en Venezuela.

La falla en los servicios de salud y distribución de medicamentos genera en los pacientes ansiedad, compras nerviosas, pérdida de tiempo, interrupción o atraso en el tratamiento y control inadecuado de la enfermedad. Ante esta situación, el desespero ha ganado a los ciudadanos, quienes optan por automedicarse con medicamentos y plantas medicinales, los cuales pueden producir interacciones medicamentosas con graves consecuencias para la salud o incluso la muerte.

En este sentido, Edmundo Bond, farmacéutico y miembro de la Junta Revisora de Productos Farmacéuticos del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel, afirma que la automedicación en Venezuela obedece a la dificultad de acceso a servicios para la salud, ya sea pública o privada y destaca las debilidades en el control sanitario, la desinformación de la población y el fomento al consumo innecesario. Bond asegura además que muchas veces los medicamentos de prescripción obligada se distribuyen sin récipe médico, medicamentos que pueden ser peligrosos durante la

automedicación, como por ejemplo, los antihipertensivos, inhibidores de bombas de protones, anticonceptivos y los fármacos para las afecciones oculares y la disfunción eréctil (Diario El Universal, 2013).

En resumen, las causas que permiten la práctica de la automedicación en sociedades como la nuestra, tienen relación con el conocimiento inadecuado de la población acerca del uso de los medicamentos y las plantas medicinales, la deficiente cobertura y mala calidad de los servicios de salud, la carencia de sistemas de control para acceder a medicamentos sin prescripción médica y la flexibilidad de quienes se encargan de dispensar el medicamento son factores que pueden influir en su uso inadecuado. Tal como lo explica López (2009) en su estudio, es frecuente observar que las personas recurren a la automedicación cuando consideran que el problema de salud no es grave, por falta de dinero, por falta de tiempo o por falta de credibilidad en el sistema de salud y/o el médico.

Las principales motivaciones que tienen las personas para automedicarse están relacionadas con el conocimiento suficiente para manejar las molestias presentadas (41.7%) “ya sé que recetan”, (24.5%) “el farmacéutico sabe” y sólo el (10.8%) de los encuestados mencionaron el aspecto económico como factor limitante para automedicarse “evito pagar la consulta”. Otro estudio realizado en Venezuela por Ortega y Nava (2015), indica que el 48,5% (97) de los pacientes se automedican y de ellos, el 61% (60) lo hacían por criterio propio, el 26% (25) por sugerencia de los familiares y el 13% restante por los vecinos. En los resultados de estas

investigaciones es claro el papel que tiene el conocimiento propio que ha construido la persona en relación a la automedicación, motivo por el cual se vuelve una práctica periódica en su vida cotidiana.

Bases legales nacionales relacionadas que regulan la práctica de la automedicación.

La regulación de la práctica de la automedicación comienza a partir de los años 90 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) comienza a promover la automedicación responsable con la creación de dos grupos de medicamentos: los que requieren prescripción facultativa (expendidos únicamente con récipe médico), y los medicamentos de venta libre, considerados medicamentos cuya entrega y administración no requieren de la autorización de un facultativo.

Para estos dos grupos de medicamentos existen diferentes categorías de acuerdo con la legislación de cada país, de tal manera que sus autoridades competentes deben garantizar la seguridad, calidad y eficacia de estos medicamentos y son las encargadas de autorizar y monitorear la comercialización de medicamentos.

Asimismo, en Venezuela existen dos regímenes de expendio de medicamentos: sin prescripción para aquellos tratamientos sintomáticos de corta duración y afecciones autolimitadas en el tiempo con intensidad de leve a moderada; y con prescripción para tratamientos de larga duración y bajo observación médica.

En relación al marco regulatorio vigente en Venezuela el mismo está regido por la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y la Ley de Medicamentos, la cual se encarga de la vigilancia y control de la producción, comercialización y expendio de los medicamentos. Entre ellas también se encuentran aquellas que promueven el uso racional de los medicamentos, destacándose las siguientes:

Ley de Medicamentos.

Gaceta Oficial Nº 37.006 de fecha 3 de agosto de 2000

Artículo 2. Los objetivos de esta Ley entre otros son:

- Facilitar el acceso de los medicamentos a toda la población con prioridad a lo requerido según los indicadores de mortalidad prevalentes en el país.
- Regular la dispensación de medicamentos en los establecimientos farmacéuticos públicos y privados.
- Garantizar el abastecimiento de medicamentos esenciales y genéricos en los establecimientos de salud.

Tomando en cuenta lo señalado tanto en la CRBV como en la Ley del Medicamento en relación a la garantía que el Estado debe ofrecer en el abastecimiento de los medicamentos esenciales y genéricos en el territorio venezolano, es importante destacar que Venezuela actualmente sufre un momento político, económico con cambios. En este sentido, según la Federación Farmacéutica

Venezolana (FEFARVEN) a partir del 2012 ya existía una marcada escasez de medicamentos. Para el año 2013, el nivel de escasez de medicamentos alcanzó 40% en 2014 llegó a 60%, luego en 2015, se ubicó en 70%, y actualmente, en 2017, la escasez de medicamentos en farmacias alcanzó el 85% (Noticiasvideos, 2017). La Federación se ha venido declarando en emergencia activa debido a la desaparición paulatina de los medicamentos en el mercado.

En este sentido, es una realidad el sortear entre distintas farmacias para buscar un medicamento, convirtiéndose en una costumbre en el venezolano. La situación se hace más apremiante si se trata de una enfermedad crónica o está en juego la vida, lo que obliga a los pacientes a buscar otras alternativas. En este sentido, Belfort (citado en Castaño, 2007), señala que la automedicación es una forma de sobrevivir, de buscar alternativas. Además señala que las personas están volviendo a utilizar medicinas naturales y estas no tienen la misma eficacia que los fármacos. En este mismo artículo, Bargiela expresa su preocupación por el uso de la medicina natural; al considerar que una de las causas de trasplante por daños en el hígado es por el uso excesivo de medicamentos naturales, un factor importante en la automedicación. Las personas creen que por ser natural no tendrán ninguna consecuencia y están errados en esa afirmación.

En este mismo orden de ideas, es importante señalar que la escasez de medicamentos no solo impacta a las personas que acuden a las farmacias, sino también a las instituciones públicas y privadas de salud, las cuales reportan

diariamente problemas de suministro de medicamentos a sus pacientes. Es conocido que muchas veces los pacientes llegan a las emergencias de hospitales y clínicas del país sin ser atendidos por falta de insumos, entre ellos los medicamentos. En el Hospital de Clínicas Caracas, uno de los centros privados más importantes del país, su presidente Amadeo Leyba calcula que faltan un centenar de insumos, entre ellos, antibiótico de última generación, reactivo y medicamentos contra el cáncer. (Diario El Universal, 2014).

Asimismo, según información obtenida del Diario El Universal (2014), la Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela señala que la escasez de medicamentos en las farmacias públicas, privadas y cadenas farmacéuticas, impulsa a las personas para que recurran a otras fuentes no autorizadas con el fin de obtenerlos, por medio de la economía informal, compras por internet o el mercado negro. En esos casos no hay ninguna garantía sobre la calidad de los mismos, ya que por lo general son medicamentos ilegales, inefectivos o inseguros, y pueden estar contaminados, caducados o ser un completo fraude.

Ramones (citado en el Diario Panorama, 2015), da a conocer la opinión de una usuaria de compras de medicamentos por internet “He conseguido un anticonvulsivo que usa mi hijo por paquetes en internet. Es la única forma que tengo de asegurarme de que no le falte, porque cada falla implica una convulsión que me lo deja peor de cómo ya está”.

En este sentido, Mercedes Santana directora de Asuntos Técnicos de la Cámara Venezolana de Medicamentos (Cavemed) (citada en Panorama, 2015) señala: "El 68% de los fármacos que se comercializan en internet son falsos o de origen ilícito". Se estima que hasta el 25% del mercado de medicamentos en Latinoamérica corresponde a productos ilegales.

Gaceta Oficial. Marzo 2013. Número 40.136:

Relacionada con medicamentos de venta libre

- Artículo 1: dictar una lista de medicamentos de venta libre, entre los cuales figuran los Analgésicos no esteroideos, antihistamínicos como la clorfeniramina y bronfeniramina, Dextrometorfano y adrenérgicos como la fenolefrina y pseudoefedrina. El total de medicamentos asignados a esta lista es de 172 medicamentos.

En un estudio realizado en Venezuela por Salazar et al (2013), los medicamentos sin récipe más utilizados fueron los analgésicos con 39,47% seguido por los medicamentos para la tos o resfriado (24,72%). En la actualidad en Venezuela no existen políticas de regulación de venta de medicamentos tipos analgésicos y antiinflamatorios, por lo que se convierten en productos de fácil acceso para la población.

Así como lo reporta Salazar et al (2013) en su estudio, uno de los riesgos del uso habitual de los analgésicos es la nefritis intersticial. Se estima que el 11% de

todos los casos de insuficiencia renal terminal, cuya incidencia es alrededor de 110 nuevos casos por 1.000.000, es atribuido al consumo de analgésicos. El tratamiento no supervisado del dolor se ha complicado al extenderse el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), para esta indicación. Su consumo periódico aumenta los riesgos de efectos adversos, tanto en prescripción médica como en automedicación. La incidencia de hemorragia digestiva alta (HDA) de 650 casos por 1.000.000 habitantes/ año, de los cuales el 40% son atribuibles al ácido acetilsalicílico y al resto de AINEs. Los pacientes que sufren migraña y cefalea de tensión no están siempre diagnosticados, nunca han recibido una valoración clínica y terapéutica que les haga comprender y tratar su enfermedad. El dolor por ser el síntoma más frecuente y desagradable existente dentro las enfermedades, es al que le buscamos una rápida solución, por lo tanto, el paciente busca la forma de conseguir el rápido alivio mediante los analgésicos, y es que estadísticamente en Venezuela las personas se automedican con medicamentos como el paracetamol 78,4%, algunos por recomendación 45,7% y otros por autoprescripcion 54,3%. (Dahir et al, 2015). Este autor concluye en su investigación que la condición de venta libre de los analgésicos y la indudable eficacia en el bienestar del paciente con dolor que estos producen, favorece su uso indiscriminado por la población general; quienes además, no cuentan con el conocimiento de los perjuicios que estos pueden causar a la salud, más allá del beneficio inmediato que producen.

Gaceta Oficial N° 38.348 del 2 de enero de 2006**:**

Artículos relacionados con la regulación de los medicamentos del tipo antibióticos con prescripción médica.

Resolución N° 604. Mediante la cual se regula la dispensación de medicamentos antimicrobianos en farmacias, servicios farmacéuticos y cualquier otro establecimiento debidamente autorizado, mediante la presentación de la prescripción facultativa.

- Artículo 1. Se regula la dispensación de medicamentos antimicrobianos, en farmacias, servicios farmacéuticos y cualquier otro establecimiento debidamente autorizado, mediante la presentación de la prescripción facultativa.

- Artículo 2**.** Las farmacias, servicios farmacéuticos y cualquier otro establecimiento autorizado para dispensar medicamentos deberá retener en el establecimiento, la receta en la cual se indican los medicamentos antimicrobianos contenidos en el artículo 3 de esta Resolución y registrarlos en los sistemas de control que a tales efectos lleve el establecimiento, los cuales deberán estar disponibles para el momento que sean solicitados por la autoridad sanitaria.

En este apartado es importante señalar que a pesar de existir leyes en nuestro país que regulan el control de los antibióticos como medicamentos de venta con prescripción, estudios como el realizado por Dahir et al (2015) en Venezuela reportan que los antibióticos fueron unos de los grupos de medicamentos más utilizados

durante la práctica de la automedicación (45,3%), donde el 45,7% lo hizo por recomendación y el 40,3% fue por autoprescripción. Asimismo, Favier (2008) realiza otro estudio en Venezuela indicando un consumo de antibióticos por automedicación en un porcentaje de 25,5% y señala el escaso control y regulación de las farmacias en relación a la adquisición de estos medicamentos. Su fácil adquisición hace posible la venta de los mismos sin considerar la edad del comprador ni la presentación de una receta médica.

Rivas y Alfonso (2011) realizan el estudio "Regulación de la dispensación de medicamentos y su efecto en el consumo de antibióticos en Venezuela". El estudio indica que la sumatoria del consumo de todos los antibióticos (regulados y de libre dispensación) para 2007 fue de 15,62 DHD y el promedio de utilización para 2005–2008 fue de 14,78 DHD. Esta cifra mantiene a Venezuela como uno de los países de mayor consumo de antibióticos en América Latina. Los autores concluyen que Venezuela es uno de los primeros países latinoamericanos que han puesto en efecto una medida regulatoria de dispensación de antibióticos; sin embargo, cinco años después de su emplazamiento, los resultados de su trabajo ponen en evidencia la ausencia de cambios en las tendencias de consumo de antimicrobianos.

AUTOMEDICACION EN EL CONTEXTO COMUNITARIO.

La automedicación es una práctica observada tanto en estratos urbanos como en estratos rurales de la población latinoamericana, así lo da a conocer estudios realizados por Sánchez (2008) en la ciudad de Quito, Ecuador, quien señala que el consumo de medicamentos por cuenta propia sin la prescripción ni vigilancia de un profesional de la salud fue de 57,6%, del cual el 60,4% corresponde a la zona urbana y 55% a la zona rural. Asimismo, Llanos et al (2001) indican que la automedicación es un problema que se presenta en magnitudes semejantes tanto en zonas urbanas como rurales.

Es conocido que en ésta práctica confluyen una serie factores que permiten su aprendizaje y su transmisión de conocimientos de generación en generación. En relación a la automedicación en habitantes de las zonas rurales, existen factores que pueden influir en esta práctica como la poca accesibilidad a lugares de expendio de medicamentos, conocimiento inadecuado de la población en relación a los riesgos y beneficios de los medicamentos, poca interacción médico-paciente y aspectos culturales que conllevan a que la población reemplace los medicamentos comerciales por preparados naturales basados en medicina tradicional (Llanos et al, 2001). En cuanto a las creencias, mitos y tradiciones propias de esta población se tienden al consumo de plantas medicinales, muchas veces, en combinación con algunos medicamentos, por lo que existe una marcada influencia del saber popular, donde la medicina a base de estas plantas medicinales es muchas veces el principal recurso en

el tratamiento y curación de las enfermedades y así es transmitido de generación en generación, en este sentido, un estudio realizado por Reynoso, Mejía y Chehue, (2009), señala que los familiares actúan como principal fuente de motivación o recomendación hasta en un 47,58%, y en un 28,22% realizan la automedicación con plantas medicinales por tradición familiar. La migración de las personas desde las zonas rurales hacia las zonas urbanas para mejorar su calidad de vida, buscar mejores fuentes de empleo o para el desarrollo de estudios permite que toda esa información siga transmitiéndose durante las relaciones interpersonales que ocurren entre los grupos sociales.

En relación al acceso que tienen los habitantes a los centros de salud y asistencia médica es importante destacar que estudios han demostrado como el número de farmacias se encuentran en menor porcentaje en zonas rurales. En este sentido, Chicaiza (2017) realiza un estudio en Perú, el cual indica que el 90% de las farmacias se encuentran en la zona urbana y solo 10% a nivel rural, lo que demuestra que existe una relación entre el poder adquisitivo y el acceso a los medicamentos de los citadinos en relación con los pueblerinos. El estudio también indica que la fuente identificada como el sitio para adquirir los medicamentos fue la farmacia con un 52% (rural) y un 71.4% (urbana). Aunque, a nivel rural, "la tienda de barrio" puede constituirse en una alternativa 18.6% vs 6.6%. En Venezuela una situación similar ocurre, siendo los abastos sitios donde la población de zonas rurales consiguen con frecuencia medicamentos de venta libre, esta situación puede derivar del poco control

por parte de las autoridades de la salud designadas para el control en el abastecimiento de los medicamentos.

Desde el contexto comunitario urbano, es importante señalar que el acceso a la información digital se puede destacar como uno de los principales factores desencadenantes en la práctica de la automedicación. Como bien conocemos, una de las principales fuentes de aprendizaje en la sociedad actual es el internet, la televisión y las redes sociales, quienes modifican la conducta de los espectadores, entre ellos el de la automedicación y no es sino en las zonas urbanas donde existe un mayor acceso a esta información, de esta manera, algunos estudios indican que de las fuentes de información consultada y su relación con la automedicación y el estrato social, el internet en el estrato urbano obtuvo un mayor porcentaje (7,08%) en relación con el estrato rural con un 0,7% (Sánchez, 2008).

En este mismo orden de ideas, Sánchez (2008) también reporta en su estudio que entre los grupos de medicamentos más administrados en zonas urbanas se encuentran los AINES (17,5%), antigripales (13,8%), antibióticos (9,3%) y en las zonas rurales los AINES (14,8%), antigripales (12%), antibióticos (12%). Según el estudio, la automedicación con AINEs es ligeramente mayor en la población de zonas urbanas y la automedicación con los antibióticos es ligeramente menor en estas mismas zonas. La explicación a esto pudiera darse por la mayor efectividad en las campañas de concientización desarrolladas para controlar el uso irracional de los antibióticos y el conocimiento que tiene la población de las zonas urbanas en relación

a la designación de los antibióticos como productos de venta restringida y de los AINEs como productos de venta libre.

EL SABER CIENTÍFICO Y EL SABER POPULAR EN LA PRÁCTICA DE LA AUTOMEDICACIÓN

El saber en general no lo podemos reducir a la ciencia, ni siquiera al conocimiento; su reducción implicaría excluir todo tipo de saber el cual no corresponda a un lenguaje con enunciados denotativos y pertinentes por los "expertos" y, tal como señala Lyotard (1987) "El saber no consiste en una competencia que se refiere a tal tipo de enunciados, por ejemplo, el cognitivo, con exclusión de los otros."(p.8).

Sin embargo, existe una exigencia del saber científico que separa los enunciados denotativos del resto de los demás enunciados, de tal manera que el saber científico al encontrarse aislado se convierte en una saber no compartido, legitimado por los miembros de la sociedad; por consiguiente, se convierte en una profesión que da lugar a instituciones. En este punto es importante destacar el desarrollo del modelo biomédico como modelo de atención a la salud legitimado a nivel mundial por la comunidad científica y la sociedad. La legitimación se entiende según Lyotard (1987) como "el proceso por el cual un legislador se encuentra autorizado a promulgar una ley como norma. Sea un enunciado científico; está sometido a la regla: un enunciado debe presentar tal conjunto de condiciones para ser aceptado como científico"(p.15).

En este sentido, el saber científico ha dado validez y legitimidad durante la modernidad y la posmodernidad al modelo biomédico, sin embargo, no solo es legitimado el saber científico en nuestras sociedades; también lo es el saber popular, con un conocimiento intrínseco de las sociedades no occidentales. La relación de poderes entre los dos saberes se ha mantenido en constante debate durante la modernidad y la postmodernidad. La legitimidad de uno se consigue por la veracidad y comprobación de lo observado, esta condición da como resultado un conocimiento aceptado por una comunidad científica que conserva las normas o legitima su transformación, velando que se asegure la reproducción de las formas esenciales de una tradición científica occidental, en cambio, el saber narrativo (popular) se legitima en la práctica y en el consenso de una parte importante del grupo social donde se construye su conocimiento y, es a través de los relatos que se expresa y se transfiere ese saber cómo un conocimiento del sentido común.

Asimismo, mediante los relatos, también es posible otorgar legitimidad a las instituciones en la sociedad, definiendo los criterios de competencia que son de la sociedad donde se cuentan y valorando, por consiguiente, las actuaciones que se realizan o pueden realizarse con ellos. Su narración obedece muy a menudo a reglas que fijan la pragmática "propia de los relatos populares", así los relatos escogen lo que tiene derecho a decirse y a hacerse en la cultura y, como forman parte de ésta, se encuentran por eso mismo legitimados como parte de la episteme popular.

En este sentido, el conocimiento adquirido en la práctica de la automedicación proviene tanto del saber científico (modelo biomédico) como del saber popular. Desde la mirada del modelo biomédico, las investigaciones científicas realizadas en cuanto a las actividades de la automedicación, frecuentemente reportan resultados los cuales desvinculan completamente el rol del médico o de las instituciones de salud en este proceso. A modo de ejemplo Dahir et al (2015), realizan un estudio evaluando la automedicación como determinante en el uso racional del fármaco, afirmando:

> "la autoprescripción es un tipo de automedicación no responsable, determinada por aquellas situaciones en las cuales los pacientes consiguen y utilizan fármacos sin la intervención médica ni el diagnóstico, prescripción o supervisión del tratamiento haciendo un uso indiscriminado de ello con los riesgos que conllevan a la salud; constituye una decisión del propio paciente, aconsejado por el propio entorno familiar u otras fuentes de información, tomada en función de la gravedad de la enfermedad y favorecida por factores como la dificultad de acceso a la asistencia sanitaria, el miedo a conocer su propia enfermedad, la tendencia a evitar la relación con el médico o el escepticismo sobre la eficacia del sistema sanitario." (p.3)

La mencionada investigación muestra a un sector salud "incluyendo a sus actores" completamente excluido de esta mirada, no obstante, debe asumirse que las instituciones médicas constituyen una de las principales fuentes de actividades de autoatención y automedicación, es decir, el sector salud por un lado cuestiona de

manera negativa la automedicación, considerándola responsable de una serie de consecuencias perjudiciales para la población y, por otro lado, genera actividades que impulsan la autoatención como modelo de atención al proceso de salud-enfermedad y la automedicación como uno de sus apéndices.

En este sentido y considerando la historia, los pacientes aprendieron del personal de salud algunas formas incorrectas de utilizar fármacos. A modo de ejemplo, el uso indebido de los antibióticos, como el disulfirán o el cloralfenicol durante las décadas de los 50' y 60', asimismo, el consumo de ciertas drogas psicotrópicas actualmente consideradas adictivas fueron impulsadas por los tratamientos médicos inclusive desde la primera infancia respecto de una notable variedad de padecimientos que van desde las respiratorias agudas a la hiperactividad. La relación histórica permite observar la gran cantidad de triunfos farmacológicos generados desde la práctica médica convencional, pero también la cantidad de usos incorrectos que la población aprendió directa o indirectamente de la intervención médica, entre ellos el de la polifarmacia. (Menéndez, 2003).

Ahora bien, desde el conocimiento adquirido a través del saber popular, encontramos el conocimiento ancestral transmitido de generación en generación con el uso de las plantas medicinales como medida terapéutica para aliviar y curar las enfermedades. El uso de estas plantas medicinales como agentes terapéuticos se ha mantenido en la sociedad a lo largo del tiempo, de ésta manera, la Organización Mundial de la Salud, OMS (2014) estima que 60-80% de la población dependen de la

medicina natural, u otras prácticas como la acupuntura o la homeopatía; y para la Organización este alto porcentaje se debe a dos factores:

1. Limitación en la disposición y acceso a los servicios de salud basados en la medicina convencional.
2. El uso de la medicina tradicional por influencia cultural e histórica. (OMS, 2014).

Además un estudio realizado por Reynoso, Mejía y Chehue (2009) señala que de la población estudiada, 86,36% se automedica y el 40,26% lo hace con productos herbolarios. El consumo de los productos herbolarios por la población se da de la siguiente forma: el 74.19% de los usuarios que consumen remedios herbolarios utilizan hierbas medicinales diversas, preparadas en forma de té o infusión para su consumo. De estos usuarios el 35.04% recomiendan principalmente el té de manzanilla; el 17.74% recomiendan licuados o jugos a base de frutas o verduras, y el 8.06% restante recomienda remedios caseros y/o terapias alternativas diversas.

En este orden de ideas, dada la alta incidencia en el uso de las plantas medicinales, la OMS (2014) ha buscado la manera de legitimar el conocimiento de la medicina tradicional, con propuestas basadas en pruebas científicas con el objetivo de validar esta práctica y exhorta a los sistemas públicos de salud, principalmente de los países industrializados a conducir los cambios culturales y regulatorios necesarios que acerquen la medicina tradicional y cualquier sistema terapéutico capaz de mejorar la salud de los individuos. Sin embargo, a pesar de ésta legitimación

propuesta por la OMS, el estudio de las plantas medicinales es de poco interés para la medicina occidental, ya que las investigaciones enfocadas en la validación de sus principios activos es muy limitado (Baquero, 2009). Asimismo, el desinterés de la academia por realizar cambios curriculares en asignaturas de las carreras de Ciencias de la Salud dificultan la validación y el reconocimiento del saber ancestral para dar un enfoque terapéutico que permita, además, contrastar los conocimientos del saber popular y el saber científico.

Si bien es cierto que el saber científico validará la actividad terapéutica de una planta medicinal solo cuando sus efectos terapéuticos sean evaluados y comprobados por la comunidad científica, las plantas medicinales han tenido su reconocimiento como sustancias provistas de efectos benéficos para el ser humano desde la antigüedad, antes de imponerse las ciencias experimentales. Este reconocimiento solo provenía de la legitimación que le daban los miembros de las tribus indígenas; es decir, mediante la tradición y el método terapéutico ancestral.

Las sociedades no occidentales validan el saber popular, nutridos de sus ancestrales conocimientos, mitos y creencias, las cuales le permiten legitimar su cosmovisión y sus relaciones sociales. A modo de ejemplo, los indígenas suramericanos utilizaban todo tipo de hierbas y animales para la curación de sus padecimientos, por lo que los conocimientos extraídos de ese "saber popular o narrativo" fueron necesarios para la creación de una farmacopea utilizada hasta la actualidad en los países de América del Sur. Asimismo, las tribus indígenas de la

Cuenca del Amazonas para lograr determinar los usos y propiedades de las hierbas y "mezinhas", llamando así a las pociones y medicinas que curan, deben consultar a mestizos e indígenas quienes atesoran amplios conocimientos acerca de los usos terapéuticos de las plantas, tal y como lo aprendieron de sus mayores en un contexto cultural y generacional verdaderamente genuino(Salinas, s.f), es por ello que en muchas de esas culturas (como la Wayú) es matrilineal.

