



UNIVERSIDAD  
**SAN IGNACIO  
DE LOYOLA**

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

**Carrera de Arte y Diseño Empresarial**

**LA AUTO MEDICACIÓN EN PACIENTES QUECHUA  
HABLANTES MAYORES DE 60 AÑOS EN EL  
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL  
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DEBIDO A UNA  
DEFICIENTE COMUNICACIÓN INTERCULTURAL CON  
EL PERSONAL DE SALUD**

**Trabajo de Investigación para optar el Grado Académico de  
Bachiller en Arte y Diseño Empresarial**

**AMELI ABIGAIL BAUTISTA RAMIREZ**

**Asesor:  
Sofía Ana Pinto Vilca**

**Lima – Perú  
2019**

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>1</b>
1.1 Planteamiento y delimitación del problema	3
1.2 Formulación del problema	3
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>3</b>
2.1 Importancia y justificación del estudio	4
2.2 Objetivos	4
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>5</b>
3.1 Marco teórico	5
3.1.1. Contexto	5
3.1.1.1. Población quechua hablante	5
a. Antecedentes	5
b. Migraciones	6
c. Actualidad	6
3.1.1.2. Instituciones	7
a. Salud	7
- Ministerio de Salud	9
- Centros de Salud	10
b. Educación	10
- Institutos	12
- Universidades	12
- Plan Curricular	14
- SERUM	14
3.1.2. Comunicación entre individuos	15
3.1.2.1 Comunicación intercultural	15
3.1.2.2 Comunicación intercultural en la salud	16

3.1.2.3 Barreras de la comunicación intercultural	17
3.1.3. Relación con el paciente	18
3.1.3.1 Relación médico-paciente	20
3.1.3.2 Relación enfermero-paciente	20
3.1.3.3 El rol del farmacéutico	21
3.1.3.4 El paciente geriátrico	24
3.1.3.5 En el área de emergencia	25
3.1.3.6 Importancia la comunicación con el paciente	27
3.1.3.7 Consecuencias de una mala comunicación con el paciente	29
3.1.3.8 Leyes	34
a.Leyes sobre idiomas originarios	35
b.Leyes sobre la salud y atención	35
3.1.4. Automedicación	37
3.1.4.1 Factores que producen la automedicación	38
a. Económicos	40
b. Culturales	42
c. Accesibilidad	42
d. Publicidad	43
3.1.4.2 En pacientes geriátricos	43
3.1.4.3 Tipos de automedicación	44
a. Automedicación farmacológica	45
b. Automedicación alternativa	46
3.1.4.4Efectos	48
a. Resistencias	49
b. Retraso en el diagnóstico	50
c. Intoxicación	51
d. Dependencia	52
e. Interacción medicamentosa.	55
f. Adicción	56
3.2 Antecedentes	59

<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>63</b>
4.1 Estructura del proyecto.	63
4.1.1 Moodboard	63
4.2. Nombre del proyecto	64
4.3 Fundamentación del proyecto	65
4.4 Público Objetivo	66
4.4.1 Actores involucrados	66
4.4.2 Fundamentación del público	68
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>69</b>
5.1 Análisis del diseño	69
5.1.1 Sintaxis	69
5.1.2 Pragmatismo	69
5.1.3 Estética	70
5.1.4 Simbología	70
5.2 Diseño de la metodología	70
5.3 Implementación del proyecto	71
5.3.1 Etapa - 1. Implementación	71
5.3.2 Etapa - 2. Actividad	73
5.3.3 Etapa - 3. Mantenimiento	73

## RESUMEN

En el Perú, es frecuente que las poblaciones que conforman las minorías se encuentren en desventaja debido a que no se trabaja mucho en la descentralización y las personas que hablan lenguas originarias conforman una de esas minorías.

Una de las tantas desventajas que afrontan es la accesibilidad a los servicios de salud, no sólo en provincias sino también en la capital, dándose situaciones diferentes para ambas. Mientras que en las provincias se cuenta con infraestructuras pobres, poca accesibilidad debido a la ubicación geográfica, en la capital, increíblemente se padece casi de lo mismo, lo diferente es que en la capital sí existen vías de acceso pero no todos cuentan con el beneficio de estar afiliado algún seguro de salud. El problema más grave dentro de este contexto, son los profesionales de salud que no se encuentran calificados para atender a esas minorías.

A pesar de que el Perú sea considerado un país multilingüe, la mayoría de los centros que forman a estos profesionales de la salud (y demás) no contemplan la enseñanza de lenguas originarias dentro de sus currículos, generando de esta manera irregularidades en la atención de los pacientes y a su vez, hacen que ellos tomen medidas peligrosas para su salud.

La automedicación es solo uno de los diversos problemas generados, además de la comunicación deficiente con los pacientes, por el trato hacia ellos de parte de profesionales de la salud.

## **ABSTRACT**

In Perú, it is common for the populations that represent minorities to be disadvantaged because there is not much work on decentralization and people that speak native languages forms one of those minorities.

One of the many disadvantages that they face is the accessibility to health services, not only in provinces, but also in the main city, giving different situations for both. While in provinces there are poor infrastructures, few accessibility due to geographical localization, in the main city, incredibly it suffers almost the same, the difference is that in the main city there are access roads but not all have the benefit to be affiliated with some health insurance. In this context, the worst problem is the professionals in health, they are not qualified to assist those minorities.

Although Perú is known as a multilingual country, most of the institutions that prepare those professionals in health (and others) do not contemplate the teaching of native languages in their curricula, thus, generating irregularities in the care of patients and, in turn, causing them to take dangerous measures for their health.

Auto medication is only one of multiple problems generated, in addition to poor communication with patients, by the treatment of them by health professionals.

## INTRODUCCIÓN

La auto medicación es entendida como una práctica que consiste en ingerir medicamentos bajo el criterio y la responsabilidad de uno mismo. Suele ser asociada con el concepto de autocuidado y en los casos de que se practique de manera responsable, podría aligerar la demanda de atención médica. Existen muchos factores que influyen a que los pacientes empiecen esta práctica, estos factores influyen también en la manera cómo la realizan. Debido a esto, la automedicación es vista de manera negativa ya que los pacientes corren el riesgo de ingerir sustancias que provoquen daños a su salud.

En el caso de los pacientes quechua hablantes, el lenguaje es uno de los principales factores que los impulsa a auto medicarse, además, el encuentro con profesionales de la salud que, en muchas veces no comparten la misma cultura, los hace dudar de la atención que van a recibir. En el contexto de la salud, la comunicación intercultural entre ambos actores (pacientes quechua hablantes y profesionales de la salud), podría ser una alternativa que ayude a disminuir la automedicación y sus efectos, que en su mayoría, son perjudiciales.

## **CAPÍTULO I**

### **1.1 Planteamiento y delimitación del problema**

La comunicación es la base en la relación que se establece con el paciente debido a que es el principio de la interacción humana. Dentro del campo de la medicina la comunicación además de forjar relaciones, sirve como instrumento para el intercambio de conocimientos. Si se logra obtener una comunicación apta, entonces se formará una relación basada en la empatía y en la confianza con el paciente. Esta muestra de empatía hará que el paciente facilite la elaboración del diagnóstico, por lo tanto, tiene un impacto positivo en la salud del paciente y en su cuidado, así como en la prevención y tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, cuando no existe un adecuado intercambio de información, no se afianza bien dicha relación.

Hechas las consideraciones anteriores, cabe decir que, el frecuente enfrentamiento entre la medicina y la cultura es un desafío para el campo de la salud. En Latinoamérica, Ecuador ha recalcado la importancia de una comunicación, además de intersubjetiva, intercultural en la salud. En el artículo de posición de Piñero (2015), se abordó un caso real que sucedió en la comunidad Mbyá-guaraní y se detectó que existe una desatención a los pacientes que forman parte de esta comunidad. También nos dice que una formación que satisfaga la necesidad de la interpretación de las diferencias culturales en torno a la salud es primordial ya que, para realizar un diagnóstico, el experto en medicina debe ver la enfermedad no sólo como un conjunto de síntomas o dolencias, sino que además debe de entender e interpretar el contexto macro-cultural. Así mismo Ruiz, R., Rocha C., Pérez, E., Córdova, C., consideran que “la salud pública no se limita a la práctica biomédica” y tampoco

es exclusivo del Estado el promover programas sociales para la inclusión de la interculturalidad. (2016, p. 385).

En el Perú, se han dado casos de desatención y hasta de intolerancia de los usuarios de lenguas originarias en el sector judicial y de salud. La I Encuesta Nacional sobre Percepciones y Actitudes sobre Diversidad Cultural y Discriminación Étnico-Racial, arrojó los siguientes resultados: el 16% de los encuestados se ha sentido discriminado por su forma de hablar y el 6% por el idioma o lengua que hablan. Adicionalmente, un 59% de la muestra percibe que se discrimina a la población quechua y aymara por los factores mencionados anteriormente, sumándole el factor de la vestimenta, y se sabe que el 22% se sintió discriminado en un hospital público o posta médica (Ministerio de Cultura. 2018). Además, de acuerdo al Informe técnico N° 1 sobre la Situación de la Población Adulta Mayor publicado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, publicado en marzo del 2018, se sabe que el 70,5% de adultos mayores de 60 años no acudió a un establecimiento de salud debido a que no lo consideró imprescindible, optó por medicina alternativa o se auto recetó. Así mismo se conoce que el 26,9% de adultos mayores de 60 años no acudieron debido a la distancia, la desconfianza y la demora en la atención. De igual manera, tal informe nos indica que el 32,6% de la población aprendió quechua, aymara o alguna otra lengua nativa durante su niñez. (Costa, F., Sánchez, A., Hidalgo, N., Gutiérrez, C. & Ruiz, R. (2018)

En Ayacucho, uno de los departamentos con mayor población de quechua hablantes, según el informe de investigación de Rousseau, Dargent, Navarro y Sosa realizado en el año 2017, se detectó que la principal causa de la muerte en las gestantes con esta condición lingüística, se debía a la falta de

comunicación entre la madre y el médico. En Lima, la mayoría graduados en algún campo de medicina no están capacitados para entablar una relación con un paciente que hable algún idioma diferente al suyo. Esto se debe a que no todas las instituciones tengan planteada la enseñanza del idioma en sus mallas.

El Hospital N. Arzobispo Loayza, cuenta con un Consultorio de la Inclusión en el cual los pacientes quechua hablantes son atendidos en su idioma nativo ya sea por el personal médico o de enfermería. Esto no sucede en el área de emergencia del hospital.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema principal.**

La automedicación en pacientes quechua hablantes mayores de 60 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza debido a una deficiente comunicación intercultural con el personal de salud.

### **1.1.2 Problemas secundarios.**

- a. Resistencias a los antibióticos a causa de la automedicación en pacientes quechua hablantes mayores de 60 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza debido a una deficiente comunicación intercultural con el personal de salud.
- b. Retraso en el diagnóstico y tratamiento como consecuencia de la automedicación en pacientes quechua hablantes mayores de 60 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza debido a una deficiente comunicación intercultural con el personal de salud.

## **CAPÍTULO II**

### **2.1 Importancia y justificación del estudio**

Según el Reglamento de la Ley N° 29414 aprobado en el año 2015, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, Sub capítulo II, artículo 16:

“Toda persona tiene derecho a recibir del médico tratante, y en términos comprensibles, información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento...”

Cabe agregar que, la Ley N° 29735 aprobada en el año 2016, artículo 6.1, nos dice que se debe de hacer uso de las lenguas indígenas u originarias de manera oral y escrita en cualquier entidad pública o privada y el artículo 6.2, expresa que toda persona tiene derecho a recibir atención e información en su respectiva lengua indígena u originaria en cualquier tipo de entidad que preste servicios públicos.

Con referencia a lo anterior, Lopera (2008) afirma que si los pacientes son atendidos en su idioma originario entonces tendrán un comportamiento más confiado y accesible y, por lo tanto, la atención que recibían mejoraba. Como se ha demostrado anteriormente, los pacientes no suelen regresar si perciben ser mal atendidos, optando por la automedicación la cual puede traer graves riesgos como intoxicación, reacciones adversas, dependencia, adicción, entre otros además de los mencionados anteriormente, y en el peor de los casos, la muerte.

Se conoce que la automedicación causa una demora en la obtención de un diagnóstico, este factor sumado a la deficiente comunicación intercultural entre médico y paciente ralentiza aún más la atención, causando en el peor de los casos, la muerte del paciente.

## **2.2 Objetivos**

### **2.2.1 Objetivo principal.**

Automedicación en pacientes quechua hablantes mayores de 60 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza debido a una deficiente comunicación intercultural con el personal de salud.

### **2.2.2 Objetivos secundarios.**

- a. Exponer las resistencias a los antibióticos a causa de la automedicación en pacientes quechua hablantes mayores de 60 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza debido a una deficiente comunicación intercultural con el personal de salud.
- b. Describir el retraso en el diagnóstico y tratamiento como consecuencia de la automedicación en pacientes quechua hablantes mayores de 60 años en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza debido a una comunicación intercultural deficiente con el personal de salud.

## **CAPÍTULO III**

### **3.1 Marco teórico**

#### **3.1.1 Contexto**

En esta primera parte, se explicará cómo el problema llegó a ser planteado, además de los componentes que lo conforman.

##### **3.1.1.1 Población quechua hablante**

El Ministerio de Cultura, en su portal web, nos dice que el quechua fue una de las lenguas más importantes durante el imperio, y hoy en día, el Estado la reconoce como la segunda lengua más hablada del país. Esta lengua, se divide en dos grandes familias, las cuales se desglosan en cuatro ramas, que, a su vez, contienen diversos dialectos. El transcurso de sucesos, explicados más adelante, ha hecho que la población de quechua hablantes varíe tanto en cantidad, como en su ubicación.

##### **a. Antecedentes**

El uso del idioma quechua en la época pre-colonial se daba por parte de los que gobernaban, pasando desde los incas, los conquistadores y los terratenientes. (Rivera, C. 2006) Se sabe que el quechua se usó en las campañas de evangelización de la iglesia con el fin de educar y convertir a los indígenas y desde entonces hubo una aceleración en la disminución de la cantidad de quechua hablantes.

El censo realizado en 1940 arrojó que la mitad de los habitantes del país sabía quechua mientras que en 1993 se encontró que el 16,6% de la población

a partir de los 5 años reconocían al quechua como su lengua materna. (Chirinos, A.1998). El terrorismo en el país contribuyó con la reducción de los hablantes del idioma; durante este suceso, ocurrido entre 1980 y 1993, las víctimas fueron en su mayoría quechua hablantes las cuales representaban el 75%.(Rivera, C. 2006)

## **b. Migraciones**

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, en la costa, la ciudad de Lima se volvió aún más importante, dejando de lado a las regiones de sierra y selva. Esto produjo que los pobladores de dichas regiones se animaran a migrar a la capital para satisfacer las necesidades que el Estado no cubría y que además ignoraba debido al reciente centralismo limeño. José Matos nos dice que estas migraciones por parte de pobladores andinos y amazónicos hacia la capital, desembocaron en la creación de las “barriadas”, las cuales con el tiempo crecieron y se multiplicaron dando paso a la formación de nuevos distritos tales como Villa el Salvador, San Juan de Miraflores al sur o el Agustino y San Martín de Porres al norte. (Matos, J. 1998).

## **c. Actualidad**

En un estudio realizado por el grupo GfK Perú (una de las grandes compañías de investigación de mercados en el mundo), en el 2015, se expuso que el 18% de la población peruana habla y entiende el quechua además del castellano y que la mayor parte reside en el interior del país, sumando un 64%. Además, se descubrió que esta población es generalmente adulta y que el 66% está en un rango de edad de 40 años a más.

