

SECCION DEPARTAMENTAL DE PERSONALIDAD,
EVALUACION Y TRATAMIENTO PSICOLOGICO

FACULTAD DE EDUCACION

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

MADRID



* 5 3 0 9 5 4 3 1 0 5 *

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

PERCEPCION Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN LA INFANCIA

Estudio Exploratorio Previo a un Programa de
Educación para la Salud

DOCTORANDA: Pilar Aramburuzabala

DIRECTOR: Dr. Aquilino Polaino-Lorente

TESIS DOCTORAL
1994-95

A mis padres, por su quinta
tesis doctoral, y a Luis.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo nunca se hubiera podido realizar sin la ayuda de muchas personas, a quienes estoy agradecida.

A Luis, por su apoyo sin límite y por las horas compartidas cada uno trabajando en su tesis.

A la Universidad Complutense, por la concesión de la Beca Predoctoral que hizo posible que este trabajo se llevara a cabo.

Al Dr. Aquilino Polaino-Lorente, por su apoyo, sus muchas horas de dedicación y su ejemplo constante de entusiasmo por el trabajo riguroso.

Al Dr. Emilio Sanz y al Dr. Marcelino García, de la Universidad de la Laguna. Ellos han seguido muy de cerca todas las vicisitudes de la marcha del trabajo. Trabajar a su lado ha sido una experiencia inolvidable.

A la Dra. Deanna Trakas y a todo el equipo de investigación de la Unión Europea, por haberme brindado la oportunidad de colaborar en el estudio internacional del consumo de medicamentos en la infancia.

A la Dra. Rosario Martínez y a Rafael Carballo, que me asesoraron en el análisis estadístico.

A mi amiga del alma Carmen Alba, por toda su ayuda en el terreno académico y personal. Su proximidad y estímulo me han ayudado en todo momento.

A los colegios públicos de Madrid: Miguel de Unamuno, Joaquín Costa, San Eugenio y San Isidro, y Santa María.

Al equipo de entrevistadoras: María Jose Vivas, Ana Senderos, Ana García de Castro, Pilar López y Celia Navarro.

A mis sobrinos Marta, Marina, Lucía, Ignacio y Javier, lo mejor que me pasó durante estos años y el mejor estímulo para mi trabajo.

A todos los que han colaborado en la realización de este trabajo. Gracias.

INDICE

	<u>Págs.</u>
INTRODUCCION.....	8
CAPITULO I - CONDUCTA INFANTIL Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS.....	14
1 Introducción.....	14
2 Actividad y pasividad de la conducta infantil frente al consumo de medicamentos.....	15
3 Publicidad y consumo de medicamentos en la infancia....	21
4 Actitudes hacia las medicinas.....	23
5 Salud y "Locus of Control".....	27
6 Conocimientos acerca de los medicamentos.....	29
7 Consumo de medicamentos y variables demográficas.....	30
7.1 Edad y género.....	31
7.2 Visitas al médico.....	33
7.3 Tamaño de la familia.....	33
7.4 Nivel socio-económico.....	34
8 Consumo de medicamentos en el contexto familiar.....	35
9 Almacenamiento de medicinas en el hogar.....	38
10 Medicamentos y pedagogía.....	40
CAPITULO II - FACTORES RELACIONADOS CON EL USO IRRACIONAL DE MEDICAMENTOS EN LA INFANCIA.....	42
1 Introducción.....	42
2 Número y tipo de medicamentos recetados a los niños....	44
3 Factores relacionados con el consumo irracional de medicamentos en la infancia.....	48
3.1 Inadecuado conocimiento de las medicinas por parte de los padres.....	50

3.2	Dificultades en la comprobación de la eficacia e inocuidad de los fármacos en los niños.....	53
3.3	Dificultades para la prevención por parte de los médicos y de los padres de otras consecuencias de los medicamentos en el ámbito del desarrollo y de la nutrición.....	55
3.4	El problema de las prescripciones infantiles.....	56
3.5	La supervisión del tratamiento farmacológico.....	63
3.6	El riesgo de envenenamiento por consumo de medicamentos.....	64

CAPITULO III - ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN LA INFANCIA.....66

1	<i>Introducción.....</i>	66
2	<i>La ambigüedad de una definición.....</i>	67
3	<i>El comportamiento infantil y el consumo de medicamentos: De la pasividad a la actividad.....</i>	70
4	<i>Interacción padres-niños, convicciones, expectativas y consumo de medicamentos.....</i>	76
5	<i>El papel del farmacéutico y la educación para el consumo de medicamentos.....</i>	79
6	<i>Los programas de educación y el autocuidado.....</i>	80

CAPITULO IV - ESTUDIO EMPIRICO.....83

1	<i>Introducción.....</i>	83
1.1	<i>Justificación de la investigación.....</i>	94
1.2	<i>Objetivos generales.....</i>	95
2	<i>Formulación de hipótesis.....</i>	97
3	<i>Descripción de las variables.....</i>	98
4	<i>Diseño de la investigación.....</i>	102
4.1	<i>Procedimientos.....</i>	102

4.2	Muestra y recogida de datos.....	104
4.3	Descripción de los instrumentos.....	110
4.4	Tratamiento de los datos.....	119
CAPITULO V - PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....		121
1	<i>Análisis de la información de las entrevistas.....</i>	121
1.1	Análisis de los dibujos.....	121
1.2	Análisis de las entrevistas.....	130
2	<i>Análisis descriptivo de los datos de los cuestionarios.....</i>	207
2.1	Servicios sanitarios asistenciales a que pertenece la familia.....	208
2.2	Medicamentos en el hogar.....	208
2.3	Conocimientos infantiles acerca de los medicamentos.....	213
2.4	Autonomía infantil en el uso de medicamentos.....	216
2.5	Actitudes de los niños y de sus padres respecto al uso de medicamentos.....	218
2.6	Percepción de los niños y de sus padres de la eficacia de los medicamentos.....	227
2.7	Salud infantil y "Locus of Control" de los niños y de sus padres.....	232
2.8	Información general de los padres sobre la enfermedad y el uso de medicamentos pediátricos..	235
3	Relación entre las variables del estudio y las variables de identificación.....	240
4	Contraste de las hipótesis.....	244
CAPITULO VI - RESULTADOS DEL ESTUDIO EXPLORATORIO Y SU IMPACTO EN EL DISEÑO DE PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD.....		260
1	<i>Implicaciones educativas: Educación para la salud.....</i>	260

1.1	El autocuidado, la automedicación y la educación para la salud.....	262
1.2	El desarrollo cognitivo y los programas de educación para el uso racional de medicamentos...	263
1.3	Los roles de los educadores para la salud.....	271
1.4	Estrategias para la educación en el uso racional de medicamentos.....	277
2	<i>Implicaciones para estudios futuros</i>	280
	CONCLUSIONES.....	283
	BIBLIOGRAFIA.....	290
	ANEXOS:	
A.	.....	302
B.	.....	336
C.	.....	343
D.	.....	345
E.	.....	352
F.	.....	355
G.	.....	358
H.	.....	361

INTRODUCCION

There is a tragic record of human death and suffering caused not by lack of medicines but by lack of knowledge [UNICEF]

El uso de medicamentos es una de las formas más comunes de tratamiento y prevención de enfermedades. Los niños reciben mensajes acerca de los medicamentos como parte de la información cotidiana. No sólo les administran las medicinas personas adultas, sino que ellos mismos las toman en ocasiones, observan cómo lo hacen sus familiares y están expuestos a la publicidad de estos productos.

De esta forma, todos los niños van forjando sus creencias y elaborando sus expectativas acerca de los medicamentos que han de afectar sus comportamientos futuros de uso de los fármacos.

De aquí se puede deducir la importancia de una educación temprana en el tema de la salud y el uso de medicamentos.

Los medicamentos sean cada vez más asequibles, seguros y eficaces en nuestra sociedad. Es, pues, un momento adecuado para ir más allá de estos planteamientos, y buscar el modo de resolver nuevos interrogantes. ¿Cómo se utilizan los medicamentos en los hogares? ¿Cómo perciben los niños las medicinas y su uso? ¿Qué factores intervienen en la adquisición de los conocimientos, las actitudes y la percepción infantil de la eficacia de los medicamentos?

Esta investigación tiene como finalidad aportar datos que puedan ser utilizados en la elaboración de programas de educación

para la salud infantil, dentro de los cuales se incluya el tema del uso de medicamentos. Para ello, se propone estudiar algunos de los factores relacionados con el uso de los medicamentos en la infancia tales como los conocimientos y las actitudes hacia los fármacos, así como la percepción de la eficacia de los mismos.

En la actualidad, son escasos los programas de educación sanitaria que abarquen el tratamiento farmacológico y más escasos aún los que se centran en la población infantil. Generalmente estos programas se dirigen a la población adulta y se concentran en la prevención de envenenamiento por abuso o mal uso de los fármacos. No se basan en los conocimientos y expectativas de los niños del uso de medicamentos, ni parten del contexto cultural en el que estos se desenvuelven.

La necesidad urgente de desarrollar programas de educación en el uso de medicamentos pediátricos conduce al estudio de este tema desde la perspectiva no sólo del adulto, sino también del niño. Ya no es suficiente con obtener información que provenga de los médicos y los padres. Los datos aportados por los estudios que hasta el momento se han llevado a cabo indican la necesidad de preguntar y obtener información de los propios sujetos interesados: los niños.

En el presente estudio se parte de la creencia de que los niños no son receptores pasivos de la medicación administrada por los padres, los tutores o el personal sanitario. Se considera fundamental que participen de forma activa en su tratamiento y recuperación. Si se considera que los niños son suficientemente

maduros como para tomar decisiones tales como mantenerse alejados de las drogas y de otras sustancias, ¿por qué no pueden tomar cierta responsabilidad en el uso de medicamentos?

La educación de los niños en el uso de medicamentos es una estrategia que tiene el potencial de mejorar el consumo de medicamentos en las familias y en las generaciones futuras, puesto que las actitudes y las expectativas de uso de fármacos, al igual que otras conductas relacionadas con la salud, comienzan a desarrollarse en la infancia y afectan los comportamientos futuros.

Por ello, es esencial dirigir la educación hacia la población infantil. Si la sociedad plantea el uso racional -es decir, eficaz y sin riesgo- de medicamentos como un objetivo, y las actitudes y las creencias acerca de este tema comienzan a desarrollarse en la infancia, ¿no es lógico que se enseñe a los niños cómo utilizar los medicamentos de forma racional?

Dada la escasa información relativa al uso de medicamentos en la infancia desde el punto de vista psico-social y educativo se optó por diseñar un estudio de tipo exploratorio en el que se combinan métodos cuantitativos y cualitativos. Este estudio se centra en la identificación de factores relacionados con el uso infantil de medicamentos, para lo cual se aúnan técnicas estadísticas y observacionales.

La mayor riqueza de este trabajo se encuentra en el hecho de valorar a los niños como sujetos capaces de proveer información acerca de la salud, el tratamiento de enfermedades y el uso de medicamentos.

Este trabajo no se llevó a cabo de forma aislada, sino que forma parte de un estudio más amplio realizado en nueve países europeos y Estados Unidos. Dicha investigación fue financiada por *The Concerted Action Committee on Health Services Research (COMAC/HSR)* de la Comunidad Europea (actualmente, Agencia BIOMED de la Unión Europea) a través de la ayuda MR4*-0319-GR. En el estudio de la Unión Europea se lleva a cabo una comparación, entre los países, de las diferencias y similitudes en las conductas de uso y las percepciones infantiles de los medicamentos dentro de un contexto cultural.

Durante la fase preparatoria de la investigación internacional se publicó el libro *Studying Childhood and Medicine Use. A multidisciplinary Approach* (Trakas y Sanz, Eds.; ZHTA, 1992). Los resultados de la investigación se presentan en el informe final y en dos libros: *Children, Medicines and Culture* (Bush, Trakas, Sanz, Wirsing, Vaskilampi y Prout, Eds.; Haworth, en prensa) y *Childhood and Medicine Use in Cross-Cultural Perspective. An European Concerted Action* (Trakas y Sanz, Eds.; The Office for Official Publications of the European Community, en prensa).

En España, el estudio se llevó a cabo en dos ciudades (Madrid y Tenerife). El trabajo de coordinación entre los dos enclaves estuvo financiado por la Ayuda a la Investigación del Programa Sectorial de Promoción General del Conocimiento/Ayudas del Fondo de Investigación Sanitaria para Proyectos Coordinados en el Área de Biomedicina y Ciencias de la Salud.

La primera parte del trabajo que a continuación se expone está

compuesta de tres capítulos en los que se analizan los estudios previos relacionados con el consumo infantil de medicamentos, tanto desde la perspectiva biomédica como desde el punto de vista cultural y psico-educativo. En el primer capítulo, **Conducta Infantil y Consumo de Medicamentos**, se presenta información de otros estudios acerca de las variables que son objeto de la presente investigación, entre las que se encuentran los conocimientos y las actitudes infantiles con respecto al uso de medicamentos. Además, se analiza la relación entre determinadas variables socio-demográficas y el consumo de fármacos. Estos datos se consideran de interés para los educadores sanitarios que no sólo pretendan evitar el uso irracional de medicamentos, sino que se planteen formar individuos responsables de su propia salud.

En el segundo capítulo se exponen los principales **Factores Relacionados con el Uso Irracional de Medicamentos en la Infancia**. Este apartado se centra en aspectos "estructurales" tales como el problema de la prescripción infantil y el riesgo de envenenamiento con fármacos pediátricos. Estos son los factores más estudiados hasta el momento, quizás porque presentan una perspectiva más clínica y por lo tanto ha sido objeto de estudio por parte de los profesionales de la medicina. En este capítulo se pretende enfatizar la idea de que los posibles abusos de los medicamentos no se pueden evitar si no hay una educación previa en la que el personal pedagógico-sanitario debería jugar un papel esencial.

Esta primera parte finaliza con el capítulo tres, **Estrategias de Autocuidado y Consumo de Medicamentos en la Infancia**, en el que

analiza el tema del autocuidado y la automedicación desde la perspectiva del educador.

La segunda parte está compuesta por dos capítulos. En el primero se describe el **Estudio Empírico** llevado a cabo, informando acerca de la necesidad de este estudio, los objetivos generales, las hipótesis formuladas, la definición de las variables y el diseño de investigación utilizado.

En el siguiente capítulo, la **Presentación y Análisis de Resultados** se realiza en base a tres criterios que se derivan de la propia metodología de esta investigación: observacional, descriptivo y estadístico.

En este trabajo se considera parte fundamental el capítulo dedicado a los **Resultados del Estudio Exploratorio y su Impacto en el Diseño de Programas de Educación para la Salud**. Este apartado, junto con el de las conclusiones, presenta las implicaciones educativas y las ideas principales surgidas de la reflexión sobre la información presentada y los resultados obtenidos.

Cierran el trabajo los apartados dedicados a la **Bibliografía** y los **Anexos**.

CAPITULO I

CONDUCTA INFANTIL Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS

En el presente capítulo se expondrán aquellos factores que han sido estudiados por distintos autores y se consideran relacionados con la conducta de consumo de medicamentos. Se parte del concepto de que esta conducta, como otras relativas a la salud y enfermedad, se adquiere en la infancia y, según los resultados de estudios previos, está sometida a una influencia directa por parte de la familia. Se analizará, además, la creencia generalizada de que los niños son receptores pasivos a pesar de que se ha demostrado su participación activa en el consumo de medicamentos.

Se presentarán datos de otras investigaciones acerca de los conocimientos y las actitudes infantiles con respecto a los fármacos, así como la relación entre determinadas variables sociodemográficas y el consumo de medicamentos.

Todo ello nos permitirá reflexionar sobre la necesidad de una educación sanitaria de padres e hijos para prevenir el consumo irracional de medicamentos.

1. INTRODUCCION

Tomar medicinas durante la infancia es una actividad común (Del Barrio, 1990). Algunos males menores, tales como resfriados, dolores de estómago, dolores de cabeza y molestias musculares, son normalmente tratados en casa con medicinas que se consiguen con y

sin receta médica. Con respecto al consumo de medicamentos por parte de los niños en estos casos, se asume que son los padres quienes juegan el papel principal a la hora de decidir qué tipo de mal tiene el niño y si necesita o no medicación. De ser así, es el adulto quien administra la medicación.

La información acerca del consumo de medicamentos en la infancia es muy escasa. Existen pocos estudios sobre áreas tales como la autonomía de los niños en el uso de las medicinas y el desarrollo y los orígenes de sus creencias en este campo. La mayor parte de los estudios sobre el consumo de medicamentos en la infancia se han basado en entrevistas con los padres (Jackson y col., 1982; Avila Guerrero, 1986; Maiman, Becker y Katlic, 1986; Cunningham-Burley y Maclean, 1987; Donnelly, Donnelly y Thong, 1989; y Sanz, Bergman y Dahlstrom, 1989). En esta, como en otras áreas de la conducta, se asume que los niños son "receptores pasivos" de la acción iniciada por los padres. Bush y Davidson (1982) en un estudio llevado a cabo en la población escolar sobre su autonomía en el consumo de medicamentos -tomarlos por sí mismos, pedirlos, cogerlos y comprarlos- llegaron a la conclusión de que los niños no tienen una imagen de sí mismos como receptores pasivos de las medicinas; por el contrario, se perciben como participantes activos en ese proceso.

2. ACTIVIDAD Y PASIVIDAD DE LA CONDUCTA INFANTIL FRENTE AL CONSUMO DE MEDICAMENTOS

El comportamiento infantil respecto del consumo de

medicamentos es algo que todavía en la actualidad no ha sido suficientemente estudiado. En realidad, tal conducta varía mucho de unos a otros niños en función de un universo de variables muy extenso y complejo, por lo que resulta muy difícil su justificación, cualquiera que sea su estilo.

El comportamiento infantil a este respecto pudiera entenderse como distintas posiciones a lo largo de un continuo entre la actividad y la pasividad. Por citar sólo algunos ejemplos de posiciones a lo largo de esta dimensión, basta con reparar en la conducta infantil consistente en la resistencia a la toma de medicamentos, la pronta y fácil docilidad para consumir los medicamentos que se le aconsejan, la petición por parte del niño de algún medicamento para combatir cualquier achaque o, simplemente, la práctica de la automedicación por parte del niño, sin consultar a ningún adulto y tratando de encontrar el supuesto alivio a las molestias que padece.

De otro lado, esta actividad o pasividad del comportamiento infantil respecto de los medicamentos tiene mucho que ver con el comportamiento de los adultos que rodean al niño en relación con el empleo de medicinas (Iannotti y Bush, 1992a). Con relativa frecuencia, son los padres los que toman la iniciativa de administrar al niño esta o aquella sustancia, simplemente porque no come o come demasiado, puede vomitar durante un viaje, parece estar irritable o nervioso, o podría tener una crisis febril.

El fenómeno de la automedicación conlleva riesgos de uso irracional que podrían en parte ser aminorados a través de la

educación sanitaria de padres e hijos, suministrándoles la precisa información que sobre el uso de medicamentos todos ellos deberían tener.

La familiaridad de los niños con el consumo de medicamentos, como pacientes y como observadores, se presenta en varios estudios en los que se preguntó a los padres acerca de la frecuencia del consumo de medicamentos por parte de sus hijos. Ahora bien, Bush y Davidson (1982) exponen que, para muchos niños, las percepciones de las conductas apropiadas relativas al consumo de medicinas pueden desarrollarse a través de su propia capacidad de tomar decisiones y no solamente observando lo que otros les hacen y/o hacen para sí mismos. Por ejemplo, en el estudio citado se recoge el hecho de que más de dos quintas partes de los niños informaron que alguna vez habían pedido a alguien una aspirina. Estos niños actuaron por decisión propia. En sus hogares no han sido expuestos a tal conducta, ya que cuando los adultos requieren una aspirina no la piden, sino que la cogen directamen

Los estudios de no-adherencia con frecuencia son un reflejo de la desconsideración del niño como sujeto activo en la toma de medicamentos. En ellos, no sólo se entrevista a los padres, sino que se investiga la relación de los padres con el médico y las creencias de los padres acerca de la salud, como posibles causas de la no-adherencia al tratamiento infantil, dejando a un lado al propio niño.