En síntesis, desde la legitimación que le otorgan los grupos sociales a los saberes, tanto el conocimiento proveniente del saber científico (el medicamento) como el que proviene del saber popular (la planta medicinal), forman parte de nuestro conocimiento que adquirimos en la práctica de la automedicación y sabemos que la eficacia de un fármaco y de una planta medicinal es culturalmente construida. Los individuos intercambian sus ideas y experiencias con fármacos o plantas medicinales, creando un conocimiento popular acerca del uso de los mismos. La representación social del fármaco y de la planta medicinal en nuestra sociedad es un objeto con una capacidad sanadora, el significado que se le da es el de una sustancia poderosa y liberadora.

Desafortunadamente, ésta representación tanto de los medicamentos como de las plantas medicinales enmascara las consecuencias perjudiciales para la salud de quienes hacen uso de ellas. En este sentido, de los medicamentos conocemos mucho en cuanto a usos y efectos adversos en la salud del paciente, los cuales son usualmente reportados por la investigación científica, sin embargo, lo mismo no

suele suceder con las plantas medicinales. Conocemos que un número importante de personas consumen este tipo de plantas como medicina natural, especialmente para el tratamiento de enfermedades leves, ésta práctica se genera de las creencias al considerar que las plantas medicinales son seguras porque son naturales y porque han sido ampliamente utilizadas por nuestros ancestros para tratar sus enfermedades y la escasa regulación en la venta de estos productos, desde su adquisición en farmacias hasta su obtención en mercados populares, así como la poca información relacionada a efectos adversos, contraindicaciones e interacciones medicamentosas generada por sus productores, distribuidores y profesionales de la salud, hacen que estos productos se acepten con unas expectativas beneficiosas, en muchos casos exacerbadas por la publicidad, sin conocimiento de riesgo para la salud que su administración desencadena en la persona. Al respecto, un estudio realizado por Sanfélix et al (2001) afirma:

> "El hecho de que más de un tercio de los usuarios tomen hierbas medicinales "por gusto" y que prácticamente el 100% lo haga por automedicación sustenta que su consumo es una costumbre arraigada en la población y explica que no existen diferencias de consumo de hierbas medicinales por grupos de edad, nivel educativo, ni número de medicamentos consumidos concomitantemente. Su elevada automedicación sugiere que la mayoría de las veces el médico de familia desconoce su consumo y, ante la aparición de un efecto adverso, éste puede pasar desapercibido". (p.313).

En este sentido, lamentablemente poco se conoce acerca de la actividad farmacológica de las plantas medicinales asociada a la toxicidad de las mismas y el efecto tóxico inducido dependiente de la dosis acumulada, es por ello la importancia de su conocimiento y de la enseñanza adecuada de la población en relación a sus consecuencias perjudiciales. (Carballo, Cortada y Gadano, 2005).

TEORIA DEL CUIDADO HUMANO.

"Cuidar es más que un acto; es una actitud.
Por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y de desvelo...
Leonardo Boff (2002)

El cuidado es considerado un acto humano, un acto primitivo el cual es parte fundamental del ser en su relación con los otros, desde el llamado del otro. Para Boff (2002) sin cuidado, los seres humanos no podrían existir, pues no puede concebirse la vida misma, si no existiera el cuidado, dado que sin él, la persona pierde su estructura, pierde sentido y muere. La expresión más primitiva del cuidado es el cuidado genuino, el cual es algo que se corresponde con la relación instintiva de protección a sí mismo y a los demás ante una amenaza como la enfermedad y, a su vez, es una acción consciente, concertada y premeditada (Muñoz y Vásquez, 2007), destinada a satisfacer las necesidades de salud del ser humano, en busca de mantener y recuperar la misma. En la interacción humana, el cuidado se da a partir de la ayuda y la preocupación por el otro. En este sentido, Jean Watson (citado en Caro, 2009)

afirma que el cuidado es una manera de ser y de estar en relación con los otros, una manera de estar en el mundo, un elemento esencial para toda adaptación, es decir, una relación de copresencia y coexistencia.

Asimismo, el cuidado humano es relacional, ya que se expresa en función del mundo (sea cosa, objeto, animal, ser humano) todo lo que gira alrededor del ser humano, su contexto, su entorno es influenciado y a su vez influye en el cuidado por la continua interacción entre el ser humano y su medio ambiente. El cuidado constituye una forma de vivir, de ser y de expresarse y de compartir (Vera, 2014), comprometido con estar en el mundo y contribuir con su bienestar en general. No se trata de pensar y hablar sobre el cuidado como una acción independiente de nosotros, es pensar y hablar como el cuidado es vivido, como lo sentimos, desde una dimensión ontológica el cuidado constituye al ser humano, es decir, sin cuidado dejamos de ser humanos (Arenas, 2006). Forma parte del ser humano desde el momento en que nacemos y recibimos cuidados por parte de nuestros cuidadores, ya que nacemos como seres dependientes y desprotegidos necesitados de atención, protección y amor. Es por eso que no conocemos la vida sin cuidado y de la manera como la recibimos aprendemos también a dar cuidados, ese cuidado presente en el encuentro comunicacional afectivo con los otros, manifestado mediante la inquietud, el desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato, así el cuidado es siempre preocupación y solicitud. En general, el cuidado humano se fundamenta en comportamientos y actitudes generadas desde el aprecio, la empatía, el conocimiento

de sí y del otro, la sensibilidad humana, el respeto, la gentileza, la seguridad, la confianza y la solidaridad. (Arenas, 2006).

Para Muñoz y Vásquez (2007) el cuidado es una manera muy valiosa para ayudar con experiencias de dolor y sufrimiento, mediante el cuidado sensible, cariñoso y solícito. Es por ello, que escuchar y prestar atención al silencio, a la palabra no dicha, a la postura, los gestos, el lenguaje del cuerpo, constituyen modos de cuidar.

Desde ésta perspectiva, es la interacción humana mediada por la cultura quien permite que aprendemos el cuidado. Para Arenas (2006) "La esencia del cuidado: ser una persona cuidada, las obligaciones incluidas en el cuidado, lo que hace la persona cuando cuida, como el cuidado es conocido, es aprendido y es enseñado"(p.2). En este sentido, mirar el cuidado desde la cultura implica comprender que es inseparable y propia de esta interacción, de este modo, todos los seres humanos se han cuidado desde su origen y desde que están inmerso en la cultura (Muñoz y Vásquez, 2007), de tal manera que, el modo como los niños, los adultos jóvenes y los adultos mayores construyen conocimientos en sus procesos de cuidados, está influenciada por una gran cantidad de significados simbólicos con los que dan sentido a sus experiencias de vida y salud para actuar frente al cuidado cotidiano.

Existen muchos teóricos que tratan de dar explicación a procesos sociales como el cuidado humano, entre ellos Jean Watson, quien desarrolla una teoría de cuidados e intenta revitalizar aspectos humanos perdidos o invisibilizados por la enfermería

durante el cuidado de sus pacientes. En su teoría reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y está centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas.

A continuación se presenta los supuestos desarrollados por Watson (citado por Urra, Jana y García, 2011) en los cuales se sustenta la presente investigación:

- El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales.
- Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en partícular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí.
- El cuidado está condicionado a factores de protección, destinados a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos.
- El cuidado objetivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto,

propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y con su ambiente.

- Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.
- La ciencia del cuidado es complementaria a la ciencia curativa. El cuidado no es solo curar o medicar, en integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano, para generar, promover o recuperar la salud.

Watson con sus supuestos intenta fundamentar que el cuidado es un fenómeno impregnado de subjetividad y conlleva a preocuparse por las experiencias vividas desde lo biológico-psicológico, social y espiritual de la otra persona.

REPRESENTACIONES SOCIALES

Presento la Teoría de las Representaciones Sociales como sustento teórico en la ´presente investigación.

La teoría de las Representaciones Sociales es una propuesta teórica y metodológica que intenta develar los saberes del sentido común a partir de métodos e instrumentos diseñados para atrapar el material discursivo que constituye su fuente

inagotable. Y que tiene en su origen la noción de Representaciones Colectivas de Emile Durkheim (1924).

Al indagar por significados el concepto de las Representaciones Sociales, en la presente investigación se tomó en consideración la definición de Moscovici (1961-1979), y las aportaciones de autores tales como; Farr (1983), Jodelet (1984) y Markova (1996), refiriéndose a las Representaciones Sociales como el conjunto sistemático de nociones y creencias que permiten a las personas la comprensión del mundo construido en la interacción social.

Para los autores citados, las creencias hacen referencia a aquellas ideas de cómo es el mundo, y las nociones son las imágenes genéricas que puedan existir sobre una cuestión concreta. A través de las creencias y las nociones, los grupos sociales se organizan y sistematiza en una representación relacionada con el conjunto de datos, informaciones, percepciones, que reciben. De este modo, las Representaciones Sociales dan un referente común al grupo, que le permite orientar su acción y su funcionalidad. Por lo tanto, las nociones y creencias, implican en si, unas determinadas actitudes; y todo ello se relaciona con unos comportamientos particulares.

De tal manera, que las Representaciones Sociales pueden ser pensadas como sistemas que sustentan las actitudes, dado que la comprensión de cualquier fenómeno del mundo social está construida a través de las prácticas sociales, las creencias culturales, los medios de comunicación de masas, entre otros.

En base a lo antes comentado, se debe considerar que las actitudes de las personas se enlazan con las creencias y nociones a través de:

- Lo cognitivo (información asociada a un objeto).
- Lo afectivo (empatía hacia el objeto).
- Lo conativo (la tendencia a actuar con respecto al objeto).

Desde esta mirada, las Representaciones Sociales describen de forma "subjetiva y abstracta" la forma como las personas construyen su realidad mediante hechos, costumbres, cultura, medio social, en general, mediante un estimulo social en el contexto donde se desenvuelven, basándose en reproducir esquemas de pensamientos preestablecidos e ideologías de su contexto, a través de las relaciones entre grupos sociales.

En consecuencia, establecer una Representación Social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud), ésta ultima nos expresa el aspecto más afectivo de la representación, por ser la reacción emocional acerca del objeto o del hecho.

De allí que en las Representaciones Sociales se da una relación, en la cual lo figurativo y lo simbólico van de la mano para construir una realidad, y en la cual hay elementos psico-socio-culturales que influyen de manera significativa en esa construcción. En general, compartimos un sentido común de la realidad.

De allí que las Representaciones Sociales, están referidas a un conjunto de opiniones, ideas, valores, pensamientos, imágenes, creencias y significados, que al ser compartidas en la interacción con los otros, les confiere un carácter social, y de esta manera pueden ser consideradas como el resultado de un pensamiento colectivo que nace en el intercambio social y no en la cabeza de los individuos aislados.

Tomando en consideración lo antes expuesto, para la presente investigación se conceptualizó las Representaciones Sociales, como el resultado de una determinada experiencia vital, que se manifiestan a través del sentido común, expresado en lo cultural del grupo, en donde está presente la elaboración histórica de las experiencias y vivencias, las cuales han ido surgiendo de la vida cotidiana de las personas.

En el caso de la automedicación como cuidado de la salud para si y para el otro, se pudo observar cómo unas determinadas Representaciones Sociales influyen en los comportamientos de las prácticas sociales cotidianas, y al mismo tiempo dichas prácticas fueron otorgando contenidos a las mencionadas representaciones.

Representaciones Sociales en la Práctica de la Automedicación

La automedicación es una conducta humana, un comportamiento aprendido que tiene las características de acción intencionada. Éste se produce a medida que los individuos se ocupan de acciones para cuidar de sí mismos influyendo en los factores internos y externos para regular su propio funcionamiento y desarrollo. Por consiguiente las acciones de la automedicación son llevadas a cabo durante un cierto

período de tiempo y realizadas por las personas en su ambiente habitual, dentro del contexto de sus patrones de vida cotidiana.

Por ello, en el presente estudio de la automedicación ha sido relevante la consideración de sus componentes psicosociales y socioculturales, por ser aspectos que organizan las respuestas frente a las enfermedades y a los riesgos de enfermar, lo que permite contextualizar dicha práctica social.

De acuerdo con lo anterior, Representaciones Sociales abre la posibilidad de situar a las narraciones de los actores y actoras participantes, en un plano dialogante, interactivo, donde se pueda visualizarse conocimientos, actitudes y estrategias como resultado de su acción social. La presente investigación propone una interpretación diferente no solo del tiempo, sino también del espacio. Tiempo y espacio aparecen imbricados en la acción humana de la automedicación, donde las creencias y nociones relacionadas con la automedicación se humanizan en la vivencia y experiencia humana compartida en un pensamiento y sentir colectivo.

Este proceso de utilización de las Representaciones Sociales nos permite representarnos el mundo, entenderlo, entendernos a nosotros mismos, a los otros y, en esa medida, las elaboraciones mentales logradas trascienden al plano social a través de la acción (con sus respectivos riesgos), como forma de establecer acuerdos intersubjetivos que delimitan lo que se ha denominado sentido común.

Las Representaciones Sociales son construidas por el sentido común y muchas veces se basan en un saber o saberes que le da credibilidad. Como ejemplo tenemos distintos saberes; el saber popular y el saber científico, ambos saberes se encuentran presentes en nuestra sociedad y son reconocidos por sus miembros, lo dicho lo podemos observar como personas con afecciones como la culebrilla (herpes zoster) son tratadas simultáneamente por el médico con fármacos antivirales (saber científico) y por el curandero con la práctica de rituales religiosos y el uso de plantas medicinales (saber popular), en este sentido esta persona enferma le da la misma importancia y reconocimiento a ambos tratamiento para su completa recuperación.

En este orden de ideas, uno de los factores más importantes relacionados como las personas han construido sus conocimientos en relación a la práctica de la automedicación está en la manera como éstas aprecian al fármaco. A modo de ejemplo, tomaré en consideración algunas representaciones sociales de diferentes países africanos en relación a la creencia que sus habitantes tienen sobre ciertos fármacos: En Ghana, muchos padres a menudo dan como regalo leche de magnesia cuando nace un niño, algunos creen que es porque se trata de un tipo de leche y otros, más conscientes de su efecto laxante lo regalan esperando que el niño pueda defecar varias veces al día, ya que se cree que es salud para el niño, la defecación es vista como una forma efectiva de prevenir enfermedad. En Camerún se cree que un medicamento contra la lepra (dapsone) es poderoso. Las enfermeras generalizan que los leprosos tienen mucha energía para la agricultura y la población lo atribuye al

medicamento.; En Nigeria, las personas le atribuyen a los antibióticos, principalmente a las tetraciclinas un poder especial, no saben de su uso ni de sus efectos adversos, sin embargo, le llaman tupaye que significa "cura todo" (Van Der Geest, 2011).

Estas creencias son producto del constructo social y del sentido común, en el cual "aparentemente" el fármaco tiene el poder de "curar todo", de dar salud de por vida a las personas, cuando me refiero a lo aparente de este hecho, no se puede desvincular la apariencia con la realidad, pues, como bien lo expresa Beltrán (1982), al considerar que la apariencia no es un hecho de conciencia, sino que forma parte de la realidad en el sentido de que es real en sus efectos: la apariencia, construida socialmente y aceptada por el sentido común.

Por otro lado, Berger y Luckmann (1999) indica que teóricos como Nietzsche desarrollan el concepto de "falsa conciencia" como condición necesaria para la vida al considerar que el pensamiento humano es un instrumento de lucha por la supervivencia. En este sentido, la conciencia es siempre intencional, siempre apunta o se dirige a objetos. Nunca podemos aprender tal o cual sustrato supuesto de conciencia como tal, sino solo la conciencia de esto o aquello. Esto es lo que ocurre, ya sea que el objeto de la conciencia se experimente como parte de un mundo físico exterior, o se aprenda como elemento de una realidad subjetiva interior.

Y es que la conciencia se mueve en realidades múltiples existentes, de ellas, la más importante es la realidad de la vida cotidiana, la cual se presenta objetivada, constituida por un orden de objetos descritos como objetos antes de mi existencia.

Esa realidad usa un lenguaje en el vocabulario técnico de la sociedad en la que se vive, nos movemos en una red de relaciones humanas que también están ordenadas en ese vocabulario. De allí que, esa realidad es compartida, de manera intersubjetiva nos encontramos en un mundo que es tan real para mí como para el otro, no podríamos existir sin esa interacción social, tanto los otros como yo aceptamos las objetivaciones que la vida nos presenta, de la forma en que nos las organiza.

Las representaciones sociales en la presente investigación posibilitan la identificación de las motivaciones que subyacen a la prácticas social de la automedicación de los seres humanos para lograr mantener su salud y cuidarla, lo que conlleva el análisis de las actitudes frente a la vida que ellos logran construir y el significado que a ésta le dan en su proceso histórico-social específico.

LA CONDICION HUMANA.

La condición humana como condición genética, racional y social.

Existen distintas teorías que tratan de explicar este fenómeno, unas a favor de una condición genética del ser humano que conduce al individuo a estas conductas y otras completamente opuestas a ella. En este sentido, según teóricos conductistas, existenciales e idealistas, los seres humanos estamos desprovistos de naturaleza, por lo que venimos al mundo como un papel el blanco y nuestro conocimiento es

procesado únicamente por la acción de la experiencia humana, como bien lo afirman teóricos como John Locke, Johann Fitchte y Karl Marx, quienes señalan que la experiencia humana nos convierte en lo que somos, no poseemos instinto innato alguno, es solo un producto de las relaciones de producción y a partir de de la existencia y la libertad. Asimismo, para John Watson la condición genética del ser humano carece de importancia y afirma que desde la niñez podemos orientar al individuo por medio de la educación con independencia de su idiosincrasia genética (Mosterín, 2003) y finalmente, la teoría cartesiana, modelo que sigue el conocimiento científico occidental, suponía al hombre un ser principalmente racional, lúcido, sano, libre, autónomo y capaz, así desde esa perspectiva la vulnerabilidad y la dependencia se mostraban invisible como condición humana. (Marcos, s.f).

Son muchas las teorías que defienden las posturas anteriormente descritas, sin embargo, existen otras teorías que rescatan la condición humana como una tendencia congénita, innata, provista de benevolencia, basada en la compasión, la aflicción, la angustia, la dependencia y la justicia, condiciones que son difícilmente reconocidas por la sociedad, teniendo mayor peso aquellas teorías que explican "la racionalidad de los hombres como aspecto que difiere del animal, libre de peligro de una condición de libre animalidad". (MacIntyre, 2001). Este tipo de pensamiento es común en la cultura occidental y presentan oposición con las teorías como la Aristotélica o la teoría de Darwin. En este sentido Aristóteles incluía al ser humano en el reino animal, de manera que la racionalidad del ser humano pudiese entenderse

como una racionalidad animal, al mismo tiempo que la tradición aristotélica define al ser humano no solo como un animal racional, también le otorga un carácter social, racional por la sensatez y la prudencia que nacen de la experiencia vital y social por la mutua dependencia como característica propia del ser humano. (Marcos, s.f).

El pensamiento Aristotélico resalta la diferencia entre lo natural (vivo) como aquello que tiene en sí mismo el origen y principio de su cambio o movimiento con lo artificial (inanimado) que solo cambia o se mueve por la participación de un agente externo. Darwin por su parte mantiene en su teoría que la historia humana, antes que cualquier otra cosa, es la historia natural de una especie animal más, y que siempre puede ser necesario, y con frecuencia lo es, ponerla en comparación con la historia de algunas otras especies animales. (MacIntyre, 2001).

El bien como deseo y como razón.

Existe una etapa de la niñez en la que debemos separarnos de nuestros deseos innatos, es decir, el reconocimiento de bienes que son diferentes al de satisfacer nuestras necesidades del cuerpo, de manera tal que cuando el individuo quiere satisfacer cierto deseo, debe hacerse la pregunta ¿esta es mi mejor manera de actuar para satisfacer ese deseo en particular? En general la respuesta esperada al llevar a cabo un bien considerado como deseo no será "Lo hice porque era lo que quería hacer". Y es que desde que somos niños nos enseñan a considerar lo bueno con la razón por delante. Por ejemplo, como le sucede a los animales, los niños siempre actúan según sus deseos, sin embargo, los cuidadores utilizamos frases como "esto te

hace daño" o "esto es lo mejor para ti", de manera que el niño comienza a hacer inferencias de lo que se puede expresar como deseo y lo que es mejor para cada quien. Una vez que comenzamos a construir este tipo de juicio se hace muy difícil saber diferenciar lo que realmente es bueno para mí, algunas veces se hace tan difícil encontrar una respuesta convincente al respecto que se requiere apoyo de otras personas para considerar que es lo mejor para mí. Los juicios emitidos por los otros desde la niñez no le permiten al individuo el reconocimiento de lo mejor para él según su deseo. Para ser capaz de juzgar por sí mismo, el individuo debe aprender de los demás sobre lo bueno en general y sobre lo bueno para él mismo, y los primeros de quienes se aprende suelen ser padres, tías, cuidadores. (MacIntyre, 2001).

Virtudes del ser Humano.

A través de las experiencias que surgen en la vida del individuo, éste logra convertirse en un razonador práctico en su relación con sus pares, aquellos que tengan respuestas a sus necesidades, de la misma manera como él consiguió respuesta a sus necesidades. Esta es una especie de red de relaciones de reciprocidad en la cual, el individuo da de la misma medida en la que ha recibido. En este sentido, la adquisición y el ejercicio de las virtudes como la generosidad o la compasión, sólo son posibles en la medida en que se participa en las relaciones sociales de reciprocidad, que son relaciones sociales regidas, y en parte definidas, por las reglas de la ley natural. Como bien dice Hume (2001) en su libro *Naturaleza humana: "*Será fácil explicar la pasión de piedad partiendo del precedente razonamiento relativo a la

simpatía. Tenemos una idea vivaz de todo lo relacionado con nosotros. Todas las criaturas humanas se relacionan con nosotros por semejanza. Por consiguiente, sus personas, sus intereses, sus pasiones, sus dolores y penas deben impresionarnos de una manera vivaz y producir una emoción similar a la original, pues una idea vivaz se convierte fácilmente en una impresión. Si esto es cierto en general, debe serlo más aún en la aflicción y pena. Éstas tienen siempre una influencia más poderosa y duradera que cualquier otro placer y goce"

Según MacIntyre (2001), en el libro IX de la *Ética nicomaquea*, Aristóteles describe como las virtudes permiten al ser humano verse a sí mismo y a los demás, y ver su relación con los demás, como miembros o potenciales miembros de la red de reciprocidad. Aristóteles sostiene que en la medida en que el ser humano sea bueno, puede confiar en sí mismo, tal como confían en él sus amigos, y viceversa. En contraste, para MacIntyre (2001), teóricos como Nietzsche señalan que la amistad va mucho más allá de la alusión que hace Aristóteles al excluir la posibilidad de la amistad basada en la necesidad mutua; de esta manera, Nietzsche ofrece una alternativa para pensar la dependencia y la independencia en la relaciones humanas, con un repudio consistente y sistemático de las virtudes del reconocimiento de la dependencia.

Antes dos posturas, opuestas en sus teorías. ¿Cómo se logran obtener las virtudes en el ser humano? ¿Se actúa por deber o por inclinación? Cuando una persona da incondicionalmente a otra lo que ésta necesita con cierta urgencia, por

consideración hacia el otro como ser humano "necesitado", se produce porque es lo mínimo que se le debe y porque al aliviar la aflicción del otro se alivia también su propia aflicción por el dolor ajeno. Santo Tomás de Aquino podría afirmar que este individuo estaría actuando de manera liberal, con la beneficencia de la caridad, con justicia y con amor. En este sentido, autores como MacIntyre (2001), afirman que para mantener relaciones en las que sea posible dar sin mezquindad y recibir con dignidad es necesario que predisponga la educación para realizar este tipo de actos, es decir, la educación de los afectos, simpatías e inclinaciones. Actuar como lo requiere la justa generosidad, es actuar desde la consideración atenta y afectuosa hacia el otro. Un simple acto de voluntad no es suficiente para decidir aquí y ahora como sentir, sin embargo, esa disposición para sentir se puede cultivar y ejercitar. Se puede considerar un defecto moral no actuar con la justa generosidad, a partir de la consideración afectuosa, y como bien lo indica el teórico Hume (2001) "si el afecto natural no fuese un deber, el cuidado de los niños no podría ser un deber: y si fuese imposible, podríamos tener presente el deber en los cuidados que ofrecemos a nuestros hijos". Según este teórico actuamos por un cierto sentido del deber cuando hay ausencia de un motivo para, por ejemplo, "dar cuidados al otro", solo por el hecho de no sentir remordimiento por eso, de esa manera ese principio virtuoso se va practicando.

No es una regla que la acción movida por el deber se superponga a la acción llevada por la inclinación. Meng Ke, mejor conocido como Mencio, señala en su libro *El Mencio* "todos los hombre sienten compasión por el sufrimiento de los demás". Él

afirmó que cuando los seres humanos ven a un niño caer dentro de un pozo, tienen todos un sentimiento de dolor y angustia", esto no sucede porque piense que actuar según ese sentimiento le de créditos frente a los otros. Si alguien no reacciona ante la urgente e imperiosa necesidad del niño, únicamente porque es urgente e imperiosa, esa persona carecería de humanidad, que es algo sin lo que las relaciones sociales estarían incompletas. Para Mencio todos los seres humanos tienen el sentido del bien y del mal y el sentido de la vergüenza al no realizar el bien. El ser humano no inventa nada, sino que descubre y ordena lo que ya existe, educa y ayuda a los demás en la búsqueda de su naturaleza original.(Botton, 1969).

EXPERIENCIA HUMANA.

La experiencia humana propiamente dicha.

La experiencia humana se puede conceptualizar como un acontecimiento que forma parte de nuestras vivencias, es decir, de la vivencia de cada ser humano, de una manera única e irrepetible, que queda como un acto consciente en la memoria, donde muchas veces queda instaurada como un hecho del cual adquirió un conocimiento, un aprendizaje o simplemente pasa de largo como un acontecimiento o vivencia adquirida.