El portal web del Ministerio de Cultura, Mapa sonoro estadístico, muestra la distribución de las lenguas y de sus hablantes. En el caso del quechua, esta lengua se encuentra presente en los departamentos de Apurímac, Huancavelica, Ayacucho, Cusco, Puno, Áncash, Junín, Pasco, Huánuco, Moquegua, Cajamarca, Arequipa, Loreto, San Martín, Madre de Dios, Lambayeque, Ica, Lima, La Libertad, Piura, Tumbes y Amazonas. A partir del censo realizado en el 2007, se cuentan un total de 3 360,331 hablantes del idioma quechua, de los cuales unos 456,225 se encuentran en Lima. (Figuras 1 y 2)

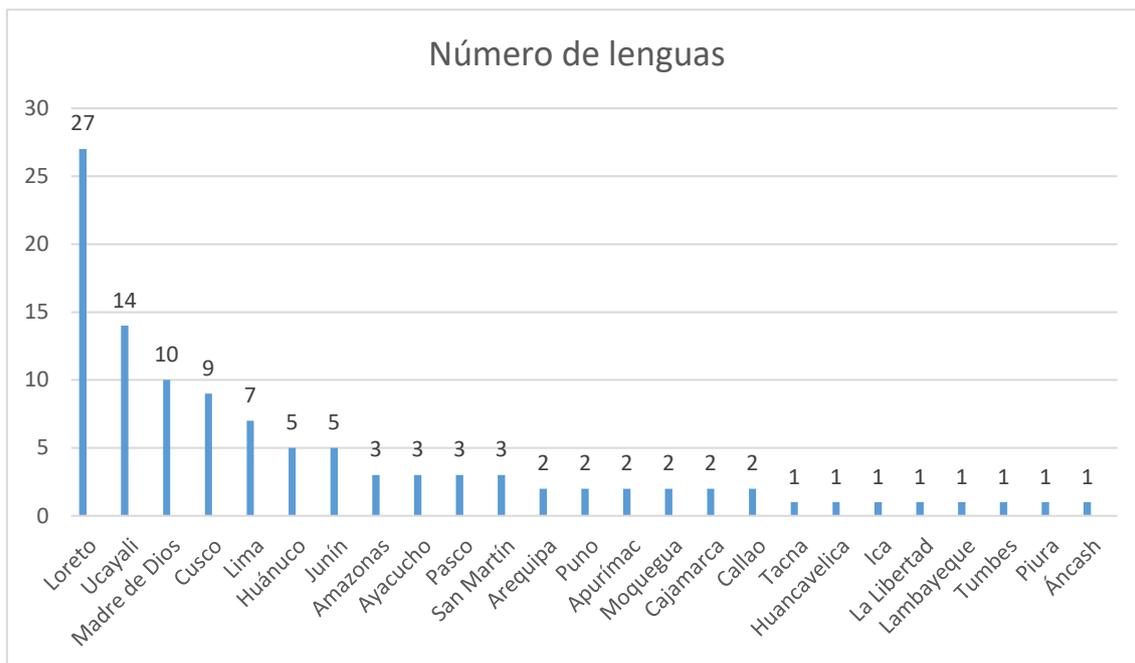


Figura 1. Indica el número de lenguas habladas por región. Se nota que en el departamento de Loreto se concentra un mayor número de lenguas. Recuperado de <http://www.mapasonoro.cultura.pe/#>

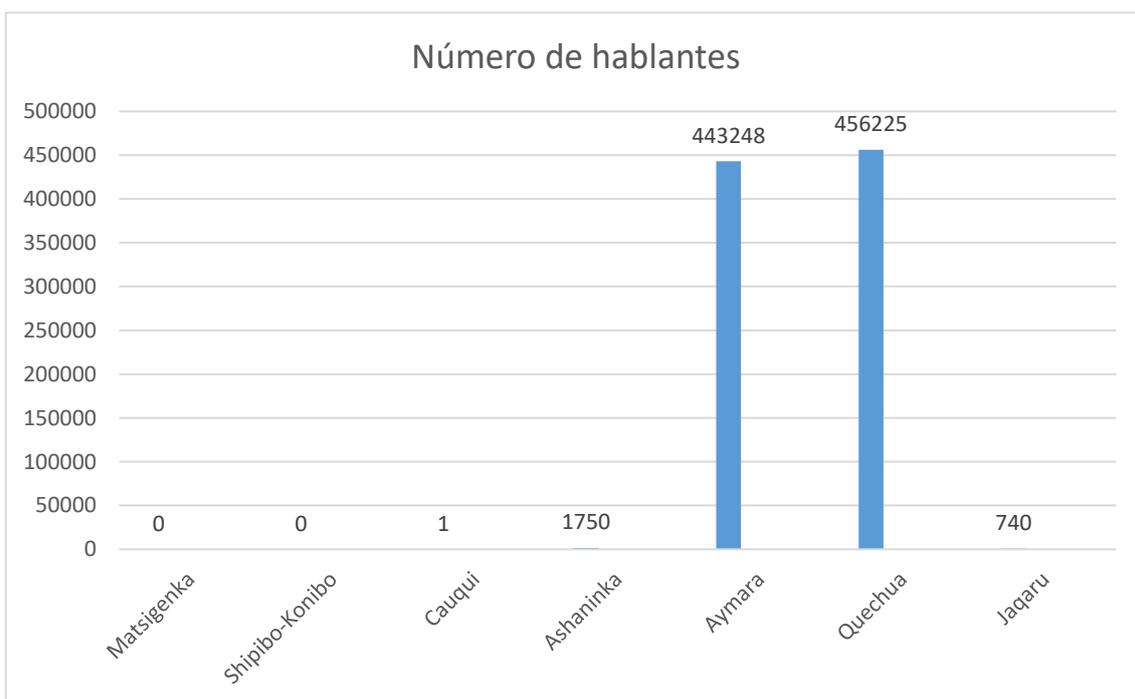


Figura 2. Indica el número de lenguas y hablantes del idioma quechua en el departamento de Lima. Se nota que las lenguas predominantes son el quechua y el aymara. Recuperado de <http://www.mapasonoro.cultura.pe/#>

La población andina y aymara aún se siente discriminada, la I Encuesta sobre diversidad cultural y discriminación étnico-racial del 2017, contó un 16%

de casos en donde tal población se sintió discriminada en centros privados de salud.

### **3.1.1.2 Instituciones**

Desde hace algunos años, el Estado peruano ha estado implementando programas de inclusión lingüística en el sector educativo, judicial y de salud, pero sobre todo en el primero, enfocándose en brindarles a los niños de las zonas más alejadas de la capital una educación en su lengua materna y bilingüe.

A partir del año 2008, el Estado tuvo mayor presencia en cuanto a iniciativas interculturales en la salud, sobre todo en zonas fuera de la capital y por el año 2013 fue que tomó en cuenta las dificultades lingüísticas de los pacientes migrantes de provincia en la capital. Para el 2017, el gobierno habilitó cursos gratuitos y virtuales para los profesionales de la salud y para el 2018 sumó un curso enfocado en la relación médico paciente y otro en el quechua; durante esos dos años, hubo un curso con enfoque intercultural.

Para bien o para mal, la mayoría de profesionales prestan el servicio en zonas donde se hablan lenguas originarias. Los cursos gratuitos duran aproximadamente un mes, los documentos que contribuyen a la mejora de una comunicación intercultural no llegan a todos los profesionales, las instituciones que dictan cursos diferentes al inglés son pocas. Los esfuerzos del estado y los cursos o capacitaciones brindados por entidades privadas no aseguran que los profesionales se inscriban, quizás por falta de interés, de dinero o tiempo; y tampoco se puede decir que la calidad de enseñanza los prepare para el momento en el que deban de realizar el SERUMS.

## **a. Salud**

El término “interculturalidad” se fue incluyendo en la agenda del gobierno y del sector salud desde hace aproximadamente diez años, teniendo como intención cubrir las necesidades de las minorías marginadas, excluidas socialmente por el creciente centralismo en la capital.

### **- Ministerio de Salud (MINS)**

El Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), dependencia del Instituto Nacional de Salud del MINS, ha impulsado desde el año 2008 el Observatorio de Interculturalidad y Derechos en Salud de los Pueblos indígenas con el apoyo de la UNICEF y de la UNFPA (Fondo de población de las Naciones Unidas). El propósito de este observatorio es de supervisar el cumplimiento de los derechos de salud de principalmente, los ciudadanos miembros de pueblos indígenas por parte del Estado.

Se puede encontrar información del Observatorio en la página web del CENSI, así mismo, dentro del menú se encuentra la opción “Información y vigilancia” página donde se reporta casos tanto de incumplimiento como de promoción de los derechos en salud de las poblaciones mencionadas con anterioridad desde al año 2010 hasta el 2014.

El CENSI en conjunto con el Instituto Nacional de Salud publicaron en el 2008 el documento “Norma y Guías Técnicas en Salud. Indígenas en aislamiento y contacto Inicial”. Además en el año 2014, ambas instituciones elaboraron el documento técnico “Diálogo intercultural en salud”.

Entre los llamados reportes focales de esos años, en setiembre del 2011, el Reporte del Punto Focal de la DISA IV Lima Este, Cantagallo resalta por

describir la única actividad enfocada en la salud realizada en la capital que incluye una comunidad indígena. El reporte describía la tercera campaña de atención integral de Salud en la comunidad shipiba de Cantagallo. Las demás actividades de salud e interculturalidad se realizaron en departamentos que siempre han acogido comunidades indígenas como Apurímac, Ayacucho, Amazonas, Cuzco, entre otros.

La UNFPA en abril del 2018 elaboró dos documentos: la cartilla para promover la implementación de la impertinencia cultural en el establecimiento de salud y material de apoyo para la sensibilización en salud intercultural. Se sabe que se imprimieron 300 ejemplares de cada documento, los cuales fueron repartidos solamente entre el personal de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, Red de salud Huamanga y la Micro red de Vinchos.

Durante el 2017, el MINSA y la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) dictaron cursos virtuales, dirigidos a profesionales, técnicos y auxiliares del MINSA y de los gobiernos regionales, dentro de los cuales se encontrada un curso de Salud Intercultural. El 14 de febrero del 2018 se iniciaron las inscripciones, que además de los 18 cursos planteados, se adicionarán dos cursos libres dirigidos a cualquier especialidad, uno de ellos es el de quechua e interculturalidad, el cual culmina el 25 de marzo del 2018. Para este año se cuenta con alrededor de 7 700 profesionales aptos para el curso de salud intercultural, el cual culmina el 11 de marzo del mismo año.

#### **- Centros de Salud**

En el portal web del diario La República se notificó que al menos unos 200 pacientes de provincia acuden al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, ya sea

desde otros centros de Salud fuera de Lima o por cuenta propia. Por ello, en el año 2012 se abrió en dicho nosocomio el “Consultorio de la inclusión”, el cual registra haber atendido para ese año alrededor de 2,585 pacientes, en esta cifra se incluyen pacientes hablantes de lenguas originarias y bilingües.<sup>18</sup> A la mitad del año 2013 se atendieron alrededor de 900 pacientes. Se podría decir que el Hospital Loayza es el único en la capital tiene un ambiente para la atención de pacientes quechua hablantes entre todos los demás establecimientos de salud.

## **b. Educación**

En el Perú aproximadamente más de 120 centros educativos forman a profesionales en enfermería, más de 45 forman a profesionales en medicina, más de 25 forman a profesionales técnicos en enfermería, 31 instituciones forman a farmacólogos y 22 forman a profesionales fármaco-bioquímicos. (Gráfico 3).

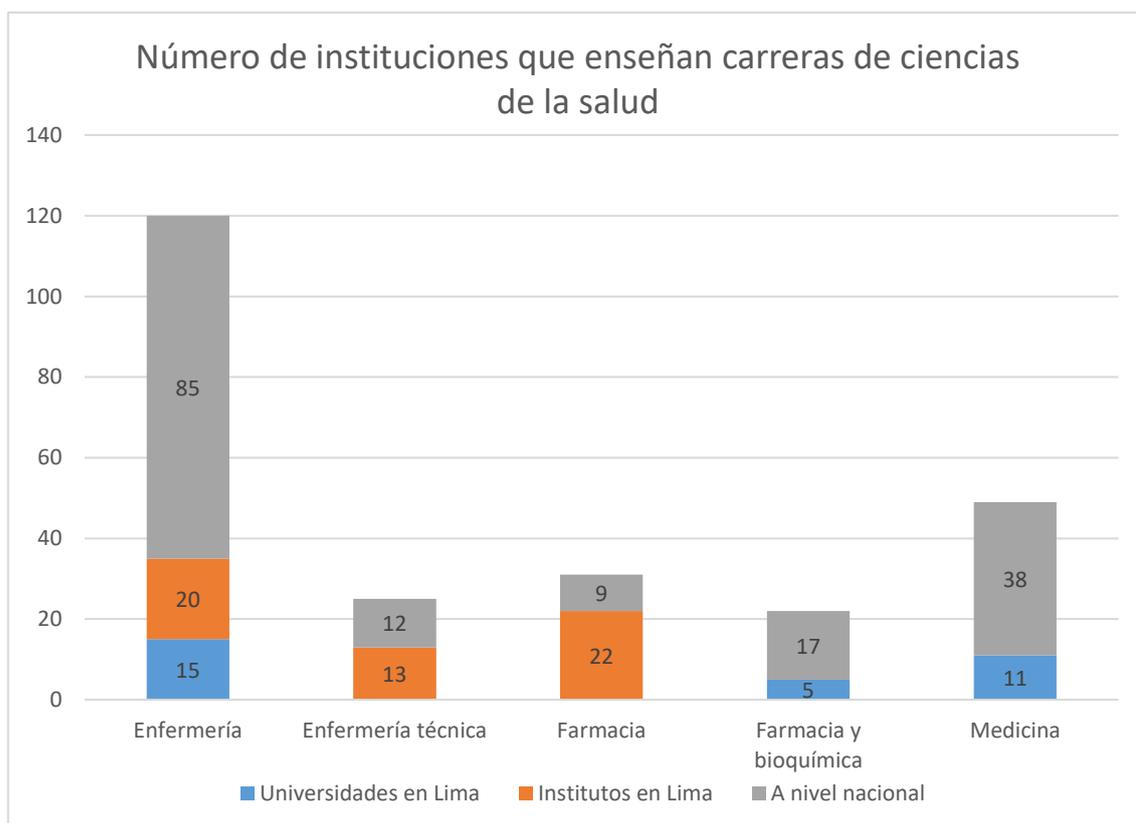


Gráfico 3. Se nota que las instituciones que enseñan la carrera de enfermería doblan en número a las que enseñan medicina.

Esta cantidad no es proporcional con los centros que imparten el quechua u otra lengua originaria, y menos aún es proporcional con la cantidad de profesionales que han llevado algún curso obligatorio o electivo de quechua.

En una encuesta realizada por el INEI en el año 2014, se supo que de 171 715 profesionales egresados ocupados, 22 936 profesionales egresaron de una carrera del campo de ciencias de la Salud. (Tabla 1)

Tabla 1. Egresados universitarios ocupados, según campo de educación específico. 2014

Campo de educación específico	Ocupados	
	Abs.	%
<b>Total</b>	171 715	16.5
<b>Ciencias Administrativas y Comerciales</b>	28 315	13.4
<b>Ciencias de la Salud</b>	22 936	12.1
<b>Ciencias Económicas y contables</b>	20 795	10.3

<b>Ingeniería Industrial y Producción</b>	17 756	9.1
<b>Derecho, Ciencias Políticas y Jurídicas</b>	15 684	9.1
<b>Ingeniería de Sistemas y Telecomunicaciones</b>	10 747	6.3
<b>Ingeniería de la Construcción, Sanitaria y Arquitectura</b>	9 902	5.8
<b>Ciencias de la Comunicación</b>	7 440	4.3
<b>Educación Inicial y Primaria</b>	5 448	3.2
<b>Agropecuaria, Forestal y Acuicultura</b>	4 1519	2.4
<b>Educación Secundaria</b>	3 920	2.3
<b>Otros</b>	17 874	10.4

Fuente. Instituto Nacional de Estadísticas – INEI – Encuesta Nacional a Egresados Universitarios y Universidades 2014. Se aprecia que “ciencias de la salud” ocupó el segundo lugar en la tabla en ese año.

El incremento de universidades con facultades de medicina no mitiga el déficit de médicos en el país y tampoco se puede ver como una solución; el declive en el régimen de admisión de las universidades, aceptando el ingreso entre 43% y 98% de postulantes.

#### **- Institutos**

En Lima, existen alrededor de 20 institutos que enseñan la carrera de enfermería, 13 enseñan la carrera de enfermería técnica y 22 enseñan la carrera de farmacia.

#### **- Universidades**

Lima cuenta con más de 15 universidades se encuentra la carrera de enfermería, alrededor de 11 la carrera de medicina y 5 la carrera de farmacia y bioquímica. Para el año 2017, la Comisión Ministerial sobre la Educación Médica expresó su disconformidad hacia el perfil de egresados, poniendo en duda la calidad de los principios éticos y las competencias profesionales. De las 49 facultades de medicina y las 4 filiales registradas para ese año, alrededor de 19 de ellas ejerce sus funciones sin ninguna licencia. Cerca de 3 000 médicos son colegiados y calificados como aptos para ejercer la profesión. (Diario La República. 2017.

## **- Plan Curricular**

Un estudio realizado en el año 2015 reveló que de las 36 universidades de medicina en el Perú que pudieron ser analizadas, sólo 6 ofrecían algún curso en quechua, 4 de ellas tenían 1 un curso de quechua obligatorio y 2, 1 curso de quechua electivo; por el contrario, todas las universidades contaban con cursos de inglés, este hecho seguramente se debe a que en el Perú es necesario a nivel de pregrado el conocimiento de alguna lengua extranjera. (Arce, L., Toro, C., Melgarejo, A., & Taype, A. 2017).

## **- SERUMS**

La página web del MINSA explica que el SERUMS es el Servicio rural y urbano marginal de salud está orientado a “brindar atención integral de la salud” a los sectores más frágiles de la población. La prestación de este servicio no es de carácter obligatorio, pero, de acuerdo al artículo 1 de la Ley N° 23330, el SERUM es un requisito para “ocupar cargos en entidades públicas”, acceder a programas educativos y obtener becas por parte del Estado. Entre los profesionales que deben prestar este servicio se encuentran: médicos cirujanos, odontólogos, obstetras, enfermeras, químico farmacéuticos, nutricionistas, técnicos médicos, asistentes sociales, biólogos, psicólogos, médicos veterinarios e ingenieros sanitarios.

Todos los años se convocan a los profesionales de la salud para que postulen al servicio. Las plazas ofertadas se dividen en regiones, categorías y quintil de pobreza, siendo el “quintil 1” la plaza con mayor cantidad de postulantes debido a que cuenta con una mayor remuneración (Consultando, 2017), este bono es proporcional en cuanto a lo marginal de la zona, es decir,

mientras más alejado, marginal o pobre sea la zona a donde se derive al profesional, mayor es el pago recibido. (Prado, 2014)

De los anteriores planteamientos se deduce que la gran mayoría de profesionales de carreras de ciencias de la salud no está totalmente capacitado para afrontar situaciones en donde la diversidad cultural supone una barrera y miles de ellos realizan sus SERUMS en lugares donde esas situaciones son más frecuentes. En relación con este último, muchos de ellos sólo tienen como objetivo recibir los beneficios que conlleva prestar el servicio en una plaza de categoría quintil 1 o 2, pero, el Estado también tiene parte de responsabilidad sobre estos acontecimientos ya que obliga a que se realice este servicio si el profesional desea promover su posición, de igual manera, el Estado, consciente de que las condiciones de las capacidades de los profesionales no son suficientes, estimula el incremento de postulantes a las plazas mencionadas anteriormente.

### **3.1.2. Comunicación entre individuos**

Según declaró Claudia Villegas en un artículo de revisión del año 2017, la comunicación “es un fenómeno inherente de la interrelación humana. Su importancia en el contexto de las dinámicas de interacción entre personas ha sido reconocida, así como la multiplicidad de sus formas y representaciones”.

La comunicación es un medio de interacción entre individuos mediante el cual se transmite información. Un mensaje, el cual tiene un código, es otorgado desde un emisor para un receptor a través de un canal, los cuales se encuentran envueltos en un contexto determinado. Al mismo tiempo que las civilizaciones evolucionaban, lo hizo también la comunicación, la cual dejó de

basarse meramente en el lenguaje para transformarse progresivamente en un mediador cultural. La comunicación tiene elementos socio-psicológicos que parten de tres elementos, la información, la interacción y la percepción, siendo el componente comunicativo el que enfatiza el intercambio de información, mientras que el componente interactivo resalta la influencia que tiene el intercambio de signos en el actuar de los individuos y el componente perceptivo, el cual destaca el reconocimiento de un individuo por parte de otro, dándole un enfoque más interpersonal. (EcuRed)

### **3.1.2.1 Comunicación intercultural**

Desde la perspectiva de Alsina (1999) la comunicación intercultural se entiende como el intercambio de información entre personas que pertenecen a distintos grupos culturales. Cabe mencionar que tales grupos pueden tener algunas semejanzas entre sí y, mientras más semejantes sean, será más fácil la comunicación entre esos grupos culturales. Alsina, además comenta que el campo de la comunicación intercultural está causando un gran interés y que entre los motivos de este hecho esta la globalización y las migraciones que se apoyan en las facilidades de los medios de transporte.