Existen programas de salud pública en los que, no sólo se asume que los niños son receptores pasivos de las medicinas, sino

que se trata de prevenir el uso autónomo de los medicamentos por parte de los mismos. Se aconseja a los padres que cierren bien los armarios donde guardan las medicinas lo que, como Bush y Davidson (1982) señalan, no se lleva a cabo en la mayoría de los hogares, en los que estos armarios se mantienen abiertos. Del mismo modo, se previene a los padres de posibles consecuencias del consumo sin supervisión tales como el envenenamiento. Raramente reciben los padres información sobre cómo educar a sus hijos con respecto a los medicamentos o cuándo pueden los niños asumir responsablemente, sin riesgos, el propio consumo de medicamentos.

Existen escasas investigaciones acerca de la participación de los niños en las conductas relacionadas con la salud y la enfermedad, a excepción del área de nutrición, en el que se ha observado que los niños tienen una considerable autonomía sobre lo que comen (Davidson y Kandel, 1981). Lewis y col. (1977) y Lewis, Lewis y Ifekwunigwe (1978) investigaron los determinantes de la conducta de salud de niños en edad escolar y evaluaron las intervenciones diseñadas por los propios autores para dar a los niños la oportunidad de tomar sus propias decisiones acerca de su participación o no en una campaña de vacunación contra la gripe y las visitas a la enfermera escolar. Los investigadores concluyeron que las conductas de autocuidado iniciadas por los propios niños eran altamente efectivas. según estos autores, los programas de desarrollo de toma de decisiones deberían comenzar antes del tercer grado, contando con la participación de las madres y los médicos de los niños. Los investigadores hicieron notar también que el éxito

que se obtenga estará influenciado por los medios de comunicación y el entorno social (por el papel desempeñado, por ejemplo, por los roles masculino o femenino).

Autores tales como Prout (1988) y Christensen (1993, 1994) indican que los niños desarrollan sus propias ideas y estrategias de interacciones en relación con la salud, la enfermedad y el tratamiento en distintos contextos sociales tales como el colegio, la familia y los centros sanitarios.

El entorno, no sólo familiar, sino también social y cultural aparece, pues, como una variable significativa que ha tenerse en cuenta a la hora de estudiar los factores que determinan la conducta autónoma del niño con respecto al tratamiento y, en concreto, al uso de medicamentos. A este respecto, los resultados de un estudio acerca del proceso de toma de decisiones en el tratamiento de enfermedades infantiles, que se llevó a cabo en dos ciudades españolas (Madrid y Tenerife) y una de Estados Unidos (Chapel Hill, Carolina del Norte), sugieren que los factores sociales y culturales son fundamentales para explicar las similitudes y las diferencias halladas en las conductas infantiles de uso de medicamentos (Aramburuzabala y col., en prensa). En general, los niños españoles parecen menos activos que los niños en Chapel Hill con respecto al proceso de toma de decisiones sobre los distintos tratamientos de enfermedades infantiles comunes. Sin embargo, los niños españoles tienen mayor autonomía respecto a la conducta específica de toma de medicamentos (autoadministración del medicamento con la supervisión de un adulto).

Aunque nos ocuparemos de esto en el siguiente epígrafe, conviene adelantar aquí que la conducta infantil en relación al consumo de medicamentos se configura paulatinamente en función de cuál sea el modelo de comportamiento ofrecido por los padres respecto del uso y consumo de medicamentos. No debemos olvidar que a través del aprendizaje observacional, el niño percibe cómo se comportan sus padres, a qué atribuyen sus molestias cuando las tienen, qué remedios se autoaplican para encontrar un poco de alivio, qué comentarios hacen respecto de la bondad o maldad de la medicación consumida, etc.

Una vez que los niños han observado las anteriores pautas comportamentales en sus padres, de inmediato tratarán de imitarles (en ocasiones, incluso llevando esos contenidos que han imitado a sus actividades lúdicas). Pero además de la imitación, los niños tratan de identificarse con sus padres. De este modo, observación, imitación e identificación constituyen tres pautas fundamentales en una compleja secuencia comportamental al final de la cual acabaría por moldearse, emerger y establecerse la propia conducta infantil, como a este respecto han demostrado entre otros Bandura (1969) y Bandura y Walters (1963).

Por último, es posible que la consolidación de este modelo de aprendizaje esté determinada por la coincidencia de los tres factores adicionales siguientes: (a) la acción reforzante o aversiva que percibe el niño en su organismo de forma contingente a la administración del medicamento; (b) la acción reforzante o aversiva representada por las instigaciones, alabanzas, premios y

castigos dispensados por los padres al niño para que éste tome el medicamento; y (c) la significación que el niño da al medicamento desde la perspectiva de la deseabilidad social respecto de su consumo (por ejemplo, si es deseable su consumo para asemejarse al adulto, para identificarse mejor con su padre, que también consume ese medicamento, etc.)

3. PUBLICIDAD Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN LA INFANCIA

Se han llevado a cabo estudios, en Estados Unidos, sobre los efectos de los medios de comunicación en las creencias de los niños acerca de los medicamentos comercializados. Estos estudios recogen la preocupación existente en América por convertirse en un país de "traga-pastillas". Lewis y Lewis (1974) encontraron que los estudiantes de quinto y sexto grados creían el 70% de los anuncios televisivos sobre medicamentos comercializados. Zuckerman y Zuckerman (1985) informan que los estudios sobre el impacto de los anuncios en televisión sugieren que las actitudes de los niños hacia los medicamentos y productos para la salud están influenciados por los anuncios, si bien son necesarios más estudios sobre el tema. Bush y Davidson (1982) observaron en su estudio con la población escolar que cuando se preguntaba a los niños los nombres de los medicamentos que conocían, con frecuencia daban el nombre del producto más la casa comercial que lo fabrica -por ejemplo, aspirina y Bayer-.

Para estos autores, los anuncios de los medicamentos comercializados parecían jugar un papel importante en el

aprendizaje sobre los fármacos. En su opinión, los niños se beneficiarían de programas educativos que, partiendo del análisis de la publicidad sobre los medicamentos, estuviesen diseñados para enseñarles, por ejemplo, que la aspirina de Bayer no funciona mejor que otras marcas, aunque sean menos caras. Este tipo de información sería particularmente apropiada para aquellos niños más propensos a comprar medicinas por sí mismos, es decir, los que son mayores y los que viven en comunidades en las que la adquisición de medicinas sin receta médica es una práctica muy extendida.

Por el contrario, otros estudios han encontrado una débil relación entre la disposición de los niños hacia el consumo de medicamentos y su exposición a los spots publicitarios en los que se anuncian (Atkin, 1978; y Rossiter y Robertson, 1980). Según se informa en uno de estos estudios (Rossiter y Robertson, 1980), aunque el consumo sólo correlacionaba ligeramente con la exposición a los anuncios en la televisión ($r=0.1$), la petición de medicamentos anunciados en este medio por parte de los niños de tercero, quinto y séptimo grado alcanzó correlaciones más altas. Los niños mayores tenían una disposición menos favorable hacia los medicamentos anunciados, pero aparentemente estaban más influenciados hacia su uso.

Entre la exposición a los anuncios de medicinas (televisión) de los estudiantes de séptimo grado y el número de veces que habían utilizado productos anunciados en un año, se obtuvo una correlación de 0.38. Estos resultados sugieren que tal vez los padres puedan mediar entre la disposición de los hijos más pequeños y el consumo

de las medicinas anunciadas, pero a medida que estos van creciendo y adquiriendo mayores responsabilidades sobre su salud, los anuncios pueden llegar a influirles en mayor grado que en edades más tempranas.

En España son cada vez más frecuentes los anuncios de medicamentos, tanto en la televisión como en otros medios a los que están expuestos no sólo los adultos, sino también los niños. Es por ello necesario que se estudie el impacto de esta publicidad en la conducta infantil de uso de los medicamentos, de modo que se pueda resolver la controversia de si los anuncios de productos que se pueden adquirir sin receta médica pueden perjudicar o no a los niños. Estos estudios podrían aportar datos necesarios para la redacción de normas con respecto a la publicidad de los medicamentos (Almarsdottir y Bush, 1992).

4. ACTITUDES HACIA LAS MEDICINAS

Los conocimientos disponibles acerca del desarrollo de las actitudes en relación con la salud infantil, se podrían aplicar también a las actitudes de los niños en lo que respecta al consumo de medicamentos. Cada una de estas actitudes, como cualquier otra, tiene componentes de tipo cognitivo, afectivo, normativo y conductual. El componente cognitivo se manifiesta a través del modo en que el niño obtiene información acerca de los nombres de las medicinas, su forma y dosis, para qué se emplean y cómo se adquieren. El componente afectivo está representado aquí por el hecho de que le guste o no tomar ciertas medicinas. El conjunto de

reglas acerca de lo que la gente debería o no tomar cuando está enferma o trata de prevenir alguna enfermedad representa el componente normativo. El componente conductual se manifiesta simplemente a través de lo que el niño hace en relación al uso de las medicinas.

El desarrollo de las actitudes de los niños hacia los medicamentos es un área importante de estudio, puesto que es común la observación por muchos de ellos de la adquisición y consumo de medicamentos, así como la captación de los muchos mensajes que reciben acerca de ellos. El estudio de las conductas y actitudes relacionadas con el uso de medicamentos pediátricos puede orientarnos respecto del desarrollo de ciertas actitudes hacia otros aspectos de creencias y conductas relativas a la salud y la enfermedad.

El desarrollo en el niño de las actitudes normativas con relación a los medicamentos probablemente es similar al desarrollo de las actitudes hacia otros contenidos. La familia del niño, especialmente la madre, puede comunicar al niño creencias, actitudes y costumbres, si bien éstas pueden venir también de otras fuentes. La comunicación con la madre sobre este punto puede ser especialmente relevante, dados los vínculos emocionales del niño con su madre. El trabajo de Bush y Davidson (1982) sugiere que los niños se perciben a sí mismos diferentes de sus madres en lo relativo al significado de la enfermedad y que sus creencias están influenciadas por otras fuentes, ajenas a la propia madre. Esto sugiere que los niños se ven a sí mismos diferentes también respecto del

tratamiento. Ante las mismas enfermedades los niños pueden verse a sí mismos como más o menos propensos a tomar medicinas que sus madres y tomar o no diferentes medicamentos. A los niños se les da normalmente medicinas propias de la infancia -un ejemplo característico es la aspirina infantil- por lo que observan cómo los adultos toman otros productos o dosis distintas.

En el mismo trabajo se afirma que aún en el caso de que los niños observen que sus madres utilizan medicamentos con mayor frecuencia, pueden percibirse a sí mismos como más propensos que sus madres a tomar medicinas, lo que suele ocurrir cuando padecen enfermedades propias de la infancia.

Los niños, no obstante, perciben que las madres son más propensas que ellos a tomar medicamentos en el caso de que tengan problemas para dormir y/o nerviosismo. Esto puede deberse a que es mucho más frecuente administrar este tratamiento a las madres que a los niños, como suele darse una mayor atención a los catarrros de los niños que a los padecidos por sus madres.

Los niños tienden a percibirse a sí mismos como no-enfermos, como sanos. Esta tendencia hace que la imagen de sano sea un atributo valioso que hay que preservar negando los síntomas, a no ser que estos sean demasiado intensos. Ver la enfermedad en otros no intimida tanto como verla en uno mismo. Esta necesidad de percibirse a sí mismo como sano puede estar relacionada con la voluntad de recuperarse cuando están enfermos y verse envuelto en actividades que practican sus compañeros sanos. Así, de un lado, los niños son menos propensos a considerarse enfermos ante la

presencia de síntomas que los adultos y, de otro, tienden a percibirse como más propensos al tratamiento ante determinadas enfermedades.

Como es bien sabido, los niños comienzan a adquirir actitudes ante la salud, la enfermedad y otras conductas asociadas a una edad muy temprana, manteniéndose estas actitudes relativamente estables con el paso del tiempo. Sin embargo, no disponemos de estudios que demuestren a partir de qué momento los niños se benefician más de ciertas estrategias de intervención. Es necesario, pues, tratar de aprender acerca de lo que los niños saben y hacen y por qué lo saben y lo hacen, antes de que tratemos de intervenir en este tipo de actitudes.

Dado el grado de independencia de los niños respecto al consumo de medicinas, parece lógico sugerir que los médicos que recetan medicinas para los niños y los farmacéuticos que las dispensan sin prescripción médica, deben asegurarse que las van a tomar de forma adecuada, lo que les obligaría a dirigirse a los niños, y no sólo a los adultos que les acompañan. A pesar de que los niños sean el objeto de atención del médico pediatra, son muy escasos los especialistas que les tratan como participantes activos en el proceso de atención de su salud.

Como se ha puesto de manifiesto, es cada vez mayor el reconocimiento de la familia como un factor clave a la hora de determinar las conductas que inciden en la salud y la enfermedad. El consumo de medicamentos aparece como una de las conductas más frecuentes relacionadas con la prevención y con la enfermedad

(Osterweis, Bush y Zuckerman, 1979).

La investigación empírica se ha concentrado en determinar algunas características socio-demográficas y algunos tipos de enfermedad estrechamente asociados al consumo infantil de medicamentos utilizándose con frecuencia sólo estadísticas descriptivas para caracterizar tales conductas. Son escasos los estudios que tienen en cuenta al niño en su contexto familiar con relación al consumo de medicamentos (Litman, 1974; Osterweis, Bush y Zuckerman, 1979; Jackson y col., 1982; y Avila Guerrero, 1986).

5. SALUD Y "LOCUS OF CONTROL"

Pese a ser pocos, algunos estudios sobre educación para la salud tienen en cuenta variables tales como los conocimientos y las actitudes de los niños. Estos estudios asumen que si un sujeto comprende y tiene una actitud favorable hacia una determinada conducta de salud, ésto dará lugar al patrón de conducta o a la toma de decisiones adecuada (Aramburuzabala y Polaino-Lorente, 1992a).

La "motivación hacia la salud" es una de las variables del Modelo de Creencias acerca de la Salud que se ha utilizado como marco del presente estudio¹. Esta variable se operativiza a través del "locus of control" del sujeto, convirtiéndose así en una variable importante para predecir la conducta de salud (Parcel y Meyer, 1978).

Se entiende por "locus of control" en este estudio el

¹ Cfr. capítulo 4.

constructo que recoge las creencias de los sujetos en relación con la fuente de refuerzo -más o menos interno o externo- para el control que tienen sobre su propia salud. Este concepto parte de que las personas difieren en cuanto a la percepción que tienen de su propia salud.

La aplicación de las teorías del aprendizaje social y de la intención comportamental² al estudio de las conductas relacionadas con la salud infantil resalta la importancia de la educación para la salud. Si el "locus of control" interno es un factor necesario para que los niños sean capaces de asumir la responsabilidad de ciertos tipos de conducta de salud, es esencial que haya programas de educación para la salud que incluyan actividades de aprendizaje y refuerzo de un "locus of control" interno (Parcel y Meyer, 1978).

En un estudio realizado por Bush, Iannotti y Davidson (citado en Bush y Hardon, 1990) apareció el "locus of control" respecto de la salud como una variable importante que ejercía efectos directos sobre las disposiciones de los niños ante el consumo de medicamentos. Los niños cuyos resultados expresaron un mayor control interno, percibían en menor grado el beneficio de las medicinas para el tratamiento de problemas comunes de salud. Los resultados de este estudio resaltaron que, en general, los niños que saben más acerca de los medicamentos y que sienten que tienen más control sobre su salud son aquellos cuyas expectativas de tomar medicamentos son menores.

Los estudios acerca de la relación entre el desarrollo del

² Cfr. capítulo 4 para una breve exposición de estas teorías.

niño y el "locus of control" aportan datos que evidencian la necesidad de programas de educación sanitaria. Por ejemplo, parece conveniente proporcionar a los niños pequeños (de 5 y 6 años) fuentes externas de refuerzo para las conductas de salud tales como el seguimiento de las instrucciones de los adultos (Parcel y Meyer, 1978). En niños mayores de 6 años parece conveniente un cambio gradual hacia el refuerzo del "locus of control" interno. Esto haría que los niños tuvieran más responsabilidad en cuanto a acciones saludables y aumentaría su libertad para tomar decisiones respecto de la salud. Para ello, los padres, los profesores y el personal sanitario deben aprender a reforzar a los niños cuando asumen responsabilidades y toman decisiones acerca de su salud. Si bien es importante el contenido de los programas de educación sanitaria, también ha de prestarse atención a la enseñanza de las habilidades para tomar decisiones acerca de este tema. Si los niños aprenden a aplicar con éxito las habilidades de toma de decisiones a las conductas relacionadas con la salud, la educación sanitaria contribuirá a que los sujetos asuman más responsabilidad en este área (Parcel y Meyer, 1978).

6. CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS

Es poco lo que hasta el momento se sabe acerca de los conocimientos infantiles de los medicamentos. Los estudios llevados a cabo por Bush e Iannotti (1988, 1990) acerca del desarrollo y el mantenimiento de los conocimientos infantiles de los medicamentos revelan que el aprendizaje de los niños acerca de los medicamentos

comienza a edades muy tempranas y tiene una gran influencia familiar. Estos conocimientos se mantienen relativamente estables a lo largo de la etapa escolar.

El conocimiento es necesario, pero no es suficiente para inducir conductas de salud. Los conocimientos, por sí mismos, no son suficientes si los niños no tienen las habilidades o la capacidad para adquirir una conducta. Como ya se ha señalado en las páginas precedentes, en el estudio realizado por Bush, Iannotti y Davidson (citado en Bush y Hardon, 1990) se demostró la existencia de una relación negativa entre los conocimientos de los niños acerca de los medicamentos y sus expectativas de uso ante problemas comunes de salud.

Estos datos sugieren que el interés de los programas de educación en el tema de los medicamentos debería centrarse no tanto en proporcionar conocimientos a los niños y a los padres, como en lograr que se desarrollen actitudes y creencias que permitan cambios de conducta a partir de los conocimientos que ya poseen los sujetos. Para poder elaborar este tipo de programas es necesario el estudio previo de estos conocimientos.

7. CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y VARIABLES DEMOGRAFICAS

Un estudio realizado por Knapp y Knapp (1972) con distintos grupos demográficos demostró que en un gran número de ellos las medicinas eran utilizadas no sólo con fines curativos (70%), sino también preventivos (por ejemplo, las vitaminas). Hay investigaciones dirigidas específicamente a las conductas de

consumo de medicamentos para descubrir quién toma qué clases de medicinas y por qué razones.

Se ha comprobado que el consumo de medicamentos está relacionado con la edad, el género, los ingresos económicos, la educación, el tamaño de la familia, el tipo de enfermedad, el grupo cultural de pertenencia y el uso por parte del médico (Dean, 1981; Mitchell, 1983; Marinier y col., 1985; Toranzo Brione y col., 1986; Greenhalgh, 1987; Hardon, 1987; Laporte y Capellá, 1987; Van Der Geest, 1987; Kotzan, Carroll y Kotzan, 1989; y Szuba y Westerholm, 1989). En estas investigaciones algunos resultados son contradictorios mientras otros parecen ser consistentes. Veamos lo que sucede según las variables mencionadas líneas atrás.

7.1. Edad y género

Según un estudio de Avila Guerrero (1986) realizado con familias cordobesas, las personas del género femenino consumen habitualmente más fármacos que los del masculino, y más cantidad a mayor edad (por la superior morbilidad), y se incrementa en las familias en que el cabeza tiene menor nivel cultural. Es decir, las personas mayores y las mujeres toman, en general, más medicinas - con y sin prescripción facultativa- que las personas jóvenes y los hombres.

Sin embargo, en el consumo de medicamentos no prescritos por el médico, las diferencias en edad y género son menores que en el consumo de los medicamentos prescritos. De acuerdo con Osterweis, Bush y Zuckerman (1979), hay una tendencia menor a tomar

medicamentos prescritos en las familias con mayor proporción de mujeres. Dunnell y Cartwright (1972) encontraron que los niños más pequeños presentaban más síntomas y un mayor consumo de medicamentos (prescritos y no-prescritos) que los niños mayores. Encontraron, además, que el promedio de síntomas que presentaban y la frecuencia del consumo de medicinas no-prescritas era similar en los niños y en las niñas; sin embargo, los niños eran más propensos a ser recetados que las niñas. Los hijos únicos y los primogénitos de todas las edades eran más propensos a informar de sus síntomas y, en consecuencia con ello, a recibir prescripciones de medicamentos.

Aunque se reconoce de forma generalizada que, en las parejas, las mujeres consumen más medicamentos que los hombres, disponemos de ciertos indicios relativos a que este uso desproporcionado puede ser atribuido a una mujer específica: la esposa-madre (Litman, 1974). Litman encontró que la esposa-madre es la mayor fuente del consumo de medicamentos en el hogar. No nos sorprende que se apoye en medidas preventivas y curativas para mantenerse y realizar su importante papel familiar, a la vista de su aparente incapacidad, e incluso rechazo, para asumir el papel de enferma en el funcionamiento del ámbito familiar.