Según Larrosa (2006), la experiencia es eso que me pasa. Es eso que me pasa a "mí", pero que no soy yo, es decir, algo que no depende de mí, no me proyecta a mí, que no es el resultado de mis palabras, ni de mis ideas, ni de mis representaciones, ni de mis sentimientos, ni de mis proyectos, ni de mis intenciones. No depende ni de mí saber, ni de mi poder, ni de mi voluntad, solo que yo estuve allí cuando ese acontecimiento sucedió, es decir el lugar de la experiencia soy yo, es decir, sucede en mi, en mis palabras, en mis sentimientos, en mi saber, en mi voluntad, en mis intenciones donde se da la experiencia, donde ella tiene lugar. Para el autor, existe un principio de reflexividad, donde la experiencia tiene un movimiento de ida y vuelta, en la ida la persona se encuentra con el acontecimiento y en la vuelta se supone que el acontecimiento tiene un efecto en mí, en mis pensamientos, en mis sentimientos, en mi lógica de ver las cosas, y así la persona que se sensibiliza con el acontecimiento se transforma, transforma sus palabras sus ideas, sus sentimientos, sus representaciones, por lo que la experiencia me forma y me transforma.

Si la mirada es desde lo sociocultural, el acontecimiento que suceda en la persona podrá ser transmitido de generación en generación como un conocimiento que adquirió de esa experiencia, transmitiéndola como una experiencia que pudiera considerarse gratificante o decepcionante para quien la vivió. En el plano de la práctica de la automedicación se puede dar ejemplo de experiencia positiva o negativa cuando una persona que al tomar un medicamento se desencadena en él un efecto adverso como la taquicardia, el temblor o la diplopía, este hecho le causará

angustia y eso será suficiente para percibir la experiencia como negativa, por lo que hará todo lo posible por no volver a experimentarla y de esa manera la transmitirá a sus pares con la intención de que esa vivencia se transfiera como negativa, contrario a esto se encuentra la experiencia que vive el ser humano como positiva, por ejemplo, cuando un medicamento le produce sueño a una persona que tiene semanas sin dormir bien, esa será una experiencia que indudablemente querrá volver a repetir y de esa manera la transmitirá a sus pares, como una experiencia gratificante.

La experiencia en el ser humano desde Lo Biológico y lo Racional.

El ser humano es un ser vivo que desde el punto de vista biológico está constituido por una condición genética que nos identifica como humanos. Ésta condición genética es similar entre los humanos en un 99,9%. A medida que vamos creciendo nuestros procesos fisiológicos van madurando y al igual que los animales, los humanos nos preparamos fisiológicamente para la supervivencia mediante un cuerpo capaz de respirar, buscar alimento, caminar, correr, nadar; volar como bien lo hacen las aves o simplemente respirar bajo el agua como sucede con los peces. Además existen procesos mentales que nos asemejan a los animales, por ejemplo, la conciencia, la cual a pesar de no ser exactamente igual a la del hombre, conocemos que los animales poseen un grado de conciencia al saber cómo utilizar sus habilidades para actuar (alejarse, acercarse, huir, adaptarse al ambiente) el cual ocurre mediante el instinto. Sin embargo, una de las características que nos pueden diferenciar de los

animales superiores más cercanos al hombre, como por ejemplo los primates, es la capacidad que tenemos de razonar acerca de nuestra propia experiencia.

Esa capacidad de razonamiento, de pensamiento que tenemos los seres humanos nos hace tener un nivel de consciencia mayor al de los animales ya que somos conscientes de nosotros mismos, de nuestra cultura, de que existimos, de lo que observamos y ocurre fuera de nosotros. Los seres humanos nos hacemos preguntas acerca de ¿Quién soy? ¿Qué hago? ¿Qué pienso?, hacemos reflexión de nuestros propios actos. El conocimiento que surge de la consciencia se basa en las enseñanzas o experiencias que vivimos. Para el animal el conocer no es una prioridad, en ellos el conocimiento se subordina a las tendencias y estas al movimiento. En el ser humano sucede lo contrario, el desea por naturaleza saber, el se mueve para saber y conocer más. (Selles, 2007).

Asimismo, la conciencia le permite al ser humano reconocer sus atributos esenciales como por ejemplo las emociones, al igual que las modificaciones experimentadas en sí mismo. En nosotros existe un conocimiento interior que nos permite reflexionar y valorar moralmente una decisión tomada, es decir, hacer juicio moral entre el bien y el mal, quien además de preguntarse ¿Qué soy? Y ¿Qué pienso? también se pregunta ¿Qué es lo debido? ¿Qué es lo correcto? Es allí donde los sentimientos toman un papel fundamental basándose en la bondad y la maldad, y sabemos que a pesar de las intenciones que uno pueda tener, nuestro comportamiento puede venir desencadenado por fuerzas que se encuentran más allá de nuestro control

personal, como lo son las emociones, aun cuando hayamos entendido de forma racional una serie de principios, reglas y formas de comportamiento de una sociedad, nuestras emociones más profundas salen a flote de forma incontrolada en los momentos más inesperados, y es así como en las vivencias del ser humano siempre estarán presentes los pensamientos (la razón) y los sentimientos (las emociones), ambos expresándose al mismo tiempo, en todo momento, simultáneamente para construir nuestras propias experiencias, las cuales como seres humanos somos los únicos capaces de reconocer y decidir si la repito o no en mi vida

La experiencia humana desde las emociones.

Conocemos desde el punto de vista biológico que la emociones provienen de conexiones entre células de nuestro cerebro, la manera como aparecen resulta muchas veces un gran misterio para la ciencia, por ejemplo, se puede reaccionar al peligro antes de saber que estamos en una situación perjudicial, puede atraernos una persona sin saber exactamente que nos gusta de ella, nos puede afligir el estado de enfermedad de un ser querido o el arrollamiento de un sujeto desconocido.

Históricamente las emociones como proceso mental fueron la piedra en el zapato del pensamiento, de la razón. Para Platón los deseos, las pasiones y los temores eran el impedimento para pensar. Asimismo, desde lo religioso las emociones equivalen a los pecados, el egoísmo, la ira, el rencor han sido consideradas hasta el día de hoy como acciones de las que el ser humano debe liberarse y evitar en la medida posible experimentarlas. Luego a mitad del siglo XX se comienza a

estudiar la mente mediante el pensar, el razonar el intelecto separada de las emociones en una ciencia llamada cognitivismo, en ese momento para los conductistas quienes dominaban el estudio de los procesos mentales consideraban que los estudios en cuanto a los procesos mentales interiores y subjetivos como la percepción, los recuerdos y las emociones carecían de valor ante la investigación, solo los hechos observables y la objetividad de los hechos eran medibles, situación que no podía pasar con la consciencia porque era subjetiva, por lo tanto era inmensurable (Trueba, 2009).

Desde nuestra naturaleza humana, el hecho de que los rasgos exclusivamente humanos, como la capacidad para componer poesía o solucionar ecuaciones derivadas, carecen de valor cuando nos enfrentamos a una amenaza repentina e inmediata de nuestra existencia le otorga valor al estudio de las emociones como un proceso mental tan importante como la razón o el pensamiento. Los sistemas emocionales del cerebro humano son básicamente iguales en muchas especies vertebradas, como los mamíferos, los reptiles, las aves y, quizá, los anfibios y los peces.

Según LeDoux, (1999), entre las teorías que tratan de dar explicación a este hecho se encuentra la teoría de Darwin, la cual indica la similitud entre el gruñido del hombre enfadado y las conductas parecidas en otras especies. Para Darwin, cualquiera que haya estado familiarizado con niños pequeños debe haber visto cómo muerden de forma natural cuando se enfadan. Éste teórico razonó que, aunque las

expresiones emocionales a veces pueden disfrazarse con la fuerza de voluntad, normalmente son actos involuntarios. Darwin también trata de dar explicación al desarrollo de las emociones, para este teórico las emociones se han mantenido iguales durante el tiempo y otras han pasado por un proceso evolutivo, por ejemplo, observó que nuestros lejanos antepasados expresaban el miedo y la rabia casi igual que el hombre actual. En cambio, situó el sufrimiento, como el que se manifiesta en la pena o la ansiedad, más próximo a los orígenes del hombre. Las emociones cuyas características no se han modificado a través del tiempo les dio el nombre de instinto básico, el cual integra ocho emociones básicas: sorpresa, interés, alegría, ira, miedo, aversión, vergüenza y angustia. Este teórico postuló que esas emociones representaban respuestas modelos innatas controladas por mecanismos cerebrales conectados físicamente.

Asimismo, LeDoux (1999) señala en su obra "el cerebro emocional" a otros teóricos de las emociones como Richard Lazarus y Paul Ekman y Carroll Izard quienes describen la existencia en la mezcla de las emociones, propias de los seres humanos, ya que se consideran producto de operaciones cognitivas, por ejemplo, se plantea que el orgullo, la vergüenza y el agradecimiento podrían ser emociones exclusivamente humanas o la descripción de la ansiedad como la combinación del miedo y de dos emociones más, que pueden ser la culpa, el interés, la vergüenza, la rabia o la agitación . Además, describe a Paul Ekman quien señala que las emociones pasan por un proceso de socialización y usa la denominación "reglas de expresión"

para referirse a las convenciones, normas y hábitos que las personas aprenden para controlar la expresión de las emociones. Para este teórico las reglas de expresión se aprenden como parte de la socialización del individuo y están tan arraigadas que, al igual que las expresiones emocionales básicas, se producen automáticamente, es decir, sin una participación del yo consciente.

En resumen, una de las principales razones que nos hace humanos son las emociones, resulta difícil imaginar la vida sin ellas, vivimos para ellas, nos complace sentirlas en momentos de alegrías y satisfacción, las despreciamos en los momentos de tristeza, miedo y dolor, es como una mezcla de amor y odio hacia ellas.

La experiencia humana desde la espiritualidad.

La espiritualidad, su constructo, va más allá de la religión con la enseñanza de las tradiciones de la fe a través del testimonio de vida y profunda religiosidad. En sí la espiritualidad es un proceso mental que ha desarrollado el ser humano desde tiempos remotos como parte del cuidado de sí y del cuidado humano, con la finalidad de encontrar en su vida bienestar, tranquilidad, armonía, esperanza, rasgos positivos de carácter y estados mentales positivos como el propósito y significado de la vida. Asimismo, desde la espiritualidad el individuo se entrega, se preocupa por el otro, se conecta con los demás (la calidad de apoyo social) y la felicidad la encuentra desde el bienestar, la tranquilidad y la armonía de los suyos.

Estudios científicos señalan que desde el proceso salud-enfermedad el afrontamiento espiritual-religioso puede mejorar la calidad de vida, brindar bienestar

psicológico, felicidad, emociones positivas, disminuir los niveles de ansiedad, depresión y los comportamientos adictivos y suicidas, por lo que las personas que no son sumamente religiosas pueden llegar a serlo en momentos de enfermedad, debido a la pérdida del control personal. Su vulnerabilidad frente a este proceso de enfermedad lo acercará más a la búsqueda de un poder más grande que el humano o un Dios para encontrar los propósitos de la vida y enfrentar situaciones estresantes.

A modo de ejemplo, se puede nombrar la experiencia humana ocurrida durante el cuidado de un ser querido enfermo, donde la espiritualidad está presente. Podemos desde esta experiencia encomendar su curación o sanación a Dios, la Virgen, los Santos, el conspirar del universo, las energías positivas. Desde la religiosidad tradicionalmente en países como Venezuela se realizan misas para orar por la salud de ese ser querido que haya enfermado. Asimismo, existen algunas figuras representativas de gran importancia para la sociedad venezolana como es el caso del Dr. José Gregorio Hernández a quien muchas personas ponen en sus manos su salud y las de sus familiares con la intención de encontrar en su poder la curación. Además, es muy amplia la experiencia de las llamadas Iglesias protestantes, cristianas o evangélicas, con multiplicidad de testimonios de casos de curación sin explicación clínico terapéutico. Ahora bien, para la ciencia como la neuroinmunología la única correlación existente entre la mejoría de un paciente y la espiritualidad se produce por una relación entre la oración u otros procesos de sanación espiritual y conexiones nerviosas cerebrales que permiten la liberación de neurotransmisores y hormonas que

favorecen el bienestar general del cuerpo con disminución de la presión arterial, y de hormonas como el cortisol, así como el refuerzo del sistema inmunológico. (Quinceno y Vinaccia, 2009).

La experiencia humana desde el lenguaje.

Una de las características que nos diferencia como seres humanos en relación a los animales es el lenguaje, la posesión de éste es lo que hace humanos. Históricamente el *Austroliphecus*, el homínido dominante hace aproximadamente entre 2 y 4 millones de años tenían una mente muy limitada con memoria episódica muy restringida a episodios concretos. *El Homo erectus* (hace 2 millones de años) fue el primero en desarrollar herramientas complejas, se extendió en hábitats con climas y condiciones de vida muy diversos y desarrolló las primeras estructuras de la vida social, mediante la mímesis (un tipo de comunicación gestual) hizo posible la coordinación de sus actividades cotidianas, diversifico las tareas cotidianas en función de roles sociales e hizo posible la transmisión de la experiencia. Más tarde la aparición del lenguaje y la utilización de símbolos permitieron su transformación como *homo sapiens* (Selles, 2007). Mediante el lenguaje ya no era necesaria la mímesis y se facilitó la transmisión y estructura del conocimiento, por lo que es difícil concebir el conocimiento sin la posesión del lenguaje, el cual representa un puente, un viaducto mediador para que se produzca la comunicación intencional de la experiencia, por ejemplo, sin el lenguaje no se concibe la acumulación y transmisión de experiencias pasadas como ocurre cuando por medio del lenguaje se dan a conocer

las creencias o costumbres de una población en particular que van transmitiéndose de generación en generación.

Según Maturana (1992), lo humano existe en el conversar y todo quehacer humano ocurre como una red de conversaciones. Para este teórico de las emociones las conversaciones son las interconexiones continuas entre el lenguaje y emociones. De ahí que no existe otra forma de vivir siendo humanos que no sea vivir en conversaciones. En este sentido, Ibáñez (2003) señala que cuando el profesor distingue comportamientos diversos como egoísmo o generosidad debe tener en cuenta que los niños actúan de esa manera porque es lo único posible para ellos hasta ese momento, sus acciones están configuradas en su mundo inicial de interacciones con otros seres humanos, y ese mundo es diferente para cada niño. Los niños no son egoístas o generosos. Somos los adultos mediante las conversaciones quienes distinguimos coordinaciones de acciones y las connotamos con esas palabras. Según Ortiz (2015), para Maturana, lo que el niño aprende al crecer en el lenguaje junto a su madre, padre y familia, es a convivir en coordinaciones conductuales consensuales que surgen en la convivencia, en las coordinaciones del hacer y el emocionar.

Mediante el lenguaje las personas somos capaces de intercambiar roles, es decir, mediante la producción y reproducción de mensajes lingüísticos podemos actuar como emisor y receptor. Cada emisor es a la vez receptor de su propia emisión, por lo que puede vigilar y controlar su emisión a medida que la emite e incluso le permite corregir sus propios errores; este hecho es importante porque hace posible la

interiorización del comportamiento comunicativo, constituyéndose como una parte del pensamiento. El conocimiento interiorizado (que se encuentra en la mente de cada individuo) que se construye desde el lenguaje ha sido producto de un proceso de socialización y es así como desde la niñez estamos expuestos a la comunicación lingüística en la comunidad donde habitamos, por lo que como seres humanos la desarrollamos desde esta etapa de la vida, considerando que también estamos dotados de un código genético con el cual en el cerebro se forman conexiones neurofisiológicas y capacidades físicas que así lo permiten, formando de esta manera el carácter simbólico del lenguaje. Es a través del lenguaje que se transmiten conocimientos o información, pero más que eso, el fluir de las vivencias y experiencias que tenemos en ese instante como seres humanos se dan a través del lenguaje. En este sentido, el pensamiento humano configura nuestra realidad mediante categorías que luego reflejan y transmiten dicha realidad a través del lenguaje, donde se requiere el trabajo hermenéutico de descifrar el conocimiento del sentido común en los mensajes develando de esta manera sus significados y sus sentidos.

ESCENARIO III

RECORRIDO METODOLÓGICO.

El propósito de este Escenario, es detallar los procedimientos realizados durante el recorrido metodológico. Es por ello que lo presento de manera detallada

con la intención de proporcionar una descripción de la actividad desarrollada desde el paradigma cualitativo, a través de la Teoría Fundamentada en los Datos, como la forma de adquirir conocimientos sobre el mundo social, y como dice Strauss y Corbin (2002), "ofrecer una manera de pensar el mundo y de mirarlo" (p.4), es decir ayudar a ver la vida social más allá de lo ordinario y comprenderla de una manera diferente…comprender desde lo humano.

Abordaje Epistémico de la Metodología de la Investigación

Se puntualiza en este apartado, el espíritu conceptual que sustenta la episteme de la presente investigación. Se describe, el pensar y sentir a partir de lo humano, lo cual justifica el abordar la presente Tesis Doctoral desde el paradigma cualitativo.

Tal y como ha sido planteado anteriormente, toda actividad del hombre conlleva a una respuesta social, y dicha respuesta se manifiesta según el contexto socio-cultural en el cual vive y convive; por consiguiente, se puede por ello, interpretar el sentir y pensar del hombre, por ser éste susceptible de estudio través de sus creencias, vivencias y experiencias individuales las cuales por acción de la sociocultura se vuelven colectivas.

Es por ello, que partiendo de lo antes descrito, la presente investigación, adopta como posición paradigmática, el visualizar la Automedicación como una vivencia y experiencia humana, lo cual conlleva a la sociedad, a considerarla como elemento fundamental en el proceso salud-enfermedad, tanto en la prevención de la enfermedad como en la cura o alivio de la misma.

Las vivencias y experiencias humanas como producto de la realidad social, están encajadas en el "mundo interno personal", un mundo construido por dogmas, necesidades, ideales, dudas, entre otros, cualidades éstas que le dan sentido y significado a la cotidianidad de la existencia, cotidianidad vivida en ese "mundo externo personal."

Desde este punto de vista, para Martínez (2006) "el conocimiento será siempre el resultado o fruto de una *interacción dialéctica*, de un dialogo entre: imagen o estimulo físico de la realidad exterior y contexto personal interior, objeto y sujeto" (p.43). De tal manera que, lo vivido, lo aprendido y lo experimentado es resultado de esa interacción entre el mundo exterior y lo interpretado en el mundo interior de lo personal.

Es por ello, que en correspondencia con lo desplegado hasta ahora, la presente investigación, demanda que la naturaleza y estructura de la misma, fuera considerada en el marco referencial del contexto sociocultural de los informantes claves, quienes viven y experimentan esa realidad social llamada "Automedicación".

Ahora bien, que desde este marco epistémico, las Personas, la Salud, la enfermedad, la Automedicación, el Autocuidado, la Sociocultura, la Educación, y la Sociedad, son considerados sujetos y objetos a la vez; porque la Salud es a la Vida y la Enfermedad es a la Muerte, como las Personas, la Automedicación, el Autocuidado, la Sociocultura, y la Sociedad, es a la Salud y Enfermedad.

A partir de la perspectiva antes planteada, la Automedicación, fue estudiada, no solo desde lo conceptual y estructural, sino además como producto de una sociedad, considerando sus intereses, creencias y valores.

En consonancia con lo antes expuesto, el enfoque más conveniente, y coherente para el desarrollo de la presente acción investigativa, es el abordaje cualitativo haciendo uso de las Representaciones Sociales, dado que en esta modalidad de investigación, se adopta una perspectiva holística y humanística, que permite vislumbrar la praxis de la Automedicación desde la interacción de las relaciones existentes entre la experiencia y vivencia humana y la sociocultura. Tanto la experiencia y vivencia son aspectos que no son mesurables, porque tienen que ver con la subjetividad, es decir con el "Mundo Interno", y que su interacción con la sociocultura exige un enfoque estructural – sistémico y dialéctico, en el cual, cada elemento no solo se define por lo que es en sí mismo, sino, por su red de relaciones con todo los demás.

De manera tal, que en la presente investigación no hay cabida para un enfoque cuantitativo, donde la realidad es considerada y percibida ya hecha, acabada y plenamente externa y objetiva.

Como podemos observar, no visualizo a la investigación cualitativa como un simple estudio de cualidades aisladas; si no que la percibo como un todo integrado, que forma unicidad en el análisis, y que hace que como lo expresa Martínez (2000): "ese algo *sea lo que es*" (p.66).

En este orden de ideas, para Esser (2008), la investigación cualitativa admite comprender la realidad como una construcción que ocurre en las interacciones subjetivas de los individuos que participan en la investigación. Por su parte, Strauss y Corbin (2004), consideran que la investigación cualitativa, "puede abordar la vida de la gente, las experiencias vividas, los comportamientos, emociones y sentimientos, así como al funcionamiento organizacional, los movimientos sociales, los fenómenos culturales y la interacción entre las naciones" (p.4).

Desde esta perspectiva, asumir una óptica de tipo cualitativo conlleva, en definitiva, no solo a la captación del sentido de lo que el otro o los otros quieren decir a través de sus palabras, sus silencios, sus acciones y sus inmovilidades a través de la interpretación y el diálogo, si no también, la posibilidad de entender los aspectos comunes de muchas personas y grupos humanos, en el proceso del vivir y convivir en ese mundo de vida, vivido en el contexto social y cultural en la que despliegan su existencia.

Es por ello, que en la presente investigación, el del abordaje cualitativo, favorece interpretar los datos, con el propósito de develar la naturaleza profunda de la Automedicación desde lo humano como practica social, y exponerla de manera teórica.

Teoría Fundamentada en los Datos

Desde el paradigma cualitativo, a partir del cual fue dirigida la presente investigación, recorrí ese mundo de vida de los informantes claves, en donde lo

narrado y lo vivido por ellos, no solo estuvo envuelto por su cultura, sino además moldeado por sus emociones y experiencias anteriores. Ese mundo de vida ajeno, un mundo de lo vivido y experimentado, todo un océano lleno de interrogantes, en el cual me vi sumergida, en la búsqueda de respuestas que dieran lugar a la compresión de la Automedicación como actividad humana, vinculada en la conciencia social, lo que hace de las vivencias personales, una experiencia individual cargada de sentido colectivo.

En la búsqueda del método apropiado para la presente investigación, me encuentro con la opinión de investigadores en el área cualitativa, quienes recomiendan utilizar la Teoría Fundamentada en los Datos, como método apropiado para el estudio de las experiencias e interacciones humanas, en este sentido menciono por ejemplo: Hustchinson (citado en Arenas, 2005), quien considera a la Teoría Fundamentada en los Datos como un enfoque de investigación cualitativa, utilizado para explorar procesos sociales que se presentan en las interacciones humanas, por el cual se pueden dar explicaciones a procesos sociales claves que provienen de la información empírica o que están basados en ella. Por su parte Strauss y Glaser (2004) afirman que la Teoría Fundamentada en los Datos, permite estudiar de manera sistemática la riqueza y diversidad de la experiencia humana, de manera tal que a partir de ese punto se pueda generar una teoría que logre dar explicación al comportamiento humano de los individuos.

De manera tal que la Teoría Fundamentada en los Datos posibilita estudiar la riqueza y diversidad de la experiencia humana y generar una teoría que pueda ser utilizada para entender la realidad. Las interacciones humanas presentes en el proceso social han sido un foco explorado por este método. Sus fundamentos son provenientes de las representaciones sociales, como una perspectiva de la ciencia interesada en la acción social. En esa perspectiva los individuos y sus acciones no pueden ser entendidos fuera de su contexto social, sino a través de las interrelaciones entre ellos. Asimismo, la Teoría fundamentada en los Datos procura comprender el mundo social a través de las representaciones presentes en el grupo, tal como se presenta en la realidad.

Este método no persigue producir teorías formales, sino más bien teorizar sobre problemas muy concretos que podrán adquirir categoría superior en la medida en que se le agreguen nuevos estudios de otras áreas sustanciales. Dicho de otro modo, el investigador no pretenderá probar sus ideas al generar teoría fundamentada, sino sólo interpretar y sistematizar la teoría que emerge de las narraciones de los actores/ras entrevistados.

Ahora sí, consciente que la vía cualitativa era el camino a transitar y, definido el método por el cual abordar la vivencia y experiencia humana de la Automedicación desde la socio-cultura, completé mí marco teórico-metodológico, para cumplir con la finalidad de la investigación: construir teoría, desde la triangulación de las

perspectivas de la autora, de los teóricos que han servido de referencia para la comprensión del hecho en estudio y de las narrativas de los actores/ras participantes.

La Metódica

La Teoría Fundamentada en los Datos, comprende un conjunto de procedimientos, y como lo expresan Strauss y Corbin (2002) no sigue una estructura rígida, de allí que para el desarrollo de la investigación, utilicé de acuerdo a las condiciones y de manera flexible los siguientes pasos básicos:

- *Delimitando Tema Central de Investigación*: es decir, considerar un aspecto específico dentro de la situación problemática.
- *Generando la Pregunta de Investigación:* Permitió explorar el fenómeno en estudio.
- *Recolección de los Datos:* Este paso consta de dos partes: el muestreo de la muestra selectiva de los datos a través de los actores/ras participantes y el muestreo selectivo de la literatura a partir de los conceptos que surgieron de las categorías desarrolladas.
- *Muestreo teórico:* La muestra es definida teóricamente. Fue recogida de un compilado de conceptos afín con la teoría a desarrollar.
- *Análisis comparativo de los Datos:* Este punto facilitó la formación de conceptos por medio del Ordenamiento Conceptual (darle nombre a los acontecimientos) y posteriormente la categorización (reagrupar los conceptos

en conceptos más abstractos y luego organizarlos en Categorías según sus propiedades y dimensión).

- *Codificación:* Codificación Abierta **(**permitió segmentar el discurso de los actores/ras participantes en partes y de esta manera analizar, comparar y categorizar los datos), Codificación Axial (facilitó que los datos fueran de nuevo agrupados, en busca de la conexión entre las categorías y subcategorías) y Codificación Selectiva (Esta permitió integrar y refinar las categorías y concluir en una categoría central (idea central) en la cual todas las otras categorías quedan integradas).
- *Teorización:* Consistió en integrar todas las ideas sobre el fenómeno en estudio en una formulación teórica coherente.