Para Miquel, es indispensable que entre personas con lenguas distintas se llegue a un acuerdo, a una lengua común, pero no es suficiente para que la comunicación intercultural alcance el grado de óptima. Además de un lenguaje en común, se debe comenzar por entender la cultura propia ya que nuestra manera de comunicarnos puede transmitir mensajes inconscientemente ya sean verbales o no, y una vez comprendida se debe de suprimir la cultura propia, y esto, además de referirse a lo lingüístico, hace referencia a la descalificación de la cultura ajena. De esta manera, otro punto importante para

la comunicación intercultural es el interés por comprender otras culturas, dejando de lado los prejuicios en torno a esta.

La comunicación no se trata solamente del tránsito de información entre individuos, implica también la habilidad de compartir emociones. Si al acuerdo lingüístico se le agrega la empatía, se puede dar por hecho de que la comunicación se tornará más fluida y para aumentar la fluidez, es necesario meta comunicarse, es decir, “tener la capacidad de decir lo que se pretende decir cuando se dice algo”, en resumen, ser claro y directo para evitar malentendidos. Si se da el caso de que en cierto contexto los individuos no compartan la misma jerarquía, entonces es factible equilibrar la relación y hacer que la comunicación sea lo más horizontal posible sin dejar de lado el valor y peso de los cargos. (Alsina, M. 1999).

En resumen, la comunicación intercultural implica respeto e entendimiento mutuo entre personas de diferentes grupos culturales. Al no ser meramente verbal, además acordar comunicarse en un idioma común, se debe de tener cuidado con las acciones habituales que realizamos sin darnos cuenta porque son parte de la cultura en la que un individuo se desarrolla.

### **3.1.2.2 Comunicación intercultural en la salud**

En el contexto de la salud, la interculturalidad implica poner en valor la diversidad biológica, cultural y social de la persona y de esta manera poder acercarse a ella. La comunicación entre pacientes y expertos en salud, es un fenómeno que además del lenguaje, implica la comprensión de las etiquetas de relación social y cultural de los pacientes. (Alarcón, A., Neira, J. & Vidal, A. 2003)

Para Fernández G. (2004) se necesita desarrollar un enfoque intercultural en la salud para que se dé una buena relación entre los interlocutores pertenecientes a distintas culturas debido a que, si se pone en juego, “puede acarrear también consecuencias en la futura calidad de vida y hasta en la sobrevivencia misma del enfermo” además de que “la mala comunicación es un aspecto central de la mala calidad de atención” (De Muynck, A. 2004). Se pueden dar casos de una mala interpretación de los síntomas o el retraso en su identificación, así como la dificultad de los profesionales de la salud al tratar de explicarles a sus pacientes la causa de su enfermedad.

La barrera lingüística entre pacientes y el personal de salud dificulta el diagnóstico, tratamiento, el seguimiento y la comprensión y cumplimiento de estos dos últimos, además de que impacta negativamente en la relación entre el paciente y el personal de salud. El hecho de que el paciente lo acompañe algún familiar que haga el papel de intérprete no garantiza una solución ya que el tener a un mediador, se limita la interacción con el paciente si tal mediador no se encuentra presente. (De Muynck, A. 2004).

En el Perú, el personal capacitado en el uso de la metodología del DIS (Diálogo intercultural en salud) cumple con la función de facilitar la interacción con el personal de salud. Pero esto no significa que el personal facilitador del DIS sea capaz de entender y hablar alguna lengua originaria; en caso de ser necesario, un intérprete será convocado.

Cabe agregar que entre los participantes del DIS, no participan los pacientes directamente y tampoco se da en los consultorios, es decir, la metodología del DIS no ayuda en la interacción del personal de salud con los pacientes en un contexto de consulta o atención médica.

### **3.1.2.3 Barreras de la comunicación intercultural**

La comunicación intercultural de acuerdo con Maximiliano Fernández y Carlos Fernández (2013) se ve obstaculizada por barreras intelectuales, en las que las principales son las barreras lingüísticas y conceptuales), psicológicas, referentes a las actitudes, sociales, en donde se tratan barreras asociadas a los hábitos y costumbres, políticas, es decir, leyes e intereses de todo tipo y religiosas (fundamentalismos). Es decir que, en el ámbito intelectual, el no compartir el idioma o el hecho de que una palabra tenga significados distintos dependiendo del país, suponen una barrera mientras que, en el ámbito social, una acción cotidiana para una cultura puede suponer una ofensa para otra. Debido a estas barreras es que los conflictos se hacen presentes.

El desconocimiento de la otra cultura hace que, por defecto, se generalicen las actitudes de sus miembros, encerrándolos en un molde. Muchas veces al tratar de encontrar similitudes con la cultura propia, se comete el error de igualar algún aspecto de la cultura ajena con la propia, olvidándonos que no se debe de ver como un equivalente si no como algo aproximado. (Alsina, M. 1999)

El que los profesionales de la salud y los pacientes se comuniquen entre ellos con idiomas diferentes significa una gran barrera para la atención sanitaria. A pesar de que las relaciones para una comunicación intercultural eficaz deben ser horizontales, los profesionales de la salud son los que ponen un impedimento, debido a que ellos creen tener el saber absoluto. (Rajs, S. 2017)

### **3.1.3. Relación con el paciente**

A los inicios de la medicina, la relación médico paciente era muy estrecha. El paciente confiaba plenamente su cuerpo y su salud al médico y cumplía sus órdenes obedientemente. Con el pasar de los años, la evolución de la medicina trajo consigo la aparición de una industria de la salud, la cual distorsionó la relación entre proveedores de la salud y sus usuarios. (Gherardi, C. 2005)

Aunque la atención en centros privados y estatales de salud debe ser, idealmente, de igual calidad, lo cierto es que los trabajadores de los centros estatales reciben una mayor carga laboral. La gran cantidad de pacientes ingresantes y el sentido del deber ejercen una gran presión en los trabajadores sanitarios, influyendo negativamente en la actitud con la que brindan la atención; esto a su vez, repercute en la formación de lazos empáticos con el paciente. Con respecto a lo anterior, se puede afirmar que una falla al tratar de establecer dichos vínculos, se da cuando el personal sanitario empieza a sentir, más que vocación de ayudar, obligación cuando al momento de la atención.

### **3.1.3.1 Relación médico-paciente**

Para el médico, el cuerpo es un emisor de síntomas, entonces la necesidad médica perdura tanto como perdura la enfermedad. Pero la llamada necesidad médica no incluye sólo a la atención por parte de un profesional de la salud, sino que, dependiendo de la clase social, se pueden contemplar diversas opciones. Por ejemplo, los pacientes que son de clase alta, tienden a alarmarse más por el dolor, los de clase media, optarán por auto medicarse o por consultar con alguien cercano, los de clase baja también harán lo mismo que los anteriores pero además, se sumará una visita a algún médico popular (curandero). Se observa claramente que Vásquez propone una serie de comportamientos según el nivel social, que además se podría decir, se incluye

factores como la economía de cada nivel además del tipo de entorno en el cual los individuos se desarrollaron y se desenvuelven. (Vásquez, A. 2002)

Adicionalmente, Vásquez enumera una serie de relaciones entre el médico y el paciente. Primero, nos habla de una relación de personalidad, y para ello utiliza dos términos: transferencia, en donde el paciente acata obedientemente las órdenes del médico, y contratransferencia, en donde el paciente desarrolla sentimientos negativos hacia el médico. Dentro de este tipo de relación se hallan tres tipos de personalidad del paciente: paranoide (paciente dudoso), histriónico (paciente dramático) y esquizoide (paciente distante).

Segundo, nos habla de una relación de estatus y roles, en donde la jerarquía se mide por el conocimiento, colocando al médico en un rango superior al del paciente. Tercero, se plantea una relación educacional que nos habla sobre el lenguaje, el médico debe de estar atento a lo que le comunica el paciente verbalmente y gestualmente, además de poner a crear un vínculo afectivo con el paciente. Cuarto, en la relación social entre médico y paciente, el primero siempre debe de considerar al paciente como una persona, no meramente un sistema orgánico. Quinto, Vásquez plantea una relación cultural en donde el médico entiende mejor a los pacientes de clase alta ya que ambos tienen en común el ser "educados", por el contrario, el médico no conoce mucho sobre las costumbres populares de los pacientes de clase baja, haciendo que la brecha entre ambos sea considerable.

Por otro lado, para Ezekiel Emanuel y Linda Emanuel (2002), existen cuatro modelos para la relación entre el médico y el paciente. El primero, es el modelo paternalista, en el cual el médico, según sus conocimientos, decide los procedimientos y los métodos con los cuales tratar la enfermedad del paciente,

se los informará de tal manera que el médico obtenga el consentimiento del paciente, en casos más extremos, el médico no preguntará por consentimiento alguno sino que le informará autoritariamente al paciente sobre las intervenciones a realizarse. En este tipo de modelo, el médico hará lo que él crea conveniente para el paciente.

El segundo, es el modelo informativo, el médico le brindará todo tipo de información al paciente sobre el estado de su enfermedad, los tratamientos, los efectos negativos y positivos, etc. Después de haber sido informado por el médico, el paciente tiene toda la libertad de elegir el procedimiento que más se apegue a sus valores.

El tercero, es el modelo interpretativo. En este modelo, el médico, al igual que en el modelo informativo, brinda al paciente conocimiento sobre su salud y sobre los tratamientos, pero a diferencia del primer modelo (paternalista), el médico no toma por sí solo las decisiones, sino que guía al paciente, trabaja con él y le aconseja sobre cuál método podría acercarse más a los valores del paciente.

El cuarto modelo que plantean Ezekiel y Linda Emanuel, es el modelo deliberativo. En este modelo, el médico ayuda al paciente a clasificar sus valores para después priorizarlos, el médico y el paciente analizan conjuntamente los valores del paciente que son más importantes en la salud. Es decir, de igual manera que en el modelo anterior, el médico trabaja con los valores del paciente, pero en este caso, el médico clasifica esos valores para ayudar al paciente a reconocer a cuáles debería de darle más importancia. Según Ezekiel y Linda, el médico, además de indicarle al paciente lo que

podría hacer, debe de brindarle indicaciones sobre lo que debería hacer, deseando lo mejor para él.

La imagen del médico (y los demás profesionales de la salud) se ha ido deshumanizando, disminuyendo así la confianza otorgada por los pacientes; son factores ajenos al paciente lo que hace que estos hechos sucedan. Las personas ya no creen en el médico sino, en la medicina; el personal de salud es solamente un instrumento de la ciencia médica, y aun así, en ellos todavía recae la responsabilidad de la atención del paciente. (Gherardi, C. 2005)

Muchos médicos cometen un error cuando dejan de ver a sus pacientes como personas necesitadas de ayuda y consejo, para pasar a verlos como clientes. (Uribe, E. 1999)

### **3.1.3.2 Relación enfermero-paciente**

La enfermería tiene dos perspectivas sobre el cuidado, por un lado tiene la vertiente filosófica positivista de la ciencia que es más objetiva y empírica, por el otro, una vertiente filosófica pos positivista de esencia más subjetiva, sensible al entorno. (Lopera, M. 2006). Para López y Vargas, existen nueve habilidades que pueden impulsar a mejorar la comunicación interpersonal entre el paciente y el personal de enfermería: comportamiento visual, postura y movimiento, gestos y expresión, el vestir y el aspecto, voz y variedad vocal, el lenguaje, la atención, el humor, y finalmente, la naturalidad; ellos dan importancia a la vertiente pos positivista a la que se refería Lopera y también están de acuerdo con la importancia de la observación y lectura del entorno.

Al respetar la autonomía del paciente geriátrico, el personal de enfermería lo hace capaz de desarrollar el autocuidado. En esta situación – de crecimiento y

desarrollo del paciente – el personal de enfermería se encuentra con pacientes de la tercera edad enfocados en sus necesidades, lo cual guía intervención proveedora de confort.

Elers y Gibert, plantearon la relación del personal de enfermería y el paciente desde una perspectiva que aborda las teorías de relaciones interpersonales.

Las teorías estudiadas pertenecen a Hildegart E. Peplau, Joyce Travelbee, Imogene M. King, Jean Orlando Pelletier; los tres primeros tienen una visión de carácter más social y el último, además de social, tiene una visión en donde la enfermera representa un cargo, está dentro de una jerarquía y por lo tanto sigue un protocolo. Peplau y King describen una definición y enfoque más objetivos mientras que Orlando y Travelbee presentan perspectivas subjetivas.

Por ejemplo, para King, el enfoque de la enfermería vendría a ser “la relación enfermera-paciente permite alcanzar metas y objetivos en un ambiente natural”, por otro lado, para Travelbee, el enfoque es “la relación enfermera-paciente da sentido al sufrimiento, dolor y enfermedad”. Elers y Gibert, después de exponer las definiciones, enfoques, objetivos y la intervención de la enfermería según las teorías de estos otros cuatro autores, aclaran que el ejercicio de estas teorías se limita a situaciones en donde el personal de enfermería trata con pacientes en coma, recién nacidos, ancianos longevos o con condiciones de demencia. (Elers, Y. & Gibert, M. 2016)

### **3.1.3.3 El rol del farmacéutico**

Salazar, A., Carrascal, B., Benjumea, D., y Amariles, expresaron que la atención farmacéutica es una práctica que se da de manera asistencial y que

tiene como objetivo el uso racional de medicamentos y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos con el fin de mejorar la salud del paciente y por ende, su calidad de vida. (2012)

El farmacéutico cumple un papel importante ya que es el que pone a disposición los medicamentos a los pacientes, por esto siempre debe recordar sugerir al paciente que recurra a la consulta médica. (Kregar, G. & Filinger, E.2005).

Además de ético, el papel del farmacéutico puede tomar un rumbo comercial. El farmacéutico es el mediador entre los laboratorios y farmacias y los compradores. En España, las empresas productoras de medicamentos genéricos han estrechado más sus lazos con los farmacéuticos, debido que ellos pueden decidir qué medicamentos pueden conceder. (Brocal, N. 2012).

Desde el márketing, la opinión del farmacéutico debe de hacerse importante para el paciente y de esta manera, influir en la decisión de compra y la fidelización para con la empresa. (Martínez, M. 2013). Como estrategia empresarial, es factible, pero también contraproducente en cierto punto; el farmacéutico no debe de olvidar que está tratando la salud de los pacientes.

Además de las relaciones comerciales, se plantea la relación entre profesionales de la salud. El personal médico y de enfermería mantienen una constante comunicación, y si el centro de salud cuenta con un área de farmacia, puede que el médico, encargado de prescribir los medicamentos, tenga algún tipo de comunicación con el farmacéutico, como es el caso del Hospital Loayza. Pero, en caso de que el hospital no cuente con los

medicamentos, el paciente tendrá que acudir a otra fuente a la cual el médico no tendrá el poder de supervisar. (Guillén, J. 2017)

Cuando al farmacéutico acude un paciente adulto mayor, se le recomienda hablarle en un lenguaje sencillo, con mensajes cortos y entendibles para que de esta manera afrontar su discapacidad auditiva. Vocalizar, emitir el mensaje pausadamente además de la cercanía prudente, ayudarán a que se establezca una mejor comunicación con el paciente. (Suárez, G. 2012)

#### **3.1.3.4El paciente geriátrico**

Los pacientes de la tercera edad, tienen algunas particularidades. Son más sensibles al dolor, a la movilización, cuentan con una piel más delicada; es frecuente la aparición de hematomas, por este motivo necesitan de cuidados especiales acordes con las complicaciones y alteraciones que suceden durante esta edad debido a los considerados cambios producidos en el organismo. (Mendes, J., Maftum, M., Lacerda, M., Mantovani, M. & Rodríguez, R. 2009)

Adicionalmente de los problemas físicos en este tipo de paciente, existen complicaciones psicosociales. Pacientes, generalmente geriátricos, descalifican las habilidades de los médicos y colegas más jóvenes, guiándose del típico prejuicio que establece que juventud es sinónimo de inexperiencia. A esa edad, los pacientes son más sensibles. Para ellos es reconfortante la presencia de los familiares así como es importante el ser incluido en la toma de decisiones en su salud y ser informado sobre su estado. (Ribeiro, P., Marques, R., & Ribeiro, M. P. 2017; Uribe. 1999)

El cuidado otorgado al paciente geriátrico se conforma de un vínculo establecido y alimentado con intención afectiva, el cual constituye un proceso

interpersonal con un propósito terapéutico el cual toma valor por dos motivos: para qué se hizo y sobre todo, el cómo se hizo, es decir, el contacto con el paciente al momento del traslado, aseo u otros, debe de ser realizado con una actitud amable y afectuosa. Una apropiada relación se basa en la confianza y el interés en el sufrimiento del adulto mayor y su familia, así como su atención. (Ribeiro, P., Marques, R., & Ribeiro, M. P. 2017)

Todo lo escrito con anterioridad, tiene como eje los cuidados físicos y psicológicos del paciente geriátrico. Es conveniente precisar que con este tipo de paciente también se debe tener algunas consideraciones en cuanto a la administración de medicamentos, entonces, a partir de este punto, los cuidados por mencionar tendrán un eje fisiológico.

Los pacientes de la tercera de edad tienen como característica común la pérdida de memoria, que de alguna manera influye en registro y control en la cantidad de medicamentos que consumen y por ende, también influye en la farmacocinética y la farmacodinámica de los medicamentos. Situación que se agrava debido de que otra característica común entre muchos pacientes geriátricos es el alto volumen de medicamentos que consumen debido a su alta morbilidad, ambas características derivadas también de la edad.