Las madres parecen utilizar la automedicación en mayor grado con sus hijos, entre los dos y los doce años (Maiman, Becker y Katlic, 1986). Las madres de niños muy pequeños tienen, aparentemente, menos oportunidad de tratar las enfermedades infantiles y están menos dispuestas a arriesgarse tomando

decisiones acerca del tratamiento farmacológico; los niños mayores de doce años tienen, por el contrario, una participación más activa en la toma de decisiones acerca de la medicación.

Kotzan, Carroll y Kotzan (1989) encontraron que los niños de 0 a 5 años presentaban un índice relativamente alto en el consumo de medicinas, que decrecía a partir de esa edad y hasta los 64 años.

7.2. Visitas al médico

Como cabría esperar, quienes visitan al médico son más propensos a consumir las medicinas prescritas y quienes no visitan al médico son más propensos a consumir las medicinas no prescritas. Ahora bien, las personas más propensas a consumir medicamentos tanto prescritos como no prescritos son aquellas con un historial mayor de enfermedades, a quienes se considera más susceptibles de estar enfermas.

7.3. Tamaño de la familia

Son escasos estudios de que disponemos acerca de la relación entre el tamaño familiar y el consumo de medicamentos. Entre estos, además, se observa una cierta disparidad en los resultados. Así, por ejemplo, según según Jefferys, Brotherston y Cartwright (1960), las personas pertenecientes a familias numerosas consumen menos medicamentos, mientras que en un estudio llevado a cabo por Avila Guerrero (1986) se señala que son las familias más numerosas, con un elevado nivel socioeconómico y cultural del cabeza de las

mismas, las que primordialmente consumen los medicamentos sin receta médica. Osterweiss, Bush y Zuckerman (1979) coinciden con este autor y señalan que las familias más numerosas utilizan más medicamentos no-prescritos, en gran parte debido a que en este grupo se incluyen las vitaminas que los niños consumen en porcentajes elevados. Esta explicación tal vez podría aplicarse a los resultados obtenidos por Avila Guerrero (1986).

7.4. Nivel socio-económico

Según Avila Guerrero (1986), el nivel socioeconómico familiar, y su pertenencia o no a un sistema de asistencia médica, no influye de manera significativa en el consumo habitual de medicamentos. El grupo de consumidores habituales se encuentra integrado por personas pertenecientes a todos los grupos sociales, independientemente de los mismos, y sin diferencias valorables entre los que de ellos están acogidos o no a un sistema asistencial.

Sin embargo, en estudios llevados a cabo con anterioridad en Estados Unidos (Rabin y Bush, 1975) se señala que los ingresos económicos están directamente relacionados con los gastos en medicamentos. Entre los cabeza de familia menores de 45 años, el nivel de estudios y la clase social estaban relacionados con los gastos en medicinas prescritas; sin embargo, las diferencias desaparecían cuando se estudiaba dicho comportamiento entre los mayores de 45 años. Se encontraron pequeñas diferencias, en función del nivel de estudios y de la clase social, con un mayor consumo de

medicamentos a favor de la clase social baja y con bajo nivel educativo.

Kotzan, Carroll y Kotzan (1989) señalan que los niños de familias pobres y con bajo nivel educativo, en el grupo de edad entre 0 y 5 años, toman menos medicamentos recetados que aquellos pertenecientes a familias con un nivel más elevado de ingresos y de educación.

Maiman, Becker y Katlic (1986) hallaron una relación lineal positiva entre el nivel socio-económico de las madres y la frecuencia de uso de la automedicación o prescripción materna. Los niños de las madres con un nivel educativo y económico más alto reciben más medicamentos sin prescripción facultativa.

La correlación positiva que normalmente se ha encontrado entre nivel económico y consumo de medicamentos no pudo confirmarse en un estudio en el que se tuvo en cuenta el tamaño de la familia, así como los ingresos para determinar el nivel socio-económico (Rabin y Bush, 1975).

8. CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN EL CONTEXTO FAMILIAR

No es fácil identificar a los consumidores de medicinas por características tales como edad, género y clase social. Las aparentes asociaciones entre la edad, el género y la clase social pueden ser explicadas, simplemente, en términos de salud y enfermedad percibidas.

Mechanic (1964) señaló que las madres tendían a comportarse con la salud de los hijos del mismo modo que con la suya propia, si

bien de una forma más exagerada. Por ejemplo, las madres normalmente se preocupaban más por la salud de sus hijos que por la suya propia. Además, las madres que eran más propensas a tomar medicinas y a ir al médico, eran también más propensas a dar a sus hijos medicinas y a llevarles al médico que las madres menos propensas a tales conductas. Sin embargo, Dunnell y Cartwright (1972) encontraron resultados en los que el consumo de medicamentos en la infancia era opuesto, en cierta forma, al de los adultos. Es decir, que los niños que consumen menos medicamentos son aquellos cuyos padres utilizan fármacos con más frecuencia.

Aunque diversos estudios han incluido variables de tipo familiar, tales como los ingresos económicos, el tamaño familiar y las relaciones entre madres e hijos, son escasos los que han considerado el contexto familiar global como algo influyente en el consumo de medicinas. La investigación, en lo que concierne al uso de medicinas en el contexto familiar, se encuentra en la fase de desarrollo teórico.

La conducta de consumo de medicamentos, como otras conductas relativas a la salud y enfermedad, se adquiere y se desarrolla en la infancia como parte del proceso de socialización. La familia es el principal agente de socialización y el mediador más relevante entre el individuo y el sistema social. Sin embargo, su potencial importancia en la investigación de los servicios de salud no ha sido reconocida hasta hace escasamente dos décadas (Litman, 1974; McEwan, 1974).

La conducta específica o genérica de enfermedad depende en

parte de los juicios de otras personas que interactúan con la persona enferma y de la cercanía con esas personas. Así pues, puede esperarse que la familia tenga una influencia directa en sus miembros, en términos de consumo de medicinas. Osterweis, Bush y Zuckerman (1979) hallaron que un individuo era más propenso a utilizar medicinas no-prescritas si en su familia había otros que empleaban medicinas prescritas. La posible explicación que dieron los autores fue que, cuando otros miembros estaban tomando medicinas (prescritas), los individuos sanos se hacían más conscientes de la posibilidad de enfermarse y, en consecuencia, tomaban medicinas no-prescritas en un esfuerzo por mantenerse sanos. Estos resultados fueron confirmados por Jackson y col. (1982), quienes partiendo del estudio de Osterweis, Bush y Zuckerman (1979), llegaron a conclusiones similares, pero considerando que había que establecer si el uso de medicamentos no-prescritos era o no estimulado por la conducta de consumo de medicinas no-recetadas en la familia. Así mismo, llegaron a la conclusión de que según aumentaba la percepción de la enfermedad, en esa medida aumentaba el consumo de medicinas.

Según Maiman, Becker y Katlic (1986), la percepción materna de la susceptibilidad de sus hijos a problemas potenciales de salud junto con la efectividad de los medicamentos autorecetados para tratar esos, están asociados de forma significativa con la posesión y el uso de un mayor número de medicamentos.

9. ALMACENAMIENTO DE MEDICINAS EN EL HOGAR

Es sobradamente conocido el creciente y alarmante consumo de medicamentos en nuestra sociedad; sin embargo, una gran parte de estos medicamentos no se utiliza y se guarda en los hogares, siendo por ello su rentabilidad muy escasa.

En general, las familias americanas tienen a m un extenso inventario de medicinas para el tratamiento en la propia casa (Litman, 1974). Estos productos son en ocasiones adquiridos sin receta médica y, en otras ocasiones, tras ser recetados por el médico, se conservan y utilizan más allá del período utilizable o recomendado. Según el estudio generacional de Litman (1974), la generación de los abuelos, seguida por la generación de los padres, eran las más propensas a guardar tales medicamentos, más allá de su fecha de caducidad; por contra, los nietos casados eran los menos inclinados a tales prácticas.

Otro estudio llevado a cabo en el mismo país indica que las madres poseen en las casas entre cuatro y ocho tipos diferentes de fármacos no recetados (Maiman, Becker y Katlic, 1986).

En Italia se llevó a cabo una investigación en las escuelas acerca de la salud y los medicamentos, a través de los propios niños a los que se distribuyó un cuestionario sobre la presencia, uso, conservación y retirada de las medicinas (Gabriele y otros, 1989). Se encontró que en los hogares había un promedio de 12.8 medicinas diferentes, la mayor parte de las cuales eran analgésicos, antipiréticos y sustancias para enfermedades broncopulmonares. Sólo un 30.2% de los productos almacenados eran

usados, según los datos obtenidos, en el momento de la investigación.

En nuestro país, Avila Guerrero (1986) observó que el número promedio de diferentes medicamentos en los hogares cordobeses es de 7.21, existiendo, aunque sea reducido, en el 95.32% de las familias un stock de esos medicamentos. Tras comparar estos resultados con los publicados en el año 1977 a nivel nacional, con unos valores respectivos de 13.3 medicamentos y en el 92.36% de los hogares, este autor dedujo que el número de medicamentos en el stock familiar había disminuído drásticamente, en los años que separan ambos estudios.

El número de medicamentos almacenados en los hogares cordobeses, es proporcionalmente mayor entre las familias que consumen habitualmente fármacos, en las que su cabeza alcanzó un nivel cultural elevado con un status socioeconómico alto, y en aquellas en las que conviven numerosos individuos. Por el contrario, no se hallaron diferencias significativas entre la cuantificación de los productos almacenados y la pertenencia o no de dichas familias a algún sistema de asistencia médica. Del estudio cualitativo de dichos stocks de medicamentos en las familias cordobesas puede concluirse que, en estos hogares, el gran protagonista es el grupo correspondiente a los analgésicos no narcóticos y antipiréticos (Avila Guerrero, 1986).

Además del elevado nivel educativo y económico, Maiman, Becker y Katlic (1986) señalan, entre los factores asociados con el almacenamiento de fármacos en el hogar, la experiencia de las

madres tratando síntomas y enfermedades infantiles, siendo mayor la tendencia a guardar medicamentos cuanta más experiencia -¡o mayor atrevimiento!- tienen en ello. Además, las percepciones de las madres de la susceptibilidad de sus hijos ante problemas potenciales de salud, y sus percepciones de la efectividad de las medicinas adquiridas sin receta, están asociadas con el conocimiento de un mayor número de categorías de medicinas.

10. MEDICAMENTOS Y PEDAGOGIA

Hemos observado líneas atrás algunas de las variables que parecen ser relevantes respecto de la conducta infantil y el consumo de medicamentos. Y, según parece, nos encontramos ante un reto inaplazable: lograr una mayor información y mejor conocimiento por parte de los usuarios, especialmente los padres, de los efectos y peculiaridades de los fármacos que se consumen.

A esto se encamina, o debiera encaminarse, la acción de la educación sanitaria, una actividad que allí donde se ha iniciado viene generando eficaces y fructuosos efectos³. Lo mismo puede afirmarse respecto de otros problemas más complejos como el cuidado y la asistencia del niño durante su hospitalización, los programas de preparación para la hospitalización, las intervenciones quirúrgicas, etc., o más concretamente el mismo hecho de la educación formal infantil en el contexto del ámbito hospitalario (González Simancas y Polaino Lorente, 1990).

Respecto del consumo de medicamentos, sostenemos que la

³ Cfr. Polaino-Lorente, 1987.

conducta implicada en el uso y consumo de medicamentos es también educable. Por consiguiente, debe ejercerse una acción pedagógica específica sobre estos comportamientos, de manera que sea más racional y eficaz su uso, al mismo tiempo que más rigurosa su prescripción y más económica su adquisición.

Es necesario un esfuerzo por parte de todas las partes implicadas para que se desarrollen programas de educación para la salud que incluyan el tema de los medicamentos. Estos programas deben estar adaptados a la edad de los niños y a las características culturales del grupo al que pertenecen. La población infantil debe aprender a consumir medicamentos de forma segura y eficaz. La educación de los niños acerca de las medicinas es una estrategia que tiene el potencial de mejorar el consumo de medicamentos en las familias y en las generaciones futuras. Para ello, es necesario que la acción pedagógica abarque a las familias y en especial a las madres o personas responsables de la salud familiar.

CAPITULO II
FACTORES RELACIONADOS CON EL USO IRRACIONAL
DE MEDICAMENTOS EN LA INFANCIA

1. INTRODUCCION

El consumo irracional de medicamentos, que incluye, entre otras, determinadas conductas de automedicación y la no-adherencia al tratamiento, es una práctica extendida que afecta a la población infantil.

En el presente capítulo se hace un análisis de algunos de los factores que influyen en el uso inadecuado de los medicamentos en la infancia, entre los que están: el escaso conocimiento que tienen los padres acerca de las medicinas, las dificultades en la comprobación de la eficacia y/o inocuidad de los medicamentos en los niños, el desconocimiento de las consecuencias de los medicamentos en la infancia, el problema de las prescripciones pediátricas debido a la variabilidad de las respuestas infantiles a los medicamentos, la supervisión del tratamiento farmacológico y el riesgo de envenenamiento por consumo de medicamentos.

Se aboga por un consumo racional de los medicamentos, en el que participen todos los sectores implicados: los propios niños, los padres, los médicos, los farmacéuticos, los legisladores y los fabricantes, teniendo en cuenta, además, el entorno cultural, social y familiar del niño.

El consumo abusivo de medicamentos, cualquiera que sea la edad de los usuarios, es un hecho sobradamente conocido que afecta

también a los niños y en el que intervienen distintos factores (Sanz, 1992; Aramburuzabala y Polaino-Lorente, 1993, 1994).

En realidad, podría sostenerse una cierta irracionalidad respecto del consumo de medicamentos, ya que, de una parte algunos jóvenes se niegan en rotundo a la medicación que se les prescribe aún cuando ésta sea de vital importancia para la enfermedad que padecen (error por defecto); pero, de otra, hay muchos pacientes (especialmente los ancianos) que consumen diariamente más medicación de la que deben, sin que además esté prescrita por ningún médico (error por exceso). Respecto del comportamiento infantil, también se da este uso abusivo, aunque en menor grado, dependiendo casi siempre de cuáles sean las actitudes de los padres respecto de la medicación.

Este difícil problema no se resuelve apelando únicamente a los dos bloques a los que se acaba de aludir en el párrafo anterior. En el abuso de medicamentos hay que apelar forzosamente a otras muchas variables, algunas de las cuales aparecen como sumergidas e implícitas, sin que resulte fácil su manifestación y estudio.

Nos referimos, claro está, a la práctica generalizada de la automedicación; a las actitudes indóciles, perseverantes y casi indolentes de los usuarios que no se adhieren a las pautas medicamentosas establecidas por el experto; al intento, por parte de la Seguridad Social, de magnificar el consumo abusivo de medicamentos y simultáneamente restringir el número de los que se pueden recetar y tratar de desprestigiar la eficacia de las sustancias que son caras; y, por citar sólo alguno más, a la presión ejercida por algunas compañías multinacionales, con tal de

acrecentar el consumo de los productos fabricados.

En las líneas que siguen se plantean otros de los muchos factores que se concitan en este complejo problema y que acaso pudieran explicar mejor el por qué del empleo abusivo de estas sustancias.

2. NUMERO Y TIPO DE MEDICAMENTOS RECETADOS A LOS NIÑOS

Recientemente se han realizado diversas investigaciones acerca del número y del tipo de medicinas que son recetadas a los niños. Sin embargo, son muy escasas las investigaciones disponibles acerca del consumo real de medicinas en la infancia, teniendo en consideración no sólo aquellos fármacos recetados por los médicos, sino también los aconsejados por las personas a cargo del cuidado de la salud de los niños.

En 1982, los estadounidenses aumentaron el número de medicamentos recetados en un 5% respecto del año anterior (Baum y col., 1985). Kennedy y Forbes (1982) encontraron que el 12% de las recetas iban destinadas a niños menores de 14 años (14% de la población). Excepto ese estudio, que incluía a los pacientes pediátricos ambulatorios, las investigaciones acerca del consumo de medicamentos recetados se han centrado en el tema del consumo y en las reacciones adversas producidas por los fármacos en pacientes pediátricos en centros hospitalarios (Naqvi y col., 1979; Rylance, 1979; y Jackson, Drechsler-Martell y Jackson, 1985), y en los patrones de comportamiento médico respecto del recetado en las consultas pediátricas o generales (Howie y Bigg, 1980; Fosarelli,

Wilson y DeAngelis, 1987; Frade García, 1987; Berlin, 1989; y Sanz, Bergman y Dahlstrom, 1989).

En un estudio longitudinal sobre el número y tipo de medicamentos recetados a los niños a lo largo de los cinco primeros años de vida (Fosarelli, Wilson y DeAngelis, 1987), se confirmó lo que otros estudios ya habían planteado: los antibióticos, especialmente los de la familia de la penicilina, son los fármacos más recetados.

Este estudio demostró que tal sustancia se recetaba al 95% de los niños de menos de cinco años en las consultas pediátricas. En ese período de tiempo, los niños recibían un promedio de 8.5 recetas y un promedio de 5.5 medicinas diferentes (el 87% se recetó para dos semanas o menos). Muchos niños estaban expuestos a un número más elevado de fármacos. El intervalo de edad durante el que se recetaba el mayor número de medicinas era el comprendido entre los 7 y los 12 meses. Durante este periodo, los niños están expuestos, por primera vez, a algunas enfermedades infecciosas, son muy vulnerables a la otitis media y están construyendo un arsenal inmunológico. Durante el quinto año, sólo el 42% del grupo estudiado recibió recetas médicas, pero de éstas, un alto porcentaje respondía al tratamiento de enfermedades crónicas, que no se daban en un grado tan elevado en los años anteriores. Se comprobó que los sujetos sometidos a altas dosis de medicación tenían tendencia a utilizar más los servicios médicos.

Los autores concluyen que algunos niños hasta los cinco años de edad reciben demasiadas medicinas (hasta 37 medicamentos); y

ello sin contar las medicinas que consumen por consejo de los padres, que probablemente superen a las recetadas (Knapp y Knapp, 1972; y Rabin y Bush, 1975). La exposición temprana a los medicamentos pudiera estar relacionada con un posterior exceso en su consumo o con un patrón de dependencia respecto del efecto placebo de la medicación.

Nolan y O'Malley (1987) examinaron las diferencias existentes en los patrones de prescripción, en relación con la edad del paciente, observando que había un incremento lineal en el promedio de medicamentos prescritos en cada consulta médica: desde 1.5 en los niños de 0-9 años hasta 2.8 en los pacientes de más de 80 años.

Con respecto al médico de familia, se observó que en la consulta de un hospital a cargo de médicos residentes, por cada visita se expidieron un promedio de 1.49 recetas (Jackson, Drechsler-Martell y Jackson, 1985). Los pacientes cuyo seguro médico cubre la medicación obtuvieron un promedio de 0.78 recetas, mientras que los pacientes privados obtuvieron un promedio de 0.28 prescripciones por visita. Así pues, el efecto de los sistemas de pago del paciente respecto del número de recetas dispensadas parece ser significativo. En este estudio, los medicamentos más comunmente prescritos fueron antibióticos, antihistamínicos-descongestionantes y antihipertensivos.

En España, son muy escasos los estudios de utilización de medicamentos. En un estudio llevado a cabo en un centro de salud que dispone de unidad docente en medicina familiar y comunitaria, situado en una zona periférica de Santa Cruz de Tenerife (Frade y

otros, 1987), se observó que el número medio de recetas por paciente era inferior a la media nacional -entonces (1985) de 2,5-, frente al 1,4 y 1,2 en medicina general y pediatría, respectivamente -siendo en mayo de 1990 de 2,11 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990).

Los mismos autores destacan que el 23% de los niños no recibieron ningún fármaco y el 75,1% recibió menos de dos fármacos. A estos datos hay que sumar la coincidencia con otros estudios pediátricos sobre el hecho de que los antibióticos son los medicamentos que ocupan el primer lugar en las consultas de pediatría, constituyendo el 33,5% de las prescripciones, dato éste que parece excesivo si se tiene en cuenta que son los procesos infecciosos de las vías respiratorias altas los de mayor frecuencia, patología que no precisa, por lo general, de la administración de antibióticos.