El Diagrama del Recorrido Metodológico se detalla al final del capítulo (ver Grafico 2).

Tal como fue expuesto, la presente investigación estuvo dirigida a construir una aproximación teórica, por medio del análisis comparativo e interpretación de los datos. Fue muy interesante, y porque no decirlo apasionante el proceso de recolectar la información, y más aun el hecho de construir interpretaciones que no solamente generaron categorías, sino que al mismo tiempo fueran el reflejo de la realidad.

Como investigadora estoy y estuve consciente, que nunca podré estar libre de sesgos, dado que gran parte de ellos son inconscientes, que la objetividad es necesaria para lograr una interpretación imparcial, y en nuestras vidas cotidianas nos confiamos

en los conocimientos y experiencia para entender el mundo en que vivimos, de allí que para lograr la objetividad en la investigación, fue mantenerme en una actitud de escepticismo, por lo tanto todas las explicaciones, las categorías emergentes, fueron validadas por medio de entrevistas posteriores.

Sin embargo, debo confesar dos puntos importantes; el primero es que mis experiencias vividas y compartidas con los otros, fue un valor agregado en cuanto a la percepción de la sensibilidad social del fenómeno en estudio, el segundo punto es que el hecho de ser farmacéutica, más que producirme prejuicios y sesgos, fue junto a la sensibilidad social un pivote fundamental en desarrollo de la investigación, y tal como lo expresa Strauss y Corbin (2004), "La experiencia profesional es otra fuente potencial de sensibilidad." (p.24). Todo ello me permitió poder distinguir con destreza qué era igual y qué era diferente, favoreciendo de esta manera la elaboración de categorías con sus respectivas propiedades y dimensiones, para el proceso de teorización. De tal manera que me siento confiada con las conclusiones a las que he llegado.

Describiendo el Recorrido

Delimitando el Tema Central de Investigación.

A pesar de estar consciente que la Automedicación era el fondo de la investigación, con lo cual quedaba definida la Situación Problemática, estaba

preocupada, en donde debía centrar la investigación, es decir, cuál era el tema (fenómeno) central de la misma.

Ante esta situación, realicé revisión y nuevas lecturas en el área, conversaba sobre el tema con profesores, colegas farmacéuticos, familiares y amigos, y todo el aporte giraba sobre temas que han sido estudiados apropiadamente, por supuesto, todo ello me brindaba una noción general sobre lo que deseaba investigar, pero no me delimitaba el área específica.

Ahora bien, si algo me quedo claro, fue que ese tema central, debía girar sobre algo que no ha sido estudiado, que genere una perspectiva nueva de abordar la Automedicación.

Ese tema central llegó, se hizo presente cuando menos lo esperaba:

Una tarde en un supermercado de centro comercial, mientras esperaba mi turno para cancelar, escuche la conversación en la cual una señora muy preocupada comentaba que su hijo tiene amigdalitis, y le ha sido difícil conseguir un determinado medicamento, a pesar que le ha dado otros antibióticos y nada de mejora, la otra persona le pregunta si lo había llevado al médico, y respondió que NO, porque ya se lo habían recetado antes, y cada vez que se enfermaba se lo compraba, en esa conversación intervinieron varias personas comentando sus vivencias y experiencias.

El escuchar con cuidado y observar la forma de hablar y las acciones de estas personas, pude conocer, sus vivencias y sucesos individuales. En ese momento

percibí, que el tema central, seria abordar la Automedicación desde lo humano, como una habito socialmente construido.

Generando la Pregunta de Investigación

El propósito principal de éste enfoque de investigación desde el abordaje cualitativo, es construir una aproximación teórica. Para hacerlo, era necesario formular una pregunta que permita explorar con profundidad la Automedicación desde lo humano.

Al delimitar la situación problemática, la pregunta de investigación, podría decirse que emerge casi en simultáneo, dado que ésta debe identificar el fenómeno que se va a estudiar y especificar el tema a investigar.

Para Strauss y Corbin (2002), la pregunta de investigación y la manera como se expresa llevan al investigador a examinar los datos desde una perspectiva específica y a usar ciertas técnicas de recolección y ciertos modos de análisis de los datos. La pregunta impone el tono del proyecto de investigación y le ayuda al investigador a mantenerse centrado, aun cuando haya gran cantidad de datos

De allí, que el modo de como se formulara la pregunta de investigación, sería determinante para delimitar, en muy buena medida, el muestreo teórico, la literatura, la técnica de recolección de los datos, la realidad empírica y teórica, es decir establecer cómo se emplearán los procesos de investigación, que permitirá darle respuesta.

Por ello, estuve consciente, que la pregunta de investigación debía establecer y orientar las áreas precisas que apuntaran con claridad la ruta precisa de la investigación y no otra, y que además conservara la fidelidad al tema central. En la búsqueda de esta pregunta de investigación, genero otra interesante interrogante: ¿Cómo realizar ese tamizado para que esta pregunta de investigación sea descubierta?

En la medida que ahondaba en conocer con mayor profundidad la situación problemática, varias preguntas de investigación fueron emergiendo, y sufriendo en simultaneo una serie de metamorfosis, pues al contrastarlas con las variadas fuentes de información, e ir estableciendo con precisión la naturaleza (lo ontológico), la dimensión (Limites) y alcance (trascendencia), el número de las mismas fue reduciéndose a cinco (5).

Ahora bien, ante la presencia de estas cinco preguntas de investigación, brotaron dos interrogantes: ¿Cuál es la pregunta de investigación, que representa en su esencia el tema central a investigar?

La respuesta a dicha interrogante, la encontré en las conversaciones con los miembros de la Comisión Lectora (durante el desarrollo de la Tesis, mantuve contacto con ellos), cada uno en sus comentarios, me expresaban que la fuente para ubicarla estaba en el contexto de la investigación misma. Con esta reflexión en mente, inicie la construcción de mi destilador, quedando al descubierto las ideas esenciales: Tratamiento Y Prevención de las Enfermedades (**Proceso Salud-Enfermedad**), Experiencias Personales (**Vivencias**), Hábitos y Costumbre

(**Sociocultura**), lo Aprendido (**Práctica Social**). Este ejercicio, fue clave para ubicar donde debía enfocarme en la selección de la pregunta de investigación

GRAFICO 1

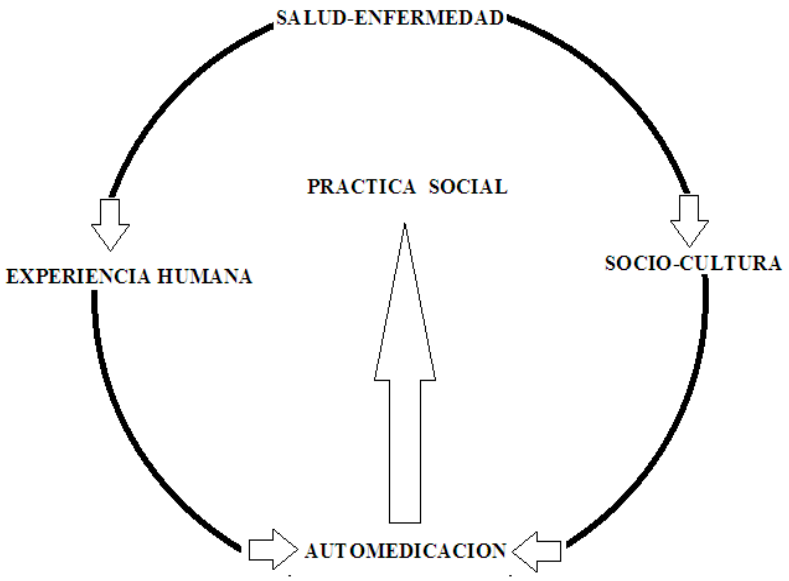


DIAGRAMA EPISTEMICO
Diseño: Ana Lopresti (2015)

Después de esto seleccioné la pregunta específica sobre el fenómeno y cómo ésta se relaciona con los acontecimientos y sucesos observados:

¿Cómo abordar la Automedicación, como experiencia humana, desde la praxis social, a través de la sociocultura, utilizando para ello las Representaciones Sociales?

Recolección de datos

Informantes

El propósito y enfoque epistemológico de la investigación, exige que la selección de los informantes claves no esté descontextualizada, por lo tanto fue considerado lo referido por Morse (2003), quien expresa que los buenos informantes son aquellos que tienen el conocimiento y la experiencia necesaria sobre el tema.

De tal manera que cuando llegó el momento de pensar ¿a quienes entrevistar?, considere muy pertinente, seleccionar aquellas personas relacionadas con el tema e intencionalidad de la investigación. Surge así la segunda interrogante: ¿Cuáles actores/ras a seleccionar?

En el caso de esta investigación, los primeros encuentros con los actores/ras participantes se dieron de una manera espontánea, es decir no planificados, en ese involucrarme con la cotidianidad de la práctica de la automedicación, siempre mirando hacia el cuidado humano como norte que pudiesen darme pautas sobre la pretendida búsqueda, sin desatender otros aspectos que pudiesen emerger; de aquí surge lo que llamé selección primaria de actores/ras participantes conformado por nueve personas preseleccionadas.

En la medida que iba avanzado el proceso de selección de forma planificada de actores/ras participantes, acordes con lo pretendido con el proceso investigativo, pautado en sus directrices en relación a la automedicación y cuidado humano, seleccione primeramente a tres personas, posteriormente la conformación de los informantes, se desarrolló en la medida que se realizaban las entrevistas. Los

informantes me recomendaban familiares o amistades a las cuales podía entrevistar, recomendaciones que gustosamente aceptaba y agradecía.

De allí que para el cierre de este momento investigativ,o el grupo de informantes queda conformado por siete (7) personas, cinco (5) de genero femenino y dos (2) de genero masculino.

- Una (01) Comerciante Informal madre y esposa.
- Un **(**01) Estudiante de Enfermería que asiste a un Gimnasio.
- Una **(**01) Farmacéutica Regente de Farmacia.
- Una **(**01) Dependiente de Medicina Natural.
- Una **(**01) Docente, madre y esposa
- Una (01) Contador Público, madre y esposa, convive con sus padres.
- Un **(**01) Médico Internista.

Tomando en consideración, que el tema central de la investigación es abordar la Automedicación desde las vivencias y experiencias humana, no cabe duda que la entrevista a profundidad, es la técnica que más favorece explorar ese "mundo interno", como producto de una realidad social, es decir las vivencias y experiencias que le dan significado al "mundo externo" y con ello sentido a la cotidianidad de la vida.

Las entrevistas grabadas son transcritas inmediatamente como notas de campo, se hace un análisis comparativo constante y se procede al muestreo teórico cíclico hasta la saturación de categorías y descripciones para redactar la teoría.

A las personas seleccionadas como actores/ras participantes , previo a las entrevistas, se les informó y explicó el objetivo de la investigación, y una vez que manifestaron su deseo de participar se cumplió con lo correspondiente al Consentimiento Informado.

Durante toda la recolección de los datos, los actores/ras participantes siempre tuvieron la libertad de expresarse, y por mi parte mantuve el interés de escucharlos, para así comprender lo que dicen de su "mundo interno", mundo asentado en sus valores, cultura, creencias, educación y experiencias que traen de situaciones vividas.

Las primeras entrevistas fueron transliteradas y remitidas a los como actores/ras participantes para su verificación y conformidad. Es importante señalar que para realizar la primera entrevista no poseía una lista preparada de las preguntas que iba a formular. Por lo general primeramente averigüé sobre el conocimiento con respecto a la Automedicación y a los cuidados generados durante esta práctica, y sus experiencias con relación al proceso Salud-Enfermedad.

En la medida que los datos se iban analizado, fueron emergiendo conceptos y categorías, lo que permitió decidir dónde ir y cómo conseguir nueva información. De allí que la recolección de los datos fue un constante ir y venir, es decir del muestreo teórico al análisis de los datos y viceversa, los datos se fueron analizando línea por línea para percibir "*lo que ellos en realidad dicen"*, fue un constante comparar y conceptualizar, lo que condujo a formular nuevas preguntas y salir a la búsqueda de más datos.

De acuerdo con lo expresado, es el análisis lo que impulsa la recolección de los datos, en las entrevistas posteriores, formulé preguntas que emergieron como producto del análisis de los mismos. Estas entrevistas estaban basadas en interrogantes tales como "¿Falta algo más por explorar?", ¿Cuál es la percepción de salud y la enfermedad para ellos?, ¿Es la percepción de la salud y la enfermedad determínate en su praxis de Automedicación? ¿Tienen sus vivencias y experiencias con respecto a la Automedicación igual significados o son diferentes?

Ante todo esto, debo manifestar que la literatura técnica (informes sobre estudios de investigación) así como la literatura no técnica (documentos, informes, catálogos redes sociales), fueron también utilizadas para complementar las entrevistas y observaciones, de tal manera, que los datos se obtuvieron a través de entrevistas a profundidad y documentos.

Hubo momentos cuando estaba realizando el análisis de los datos, que una interrogante se apoderaba de mi:"¿será acaso que lo que interpreto refleja la realidad de los datos?". Esta duda, me llevo a consultar a los entrevistados, si la interpretación estaba acorde con la experiencia de ellos en relación a un fenómeno dado.

Afortunadamente, todos manifestaron estar de acuerdo con la interpretación, y así quedo demostrado que iba por buen camino.

Muestreo Teórico

En la Teoría Fundamentada en los Datos, el muestreo teórico es el dispositivo fundamental en el proceso de construcción de la teoría.

Es importante hacer notar, que el muestreo teórico comienza con las entrevistas de los como actores/ras participantes, y no está basado en el número de personas, sitios y documentos, (ya que estos solo proporcionan los medios para la obtención de los datos), dado que está fundamentado en los datos, los cuales son considerados significantes por ostentar relevancia y ayudan a través del análisis comparativo a la generación de categorías; de allí que el muestreo teórico es acumulativo y aumenta en profundidad en la medida en que las categorías son relacionadas y almacenadas.

Como ya se dijo, el muestreo teórico comienza con las entrevistas, sin embargo en la medida que realizaba el análisis comparativo de los datos, esta actividad me condujo a formular nuevas preguntas conceptuales, por lo cual tuve que consultar a los como actores/ras participantes en varias oportunidades, y además buscar información en las redes sociales, periódicos, informes, catálogos (científicos o de otro tipo) y una gran variedad de materiales pertinentes con el fenómeno en estudio.

Con el análisis comparativo de los datos, se comienza la codificación de los mismos, lo cual permite por un lado orientar la recolección posterior y por otro lado la generación de categorías. Es por ello, que el muestreo teórico, es un proceso dinámico, cíclico y termina cuando ningún dato nuevo es relevante, en otras palabras,

que no aporta nueva información que favorezca el enriquecimiento de las categorías, por lo tanto se ha llegado a la Saturación Teórica.

De esta manera se considera, que el muestreo teórico de la presente investigación fue en base al análisis de los datos, y de los conceptos y categorías que iban emergiendo.

Análisis Comparativo de los Datos: Construcción de Categorías

Tal como he señalado anteriormente, en la metodología de la Teoría Fundamentada, la recolección de los datos y el análisis comparativo ocurren en secuencias alternadas. De allí, que con la lectura de la primera entrevista comienza el análisis, y éste que lleva a próximas entrevistas y así sucesivamente hasta llegar a la saturación teórica.

Recodemos que la Teoría Fundamentada, es un método donde se compara de manera constante los conceptos tomando como plataforma las similitudes y diferencias de los acontecimientos identificados en los datos. Es así como este método de análisis, contribuye a la construcción de Categorías y al desarrollo de una teoría, la cual emerge a través de un proceso de codificación que se divide en tres: Abierta, Axial y Selectiva.

Codificación Abierta

Para Strauss y Corbin (2002) "la Codificación Abierta es el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus

propiedades y dimensiones".(p.112). Durante esta etapa de análisis, los datos son identificados en conceptos y luego éstos en las distintas categorías. Sin embargo, debo expresar que a pesar de tener una visión clara del proceso de investigación y detallados los pasos de la misma, a la hora de estar ante la presencia de los datos, no puedo negar que la angustia se hizo presente y junto a ella las megas preguntas: "¿Cómo penetrar en la información? ¿Cómo darles sentido y significado a los datos?" ¿Que me dicen los datos? ¿Cómo percibir más allá de lo narrado?

Para la primera y segunda interrogante, fue realizar una lectura general a cada entrevista, buscando la idea central para de esta manera tener una visión holística de los acontecimientos narrados.

Para la tercera y cuarta interrogante, realice lecturas específicas de las oraciones, es decir un análisis línea por línea de cada oración. Con ello buscaba la idea principal de cada oración, así se fueron creando los Códigos Nominales.

Desde esta perspectiva, se realizó el análisis de los datos, se delimitaron los acontecimientos y sus acciones, a los que luego se les proporcionaron un nombre (Código Nominal), el cual a partir de ese momento lo representa.

Procederé a explicar como se abordó la construcción de Categorías:

Para explicar el procedimiento, utilizaré como ejemplo la construcción de la Categoría "**Naturaleza Humana"**.

Comienzo con el microanálisis de los datos, que refleja cómo realicé los Códigos Nominales:

Informante 1: "Ese dolor que ella sentía, me ponía en su lugar **(Asertividad),** verla con el dolor, naguara, no podía **(Empatía).** Ella estaba sola y como yo tenía el analgésico dije conchale voy a dárselo **(Compasión)……"**

Informante 2: "Yo cuido a mi hija para que esté sana **(Ayuda)**, para que no sufra de una enfermedad **(Prevención).**

Lo antes expuesto significa que un Código Nominal es un acontecimiento o acción al que se le ha puesto un nombre. Se trata de una representación abstracta de un acontecimiento, o acción que se identifica como significativo en los datos. Debo aclarar, que en una Categoría concurren numerosos Códigos Nominales.

Codificación Axial:

Durante la Codificación Axial los datos que fueron fragmentados en la Codificación Abierta, fueron reagrupados tomando en consideración sus semejanzas y diferencias para de esta manera reducir los numerosos Códigos Nominales y construir grupos denominados Conceptos, y de crear Categorías y establecer las conexiones entre las Subcategorías que la conforman.

Strauss y Corbin (2002), definen la Codificación Axial como "el proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías, denominado "axial" porque la

codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones. (p.135).

En descripción del procedimiento, seguiré utilizando como ejemplo la construcción de la Categoría "**Naturaleza Humana"**.

Después de darle un nombre a cada acontecimiento, los agrupé bajo el término de Concepto, tomando en cuenta sus semejanzas y diferencias y la capacidad de cada Código Nominal en explicar el fenómeno en estudio.

El siguiente paso fue agrupar los Conceptos en Subcategorías y estas agruparlas luego en Categorías. Las Subcategorías y Categorías son conceptos derivados de los datos, que representan fenómenos.

Seguidamente, paso de describir el Ordenamiento Conceptual que permitió generar los Conceptos a partir de los Códigos Nominales, para construir las Categorías:

Los **Códigos Nominales** son examinados comparativamente desde su significado y tomando en cuenta las condiciones en las que el acontecimiento estaba inmerso, se procedió a clasificarlos, y luego a agruparlos como **Conceptos**, los cuales son agrupados nuevamente por sus relaciones como **Categorías**. De cada Categoría según el contenido de los datos surgen las **Subcategorías,** para de esta forma facilitar descripciones e interpretaciones más precisas del fenómeno en estudio.

De tal manera, que las Categorías resultan de los Conceptos, los cuales provienen de los Códigos Nominales, una vez que los datos son analizados.

Al examinar las acciones que denominé como **"Asertividad", "Empatía", "Compasión"**, **Ayuda**, **Prevención,** me pregunté: ¿Pero estas acciones para qué sirven? Como respuesta a esta interrogante, fue considerar que lo que estaba haciendo este informante, era tratar de evitar que la otra persona continuara sufriendo.

Así, las acciones "Asertividad", y "Empatía", se agruparon bajo la denominación **"Identificarse con el Prójimo",** mientras que "Compasión**"** con la denominación **"Afectividad"**, y conforman la Subcategoría **"Sensibilidad Humana"**.

Por su parte las acciones "Ayuda" y "Prevención" fueron agrupados bajo una designación más extensa: **"Servir con Generosidad",** y ambas conforman la Subcategoría **"Cuidado Humano".**

CUADRO 1

Subcategorías de la Categoría Naturaleza Humana

Datos	Concepto	Subcategoría	Categoría
Ese dolor que ella sentía, me ponía en su lugar →**(Empatía)** **Código Nominal** Verla con el dolor, naguara, no podía **(Asertividad).**→ **Código Nominal**	**Identificarse con el Prójimo**	**Sensiblidad humana**	

Ella estaba sola y como yo tenía el analgésico dije conchale voy a dárselo **(Compasión).**→**Código Nominal**	**Afectividad**		**Naturaleza Humana**
yo cuido a mi hija para que esté sana **(Ayuda)** → **Código Nominal** para que no sufra de una enfermedad **(Prevención)**, →**Código Nominal**	**Servir con Generosidad**	**Cuidado Humano**	

De lo anterior se desprende dos cosas que debo describir, lo relativo a propiedades y dimensiones de las categorías:

- *Propiedades:* *Son las* características que define y le da significado a una categoría.
- *Dimensiones:* Es el grado en el cual varían las propiedades de una categoría.

Una vez identificada la categoría **Naturaleza Humana**, empecé a desarrollarla en términos de sus Propiedades y Dimensiones específicas:

Al observar las acciones que he denominado: **"Asertividad", "Empatía", "Compasión", "Ayuda" y "Prevención"** surge entonces la siguiente interrogante**:** ¿Qué tiene en común estas acciones? Al ser analizadas estas acciones en su contexto, saltan a la vista las respuestas:

- Son acciones que se dan en la conciencia del Ser,
- Modo de responder desde lo afectivo,

- Forma de identificarse y comprender el sufrimiento ajeno.
- El cuidado y bienestar para otra persona.
- Cada una de estas actividades forman parte de los seres humanos.

De tal manera que cada una de estas características define las *Propiedades* de la categoría **Naturaleza Humana,** las cuales les dan significado a la misma.

Una vez establecidas las Propiedades, la próxima actividad fue determinar sus Dimensiones:

Estas propiedades, aunque semejantes en el sentido de formar parte del Ser humano, son diferentes cuando se les compara una con la otra en busca de sus dimensiones. Identifiqué que estas acciones pueden estar o no presente en cuanto a la conciencia de las personas, el hecho de identificarse y comprender el sufrimiento ajeno está sujeto a la personalidad de cada persona, el responder desde lo afectivo, puede variar desde la indiferencia hasta el acto más altruista, el cuidar y procurar el bienestar de otra persona puede pasar de un alto a un bajo compromiso, que estas actividades no son constantes en todos los seres humanos, varían con el tiempo y las circunstancias

Se presenta un cuadro que particulariza *Propiedades y Dimensiones* de la categoría **Naturaleza Humana**

CUADRO 2

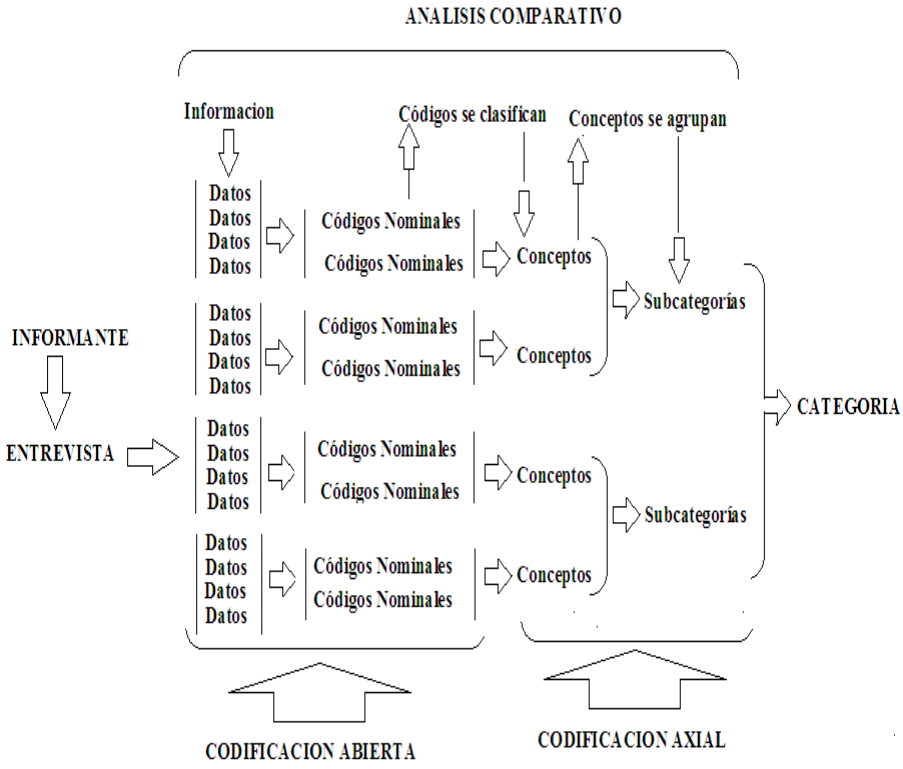
Categoría	Propiedades	Dimensiones
NATURALEZA HUMANA	Son acciones que se dan en la conciencia del Ser.	Estas acciones pueden estar o no presente en la conciencia de las personas.
	Modo de responder desde lo afectivo.	El responder desde lo afectivo, puede variar desde la indiferencia hasta el acto más altruista
	Forma de identificarse y comprender el sufrimiento ajeno.	El hecho de identificarse y comprender el sufrimiento ajeno está sujeto a la personalidad de cada persona.

	El cuidado y bienestar para otra persona.	El cuidar y procurar el bienestar de otra persona puede a pasar de un alto a un bajo compromiso.
	Cada una de estas actividades forma parte de los seres humanos.	Estas actividades no son constantes en todos los seres humanos, varían con el tiempo y las circunstancias

Es preciso indicar que con la especificidad de las propiedades y dimensiones se demarca una Categoría con respecto a las otras y con ello se da precisión y pertinencia a cada Categoría con respecto al fenómeno en estudio.