Se podría decir que la farmacocinética responde a qué le pasa a un medicamento desde que se ingiere hasta que se expulsa del cuerpo, nos explica los procesos a los que el medicamento es sometido en su tránsito por el organismo. Entonces, los factores que alteran la farmacocinética del medicamento son los cambios en la composición corporal (también por la edad), es decir, el envejecimiento trae consigo variaciones en el contenido de agua, masa magra (constituida por los órganos, músculos y huesos (Pérez, C.),

y grasa corporal, teniendo una reducción en los dos primeros y un aumento en el último, lo cual puede fomentar la retención de y aumento en la duración de los efectos de medicamentos liposolubles; además se debe considerar que las mujeres, acumulan más tejido adiposo. También ocurre una reducción en la masa hepática (masa del hígado) y el flujo hepático, influyen en la biotransformación oxidativa (proceso que ayuda a la expulsión de medicamentos), tal reducción hace que los medicamentos procesados por esta vía, permanezcan por más tiempo en el cuerpo; se debe de tomar en cuenta que este proceso incluye varios factores, por lo tanto, los casos son tan múltiples como los individuos.

La farmacodinámica estudia los efectos bioquímicos y fisiológicos de los medicamentos en el organismo. Tales efectos pueden ser influidos por la reducción general de la reserva homeostática y por cambios en el órgano receptor del fármaco y la reacción del órgano diana; siendo la homeostasis la cualidad de un ser vivo para mantener reguladas sus condiciones internas y el órgano diana, órgano que responde algún estímulo físico o químico en concreto, es decir, el órgano principalmente afectado o dañado. (Bernalte, A. 2005; Péres,V.)

### **3.1.3.5 En el área de emergencia**

Durante la atención de la emergencia, la comunicación es necesaria para mantener consiente al paciente y si el paciente se encuentra en sus sentidos, es necesario que comunique rápidamente sus síntomas al personal, debido a esto personal sanitario siempre busca los códigos necesarios para mantener la interacción con el paciente en estado crítico. (Lopera. 2006)

La cultura y el lenguaje son los principales obstáculos que atraviesa el personal de salud y estos obstáculos se incrementan si sumamos el hecho de que un buen número de pacientes geriátricos sufren de carencias auditivas. Tomando como ejemplo un caso de estudio desarrollado en el 2013 por Eadie, K., Carlyon, M., Stephens, J., B.Nur, D., y Wilson, M., se propuso el uso de cartillas de comunicación, método que recibió buenos comentarios por parte del personal de salud que lo probó en situaciones reales, afirmando que de esa manera, la tensión entre ellos y el paciente se redujo, así como se mejoró la calidad de comunicación entre ambos actores.

Para Martín, F., Fernández, C. & Merino, C. (2010), quienes hablan en su artículo sobre el paciente de la tercera edad (paciente geriátrico) en el área de urgencias, este tipo de pacientes necesita ser catalogado como prioridad, además son los que cuentan con mayor cantidad de ingresos al área de emergencias y los que tienen una estadía prolongada. Los autores plantean tres conceptos que han sido usados por diferentes autores de distintas maneras: anciano, anciano frágil y paciente geriátrico.

Se considera “paciente geriátrico” a personas de avanzada edad que cuentan con enfermedades múltiples y polifarmacia (es decir, que ingieren diversos medicamentos a la vez), dependen de otros para realizar actividades básicas cotidianas y además se le suman problemas cognitivos o afectivos. El concepto “anciano frágil” difiere del concepto anterior. Los ancianos frágiles son pacientes que presentan cambios fisiológicos debido a su edad avanzada, pero son independientes al realizar las actividades básicas cotidianas, sin embargo están en peligro porque pueden sufrir deterioros en su capacidad funcional.( Martín, F., Fernández, C. & Merino, C. (2010)

En base a ciertas características presentadas por los pacientes, Fried L., Tange, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C., Gottdiener, J. y otros (2001), organizan las características de fragilidad y las medidas de estudio de salud cardiovascular, dando como resultado una tabla en donde transforman a modo operacional los fenotipos de fragilidad. Las subcategorías que contiene la columna “características de fragilidad” son debilidad, lentitud, cansancio, pérdida de peso no intencional y baja actividad física. (Tabla 3)

Tabla 3. Operacionalizar un Fenotipo de fragilidad

<b>Operacionalizar un Fenotipo de Fragilidad</b>	
<b>Características de fragilidad</b>	Medida de Estudio de Salud Cardiovascular
<b>Pérdida de peso no intencional, pérdida de masa muscular</b>	Línea base : >10lbs pérdida no intencional en el año anterior
<b>Debilidad</b>	Fuerza de agarre: Menor que 20%
<b>Resistencia pobre, cansancio</b>	Reporte personal de “cansancio”
<b>Lentitud</b>	Tiempo de caminata/15 pasos: más lento que 20%
<b>Baja actividad</b>	Kcal/semana: >20% en hombres <383 Kcal/semana en mujeres <270 Kcal/semana

Tabla 3. Criterios de fragilidad de Fried. Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157.

Pallardo, B., Santa, P., Ribera, J. (2001) abordan en su artículo “Importancia de la asistencia urgente en el paciente anciano” un estudio que analiza la frecuencia y las peculiaridades de la asistencia al paciente anciano en el Servicio de Urgencias de un hospital general en España. Los resultados fueron los siguientes: de un total de 129 585 pacientes, 28,4% de ellos eran adultos de la tercera edad y un 34% de esa población requirió de atención urgente, a diferencia de su contraparte (pacientes jóvenes) que representaron un 22,3%

en cuanto a la necesidad de una atención urgente. Dichas atenciones fueron en un 76,4% problemas médico-quirúrgicos generales y 12,35% emergencias de carácter traumatológico.

Duaso y López-Soto (2009) afirman que dentro de los pacientes de 65 años a más, entre un 10% y 20% se consideran ancianos frágiles mientras que en la población de pacientes mayores de 85 años, un 50% cuenta con esa condición. Cabe agregar que ellos conforman en gran parte el número de ingresos, consumen un 50% del tiempo de atención médica y un 62% del gasto farmacéutico. Los autores también consideran que en el entorno de urgencias, no se toma en cuenta las capacidades funcionales y las actividades de la vida diaria al momento de evaluar la condición del paciente debido a que en los servicios de urgencias hospitalarios se prioriza el diagnóstico y el tratamiento.

Con referencia a lo anterior, los autores sugieren el uso de algunas tablas, de las cuales, se encuentra una que ellos estiman es útil para la valoración geriátrica en los servicios de urgencias y son las siguientes: índice que Barthel, índice de Katz, en donde se califica qué tan dependiente es el paciente al realizar las actividades diarias como baño, vestido, uso del inodoro, movilidad, continencia y alimentación, cuenta con ocho niveles de dependencia, Escala de Lawton y Brody, donde se evalúan actividades instrumentales de la vida diaria como capacidad para usar el teléfono, hacer las compras, preparar la comida, cuidar de la casa, lavar la ropa, usar medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de asuntos económicos, cabe aclarar que esta escala es más efectiva para evaluar al público femenino debido a que muchos hombres nunca han realizado algunas de las actividades evaluadas, Test de Pfeiffer (SMPSQ), cribado de deterioro cognitivo el cual es

prácticamente un test mental y consiste en contar el número de errores al contestar 10 ítems simples que hacen referencia, por ejemplo, a la fecha, ubicación, información personal, y la Escala de deterioro global de Reisberg, la cual se divide en siete niveles en donde el GDS 7 (Global Deterioration Scale) es el más grave.

En un estudio realizado por Kahn, J. y Magauran Jr, B. (2016) en los ED (emergency departments, traducido al español, departamentos de emergencia) de Estados Unidos, se encontró que la población de personas de la tercera edad iba en crecimiento y que eran ellos los que mayormente acudían a los ED y que eran calificados con un triage de altos niveles de urgencia. Entiéndase como triage al método de discriminar los ingresos a los servicios de urgencia, el cual tiene categorías como nivel de urgencia, tipo de urgencia, color y tiempo de espera, siendo el más urgente el nivel 1, que requiere de resucitación, se caracteriza por el color rojo y el tiempo de espera es nulo, es decir requiere de atención inmediata.

Además en este tipo de pacientes se emplea mayor tiempo en las prueba de diagnóstico en los ED y se usan más recursos que los usados en pacientes jóvenes. Además anuncian que los ED no están adaptados para la atención de pacientes de la tercera edad, sobre todo debido a los retos que supone el traslado del paciente. Muchos de ellos afirman que pueden moverse de cierta manera por un periodo corto pero en realidad necesitan ayuda para hacerlo, ellos no son conscientes que son catalogados como “anciano frágil”. Según las observaciones anteriores, se puede decir que los traumas y las caídas en este tipo de pacientes son otro reto que los profesionales de la salud deben enfrentar.

La Sociedad Americana de Geriátría (AGS por sus siglas en inglés) informó que un 35,5% de adultos que viven solos presentaron ADE (eventos adversos por medicación), los factores de riesgo que influyen estos eventos son las múltiples dosis por día que se asocia a la prescripción de múltiples medicamentos debido a que este tipo de paciente puede presentar múltiples enfermedades crónicas. En estos casos los farmacéuticos de los ED pueden contribuir a la seguridad y cuidado del paciente (Kahn, J. & Magauran Jr, B. 2016)

### **3.1.3.6 Importancia la comunicación con el paciente**

Se reconoce a la comunicación como un cimiento de la relación clínica, es la base para construir vínculos empáticos y de confianza con el paciente. La formación de profesionales en la dimensión comunicativa complementa las habilidades prácticas, de esta manera se garantiza la precisión del diagnóstico, el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente, alentando a que las personas cercanas a ellos colaboren con su cuidado, evitando a la vez, posibles agresiones físicas o verbales hacia el personal de salud. (Sánchez, J. 2017; Villegas, C. 2017)

### **3.7 Consecuencias de una mala comunicación con el paciente**

Después de las consideraciones anteriores se puede deducir que la comunicación con el paciente es de vital importancia para preservar su salud, entonces, los efectos de una mala comunicación son negativos y pueden suponer el deterioro de salud del paciente.

Como se mencionó, el nivel de confianza es proporcional al nivel de calidad de comunicación. Es decir, mientras mejor sea la interacción interpersonal,

habrá mayor confianza, lo cual se traduce en la recurrencia del paciente a un centro de salud. Si se da el caso contrario, el paciente evitará asistir a un centro de salud en el futuro debido a una mala experiencia pasada y, como las personas tenemos la tendencia de generalizar (crear prejuicios), el paciente creerá que en todos los centros de salud pasará la misma mala experiencia y cuando esté pasando por una enfermedad, preferirá optar por medicina alternativa o auto medicarse. Estos hechos, nos llevan a múltiples escenarios en donde el paciente, por desconocimiento, ingiera algún medicamento al cual sea alérgico, o se sobrepase el límite de la dosis. También tenemos un escenario en donde el paciente acude a un establecimiento de salud con un estado de enfermedad tan grave que ya no se encuentren métodos para tratarla o estabilizarla.

Sin una adecuada comunicación, el diagnóstico carece de precisión, al igual que el tratamiento. Si la transmisión de los síntomas es defectuosa, se corre el riesgo de que sobre o infra valoren los malestares, el diagnóstico sea erróneo, lo cual significa la aplicación de un tratamiento equivocado. Además, se puede estar obviando la historia clínica del paciente, obviando enfermedades anteriores.

### **3.1.3.8Leyes**

El Estado peruano, tomando conciencia de la exclusión de la población hablante de lenguas originarias y las desatenciones generadas, ha producido y aprobado leyes que la protegen, tanto en el sector salud como en el uso libre de las lenguas originarias, así como la promoción en el uso de estas.

#### **a. Leyes sobre idiomas originarios**

La Constitución del Perú establece que todo peruano tiene el derecho de usar su propio idioma o lengua ante cualquier autoridad mediante el respaldo de un intérprete. El Decreto supremo N° 002-2015-MC crea el Registro nacional de intérpretes y traductores de lenguas indígenas u originarias del Ministerio de Cultura, el cual tiene como objetivo “garantizar los derechos lingüísticos de las personas hablantes de lenguas indígenas u originarias en la prestación de los servicios públicos en todas las entidades públicas y privadas, contribuyendo al fortalecimiento de un Estado democrático, pluricultural y multilingüe [...]”

En ese mismo sentido, el Decreto supremo N°004-2016-MC aprueba el reglamento de la Ley N°29735, la cual regula el uso, preservación, desarrollo, recuperación, fomento y difusión de las lenguas originarias del Perú, la cual precisa la atención en la lengua materna de la persona por parte de entidades públicas y privadas, así como la disposición de todos los medios necesarios de interpretación que garanticen el cumplimiento de sus derechos.

Dentro de los derechos lingüísticos está el de usar la lengua materna en cualquier espacio, así como el de ser atendido y recibir información oral, escrita o audiovisual en la respectiva lengua. El artículo 12, artículo sobre el uso oficial de las lenguas indígenas u originarias establece que tanto las entidades públicas como las privadas que brindan servicios públicos en las zonas de predominio, se ven con la responsabilidad de disponer de personal que pueda comunicarse de manera oral y escrita con suficiencia en la lengua indígena u originaria además, de deben tener a disposición intérpretes o traductores o ambos.

Si se examina el artículo 12, se puede pensar que en las zonas donde las lenguas originarias no son predominantes, no es obligatorio el cumplimiento de los puntos propuestos por el artículo.

#### **b. Leyes sobre la salud y atención**

El decreto supremo N° 027-2015-SA, aprobó el reglamento e la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. Esta ley, contiene dentro de sus definiciones los términos “diálogo intercultural” y “enfoque intercultural”; dentro de sus artículos resalta el artículo 16, el cual exhorta el derecho de los usuarios a ser informados sobre su enfermedad y el estado de esta en términos comprensibles. El artículo 20, menciona que toda persona tiene derecho a ser informada acerca de los tratamientos y medicamentos que le serán administrados, también debe de ser advertida sobre los efectos colaterales.

En las disposiciones complementarias finales dicha ley, se describe el enfoque intercultural el cual dice que todas las Instituciones prestadores de servicios de salud (IPRESS) y las Unidades de gestión de instituciones prestadores de servicios de salud (UGIPRESS) deben implementar la metodología del Diálogo intercultural con los usuarios de los servicios de salud en pueblos vulnerables si las disposiciones del reglamento lo requieren. Sin embargo, al analizar tal disposición, se puede entender que las IPRESS están obligadas a practicar la metodología del Diálogo intercultural solo en pueblos vulnerables, es decir que el uso de tal metodología no es necesaria en lugares como la capital de Lima, por ejemplo.

En el Título I, artículo 15°, apartado “g” de la Ley 26842, Ley de General de salud, dice que el paciente tiene derecho a recibir en términos comprensibles información sobre su diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como los riesgos de los medicamentos que se le administren. Además, esta misma ley, dice en el Capítulo III artículo 50° que “Todos los productos en el presente Capítulo requieren de Registro Sanitario para su fabricación, importación, distribución o expendio”.

#### **3.1.4. Automedicación**

La automedicación debe ser entendida como el uso de medicamentos sin previa prescripción, sin supervisión de los profesionales de la salud. Si bien es cierto, la automedicación responsable ayuda a aligerar la demanda de los servicios de salud, pero depende mucho de venta de medicamentos sin receta. (Dresler, A., Leyba, R.&Wirtz, V. 2009)

En la mayoría de casos, los pacientes deciden auto medicarse debido a que algún familiar o conocido cercano, le recomendó la efectividad de cierto medicamento, además resulta ser más frecuente en niños y en adultos mayores. (Notimex, 2015)

A pesar de que son los pacientes geriátricos los que más medicamentos consumen, no existen fármacos exclusivos para ellos. Más del 50% están sobre medicados y el 25% está bajo una prescripción inadecuada. Los que sufren una reacción adversa superan el 20%, la mayoría de las reacciones adversas son graves y de clase A, es decir, se vuelven dosis-dependientes, la mayoría de los casos son detectables y evitables. (Herrera, J. 2012)

Una investigación del año 2014 por parte de miembros de una universidad colombiana, analizó el caso de pacientes que se auto medicaban, por gripe o resfriado, antes de acudir a una farmacia. El 40% de pacientes había ingerido algún medicamento previamente, de los cuales el 85,6% se auto medicó y en un 64,4% el medicamento no resultó efectivo. Esta ineffectividad se dio por ser medicamento inadecuado, el cual representó el 56,5% de los casos. La investigación concluyó que la gran mayoría de los pacientes con gripe o resfriado se auto medicó y que la mayoría consumió el fármaco inadecuado. (Seva, I., Flores, M. & Martínez, F. 2014)

Un estudio realizado en el año 2017 sobre la automedicación en zonas urbanas y urbano marginales de Lima, demostró que el 77,8% de encuestados de la zona urbano marginal se auto medicó, mientras que el porcentaje de encuestados de las zonas urbanas que declararon haberse auto medicado es de un 85,3%. En ambas zonas, se descubrió que los fármacos mayormente adquiridos fueron para la tos y resfriados, analgésicos y antibióticos. Los encuestados de la zona urbana presentan un mayor porcentaje en cuanto a la práctica de automedicación sin receta médica, sumando un total de 45%. Se cree que los pobladores de las zonas urbanas son más frecuentes en cuanto a auto medicarse debido al concepto del autocuidado. En ambas zonas, las recomendaciones recibidas pertenecen principalmente al criterio del farmacéutico; siendo un 51,3% en el caso de la zona urbana y un 69,6% en el caso de la zona urbano marginal. (Chávez, D., Castro, J. 2017)

Si al paciente se le informa del porqué se le receta cierto fármaco y además la función del fármaco en el tratamiento de su enfermedad, entonces, se podrá reducir el número de pacientes que recurran a auto medicarse. Otro punto

importante es informarles (o aconsejarles) sobre los síntomas de alerta para acudir a una consulta médica. La ingesta de fármacos sin prescripción médica puede suponer una reacción sencilla, como irritabilidad estomacal, o también reacciones alarmantes como un choque alérgico, que puede causar la muerte por asfixia. (Rico, J. 2014 & Torres, M. 2014)

En los servicios de emergencia, no se han estudiado a profundidad los problemas relacionados con los medicamentos, los cuales son de recurrencia frecuente. Además, se puede decir que los servicios de emergencia son los primeros lugares en donde se puede reconocer las reacciones adversas a medicamentos. Este caso, se estudió en un hospital de las Islas Canarias en el año 1999. Tal estudio, demostró que 19 de 1 097 pacientes fueron ingresados debido a reacciones adversas a medicamentos, 5 de ellos fueron diagnosticados con intoxicación, 8 presentaron un agravamiento en el cuadro clínico y 11 fueron ingresados por tratamientos inadecuados. El total de pacientes que desarrolló problemas relacionados con medicamentos fue de 43. (Güemes, A., Sanz, E., & García, M. 1999)

#### **3.1.4.1 Factores que producen la automedicación**

En los países con un mayor desarrollo, el auto medicarse, es una práctica frecuente y se toma en cuenta el concepto de “auto medicación responsable”, seguramente debido a otro concepto denominado “autocuidado”. Pero, en países en camino al desarrollo como el nuestro, los pacientes suelen pedir consejo a personas que no tienen conocimiento alguno sobre fármacos o medicina en general. En nuestra sociedad la auto medicación se asocia con el desconocimiento por parte de la población, cobertura deficiente, mala calidad de los servicios estatales, acceso a medicamentos sin prescripción y a la falta

de rigurosidad de los encargados de dispensar los medicamentos. (Llanos, L., Contreras, C., Velásquez, J., Mayca, J., Lecca, L., Reyes, R. & Peinado, J. 2001).