En un estudio comparativo de las prescripciones en niños pacientes ambulatorios menores de 14 años entre Tenerife (Islas Canarias) y Suecia (Sanz, Bergman y Dahlstrom, 1989), se detectó una mayor exposición a los medicamentos entre la población española. Así, por ejemplo, el doble de niños españoles recibieron tratamiento antibiótico, en comparación con los niños suecos.

En Tenerife y en Suecia, la patología infantil más recetada es coincidente: la de las vías respiratorias altas (28.2% en Tenerife y 28.8% en Suecia). La mitad de estos niños, en Suecia, no recibieron medicación, mientras que sólo un 10% de los de Tenerife no recibieron medicación.

Los niños que fueron recetados recibieron un promedio de 1.4 medicinas en Suecia y 2.3 en España. Entre los diez productos más recetados en Suecia había 11 principios farmacológicos activos, frente a 25 entre los más recetados en España. Estos preparados, que son utilizados con más frecuencia, representan dos terceras partes de todas las recetas para niños en Suecia, y sólo una tercera parte de las recetas prescritas para niños en España. Así pues, los medicamentos se utilizan con más frecuencia en las consultas médicas en Tenerife que en Suecia. Además, el médico en España eligió una variedad mayor de medicamentos y utilizó con más asiduidad combinaciones fijas de los productos.

3. FACTORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO IRRACIONAL DE MEDICAMENTOS EN LA INFANCIA

De acuerdo a los standards de la farmacología clínica, no parece que el consumo de medicinas sea muy racional (Stanulovic, Jakovljevic y Roncevic, 1984). De otra parte, la adherencia al tratamiento es baja (Lisk y Greene, 1985; Avila Guerrero, 1986; Christiaanse, Lavigne y Lerner, 1989; Donnelly, Donnelly y Thong, 1989; y otros). Es frecuente que se adquieran medicinas que no han sido recetadas (Maiman, Becker y Katlic, 1986; Cunningham-Burley y Maclean, 1987; Gabriele y col., 1989; Lewis y Lewis, 1990; y otros); en cambio, otras se utilizan de forma inapropiada, ineficaz e incluso peligrosa (Litman, 1974; Olness, 1985; Avila Guerrero, 1986; Folli y col., 1987; Thompson y Heflin, 1987; y King y Palmisano, 1989).

A un nivel práctico, esto significa que el mercado farmacéutico, como parte del sistema de los servicios de salud, está siendo sobreutilizado a expensas de los usuarios y de los contribuyentes. A otro nivel, estos datos indican que sólo las regulaciones acerca de las medicinas resultan insuficientes para promover el consumo farmacológico, médica y económicamente racional y de modo seguro.

Aunque en el siguiente capítulo nos ocuparemos con detalle del tema del autocuidado y autorecetado, analizaremos aquí sólo algunos aspectos relacionados con el consumo de medicamentos en la infancia, tales como las características y consecuencias del uso indebido, así como de las recomendaciones para su uso y consumo racional.

Avila Guerrero (1986), tras el análisis cualitativo y cuantitativo de los depósitos de medicinas existentes en los hogares de la ciudad de Córdoba, afirma que aquellos constituyen un riesgo potencial para la salud de sus miembros, unas veces por el peligro intrínseco del propio medicamento cuando se utiliza sin que medie una previa indicación médica y, en otras ocasiones, por la posibilidad de provocar intoxicaciones o efectos indeseables de forma accidental, sobre todo en niños, además de poder propender a su consumo con fines suicidas.

Litman (1974), en su estudio generacional de la salud en las familias, observó que, a pesar de algunas prácticas peligrosas relacionadas con la medicación, el nivel general de uso inapropiado de los productos farmacéuticos era más bajo de lo esperado. De los

más de 3000 items listados, sólo el 15% se juzgó que hubiera sido utilizado de forma inapropiada. Sin embargo, sería necesario conocer los criterios por los que se consideró el uso apropiado o inapropiado de tales productos. En el estudio de Gabriele y col. (1989), realizado en Italia, el 5.9% de los medicamentos se utilizaba de forma inapropiada.

Son muchos los factores que influyen en el uso inadecuado de los medicamentos en la infancia y que se refieren no sólo a los propios niños y a los padres, sino también a los legisladores, a los fabricantes de medicamentos, a los médicos y a los farmacéuticos, y todo ello sin olvidarnos del papel que juega el entorno cultural, social y familiar del niño. Son escasos los trabajos, especialmente los de tipo cualitativo, que se centran en estos temas. En las líneas que siguen nos ocuparemos únicamente de algunos de los factores que son más relevantes.

3.1. Inadecuado conocimiento de las medicinas por parte de los padres

Si en la actualidad se considera como un problema serio de la práctica médica moderna la no-adherencia al tratamiento, el conocimiento inadecuado de las medicinas por parte de los padres está calificado como uno de los factores más importantes que contribuyen a tal hecho.

Donnelly, Donnelly y Thong (1989) evaluaron el conocimiento de los padres de niños asmáticos acerca de las medicinas que se les administraban. Los resultados indicaron que entre un 0 y un 42.2%

de los padres tenían un conocimiento más bien elemental y simple de los modos de acción de estas medicinas, dependiendo de sus distintos componentes. Respecto de la información acerca de cuándo utilizar las medicinas, los porcentajes para los distintos productos variaron entre el 0 y el 50%; y en lo relativo a los efectos secundarios, los porcentajes de conocimientos variaron entre el 51.6 y el 5.9% de los padres. El escaso conocimiento sobre la farmacología del asma quedó reflejado en el hecho de que los padres utilizaban antibióticos, antihistamínicos y descongestionantes para su tratamiento.

Este estudio adquiere especial relevancia puesto que el asma es una enfermedad que requiere de una medicación continuada y por períodos de tiempo prolongados. De otra parte, es una de las de mayor incidencia en la población pediátrica, afectando entre un 10 y un 20% de los niños de la mayoría de las comunidades, lo que supone el 50% de las enfermedades crónicas sufridas por los niños (Donnelly, Donnelly y Thong, 1989).

En nuestro país, el desconocimiento familiar acerca de cómo funcionan y cómo se deben utilizar las medicinas queda reflejado en el trabajo de Avila Guerrero (1986). El autor señala que hay una importante ausencia de educación sanitaria, lo que facilita el que se equipare el alivio de los síntomas de una enfermedad con su curación. Asimismo observa que hay un temor desproporcionado a los medicamentos, que se desconfía del médico y que no se siguen sus prescripciones.

Otros resultados del mismo estudio hacen referencia a que las

familias con un elevado nivel socioeconómico y cultural, así como aquellas en las que conviven numerosos individuos, son las que más se interesan por la lectura de los prospectos de los medicamentos. Igualmente, las familias numerosas con un elevado estatus socioeconómico son las que tienen significativamente más en cuenta la caducidad y las medidas de conservación de los medicamentos, siendo en estas donde se realiza una lectura asidua de los prospectos de dichos productos.

Según la Organización Mundial de la Salud (WHO/EMRO, 1987), para que la utilización de las medicinas sea segura y efectiva, los niños y sus padres deben estar informados, y el médico es el responsable de dar tal información. Esto debería hacerse a través de una conversación abierta con los padres y con el niño respecto del tratamiento que se le propone seguir. En la mayoría de los casos la conversación debería integrar otros temas, como la posibilidad de elegir terapias no-farmacológicas, que pudieran incluir cambios en la dieta, terapia conductual y fisioterapia, además de como complemento de los otros procedimientos.

Sintetizaremos a continuación las diez cuestiones propuestas por la O.M.S. sobre las que los niños y los padres deberían tener información suficiente, antes de iniciar el consumo del medicamento prescrito.

- El nombre de la medicina.
- Su finalidad terapéutica.
- Cuándo y cómo tomarla.
- Cómo saber si está siendo eficaz y qué hacer si no lo

es.

- Qué hacer cuando no se toman una o dos de las dosis.
- Cuáles son los posibles riesgos en que se incurre de no tomarla.
- Por cuánto tiempo se debe continuar tomando la medicina.
- Cuáles son los efectos secundarios más comunes y qué se debe hacer si se presentan.
- Si es posible tomar o no otras medicinas al mismo tiempo.
- Qué otras posibles alternativas hay a esta terapia farmacológica.

Obviamente, el decálogo anterior no se sigue en la mayoría de los casos ni por el médico ni por los padres del niño, lo que puede ser causa de funestas consecuencias.

3.2. Dificultades en la comprobación de la eficacia e inocuidad de los fármacos en los niños

Es una norma general, tanto desde el punto de vista científico como ético y legal, que antes de introducir un fármaco en la terapéutica se hayan hecho las pruebas mínimas precisas para valorar su eficacia y -según las normas vigentes en algunos países- su conveniencia o necesidad (Avery, 1984).

Las pruebas por las que tienen que pasar los fármacos son los conocidos ensayos clínicos. En la actualidad se considera que los ensayos son el arma más eficaz de que disponemos en la

investigación clínica para poder determinar la aplicabilidad o no de un fármaco (Rubio González y col., 1989). En cualquier caso, debe tenerse siempre una especial precaución ante la administración de un nuevo medicamento infantil que aparece en el mercado (WHO/EMRO, 1981), y después de haberse llevado a cabo un seguimiento a largo plazo de sus efectos adversos (Olive, 1989). Los efectos adversos que afectan más específicamente a los niños suelen ser los mismos efectos que en los adultos, pero con una mayor intensidad; los efectos resultantes de una interferencia con los procesos de maduración y crecimiento; y ciertas reacciones retardadas que aparecen mucho tiempo después de haber consumido el medicamento (Olive, 1989).

Es sabido que resulta difícilmente justificable extrapolar a la población pediátrica los datos que sobre la investigación de un fármaco se obtienen en una población adulta. Entre otros motivos están la existencia de una patología propiamente infantil, las diferencias en el comportamiento farmacocinético y/o farmacodinámico entre el niño y el adulto (por ejemplo, en la absorción a través de la piel, el distinto grado de maduración de los sistemas metabólicos, etc.), lo que provoca grandes variaciones en la cantidad de fármaco disponible, y otras dificultades específicas en la administración de los fármacos, según la edad (Levine, 1982; Flouvat, 1989; y Rubio González y col., 1989). Sin embargo, esta práctica continúa realizándose, aunque en la actualidad se hacen muchos más ensayos clínicos en niños, gran parte de los cuales van dirigidos al tratamiento de patologías

específicamente infantiles.

Además de los problemas ya mencionados, existen consideraciones de tipo ético y metodológico que dificultan los estudios para comprobar la eficacia de los fármacos utilizados por los niños (Lockburn y otros, 1980; WHO/EMRO, 1981; y Thompson y Heflin, 1987)

Por otra parte, hemos de tener en cuenta que en los hogares los niños pueden consumir medicamentos sin receta médica, en los que el control de su eficacia escapa a lo establecido, por no figurar su utilización en la población infantil entre sus indicaciones.

A todo esto cabe añadir que, en algunos casos, los médicos recetan medicinas para indicaciones terapéuticas que no están recogidas en el prospecto del producto, por lo que resulta todavía más difícil comprobar su eficacia. Según Thompson y Heflin (1987), el número de medicinas recetadas en pacientes pediátricos para indicaciones que no están recogidas en los prospectos es bajo y, desde luego, existe suficiente evidencia en la literatura médica para apoyar al menos algunos de estos usos.

3.3. Dificultades para la prevención por parte de los médicos y de los padres de otras consecuencias de los medicamentos en el ámbito del desarrollo y de la nutrición

Nos referimos aquí tanto a los efectos secundarios que figuran en los prospectos de los fármacos, como otras consecuencias no determinadas en el consumo de las medicinas pediátricas como, por

ejemplo, a las que se derivan en el ámbito de la nutrición.

Estas consecuencias tienen una mayor importancia clínica en los niños malnutridos y en los que toman medicamentos durante períodos de tiempo muy prolongados (Olness, 1985). A este respecto la literatura pediátrica es muy escasa, por lo que no es de extrañar que cuando se informa a los padres sobre los posibles efectos secundarios generados por las medicinas, no se incluyan las específicas sobre la nutrición (Olness, 1985).

Los efectos de las medicinas pediátricas en el crecimiento y el desarrollo tampoco están siempre especificados en los prospectos, por lo que es de suma importancia la observación del médico y de los propios padres de dichos posibles efectos, de modo que en el caso de que estos se presenten sean rápidamente reconocidos y reportados (WHO/EMRO, 1987).

3.4. El problema de las prescripciones infantiles

Los niños difieren de los adultos en la forma como utilizan y responden a las medicinas. Hay, además una variación grande entre los niños de edades diferentes. Estas diferencias pueden persistir, incluso cuando se ajusta la dosis a la superficie o al peso del cuerpo (Levine, 1982; y WHO/EMRO, 1987).

En teoría, recetar en función de los datos obtenidos para un grupo de edad y para una enfermedad en concreto, debería dar como resultado una terapia pediátrica segura y efectiva. Sin embargo, cada sujeto es diferente, y el médico debe anticipar las posibles variaciones en el uso y en las respuestas a los medicamentos. Estas

diferencias inter e intraindividuales hace que el uso racional de los medicamentos sea todavía más difícil en los niños que en los adultos.

Sanz (1991) indica que es necesario analizar las diferencias en cuanto al consumo de medicamentos infantiles desde un punto de vista multidisciplinar de forma que se tomen en consideración los factores psicosociales que afectan el consumo por parte de los niños de tales sustancias. Según este autor, las actitudes y las creencias con respecto a los medicamentos juegan un papel principal hasta el punto de que algunas sustancias -tales como las vitaminas y los estimulantes del apetito- se mantienen en el mercado porque son consideradas como sustancias "buenas para la salud", aunque en muchos casos no se pueda probar su eficacia.

Algunos estudios han analizado las reacciones medicamentosas adversas en la población infantil. Valga como ilustración de lo expuesto el trabajo de Mitchell, Lacouture y Sheehan (1988), en el que se estudió un grupo de 10.297 niños hospitalizados, encontrándose que un 2% de las admisiones eran debidas a las reacciones adversas a la medicación. McKenzie y col. (1976) también describieron el 2% de 3.556 admisiones de niños al hospital como consecuencia de reacciones adversas a los medicamentos. Aunque los médicos y los padres son cuidadosos en lo que respecta a las medicinas que se da a los niños y supervisan las reacciones, para explicar los datos mencionados hay que referirse a factores farmacológicos y psicosociales tales como los conocimientos y las actitudes que se tienen con respecto a los medicamentos.

La utilización y remodelación de los medicamentos de los adultos en formas pediátricas sin que con ello pierdan eficacia es otro de los grandes problemas aquí planteados (Bernheim, 1989; y Guillot, 1989).

Los niños, por ejemplo, aceptan mejor los líquidos que las pastillas. Sin embargo, la adaptación de los fármacos para el uso pediátrico es un proceso complejo que encierra muchos riesgos y limitaciones que sólo se pueden superar a través del diálogo entre los médicos y las compañías farmacéuticas.

La prescripción de medicinas en la infancia presenta muchos problemas que a menudo interactúan entre sí; dichos problemas hacen referencia al propio niño y su familia, a las medicinas y a la persona que receta (Haaijer-Ruskamp, 1992).

La O.M.S. (WHO/EMRO, 1987) señala como posibles fuentes de problemas en las prescripciones pediátricas las siguientes:

- Algunos médicos no han sido convenientemente instruidos en los principios básicos de la prescripción infantil.
- Los padres a menudo ejercen una presión inadecuada sobre los médicos para que receten medicinas a sus hijos, incluso para leves patologías que no lo requieren.
- Un excesivo énfasis en el papel atribuido a la farmacoterapia en relación con otros procedimientos terapéuticos puede conducir a un uso excesivo de las prescripciones.

- Los médicos se encuentran bajo una fuerte presión de las compañías farmacéuticas para que receten sus productos.
- La limitación del tiempo para las consultas contribuye a aumentar la presión a favor de recetar.

El proceso de recetar

En la actualidad se reconoce de forma generalizada que el tratamiento farmacológico es una parte importante de la práctica médica. El número de medicamentos potentes y efectivos que están a disposición de los médicos (y que por ellos son recetados) va en aumento (Haayer, 1983). Sin embargo, diversos estudios han demostrado que recetar mucho es innecesario, inapropiado o irracional y puede ser incluso peligroso, dada la seriedad de las reacciones adversas que pueden producirse (Fendler, Gumbhir y Sall, 1984; Hardin y col., 1985; Ray, Schaffner y Federspiel, 1985; Ray y col., 1985; Haaijer-Ruskamp, Stewart y Wesseling, 1987; Angunawela y Tomson, 1988; Denig, Haaijer-Ruskamp y Zijssling, 1988; Pitts y Vincent, 1989; Shaughnessy y Nickel, 1989; y Weiss y col., 1990). Así pues, parece necesario conocer más de cerca el proceso racional de recetar, cómo puede evaluarse y cómo orientarse mejor.

La pregunta que surge, en primer lugar, es si el medicamento es necesario. Esta pregunta puede ser difícil de responder, puesto que primero habría que plantearse si el medicamento se prescribe para un tratamiento específico o sólo para aliviar un síntoma. Las medicinas en los niños se utilizan con frecuencia para síntomas

para los cuales no está del todo establecida cuál es la eficacia de ese medicamento. En un estudio que se llevó a cabo en un hospital pediátrico (Thompson y Heflin, 1987), se encontró que un total de 62 (7%) de los 951 medicamentos recetados no tenían indicaciones pediátricas. Se llegó a un consenso en cuanto al uso apropiado en 24 (39%) de los casos, y en cuanto al uso inapropiado en 10 (16%) casos. No se llegó a consenso en el 45% de las instancias. Entre las indicaciones no-aprobadas más comunes se hallaba el manitol para la diuresis y la cimetidina para la hipersecreción de ácido gástrico.

La O.M.S. (WHO/EMRO, 1987) elaboró una lista con aquellas áreas especialmente problemáticas en cuanto a la prescripción de fármacos en la infancia. Entre ellas están, por ejemplo, la prescripción de medicamentos antibacteriales para infecciones de las vías respiratorias altas, que son generalmente provocadas por virus; el empleo de medicinas en las diarreas y el uso de fármacos para aumentar el apetito. Estas áreas de consumo de medicamentos suponen el 70% de todas las medicinas que toman los niños y, como consecuencia de tal práctica, hasta dos terceras partes de los fármacos que se recetan a los niños pudieran tener escaso o ningún valor (WHO/EMRO, 1987). Este hecho podría tener importantes consecuencias respecto de las futuras prescripciones, sobre todo en términos de la demanda de los padres y sus expectativas con relación a la terapia farmacológica.

Se desconocen las consecuencias psicológicas y sociales que pudieran producirse en el niño a quien se le administran

medicamentos de esta forma, ya que podrían tender a crecer creyendo que las medicinas son la solución para muchos de sus problemas.

A la hora de seleccionar el medicamento, la O.M.S. (WHO/EMRO, 1987) propone que se tengan en cuenta las siete consideraciones siguientes: eficacia, baja toxicidad, uso clínico y acceso a datos cinéticos, coste, acceso a un método apropiado de administración, riesgo de envenenamiento y combinación de productos.

Las fuentes de información, las actitudes, las creencias, los valores y las expectativas de los médicos ante el tema de la prescripción de medicamentos son aspectos que están siendo estudiados por distintos autores y que en la actualidad se consideran de gran interés¹.

Muchas de las visitas al pediatra concluyen con un tratamiento farmacológico, motivo por el que el fundamento sobre el que se debe asentar la prescripción de los medicamentos es de gran importancia (Fox, 1986)

Con el aumento en la complejidad de las fórmulas farmacológicas, es muy probable que aumente también el riesgo de los errores en las prescripciones pediátricas (Folli y col., 1987).

Los resultados de una investigación sobre el uso de los antibióticos en un hospital pediátrico reveló que su utilización era inapropiada en un 66% de los pacientes operados y en un 21% de los pacientes de medicina interna (Naqvi y col., 1979). Estos datos reflejan la necesidad de más investigación sobre la utilización de

¹ Para una información más detallada, cfr. Segal y Hepler, 1985; Bower y Burkett, 1987; Denig, Haaijer-Ruskamp y Zijssling, 1988; McGavock, 1988; y Pitts y Vincent, 1989.

medicamentos en la población infantil.

En otro estudio llevado a cabo en dos hospitales pediátricos, se observó que había una frecuencia de 1.35 y 1.77 errores por cada 100 días de hospitalización de cada paciente (Folli y col., 1987). El tipo de error más común era el referente a la dosis, siendo la sobredosis el más frecuente. Los niños de dos años y menores son los que recibieron la mayor proporción de recetas con errores. Sin embargo, los recién nacidos fueron los que recibieron, proporcionalmente, menos recetas con errores.