Cuando se realizó el análisis comparativo de un incidente con otro, fue siempre considerando las propiedades y dimensiones inherentes al acontecimiento con la finalidad de encontrarle sentido a la información.

A continuidad se presenta un grafico que detalla cómo se realizó el proceso de elaboración de Categorías:



Diseño: Ana Lopresti (2017)

Como producto del proceso de análisis comparativo e interpretación de los datos surgieron cinco (5) categorías:

CUADRO 3

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
NATURALEZA HUMANA	Cuidado Humano Sensibilidad Humana Indiferencia Humana
PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD	Enfermedad: Experiencia Vivida Vulnerabilidad en la Enfermedad
APRECIACIÓN DE LA SALUD	Concepción de la Salud Cultura Somática
SOCIO CULTURA	El Conocimiento Popular en la Praxis de la Automedicación

Codificación Selectiva:

Una vez establecida las categorías, lo siguiente fue la integración de las mismas, el primer paso para la integración fue establecer la esencia de la investigación a través de una idea central, una vez determinada la misma, estuve lista para darle a esa Idea Central un nombre "Categoría Central" y para relacionarla con las otras categorías. De allí que la Categoría Central representa el tema principal de la investigación.

Criterios según Strauss (1987) que debe poseer la Categoría Central:

- Tiene que ser central: Poseer la capacidad de relacionarse con las otras categoría
- Debe aparecer con frecuencia en los datos: En las narraciones de los informantes está presente de manera implícita o explícita la idea que sustentan la categoría.
- Dar explicación lógica y consistente: Debido a su capacidad de relacionarse con las otras categorías puede exponer de manera firme una explicación integral del fenómeno en estudio.

Procedimentalmente para la realización de la Codificación Selectiva se efectuaron los siguientes pasos:

Primer paso: Relectura general a cada entrevista, porque en cada una de ellas, la persona informante me narra esa parte de su vida, la historia de un acontecimiento vivido y experimentado, llevada luego a Categorías y de esta manera tener una visión holística de los acontecimientos narrados.

Segundo paso: Consiste en establecer la idea central de la investigación. En este sentido, al analizar la información suministrada, la misma giraba en torno a las enfermedades, ya sean padecidas por los actores/ras participantes o por sus familiares y allegados, todo ello daba un marco referencial, aunque cada una de las categorías existentes concentraban parte de la historia de los informantes, ninguna de ellas la capta por completo y por tanto se necesitó de un concepto más abstracto bajo el cual se logró agrupar todas las categorías: "*Preocupación ante la Enfermedad*",

como *Categoría Central*, ya que la mayor parte de las narraciones que hicieron los actores/ras participantes respecto a las experiencias y vivencias de la Automedicación, rondaron en torno a los aspectos humanistas y de relación que tienen ante el hecho de enfermar, tal y como se expresa en los siguientes ejemplos:

> *"...cuando me duele la columna, tengo una lumbalgia y me tomo un Diclofenac o Coltrax®, yo me tomo todo eso junto, no me preguntes como esta mi hígado, mi riñón, yo no miro eso, yo ya no miro eso, si me calma el dolor" (Informante 2).*

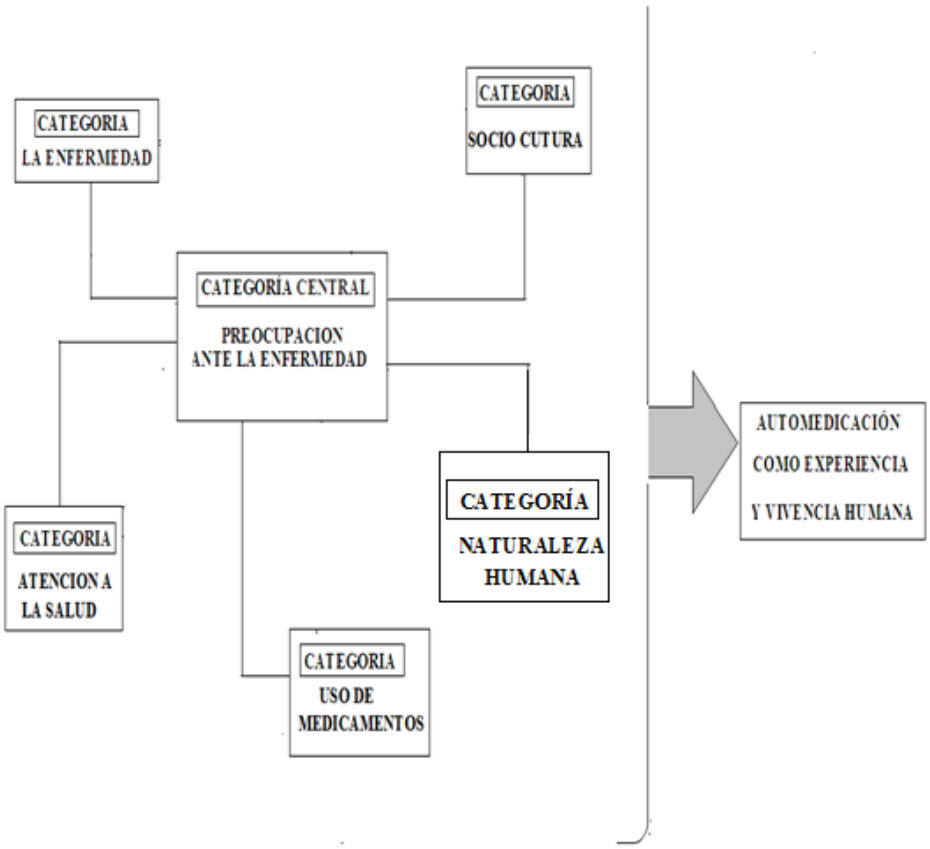
> *"cuando utilizo los medicamentos no leo lo relativo a los efectos colaterales, no le presto mucha atención, yo lo que quiero es que me calme, yo sé que me lo mandaron una vez en mi vida y eso me deja tranquila. (Informante 3)*

> *"yo no soy de esas mamás que van al medico pa´ todo, yo le doy medicamentos y listo". (Informante 4)*

> *"..por experiencia, lo viví conmigo, ya con mi hija se lo que tiene, entonces ya yo se que hacer con mi hija". (Informante 1)*

A continuación se presenta un gráfico donde se visualiza: Identificación de las Categorías asociadas con el fenómeno en estudio con la Categoría Central.

GRAFICO 3



CATEGORÍAS ASOCIADAS CON LA CATEGORÍA CENTRAL.

Diseño: Ana Lopresti (2017)

Teorización

Para Strauss y Corbin (2002), teoría denota un conjunto de categorías bien construidas, por ejemplo, temas y conceptos, interrelacionados de manera sistemática por medio de oraciones que indican relaciones, para formar un marco teórico que explica algún fenómeno social, psicológico, educativo, de enfermería o de otra clase.

Desde esta perspectiva las categorías que emergieron, junto con sus relaciones, sirvieron de sustento sobre cómo se desarrolló la aproximación teórica, es decir los

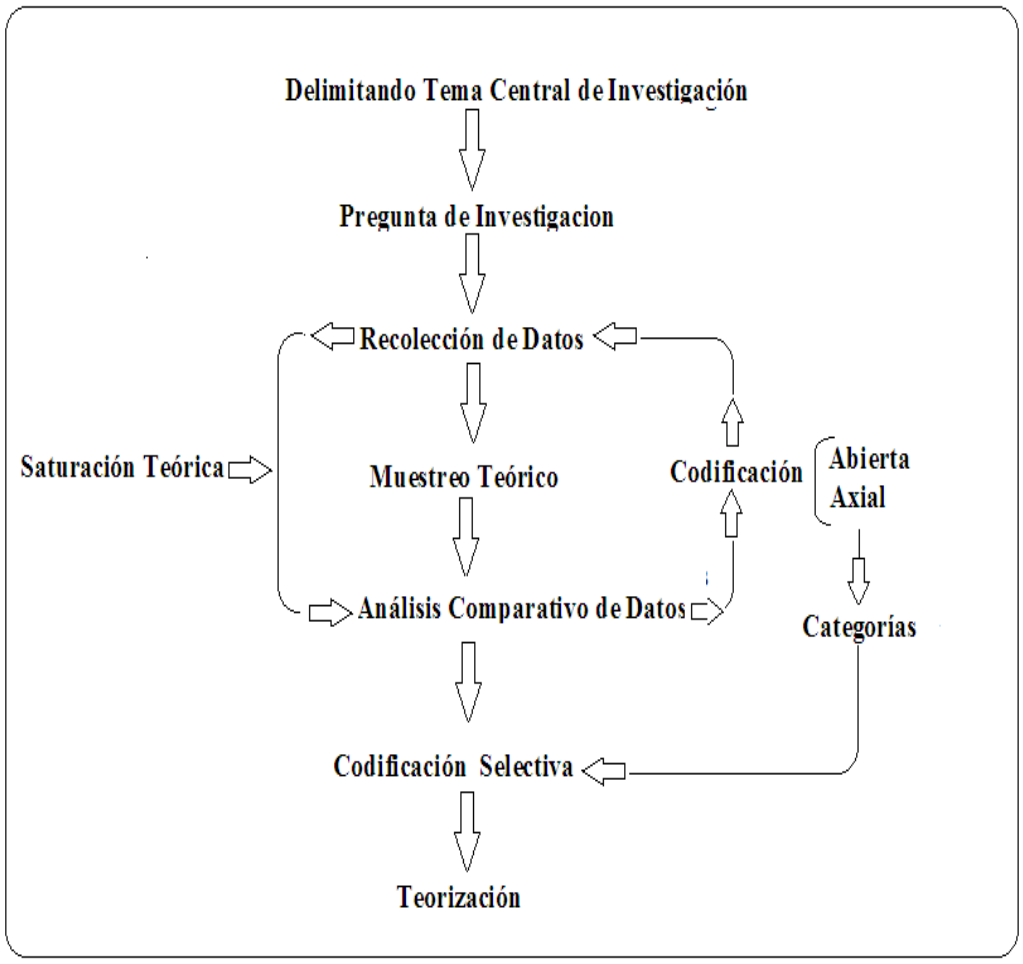
datos evolucionan a teoría. De tal manera, que una teoría es el producto de la relación entre las categorías, una categoría por si sola nunca generaría ni explicaría la teoría.

Debo destacar que a través de la metodología utilizada, abordé la automedicación con el deseo de entender y explicar, cómo y por qué las personas desde su experiencia y vivencia humana actúan de una o determinada forma ante este fenómeno.

A modo de resumen, como experiencia de haber utilizado ésta metodología, puedo decir que la Teoría Fundamentada en los Datos, es una forma de adquirir conocimientos sobre el mundo social, y como dice Strauss y Corbin (2002) "ofrece una manera de pensar el mundo y de mirarlo." (p.4), es decir ayuda a ver más allá de lo ordinario y a comprender de manera nueva la vida social.

A continuación se presenta un gráfico donde se visualiza: El Recorrido Metodológico.

GRAFICO 4



Recorrido Metodológico

Diseño: Ana Lopresti (2016)

ESCENARIO IV

ANALISIS, INTERPRETACION Y DISCUSION DE LOS DATOS.

Durante el desarrollo de este Escenario se presentan algunas narrativas de los actores/ras participantes, con la finalidad de ayudar a comprender lo que se está explicando.

Esencialmente me he enfocado en comprender, analizar e interpretar las cinco (5) categorías que emergieron durante la investigación:

- Naturaleza Humana.
- Enfermedad: Experiencia Vivida.
- Apreciación de la Salud.
- Socio Cultura.
- Administración de Medicamentos.

El comportamiento de los seres humanos se basa en lo conocido de la realidad, del conocimiento que emerge de la interpretación subjetiva, interpretación que tiene que ver con las Representaciones Sociales del mundo en el cual se vive y convive.

Lo imaginario, al ser una construcción de símbolos, trabaja con la idea representativa de una realidad dada, que da origen a representaciones individuales, y éstas al ser compartidas con los otros se transforman en representaciones colectivas, dando así el surgimiento de una red de conceptos fundamentales, lo cuales en la

presente investigación emergieron de esa realidad vivida, percibida y experimentada por los informantes, todo ello dio como resultado un análisis profundo y continuo, marcado por un intenso trabajo de lectura y relectura de los datos adecuados al proceso metodológico de la Teoría Fundamentada en los Datos.

CATEGORÍA: NATURALEZA HUMANA

Esta categoría da a conocer una disertación analítica sobre la naturaleza humana.

Nacer, crecer, procrear y morir, es una característica propia de los seres vivos, pero la naturaleza del hombre va más allá, y es precisamente la condición de poseer conciencia de su existencia, conciencia de la vida y conciencia de la posibilidad certera de morir, de allí que esta conciencia transitoria de la existencia, conlleva a una inquietud intrínseca y propia de todo ser humano, y es por ello que el despliegue del hombre siempre será la búsqueda de su bienestar.

Por eso se puede expresar, que en todo ser humano la búsqueda de su bienestar, es y será lo más importante, es decir, ir tras aquellos objetivos hacia los cuales éste pueda lograr desarrollarse, y eso está dado más como una tendencia natural.

Se debe tener claro que al hablar de naturaleza humana estoy refiriéndome a algo que forma parte de todos los seres humanos es decir todo aquello que tenemos en común.

Ahora bien, producto del análisis de las representaciones Sociales, se puede apreciar, que la practica de la automedicación va más allá del cuidado en si, pues según las narraciones de los actores y actoras entrevistados las experiencias y vivencias son trasladas en su práctica hacia el otro, es decir, se da una especie de sincretismo entre el cuidado para si y el cuidado humano.

En función de comprender mejor de lo que estoy expresando presentó a continuación las siguientes subcategorías:

- Cuidado Humano
- Sensibilidad Humana
- Indiferencia Humana

Cuidado Humano

Lo expresado por los actores/ras participantes, hace hincapié, que las acciones del cuidado hacia el prójimo son actos conscientes de la necesidad del otro, acciones que transcienden lo instintivo y por ello son actos humanos.

La acción del cuidado, es una manera de manifestar lo humano, ya que esta acción simboliza atención, paciencia y confianza:

> *"mi mamá y mi papá me cuidaban, mi papá compraba el tratamiento, el siempre estaba pendiente, mi mamá me llevaba a las consultas del hospital" (Informante 6).*
>
> *"mi papá está actualmente enfermo, mi mamá y yo estamos allí, al pie del cañón, estoy siempre pendiente de*

> *comprarle sus medicinas y mi mamá se encarga que se las tome" (Informante 5).*

Podemos notar que el cuidado es una cualidad primordial, donde la persona cuidadora se centra en la atención del otro. En este sentido para Boff (2002), "el cuidado significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención".

> *"Cuando mi hija se enferma, prácticamente me enfermo yo también, vivo preocupada, me desvelo le doy sus medicinas, y cuando empieza a mejorar me voy tranquilizando" (Infórmate 1).*

De tal manera que el cuidado Humano consiste en tener disposición para atender el enfermo como ser humano y como debe ser, con respeto, dedicación y compromiso.

Un elemento esencial es la empatía, ya que en ella se manifiestan los valores humanos, los cuales se asienta la acción del cuidado en una relación bidireccional.

Los actores/ras participantes en general expresaron que la empatía en relación al cuidado humano es:

> "una *disposición puramente humana" (informante 1),*

> *"un estado de consciencia por entender, entender al otro sin juzgarlo" (informante 3)*

> *"una actividad humana, aunque no está presente en todo los seres humanos" (Informante 4)*

> *"para una persona enferma, la empatía es un gesto de solidaridad" (Informante 6), "empatía es ponerme en*

> *el lugar de esa persona y brindarle apoyo" (Informante 7).*

La Empatía identificada en el cuidado, establece la relación de coexistencia, de interacción y correspondencia a la necesidad de la persona enferma. Todo ello tiende a fortalecer la relación sujeto-sujeto, expresada como un todo en la unicidad de lo humano en la Convivencia Social.

La Convivencia Social es una NECESIDAD HUMANA, porque el ser humano es un ser bio-psico-social, que nace tan desvalido, indefenso, que necesitamos de los demás seres humanos para poder desarrollarnos y sobrevivir.

Asimismo se debe considerar que el ser humano no es un ser solitario sino todo lo contrario, somos seres sociales, y desde esta perspectiva, la Convivencia Social se transforma en Convivencia Humana.

La Convivencia Humana, no se da por sí misma, sino que se construye mediante el encuentro comunicacional, de allí que la convivencia es una interacción de dos o más personas, de modo que entre ellas se pueda compartir sentimientos y valores. El lenguaje siempre ha sido uno de los principales medios de expresión del ser humano, a través del cual manifiesta sus ideas y sentimientos, la forma como se relaciona con el mundo.

De allí que, el cuidado como medio de comunicación, es el sentimiento que nos hace sensibles y nos envuelve con las personas.

> *"Mi papá me dice constantemente, tú tienes que estar en constante control médico, por tu problema de la columna" (Infórmate 2).*

> *"le digo a mi esposo no puedes estar abusando de los esteroides, ellos hacen daño" (Infórmate 3).*

> *"mi hijo siempre ha tenido problemas respiratorios, motivo por los cuales ha estado hospitalizado, y cuando está enfermo se asusta mucho, entonces yo le hablo, lo beso, y así se tranquiliza" (Infórmate 6).*

Ese sentimiento profundo es lo que se llama cuidado y es la demostración de amor, empatía, dedicación y comunicación con el otro.

De tal manera que el cuidado humano, se constituye en un aspecto cultural de lo humano. Es una necesidad básica, sin la cual la existencia de la humanidad sería imposible. Dentro de esta necesidad básica que es el cuidado, se debe dedicar tiempo, tener paciencia y sutileza en entender y compartir los temores que envuelve la enfermedad, para que la persona enferma sienta confianza, que no está solo.

Ahora bien, el cuidado humano, no solo está dirigido a satisfacer las necesidades de una persona enferma, puede estar dirigido hacia una persona sana para prevenir enfermedades:

> *"Bueno recuerdo que a mí me daban sábila con miel y todas las mañanas yo botaba ese poco de flema, y actualmente yo tomo todas las mañanas miel con limón y les doy a mis hijos para prevenir cualquier cosa" (Informante 3).*

Los actores/ras participantes consideran que para realizar la acción del cuidado es preciso estar consciente por parte de la persona cuidadora, cuáles son sus propias fortalezas y debilidades, lo que conduce a conocer cómo responder a las necesidades de la persona a ser atendida, porque cada ser humano tiene su visión particular de percibir la realidad:

> *"Cada miembro de mi familia –mi hija, mi hijo y mi esposo- son mundos diferentes, yo debo individualizar a cada quien para poder atenderlos cuando se enferman, como hacer para que se tomen las medicinas, dedicar atención e incluso en lo emocional, sobre todo con mi hija" (informante 3).*

Se perciben en esta narrativa, la acción del cuidado humano desde una concepción holística, ya que como podemos observar, se considera el cuidado en sus dimensiones biológica, emocional y espiritual.

La unicidad del hombre es evidente y se manifiesta en el mundo a través del lenguaje, de la expresión, del cuerpo y del rostro.

> ***"****yo veía a mi papa que empezó con un asma y ya los medicamentos no le hacían nada hasta que termino en una fibrosis, fue muy difícil, entonces yo no quería eso..." (Informante 4)*
>
> *"Cuando tiene moquitos le coloco solución fisiológica y Desloratadina, nada más, dejo que su cuerpo se defienda, se que lo puede hacer, me calo unas semanitas con ese moquito y le echo solución para que no se ponga peor" (Informante 1).*

La acción de cuidado humano, es una acción responsable y tiene como objetivo el bienestar del otro, su desenvolvimiento y su plenitud de forma integral.

Sensibilidad humana.

La sensibilidad parece ser esa parte afectiva que está presente en los seres vivos, hay quienes consideran que las planta son sensibles a las palabras afectivas, ya que éstas se renuevan y embellecen ante el cuidado con amor, por su parte los animales dan demostración de afectividad, pero en los seres humanos como producto de la evolución hace millones de años, la capacidad de envolverse afectivamente y de emocionarse es un hecho consciente.

De allí que la sensibilidad, es el sentimiento consciente que nos hace humanos, que nos lleva a la manifestación de afectos, tales como la **ternura** y la **compasión, y** con ello nos lleva a identificarnos con los problemas de nuestros semejantes.

La sensibilidad, por ser un sentimiento consciente, conlleva a las personas a realizar una serie de acciones orientadas a promover la automedicación en las poblaciones, pero centradas en el tratamiento de la enfermedad relegando así, a un segundo plano, los cuidados cotidianos individuales para promover la vida y la salud y de esta manera se confunde la automedicación con el cuidado propiamente dicho.

Veamos como lo expresan**:**

> *"me entristece cuando leo en mi WhatsApp, mensajes solicitando medicinas debido a la escases, se lo que es eso, yo lo he vivido esa angustia" (Informante 4)*

> *"ante esta situación del país, mi sensibilidad y el deseo de colaboración se exacerba…no tienes ideas" (Informante 6)*

> *"Para trabajar en el hospital miro al paciente como un ser que necesita ayuda, y para ello se debe tener sensibilidad, es decir comprometerse afectivamente" (Informante7).*

De allí que, la sensibilidad, nos permite comprender los sentimientos y las necesidades del otro, supone saber ponerse en el lugar del otro para entenderlo, en nuestro caso en la atención de una persona en situación de enfermo, para lo cual la persona cuidadora debe ser humanamente sensible, como se expresa a continuación:

> *"Ese dolor que ella sentía, me ponía en su lugar. Verla con el dolor, naguará, no podía…" (Informante 3).*

Obsérvese en esta narrativa que la sensibilidad humana favorece el desarrollo de la empatía, al comprender la situación humana por la cual está pasando la persona enferma, significa que nuestra informante percibe como una persona igual a ella sufre, y esto da sentido a las acciones, al favorecer la compasión hacia la persona enferma, en la consciencia del dolor y sufrimiento del otro. De allí que la sensibilidad presente en la empatía, nos permite identificarnos en los demás, en cuanto a lo que piensan, sienten y que requiere de nuestro auxilio.

Los resultados revelan, que la sensibilidad humana se manifiesta en los padres no solo cuando se ocupan de la prevención de las enfermedades, sino que esta ocupación se transforma en preocupación ante la enfermedad:

> *"desde chiquitos mi mamá nos daba las medicinas, para que no nos enfermáramos" (Informante 1)*
>
> *"a mí me daban fuerte dolores muscular, mi papa compraba una ampollas y me inyectaba y luego me enseñó a inyectarme. Mi papá, me decía mira aquí en este punto arriba de la nalguita, ahí divides en dos y cada vez que me daban mis dolores, pum, yo me inyectaba" (Informante 2).*
>
> *"Estoy pendiente de darle a mis hijos Vitamina C y cuando yo veo a mi hija con el moquito le doy el antialérgico, porque yo sé que ese moquito, si me descuido pasa de ser una simple gripe a un proceso más fuerte" (Informante 5).*

De esta manera podemos apreciar que la preocupación por el otro, es cómo se ve, como se siente, como está en su situación de enfermo.

Según lo expresado por los informantes, otro aspecto del sentir humano está presente en la espiritualidad, al considerar que ésta es exclusiva de la naturaleza humana. En cuanto a lo relativo a la enfermedad, la espiritualidad es un medio de sanación que tienen las personas, que ofrece un sentimiento colectivo y personal conectado con un poder superior denominado Dios:

> *"De primero, cuando tomo un medicamento digo "en el nombre de Dios y la Virgen", sobretodo con mi hija que es complicadita, ¿entiendes? Siempre lo hago. ¿Sabes porque lo hago? mi papa me enseñó a encomendarme siempre a Dios. No es que yo no confíe en el medicamento, si confío en que le hace efecto, pero una vez a mi hija cierto medicamento le cayó mal, y no se lo di más, entonces es por eso que yo digo en el nombre de Dios porque yo no sé si un medicamento le puede caer bien o mal a mi hija" (Informante 6).*
>
> *"Yo digo que tenía mucha fe en Dios, él es el que pudo hacer todo, yo le daba la medicina y bueno decía "en el*

> *nombre de Dios" que esto le caiga bien y de verdad que con esas medicinas a mi me decían "ay no que él se va a poner un poquito hinchado" pero de verdad que él nunca tuvo esa reacción a las medicinas y siempre estaba pendiente de sus medicinas, y si él se las tomaba, es porque sentía alguna mejoría" (Informante 4).*

La espiritualidad concentra diversas opiniones filosóficas en cuanto al propósito de la vida, y tiene por lo general la potestad de dar significado a la existencia cotidiana del Ser, lo que motiva a escoger las relaciones y búsquedas necesarias, de allí que cada persona es capaz de desarrollar su propia espiritualidad:

> *"Si creo en Dios, pero nunca he pensado en que un medicamento haga efecto por intervención divina ni nada por el estilo, ni en brujos, ni en curanderos, no creo en nada de eso. La maldad si existe, pero al punto de decir que "el niño era tan bello y le echaron mal de ojo", no, no creo en eso" (Informante 6).*

El Informante numero 6, en su visión de la espiritualidad, la percibe no como una necesidad o un medio para satisfacer una relación de encuentro medicamento-persona-salud.

Ahora bien, desde la espiritualidad, a partir de la visión holística del hombre, se puede identificar la sensibilidad como esencia de lo humano, como estrategia para el desarrollo de la relación terapéutica armoniosa entre la persona enferma y la persona cuidadora, que permitan armonizar adecuadamente la acción del cuidado humano.

La compasión es otra manera de manifestar el sentir humano, ya que la compasión expresa afecto y calor humano:

> *"Verla con el dolor, naguará, no podía…"*
> *(Informante 3).*

Se expone en esta narrativa que la compasión aparte de dar sentido a sus acciones, favorece la sensibilidad hacia la persona enferma, en la conciencia del dolor y sufrimiento del otro, que se traduce en "*estar juntos"*. Las palabras "*estar juntos*" se trasforman en solidaridad, tranquilidad y confianza para la persona enferma.