Basándose en un estudio de nivel micro económico de elección racional, se hallaron algunos factores que influyen en la automedicación, y son los siguientes: lengua del jefe del hogar, gravedad de la enfermedad, nivel de ingreso de la familia, tenencia o no de un seguro, demora en recibir atención, gasto en las atenciones y el gasto en medicamentos. (García, L. 2002)

Citando a otros autores, Olmo Matilde enlista una serie de factores destacados en la automedicación y son: adquisición de fármacos sin prescripción, obtención de fármacos de círculos sociales cercanos, reutilizar medicamentos en el botiquín para que no supongan una pérdida, prolongar o interrumpir un tratamiento, influencia de la publicidad y de personas cercanas, opinión del farmacéutico, falta de acceso al médico y al medicamento, el costo de los fármacos, percepción de su enfermedad, entre otros.

Menéndez, E. (1981) opina que el incremento de los medios de comunicación masiva influyen, además afirma que los médicos (quienes recetan y consumen fármacos influenciados por los medios) atribuyen la auto medicación a la falta de educación de la población y, de nuevo, a la influencia negativa de los medios. Pero, el autor no cree que sean estos factores los que expliquen del todo la auto medicación, si no cree que el desarrollo de la industria de los medicamentos fue el detonante y los medios masivos una vía. Sin embargo, con las aclaraciones previas, aún no se explica por qué la población, asumiendo una posición pasiva, tiende a auto medicarse si la influencia de los medios de comunicación masiva es secundaria.

### **a. Económicos**

Al estudiarse la auto medicación en la población de 5 provincias rurales de Cajamarca, se detectó que existía relación entre los hogares con un ingreso mayor de 300 soles y la auto mediación; la razón común entre la población entrevistada fue que se auto medicaban debido a que ya sabían qué les iba a prescribir el médico, lo cual representa un 41,72%. Poco más del 10% de la población no fue a consulta médica debido a que no tenían dinero suficiente para pagar la consulta, de hecho, prefieren acudir a centros de salud donde se les administra medicamentos de manera gratuita. (Llanos, L., Contreras, C., Mayca, J., Lecca, L., Reyes, R. & Peinado, J. 2001)

Los factores económicos más destacados que influyen en la automedicación son el desempleo, las malas condiciones en el trabajo y calidad de vida, los bajos ingresos en la economía del hogar. La población adulta mayor cuenta con el menor ingreso económico de todos los segmentos, paradójicamente, es la población que más medicamentos consume. (Gonzaga, R. 2017)

### **b. Culturales**

Se puede considerar que las raíces de la práctica de la auto medicación se encuentran en la medicina tradicional, una práctica natural dentro de las costumbres y la vida cotidiana de la población peruana. (García. 2002) No sería extraño que personas, sobre todo provenientes del interior del país, prefieran optar por medicina alternativa o tradicional.

Se debe considerar además, que dentro de los factores culturales, se encuentra la falta de acceso a la información, dándoles cabida a las empresas

farmacéuticas a que propaguen información malintencionada con el fin de incrementar sus ventas.

### **c. Accesibilidad**

El INEI en su informe técnico Situación de la población adulta mayor, enero – marzo 2014, muestra en sus estadísticas que en el Perú se tiene alrededor de 2 907 000 personas de 60 años a más. El 23,4% de ellas no se encuentran afiliadas al SIS, ESSALUD, ni ningún otro tipo de seguro sanitario. Sumado a esto, el 37,5% de personas de la tercera edad está asegurada en ESSALUD, el 32% está asegurada al SIS (de las cuales 1 431 771 tienen 60 años o más y de ese total, 288 433 residen en Lima), y sólo el 7,1% cuenta con algún otro tipo de seguro. De igual manera, 360 000 personas de la tercera edad beneficiarios del programa Pensión 65, han sido afiliados automáticamente a algún seguro de salud.

En la actualidad, los medicamentos se distribuyen con prescripción médica o sin ella, pero, no sólo existe una facilidad de acceso a los fármacos, además, existen fuentes informales que distribuyen medicina alternativa, como vendedores ambulantes, los populares curanderos tradicionales y locales no autorizados. (Chontay, D. 2017)

### **d. Publicidad**

Díaz, N., Payán, M., & Pérez-, A. (2014) comentaron lo siguiente:

“Con el paso del tiempo, especialmente con la emergencia del capitalismo, la prevención u la curación de enfermedades quedó inmersa en la lógica del mercado. [...] En ese sentido, la motivación del

autocuidado comenzó a ser atravesada poco a poco por la publicidad y el mercadeo de estos productos y servicios”

Aunque son los adultos mayores los que más medicamentos consumen, pese a tener ingresos económicos bajos, son los que están más desinformados, tal falta de información aún ocurre y se contrapone al contexto actual. La publicidad, a pesar de ser un medio de comunicación que puede actuar como fuente de información, no tiene esa intención. La influencia de la publicidad en la decisión de adquisición de fármacos es cada vez mayor en el público y puede generar riesgos para su salud. Al omitir cierta información, las personas pueden estar adquiriendo medicamentos sin conocer sobre los posibles eventos adversos o sobre indicaciones no aprobadas por las autoridades sanitarias. Mucha de esta propaganda incita a la adquisición de productos que necesitan prescripción médica. (Gonzaga. 2017)

#### **3.1.4.2 En pacientes geriátricos**

La automedicación en pacientes de la tercera edad, para Olmo, M. (2014), se da mayormente en mujeres y los factores que la producen son la baja escolaridad y la influencia de medios audiovisuales, y además se debe enfatizar la relación entre hábitos ajenos a la comunicación y los arraigos culturales en una población no urbana. En su estudio se detectó que la principal fuente para adultos mayores de 80 años que se auto medican son en casi la mitad de los casos las farmacias, poco menos de la quinta parte la fuente es el círculo social, con una proporción casi igual le sigue el botiquín, y por último, con cifras semejantes la herboristería.

Los pacientes geriátricos que presentan polifarmacia se pueden producir reacciones adversas debido a los fármacos (ARD) en los departamentos de emergencia (ED). Una investigación realizada en el 2006 tuvo como objetivo encontrar las incidencias, características y resultados de las mencionadas ARD en los ED. Tal investigación demostró que la cantidad de fármacos está asociada a las ARD, y que los fármacos con los que guardaba relación eran los anticoagulantes, antibióticos, agentes hipoglucemiantes, entre otros. (Zanocchi, M., Tibaldi, V., Amati, D., Francisetti, F., Martinelli, E., Gonella, M.,... & Canade, A. 2006)

En el 2016, en un artículo de la Revista peruana de medicina experimental y salud pública, se expuso que más del 50% de medicamentos son consumidos por adultos mayores, más del 80% de esta población toma al menos una medicación diaria y el 75% usa tratamientos no convencionales y no se lo comunica a su médico. (Casas, P., Ortiz, P. & Penny, E. 2016)

Dentro del artículo nos encontramos con las siguientes líneas que contextualizan la situación del adulto mayor y la prescripción de medicamentos:

“Prescribir de forma apropiada en el adulto mayor es un trabajo difícil que requiere considerar un balance entre los riesgos u beneficios de las medicinas indicadas, las cuales suelen no tener una evidencia clara de su eficacia, dada la poca representatividad de la población adulta mayor en los ensayos clínicos randomizados sobre los cuales se basan las guías clínicas para el manejo de enfermedades crónicas”.

#### **3.1.4.3 Tipos de automedicación**

Entre los tipos de automedicación encontramos dos, la automedicación farmacológica y la automedicación alternativa, que incluye la tradicional, siendo la primera la más frecuentemente usada por el público y la que aporta más consecuencias negativas al organismo.

Dentro de la medicina alternativa, se encuentran los medicamentos que no son cien por ciento sintéticos y los que se derivan de ingredientes naturales, los que se componen en gran parte de ellos, es decir, semi sintéticos y los tratamientos tradicionales.

Es usual en los adultos mayores la ingesta de medicamentos naturales. Por ejemplo, recurriendo a un caso de estudio en México durante los últimos meses del año 2006, se reveló que más de la mitad de la muestra conformada por adultos mayores, compró medicamentos sin receta en las farmacias, en parte, debido a que el costo con receta era mayor. Algunos de los encuestados informaron que previamente al consumo de medicamentos, optaban por medicina tradicional, de preparación doméstica y que eran generalmente a base de hierbas. Adicionalmente, se reveló que una cuarta parte de los consumidores crónicos presentaron reacciones adversas al medicamento. (González, M, Villafuerte, B., & Llerenas, A. 2012)

#### **a. Automedicación farmacológica**

Los fármacos comúnmente utilizados en la auto mediación son: los antidiarreicos, mejora los malestares pero no garantiza la expulsión del organismo del agente causante; analgésicos, alivian el dolor, existen varios tipos y pueden conseguirse sin prescripción médica, pero para los analgésicos derivados de la morfina y los opiáceos se recomienda prescripción, pueden

enmascarar una enfermedad de base que requiera tratamiento; antibióticos, su uso inadecuado representa la causa principal de la resistencia bacteriana, la cual es considerada un problema global por la OMS (Organización Mundial de la Salud); y antigripales, no son recomendados para todos los pacientes a causa de posibles interacciones con algún otro fármaco, pueden llegar a tener efectos secundarios. (Germen)

Los fármacos OTC (Over the counter, los cuales no necesitan de prescripción médica y son de venta libre), son destinados para el tratamiento de más de 450 síntomas que son frecuentes en los pacientes y que conforman grandes costos para los distintos sistemas sanitarios. Estos fármacos deben de distribuirse en condiciones y dosis seguras para el consumidor, además deben de cumplir con ciertos criterios como: no deben producir tolerancia o dependencia, deben ser seguros al emplearlos en cualquier grupo de edad, no deben de suponer un peligro para el paciente si se consumen en dosis superiores. (Gonzaga, R. 2017)

Tapia, R., Cravioto, P., Borges, S., & Rosa, B. (1996) estudiaron a la población adulta de México entre los 60 a 65 años de edad y la prevalencia del consumo de opioides, depresores y estimulantes en esta población generalmente urbana. La muestra constaba de poco más de 900 personas de la tercera edad, de los cuales el 23,9% afirmaron ingerir drogas médicas, en donde la más popular entre la población eran los depresores del sistema nervioso central, seguidos por los opioides. Se supo que los pacientes comenzaron a ingerir este tipo de fármacos a la edad de 60 años y que lo hicieron en un 3% por criterio propio y en un 5% por recomendación de sus amistades, además son los hombres los que inician primero con el consumo.

En un estudio realizado en el año 2013 sobre la percepción de la automedicación con antibióticos en los usuarios externos en el hospital Loayza, se encontraron los siguientes resultados: el 58% del total de la muestra (369 personas), se auto medican con antibióticos, la mayoría que realiza esta práctica no cuenta con un grado de educación superior. Los síntomas frecuentes para la auto medicación fueron respiratorios, a su vez, el 84,5% consideraron a los antibióticos al momento de tratar el resfrío común; además de los síntomas, causas como el conocimiento previo del tratamiento, la confianza en el personal de la farmacia o el tiempo extenso de espera para la consulta médica, posiblemente también influyan en la automedicación. Con respecto a lo anterior, el 89,2% de entrevistados perciben una mejora en sus síntomas. Los antibióticos más usados son: betalactámicos, quinolonas y aminoglucósidos. (Martínez, L. 2013)

#### **b. Automedicación alternativa**

La práctica de la automedicación no sólo es farmacológica, sino que también incluye al tratamiento con plantas medicinales, lo cual tiene origen en pueblos antiguos con costumbres ancestrales. Los productos derivados de las plantas medicinales que son comercializados, no suelen tener etiquetas que informen acerca de la planta, contraindicaciones, dosis, etc. Las plantas que son del interés de la fitoterapia han sido globalizadas, perdiendo lo tradicional y originario de cada región, todo esto, por el impulso de las industrias médicas y la masificación de medios de comunicación. (Puentes, J. 2014)

El requerimiento de tratar algún malestar, ha hecho que el hombre, por métodos empíricos, desarrolle la capacidad de aprovechar los recursos naturales de su entorno. La medicina tradicional abarca más que el manejo de

medicamentos naturales a partir de las propiedades de las plantas, también abarca conceptos espirituales, conectando al hombre, la naturaleza y el universo. La medicina tradicional aún beneficia a los miembros de grupos étnicos y a culturas tanto urbanas como populares, captando el interés de ciencias como la antropología. La OMS promueve el uso de cualquier tipo de recursos existentes con el objetivo de contribuir al cuidado de la salud. (Chontay, L. 2017)

En el Perú, el CENSI cuenta con programas que apoyan y preservan las prácticas de medicina tradicional. Su Jardín Botánico tiene como objetivo difundir la riqueza florística y permitir a la comunidad tener contacto con las plantas medicinales en su estado botánico original, el jardín alberga alrededor de 300 especies de plantas medicinales, la gran mayoría de origen nacional y que se usan para tratamientos de salud, algunas de ellas con acción terapéutica comprobada. Además cuenta con una serie de material informativo acerca de medicina alternativa y plantas medicinales.

#### **3.1.4.4Efectos**

La automedicación conlleva consecuencias negativas como intoxicación, reacciones alérgicas, hemorragias, insuficiencia renal o parálisis intestinal. En México, el 25 % de las atenciones de emergencia se relacionan con las afecciones producidas por la automedicación, y que esta práctica es frecuente en el género femenino. Además un 40% de hemorragias en tubo gástrico en pacientes de la tercera edad, puede ser debido al consumo desmedido e indebido de medicamentos como los analgésicos y alrededor de un 11% de cuadros de insuficiencia renal puede estar asociado al exceso de fármacos anti inflamatorios esteroideos, los cuales son hormonas producidas por la corteza

adrenal (también llamada corteza suprarrenal) o son semi sintéticos. (Notimex, 2015).

#### **a. Resistencias**

Una de las causantes de las resistencias es la ingesta desmedida e indebida de los antibióticos, en este caso, al abusar de su consumo, se da la resistencia a los antimicrobianos, es decir, ya no cumplen de manera adecuada la función de eliminar las bacterias que causan infecciones. La resistencia a los antibióticos genera una mayor inversión ya que al no ser efectivos, se opta por usar fármacos de un costo más elevado, se prolongan las hospitalizaciones y se produce una mayor mortalidad. (Torres, Z., Bravo, A., Arcos, M., Guapisaca, C., Hermida, D & Salazar, G. 2018)

Para el año 2013 un artículo español evidenció que la resistencia a los antibióticos genera 25.000 muertes y pérdidas de 1.500 millones de euros anuales en Europa. Los antibióticos, desde la invención de la penicilina, se han vuelto cada vez más utilizados en el tratamiento de infecciones, llegando a ser esenciales, además con ellos se reduce el riesgo de complicaciones en las intervenciones médicas complicadas, como cirugías y quimioterapia específicas.

La resistencia es una reacción natural del organismo, pero el uso inadecuado de antibióticos y la contaminación del medio ambiente con estos fármacos, acelera el surgimiento y transmisión de microorganismos multiresistentes. Es común que los pacientes contraigan virus dentro de los hospitales, muchos de los contagios de microorganismos multiresistentes, se dan porque son los pacientes que vienen de afuera de los hospitales los que

los portan, provocando que las resistencias se propague; además fuera de los hospitales es donde más antibióticos se consumen y donde más resistencias se conciben. El 50% de la población europea aún cree que los antimicrobianos (antibióticos) combaten efectivamente los virus, es por eso que los expertos exhortaron la importancia de informar a la comunidad sobre el uso de antibióticos y evitar la ingesta desmedida, los usos insuficientes y la automedicación. (EFE News Service, 2013)

Además de la automedicación, es la falta de seguimiento de los tratamientos otro factor que produce la resistencia a los antibióticos. Si el paciente no cumple con la ingesta del fármaco por el periodo de tiempo completo, o deja el tratamiento a la mitad, entonces se genera la resistencia. Muchos no completan el tratamiento debido al costo de los fármacos. (Margarita, V. 2008)

Las resistencias bacterianas son motivo de preocupación mundial debido a su fácil modo de propagación. Los viajes internacionales, cada vez más accesibles, permiten que los microorganismos multiresistentes se trasladen de un continente a otro. (Grupo Germen)

#### **b. Retraso en el diagnóstico**

La automedicación retrasa el diagnóstico temprano de enfermedades graves debido a que enmascaran los problemas serios, haciéndolos pasar por síntomas simples. Por ejemplo, un dolor de estómago y fiebre, puede ocultar una apendicitis, o peor aún, una peritonitis. (Notimex. 2013)

Hechas las consideraciones anteriores, la apendicitis es una enfermedad de diagnóstico rápido y preciso, pero en algunos pacientes como niños ancianos y pre medicados, su detección puede ser lenta. Mendoza, J., Sáenz, F., &

Malagón, A. (2009) estudiaron a pacientes con y sin medicación previa que ingresaron debido a una apendicitis aguda. El estudio arrojó que los pacientes sin medicación previa fueron llevados a cirugía antes que los pacientes con medicación previa, siendo los analgésicos, antibióticos y antiespasmódicos los que “enmascaran” los síntomas, y que además, los pacientes previamente medicados necesitaron de mayor descanso post operatorio. Se concluyó que la medicación previa en pacientes ingresantes con apendicitis aguda significaba un retraso en la toma de la decisión quirúrgica, además de que incrementa los riesgos para el paciente.