Los médicos con más experiencia y entrenamiento y aquellos que trabajan en su especialidad son menos propensos a cometer errores en las prescripciones, que los que tienen poca experiencia y entrenamiento o/y practican la medicina general.

Con el fin de aunar criterios y de tratar de evitar errores en la posología de los fármacos, en algunos países, como Francia, existen tablas de dosis de medicamentos para el uso pediátrico que sirven como documento oficial. Ahora bien, como Lechat (1989) señala, existen ciertos problemas para fijar la posología oficial. Este es el caso de la elección de los grupos de edad, la selección de las medicinas, la forma de expresar las dosis, el interés o no de indicar la dosis máxima y el mismo hecho de propagar estos datos entre los médicos y los farmacéuticos.

Por todo esto, parece necesario disponer de unos criterios específicos por los que los médicos puedan regirse a la hora de recetar y, aún más, por los que los padres puedan saber cuáles son las dosis fijadas para las medicinas que sus hijos han de tomar.

Berlin (1989) recomienda que se dé a los padres cuidadosas instrucciones sobre las dosis apropiadas y los instrumentos para medirlas con exactitud, de forma que se eviten términos tales como "cucharada pequeña" o "cucharada grande".

3.5. La supervisión del tratamiento farmacológico

Dada las grandes variaciones en el uso y en las respuestas a los medicamentos por parte de los niños, así como el estrecho margen de seguridad de los fármacos en los niños, la O.M.S. (WHO/EMRO, 1987) recomienda la supervisión durante la terapia farmacológica de la acción y de los efectos de la misma, práctica que es habitual y tradicional en la actividad clínica. Las ventajas de esta práctica son muchas.

En efecto, esta supervisión ayuda a determinar las dosis que producirán concentraciones efectivas y seguras, y facilita el que podamos evaluar la adherencia al tratamiento y a interpretar y comprender las interacciones de las medicinas. Para ello, la forma más recomendable es el análisis de sangre (WHO/EMRO, 1981; y WHO/EMRO, 1987), puesto que la utilidad de la observación clínica basada en sólo la experiencia, no ha podido ser comprobada (Spector, Park y Johnson, 1988).

El control de la eficacia del medicamento una vez puesto en el mercado no se limita al seguimiento del paciente -en este caso del niño-, sino que son necesarios los estudios de post-marketing que reduzcan la laguna existente entre los estudios anteriores a su comercialización y la información necesaria para un óptimo uso

clínico (Strom, Melmon y Miettinen, 1985).

3.6. El riesgo de envenenamiento por consumo de medicamentos

El envenenamiento de los niños en edad preescolar por consumo de medicinas es una de las causas principales por las que estos acuden a las salas de urgencias de los centros sanitarios (WHO/EMRO, 1987; y King y Palmisano, 1989), si bien es preciso reconocer que ha dejado de ser una causa importante de mortalidad (WHO/EMRO, 1987).

Según la O.M.S. (WHO/EMRO, 1987), los accidentes por envenenamiento pueden ser debidos a algunas de las causas siguientes:

- La conducta de exploración infantil, especialmente en los niños entre los 18 y los 36 meses.
- La prescripción de dosis de medicamentos excesivas por parte de los médicos, o la comisión de un error en la farmacia.
- La confusión del niño que toma las medicinas por caramelos.
- El inadecuado almacenamiento o supervisión.
- El intento de suicidio o la llamada de atención de los adolescentes que buscan ayuda.
- La administración inapropiada de las medicinas (en raras ocasiones) por parte de los padres.

En caso de envenenamiento es muy importante que los padres sepan cuáles deben ser los cuidados inmediatos que hay que aplicar.

King y Palmisano (1989) indican que los medicamentos suelen encontrarse al alcance de los niños y que su empaquetado es de fácil apertura. Estos son los dos motivos principales, según los autores, por los que se producen los envenenamientos. De aquí que promuevan, a este respecto, el cumplimiento de la reglamentación vigente, supervisando el que las compañías farmacéuticas envasen sus productos en contenedores que sean seguros respecto de los niños, especialmente el de aquellas sustancias de mayor peligrosidad y de consumo familiar más habitual.

Tres de las siete medicinas que suscitan más casos de envenenamiento infantil en E.E.U.U. estaban también entre las cinco medicinas más recetadas en aquel país (King y Palmisano, 1989). Este dato sugiere la obvia conclusión de que el simple hecho de que el medicamento esté al alcance es un factor de riesgo, pues en esa experiencia el 60% de las medicinas referidas pertenecían a las madres y a las abuelas.

De igual forma, es muy importante que todas las medicinas estén identificadas por su nombre, que debe estar expuesto en el envase, precaución ésta que de requerirse puede evitar muchas confusiones lamentables.

En cualquier caso, sería erróneo si el lector de este trabajo obtuviese la conclusión de que la medicación infantil no genera sino consecuencias negativas y que, en consecuencia, el arsenal terapéutico de que hoy disponemos es un mal mayor.

Nada de eso es cierto. Si no dispusiéramos de los medicamentos, las expectativas de vida de los pacientes infantiles

se habrían acortado poderosamente. No. La farmacopea da más años a nuestras vidas y más y mejor vida a nuestros años. Este éxito clamoroso, no obstante, debe matizarse: precisamente contribuyendo a evitar que -por abuso, confusión o mal uso- la fortaleza de los medicamentos se transforme en debilidad, su función sanadora devenga en patógena y en lugar de optimizar la salud y estar al servicio de la vida humana, se mude en algo perjudicial y en contra de nuestras vidas. Y esto es, exactamente, lo que se ha pretendido poner de relieve en este capítulo.

Por último, es importante que se reconozca que algunos de los factores que conducen al consumo irracional de medicamentos en la infancia se pueden controlar si existe colaboración entre los niños, los padres, los médicos, los farmacéuticos, los legisladores y las compañías farmacéuticas. La educación para la salud se hace necesaria con el objetivo de aumentar los conocimientos de los niños y de los padres acerca de los medicamentos. Los padres y los médicos deben tener en cuenta los efectos de los medicamentos en el desarrollo y la nutrición. Además, es importante que las compañías farmacéuticas lleven a cabo análisis clínicos con el fin de evaluar la seguridad y la eficacia de sus productos, y que utilicen contenedores seguros para los niños.

CAPITULO III
ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS
EN LA INFANCIA

1. INTRODUCCION

El objetivo del presente capítulo es analizar el autocuidado, en lo que respecta al consumo infantil de medicamentos, desde la perspectiva del educador.

Se define el término de autocuidado y se analiza la autonomía del comportamiento infantil en el área de la medicación. Diversos estudios han puesto de manifiesto el papel activo de los niños con respecto al consumo de medicamentos. El reconocimiento de esta participación autónoma, sugiere la urgencia de diseñar y llevar a cabo programas de educación que incluyan a los padres, a los profesionales de la salud, al personal escolar y a los propios niños. Estos programas contribuirán a reducir el uso inadecuado de medicamentos en la etapa infantil y en la edad adulta, puesto que el niño educado en el consumo de medicamentos será un adulto capaz de utilizar los fármacos de forma racional.

El autocuidado, aunque es una de las formas de acción preventiva y terapéutica más comunes, ha recibido escasa atención por parte de los investigadores (Dean, 1981). No obstante, es este un tema que está siendo redescubierto en la actualidad por los expertos de los países occidentales. ¿A qué se debe este renovado interés? Algunos, sin duda, lo atribuirán a razones de tipo económico, dado el elevado gasto que supone el ámbito de la salud.

Otros, en cambio, invocarán el ahorro de tiempo que el empleo de estos recursos puede suponer para los médicos. Sin embargo, en nuestra opinión, la razón más relevante que debería aducirse consiste en devolver a las personas la necesaria capacidad de tener confianza en sí mismos y en sus conocimientos para personalmente cuidar de su salud (Fry y Fryers, 1983). De ahí la urgencia de que los educadores para la salud ayuden a las personas a desarrollar las destrezas que para este fin son necesarias. Un indicador de la importancia de este tema es la proliferación de libros y monografías que sobre el autocuidado están disponibles.

2. LA AMBIGÜEDAD DE UNA DEFINICION

El autocuidado ha sido definido como el proceso por el que los individuos toman decisiones propias acerca del diagnóstico y tratamiento de ciertos síntomas en sustitución de los servicios profesionales de tratamiento (Dean, 1981). A esta definición añade Van Der Geest (1987) que dicho funcionamiento incluye no sólo al propio paciente, sino también a los miembros de la familia.

En realidad, las dos definiciones que de autocuidado se han dado anteriormente, no sólo responden a la ambigüedad de un término -que por otra parte ha sido hoy en día rigurosamente establecido-, sino que constituye la posibilidad de que el comportamiento del sujeto caiga en el más completo descuido.

Esto significa que en vez del autocuidado de sí mismo, el niño incurriría en el descuido de sí mismo por negligencia o ignorancia en el manejo de signos y síntomas, que no tiene porqué diagnosticar

ni tratar personalmente. Nadie, ni siquiera el propio médico, es buen médico para sí mismo; mucho menos lo sería cualquier paciente infantil, por mucho que sea lo que se le hubiera enseñado a través de los programas de educación.

Por eso mismo, las definiciones de Dean (1981) y de Van Der Geest (1987), deben ser desestimadas, ya que poseen un cierto poder inductor de comportamientos temerarios en relación con la propia salud infantil.

Más conveniente es volver a reestablecer el riguroso concepto de lo que por este término de autocuidado se entiende. El autocuidado procede del griego "autós" (a sí mismo) y del latín "cogitatus" (cuidado). En la literatura científica contemporánea este concepto equivale a lo que se quiere significar con el término inglés "self-care", que designa al conjunto de hábitos de comportamiento que, aprendidos en la más temprana infancia, posibilitan el que el sujeto cuide de sí mismo, de su integridad física y psicológica y del modo en que ha de conducirse para prevenir las enfermedades y mejorar su salud.

En un sentido muy estricto este concepto incide frontalmente en las tareas y conductas que específicamente tienen que ver con la salud. En un sentido más amplio, el autocuidado incluye los repertorios comportamentales más variados y complejos que están al servicio de la autonomía personal. En este último sentido hábitos de autocuidado son, por ejemplo, las conductas de aseo personal, de alimentación, los hábitos higiénicos y de seguridad vial, etc.

La mayoría de estos repertorios comportamentales se aprenden

de un modo connatural, a través del aprendizaje por observación del comportamiento de los padres (Bandura, 1977; y Mahoney, 1983), de modelos de comportamiento ofrecidos por personas relevantes (maestros) y de la propia capacidad del niño para imitar a los adultos.

En otros muchos casos la conducta de autocuidado se aprende a través de aproximaciones sucesivas, seguimiento de consignas, instrucciones y órdenes verbales, o incluso a través de modelos convencionales y formales dentro del ámbito del aprendizaje escolar (Pelechano, 1980).

En cualquier caso, el aprendizaje del autocuidado al que aquí nos referimos es el de aquellos hábitos o repertorios comportamentales específicamente dirigidos al uso y consumo de medicamentos en la forma más conveniente para curar una determinada enfermedad, disminuir ciertas conductas deficitarias u optimizar la propia salud. El aprendizaje de muchos de estos hábitos permite la generalización de ese comportamiento en situaciones y circunstancias estimulares muy diversas de aquellas que inicialmente sirvieron a la génesis y consolidación de tal hábito comportamental.

En lo que se refiere al autocuidado respecto del consumo de medicamentos en la infancia hay que tener en consideración que el término hace referencia tanto a la propia conducta autónoma del niño, como a los comportamientos por parte de los padres en lo que atañe al tratamiento de los niños.

Si el autocuidado es una práctica generalizada, el consumo de medicamentos es una de las conductas más comunes relacionadas con la salud. El estudio de las actitudes y conductas infantiles de autocuidado relacionadas con los medicamentos es de gran importancia, puesto que es un hecho común que la adquisición y consumo de medicamentos por parte de los niños en cierto modo depende de los muchos mensajes -no todos ellos congruentes- que el niño recibe acerca de las medicinas. Este hecho es importante porque podría ser considerado como un indicador del desarrollo de las actitudes y creencias de los niños respecto de otras conductas acerca de la salud y de la enfermedad (Bush, Davidson, 1982).

3. EL COMPORTAMIENTO INFANTIL Y EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS: DE LA PASIVIDAD A LA ACTIVIDAD

Sin embargo, son escasos los estudios publicados acerca del consumo de medicamentos, por parte de los niños, y más escasos aún los que hacen referencia a la autonomía del comportamiento infantil en este ámbito. En la mayoría de los estudios disponibles, se aportan datos de tipo cuantitativo, que responden a investigaciones realizadas en países del tercer mundo y tienen a los padres como principales informantes (Tomson y Sterky, 1986; Greenhalg, 1987; Hardon, 1987; Van Der Geest, 1987; y Price, 1989).

Tradicionalmente, se considera a los niños como agentes pasivos en lo referente a los cuidados de salud. Por contra, se asume que son los padres los que tienen aquí el papel activo: son

ellos quienes "llevan al niño al médico" y le cuidan cuando no se encuentra bien. En este contexto, nada tiene de particular que los médicos y enfermeras cuando hablan a los niños, tiendan a dirigirse muchas veces a los padres para obtener la necesaria información acerca del historial y de los antecedentes relativos a la salud y enfermedades del niño.

Esta misma actitud suele darse respecto de las conductas de consumo de medicamentos. Sin embargo, desde hace escasamente dos décadas, puede observarse el giro que se ha producido en cuanto al concepto del papel desempeñado por los niños con respecto al tema de la salud, un hito éste que es apenas un reflejo de un movimiento global más amplio, en favor del reconocimiento de la infancia y de sus derechos.

Según Lewis y Lewis (1990), el cambio en el concepto del rol infantil en el tema de la salud puede deberse en buena parte a necesidades de tiempo, tales como las derivadas del hecho de que ambos padres trabajen fuera de casa, de modo que los niños deban tomar decisiones por sí mismos. Estos autores proponen que se eduque a los niños en las habilidades necesarias para ser capaces de tomar decisiones por sí mismos en los temas de salud. En sus estudios hallaron diversos obstáculos para la implementación de dichos programas de educación para la toma de decisiones. Mientras los niños mostraron un alto grado de interés en tales programas, los padres y los médicos mostraron una cierta desconfianza respecto de ellos. Los autores suponen que esta desconfianza pudiera tener

sus raíces en el miedo de los padres a perder control, y en la falta de confianza y de habilidades para tratar con niños de los médicos, así como en el miedo a perder pacientes.

La autora de estas líneas no puede admitir lo afirmado más atrás por Lewis y Lewis (1990). Atribuir al miedo de los padres, en tanto que padres, a perder el control respecto de sus hijos, el hecho de que desconfíen del alto interés que puedan tener su hijos por estos programas parece una afirmación muy radical y difícil de demostrar empíricamente. Entre otras cosas, por el grado de permisividad que se observa por parte de los padres hacia el comportamiento de sus hijos.

Imputar la supuesta falta de confianza y de habilidades de los médicos para tratar con sus jóvenes pacientes, así como el miedo a perder a estos pacientes, resulta algo increíble. De una parte, porque si los niños no tuvieran confianza con sus pediatras o éstos no dispusieran de las necesarias habilidades para interactuar con sus clientes, toda la pediatría dejaría de ser eficaz. Por eso este dato, como lo demuestran multitud de investigaciones empíricas es muy difícil de sostener en el ámbito de la actual pediatría, ya que precisamente en ese contexto clínico casi siempre sucede lo contrario.

De otro lado, no parece que los pediatras tengan mucho miedo a perder a sus pacientes pues, si como Lewis y Lewis afirman, esto ocurriese, ¿a qué médico iría el niño?, ¿a qué otro profesional no médico podría dirigirse el niño para su diagnóstico y tratamiento?

La incongruencia de estos argumentos es aquí manifiesta. Se incurre así en un sofisma, por cuya virtud se generaliza una opinión contra lo que es manifiestamente sostenido por los actuales datos empíricos. Lo que acontece más bien -y esta podría ser la explicación- es que profesionales como los pediatras tienen demasiada responsabilidad sobre sus espaldas, pues de ellos depende no sólo la tarea de curar al joven paciente sino también la de actuar con la necesaria prudencia exigida por la buena práctica de su profesión pues, de lo contrario, podrían ser denunciados por negligencia o "mala práctica" en el desempeño de su comportamiento profesional. Y, sin duda alguna, incurrirían en un "mala práctica" profesional si delegaran en el niño habilidades de autocuidado relativas al consumo de medicamentos (especialmente en el caso de la automedicación), por cuyo defecto el niño enferma, sufre un grave accidente o se intoxica.

Por otro lado, hay que mencionar la existencia de programas para la promoción del autocuidado en los niños, en los cuales los médicos tienen una participación muy activa (Williams y Fosarelli, 1987; y Shafir, Weiss y Herman, 1988), lo que desmentiría las hipótesis antes planteadas.

Según parece, el proceso de toma de decisiones por parte de los niños con respecto a la salud está influido por el estilo cognitivo y el autoconcepto (Lewis y Lewis, 1982). El aprendizaje cognitivo de conceptos tales como la relación entre prevención y causalidad puede no ocurrir hasta que el niño ha alcanzado el

período operacional de desarrollo -quizás en el tercer o cuarto curso-. Sin embargo, el aprendizaje social continuo tiene lugar durante toda la vida del niño.

Los niños aprenden ciertos aspectos acerca de las conductas de salud y de enfermedad a través de la imitación, el modelado, la interacción con el ambiente y el ser reforzados por ciertas respuestas asociadas con la enfermedad y los accidentes.

El modelo conceptual de Lewis y Lewis (1982) asume que un niño, ante un estímulo -un accidente en el patio, una sensación denominada como "dolor de estómago" o algo que le causa malestar- debe decidir si ha de buscar o no atención y cuidado. Esa decisión puede ser reflexiva o refleja; se fundamenta en experiencias pasadas, en el conocimiento acerca de lo que aquello representa y significa, en las actitudes del niño hacia la salud y en el contexto en el que ocurre el "problema".

En la vida diaria, todos los niños reciben mensajes acerca de los medicamentos, bien sea tomándolos, observando a otros miembros de la familia cómo los toman, o a través de los medios de comunicación (Bush y Hardon, 1990). Por tanto, las creencias y expectativas acerca de los medicamentos se forman a lo largo del periodo infantil y probablemente condicionen las conductas de la persona a lo largo de toda su vida.

El papel activo de los niños respecto de los medicamentos es fácil de observar en situaciones comunes de la vida diaria. Sirva de ejemplo la madre que envía al niño a recoger medicinas a la

farmacia o el niño que le recuerda a su madre que es la hora de tomarse la medicina. Pero su autonomía no se reduce a tales casos. En general, los niños en edad escolar son más competentes de lo que los adultos creen, y tienen más autonomía en cuanto al consumo de medicamentos de lo que la mayoría de los adultos probablemente predecirían.

Del estudio de Bush y Davidson (1982) se desprende que los niños no se ven a sí mismos como receptores pasivos de las medicinas, sino más bien como participantes activos en tal proceso, capaces de tomar sus propias decisiones y no simplemente observando lo que otros hacen. Estos autores señalan, además, que los datos aportados por los niños sobre la frecuencia de consumo de medicamentos se corresponde con los aportados por los padres, lo cual viene a avalar la fiabilidad y la importancia de las opiniones de los propios niños sobre su consumo de medicamentos.

Por el contrario, Sachs (1990), en un estudio realizado en Suecia con cuarenta niños de seis y siete años, señala que estos perciben la toma de medicamentos como una acción controlada por los padres, quienes "te dan las medicinas cuando estás enfermo", del mismo modo que expresan que no pueden quedarse en casa o "estar enfermos", a menos que algún adulto realmente decida que están enfermos.

4. INTERACCION PADRES-NIÑOS, CONVICCIONES, EXPECTATIVAS Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Si bien es razonable esperar que las creencias de los niños y las de los padres con respecto a la salud y a sus cuidados estén relacionadas, no hay suficientes estudios que apoyen tales predicciones. Mechanic (1964) fue uno de los pioneros en el estudio de las relaciones entre las madres y los hijos en el tema de la salud. Contrariamente a las hipótesis por él propuestas halló unas correlaciones muy débiles o no significativas entre las actitudes de los niños ante los síntomas y las respuestas de las madres.

Una década más tarde, los resultados de los estudios de Campbell (1975) sugirieron que las actitudes y las creencias de los niños acerca de la enfermedad son más el resultado de un aprendizaje social, que va acorde con los estadios del desarrollo cognitivo, que el resultado del aprendizaje interpersonal y directo dependiente de la madre.