En el sentir humano, Marturana (1992) considera que nos hace especialmente humano, es el amor, pues sin amor nosotros no somos seres sociales, considera además que en nuestra manera particular del convivir como seres sociales, el lenguaje ha sido uno de los principales medios de cómo nos relacionamos con el mundo, al poder manifestar nuestros pensamientos y sentimientos.

De allí que para gran parte de los informantes preguntar: ¿Cómo está? ¿Cómo se encuentra?, ¿Cómo se siente? Son preguntas que fortalecen el sentir humano en la persona que se atiende.

> *"Mi esposo padece de una enfermedad crónica degenerativa, y converso mucho con él y siento que se siente animado cuando conversamos, eso me hace sentir bien" (Informante 4)*
>
> *"con mis hijos, por lo menos con el niño que ha sufrido mucho de neumonía, pulmonía, él estuvo mucho tiempo hospitalizado, le mandaron muchos esteroides,*

> *estaba muy controlado, él estuvo con mucho control médico hasta los cinco años. Cuando se enfermaba se asustaba y yo le hablaba, le contaba historia inventadas y se quedaba tranquilo" (Informante 4)*

En la narrativa de los informantes se puede interpretar que el Sentir humano más que referirse a la simple atención de las necesidades del otro, es una manifestación de empatía, solidaridad, preocupación, respeto hacia los demás, y entrega generosa.

La Subcategoría Sensibilidad Humana recoge todo ese modo de ser, muestra como funcionamos los seres humanos.

Indiferencia Humana

La compasión, la cordialidad, el afecto entre otras cualidades, son elementos esenciales de la sensibilidad que nos hace humano. Sin embargo en contraposición a la sensibilidad, existe frialdad, indiferencia, e indolencia, y lamentablemente estas también son cualidades humanas.

Los actores/ras participantes consideran que existen personas que les resulta indiferente el sufrimiento del otro, se muestran insensibles, no se comprometen ni se involucran en las necesidades de otra persona, sino que se aprovechan de las mismas para provecho propio:

> *"existen personas que están comprando medicinas para luego revenderlas porque hay escasez, eso no se veía antes…nos estamos deshumanizando" (Infórmate 1).*

> *"cuando se trata de la salud, uno debe brindar todo el apoyo necesario, sin embargo hoy en día, no hay sensibilidad alguna por las necesidades de otro ser humano" (Informante 4).*
>
> *"se habla y se escucha en todas partes de la escasez de medicinas, y la gente se aprovecha de eso, y lo más grave aún, es que ya lo vemos como algo normal" (Informante 6).*

CATEGORÍA: ENFERMEDAD EXPERIENCIA VIVIDA

Los resultados revelan, según lo expresado por los actores/ras participantes, que padecer una enfermedad es uno de los sucesos más preocupantes para el ser humano.

La manera en cómo cada persona afronta su enfermedad, está vinculada a la percepción y experiencia vivida en el proceso de enfermar.

Se presenta a continuación las siguientes subcategorías:

- Percepción de la Enfermedad
- Vulnerabilidad ante la Enfermedad.
- Respuestas Emocionales ante la Enfermedad

Percepción de la Enfermedad

La enfermedad es percibida como una amenaza, porque más allá de su capacidad limitante para la vida, la mayoría de las veces se percibe como la puerta de entrada al fin de la existencia.

Todo ello es el resultado de la conjugación de lo biológico, lo psicológico y sociocultural, e influye directamente en la respuesta del paciente a su enfermedad y su comportamiento como experiencias de vida

> *"Desde que me diagnosticaron esta enfermedad ya nada fue igual, sé que tengo que tengo que tomarme mis medicinas y sé que eso es de por vida, yo sé que tengo que llevar ese control porque es algo que tengo que controlar para poder sentirme mejor, porque de verdad que no estaba bien" (Informante 3).*
>
> *"Al principio cuando comenzaron los dolores, todo fue fatal, yo si iba al médico, ya que yo sigo con los dolores no realizo mis actividades como antes, todo cambio, es como estar amarrado, ya no voy al médico, me tomo un Diclofenac" (Informante 2).*

Como se puede apreciar, la enfermedad es percibida como limitante para la existencia, en esa limitación interviene procesos psíquicos como la memoria y la simbolización. De tal manera que la vivencia de la enfermedad se experimenta en la implicación de la misma en la calidad de vida de la persona enferma.

Es por ello, que tomando en consideración la influencia del contexto social en el que se desarrollan las experiencias vividas de la enfermedad, la presente investigación hace suya la definición conceptual de vivencia que formula Fariñas (1999).

Para Fariñas (1999), la vivencia es la conjunción dinámica de lo que el sujeto percibe o experimenta en relación con el medio (lo cognitivo) y lo que esta experiencia vale para él (relación afectiva que establece con dicho medio).

> *"Doy antialérgico por una semana, si veo que el moquito sigue, le cambio el antialérgico por otro y el antibiótico solo se lo doy cuando le da fiebre, yo no se si estará bien, yo no sé si el antibiótico se tiene que dar sin fiebre, pero el poco conocimiento que yo tengo hasta donde yo he escuchado de los médicos, ellos dicen "si la niña no tiene fiebre no le des antibiótico" (Informante 6).*

> *"Si veo que el medicamento no le está haciendo efecto, me preocupo si tiene tres días y no le ha bajado la fiebre, la llevo al médico" (Informante 1).*

Podemos apreciar, como en la conciencia de la enfermedad, a ésta se le asigna un valor emocional, un significado propio, un sentido. Se establece el binomio conciencia- -afecto para dar como resultado la vivencia de la enfermedad.

Aquí entran en juego y tienen un papel activo lo vivido y lo experimentado anteriormente, en cuanto a la conformación de percepciones de las enfermedades.

La conciencia de enfermedad, en lo vivencial, incluye componentes cognitivos, en la medida en que tanto el enfermo y/o cuidador, se percaten de la situación misma:

> *"Por experiencia, lo viví conmigo, ya con mi hija se lo que tiene, entonces ya yo se que hacer con mi hija" (Informante 1).*

La enfermedad como experiencia vivida**,** parte de la experiencia emocional de la persona enferma como de la persona cuidadora, en otras palabras depende de cómo se percibe. Cada persona responde de manera diferente ante el diagnóstico de una enfermedad. La vivencia de una enfermedad, tanto para la persona enferma,

como quien lo cuida, es subjetiva, dado que depende de experiencias anteriores, del significado que se le otorgue al hecho de estar enfermo. Éstas son algunas de las variables que marcan el impacto emocional, y determinan la manera de hacer frente a la enfermedad.

Las personas tienen su propia percepción de enfermedad, y ésta influye en cómo reaccionan a los síntomas:

> *"Cuando mi hija tiene gripe yo no le meto el antibiótico de una vez, yo le doy medicamentos para la fiebre, para la tos, ahora si tiene por lo menos el moquito verde le doy antibióticos" (Informante 6).*
>
> ***"****Tomo por mi propia cuenta, por ejemplo un resfriado, cuando apenas siento que la nariz comienza con alergia me tomo un Atamel® con manzanilla que sé que no me va a hacer daño" (Informante 7).*
>
> *"Fui operada de hernia cuando niña, bueno allí si mis padres eran muy estrictos con los medicamentos en las operaciones, si cumplían el tratamiento" (Informante 3.)*

Según lo expresado, la percepción de la enfermedad se adquiere a través de experiencias que haya padecido la persona enferma, sus familiares o amigos.

En el análisis de los datos, destaca que la experiencia de una enfermedad, conlleva de manera rutinaria, anticipar el padecer alguna enfermedad, de allí que este hecho de evitarla surge no solo de la vivencia que se tiene de ciertos acontecimientos vividos, sino además de la toma de conciencia de los mismos, como un acto de intuición y de conocimiento:

> *"Cuando mis hijos estaban chiquitos, y como el cuerpo está como muy indefenso a nivel inmunológico, los llevaba por sus vacunas, por su control" (Informante 6).*
>
> *"La experiencia con mi primer hijo me dio más seguridad para con mi segundo hijo. Con el primero yo si seguía toda indicación que me mandaban, porque él se enfermaba muy feo, en cambio el segundo ha sido muy sano, y yo he dado la pauta a nivel de medicamentos" (Informante 3).*
>
> *"Desde niño me daban vitaminas, para que no me enfermara, además pastillas de acido fólico y creo que de sulfato ferroso" (Informante 7)*

Se interpreta, que la unión de las percepciones, el conocimiento y la intuición son dimensiones humanas que se deben considerar en la construcción de las vivencias, dado que las mismas se viven desde los sentimientos.

Obsérvese como las experiencias de la enfermedad en cuanto a su naturaleza, persistencia y severidad de los síntomas son predominantes, reflejan las percepciones personales que en el pasado han tenido las personas con enfermedad.

Es de resaltar que según la percepción que se tiene sobre el tipo de enfermedad, ésta determina las vivencias de las mismas:

> *"cuando yo empecé a manipular medicamentos yo si voy para los médicos, pero tiene que ser que me estoy muriendo" (Informante 5)*
>
> *"ahora bien cuando se repetía una gripe yo no volvía a ir al médico, mi papá se creía farmacólogo, agarraba un libro de farmacología y decía ¿Pa´ ver que es lo que tú tienes?" (Informante 3)*
>
> *"Yo tomo medicinas por mi cuenta cuando es algo como una gripe, un malestar estomacal pasajero, pero no*

> *me automedico cosas que yo crea que son graves, sino cosas sencillas, un dolor de cabeza" (Informante 7)*.
>
> *"Porque de repente en el momento lo necesito y veo que es algo de enfermedad sencillo, un dolor de cabeza, un dolor e estomago, y eso puedo yo misma medicármelo pues, sin necesidad de tener que ir al médico sabiendo que es algo que tú misma puedes solucionar, como una pastilla, es para salir de la emergencia" (Informante 6)* .

Para los informantes del estudio, la percepción de la enfermedad es muy variada y puede considerarse algo razonable, ya que cada persona tiene su propia visión del mundo desde su experiencia y vivencia. Como se puede apreciar, la percepción es una modalidad de la conciencia, y por ello se presenta dentro del espacio en el mundo vivido y experimentado tanto de la persona enferma como de quien lo cuida.

Vulnerabilidad en la Enfermedad

Revelan los datos, que toda persona sana o enferma aspira tener buen estado de salud, el cual es reflejo de autonomía. Es por ello, que cuando una persona se "siente enferma" sus reacciones son de vulnerabilidad ante la enfermedad: malestar físico, limitaciones para realizar actividades rutinarias de la vida.

De manera que los efectos que puede producir la vulnerabilidad ante la enfermedad en la subjetividad de las personas pueden caracterizarse por las expectativas de esperanzas así como temores frente al sufrimiento, y la muerte

Así lo expresan:

> *"Mi papá tomó tanto medicamento que me decía "hija ya no quiero tomar más medicamentos, ya me siento mal, estoy agotado" (Informante 6).*

Se observa que la vulnerabilidad, es un modo particular de percibir, evaluar e interpretar los signos y síntomas de la enfermedad.

Las enfermedades originan transformaciones integrales en todas las dimensiones (psicológicas, espirituales, filosóficas) del ser.

> *"Todas las enfermedades ya sea la más sencilla, como la más complicada puede ser la puerta de entrada para la muerte" (Informante 1).*

> *"De primero, cuando tomo un medicamento digo "en el nombre de Dios y la Virgen", sobretodo con mi hija que es complicadita" (Informante 6).*

Una vulnerabilidad ante la enfermedad es la condición de estar hospitalizado, en general, esto acrecienta la sensación de minusvalía, pues emerge profundamente el sentimiento de impotencia:

> *"Cuando me daba las crisis de asma, me asustaba y mis padres me llevaban al hospital, me nebulizaba, me inyectaban, no sé si era un antialérgico, un esteroide, no sé qué era eso, yo se que a mí me inyectaban" (Informante 7).*

> *"mi hijo siempre ha tenido problemas respiratorios, motivo por los cuales ha estado hospitalizado, y cuando está enfermo se asusta mucho, entonces yo le hablo, lo beso, y así se tranquiliza" (Infórmate 6).*

> *"con mis hijos, por lo menos con el niño que ha sufrido mucho de neumonía, pulmonía, a él si yo lo llevaba mucho para la clínica, estuvo mucho tiempo hospitalizado, le mandaron muchos esteroides, estaba muy controlado, estuvo con mucho control médico hasta*

> *los cinco años, hospitalizarlo modificaba todo en la familia" (Informante 4).*

Las expresiones de los actores/ras participantes son comprensibles, dadas que tanto la persona enferma hospitalizada como la persona cuidadora se encuentran separados de su mundo, de su hogar, de su familia. En verdad varios aspectos son comprometidos por el hecho de estar hospitalizado y todo ello hace se vea más comprometida la existencia del vivir

De allí que más allá del hecho de estar enfermo, sentirse vulnerable ante la enfermedad, es un estado indeseable y restablecer la salud es lo primordial.

Respuestas Emocionales ante la Enfermedad

Todos los seres humanos por lo general reaccionamos de manera similar ante la enfermedad, aunque no todos reaccionamos con la misma intensidad o mostrando la igual sentimiento.

Para los actores/ras participantes, estar enfermo o tener un familiar o persona muy cercana, se convierte en una situación, preocupante, que tiende a producir un gran impacto emocional, en donde las reacciones emocionales frecuentes son el temor, la incertidumbre.

Veamos como lo expresan:

> *"Bueno, nada era más preocupante cuando mis hijos se enfermaban, así fuese una simple gripe, le daba*

> *lo que tenía en la casa, te descuidas y se convierte en algo más complicado" (Informante 5).*
>
> *"Yo siempre tuve mis medicinas para la gripe, para la fiebre, entonces uno buscaba los medicamentos para dárselos y esperaba a que se mejorara, sino mejoraba tenía que llamar al médico" (Informante 1).*
>
> *"Mi papá era quien se angustiaba, se ponía muy nervioso, en cambio mi mamá era más calmada, el darme el medicamento correspondía a mi mamá" (Informante 6).*

Los resultados revelan además que la conciencia sobre la enfermedad, genera respuestas como baja autoestima, minusvalía, amenaza de muerte, percepciones emocionales como producto de experiencias vividas tales como aflicción por perdidas, desesperanza, los sentimientos de culpabilidad:

> *"Cuando a mi mama el cardiólogo le dijo que a mi abuela era imposible curarla, mi mama perdió toda esperanza, fue algo muy triste, mi abuela murió. A veces mi mama se sentía un poco culpable" (Informante 6).*
>
> *"a mi hermana le diagnosticaron Leucemia, sobrevivió como un mes, al morir mi hermana, quede como hijo único, al principio me llevaban al Hematólogo me hospitalizaban, y que te digo cuando me enfermaba mi madre se angustiaba, me llevaba a la clínica, a veces yo no decía que me sentía mal, primero para que no me llevaran a la clínica y me hospitalizaran y segundo para no angustiar a mi madre…" (Informante 7)*

Para los actores/ras participantes, uno de los eventos más emocionales ante cualquier enfermedad es la espera del diagnóstico, el no saber, hace que se pierda la dimensionalidad del tiempo vivido, éste se hace eterno, se hacen largas horas, los días, las semanas de espera, en las que día a día no deja de pensar ni un solo instante:

> *"Tuve un cuadro viral muy fuerte, tomaba Acetaminofén, el médico me informó que iba mandar hacer algunos exámenes especiales para descartar Mononucleosis, eso me preocupó muchísimo porque cuando niña me dio hepatitis, y había escuchado que esa enfermedad afectaba el hígado, esos días de espera fueron larguísimos, vivía sumamente preocupada y asustada, pensaba seguro que hay algo malo." (Informante 3).*

> *"con mi hijo que ha tenido con frecuencia neumonía, cada vez que se enferma, le mandan a realizar placa de torax, ando angustiada, ese tiempo de espera para realizar la placa y el del informe la mayoría de las veces es corto, pero a mí se me hace infinito, no tienes idea de eso" (informante 4).*

Los resultados revelan que a pesar de que la persona enferma sienta miedo e incertidumbre, hay quienes sus respuestas emocionales ante la enfermedad es tener una conducta de evitación, lo que hace que la persona enferma puede negarse a sí misma la existencia de la enfermedad e incluso puede llevarles a no consultar al médico:

> *"yo no he ido al médico, porque lo que pasa es que lo de la tensión veo que se ha controlado, o sea yo tenía que ir y no fui más, yo me tomo la tensión casi todos los días, veo que está estable" (informante 1).*

> *"Mira, ir al médico tiene que ser, que todavía me sienta mal, es la única manera de que vuelva, si estoy fina, buenísimo, no vuelvo" (Informante 3).*

> *"a mi cuñado cuando le dan de alta no vuelve, o sea, lo vuelves a ver en la emergencia, (Informante 5).*

CATEGORÍA: APRECIACIÓN DE LA SALUD.

Presento a continuación las siguientes subcategorías:

- Concepción de la Salud.
- El cuerpo más allá de la Salud.

Concepción de la Salud

Variadas disciplinas, han dado numerosos conceptos sobre salud, desde la medicina, la sociología, la antropología, la filosofía, es por ello sensato iniciar alegando que salud es un término difícil de insertar en un solo y único enunciado posible.

Es por ello, que podría decir que la salud es un tema que siempre ha interesado y preocupado a todo ser humano, porque ella enmarca la manera de "Ser" y del "Estar" en el mundo, y por ello nunca podrá perder su importancia y significado, dado que poseer salud representa el gozo de vivir, autonomía y libertad.

De allí que según la Concepción de la Salud, ésta posibilita la identificación de las motivaciones que subyacen a la práctica social de la automedicación para lograr mantener su salud y cuidarla, lo que conlleva el análisis de las actitudes frente a la vida.

De tal manera, que tener salud o no tenerla es lo que determina, el modo de vida existencial:

> *"Para mí la salud es lo primordial, sin salud no hay nada" (Informante1).*

> *"Mi papá está enfermo de la columna, siempre dice que no tiene vida que perdió la salud cuando se cayó, ya no visita a los amigos" (Informante 6).*

De allí que la salud puede ser conceptualizada de diversas maneras, desde lo personal hasta lo social.

El concepto salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), en su Carta Constitucional, la definió en su preámbulo como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia, al que tiene derecho toda persona sin distinción de raza, credo".

Este concepto de salud tiende a ver al ser humano en su totalidad, es decir, con el ser humano entendido y mirado en todas sus perspectivas biológicas, psicológicas y sociales.

Ahora bien, para algunos de los actores/ras participantes, al señalársele este concepto de salud de la OMS, manifestaron, que este concepto era muy subjetivo e ilusorio, pues ¿Cómo se puede tener salud cuando se está enfermo? ¿Cuándo se puede estar en un estado de completo bienestar físico, mental y social?

Tal vez el discurso medicalizado de la salud, ha hecho que ésta sea usualmente, conceptualizada solamente desde la ausencia de enfermedad.

Es decir, una conceptualización de la salud desde una mirada somática: es el cuerpo sin enfermedades y competente para realizar todas sus funciones. La salud es concebida desde el modelo biomédico. La ausencia de salud viene dada por los signos y síntomas de enfermedad.

Para otros actores/ras participantes la salud, puede ser conceptualizada de manera positiva, como un bien y como un derecho constitucional:

> *"Bueno te diré, que hay personas que estando enfermas, llevan una vida casi normal, se sienten sanos, claro te digo eso depende de cómo veas a la vida, es decir de tu filosofía de vida" (Informante 3).*

> *"Soy hipertensa, y trato de llevar una vida tranquila, no es que este sana, porque no lo estoy, pero he aprendido a vivir con esta enfermedad, y dentro de mis posibilidades me he permitido sentirme como sana con mis limitaciones" (Informante 4).*

Desde esta mirada del concepto salud, no concierne sólo a lo biológico del cuerpo, sino que abarca lo humano en su dimensión psicológica, es decir se abarca dos aspectos; "estado enfermo" (biológico) y poder identificarse como "sano" (psicológico). Ambos aspectos abarcan una mirada de la enfermedad y la salud como escenarios complementarios del ser humano.

En este sentido, la salud puede ser puntualizada desde las experiencias en cuanto a las vivencias y condiciones vitales (sentirse bien o sentirse mal) y esto tiene suma relación con la cultura y estilos de vida.

Sin embargo a pesar de lo antes descrito, los datos también revelan, que la salud, dependen de variados factores que interactúan entre sí:

> *"si no se tiene una buena nutrición, no podemos decir que tenemos salud, actualmente la mayoría come para calmar el hambre, pero para alimentarnos nada que ver, sino te alimentas te enfermas" (Informante 4).*

> *"El sedentarismo, y los malos hábitos de vida afectaran tu calidad vida en un futuro, a pesar de sentirte bien y crees estar sano, y resulta que ya estás enfermo" (Informante 5).*

> *"Para tener salud debes contar primero con una buena nutrición, buena calidad del agua, buenos centros de salud, ingresos económicos que te permitan adecuadamente un buen estilo y hábito de vida, de no ser así no hablemos de salud" (Informante 7)*

Según esta concepción, la salud es resultante de la calidad del ambiente en el que se vive, del estilo de vida que adoptan las personas y las condiciones del entorno que favorezcan la salud.

En la dimensión espiritual del ser humano, están quienes consideran que la verdadera salud no se encuentra en el cuerpo, sino que está en el vivir satisfecho consigo mismo y en su relación con las demás personas:

> *"La salud está en el saber convivir con los demás, estar en comunicación amable, es tener paz espiritual, de que vale estar sano del cuerpo, si tu espíritu no lo está" (Informante 3).*

> *"Vivir con rencor enferma no solo el cuerpo, te enferma el alma, el espíritu, puede que con medicinas sanes el cuerpo, pero no sanas el alma, la salud es estar bien con uno mismo y con los demás" (Informante 1).*

> *"Mi madre antes de tomar sus medicinas, rezaba, y las santiguaba con la señal de la cruz" (Informante 7).*

Este modo de conceptualizar la salud debe ser tomada en cuenta como elementos integrantes de la existencia de cada persona, y debe ser entendida en el mundo de su interioridad, por lo tanto no puede ser ignorada, para así poder tener una concepción integral de la salud humana es decir salud espiritual.

Con todo lo antes expuesto, es difícil conceptualizar integralmente la expresión salud, tal vez porque no exista enunciado que se ajuste de manera adecuada y también porque es muy complicado enclaustrar todo cuanto el ser humano es o puede llegar a ser en relación a la salud, ya sea en lo particular como en lo colectivo.

De todas maneras, desde una perspectiva integradora, podemos aproximarnos a conceptualizar la salud como un bien apreciado, que se extiende a todas las dimensiones de la existencia humana.

El cuerpo más allá de la Salud

En la actualidad, la corporeidad consigue absoluta preeminencia. El cuerpo, ofrece al ser humano diferentes áreas en las cuales puede manifestarse, una de ellas es el ideal estético y lenguaje corporal:

> *"Si a mí un medico me dijera mira tienes que eliminar las harinas, los azucares porque si no vas a terminar como una camión, pero a mi ningún médico me ha dicho eso. He comprado, todo lo que sea para adelgazar yo me lo compro y no me hacen nada, me lo hace un momento, pero cuando te lo dejas de tomar eso no tiene un efecto duradero, yo si tome mucho el redicres® que hace que uno bote la grasa, vi que ya no me hacia efecto. En estos días vi una pastilla en una revista que reduce el apetito, la ansiedad para comer,*

> *pero no, ya estoy cansada de pastillas, ya lo que quiero es operarme, ponerme el balón ese, yo que sé. Mi papa dice que esa es la salida más fácil para quien no tiene fuerza de voluntad, puede que tenga razón pero eso es lo que yo quiero" (Informante 1).*

> *"Yo voy al gimnasio para mantenerme en forma, yo cuido mi cuerpo, me alimento bien, compro mis suplementos alimenticios por referencia de otros que van al gym, hasta ahora me han ayudado a mantener mi cuerpo en forma. ¿Que si hago ejercicios por salud? Creo que en mi caso el estar bien es el valor agregado de como cuido mi cuerpo, si creo que eso me ayuda a estar sano, recuerda que la apariencia vale y ayuda, es como dicen la belleza es salud" (Informante 2).*

Las opciones quirúrgicas, los hábitos alimentarios asociados a la necesidad, el acondicionamiento físico para el mantenimiento corporal, todo con la única finalidad de tener al cuerpo como centro de su individualidad, ofrecen un escenario significativo en la cultura somática, manifestado en la corporeidad, en la vida más allá de la salud.

Esta realidad de la cultura al cuerpo, está marcada, porque el cuerpo es el sitio de expresión física, es actor del mundo de la vida, es la esencia en el que se plasma la realidad objetiva y subjetiva, punto de partida la identidad y representación de las normas sociales

La cultura al cuerpo corre el riesgo de ser un hedonismo corporal, el cual está hoy día en la vanguardia de la cotidianidad social y si bien puede representar una predilección cosmopolita, implican características propias, las cuales provienen del

medio cultural.

Así pues, será necesario conceptualizar la salud y de la enfermedad desde un enfoque amplio e integrador, considerando las dimensiones biológicas, psicológicas, espirituales y socioculturales, que permitan interpretar y definir lo humano en toda su extensión.

Más aún cuando cada persona tiene una definición, según su experiencia, de qué es lo que considera salud según su experiencia, su forma de vida o el grupo social al que pertenece.

CATEGORÍA: SOCIOCULTURA

Conocimiento Popular en la Praxis de la Automedicación.

El ser humano es un ser social, desde el momento en el cual el hombre doméstico a los animales, aprendió el arte de la agricultura y dejó de ser nómada, para radicarse en un determinado lugar, empezó a vivir en comunidad, desde ese momento surge la cultura y la sociedad con sus normas que la regulan.

Ninguna persona vive absolutamente aislada del resto, ya que la interacción con otros individuos es imprescindible para el bienestar y la salud. La convivencia, de todas formas, puede resultar difícil por las diferencias de todo tipo (sociales, culturales, económicas, etc.) que existen entre los hombres.

La cultura es del hombre, y creamos una serie de creencias y valores, que influyen constantemente en nuestras vidas y nos permiten integrarnos uniformemente. La cultura se aprende a lo largo de toda la vida a través del proceso de socialización.