En el año 2004, mediante un estudio, se encontró que la auto medicación fue uno de los siete factores que influían en el diagnóstico tardío de pacientes entre 15 y 49 años con tuberculosis pulmonar. Este estudio se realizó en Lima Este, contando con 176 casos y 212 controles. (Muñoz, D., Rios, G., Villalva, C. & Muñoz, S. 2004)

### **c. Intoxicación**

Uno de los mayores peligros al auto medicarse son las dosis. En caso de excederse, existe la posibilidad de presentas cuadros de sobredosis o si en menor, entonces es probable de que no se obtenga el efecto deseado del fármaco. (El Universo. 2018)

En el 2009, en el diario La Nación de España, se publicó un artículo que contaba con cifras el número de personas que sufrieron de intoxicación por el mal consumo de medicamentos, el cual dio como resultado casi 7 000 de estos casos al año. Entre las causas se encuentra el incumplimiento de las indicaciones, ingesta de fármacos equivocados y también el no ponerse lentes

de medida para comprobar la dosis. Así mismo se registró que más del 10% de ancianos se intoxicó con fármacos en un periodo de cinco años. El 42% de los casos fueron clasificados como “no intencionales”, dentro de ese porcentaje se encuentran personas que se intoxicaron por automedicación, además de incidentes químicos e intoxicaciones alimentarias. (Ávalos, A. 2009)

En el año 2017 en México, cerca de un 20% de casos en el Servicio de Urgencias fueron el resultado de intoxicación debido a la auto mediación, causando en los pacientes desde dolores de cabeza, irritaciones en la garganta hasta choques anafilácticos, lo cual podría causar la muerte. (Jaime, M. 2017)

Los causantes más frecuentes de las intoxicaciones son el alcohol, sedantes e hipnóticos, opiáceos, antidepresivos y analgésicos. Fármacos de venta libre como el paracetamol, pueden causar graves lesiones si se consumen en grandes cantidades. Si hablamos de intoxicación por medicamentos, la auto medicación vendría a ser la causa más frecuente. (MedicinaTV. 2000)

Según la guía Intoxicaciones por medicamentos de Roa, J., Uribe, C., Pardo, J. y Delgado, O. (1996) la necesidad de los pacientes que sufren de dolores crónicos (pacientes con cáncer, la dependencia de medicamentos y la demanda de cultivo de la amapola junto a la comercialización ilícita de sus derivados, hacen que pacientes intoxicados por opiáceos lleguen a los servicios de urgencias.

#### **d. Dependencia**

La farmacodependencia se compone de una serie de características complejas diferentes que se derivan de la interacción de múltiples factores, entre ellos tenemos la farmacocinética y farmacodinámica del medicamento,

por parte del paciente influyen la edad, sexo, religión, cultura, clase social e incluso el nivel de desarrollo. En el Perú, la coexistencia de varias culturas hace que una sustancia tenga diferente valor dentro de cada una de ellas. (Castro, R. 1987)

Entre los medicamentos más susceptibles de provocar una dependencia se encuentran los psicotrópicos (generalmente se usan como hipnóticos y tranquilizantes), los derivador de la morfina, los analgésicos (tramadol, codeína), antidepresivos, anti migrañas, corticoides o broncodilatadores, los descongestivos nasales con pseudoefedrina, los antihistamínicos y los tratamientos de sustitución de opiáceos.

Los síntomas de dependencia física, varían de acuerdo a la sustancia. Por ejemplo, al suspender o disminuir la dosis de las benzodicepinas, se produce insomnio y crisis epilépticas; la ausencia de las morfina puede producir dolores difusos, diarrea, sensación de frío-calor, secreciones nasales, palpitaciones, elevación de la tensión arterial, entre otros. Los pacientes psíquico-dependientes cuentan con una modificación en el funcionamiento de circuitos cerebrales específicos, sobretudo, en las neuronas que están asociadas a la sensación de recompensa y al placer; entonces, al suspenderse el consumo de fármacos, los puede llevar a la depresión, sensación de vacío y ansiedad. (Plessis, A. 2013)

Los pacientes de la tercera asocian el toman algún medicamento con el bienestar, dependiendo física y psicológica de dicho medicamento. Cuando dejan de ingerir o tratan de renunciar al medicamento, sufren alteraciones físicas y psicológicas reales, las cuales conllevan a que el paciente padezca de otra enfermedad, como psicosis, depresión, entre otras. (Boggio, M. 2008)

### **e. Interacción medicamentosa**

Linares, Milián, Jiménez, Chala, Alemán, Betancourt, Rodríguez y Martín afirman que una interacción medicamentosa es la “modificación que sufre un medicamento por la presencia simultánea de otros medicamentos, sustancias fisiológicas y sustancias exógenas no medicamentosas en el organismo”. Tales interacciones se pueden ramificar en dos clases según las consecuencias que conllevan y son: interacción beneficiosa, es decir, cuando se intensifican los efectos terapéuticos; interacción adversa, cuando los efectos terapéuticos disminuyen. Las interacciones medicamentosas también se clasifican por lugar; externas cuando se refieren a las “incompatibilidades fisicoquímicas en las mezclas de administración endovenosa por precipitación o inactivación”, e internas cuando ocurren en el sitio donde la droga actúa. Así mismo, se clasifican según el mecanismo de producción: Interacciones de carácter farmacéutico, farmacocinético y farmacodinámico. (Linares, A., Milián, P., Jiménez, L., Chala, J., Alemán, H., Betancourt, B., Rodríguez, J. & Martín, L. 2002)

Para Teodoro Oscaona, a los pacientes de la tercera edad se los caracteriza por tres motivos: poli patología, polifarmacia y los cambios fisiológicos (debido al envejecimiento que afectan la farmacocinética y farmacodinámica de los medicamentos). Estos tres factores realzan la presencia y severidad de las interacciones medicamentosas. El Multidisciplinary Medication Management Project logró agrupar las “10 interacciones farmacológicas más peligrosas en centros de estancia prolongada de adultos mayores”, lista en la que destaca la warfarina, los inhibidores ECA y la digoxina. (Oscaona, T. 2004)

Un estudio realizado en España sobre las interacciones entre medicamentos prescritos en pacientes mayores de 65 años dio a conocer que en un 13,6% de los casos se encuentran posibles interacciones, y las enfermedades que se asocian considerablemente con la presencia de interacciones son diabetes, Parkinson, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares. Al terminar el estudio se concluyó que “la frecuencia de interacciones está asociada a factores sobre los que se puede intervenir”, además, si se mejora la comunicación entre los tipos de atenciones y se suma la colaboración de los farmacéuticos, se verá una mejoría en el control del uso de los medicamentos en pacientes geriátricos. (Recalde, J., Zunzunegui, M. & Beland, F. 1998)

#### **f. Adicción**

Según el portal web del Instituto Hipócrates (centro de desintoxicación ubicado en Barcelona), algunos fármacos que se prescriben de manera frecuente para tratar la ansiedad y el insomnio pueden llegar a producir adicción, y dentro de ellos se encuentra la morfina, un derivado del opio muy utilizado en los centros de salud para calmar dolores agudos.

El mismo portal nos dice que la adicción a los fármacos induce a cuadros de abstinencia más violentos, y se caracterizan por la presencia de ansiedad, taquicardias, hipersensibilidad a la luz como síntomas físicos y pensamientos obsesivos, temor a la demencia, insomnio como síntomas psicológicos. Usualmente, los pacientes empiezan por aumentar paulatinamente la dosis, sufren de síntomas psicológicos y físicos que “nunca se terminan de resolver”, utiliza recetas ajenas para poder conseguir los medicamentos que cree necesitar o cambia de médico si el actual se niega a aumentar la dosis.

La página web “Adicción.co” pone en el mismo nivel a los adictos a drogas ilegales (cocaína, heroína, etc) y a los adictos a los fármacos debido a que ambos no miden las consecuencias (laborales, personales, físicas, etc.) que provoca la ingesta de tales sustancias.

Ballantyne, J. y Stannard, C. (2013) manifiestan que anteriormente el dolor y la adicción no estaban asociados, que cada uno recibía tratamientos muy diferentes. También se consideraba que la adicción no se presentaría durante los tratamientos para el dolor y que si sucedía lo contrario, entonces manejarla sería fácil. Pero lo cierto es que no se sabe cómo identificar la adicción durante los tratamientos para el dolor y menos como tratarla.

Es evidente entonces que la adicción y los tratamientos están relacionados; mientras que el dolor es tratado con fármacos, estos resultan ser adictivos para los pacientes. De acuerdo con los razonamientos que se han ido realizando, se puede decir que la cura conlleva a padecer de otra enfermedad.

Según se ha citado anteriormente, por su parte, en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales se han hecho muchos cambios con respecto a las especificaciones sobre la adicción. Citando a otros autores, Ballantyne, J. y Stannard, C. recopilan datos estadísticos que traduce de la siguiente manera: los índices de adicción durante el tratamiento del dolor crónico con opioides oscilan entre el 1% y el 50%.

Los autores explican la neurobiología de la adicción y propone que en nuestro cerebro (en el sistema mesocorticolímbico) se ubica un “centro de recompensa”, el cual al final de sus vías se encuentran vías de dopamina principalmente pero también se encuentran equipados con sistemas de

opioides. Entonces, se consideró que la adicción vendría a ser la búsqueda insana de las mencionadas recompensas. Otra hipótesis sobre la adicción se basa en los estímulos que activan el sistema mesolímbico, sistema que dicta los comportamientos de supervivencia principales, pero aún se sigue investigando sobre el detonante de estos estímulos.

Cuando se ingiere por primera algún fármaco adictivo, provocará en el paciente euforia, debido al aumento de la dopamina en las vías mesolímbicas. Los opioides pueden causar este efecto, que se potencia cuando ingresan al organismo mediante inyección. Cuanto más liposoluble y más rápido alcance y supere la barrera del cerebro que controla las sustancias que ingresan mediante vía sanguínea, entonces la euforia producida será más fuerte.

La tolerancia (urgencia de tomar más dosis para conseguir el mismo efecto) y la dependencia hacia los fármacos encaminan al paciente a buscar medicamentos de manera compulsiva. Pero es difícil diferenciar a los consumidores ilícitos de los pacientes que consumen opioides para tratar el dolor. En cierto punto, no se puede explicar el cómo y por qué el paciente empieza con la búsqueda compulsiva de fármacos, y de este modo, entra en el círculo de la adicción.

En ese mismo sentido, Ballantyne, J. y Stannard, C. (2013 p.3) afirman que, a diferencia de los consumidores ilícitos de medicamentos, en los pacientes con tratamiento para el dolor, la búsqueda de opioides no tiene porqué ser un indicio de adicción, incluso si parece un comportamiento compulsivo. Significa entonces que los pacientes con dolor, el comportamiento compulsivo está justificado de alguna manera.

La opinión de Leshner, A. (2001) concuerda con la de los autores anteriores. Según lo citado, el autor manifiesta que el abuso de fármacos sin prescripción médica como los opioides, depresores del sistema nervioso central y los estimulantes puede llevar al paciente a la dependencia y “posible adicción”. Estos tres tipos de fármacos de prescripción mencionados con anterioridad, son comúnmente abusados. Como se sabe, los opioides tratan el dolor, los depresores del sistema nervioso central (SNC), tratan la ansiedad y los trastornos de sueño, mientras que los estimulantes tratan la narcolepsia (tipo de trastorno de sueño), el trastorno de hiperactividad con déficit de atención y la obesidad.

El mismo autor expone los riesgos de cada fármaco, por ejemplo, en casos graves de abuso de los opioides, se da una depresión respiratoria; en el caso de los depresores del SNC que disminuyen las funciones cerebrales, si un paciente que ha desarrollado tolerancia por estos fármacos deja de tomarlos, puede que las funciones se aceleren repentinamente, produciendo convulsiones; los estimulantes, como su propio nombre sugiere, aceleran las funciones cerebrales y aumenta la cantidad de dopamina en el cerebro, su uso en exceso conlleva a sufrir de paranoia, fallos cardiovasculares o convulsiones letales. Por ende, se recomienda consultar al médico sobre el comportamiento de estos medicamentos si se ingieren junto a otros fármacos. (Leshner, A. 2001)

## **3.2 Antecedentes**

### **3.2.1 A nivel nacional.**

**3.2.1.1 Manuel Lagos (2016).** El siguiente estudio realizado en el departamento de Ayacucho y enfocado en los pacientes quechua

hablantes, se intentó mejorar la asistencia brindada por el personal de salud. Se expuso que la principal causa de la atención deficiente se debía a que los médicos que prestaban sus servicios en los centros de salud les hacía falta la facultad de hablar y/o entender el idioma. El fin de la investigación fue desarrollar una aplicación para celulares que permitía superar la barrera del idioma para obtener una comunicación horizontal entre el paciente y médico y así otorgar a los pacientes quechua hablantes una evaluación idónea con respecto a su estado de salud o lo avanzada que está su enfermedad.

**3.2.1.2 Karina Tineo Huanaco (2017).** En el siguiente estudio realizado en Iguain, distrito de la provincia de Huanta en Ayacucho, se quiso justificar la relación que había entre la comunicación terapéutica, sea verbal o no verbal, y la prevención de enfermedades, que, en este caso, se trataba de las IRAs (Infecciones Respiratorias Agudas) en niños menores de cinco años provenientes de madres quechua hablantes. Los resultados arrojaron que, definitivamente, las variables comunicación y prevención de enfermedades estaban relacionadas y, además, repercutían de manera positiva en la atención adecuada de las IRAs debido a que la mayoría de madres quechua hablantes tenían poco conocimiento de la enfermedad, de su tratamiento y tampoco comprendían las indicaciones asignadas por las enfermeras a cargo del diagnóstico precoz y de las charlas informativas sobre la enfermedad.

**3.2.1.3 Roberto Suárez Victoria (2011)** Este trabajo de investigación realizó en cinco distritos de la provincia de Huancayo y estudió la presencia contante de la automedicación, así como sus agentes. Los

resultados de la investigación arrojaron que la automedicación se prevalece en el 90% de las familias estudiadas, tal prevalencia se vio influenciada por factores “individuales, socioculturales, y de accesibilidad a los servicios de salud y a los medicamentos”. El 37% de los encuestados declaró haber seguido la recomendación de amigos para tomar la decisión de auto medicarse mientras que el 28% lo hizo por elección propia. El 84% de la muestra no tenía conocimiento alguno de los peligros de la automedicación, sumándole el notorio poco interés de los vendedores en informar al público sobre estos peligros.

**3.2.1.4 Julio Lopera Quiroga (2008, 2016)** El Manual de Semiología en Quechua fue un aporte del autor hacia sus demás colegas médicos. El doctor Lopera, cuando aún era un estudiante de medicina, se dio cuenta de que el idioma era importante para “aprender a convivir y comprender a los pacientes”, y que por este motivo sería ideal que la enseñanza del idioma quechua se incluya en las mallas curriculares. Llegando a esa reflexión, decidió elaborar un manual que sirve de guía para conseguir la historia clínica de pacientes quechua hablantes.

### **3.2.2 A nivel internacional.**

**3.2.2.1 Kara Brodie, Gary Abel, Jenny Burt (2015)** La investigación intentó probar si el idioma hablado en casa afectaba la relación entre etnicidad y la comunicación médico-paciente, teniendo como público a pacientes de Asia meridional y británicos. La investigación tomó como base un estudio realizado en el Reino Unido y demostraba la poca práctica de cuidados primarios en pacientes de Asia meridional y que éstos tenían las puntuaciones más bajas en cuanto a comunicación con

el médico. La investigación concluyó que dichos pacientes tenían una menor puntuación que los pacientes británicos en cuanto a comunicación médico-paciente y esta diferencia se debía en gran medida al lenguaje.

**3.2.2.2 Kerstin Michalski, Nabeel Farhan, Edith Motschall, Werner Vach, Martin Boeker (2017)** El siguiente estudio se centró en el incremento del número de médicos graduados internacionales (IMG – International Medical Graduates), quienes se forman para trabajar en un país diferente que su país de origen o preparación, que migran a países occidentales. Uno de los objetivos de la investigación era detallar las áreas interculturales de comunicación más frecuentemente reportadas de los IMGs. Al término de la investigación se concluyó que los IMGs requerían de un mejor entrenamiento en asuntos relacionados y no relacionados a la cultura. Se lograron localizar problemas interculturales como la falta de familiarización de los IMGs con los de menor jerarquía y la toma de decisiones compartida en el sistema del cuidado de la salud en general. Sumando a lo anterior, los IMGs consideran que la educación médica en su país de origen tenía una orientación científica, dejando de lado el enfoque psicosocial.

**3.2.2.3 Carolina Vargas, Martha Alzate, Lucero López, Vilma Velásquez (2017)** El objetivo de la siguiente investigación era identificar las consecuencias de un programa de visita a domicilio sobre el grado de dolor personas de la tercera edad con alguna discapacidad y en estado de pobreza, tal programa se adaptó culturalmente para los habitantes de Cáqueza-Cundinamarca. La muestra consistía en 34

pobladores de dicha comunidad mayores de 60 años con carencias físicas o visuales, los cuales recibieron un tratamiento para el dolor que no sólo consistía en medicamentos, sino que se agregó medicina alternativa. En la investigación se concluyó que “Latinoamérica requiere de profesionales culturalmente sensibles a las expresiones y percepciones de dolor” y de esta manera evaluar las probabilidades de uso de “propuestas provenientes del saber cultural”

**3.2.2.4 Vacas, E., Castella, I., Sánchez, M., Pujol, A., Pallarés, M., Balagué, M. (2008)** Los objetivos del siguiente estudio realizado en España son: Medir el grado de prevalencia de la automedicación en personas de la tercera edad y puntualizar las características de la automedicación. El público analizado fueron 240 pacientes de 75 años a más. En los resultados se aprecia que el 31,2% acudía frecuentemente a la automedicación, dentro del cual el 22,9% se auto medicaba con fármacos y el otro 15,4% con plantas medicinales.