Sin embargo, los resultados de otras investigaciones (Bush y Iannotti, 1988; Lewis y Lewis, 1982; y Lewis y Lewis, 1989) sugieren que las madres tienen una influencia más decisiva de lo que se creía en las actitudes y conductas de los niños relacionadas con la salud y, en concreto con el consumo de medicamentos y las visitas al médico. Y, al parecer, estas influencias se mantienen estables a lo largo de la edad escolar. En esta misma dirección, Rossiter y Robertson (1980) indican que los padres tienen una fuerte influencia sobre las actitudes de los niños pequeños con

respecto al consumo de medicamentos. Sin embargo, a medida que van creciendo y tomando mayor responsabilidad sobre el propio cuidado de su salud, la influencia de los padres desciende, a la vez que aumenta la de la publicidad de las medicinas.

En un estudio posterior realizado por Bush y Iannotti (1990) se comprueba que, aunque las creencias de los padres respecto del consumo de medicamentos son internalizadas por sus hijos, los niños muestran una considerable autonomía para formular acciones específicas. Incluso cuando los niños son pequeños, menores de 10 años, las madres proporcionan diariamente múltiples mensajes sobre la salud o manifiestan una excesiva preocupación por su salud, con frecuencia relacionados con el consumo de medicamentos. Ahora bien, hay diferencias entre las madres en la frecuencia con que presentan estos mensajes, quienes en función del contexto, por ejemplo, pueden poner un mayor énfasis en la responsabilidad del niño con respecto al consumo de los medicamentos, o en su propia responsabilidad. Estas interacciones afectan las creencias y las actitudes de los niños, en lo que respecta al consumo de medicamentos y, en general, a la salud, pero tienen un escaso efecto directo en lo relativo a las expectativas de sus acciones.

Los resultados de un estudio llevado a cabo por Bush, Iannotti y Davidson (citado en Bush y Hardon, 1990) resaltaron que, en general, los niños que saben más acerca de los medicamentos y que sienten que tienen más control sobre su salud son aquellos cuyas expectativas de tomar medicamentos son menores. Los niños de clase

social más baja tienen más necesidad de información sobre el consumo efectivo de medicamentos, tienen más expectativas de tomar medicamentos, puntúan más alto y más bajo en el "locus of control" externo en lo relativo a la salud y en conocimientos sobre los medicamentos, respectivamente, y son más propensos a que se les envíe a comprar medicinas. Los niños con mayores expectativas de tener problemas corrientes de salud -resfriados, fiebre, dolor de estómago, nerviosismo y dificultades para dormir- tienen también mayores expectativas de tomar medicamentos, aunque las madres con mayores expectativas de que sus hijos tengan problemas corrientes de salud son menos propensas a tratar con medicamentos dichos problemas. Parece que las madres utilizan los medicamentos como un sustituto de las consultas médicas ante las molestias corrientes, en vez de dirigir sus expectativas de tratamiento a través de la visita médica y de los medicamentos recetados por el médico (Bush y Iannotti, 1990).

Un estudio de los establecimientos en los que se venden medicamentos confirmó que en Estados Unidos los niños compran medicinas sin receta médica y recogen medicamentos con recetas. Ya desde los seis años, los niños conocen el nombre de una amplia variedad de medicamentos (Bush y Hardon, 1990). Los medicamentos más nombrados por los niños son los más frecuentemente autorecetados, que son los que están relacionados con el tratamiento de problemas comunes -resfriados, fiebre, dolor de estómago, nerviosismo y dificultades para dormir (Bush y Iannotti,

1990). Ante estos problemas comunes, los niños expresan sus expectativas de ser tratados sin acudir al médico.

Si la influencia de los padres en las creencias de los niños es algo por todos reconocido, no lo es tanto la influencia que los propios niños tienen sobre su familia. Si las conductas se implantan en los miembros de la familia, y éstas permanecen relativamente estables a lo largo del crecimiento de los miembros más jóvenes, más tarde éstos, a su vez, transmitirán dichas conductas a la siguiente generación al fundar sus propias familias. Además, los niños llevan a casa información del colegio que transmiten a sus hermanos y a los padres, de modo que puede afirmarse que la influencia entre ellos es mutua y recíproca.

5. EL PAPEL DEL FARMACEUTICO Y LA EDUCACION PARA EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Los escasos estudios disponibles acerca del consumo de medicamentos en la infancia parecen confirmar, por lo general, el papel activo que juegan los niños en el consumo de medicamentos y la importancia que tiene el autocuidado. Ahora bien, se detecta una ausencia de programas que hayan sido diseñados para ayudarles a aprender cómo consumir medicamentos de forma eficaz. La educación para el consumo apropiado de medicamentos debería comenzar en la niñez, como una parte importante de las materias que configuran el curriculum de educación para la salud y los médicos deberían dirigirse a los niños tanto como a los padres a la hora de recetar

y aconsejar fármacos. Asimismo, el farmacéutico, como profesional entre cuyas misiones está la de dispensar medicamentos, tiene un papel de capital importancia en la automedicación (Avila Guerrero, 1986).

Dada la flexibilidad y la naturaleza informal del contacto, el farmacéutico se convierte en una fuente importante de información para el consumo de medicamentos, especialmente de los que se dispensan sin receta médica (Cunningham-Burley y Maclean, 1987; Hunter y Bryant, 1994), por lo que debería dirigirse también a los niños, además de a los padres. El farmacéutico puede ser quien informe, además, sobre los peligros del consumo infantil de ciertos grupos de medicamentos que se consideran "seguros", tales como las vitaminas con oligo-elementos y los antipiréticos (Cuellar Rodríguez, 1988; y Guillot, 1989).

6. LOS PROGRAMAS DE EDUCACION Y EL AUTOCUIDADO

Antes de implementar programas de educación para el consumo de medicamentos es necesario obtener información sobre las posibilidades de intervención y el contenido de la misma, que ha de ser relevante y aceptado por la comunidad. Dicha información debería obtenerse de los propios niños, de los padres, del personal sanitario de la comunidad y de la administración escolar (Aramburuzabala y Polaino-Lorente, 1992b).

Bush y Hardon (1990) proponen que el curriculum desarrollado para los niños sea escrito por educadores para la salud que

conozcan los niveles de desarrollo cognitivo de los niños. En los primeros grados, el curriculum por el que se opte debería ser simple, apuntando sobre todo al tema de la seguridad como, por ejemplo, aconsejando no tomar medicamentos, ni dárselos a hermanos más pequeños, sin la supervisión de un adulto; cuál es la forma apropiada de guardar medicamentos; qué hacer en el caso de hacerse un corte, un arañazo, una quemadura o una picadura; que la misma medicina puede tener distintos colores o formas; que las pastillas grandes no son mejores que las pequeñas y viceversa; etc.

En los grados siguientes se pueden introducir temas más complejos, tales como la adherencia al tratamiento, el uso de vitaminas y minerales, los efectos colaterales, cómo tratar problemas corrientes de salud (catarros, dolores de cabeza, dolor de garganta y diarrea), cómo leer e interpretar las etiquetas, y que la eficacia de las medicinas no está en función del costo, ni del establecimiento en el que se adquieren.

Por último, debería proveerse toda la información que los adultos de una comunidad deben tener, poniendo un especial énfasis en el uso relativo de los medicamentos en función del estado de enfermedad, los patrones de autocuidado y la forma de acceso a los medicamentos en aquella comunidad.

Los programas de educación sobre el consumo de medicamentos y el autocuidado no deberían excluir a los padres. Muy al contrario, debería contarse siempre con éstos para que dichos programas fuesen realmente eficaces. Los padres raramente reciben información que

les capacite para educar a sus hijos acerca de los medicamentos o de cuál es el momento más propicio para que los niños asuman la responsabilidad relativa al propio consumo de medicinas (Bush y Davidson, 1982). De este modo, su participación en los programas sobre consumo de medicamentos no debe limitarse a apoyar a los hijos en aquello en que se están formando, sino que también han de recibir la suficiente información y desempeñar un papel activo en ese proceso (Maiman, Becker y Katlic, 1986). En este sentido, hay diversos estudios que, aunque no se limitan al tema de los medicamentos, demuestran lo eficaz que es dar a los padres una cierta información escrita sobre el autocuidado (Moore, LoGerfo e Inui, 1980; Morrell, Avery y Watkins, 1980; y Rasmussen, 1989).

De otra parte, es preciso evitar la victimización convencional de los niños en las investigaciones sociales sobre el consumo de medicamentos en la infancia, dándoles el papel que les corresponde, es decir, el de participantes y constructores de su propio proceso. Y, más importante todavía: es necesario que todas aquellas personas relacionadas con los niños reconozcan su participación activa y autónoma, en lo que respecta al consumo de medicamentos, de forma que se les trate como co-participantes y no meramente como agentes pasivos. Para ello, es necesario diseñar y llevar a cabo programas de educación, en los que deberían incluirse también a los padres, a los profesionales de la salud, al personal escolar y a los propios niños.

CAPITULO IV
ESTUDIO EMPIRICO

La investigación que se presenta trata de explorar el uso de medicamentos en la infancia y las percepciones de los niños acerca de los fármacos.

1. INTRODUCCION

Sería un lamentable error considerar que la percepción del medicamento es igual en el niño que en el adulto. Es posible que el adulto generalice su modelo perceptivo-antropomórfico y adultomórfico trasladándolo al niño. Es posible también que exista una percepción distorsionada por parte del adulto respecto de los medicamentos mientras que en el niño quizás no la haya, o que la ingenuidad de los niños frente a la medicación sea una ingenuidad solamente supuesta puesto que las distorsiones perceptivas del adulto frente a los medicamentos pueden haberle sido transmitidas culturalmente. Ahora bien, poco se puede decir si esto es así o no hasta que no se estudie y se conozca a fondo cuál es la percepción del niño de los fármacos.

Por otra parte, todo medicamento tiene la pretensión de ser eficaz, es decir, de curar, de llevar al máximo su misión terapéutica. Por eso es imprescindible conocer cuál es el comportamiento humano frente al medicamento; más concretamente en este estudio, el comportamiento del niño frente al medicamento. Los

medicamentos pueden quedar vacíos en su significado; es decir, ser no solamente poco eficaces, sino ineficaces, cambiar su significado, en función de cuál sea el comportamiento de los consumidores. Ahora bien, el comportamiento humano en este punto, así como en otros muchos, depende de muchas variables, de un universo de variables, en parte de tipo personal y en parte de tipo social. Por eso, forzosamente este estudio tiene que abrirse al apesamiento de esos dos universos de variables; de una parte las variables de personalidad o de tipo perceptivo, cognitivo, etc, y por otra parte las variables de tipo sociocultural. El comportamiento humano nunca acontece en el vacío, sino que procede siempre de alguien, con todas las condiciones que identifican a ese alguien, ocurren en un contexto, el de la sociedad, y se deja moldear por las variables intervinientes que especifican ese contexto sociocultural.

El estudio del consumo de medicamentos en sociedades no-industrializadas incluye, con frecuencia, una descripción de los factores socioculturales que están relacionados con las conductas de salud y de enfermedad. Sin embargo, los estudios sobre utilización de medicamentos llevados a cabo en España, y en los demás países europeos, con referencia al mismo tema, suelen ignorar tales factores y tienden a centrarse en aquello que está más directamente relacionado con el mercado farmacéutico.

No suele haber eficacia medicamentosa si no hay adherencia por parte del usuario a la medicación, es decir, al tratamiento, a las prescripciones, tal y como el médico lo aconseja. Ahora bien, esa

adherencia, en lo que al niño se refiere, podría variar en función de las actitudes que respecto de la medicación tenga el niño. Esas actitudes podrían ser, por ejemplo, de mayor o menor resistencia al consumo de medicamentos o facilitación del consumo. En cualquier caso, no disponemos de estudios que en la actualidad hayan evaluado estas actitudes o las hayan relacionado con la adherencia final o no a la medicación.

Es posible que la falta de determinadas actitudes afecte la adherencia de modo que los tratamientos fallen o no sean eficaces. Ahora bien, al llegar a este punto se plantea el problema de cómo se generan estas actitudes frente a la medicación. No se dispone de ningún modelo explicativo que sea capaz de dar cuenta del porqué de esas actitudes, de cómo pueden cambiarse, de cómo se forman, y de cuál es su génesis.

Sin duda alguna, se apuntan como criterios posibilistas en la génesis de esas actitudes frente a la medicación, la información que el niño ha recibido, la conducta de imitación por parte del niño respecto de las conductas manifiestas en los padres relativas a la medicación, así como el moldeamiento que la cultura va haciendo de esas actitudes. Es probable que el comportamiento resultante respecto de la medicación sea consecuencia de un encadenamiento secuencial en el que se parte de unos valores que pueden transmitirse mediante información e instrucción o imitación; esos valores generan actitudes que a su vez guían la conducta. Por ello, para cambiar los comportamientos es posible que haya que incidir en el cambio de valores, conocimientos, actitudes o incluso

de los mismos comportamientos. Cambiar un comportamiento actuando sobre él es probablemente más lento y más trabajoso por parte de quien lo intenta cambiar, que modificando el primer segmento de ese encadenamiento, es decir, o bien los valores o bien la información. Los cambios de actitudes, por otra parte, se conoce que son siempre más complejos. Ahora bien, en cualquier caso, es necesario llevar a cabo estudios que demuestren tales hipótesis.

El cambio de actitudes ha de hacerse a través de los programas de educación para la salud. El Estado puede modificar las leyes relacionadas con el consumo, las prescripciones e incluso la publicidad de los medicamentos. Ahora bien, el Estado no puede ser responsable de controlar que los programas de educación para la salud cambien actitudes o comportamientos.

Esto quiere decir que el autocuidado parte del propio sujeto quien no puede delegar esta responsabilidad en el Estado para que éste cuide de él. Antes bien, la educación para la salud, administrada por el Estado o por particulares, contribuirá a que los sujetos cuiden de su salud tomando su propias decisiones.

Lo contrario implicaría una cierta manipulación ya que el Estado actuaría como vigilante atento a si los ciudadanos cuidan o no de su salud, o como impositor de medidas obligatorias acerca de la conducta (Polaino-Lorente, 1987).

Es necesario obtener más información acerca de lo que realmente piensan y hacen las personas con respecto a los medicamentos. Esta necesidad ha surgido a partir de las investigaciones que demuestran que:

- (1) La prescripción de medicamentos (es decir, las indicaciones, la disponibilidad y la seguridad de tales sustancias) no siempre es racional;
- (2) Mientras la demanda de medicamentos por parte de los pacientes es alta, la adherencia al tratamiento es baja;
- (3) El autocuidado de la salud predomina en tal forma, y su uso está tan extendido, que la información estadística acerca del consumo de medicamentos probablemente se refiera a sólo un pequeño porcentaje del consumo real.

El descuido en el tema de la salud hace difícil que se pueda hablar de conductas racionales y de autonomía infantil con respecto a la salud y el consumo de medicamentos. No puede haber autonomía o conductas autónomas en un individuo si no están fundamentadas en el conocimiento racional. Ante la falta de una educación en este área, es lógico que persistan los comportamientos irracionales frente al consumo de medicamentos.

Por eso, por ejemplo, las poblaciones no-adherentes al uso de medicamentos podrían sistematizarse bien por sobreestimación, es decir, por un consumo excesivo de medicamentos, que es lo que suele acontecer fundamentalmente en las personas de tercera edad quienes atribuyen a los medicamentos un efecto salvífico que en absoluto tienen; o bien por infraestimación de la eficacia de los medicamentos, lo que con frecuencia lleva a que las personas consuman menos de lo aconsejado por el médico; éste es el caso, por ejemplo, de las personas jóvenes, sobre todo adolescentes, que

consideran que los medicamentos son una "droga" y, en cambio, no tienen inconveniente en consumir otras drogas que sí que lo son realmente, como alcohol, tabaco, LSD, hachis o marihuana, pero que para ellos no tienen el título de droga. Es posible que la rebeldía característica de la adolescencia contribuya a que los jóvenes infraestimen la eficacia de los medicamentos por tratarse de la droga oficial y, siendo ellos rebeldes a todo lo oficial, elijan las drogas a las que no denominan como tal, infraestimando sus efectos.

Es necesario llevar a cabo estudios acerca de la adherencia de las poblaciones al consumo de medicamentos que determinen cuáles son los patrones de riesgo o las poblaciones de riesgo, es decir, de aquellos que van a cometer excesos (bien por defecto, bien por exceso en el consumo y en el seguimiento de la prescripción realizada por el médico). De esta forma, el médico de familia o el pediatra podría identificar aquellos casos donde se concentra el riesgo, y con esos trabajar con programas preventivos más intensamente que con el resto de la población. La implementación de tales programas en poblaciones seleccionadas supondría un costo menor y mayores posibilidades de profundización que si se realizara con la población general.

Son, además, necesarios los estudios que determinen cuál es la línea base del comportamiento o cuáles son las actitudes del usuario antes del programa preventivo, implementando a continuación el programa preventivo para volver después a medir y comparar los cambios de actitudes, de información, de valores o de

comportamientos frente a los medicamentos en el pre y en el post tratamiento, entendiendo aquí por tratamiento la administración del programa preventivo.

Si esto se hiciese, muy probablemente podría optimizarse la eficacia de los programas del tratamiento farmacológico, puesto que al mejorarse la adherencia se seguirían las pautas del médico mejorando, así la eficacia del tratamiento. Esta relación entre eficacia y adherencia refleja la importancia del tema de la conducta infantil del consumo de medicamentos. Cuanto mejor se implante una correcta adherencia a las prescripciones médicas, más se optimizará la eficacia del tratamiento farmacológico -si el médico no se equivoca.

Los niños son en buena parte un reflejo de la cultura que les rodea y los comportamientos relacionados con las medicinas y el cuidado de la salud se desarrollan, sin lugar a dudas, en una etapa temprana de la vida. Así pues, el estudio del uso de medicamentos en la infancia es esencial para conocer y comprender el proceso de adquisición de patrones de conductas de salud; en especial con relación al uso de los fármacos.

Estos conocimientos y actitudes van a influir decisivamente sobre el comportamiento, y la toma de medicamentos en la etapa adulta. Este estudio tiene un carácter pionero, dado que constituye uno de los primeros intentos que, a nivel europeo, realiza una descripción relativamente sistemática, de carácter cualitativo y cuantitativo, de los conceptos y actitudes ante los medicamentos.

Algunos estudios se han centrado en factores estructurales que

influyen en el consumo de medicamentos tales como la influencia de la publicidad (Lewis y Lewis, 1974; Atkin, 1978; Rossiter y Robertson, 1980; y Zuckerman y Zuckerman, 1985). Otros, como el de Bush (1992), resaltan que los niños tienen más autonomía en el uso de los medicamentos de lo que la mayoría de los adultos podrían predecir, y de lo que se atribuye a sólo la influencia materna (Mechanic, 1964; Bush e Iannotti, 1988; y Sachs, 1990); a ellos se añade la capacidad de tomar decisiones por parte de los niños (Lewis y Lewis, 1982; y Lewis y Lewis, 1989) y otras variables muy importante como el aprendizaje social y el desarrollo cognitivo (Campbell, 1975).

Sin embargo, son escasos los estudios que exploran los factores ideológicos y conceptuales tal como son reportados por los niños, lo que sitúa a estos factores dentro del contexto de las conductas de salud y de enfermedad en el ámbito de un entorno cultural más amplio (Trakas, 1990; y Sachs, 1990)

El presente estudio está enmarcado dentro de un sistema conceptual representado por el Modelo de Creencias de los Niños acerca de la Salud (Children's Health Belief Model -CHBM), de Bush e Iannotti (1990). Este modelo parece ser útil para predecir las expectativas que tienen los niños con respecto al tratamiento de problemas comunes de salud (Bush, 1992). El modelo está basado en tres teorías principales: la teoría del aprendizaje social, la teoría del desarrollo cognitivo y la teoría de la intención comportamental.