Es decir, la cultura es un constructo social, es un todo que incluye, las creencias, los conocimientos, las costumbres, que se trasmiten a través de la comunicación y el lenguaje, y es dinámica, dado que con el tiempo se presenta como producto de la transculturización, también cambian los elementos que la sustentan, emergiendo nuevas costumbres, creencias y comportamientos socialmente aceptados.

Los riesgos de enfermar o morir pueden estar condicionados por el estilo de vida de la persona. Existen hábitos perjudiciales para la salud, tales como el tabaco y el alcohol, los cuales se han transformados en vínculos sociales que las personas adquieren debido a lo sociocultural, y nos dejamos llevar por los estilos de vida, convirtiéndose en un círculo vicioso que envuelve la sociedad.

Ante esta realidad, la sociedad establece normas de control, construcciones simbólicas, saberes y avances científicos de la medicina occidental, los cuales constituyen una serie de prácticas culturales que forman parte de los de los mecanismos de control para enfrentar el proceso salud – enfermedad – muerte.

Los resultados revelan que las prácticas culturales son elaboraciones simbólicas que reflejan el mundo de vida, al considerar que la cultura influye en el proceso salud-enfermedad, ya que todas las actividades de la vida cotidiana están condicionadas socioculturalmente:

> *"Mi mamá si nos daba muchos té, nos acostumbro mucho a tomar té de hierbabuena, malojillo, ella siempre nos hacia los té, si nos dolía el estomago nos hacia manzanilla, si teníamos gripe nos hacia té de malojillo, pero no era porque lo mandaban los médicos, sino porque a ella le gustaba hacer eso, en su infancia su mamá también lo hacía y ella también lo hizo con nosotros" (Informante 3).*

> *"En mi infancia generalmente al principio me llevaban al médico claro, pero si veían que el medicamento no hacia empezaban con los remedios caseros, que si la cebolla morada, que si el malojillo, que si los vapores de ramas que te ponían con un paño, entonces aspiras el vapor de eso, básicamente yo me crie tanto con medicina natural como con medicina tradicional" (Informante 5).*

> *"Bueno recuerdo que a mí me daban sábila con miel y todas las mañanas yo botaba ese poco de flema, y actualmente tomo todas las mañanas miel con limón, para prevenir cualquier cosa" (Informante 4).*

La diversidad de plantas medicinales existente es muy variada y amplia, e igual es la experiencia en el manejo de las mismas para tratar o prevenir enfermedades. Estas prácticas son transmitidas de generación en generación:

> *"Mi mamá tiene en el jardín de la casa malojillo, romero, o sea, muchas hierbitas medicinales, mi papá nos decía esta se mezcla con la menta, no sé que no se que más y efectivamente chama, así como mi papá tiene el librito de farmacología, tiene también el de medicina natural, yo le digo "el hierberito" (Informante 3).*

> *"Mi mamá, también me trataba con medicina natural, ella me decía toma un garapito de tilo, o de manzanilla para que te relajes un poco, tomas este*

> *garapito de Yanten para que se te quite ese malestar del estomago" (Informante 1).*
>
> *"Cuando tengo gases, me tomo una infusión de Anís Estrellado, y listo, me mejoro, eso lo aprendí de mis viejos" (Informante 7).*

No obstante, actualmente estas prácticas de automedicación, arraigadas en la medicina natural, algunas plantas medicinales se han venido comercializando en capsulas para el consumo:

> *"Yo con mis problemas de calorones según el médico es por el Climaterio, ya no tomo esas hormonas que me recetó, ahora tomo Fito-Estrogeno® que es un regulador hormonal natural" (Informante 6).*
>
> *"Actualmente para mis dolencias de las piernas por las varices, estoy tomando un medicamento natural Varicen®, que me recomendó una prima" (Informante 3).*
>
> *"A mi esposo, mi nuera le trajo unas capsulas naturales a base de Palmetto, como tratamiento preventivo de la Prostata" (Informante 3).*

Sin lugar a dudas, el conocimiento empírico y la experiencia adquirida propia o ajena, hace de la automedicación de productos farmacéuticos una práctica social, a pesar de los riesgos.

De allí que el conocimiento de la cultura es muy importante para educar en materia de salud a cualquier persona, porque es en la cultura donde se cultiva el modo de vida de las personas, de las comunidades, todo ello sustentado en los hábitos, costumbres familiares, creencias culturales y religiosas.

El conocimiento científico también abarca el conocimiento de las diferentes formas en que los factores socioculturales y del desarrollo influyen en la conducta:

> *"Bueno como yo fui criada con las dos medicinas, con medicina natural digo estas ramitas que yo sé que hacen bien para calmar la tos y con medicina convencional el antialérgico yo sé que le frena la parte de los moquitos" (Informante 1).*
>
> ***"****Si es para gripe, resfriado, áreas respiratorias yo me voy mucho con la medicina natural, ahora para lo que es otras cuestiones, infecciones en orina, dolores musculares ahí si me voy con la otra medicina" (Informante 5).*
>
> *"Yo no soy usuario de medicina natural, a mí la medicina convencional me quita lo que tenga. Y así, todo va a depender de la experiencia de cada persona, es por lo vivido que tu vas a tener más confianza en una o en la otra medicina" (Informante 2).*
>
> *"Para contrarrestar un cuadro viral, de una vez me tomo una pastilla con un té caliente de manzanilla, porque le tengo confianza, porque desinflama" (Informante3).*

Según lo expresado por los actores/ras participantes, el conocimiento popular en la praxis de la automedicación, abarca también a medicamentos de la medina convencional:

> *"Yo no soy usuario de medicina natural, a mí la medicina convencional me quita lo que tenga. Y así, todo va a depender de la experiencia de cada persona, es por lo vivido que tu vas a tener más confianza en una o en la otra medicina" (Informante 2).*
>
> *"Si tengo fiebre tomo antibiótico y ni pienses que voy al médico tomo una pastilla de Fulgram® 850mg, por siete días" (Informante 4).*

> *"Con mi último hijo ya era distinto por la experiencia, si se trataba de gripes veía los síntomas yo lo medicaba, le daba sus medicinas y chévere, no había ningún problema, yo estaba más tranquila" (Informante 6).*

Podemos observar como los hábitos transformados en costumbres socioculturalmente aceptados, envuelve y moldea, nuestro comportamiento ante la salud y la enfermedad sustentado en la experiencia y vivencia de las mismas.

Para finalizar, se puede afirmar que las prácticas culturales conforman sistemas de referencia para estructurar la interacción social de los hombres y mujeres en su cotidianidad.

CATEGORÍA: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

En algún momento de nuestras vidas todos requerimos hacer uso de medicamentos para prever o poder atender las enfermedades y síntomas que podemos padecer.

Desde tiempos antiguos, el ser humano al presentar signos y síntomas que preocupen su estado de salud, toma decisiones pertinentes a su conservación, una de ellas es la medicación, es decir, el uso de técnicas y/o remedios para su propia atención. Esta práctica ha sido transmitida de generación en generación. Actualmente, no se limita al uso de remedios caseros, sino también a la ingesta de

medicamentos de origen farmacéutico, sin prescripción médica, es decir, a la automedicación.

A pesar de los avances médicos en la actualidad, la automedicación sigue siendo una práctica importante en la atención de la salud humana, no obstante, las consecuencias de ésta en oportunidades no es del todo positivas. Sin embargo a pesar que la OMS promueve la automedicación responsable, esta práctica sigue inquietando y causado controversia en profesionales del área de la salud. Por un lado se afirma que la automedicación puede ser vista como una forma de optimizar y equiparar la atención en salud a toda la población y por otro lado, son argumentados los daños que pueden generar a la sociedad por el uso indiscriminado de medicamentos sin prescripción médica (Villegas, 2014).

Presento a continuación las siguientes subcategorías:

- Uso de los Medicamentos**.**
- Atención a los efectos Colaterales.

Uso de los Medicamentos.

Al preguntarle a los actores/ras participantes, sobre lo que significaba para ellos los medicamentos, expresaron lo siguiente:

> *"Bueno es un fármaco que me ayuda a quitar la enfermedad, un fármaco que al consumirlo sé que al tomarlo me va a servir para curar o tratar lo que tengo. Si existe el medicamento es por una razón de ser" (Informante1).*

> *"Si no existen los medicamentos no nos curamos y nos morimos pues" (Informante 2).*

> *"Los medicamentos para mí son algo que tenemos que tomarnos porque sí tenemos algún evento de salud, o sea, yo creo que eso es lo que nos va a mejorar, no de repente a curar, pero si a mejorar y bueno" (Informante 4)*

> *"yo creo que tenemos que tomarnos los medicamentos porque es lo que nos a va a curar, Si no tenemos los medicamentos ¿cómo nos vamos a curar? Yo digo que los medicamentos lo tenemos que tomar, nosotros no podemos dejar que por lo menos un dolor de cabeza nos mate, para eso están los medicamentos, uno no tiene que morir con el dolor, uno tiene que tomar algo para eso" (Informante 5).*

Obsérvese que para los actores/ras participantes, el medicamento es considerado como símbolo de rescate de la salud atrapada por la enfermedad, es decir, se concibe que al usarlo se está obteniendo salud y que su acción farmacológica logre vencer las enfermedades. Es comprensible, que una secuela directa de esta percepción del medicamento como símbolo de salud es la elevada prevalencia de uso indebido, generalmente relacionado con la automedicación.

Para investigadores como Dupuy y Karsenty (1980), consideran que en esta visión simbólica del medicamento como rescate de la salud, el médico juega un papel preponderante, en donde la prescripción del medicamento representa el conocimiento que el médico tiene sobre la dolencia del paciente:

> *"Yo tengo que tenerle confianza al médico que visite, si no le tengo confianza no voy a cumplir lo que él me recete, tú tienes que creer en la persona que te está atendiendo, si tu no crees en la persona que te está atendiendo, no funciona nada" (informante 1).*

> *"Cuando se asiste a una consulta médica, se espera que el médico indique un buen tratamiento que resuelva el problema de salud" (Informante 3).*

> *"Cuando un medicamento no me hace efecto, no cambio de médico, voy y le digo "mira esto no me hizo nada", Por lo menos con mi internista yo le digo "mira esto no me está haciendo chamo" y el dice "ah bueno vamos a cambiarlo" (Informante 6).*

> *"tomo una pastilla para el dolor o si me da alguna gripecita, pero si es algo fuerte prefiero ir al médico y que él me recete" (Informante 7)*

Esas funciones simbólicas, asociadas igualmente a la confianza que tanto el médico como el paciente depositan en un medicamento que resulta de la investigación científica y la tecnología moderna, hace que los medicamentos, así como los bienes de consumo en general, hayan asumido un "valor simbólico" (Barros, 1983).

El análisis de los resultados revela, que medios de comunicación y redes sociales a través de la publicidad de medicamentos promueven la automedicación, pues son un importante vehículo de información para la población en general:

> *"Constantemente uno ve por televisión, la promoción de medicamentos que alivian los dolores*

> *estomacales, de cabeza, aunque dan la advertencia de que si los síntomas persisten acuda al médico, esto a mi manera de ver promueve la automedicación, los dolores abdominales no son cuestión de juego" (Informante 4).*

> *"La promoción de medicamento de venta libre, la encuentras no solo en televisión, periódicos, revistas, las encuentras en farmacias, hasta en las paradas de transporte público" (Informante 5).*

La legislación venezolana a través de la Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela de Marzo 2013. Número 40.136. En la resolución 030 reconoce los medicamentos de venta libre entre los cuales figuran los Analgésicos no esteroideos, antihistamínicos como la clorfeniramina y bronfeniramina, Dextrometorfano y adrenérgicos como la fenolefrina y pseudoefedrina.

La introducción de la normativa de los medicamentos de venta libre facilitó la automedicación, ya que no había nada que impidiera su adquisición:

> *"Uso el antialérgico en una enfermedad más leve, o sea, está comenzando el proceso de la gripe" (Informante 4).*

> *"somos una familia de personas alérgicas, asmáticas, de gripe, por lo menos cuando yo veo a mi hija con el moquito le doy el antialérgico, Porque yo sé que ese moquito, pasan dos días y tú no te curas, se pasa a un proceso más fuerte de la gripe" (Informante 1).*

> *"yo tengo mi combo para viajar, me llevo las pastillas para el dolor de cabeza, para el vomito, para la diarrea, el antialérgico para adultos y para niños" (Informante 6)*

La utilización de la medicina natural, también forma parte de sus recursos para atender los problemas de salud:

> *"mi mamá cuando estábamos resfriados nos daba limonada y un cocimiento de cebollas con miel." (Informante 1).*

> *"Mi papá para tratarse la próstata usa semillas de auyama, y para la circulación toma en las mañana un diente de ajo, aunque en estos días compro esto en capsulas" (Informante 7).*

Atención a los efectos Colaterales.

El objetivo principal de los medicamentos es tratar las enfermedades, pero a la vez pueden ocasionar problemas relacionados con el uso y reacciones adversas medicamentosas.

El uso indiscriminado de medicamentos puede presentar efectos secundarios que muchas veces las personas desconocen. Entre los aspectos negativos de la automedicación se destacan además interacciones del medicamento y la posibilidad de retraso en el diagnóstico de una enfermedad potencialmente letal (Sáenz et al, 1995).

El análisis de las narraciones revela, que no se le da importancia a las advertencias, y escasamente leen posibles reacciones adversas, el uso del medicamento en busca de restablecer el estado de salud, prevalece sobre los riesgos:

> *"Me duele la columna, tengo una lumbalgia y me tomo un Diclofenac o Coltrax®, yo me tomo todo eso junto, no me preguntes como esta mi hígado, mi riñón, yo no miro eso, yo ya no miro eso, si me calma el dolor" (Informante 2).*
>
> *"Cuando utilizo los medicamentos no leo lo relativo a los efectos colaterales, no le presto mucha atención, yo lo que quiero es que me calme, yo sé que me lo mandaron una vez en mi vida y eso me deja tranquila" (Informante 1).*
>
> *"yo no leo lo correspondiente a los efectos colaterales, y si yo voy a un médico yo ni pregunto, porque lo que quiero es que me cure la enfermedad" (Informante 4).*
>
> *"yo no leo el papel que a veces traen las medicinas, ni nada de efectos colaterales, no creo que porque te tomes una medicina por un tiempo corto te vaya a hacer daño, porque de ser así no existieran las medicinas" (Informante 6).*

La automedicación desde esta perspectiva se vive desde la necesidad humana de evitar el sufrimiento, y esto eclipsa la potencialidad nociva del medicamento, pues ningún medicamento es inocuo. Además de esto, el alivio momentáneo de los síntomas puede encubrir una posible enfermedad más severa.

ESCENARIO V

EXPOSICIÓN DE LA PROPUESTA TEÓRICA

El objetivo de esta investigación según la Directriz General es**:** Generar una aproximación teórica considerando la Automedicación como una experiencia y vivencia humana, ejercida desde la práctica social.

Para ello el presente escenario se presenta en dos fases:

Primera Fase: Develando el Fenómeno de Estudio a través del Modelo de Integración de Strauss y Corbin (2002)

Segunda Fase: Dando Respuesta a las Directrices Específicas.

1) Diseño de un muestreo teórico respecto de los conceptos de la Automedicación configurados socialmente.
2) Rastrear lo sociosimbólico construido en las Representaciones Sociales de los actores/ras entrevistados, desde el conocimiento del sentido común.
3) Interpretación desde la experiencia y vivencia humana, de la relación existente entre la concepción de Automedicación y la práctica social de la misma.
4) Síntesis comprensiva de la automedicación como experiencia del Cuidado Humano en el imaginario simbólico comunitario.

PRIMERA FASE:

Develando el Fenómeno.

El objetivo de esta fase es develar el fenómeno en estudio por medio del Modelo de Integración de Strauss y Corbin (2002), denominado Modelo Paradigmático.

Para ello fueron utilizadas las categorías analizadas e interpretadas, y se debe proceder de esta manera siguiendo los lineamientos de la Teoría Fundamentada, dado que según esta metodología la explicación teórica se fundamenta en los datos, los cuales por medio del análisis comparativo dan origen a las categorías interrelacionadas por sus diferencias y semejanzas.

Aplicando el Modelo de Integración (Modelo Paradigmático):

Se procedió identificar por medio del *Paradigma Modelo de Strauss & Corbin*, la variedad de condiciones, acciones/interacciones y consecuencias asociadas con el fenómeno en estudio en cada Categoría.

El Modelo de Integración consiste en los siguientes elementos ilustrados en la tabla:

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
Fenómeno	Evento, acontecimiento el cual se refieren las acciones.

Condiciones Causales	Son las causas o eventos que conducen a la ocurrencia o desarrollo del fenómeno.
Contexto	Conjunto de condiciones que influyen en la acción/estrategia.
Condiciones Intervinientes	Condiciones que influyen sobre las estrategias de acción/interacción que pertenecen al fenómeno
Estrategias de acción	Estrategias para manejar o responder ante un fenómeno.
Consecuencias	Son las consecuencias de la acción estratégica.

Sustituyendo los elementos del Modelo de Integración, por las Categorías construidas:

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
Fenómeno	**Preocupación ante la Enfermedad**
Condición Causal	**La Enfermedad**
Contexto	**Naturaleza Humana**
Condición Interviniente	**Sociocultura**

Estrategia de Acción	**Apreciación de la Salud**
Consecuencia	**Administración de Medicamentos**

Describo a continuación cada uno de los elementos que conforman el Modelo de Integración.

Fenómeno: Preocupación ante la Enfermedad

Una vez identificado el fenómeno a través de la codificación selectiva, surgió la siguiente interrogante: ¿Por qué emerge esa preocupación ante la enfermedad?

La existencia de la vida está demarcada entre el vivir y el morir, entre esos dos extremos existe la enfermedad, la cual nos acerca más al morir y nos aleja del vivir, de allí que la enfermedad se convierte en el agujero negro que puede succionar la existencialidad del hombre, ya que enfermar significa sufrimiento, perdida de independencia, incapacidad, lo más terrible morir. Allí radica el germen de la angustia, transformada en preocupación humana ante la realidad amenazante de la enfermedad.

Por lo tanto la enfermedad, es fundamento de la resignificación de la vida y la muerte, es el asiento de la Automedicación, ejercida como práctica social que viene dada como respuesta a la preocupación e inquietud generada por la enfermedad. De

allí que el cuerpo enfermo, es asiento de la resignificación sociocultural en la experiencia de la enfermedad, el dolor y la muerte.

Condición Causal: La Enfermedad

El enfermar, para el hombre es una realidad que afronta conscientemente. La enfermedad aparece como un estado real de su existencia, que supone siempre una experiencia de vida, frente a la cual va a situarse con una mayor o menor aceptación o rechazo.

La Enfermedad es percibida como un acontecimiento letal y muy atemorizante pues representa una amenaza, el estar enfermo significa una ruptura con el mundo. La enfermedad se vive, es una experiencia caracterizada por la fragilidad ante la vida, la persona enferma se encuentra limitada.

La Inquietud ante la enfermedad hace muy difícil la existencia humana, ya que la pérdida de la salud, es algo que ningún ser humano desea.

Contexto: Naturaleza Humana

Estar consciente de nuestra existencia, forma parte de nuestra naturaleza humana, esta consciencia nos da la capacidad de pensar y actuar con libertad, tener sentido del bien y del mal, nos permite relacionarnos entre nosotros mismos, poder comunicarnos de manera efectiva y afectiva, tener sensibilidad ante el dolor y sufrimiento ajeno, pues el dolor y la pena impresionan de una manera vivaz.

Más allá de la consciencia de lo afectivo, existe en nosotros un conocimiento interior que nos permite reflexionar y valorar moralmente una decisión tomada, es decir, hacer juicio moral entre el bien y el mal, y es allí donde los sentimientos toman un papel fundamental basándose en la bondad y la maldad, y es entre estos extremos de la conducta donde los seres humanos transita su devenir existencial.

Condición Interviniente: Sociocultura

Se persigue vincular la cultura y el comportamiento en la práctica de la Automedicación a través de las vivencias de las enfermedades. Para analizar los procesos sociales de atención a la salud y enfermedad, las mismas no puede ser visualizadas fuera del contexto cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas se van configurando a partir de lo que cada uno entiende y vive en el proceso salud-enfermedad.

Es por ello que cada sociedad, y cada grupo familiar resuelven cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina.

De tal manera que este complejo proceso es personal y subjetivo y se percibe la enfermedad y se actúa frente a ella de forma diferente, y solo puede comprenderse

desde las creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida.

Siempre existirá ese conocimiento, que es mantenido a través del tiempo por medio de la tradición y modificado mediante el contacto y la mezcla con diferentes grupos sociales, esta construcción va conformando nuevas concepciones, que dan cuenta de la automedicación como uno de los recursos utilizados en base a una cultura socialmente construida.

Estrategia de Acción: Apreciación de la Salud

Al hablar de salud, percibimos que su conceptualización está fuertemente relacionada con la automedicación, con la enfermedad y con la muerte. En este sentido se puede decir que la salud es uno de los anhelos más esenciales del ser humano, y constituye la cualidad previa para poder satisfacer cualquier necesidad de bienestar.

De manear tal, que la apreciación de salud es tan inherente a la enfermedad, que lamentablemente se adquiere conciencia de salud a través de la enfermedad.

De ahí que la salud y enfermedad son realidades inseparables, que inquietan a los seres humanos en su totalidad y ambas incluyen indistintamente a la automedicación.

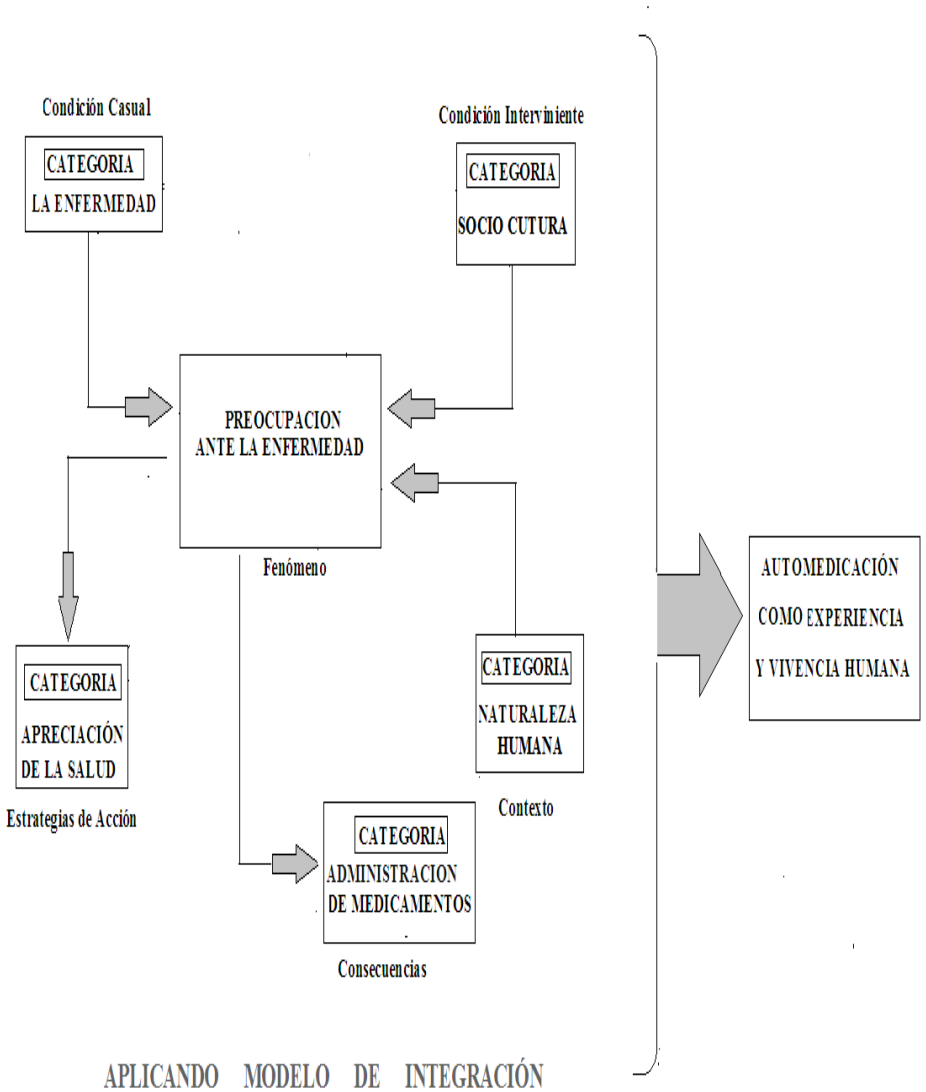
Consecuencia: Administración de Medicamentos

Por nuestra condición biológica, la vida, la enfermedad, la salud y la muerte, forman parte de nuestra realidad existencial, somos seres bioquímicos, y por ello estamos predestinados al uso de los medicamentos.

Es por ello, que los medicamentos poseen un papel importante en la protección de la salud y en la recuperación de la misma. De allí que se recurre a la medicación y a la automedicación.

Ahora bien, en la cotidianidad del cuidado de sí y del cuidado humano, la medicación por el facultativo es eclipsada por la automedicación, y esto sucede por diverso motivos tales como: no asistir a la consulta médica, el fácil acceso a los medicamentos, motivos económicos. De tal manera que el porcentaje de automedicación es alarmante, sobre todo en lo que se refiere a medicamentos de venta libre.

En cuanto al uso de las plantas medicinales, si bien tienen efectos beneficiosos, puede que sus componentes generen efectos nocivos, por ejemplo el consumo indiscriminado de la semilla hindú tiene un efecto tóxico y puede causar hemorragia y hepato-cardiotoxicidad; mientras que la planta de acetaminofén mal administrada puede traer como consecuencia la formación de coágulos sanguíneos, así como neurocardiotoxicidad (Mgmunoz, 2016). En algunos casos éstas plantas pueden aumentar o inhibir los efectos de los fármacos**,** advirtió el doctor Oswaldo Salaverry director del Centro Nacional de Salud Intercultural (citado en Álvarez, 2013).