## **CAPITULO IV**

### **4.1 Estructura del proyecto.**

#### 4.1.1 Moodboard

El concepto del proyecto es conexión. El público objetivo (licenciadas y practicantes en enfermería) tiene la capacidad de servir de vínculo entre el paciente y los demás miembros del hospital, ya que el público objetivo es uno de los actores dentro del problema que pasa mayor tiempo con los pacientes. Así mismo, se crean buenas relaciones entre pacientes y el personal de salud. El hablar el mismo idioma que los pacientes, las licenciadas y practicantes de enfermería entablarán una relación de confianza.

### **4.2. Nombre del proyecto fundamentación conceptual.**

“Inspirina, conecta y salva vidas”. El nombre del proyecto se formó según los siguientes criterios, los cuales tienen como base al público objetivo: su profesión, una molestia, un deseo, y una intensión.

El público objetivo, son las licenciadas en enfermería, así como las residentes y/o practicantes; como personal de salud que está en contacto constante con medicamentos, se pensó que sería oportuno que el nombre del proyecto tuviera una pronunciación similar a alguno de estos. Esta idea se refuerza si pensamos en el estrés y la tensión constante que es parte de su trabajo (la molestia); al tener un tiempo limitado de descanso - almuerzo, acuden a una pastilla o a tomar aire por un momento (el deseo). Por otro lado, tienen (por vocación) el deber de velar por la salud del paciente y este proyecto tiene como propósito el que la comunicación entre pacientes como personal de salud tenga

una mejoría ya que, de esta manera, se podrá trabajar mejor en el tratamiento del paciente.

De acuerdo a las aclaraciones anteriores, el nombre del proyecto toma el nombre de un medicamento conocido que es la aspirina, y se une con la palabra “inspira”, mientras que, en el descriptor, se desarrolla la intención del proyecto.

### **4.3 Fundamentación del proyecto**

El proyecto consiste en identificar al personal de salud que entienda y hable quechua y que además esté dispuesto a colaborar con el proyecto. Además, se desarrollarán piezas que apoyen al mantenimiento del proyecto como: la app, la cual tendrá información sobre medicina natural y, además, se podrá acceder a la información de las demás piezas; el mapa, el cual ayuda a ubicar a los voluntarios. Considerando un escenario en donde el personal se encuentre en distintas áreas o no esté de turno, se pensó en el mapa, el cual, tenga la información necesaria para que el personal o los mismos pacientes y familiares pueden encontrarlo y así colaborar con su atención; afiches informativos, con los cuales se tratará de enseñar palabras en quechua que sean útiles en el campo laboral, cartillas de comunicación, las cuales tienen como objetivo ayudar a explicar o informar a los pacientes algunas de las acciones comunes que el personal realiza en ellos, y a que los pacientes expresen ciertas acciones que desean realizar.

Como se ha explicado anteriormente, la relación entre el paciente y el personal de salud es importante ya que influye en el proceso de recuperación del

paciente, es por eso que la comunicación entre estos dos actores es importante. Las piezas del proyecto se desarrollaron con esa intención. El hecho de que un paciente quechua hablante sea atendido por personal que lo entienda, le da mayor confianza y lo ayuda a entender mejor el tratamiento, es por eso que se busca identificar al personal con esa capacidad. De esta manera, se puede reducir el número de pacientes que considera que no es necesario acudir a un centro de salud o que se auto medique.

Por último, la única pieza de uso exclusivo del personal voluntario, serán los pines, los cuales tienen como función diferenciarlos como personal quechua hablante. Las demás piezas, al estar al alcance de los demás miembros del personal, los invitará de alguna a participar del proyecto, y se espera que en algún momento tomen interés por el idioma o lo valoren, es decir, el proyecto tiene en un principio trabajar con el personal de enfermería, pero, aspira a que el personal de medicina, técnicos, asistentes sociales, entre otros, participen.

#### **4.4 Público Objetivo**

##### 4.4.1 Actores involucrados

Pacientes quechua hablantes. - Hombres y mujeres mayores de 60 años, son derivados desde otros centros de salud de la capital o provincia. Algunos pacientes presentan problemas auditivos propios de la edad, lo que dificulta más la comunicación con el personal de salud a pesar de calificar con un 15 en la escala de coma de Glasgow.

Personal de medicina. - Hombres y mujeres con diferentes rangos y especialidades en medicina. Se encargan de diagnosticar y brindar un

tratamiento temporal al paciente hasta que deciden cuál es el procedimiento final a realizar. No están en constante vigilancia del paciente como lo hace el personal de enfermería ya que suelen encargarse de tratar a un paciente a la vez lo más rápido posible debido al gran número de pacientes en espera. En los cambios de turno dan reportes a los colegas que asumen el relevo.

Personal de enfermería. - Hombres y mujeres encargados de vigilar el estado de salud de los pacientes y de aplicar los tratamientos que pre escribe el doctor además de revisar y actualizar las historias clínicas de los pacientes mientras esperan ser derivados a alguna de las áreas en donde serán atendidos. Al igual que los médicos, dan un reporte a sus colegas del siguiente turno.

Personal técnico en enfermería. - Hombres y mujeres encargados del traslado a camilla y la higiene de los pacientes.

Familiares. -Hijos o nietos de los pacientes, son mediadores entre el paciente y el médico ya que comprenden y hablan el idioma quechua. No se les permite permanecer junto al paciente durante su estadía dentro del área de emergencia, sino que esperan a ser llamados por el personal.

Asistente social. - Inscriben a los pacientes en algún programa de salud (SIS) en caso de que éste no cuente con ninguno. Tienen poco contacto directo con los pacientes, en caso de tratar con pacientes quechua hablantes, buscan a un familiar o a alguien entre el personal que hable el idioma.

Jefes de área. - Se encargan de administrar los horarios del personal a su cargo, no están en contacto directo con los pacientes.

Farmacéutico. - Encargado de disponer los medicamentos a los pacientes.

#### 4.4.2 Fundamentación del público

El público objetivo elegido para este proyecto son mujeres que trabajan en el área de enfermería debido al contacto frecuente que mantienen con el paciente, a diferencia de los demás actores involucrados esta investigación. Dentro de esta área el nivel socio económico es variado ya que se puede encontrar personal contratado, que cuenta con un sueldo fijo, así como estudiantes, esta diversidad se puede hallar también en el rango de edad y procedencia, es por eso que este proyecto se enfoca principalmente en otros aspectos, como el perfil como profesional (el cual se debe de mostrar humanitario, servicial); en cuanto a nivel cultural, el profesional debe demostrar que pone en valor el idioma quechua y que además lo pueda usar, y, además del idioma, que entienda y respete las diferencias entre las costumbres que puedan tener los pacientes quechua hablantes.

Los factores comunes que comparten estos profesionales se pueden encontrar en el estilo de vida. Al trabajar con vidas humanas, la presión y el estrés están presentes frecuentemente en su rutina, además cuentan con turnos nocturnos y los domingos y feriados son laborales, debido a esto algunos disponen de poco tiempo de calidad con su familia.

## **CAPITULO V**

### **5.1 Análisis del diseño**

#### 5.1.1 Sintaxis

La tipografía alude y se asemeja a las marcas de medicamentos y así se refuerza la intención de la palabra. Se complementa además con dos globos de dialogo sobre cada punto de las “íes”, lo cual hace referencia a la acción de comunicación. La palabra “Inspirina” hace referencia a los nombres de medicamentos, además de la acción de inspirar y respirar.

En cuanto a la paleta de colores, se usaron 3 colores, azul oscuro, relacionado a la calma y confianza que se desea transmitir, amarillo ámbar y naranja rojizo, estos dos últimos colores aportan calidez.

#### 5.1.2 Pragmatismo

La tipografía utilizada es familiar para el público objetivo, por otro lado, los colores cumplen con la función de crear un punto focal, ya que difieren estéticamente con las demás alrededor del hospital, de esta manera se capta la atención del público objetivo.

#### 5.1.3 Estética

El azul, el cual predomina en la composición, le da peso a la composición, así como la tipografía, la cual es bold y le da fuerza. Los puntos de color ámbar y los globos de dialogo naranja rojizo brindan un contraste, de esta manera se equilibra la composición.

#### 5.1.4 Simbología

El tono de azul utilizado transmite calma, además de que es un tono adecuado que transmite seriedad y elegancia, adecuado para un entorno académico serio. Mientras los tonos ámbar y naranja rojizo, le dan la calidez propia de las relaciones interpersonales, además, se relacionan con la alegría y la energía.

### **5.2 Diseño de la metodología**

En el proyecto se trabajarán con intérpretes que se encargarán de la traducción de las piezas al quechua. Las licenciadas en enfermería, así como las practicantes y/o residentes serán el público objetivo de este proyecto ya que, estos profesionales – como también los profesionales en medicina – opinan que la comunicación con el paciente es uno de los factores que define la fortaleza de la relación con ellos, y a su vez, una buena relación con el paciente influye en el éxito y cumplimiento del tratamiento y para ello se necesita de confianza.

Las piezas cumplen con los siguientes propósitos: el afiche de convocatoria invita al personal a que sea voluntario del proyecto, el pin ayuda a diferenciar al personal quechua hablante voluntario, el mapa en motion graphics ayuda a encontrar a dicho personal dentro del hospital e informa si el voluntario está en un turno disponible, los afiches de información ayudan a que el personal que no hable o entienda quechua se acerque a este idioma y que aprenda algunas expresiones, las cartillas de comunicación también estarán disponible para todo el personal ya que se colocará en un lugar cercano a las historia en caso de que ninguna voluntaria del proyecto no se encuentre disponible, de esta

manera, no solo el personal de enfermería podrá aprender y entrar en contacto con el idioma quechua, si no que se incluirá al personal de medicina, el personal técnico, entre otros, a su vez, la aplicación tendrá guías de cuestionarios en quechua, el mapa de ubicación de las voluntarias y material informativo sobre medicina alternativa.

### **5.3 Implementación del proyecto**

#### 5.3.1 Etapa - 1. Implementación

Se colocará afiches de convocatoria en áreas comunes como los comedores, vestuarios y baños anunciando el día y lugar de la encuesta, de esta manera se invita a que las licenciadas y practicantes de enfermería participen.

Las communication boards son cartillas en donde se sintetizarán acciones frecuentes realizadas por el personal de enfermería, tales como, aplicación de inyectables, medición de la temperatura, cambio de atuendo; además se tendrá en cuenta las costumbres de los pacientes al momento de realizar las síntesis. Las cartillas contarán con descripciones tanto en español como en quechua, de esta manera, se trabajará con el problema de comunicación intercultural. Estas cartillas podrán ser usadas por las colaboradoras y el personal en general.

A las licenciadas y practicantes de enfermería se les entregará un pin con el cual se identificarán como colaboradoras. Ellas cederán voluntariamente su aprobación para ser partícipe del proyecto además de información sobre sus turnos de trabajo. Tal información se verá reflejada en una pantalla, en la cual se pondrá un mapa en motion graphics con la ubicación de cada colaboradora y se actualizará mensualmente.

El mapa mencionado anteriormente, se adaptará también a una opción para móviles, ya que estará dentro de una app, la cual contará además con una sección de quechua médico, donde se proporcionarán preguntas traducidas del español al quechua. Las preguntas que se mostrarán en la aplicación, serán previamente aprobadas por el jefe del servicio de enfermería. Se tendrá en cuenta incluir preguntas que se realicen frecuentemente hacia el paciente. Se necesitará de permisos para las siguientes acciones:

- Permisos para recolectar información del personal
- Permiso para disponer de un espacio dentro o fuera
- Permiso para instalar proyector/pantalla
- Permiso para realizar la actividad

Además de la aprobación del material por el jefe del servicio y la directora del hospital

El merchandising constará bolsitas con plantas medicinales, cada bolsita tendrá una descripción la cual indique su nombre y su uso medicinal, de esta manera, se informará sobre la medicina natural y se promoverá el valor de esta misma. Además de un del desinfectante para manos, que les será útil en su labor y un frasco con esencias de plantas aromáticas.

### 5.3.2 Etapa - 2. Actividad

Día 1 – Se colocará en los espacios comunes (comedores, vestuarios y baños) los afiches de convocatoria por un periodo de entre 3 – 5 días.

Día 2 – Después de realizada la convocatoria, se realizará la encuesta al personal de enfermería; para esto, se les esperará cerca del lugar donde marcan su ingreso y salida. Se les entregará el merchandising después de

realizada la encuesta al personal que acepte colaborar y a todos los que se muestren interesados y se acerquen a recibir información, pero, sólo al que preste su ayuda se le entregará un pin que lo diferenciará como persona que entiende y habla quechua. Se le pedirá al personal que lleve el pin durante sus turnos. La encuesta se realizará durante entre 1 a 3 días, de esta manera se cubrirá los turnos del personal. Con el administrador del personal, se reunirá la información acerca de su ubicación, con esta data se completará el mapa en motion graphics. A su vez, se promoverá por la pantalla del comedor el uso de la app del proyecto.

Día 3 –Se distribuirá las cartillas en junto a cada escritorio o espacio designado a enfermería, para esto se considerará además la ubicación de las historias de modo que ambas estén próximas. Así mismo, se reemplazarán los afiches de convocatoria por los afiches de informativos y se proyectará el mapa en motion graphics con la información completa.

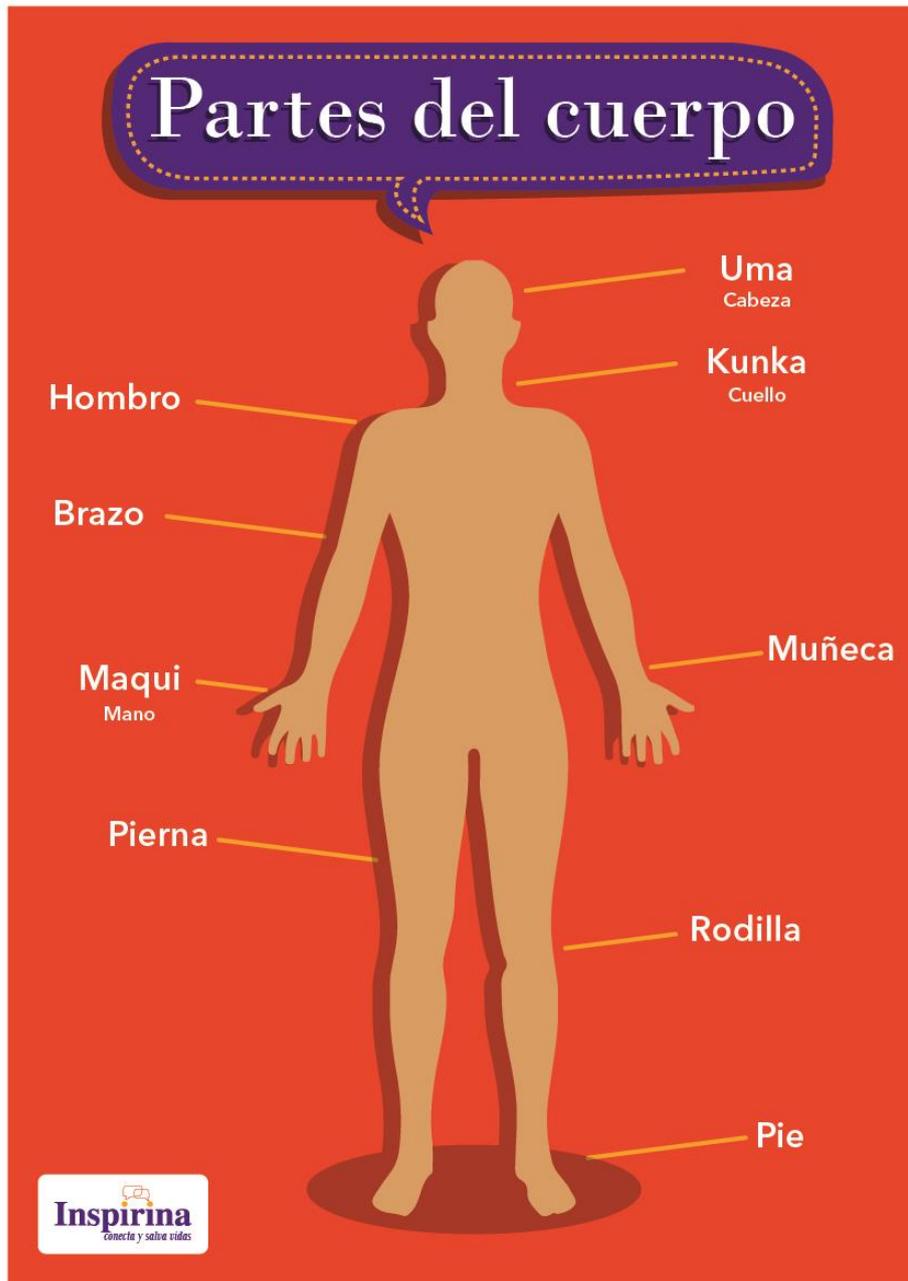
### 5.3.3 Etapa - 3. Mantenimiento

El mapa de ubicación de colaboradoras se actualizará mensualmente para poder ubicar al personal disponible y no dejar muchos vacíos en los turnos.

Los afiches de convocatoria e invitación colocados en las áreas comunes (comedor, baños y vestidores) se reemplazarán por afiches informativos más pequeños, en donde se mostrará acciones frecuentes realizadas durante su labor, con su respectiva traducción al quechua.

En el área del comedor, se reproducirá un video que promueva el uso de la app y de las cartillas, además del mapa de ubicación de las colaboradoras.

Las cartillas serán adjuntadas a las historias de los pacientes, de tal manera que se colocarán en la parte trasera de las historias que son, las cuales son de metal. Las cartillas se pondrán en un organizador, junto al lugar donde se colocan los papeles de las historias.



Afiche  
Informativo



Logo

¿Sabes  
Quechua?

¡Allillanchu!  
Licenciadas, practicantes y residentes  
de enfermería

INSCRÍBETE  
05  
DE MARZO  
PUERTA 4

Inspirina  
Conecta y salva vidas

Afiche  
Convocatoria

---

¿Imaynalla?