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977, 1987)

considera que las conductas se adquieren y se moldean de forma gradual como resultado de sus consecuencias positivas o negativas. La teoría del desarrollo cognitivo (Inhelder y Piaget, 1958) sugiere que los estadios del desarrollo son el resultado de los procesos cognitivos del niño, según estos se desarrollan y operan dentro de su propio contexto. Según la teoría de la intención comportamental de Fishbein y Ajzen, 1980 (citado por Bush e Iannotti, 1985), las intenciones comportamentales son los mejores predictores de las conductas; los principales predictores de la intención comportamental son las actitudes y la norma subjetiva relacionada con la conducta. En la figura 4.1 se presenta un resumen de la teoría de la intención comportamental

La figura 4.2 muestra el Children's Health Belief Model (CHBM) de Bush e Iannotti (1990), que pretende explicar la conducta infantil de consumo de medicamentos teniendo en cuenta los siguientes factores:

- (1) factores psicosociales ("locus of control" respecto de la salud, auto-estima, conocimientos acerca de los medicamentos, edad, género y estatus socio-económico);
- (2) visitas al médico, frecuencia de enfermedad y autonomía;
- (3) factores ambientales (cultura, familia, compañeros, colegio y medios de comunicación);
- (4) motivaciones (preocupación acerca de las enfermedades);
- (5) percepción de la amenaza de la enfermedad (percepción de la vulnerabilidad y severidad);
- (6) percepción del beneficio de los medicamentos (percepción

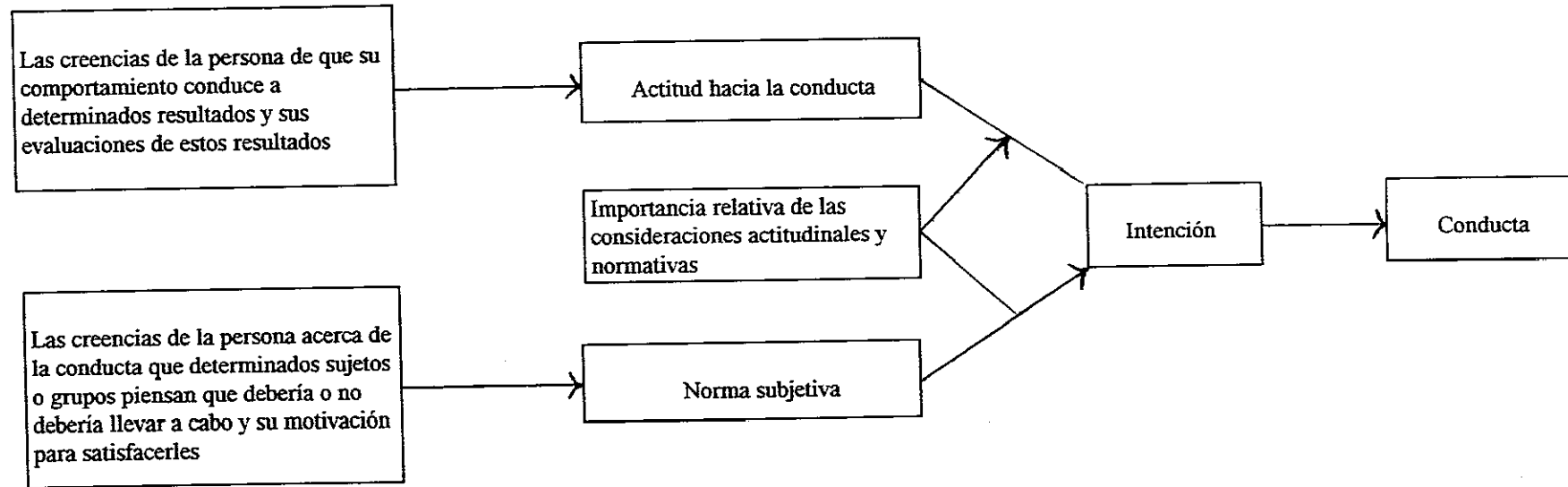
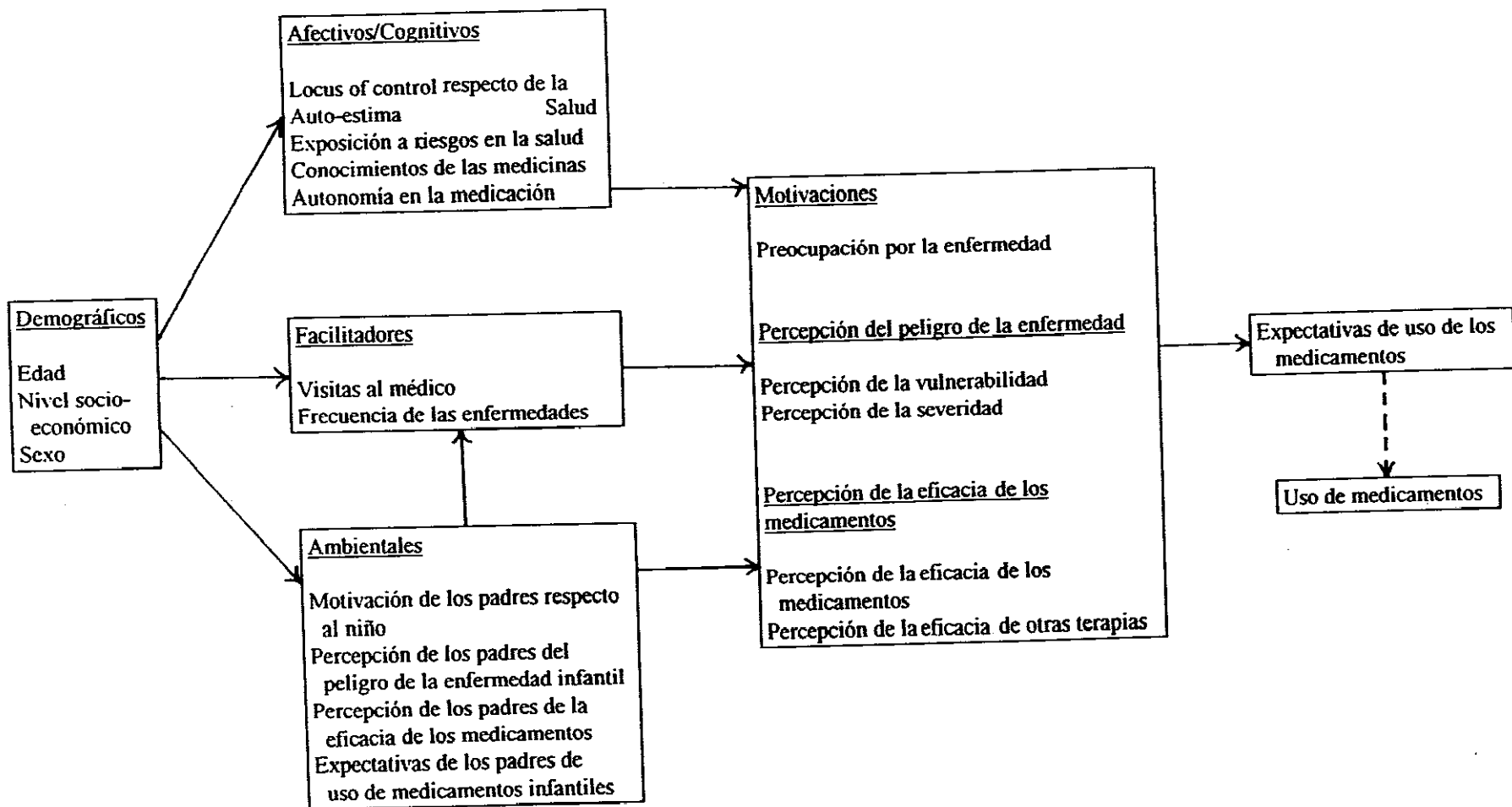


Figura 4.1. Factores que determinan la conducta según la teoría de la intención comportamental, de Ajzen y Fishbein, 1980 (Citado en Bush e Iannotti, 1985).

FACTORES MODIFICANTES

FACTORES PREPARATIVOS

FACTORES CONDUCTUALES



de los beneficios de los medicamentos y de los no-medicamentos);

- (7) las expectativas de uso de medicamentos que se desarrollan como resultado de los factores anteriormente señalados.

1.1. Justificación de la investigación

La falta de datos acerca del uso de medicamentos en la infancia justifica la necesidad de realizar un estudio de tipo exploratorio con el fin de recabar información que permita identificar variables y dar respuesta a determinados interrogantes.

La elaboración de un modelo que represente de forma suficiente y satisfactoria los factores que intervienen en el uso de medicamentos en la infancia facilitará la intervención a través de la educación para la salud, de forma que los planes de educación para la salud que se elaboren relacionados con el uso de medicamentos puedan estar centrados en aquellos aspectos que más influencia tienen en las conductas de uso de los fármacos. Si se pretende que los programas educativos sean eficaces es necesario tener información acerca de los factores más influyentes en dichas conductas.

A partir del CHBM de Bush e Iannotti (1990) y de los datos obtenidos en investigaciones previas hemos elaborado un modelo teórico que recoge los factores que influyen en el uso de medicamentos en la infancia. En esta investigación se pretende probar dicho modelo, para lo cual se han formulado unas hipótesis de acuerdo con él. Los resultados del estudio permitirán reelaborar

el modelo. En la figura 4.3 se presenta el modelo hipotético de los factores que influyen en el uso infantil de los medicamentos.

1.2. Objetivos generales

Los objetivos generales de la investigación son los siguientes:

1. Obtener datos cualitativos y cuantitativos acerca del consumo real de medicamentos en la población infantil española;
2. obtener información acerca de cómo los medicamentos se integran dentro de los patrones de conductas de salud y enfermedad, incluyendo cómo éstos son percibidos por los niños y por sus padres;
3. explorar el campo del consumo, las actitudes, las expectativas de uso y los conocimientos acerca de los medicamentos en la infancia;
4. analizar las influencias familiares en el consumo de medicamentos;
5. proveer información para desarrollar programas de educación para la salud.

FACTORES SOCIO-DEMOGRAFICOS

FACTORES COGNITIVOS/AFECTIVOS/CONDUCTUALES

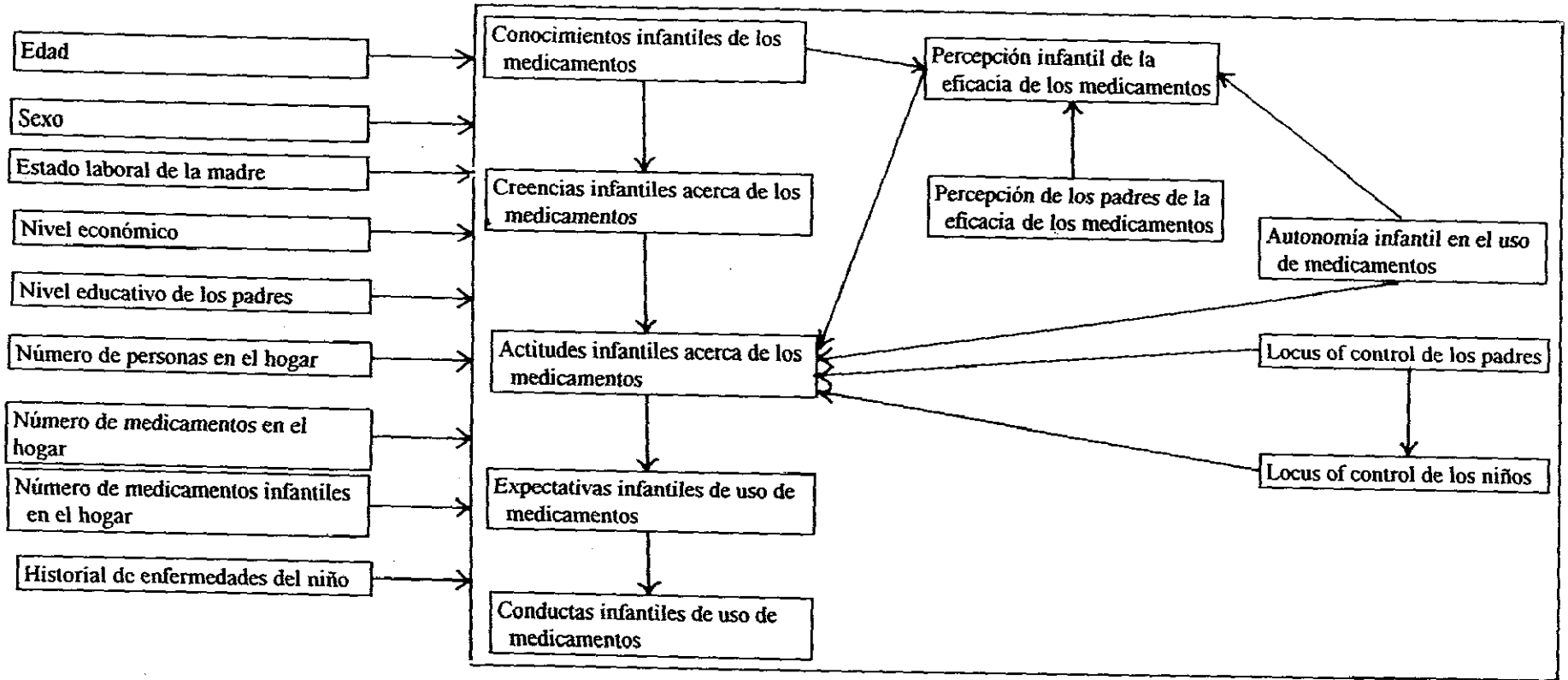


Figura 4.3. Modelo hipotético de los factores que intervienen en el uso de medicamentos en la infancia.

2. FORMULACION DE HIPOTESIS

Las hipótesis de trabajo formuladas con el fin de permitir, a partir de su contraste empírico, identificar variables implicadas en el uso infantil de medicamentos y la relación entre ellas, son las siguientes:

Hipótesis 1 - La Percepción Infantil de la Eficacia de los Medicamentos (PEN) está relacionada con la Percepción de la Eficacia que de los mismos tienen los Padres (PEP).

Hipótesis 2 - Los Niños que se perciben a sí mismos con un mayor Control interno de su salud (LCN) se corresponden con aquellos Padres que tienen un "Locus of Control" respecto de la salud más interno (LCP), y viceversa.

Hipótesis 3 - El "Locus of Control" respecto de la salud de los Niños (LCN) está relacionado con la Percepción que éstos tienen de la Eficacia de los Medicamentos (PEN).

Hipótesis 4 - La Percepción Infantil de la Eficacia de los Medicamentos (PEN) depende del nivel de Conocimientos que posean acerca de los mismos (CN).

Hipótesis 5 - La Percepción Infantil de la Eficacia de los Medicamentos (PEN) varía de acuerdo a las actitudes que manifiesten hacia los mismos:

Hipótesis 5.1 - Aquellos Niños que manifiesten un bajo nivel de confianza en la Eficacia de los Medicamentos (PEN) tenderán a expresar una Actitud hacia su consumo más racional (ACTN), y viceversa.

Hipótesis 5.2 - Aquellos Niños que manifiestan un bajo nivel de confianza en la Eficacia de los Medicamentos (PEN) tenderán a Rechazar en mayor grado el uso de los Medicamentos (RECHAZO) que aquellos que, por el contrario, tienen un alto nivel de confianza.

Hipótesis 6 - El nivel de Autonomía general que los Niños dicen manifestar (AUTON) está relacionado con la Eficacia que asignan a los Medicamentos (PEN).

Hipótesis 7 - Los niños que se consideran más Autónomos (AUTON) tienen una Actitud más racional hacia el consumo de Medicamentos (ACTN) que los que manifiestan una menor autonomía.

Hipótesis 8 - Los Niños que manifiestan un mayor Rechazo hacia el consumo de medicamentos (RECHAZO) se corresponden con aquellos cuyos Padres sienten tener un "Locus of Control" respecto de su salud (LCP).

Hipótesis 9 - El "Locus of Control" de los Padres respecto a su salud (LCP) está relacionado con el Número de Enfermedades que ha padecido el Niño (PATN).

Hipótesis 10 - Los Niños que manifiestan un "Locus of Control" más externo de su salud (LCN) tienen una Actitud más favorable al Consumo Irracional de Medicamentos (ACTN) que aquellos con un control más interno.

Hipótesis 11 - La actitud Infantil de Rechazo hacia el uso de los Medicamentos (RECHAZO) está relacionada con la Actitud Infantil favorable al Consumo Irracional de Medicamentos (ACTN).

Hipótesis 12 - La edad de los niños (EDAD) está relacionada con el tipo de "Locus of Control" que tienen hacia su salud (LCN), el Nivel de Conocimientos que tienen de las medicinas (CN), su Actitud favorable al Consumo Irracional de Medicamentos (ACTN), el nivel de Rechazo que manifiestan hacia los mismos (RECHAZO) y su nivel de Autonomía (AUTON).

3. DESCRIPCION DE LAS VARIABLES

Dada la naturaleza del estudio, no se puede hablar de variables dependientes o independientes. En su lugar, las variables se dividen en variables medidas y variables de identificación.

Las variables medidas son las siguientes:

1. Percepción de los padres de la eficacia de los medicamentos.
2. Percepción de los niños de la eficacia de los medicamentos.
3. "Locus of Control" respecto de la salud, de los padres.
4. "Locus of Control" respecto de la salud, de los niños.
5. Conocimientos de los niños acerca de los medicamentos.
6. Actitud de los niños favorable al consumo irracional de medicamentos.

7. Actitud infantil de rechazo hacia el consumo de medicamentos.

8. Percepción de los niños de su autonomía general.

9. Historial (número) de enfermedades que ha padecido el niño.

La figura 4.4 presenta información correspondiente a cada variable medida.

Las variables de identificación son las siguientes:

1. Edad

2. Género

3. Estado laboral de la madre

4. Nivel económico

5. Nivel educativo de la madre

6. Nivel educativo del padre

7. Número de medicinas en el hogar

8. Número de medicinas en el hogar adquiridas para los niños

- Número de medicinas adquiridas para niño/a del estudio

- Número de medicinas adquiridas para varios niños/as <15 años

- Número de medicinas adquiridas para varios niños/as <15 años y adultos >15 años

9. Número de personas en el hogar

La figura 4.5 presenta información correspondiente a cada variable de clasificación.

Figura 4.4- Variables medidas en el estudio.

VARIABLE	ABREVIATURA	INSTRUMENTO ¹	ITEMS ²	DESCRIPCION
Percepción de los padres de la eficacia de los medicamentos	PEP	P2	F1	Puntuación continua de 0 a 21
Percepción de los niños de la eficacia de los medicamentos	PEN	E7	40	Puntuación continua. Se puntúa de 14 a 70
"Locus of control" de los padres respecto de la salud	LCP	P5	1-18	Puntuación continua con rango entre 18-108
"Locus of control" de los niños respecto de la salud	LCN	E2	1-9	Puntuación continua con rango entre 9-18
Conocimientos de los niños acerca de los medicamentos: -Definición: .Finalidad terapéutica .Características externa .Características propias o diferenciadoras -Vías de administración -Forma de presentación -Efectos secundarios -Valor preventivo -Vitaminas	CN	E7	1 1 14 3.1 3.2 2 8 9 13 16.1 16.2 21.2 26.1 26.2 25 21.1 31	Respuestas (R) correctas: R 1,2,6 (1,2,6) R 3,4 R 1 R 1 R 1-6 R 2,4,6,7 R 2 R 2 R 2 R 1 R 1,3,4,5 R 5 R 2 R 4 R 2 R 2
				(Cont.)

¹ Para la interpretación de los códigos de los instrumentos, véase, en este mismo capítulo, el apartado Descripción de los Instrumentos.

² Cfr. Instrumentos, en los anexos.

(Cont.) VARIABLE	ABREVIATURA	INSTRUMENTO	ITEMS	DESCRIPCION
Actitud infantil favorable al consumo irracional de medicamentos	ACTN	E7	4 16.1 16.2 20 21 22 23.2 29 30 32 32 40b 40c 40e 40i 40j 40k 40n 40q	Codificadas con valor 1: R 2 R 2 R 6 R 2 R 2 R 1 R 1-8 R 3 R 3 R 1 R 2 R 4-5 R 4-5 R 4-5 R 4-5 R 4-5 R 4-5 R 4-5 R 1-2
Actitud infantil de rechazo hacia el consumo de medicamentos	RECHAZO	E7	24 26.2 29 30 40i 40q	Codificadas con valor 1: R 2 R 5-7 R 1 R 1 R 1-2 R 4-5
Percepción infantil de su autonomía general	AUTON	E1	1-9 y 12	Items 1-9: Edad = 1 Nunca = 0 Item 12: R3, R4 = 1
Historial de enfermedades que ha padecido el niño	PATN	P2	A1	Número de enfermedades

Figura 4.5- Variables de identificación utilizadas en el estudio.