APLICANDO MODELO DE INTEGRACIÓN
STRAUSS & CORBIN (MODELO PARADIGMÁTICO)

SEGUNDA PARTE:

Dando Respuesta a las Directrices Específicas

Partiendo de la visión ontológica y epistemológica como producto de la integración de las categorías, se dió respuesta a las directrices específicas:

1.- Diseño de un muestreo teórico respecto de los conceptos de la Automedicación configurados socialmente.

El análisis de los datos, permitió configurar socialmente la conceptualización de la Automedicación en los siguientes términos:

- Es concebida como el resultado de un proceso sociocultural que se inicia con la percepción de la enfermedad, como una amenaza para la existencia.
- La conciencia de salud es visualizada desde la enfermedad, por lo cual la Automedicación se convierte en una necesidad.
- Práctica social, que permite desde la atención del cuidado humano, la interrelación afectiva, brindando empatía, asertividad y seguridad a la persona enferma.
- Es considerada como un acto voluntario, consciente de las consecuencias de lo que pueda suceder con cualquier medicamento.

2.- Rastrear lo sociosimbólico construido en las Representaciones Sociales de los actores/ras entrevistados, desde el conocimiento del sentido común.

La práctica social de la Automedicación se da desde la sociocultura, es un aprendizaje constante reforzado por la interrelación humana, por la percepción de la salud desde la enfermedad, y esta última es vivida y experimentada como un suceso cruel, traumatizante, que lleva al sufrimiento.

La Automedicación, como práctica social transciende lo biológico, ya que se ejecuta desde lo humano, al permitir expresar a través del cuidado hacía el otro la compasión, protección, atención a las necesidades de salud.

La práctica social de la Automedicación, al ser un producto que se origina socioculturalmente, está enmarcada por hábitos y costumbres definidos, los cuales le dan características propias del grupo social, y se ejecuta desde el uso de plantas medicinales en la medicina natural, hasta medicamentos utilizados en la medicina convencional.

La Automedicación se ha convertido en una práctica social que permite interpretar la existencia humana, junto con la enfermedad y la muerte.

3.- Interpretación desde la experiencia y vivencia humana, de la relación existente entre la concepción de Automedicación y la práctica social de la misma.

El análisis comparativo de los datos, revela que la Automedicación es una actividad humana, voluntaria y consciente de las consecuencias de lo que pueda

suceder con cualquier medicamento. Como práctica social se da desde la realidad vivencial de la enfermedad. Desde esta perspectiva el ser humano conceptualiza y concientiza la salud desde la enfermedad.

Ahora bien, la enfermedad es considerada como una catástrofe letal en la existencia del hombre, pues para los informantes representa el riesgo de pérdida de autonomía, el riesgo de incapacidad, el riesgo de hostilización y el más fuerte y trágico de todos los riesgos, el riesgo de morir.

Desde todos estos riesgos se da la experiencia y vivencia humana en la relación existente entre la concepción de Automedicación y la práctica social de la misma.

4.- Síntesis comprensiva de la automedicación como experiencia del Cuidado Humano en el imaginario simbólico comunitario.

Hay dimensiones en la experiencia social del cuidado humano en la práctica de la automedicación, para propiciar la salud y la vida de las personas enfermas.

De allí que dar explicación a la automedicación como experiencia del cuidado humano, implica en los grupos humanos comprender lo concerniente que ésta practica social tienen en relación con el otro, porque en esa relación se cifra la búsqueda del imaginario social de la felicidad no solo la personal sino la felicidad por el otro.

Desde la mirada del imaginario simbólico comunitario, la automedicación como experiencia del cuidado humano, trata de una comprensión relacionada con la

construcción del buen vivir, es decir "cuidado de la vida", en el sentido que el cuidado humano, esta asociado a las experiencias de amor, amistad, solicitud, entrega, mostrar atención, envuelve la responsabilidad de responder por aquello que es objeto de cuidado.

APROXIMACION TEÓRICA FINAL DESDE LAS REPRENTACIONES SOCIALES.

Esta Tesis Doctoral permitió el encuentro entre el saber médico, que posee el conocimiento tecnocientífico, y el saber popular expresado en el uso de las plantas medicinales como una práctica social transmitida y fuertemente enraizada en el pensamiento colectivo.

En este encuentro los saberes, quedan expuestos en las narraciones de los actores y actoras, que a través de sus vivencias y experiencias, dieron pertinencia a las Representaciones Sociales centradas en la práctica de la Automedicación como parte del cuidado de sí y cuidado humano en salud. De ésta manera, los seres humanos a través de la interacción social no solo reproducen socioculturalmente la práctica de la Automedicación, sino que además la misma se desarrolla en esa interacción humana, proyectada en una extensión hacia el cuidado del otro, manifestado en lo humano, todo ello en la búsqueda de dar continuidad a la vida como seres biopsicosociales.

Por tanto, dar una mirada al cuidado de sí y el cuidado para el otro, a través de la Automedicación, permite situar históricamente a los seres humanos en su contexto particular y vislumbrar su manera de ser, sentir y estar en el mundo, con sus propios procesos de interacción social, con los cuales se asume una posición frente a sí mismos, a los otros y el entorno desde la vivencia y experiencia humana.

Bajo la mirada de las Representaciones Sociales pueden determinarse los estilos de vida, maneras de ser y hacer, que se aprehenden a través del contacto directo con el otro en el marco de su realidad cotidiana. En esta medida, es posible comprender los procesos sociales que llevan a los seres humanos a optar por actitudes, conductas, comportamientos y prácticas que en unos casos permiten el mantenimiento de la salud pero, en otros, incide para que se asuman riesgos que pueden desencadenar en la pérdida de la misma.

Pese a la difícil tarea que representa el estudio de la Automedicación desde la naturaleza humana, he podido aprender a través del desarrollo de la presente investigación, que el anhelo de poseer buen estado de salud y el deseo por evitar la enfermedad es superior a los riesgos que conlleva el uso inapropiado de los medicamentos así como los posibles efectos nocivo de las planta medicinales. Es que el cuidado de sí y cuidado humano en salud, es algo natural en los seres humanos, y en alguna medida es lo que le da sentido a la vida, pues siempre tenemos una razón por el cual vivir.

Es por ello, que la práctica social de la Automedicación como vivencia y experiencia de vida, está socioculturalmente condicionada por factores como: costumbres, hábitos, creencias, tradiciones. Estos factores no son considerados al momento de evaluar la práctica de la automedicación desde lo humano, dado que ésta siempre es visualizada desde el modelo biomédico.

En este sentido, el modelo biomédico y la práctica de la medicina moderna tecnocientifica, confieren bases a la Automedicación como recurso de constructo para la salud. Es por ello, que la confianza que el médico atribuye a la medicación, predispone al consumo de fármacos, como práctica social transmitida culturalmente.

De allí, que la representación de la salud parece tener una fuerte sumisión al modelo biomédico, predominando una concepción morbicentrista, alejada de la visión de integridad.

En consecuencia, la representación que emerge desde la automedicación es expresión de un proceso curativo, morbicentrista y simplista, enraizada en una visión inmediatista, de solución del problema de los síntomas que generan incomodidad y sufrimiento.

Ahora bien, la Automedicación, la Salud y la Enfermedad, son identidades que poseen profundas raíces en el contexto social en que se vive, por lo tanto están surcadas por factores que tienen que ver con los condicionantes socioculturales, pero también con la propia experiencia de vida que se inscribe dentro del proceso vivencial de la persona. Por lo tanto, esta visualización desde lo humano y social,

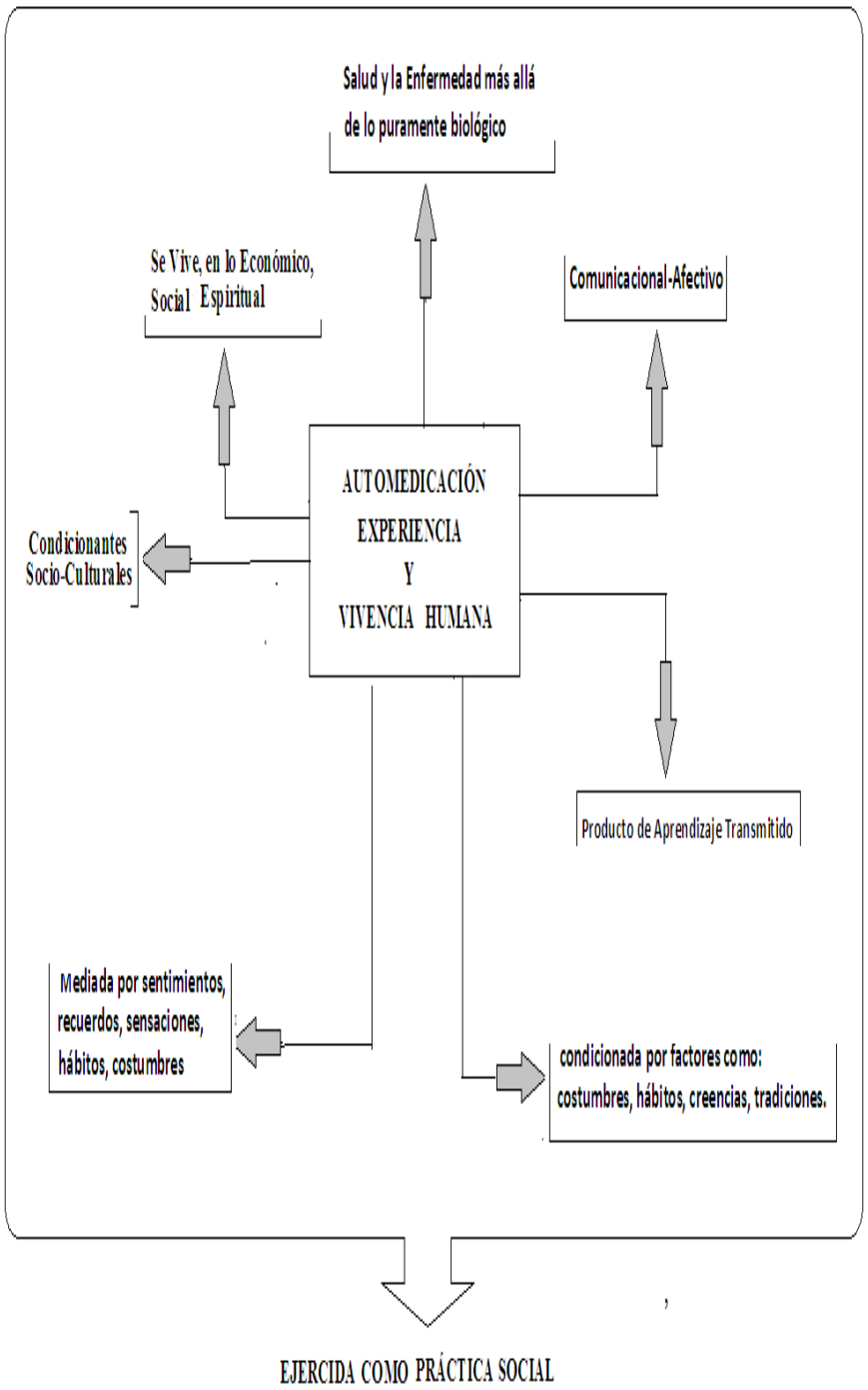
está mediada por sentimientos, recuerdos, sensaciones, hábitos, costumbres, los cuales son factores emocionales y actitudinales.

Es por ello, que la Automedicación como experiencia y vivencia humana ejercida como práctica social, puede considerarse desde dos puntos de vista:

- Comunicacional-Afectivo: Facilita el acercamiento e interrelación entre personas en cuanto a la atención y cuidado humano para el otro, por medio de la compasión, empatía y asertividad.
- Sociocultural: Como producto de un aprendizaje transmitido de generación en generación, reconocido como practica social.

Desde estas perspectivas, es necesario considerar a la Automedicación, más allá de lo puramente biológico, es decir, debe contemplarse desde las relaciones sociales a través del cuidado de sí proyectado hacia el cuidado del otro. Asimismo, es importante también considerar que la percepción del medicamento y las plantas medicinales, como símbolo de salud, representan una base fundamental en la construcción de las Representaciones Sociales en ámbito comunitario de la salud.

De manera tal, que la Representación Social que las personas posean de la Automedicación, determinará las experiencias y vivencias desde lo humano.


Salud y la Enfermedad más allá de lo puramente biológico
Se Vive, en lo Económico, Social Espiritual
Comunicacional-Afectivo
AUTOMEDICACIÓN EXPERIENCIA Y VIVENCIA HUMANA
Condicionantes Socio-Culturales
Producto de Aprendizaje Transmitido
Mediada por sentimientos, recuerdos, sensaciones, hábitos, costumbres
condicionada por factores como: costumbres, hábitos, creencias, tradiciones.
EJERCIDA COMO PRÁCTICA SOCIAL

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alucema, A., Chavarria, N. y Valdés, M. (2013). Patrones de Automedicación en Clientes de una Farmacia Comunitaria de la Ciudad de Antofagasta. *Rev. Journal of Pharmacy & Pharmacognosy Research,* 1(2), 54-63.

Arenas, N. (2005). Dando a conocer la aplicación de la Grounded Theory. Venezuela: Dirección de Medios y Publicaciones-Universidad de Carabobo.

Arenas, N. (2006). El cuidado como manifestación del cuidado humano. *Revista Salus,*10(1).

Armero, L. y Cruz, S. (2011). Factores que inciden sobre la automedicación en las personas que habitan en la vereda los Llanos del municipio de Popayan con edades respectivas entre 18 y 85 años. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD. Colombia.

Baquero, E., Giraldo, D., Molina, C. y Bermúdez, A. (2009). Situación Actual del Comercio de Plantas Medicinales en Venezuela. Potencialidades y Amenazas. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas,* 8(1),24-32.

Beltrán, M. (1982). La realidad social como realidad y apariencia. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=273096

Berger, P. y Luckmann, T. (1999). La Construcción Social de la Realidad. Argentina: Amorrortu editores.

Boff, L. (2002). El cuidado esencial. España: Editorial Trotta.

Botton, F. (1969). Mención. Sobre la Naturaleza Humana. *Rev Estudios Orientales,* IV(3), 333-337.

Calvo, D. (s.f). La Promoción Racional de Medicamentos. Recuperado de www.cdfc.sld.cu/programa-de-uso-racional-de-medicamentos

Carámbula, P. (2010). Automedicación: Los latinoamericanos se automedican. Recuperado de https://www.sanar.org/salud/automedicacion-latinoamericanos

Carballo, A., Cortada, C. y Gadano, A. (2005). Riesgos y beneficios en el consumo de plantas medicinales. *Theoria,* 14, 2, 95-108.

Cardona, R. y Polanco, M. (2005). Registro y Control de los Medicamentos en Venezuela*. Una visión histórica. *Revista del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel,* 36(1).

Caro, S. (2009). Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. *Rev Salud Uninorte,* 25(1), 172-178.

Castaño, M. (02 de Marzo de 2016). La Automedicación en Venezuela. Diario Quinto día. Recuperado de www.quintodia.net/automedicacion-en-venezuela

Chicaiza, R. (2017). Conocimientos que refuerzan la automedicación y su relación con el uso de medicamentos en el hogar de niños de dos unidades educativas de la provincia de Pichincha-Ecuador durante el período abril-noviembre 2016. (Tesis de la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria). Universidad central del Ecuador. Ecuador.

Dahir, C., Hernández, C., Chagas, L., Mackem, K., Varela, V. y Alonso, L. (2015). La Automedicación: un determinante en el uso Racional del Medicamento. *Rev Evidencia*, 18(2),46-49.

Diario El Universal. (02 de agosto de 2013). Dificultades en el Servicio de Salud alientan la Automedicación. Recuperado de: http://www.eluniversal.com/vida/ 131028/dificultades-en-el-servicio-de-salud-alientan-la-automedicacion

Diario El Universal (07 de mayo 2014). 95% de los Hospitales tiene solo 5% De Los Insumos Médicos. Recuperado de: http://www.eluniversal.com/vida /140507/95-de-los-hospitales-tiene-solo-5-de-los-insumos-medicos

Diario Panorama. (26 de enero de 2015). La Escasez de Medicinas en Venezuela y el Riesgo de Comprarlas en Internet. Recuperado de http://www.panorama.com.ve /opinion/La-escasez-de-medicinas-en-Venezuela-y-el-riesgo-de-comprarlas-en-internet-20150126-0084.html

Durkheim, Emile. (1924). Sociología y Filosofía. Argentina: Editorial Guillermo KRAFT.

Gracia, D. (1998). Bioética clínica. Colombia: Editorial El Búho.

Fariñas, G. (1999) Acerca del concepto de vivencia en el enfoque histórico cultural. *Revista Cubana de Psicología*,16(3).

Favier, M., Puig, S., Montes De Oca, Y., Chávez, E. y Santel, C. (2008). Automedicación en Féminas. Comunidad Desembocadero. Venezuela. X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud-Versión Virtual. Recuperado de http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/viewPaper /413

Gaceta oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela. Marzo 2013. N 40.136

Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela. Enero 2006. N° 38.348

Glaser, B. y Strauss, A. (1967). Discovery of grounded theory. Chicago: Aldine.

Hermoza, R., Loza, C., Rodríguez, D., Arellano, C y Hermoza, V. (2016). Automedicación en un Distrito de Lima Metropolitana, Perú. *Rev Med Hered*, 27,15-21.

Hume, D. (2001). Tratado de la Naturaleza Humana. Argentina: Libros de la red.

Ibáñez, N. (2003). La Construcción del Mundo en el Lenguaje. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile,* XII(2),71-84.

Ibáñez, N. (2003). La Construcción del Mundo en el Lenguaje. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, XII(2),71-84.

Ibañez, T. (1996). Fluctuaciones conceptuales en torno a la modernidad**.** Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Jodelet, Denise (2000). "Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras" en D. Jodelet y A. Guerrero, Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales, México, Facultad de Psicología-UNAM.

Kregar, G. y Filinger, E. (2005). ¿Qué se entiende por Automedicación?. *Rev Acta Farm. Bonaerense,* 24 (1),130-3.

Larrosa, J. (2006). Sobre la Experiencia. *Rev Aloma*, 19,87-112.

LeDoux, J. (1999). El Cerebro Emocional. España: Editorial Ariel Planeta.

Ley de medicamentos (2000) Gaceta Oficial Nº 37.006. Venezuela.

López, J., Rodolfo, D. y Moscoso, S. (2009). Estudio sobre la Automedicación en una Localidad de Bogotá. *Rev de Salud Pública*, 11(3),432-442.

Lyotard, J. (1987). La Condición Posmoderna: Informe del saber. Argentina: Editorial Interamericana.

Llanos, L., Contreras, C., Velásquez, J., Mayca, J., Reyes, L. y Peinado, J. (2001). Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Rev Med Hered*, 12(4),127-133.

MacIntyre, A. (1999). Animales Racionales y Dependientes. México: Ediciones Paidos.

Martín, A., Alonso, M., Iglesias H., Sáez, M. y Mirón, J. (2014). Información sobre Medicamentos y Automedicación en las Redes Sociales. *Rev. cuba. inf. cienc. Salud*, 25(2).

Maturana, H. (1992). El Sentido de lo Humano. Chile: Ediciones pedagógicas Chilenas.

Mgmunoz. (07 de marzo 2016). Estudian beneficios y riesgos del consumo de plantas medicinales. Recuperado de:https://www.mppeuct.gob.ve/.../estudian-beneficios-y-riesgos-del-consumo-de-plantas.b

Menéndez, E. (1982). Autoatención y Automedicación, un Sistema de Transacciones Sociales Permanentes. México: Editorial Casa Chata/CIESAS.

Menéndez, E. (2003). Modelos de Atención de los Padecimientos: de Exclusiones Teóricas y Articulaciones Prácticas. *Rev Ciencia & Saude Coletiva*, 8(1),185-207.

Ministerio de la Protección Social. (s.f). Política Farmacéutica Nacional. Colombia. Recuperado de www.minsalud.gov.co/.../ Política%20Farmacéutica%20 Nacional.pdf

Morse, J. (2003). Asuntos Críticos en los Métodos de Investigación Cualitativa. Antioquia: Editorial Universidad de Antioquia.

Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Editorial Huemul.

Moscovici, S. y Hewstone M. (1986), "De la ciencia al sentido común" en S. Moscovici, Psicología social II, Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Editorial Paidós.

Moscovici, Psicología social II, Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelon: Editorial Paidós.

Mosterín, J. (2003). La naturaleza humana: El futuro de la naturaleza humana. Recuperado de http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/46083/27-37.pdf?sequence=1

Moya, S. (2012). Prevalencia de Automedicación en Consultantes a un Centro de Atención ambulatorio adosado a un Hospital de una Comuna de Santiago. Tesis de Licenciatura en Química Farmacéutica. Universidad de Chile. Recuperado de www.epositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/111220/ moya_sa.pdf?sequence=1

Muñoz, L. y Vásquez M. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Rev Colombiana Médica*, 38(4).

Nefi, M. (2008). La Automedicación y sus Consecuencias como Problemática a Nivel Mundial. Estadísticas de Morbi-Mortalidad y Factores Asociados. Recuperado de http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1337/1

Noticiasvideos1. (24 de abril del 2016). La Automedicación en Venezuela. Recuperado de *https://noticiasvideos1.com/salud-nv1-la-automedicacion-en-venezuela/*

Organización Mundial de la Salud. (2014). Estrategias de la OMS sobre la Medicina Tradicional. China

Organización Mundial de la Salud. (2015). Estrategia Andina de Uso Racional de medicamentos y otras tecnológicas sanitarias y plan de acción. Bolivia.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). Política Farmacéutica Nacional. Colombia.

Ortega, M. y Nava, T. (2015). Automedicación y Prescripción de Analgésicos en Pacientes con Enfermedad Cardiovascular. *Rev VITAE*, 61,1-19.

Ortiz, A. (2015). La Concepción de Maturana acerca de la Conducta y el Lenguaje Humano. *Rev CES Psicología*, 8(2),182-199.

Páez, D., Valencia, J., Morales, J., Sarabia, B. y Ursua, N. (1992): Teoría y método en Psicología social. España: Editorial Arthropos.

Pedraza, Z. (2009). Conocimiento, Experiencia y Condición Humana. *Revista Colombiana de Antropología*, 45(1),147-168.

Pfizer S.L.U. (2010). El rol de Internet en el proceso de consulta de información sobre salud. Recuperado de: http://www.pfizer.es/docs/pdf/noticias/Resultados _encuesta_ Pfizer.pdf

Quinceno, J. y Vinaccia, S. (2009). La Salud en el marco de la Psicología de la Religión y la Espiritualidad. *Rev. Perspect. Psicol*, 5(2),321-336.

Ramírez, F. (2006). Venta de Antimicrobianos con Prescripción Facultativa. *Rev VITAE*, 28.

Reynoso, J., Mejia, K. y Chehue, A. (2009). Prevalencia de la Automedicación y del Consumo de Remedios Herbolarios entre los usuarios de un centro de salud. Recuperado de https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/producto.php?producto=2002

Rivas, P. y Alfonso, G. (2011). Regulación de la Dispensación y su efecto en el Consumo De Antibióticos en Venezuela. *Rev Panam Salud Pública*, 30(6),592-597.

Rodríguez, H. y Solar. O. (2007). Uso indiscriminado de tetraciclinas en afecciones bucales de origen odontógenas. *Rev Cubana Estomatol*, 44(1).

Rutten L., Arora, N., Bakos, A., Aziz, N y Rowland, J (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). *Patient Educ Couns*, 57(3),250-61.

Sáenz, A. (1995). Algo más sobre reacciones adversas a medicamentos. *Rev. Atención Primaria*, 8,516-18

Sanfélix G., Palop L., Rubio G. y Martínez, M. (2001). Consumo de hierbas medicinales y medicamentos. *Rev. Atención Primaria*, 28(5),311-314.

Salazar, J., Bello, L., Toledo, A., Añez, R., Gonzalez, L., Rojas L. (2013). Comportamiento Epidemiológico de la Automedicación y Polifarmacia en Individuos Adultos del sector Dalia Fernández, Municipio San Francisco. *Rev Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 32(1),1-15.

Salinas, M. y Calderón, L. (s.f). La Producción del Conocimiento: Del fin de los Metarrelatos al fin sin del Saber Narrativo Amazónico. *Boletín del Museo de Arqueología y Antropología.* Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe /bibvirtualdata/publicaciones /antropologia/1999_n01/a05.pdf

Salud Actual (2015). La Automedicación. Una decisión que puede generar grandes peligros. Recuperado de: www.vargasinside.com › Inicio › Artículos de la Edición #14

Sánchez, F. (2008*).* Determinación de las Razones y Diferencias en la Automedicación entre una parroquia urbana y una parroquia rural del Distrito Metropolitano de Quito. Tesis de la maestría en Salud Pública. Universidad San Francisco de Quito. Ecuador.

Selles, J. (2007). Distinción entre el Hombre y el Animal en sus Funciones Vegetativas y Cinética. *Rev pers.bioét*, 11(1),39-53.

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

Strauss, A. (1987). Qualitative analysis for social scientists. Reino Unido: Editorial: Cambridge University Press.

S/A. (2002). Automedicación Responsable. Revista Consumer. *Recuperado de* http:// revista.consumer. es/web/es/20020101/pdf/salud.pdf

Trueba, C. (2009). La Teoría Aristotélica de las Emociones. Rev. Signos Filosóficos, XI(22), 147-170

Van Der Geest, S. y Reynolds, S. (2011). O encanto dos Medicamentos: Metáforas o Metinímias, *Rev Soc e Cult, Gioiania*, 14(2),457-472.

Vera, R. (2014). Cuidado humano: La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm*, 23(4).

Vivancos, H. (2007). Automedicación. Beneficios versus riesgos. Revista Digital Biosanitario. *https://revistadigital.inesem.es/biosanitario/automedicacion-responsable/*

Wirtz, V., Dreser, A. y Leyva, R. (2009). El Debate sobre la Automedicación. *Rev Salud Pública de México*, 51(3),179-180.

Urra, E., Jana, A. y García M. (2001). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados interpersonales. *Rev Ciencia y Enfermería*, 17(3), 11-22.