Pin

---



## Cartilla

 <p>Manan No</p>  <p>Ari Sí</p>	 <p>Te voy a inyectar <i>Churasjayki inyeccionta</i></p>	 <p>Te pondré una bata <i>Churakuy bataikita</i></p>	 <p>Mikuna <i>Comida</i></p>
	 <p>¿Tiene fiebre? <i>Rupashkankichu</i></p>	 <p>Suba a la cama <i>Camaman qispi</i></p>	 <p>Yaku <i>Agua</i></p>
	 <p>Deme su brazo para ver su presión <i>Apamuy mojlleykita presion k'jawanaypak</i></p>	 <p>Voy a revisar su corazón <i>Sonkoykita k'jawasac imayna kaskantat</i></p>	 <p>Qisjuj <i>Baño</i></p>

**Inspirina**  
Conecta y salva vidas

## Mapa



**Lic. Rosa Zegarra**

Traumatología

Dermatología

Medicina General

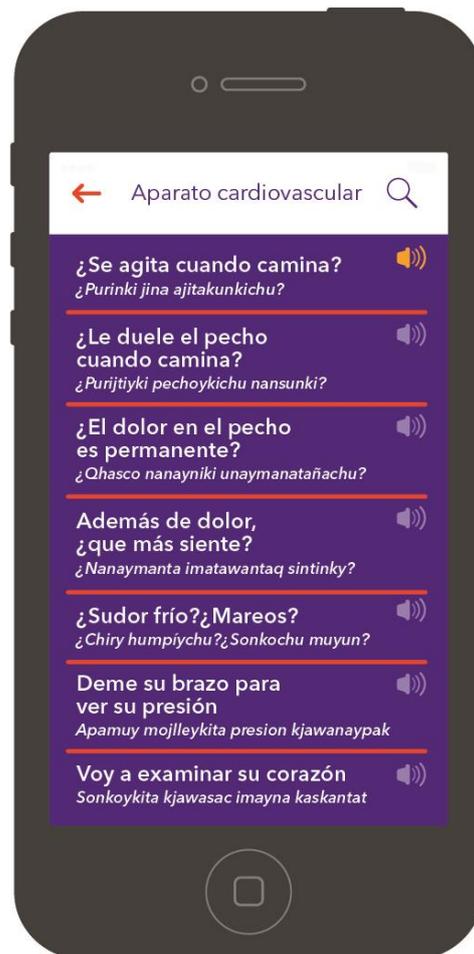
Cirujía

**Inspirina**  
Conecta y salva vidas





Aplicación





## Merchandising

---



Hojas aromáticas



Esencia



Gel desinfectante

## Referencias

- Adicción.co. Adicción a los medicamentos recetados - Tratamiento, Causas y Efectos. Recuperado de: <https://www.adiccion.co/adiccion-a-los-medicamentos-recetados.html>
- Alarcón, A., Neira, J. & Vidal, A. (2003) Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista médica de Chile vol 131. No.9. Santiago.
- Alertan sobre los riesgos de automedicación. (2013, 27 de diciembre). Notimex. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/1471036394?accountid=43847>
- Alsina, M. R. (1999). La comunicación intercultural (Vol. 22). Anthropos Editorial. 10-12
- Amanaya, L. (2015, 14 de noviembre) Perú: ¿País de bilingües? Recuperado de: <http://www.gfk.com/es-pe/insights/press-release/peru-pais-de-bilinguees/>
- Delegación del MINSA compartirá en Chile experiencias a favor de pueblos indígenas. (2009 8 de marzo). Andina. Recuperado de: <http://andina.pe/agencia/noticia.aspx?id=221886>
- Arce, L., Toro, C., Melgarejo, A., & Taype, A. (2017). Enseñanza de idiomas en escuelas de medicina humana de Perú. Revista de la Facultad de Medicina, 65(4), 583-588.
- Automedicación es más frecuente en niños y ancianos, dicen expertos. (2015, Feb 07). Notimex. Recuperado de

<https://search.proquest.com/docview/1652187186?accountid=43847>

Ballantyne, J. C., & Stannard, C. (2013) Nuevos criterios de adicción: persisten los desafíos de diagnóstico en el tratamiento del dolor con opioides. *Diagnóstico*, 11(1).

Bernalte, A. (2005). Consideraciones farmacológicas y criterios de elección de analgésicos en el paciente geriátrico. *El Farmaceutico Hospitales*, (168), 14-18. Retrieved from

<https://search.proquest.com/docview/225061587?accountid=43847>

Boggio, M. (2008). Automedicación en el adulto mayor. *Portales Médicos [en línea]*. Recuperado de:

<https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1558/4/Automedicacion-en-el-adulto-mayor>

Brocal, N. (2012, 07 de mayo). El boticario, de vendedor a aliado. *Correo Farmacéutico* Recuperado de:

<https://search.proquest.com/docview/1011115155?accountid=43847>

Brodie, K., Abel, G., Burt, J. (2016) Language spoken at home and the association between ethnicity and doctor–patient communication in primary care: analysis of survey data for South Asian and White British patients. *BMJ Open*;6:e010042. doi:10.1136/bmjopen-2015010042.

Consultando (2017, 21 de marzo). SERUMS. Recuperado de: <https://brfilm.net/v-serums-cSchyJdHKFM.html> - CONSULTANDO - 21 MAR. 2017

Costa, F., Sánchez, A., Hidalgo, N., Gutiérrez, C. & Ruiz, R. (2018) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor (informe N.º1) Lima.

Chirinos, A. (1998). Las lenguas indígenas peruanas más allá del 2000. *Revista*

- Andina, 32, 453-80.
- Díaz, N., Payán, M., & Pérez-, A. (2014). Aproximación psicológica al comportamiento de automedicación. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(1).
- Dreser, A., Leyba, R.&Wirtz, V. (2009) El debate sobre la automedicación. *Salud pública de México*. Vol 51, No. 3.
- Duaso, E., & López-Soto, A. (2009). Valoración del paciente frágil en urgencias. *Emergencias*, 21, 362-369.
- Eadie, K., Carlyon, M., Stephens, J., B.Nur, D., y Wilson, M. (2013). Communicating in the pre-hospital emergency environment. *Australian Health Review*, 37(2), 1-6. Recuperado de:  
<https://search.proquest.com/docview/1537589124?accountid=43847>
- EcuRed. Comunicación. Recuperado de:  
<https://www.ecured.cu/Comunicaci%C3%B3n>
- Elers, Y., Lamadrid, G., & del Pilar, M. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4), 0-0.
- Intoxicación y empeoramiento de enfermedades entre riesgos de automedicación. (2018 14 de febrero) *El Universo*. Recuperado de:  
<https://www.eluniverso.com/vida/2018/02/14/nota/6623944/inoxicacion-empeoramiento-enfermedades-riesgos-automedicacion>
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 13.
- Fernández Fernández, M., & Fernández-Alameda, C. (2013). Hacia un nuevo modelo mundial de comunicación intercultural. *methaodos*. *Revista de*

ciencias sociales, 1(1).

Fernández, G. (2004). Salud e interculturalidad en América Latina.

Perspectivas antropológicas. Quito: Ediciones Abya-Yala.

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157.

García, L. (2002). Determinantes de la automedicación en el Perú. *Economía*, 25(49), 121-164.

Gherardi, C. R. (2005, Agosto 10). El frágil vínculo entre la medicina y la sociedad. *La Nación*. Recuperado de:

<https://search.proquest.com/docview/335143846?accountid=43847>

González, M. G. R., Villafuerte, B. E. P., & Llerenas, A. Á. (2012).

Medicamentos para adultos mayores: percepciones y adquisición en farmacias privadas de Morelos, México. *Revista Chilena de Salud Pública*, 16(2), p-146.

Grimson, A. (2001). *Interculturalidad y comunicación* (Vol. 7). Editorial Norma.

Guillén, J. (2017, 01 de mayo). La comunicación con la farmacia sigue fallando.

Correo Farmacéutico Recuperado de

<https://search.proquest.com/docview/1893418620?accountid=43847>

Herrera, J. (2012, 12 de noviembre). Hacia una farmacia antienviejecimiento.

Correo Farmacéutico Recuperado de:

<https://search.proquest.com/docview/1150958919?accountid=43847>

Jaime, M. (2017, 13 de enero). Detallan los riesgos de automedicación. *Mural*.

Recuperado de:

<https://search.proquest.com/docview/1858095124?accountid=43847>

Kahn, J. H., & Magauran Jr, B. G. (2016). Current trends in geriatric emergency medicine. *Geriatric Emergencies, An Issue of Emergency Medicine Clinics of North America*, E-Book, 34(3).

Kregar, G. & Filinger, E. (2005) ¿Qué se entiende por automedicación? *Acta farmacéutica bonarense* vol.24 No. 1

La resistencia a los antibióticos causa 25.000 muertes cada año en europa.

(2013, Nov 06). EFE News Service Recuperado de:

<https://search.proquest.com/docview/1448856530?accountid=43847>

Llanos, L., Contreras, C., Mayca, J., Lecca, L., Reyes, R. & Peinado, J. (2001). Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Revista Médica Herediana*, 12(4), 127-133.

Leshner, A.(2001). Medicamentos de prescripción. Abuso y adicción. *Revista de las Adicciones*.

Ley No. 29414 Sobre los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. (2015) *Diario Oficial El Peruano*.

Ley No. 29735 Sobre el uso, preservación, desarrollo, recuperación, fomento y difusión de las lenguas originarias del Perú. (2016) *Diario Oficial El Peruano*.

Lopera, J. (2008, 2016). *Manual de Semiología en Quechua*. Lima. Impresión Arte Perú S.A.C.

López, E., Vargas, R. (2002). IARIA, P. La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. *Rev Enferm IMSS*, 10(2), 93-102.

Mar, M. (2013, 03 de junio). 'Marketing' relacional: Cómo crecer buscando el contacto con el paciente. *Correo Farmacéutico* Recuperado de:

<https://search.proquest.com/docview/1357402059?accountid=43847>

- Marrero, J. (2002). Interacciones medicamentosas de los antiulcerosos. *Emergencias*, 14, S14-S8.
- Martín, F., Fernández, C. & Merino, C. (2010). El paciente geriátrico en urgencias. En *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 33, pp. 163-172). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Martínez, L. (2013) Percepción de la automedicación con antibióticos en los usuarios externos de un hospital público en Lima.
- Matos, J. (1986). Desborde popular y crisis del Estado: el nuevo rostro del Perú en la década de 1980. IEP.
- Mejía, M (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index de Enfermería*, 15(54), 48-52.
- Mendes, J., Maftum, M., Lacerda, M., Mantovani, M. & Rodríguez, R.(2009). Nursing care to elderly in the intensive care unit: Qualitative exploratory research. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 8(2) Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20092383>
- Mendoza, J., Sáenz, F., & Malagón, A.. (2009). Pre medicación, factor de retraso en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda. *Cirujano General*, 31(2-2009), 105-109.
- Menéndez, E. (1981). La automedicación y los medios de comunicación masiva. *Cuadernos Médico Sociales*, 15, 1-9.
- Michalski, K., Farhan, N., Motschall, E., Vach, W., Boeker, M. (2017) Dealing with foreigncultural paradigms: A systematic review on intercultural challenges of international medical graduates. *PLoS ONE* 12(7):e0181330.<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181330>
- Ministerio de Cultura. BDPI (2016) Quechua. Obtenido en 10/28/2016 - 12:12.

Recuperado de: <http://bdpi.cultura.gob.pe/lengua/quechua-0>

Ministerio de Cultura. (2018). I Encuesta sobre Percepciones y Actitudes sobre Diversidad Cultural y Discriminación Étnico-Racial.

Ministerio de Salud. (2010) Recuperado de:

<http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2010/default.asp>

Ministerio de Salud (2010) Recuperado de:

[http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2010/p\\_frecuentes.asp](http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2010/p_frecuentes.asp)

Ministerio de Salud (2014) Diálogo intercultural en salud. Documento Técnico

Muñoz, D., Ríos, G., Villalva, C., & Muñoz, S. (2004). Factores asociados al diagnóstico tardío de pacientes con tuberculosis pulmonar en Lima Este, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 20(1), 18-22.

Olmo, M. (2014). Automedicación y Abuso de fármacos en la Tercera edad a propósito de un caso clínico.

Oscana, T. (2004, Junio). Interacción medicamentosa en Geriátrica. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 65, No. 2, pp. 119-126). UNMSM. Facultad de Medicina

Pallardo, B., Santa, P., & Ribera, J. (2001, Enero). Importancia de la asistencia urgente en el paciente anciano. En *Anales de Medicina Interna* (Vol. 18, No. 1, pp. 5-8). Arán Ediciones, SL

Prado, E. (11 de septiembre 2014) El SERUM: un viaje a la realidad de los médicos jóvenes. Publicado en: <https://ojoblindado.lamula.pe/>

Pérez, C. Masa magra y masa grasa. Recuperado de:

<https://www.natursan.net/masa-magra-y-masa-grasa/>

Pérez, V. Órgano diana. Recuperado de: <https://www.onsalus.com/definicion->

de-organo-diana-18585.html

Piñero, E. (2015) Educación médica para la inclusión intercultural desde un estudio de caso entre los Mbyá-guaraní. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 29(4), 824-831.

Pontificia Universidad Católica. (2017) Política del multilingüismo en dos regiones con mayorías quechua hablantes: Informe de investigación (informe N° 41) Lima.

Quechuahablantes son atendidos en su lengua materna en hospital Loayza. (2013 31 de julio) *La República*. Recuperado de:  
<https://larepublica.pe/sociedad/728607-quechuahablantes-son-atendidos-en-su-lengua-materna-en-hospital-loayza>

Rajs, S. (2017). Aportes para la comunicación en salud intercultural: la coproducción de conocimiento en diabetes. *Revista De Comunicação Y Salud*, 7187-198.

Recalde, J, Zunzunegui, M., & Beland, F. (1998). Interacciones entre medicamentos prescritos en la población mayor de 65 años. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 22(7), 434-439.

Ribeiro, P., Marques, R., & Ribeiro, M. P. (2017). Geriatric care: Ways and means of providing comfort. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 70(4), 830-837. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0636>

Rivera, C. 2006 (03 de marzo) El quechua y sus hablantes: En la Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de :  
<http://blog.pucp.edu.pe/blog/runasiminet/2006/04/03/el-quechua-en-la-pucp/>

Roa, J., Uribe, C., Pardo, J., Delgado, O.(1996). Intoxicaciones por medicamentos. *Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia*, 39-43

Román, P., Del Mar, M., García, A., Román, F., Rubio, S. & Algarte, A. (2015).

Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante.

Revista Española De Comunicacion En Salud, 6(2), 204-212.

Salazar, A., Carrascal, V., Benjumea, D., & Amariles, P. (2012). Clinical

pharmacy, pharmaceutical care:: concepts, philosophy, professional practice

and its application to the colombian context/farmacia clínica, atención

farmacéutica:: conceptos, filosofía, práctica profesional y su aplicación en el

contexto COLOMBIANO. Vitae, 19(1), 109-129. Recuperado de:

<https://search.proquest.com/docview/1240258437?accountid=43847>

Salud en riesgo por deficiente formación de nuevos médicos. (2017 12 de

marzo) La República. Recuperado de:

<https://larepublica.pe/sociedad/1022563-salud-en-riesgo-por-deficiente->

[formacion-de-nuevos-medicos](https://larepublica.pe/sociedad/1022563-salud-en-riesgo-por-deficiente-formacion-de-nuevos-medicos)

Sánchez, J. (2017). The communicative dimension in medical training: A

proposal to strengthen the doctor-patient relationship. Revista De La

Facultad De Medicina, 65(4), 641-648.

doi:<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n4.59892>

Seva, I., Flores, M., & Martinez, F. (2014). Automedicación previa a la

indicación farmacéutica en gripe o resfriado/self-medication before

pharmaceutical prescribing in flu or cold. Vitae, 21(1), 30-37. Recuperado de:

<https://search.proquest.com/docview/1524710264?accountid=43847>

Sin freno y preocupante problema de automedicación en México. (2014, Jun

14). Notimex Recuperado de:

<https://search.proquest.com/docview/1535509255?accountid=43847>

Suárez, G. (2012, 29 de octubre). Hablar con el mayor es emplear el lenguaje

- de un niño, pero no el tono. Correo Farmacéutico. Recuperado de:  
<https://search.proquest.com/docview/1115472153?accountid=43847>
- Tapia, R., Cravioto, P., Borges, S. A., & Rosa, B. D. L. (1996). Consumo de drogas médicas en población de 60 a 65 años en México. Encuesta Nacional de Adicciones 1993. *Salud pública de México*, 38(6).
- Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003; 87(5):1115–145.
- Torres, M. (2014,26 de abril). Di no a la automedicación. *El Norte* Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/1519060084?accountid=43847>
- Torres, Z., Bravo, A., Arcos, M., Guapisaca, C., Hermida, D., & Salazar, G.(2018). Factores asociados a la automedicación con antibióticos, cuenca-ecuador, periodo 2017. *Archivos Venezolanos De Farmacologia y Terapéutica*, 37(1), 52-56. Recuperado de:  
<https://search.proquest.com/docview/2046025520?accountid=43847>
- Uribe, E. (1999, Mayo 22). Escuche más que su corazón. *Reforma* Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/310268117?accountid=43847>
- Vacas, E., Castella, I., Sánchez, M., Pujol, A., Pallarés, M., Balagué, M. (2008) Automedicación y ancianos. La realidad de un botiquín casero. *Atención Primaria*
- Vásquez Hidalgo, A. (2002). Relación médico paciente. *La Salud Salvadoreña*, 2(2), 4-12.
- Vargas, C., Alzate, M., López, L., & Velásquez, V. (2017). Pain in dependent elderly people: Home visit program culturally adapted to a rural population. *Revista De Salud Publica = Journal of Public Health*, 19(4), 519-526. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n4.43527>

Vega, M. (2008, 19 de octubre). Cuestionan automedicación. Reforma.

Recuperado de:

<https://search.proquest.com/docview/308123216?accountid=43847>

Villegas, C. (2017). Comunicación en el currículo médico. *Medicina UPB*, 36(1), 59-70. doi:10.18566/medupb.v36n1.a08

Zanocchi, M., Tibaldi, V., Amati, D., Francisetti, F., Martinelli, E., Gonella, M., ... & Canade, A. (2006). Adverse drug reactions as cause of visit to the emergency department: incidence, features and outcomes. *Recenti progressi in medicina*, 97(7-8), 381-388.