VARIABLE	INSTRUMENTO
Edad	
Género	
Estado laboral de la madre	
Nivel económico	P9
Nivel educativo de la madre	P9
Nivel educativo del padre	P9
Número de medicinas en el hogar	P3
Número de medicinas en el hogar adquiridas para los niños: -Número de medicinas adquiridas para el niño del estudio -Número de medicinas adquiridas para varios niños menores de 15 años -Número de medicinas adquiridas para varios niños menores de 15 años y para adultos mayores de 15 años	P3
Número de personas en el hogar	P9

4. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Dados los objetivos de la investigación y la falta de datos previos sobre el tema, se consideró necesario que el presente estudio integrara distintos tipos y fuentes de información, así como diversos instrumentos y técnicas de investigación. De esta forma se pretende encontrar respuesta a los interrogantes formulados así como contrastar las hipótesis, si bien su finalidad es fundamentalmente de carácter exploratorio.

4.1. Procedimientos

En el presente estudio se integran datos de tipo cualitativo

y cuantitativo a través de la **triangulación** de métodos.

Se empleó la técnica de investigación etnográfica, de carácter descriptivo, en la elaboración de los dibujos y la realización de las entrevistas con los niños. Esta técnica permite no sólo analizar relaciones entre variables, sino también identificar categorías y dimensiones que no han sido estudiadas hasta la fecha (Wirsing, en prensa). La entrevista etnográfica se centra en la expresión libre del pensamiento de los niños acerca de la salud, la enfermedad y el uso de medicamentos. La entrevista se completa con preguntas directas extraídas de un guión sobre aquellos aspectos que no han surgido espontáneamente en la conversación (Véase *Descripción de los Instrumentos*).

Por otro lado, se recurrió a procedimientos estadísticos para el análisis de toda la información recogida en los cuestionarios y las escalas, con el fin de comparar los resultados con los obtenidos a través de las entrevistas con los niños.

Numerosos autores proponen la triangulación de métodos en las ciencias sociales. Steckler y col. (1992) describen en detalle el uso de la triangulación. Este procedimiento incluye el uso de métodos cualitativos y cuantitativos. Los resultados de un método se utilizan para co-validar los resultados del otro método. Esto quiere decir que los investigadores analizan los resultados de cada método por separado para después decidir si los resultados de cada uno llevan a las mismas conclusiones. Cuando este es el caso, se fortalece la confianza del investigador con respecto a las conclusiones. En caso contrario, el investigador trata de analizar

las razones y debe determinar qué resultados tienen mayor validez.

El diseño de la presente investigación se corresponde con el realizado simultáneamente en nueve países europeos y Estados Unidos, financiado por la agencia COMAC de la Unión Europea y que permitirá realizar un estudio comparativo entre los mismos. (Véase Introducción).

4.2. Muestra y recogida de datos

La muestra utilizada para el estudio se compone de 100 niños (62 niños -33 de siete años y 29 de diez años- y 38 niñas -18 de siete años y 20 de diez años-) de cuatro colegios públicos, y sus madres (o persona responsable de su salud). La tabla 4.1 presenta la distribución de los sujetos por género y edades.

Tabla 4.1 - Distribución de la muestra según el género y la edad.

Edad	Niños	Niñas	Total
7 años	33	18	51
10 años	29	20	49
Total	62	38	100

Los colegios en los que se llevó a cabo el estudio son los siguientes:

- CP Miguel de Unamuno
- CP Joaquín Costa
- CP San Eugenio y San Isidro
- CP Santa María

El hecho de seleccionar la muestra del estudio a través de los

colegios ofrece diversas ventajas. En los colegios se tuvo acceso a un número elevado de niños de una misma zona geográfica y de parecido estatus socio-económico. Algunos padres expresaron su confianza en una investigación que ha recibido previamente la autorización del director del colegio. Además, en los centros escolares se dispuso de espacio adecuado para realizar los dibujos y las entrevistas con los niños.

La muestra es de tipo incidental y su selección se llevó a cabo en un barrio de clase media en el centro de Madrid (Distrito de Embajadores). La definición de clase media se realizó en base al nivel de salario medio del barrio y a la percepción del status social de sus residentes, contando con el consejo de un asesor económico ubicado en el propio barrio.

El tamaño de la muestra se eligió de acuerdo a los criterios marcados por el grupo internacional de investigación en la Unión Europea. Este grupo determinó la cifra de 100 niños -50 de cada grupo de edad- con el fin de poder aplicar una variedad de instrumentos y realizar varias entrevistas con cada niño y cada responsable principal de su salud.

La edad de los sujetos de la muestra (7 y 10 años) se definió en función de tres criterios. Por un lado, el mismo objetivo del estudio determinó que los sujetos fueran niños, puesto que estos se hayan en proceso de desarrollo de los factores psicosociales que intervienen en el consumo de medicamentos, con lo cual adolescentes y adultos quedaron excluidos de la muestra. Por otro lado, estas edades representan dos etapas diferentes del desarrollo infantil,

lo que permitiría realizar comparaciones. En tercer lugar, los niños de estos grupos de edad son ya capaces de proporcionar suficiente información sobre las cuestiones que son objeto de estudio.

La tabla 4.2 presenta la información demográfica obtenida de los adultos que respondieron a los cuestionarios. La persona entrevistada como responsable del cuidado de la salud en la familia ha sido en la mayoría de los casos la madre. En el mayor porcentaje de hogares hay dos niños, y en ningún caso más de cinco. El modelo familiar que aparece es nuclear, compuesto por padres e hijos. Sólo en algunos casos aparecen otras personas. En cuanto a la presencia de los progenitores en el hogar, cabe señalar que la madre vive con el niño en un porcentaje más alto que el padre. La edad media de los padres (varón) es 39.6 años, y de las madres es de 34.2 años.

Respecto a la situación laboral, en la mayoría de las familias trabajan los dos conyuges, aunque entre las madres, el porcentaje más alto de ocupaciones corresponde a las amas de casa. El nivel educativo completado por el padre y la madre es, en la mayoría de los casos, universitario. Los ingresos totales familiares por mes son en su mayoría de más de 100.000 y menos de 250.000 ptas.

Tabla 4.2 - Características demográficas de la muestra

<u>Persona entrevistada (responsable del cuidado salud)</u>	%
Madre	88
Padre	11
Abuela	1
<u>Número de niños en las familias</u>	
1	24
2	52
3	20
4	1
<u>Modelo familiar</u>	
Padre y madre	75
Padres y abuelos	15
Padres y tíos	5
Padres y otros familiares	5
<u>Presencia de los progenitores en el hogar</u>	
Madre vive con el niño	95
Padre vive con el niño	86
<u>Situación laboral</u>	
Trabajan los dos conyuges	66
Trabaja sólo el padre	34
<u>Ocupación laboral del padre</u>	
Profesionales y alto personal técnico	26
Obrero cualificados y especializados	14
Profesionales y técnicos medios	9
Personal administrativo y comercial	8
Resto de trabajadores de servicios	6
Obreros sin especialización	6
Trabajadores independientes	6
Funcionarios con titulaciones medias	5
Empresarios	2
Directores generales	1
Jefes de departamentos administrativos o comerciales	1

Ocupación laboral de la madre	
Amas de casa	34
Profesionales y alto personal técnico	14
Profesionales y técnicos medios	11
Personal administrativo y comercial	9
Obreras sin especialización	7
Personal de la administración	6
Obreras cualificadas	2
Empresarias	1
Directoras generales	1
Profesionales liberales	1
Nivel educativo completado por el padre	
Universitario	40
Formación Profesional, Bachillerato o COU	33
EGB	18
Graduado escolar	4
Nivel educativo completado por la madre	
Universitario	37
Formación Profesional, Bachillerato o COU	36
EGB	21
Graduado Escolar	4
Ingresos totales familiares	
Menos de 100.000 ptas.	3
Entre 100.000 y 250.000 ptas.	64
Entre 250.000 y 400.000 ptas.	33

La selección de los colegios se realizó al azar, partiendo de un listado de los colegios públicos del mencionado barrio que se obtuvo en las oficinas del Ministerio de Educación.

Un colegio privado rechazó colaborar en la investigación, por lo que fue excluido. Entre los colegios que aceptaron participar,

aproximadamente el 50% de los profesores de segundo y quinto curso ofrecieron su colaboración. Aproximadamente el 15% de los niños de estas clases aceptaron la invitación a participar y llevaron a sus casas una carta pidiendo a los padres permiso para formar parte del estudio. Aproximadamente 73% de estos padres rechazaron colaborar. Durante el estudio piloto se comprobó que una de los motivos principales del rechazo fue el recelo de los padres a recibir a las entrevistadoras en el hogar. Una vez que los padres otorgaron su consentimiento no se registraron abandonos durante la investigación, si bien en varios casos trataron de retirarse. Todos los niños se mostraron motivados y cooperadores.

La recogida de información se llevó a cabo en dos fases. En una primera fase se entrevistó a los niños en el centro escolar, con el uso de cassettes para registrar la información que posteriormente fue transcrita y analizada. Durante la segunda fase se entrevistó a cada niño y a los padres en el hogar, para lo cual fueron necesarias tres sesiones. Se les administraron verbalmente una serie de cuestionarios; los niños respondían verbalmente o señalando en una escala de Likert. Para la identificación de la persona que debía responder a los cuestionarios, se preguntó a los padres quién era el principal responsable del cuidado de la salud del niño en caso de enfermedad. El registro de respuestas se realizó manualmente. El proceso de recogida de datos comenzó en Mayo de 1992 y se completó en Junio de 1993.

Seis estudiantes del último curso de Ciencias de la Educación colaboraron en la tarea de recogida de información. El

entrenamiento de las entrevistadoras se llevó a cabo durante el estudio piloto. Se revisó en grupo cada ítem de cada instrumento. Se expusieron los temas de la confidencialidad y el trato con los informantes. La investigadora principal demostró en grupo la forma adecuada de preguntar y de registrar respuestas, entrevistando a un niño y aplicando los instrumentos de medida. Además, cada entrevistadora acudió individualmente con la entrevistadora principal a una entrevista con los padres en el hogar. La investigadora principal supervisó las entrevistas durante el estudio piloto así como durante estudio principal, de modo que se pudieran solucionar los problemas según éstos surgían (por ejemplo, cómo entrevistar a niños excesivamente tímidos y poco verbales). Las entrevistadoras no conocían previamente a los niños ni a sus padres. Sin embargo, entre ellos se estableció una relación cálida y abierta.

4.3. Descripción de los instrumentos

Los instrumentos empleados en el estudio cuantitativo son los que aparecen en la figura 4.6.

Figura 4.6 - Instrumentos utilizados en la presente investigación

<u>Nombre del Instrumento</u>	<u>Código</u>	<u>Aplicado a Niño/Adulto</u>	<u>Autores y referencias</u>
Guión para la Entrevista Semiestructurada con los Niños		Niños	Aramburuzabala y Polaino-Lorente (sin publicar)
Cuestionario de Actitudes y Conocimientos de los Niños acerca de los Medicamentos (Item 40: Percepción Infantil de la Eficacia de los Medicamentos)	E7	Niños	Aramburuzabala y Polaino-Lorente. (Item 40: Bush e Iannotti, 1990)
Cuestionario de Autonomía Infantil	E1	Niños	Bush e Iannotti, 1992
Cuestionario acerca de la Salud y los Medicamentos	P2	Adultos	Haudrup y Wirsing (sin publicar)
Inventario de Medicamentos en el Hogar	P3	Adultos	Bush (sin publicar)
Cuestionario de Información Socio-económica y Demográfica	P9	Adultos	Aramburuzabala y Polaino-Lorente (sin publicar)
Escala Multidimensional de "Locus of Control" respecto de la Salud	P5	Adultos	Wallston, Wallston y DeVellis, 1978
Escala Abreviada de "Locus of Control" respecto de la Salud para Niños	E2	Niños	Bush, Parcel y Davidson, 1982

Para cada uno de los cuestionarios se utilizó como prueba de fiabilidad, entendida como consistencia interna, el Alpha de Cronbach. Los índices que se presentan más adelante, en el apartado correspondiente a cada instrumenteo, son medias, lo cual es aceptable para el tipo de instrumentos utilizados en el estudio. Dada la heterogeneidad de los items, no se calculó el coeficiente de fiabilidad de los siguientes instrumentos: Cuestionario de Conocimientos de los Niños acerca de los Medicamentos, y

Cuestionario de Autonomía Infantil.

Guión para la Entrevista Semiestructurada con los Niños

Dada la naturaleza exploratoria del estudio, la elaboración del Guión para la Entrevista Semiestructurada con los Niños debía partir de los unos interrogantes que permitieran identificar variables relacionadas con la enfermedad y el uso de medicamentos.

1. ¿Qué sabe el niño de un estado de salud óptimo? ¿Qué sabe de la enfermedad y sus causas? ¿Cómo describe los síntomas físicos y los sentimientos que acompañan a la enfermedad?
2. ¿Qué conocen los niños de los medicamentos en términos de eficacia, características, dosis, fuente de prescripción, etc.?
3. ¿Qué grado de autonomía muestran los niños con respecto al consumo de fármacos y con arreglo a decidir las fórmulas de autocuidado?
4. ¿Bajo qué circunstancias perciben los niños que se les proporcionan medicinas? ¿Quiénes consideran los niños que tienen la responsabilidad de medicarles? ¿Cuándo consideran que se les retira la medicación y quién lo decide?
5. ¿Cómo perciben los niños la acción de los medicamentos intracorporalmente? ¿Cómo se establece la asociación entre los efectos de un determinado fármaco y los síntomas específicos en una determinada parte del cuerpo?

A partir de estos interrogantes se elaboró un inventario de preguntas sobre las que se realizaron las entrevistas del dibujo.

(En el anexo A se incluyen las instrucciones para la realización de los dibujos, copias de dibujos, el Guión para la Entrevista Semiestructurada con los Niños, la transcripción de una entrevista y un modelo de análisis de la información por categorías -ejemplo: autonomía acerca de la terapia y el uso de medicamentos). Dichas preguntas hacen referencia a los siguientes bloques temáticos: descripción de la enfermedad, causa de la enfermedad, sentimientos frente a ella, síntomas, privilegios, aislamiento, uso de servicios médicos, ideas acerca del contagio, consideración de las otras personas envueltas en la situación, descripción del proceso de enfermar, tratamiento y recuperación, identificación de los medicamentos utilizados, descripción de los medicamentos, número y tipo de referencias a las medicinas, percepción de la necesidad y efectos del consumo de medicamentos, descripción de otras terapias, y autonomía en el uso y consumo de medicamentos y de otras terapias.

Para la realización del dibujo y de la posterior entrevista acerca del mismo, se pidió a cada niño que hiciera un dibujo de la última vez que estuvo enfermo. Los dibujos se realizaron en el colegio en grupos pequeños. Tras haber concluido el dibujo, se les entrevistó individualmente en una habitación. La entrevista se centró en la descripción del dibujo. Se pidió a cada niño que hablara del episodio de enfermedad plasmado en el dibujo, tras lo cual la entrevistadora planteó preguntas relacionadas con dicho episodio de enfermedad. Las conversaciones fueron grabadas y posteriormente transcritas y analizadas (El anexo A presenta las

instrucciones para la realización de los dibujos, copias de dibujos, el Guión para la Entrevista Semiestructurada con los Niños, la transcripción de una entrevista y un modelo de análisis de la información por categorías -"Autonomía acerca de la terapia y del uso de medicamentos"-).

Cuestionario de Actitudes y Conocimientos de los Niños acerca de los Medicamentos

Se elaboró este cuestionario semi-estructurado (Anexo B) con el fin de recoger información acerca de los conocimientos que tienen los niños sobre los medicamentos y de la relación entre su eficacia y características tales como color, tamaño, forma de presentación, vía de administración y lugar de adquisición. Hay respuestas correctas (codificadas como 1) o incorrectas codificadas como 0).

Así mismo, en este instrumento se incluyeron preguntas que permiten detectar actitudes irracionales ($\alpha = 0.5713$) y de rechazo ($\alpha = 0.6195$) hacia el consumo de medicamentos. Se considera irracional la actitud en favor de un consumo de los medicamentos excesivo, inapropiado e injustificado en base a la enfermedad o prescripción médica. La actitud de rechazo refleja una predisposición general contra el consumo de medicamentos. Las respuestas que reflejan actitudes favorables al consumo irracional de medicamentos y al rechazo hacia los fármacos se codificaron como 1, mientras las demás respuestas se codificaron con valor 0.

Se asume que el soporte de este instrumento son los valores del niño, que van a dirigir su conducta respecto al consumo de

medicamentos. Las preguntas se organizan en torno a:

- (1) la relación entre eficacia y características externas del medicamento (tamaño, color, sabor, forma de presentación, lugar de adquisición y fuente de prescripción);
- (2) la autonomía en el consumo de fármacos;
- (3) la adherencia al tratamiento;
- (4) el tratamiento de distintos problemas de salud que son comunes en la infancia.

Anexo a este instrumento se presentó oralmente a los niños la escala de Percepción Infantil acerca de la Eficacia de los Medicamentos. Esta escala ($\alpha = 0.6857$) se compone de 16 items en doce de los cuales se pide a los niños que valoren de 1 a 5 -a través de una escala de Likert- su grado de acuerdo o desacuerdo con determinadas afirmaciones relacionadas con la eficacia de los medicamentos en problemas de salud comunes durante la infancia. Hay dos items de control ("odio los gatos" y "me gustan los gatos") que se leen a los niños en distintos momentos durante la administración de la escala. Estos items contienen afirmaciones opuestas con el fin de evaluar la consistencia de las respuestas del niño. Esta es también la finalidad de presentar varios items similares (por ejemplo, "las medicinas me pueden ayudar cuando tengo problemas para dormir" y "las medicinas me pueden ayudar cuando no me puedo dormir") así como dos afirmaciones opuestas relacionadas con la percepción de la eficacia de los medicamentos ("me gusta tomar medicinas" y "odio tomar medicinas").

Cuestionario de Autonomía Infantil

La autonomía infantil se evaluó a través de una escala de diez items elaborada con el fin de medir la percepción de los niños de su autonomía general y de su independencia en el uso de fármacos (Anexo C). En los nueve primeros items se pregunta a los niños qué edad tenían cuando realizaron por primera vez acciones tales como ir solos a comprar medicinas. Las respuestas se codificaron de la siguiente manera: 1 = cualquier respuesta en años (por ejemplo, 5 años, 10 años, etc); 2 = "Nunca". El objetivo de estas preguntas no es tanto detectar la edad, puesto que los niños no son siempre capaces de recordar edades con exactitud, como identificar si alguna vez realizaron tales acciones.

Cuestionario acerca de la Salud y los Medicamentos, para adultos

Este cuestionario incluye 21 items que miden la percepción que tienen los padres de la eficacia de los medicamentos ($\alpha = 0.7189$) (Anexo D). Para ello se pidió a las personas entrevistadas que valoraran en una escala dicotómica la eficacia de los medicamentos para el tratamiento de enfermedades infantiles comunes. Además, se incluyó en el mismo cuestionario, una pregunta que permite determinar el número de enfermedades no comunes padecidas por el niño desde su nacimiento.

Inventario de Medicamentos en el Hogar

No se informó a los padres de antemano acerca del inventario de medicamentos (Anexo E), sino que se les pidió que mostraran todos los lugares en los que se guardaban medicamentos. Las

entrevistadoras anotaron los siguientes datos para cada fármaco: nombre comercial, forma de presentación, fecha de caducidad, fuente de prescripción, para quién se adquirió, cuándo, dónde, cuándo se usó por última vez, quién, y con qué finalidad.

Los datos obtenidos se agruparon, además, en las siguientes categorías:

- Número de medicinas adquiridas para niño/a del estudio
- Número de medicinas adquiridas para varios niños/as ≤ 15 años
- Número de medicinas adquiridas para varios niños/as ≤ 15 años y adultos > 15 años

Cuestionario de Información Socio-económica y Demográfica

Este cuestionario incluye preguntas que permiten determinar el nivel económico y educativo de los padres, así como el número de personas que habitan en cada hogar (Anexo F). Se incluyeron, además, preguntas acerca del uso de servicios médicos públicos y privados para la adquisición de medicamentos.

Escala Multidimensional de "Locus of Control" respecto de la Salud (para adultos)

Para estimar el "locus of control" respecto de la salud de los padres, se utilizó la Escala Multidimensional de "Locus of Control" respecto de la Salud ($\alpha = 0.5604$), de Wallston, Wallston y DeVellis (1978) (Anexo G). Esta escala³, de 18 ítems, se basa en la creencia de que las personas difieren en cuanto a la percepción que tienen del control sobre su propia salud. Estas percepciones se presentan

³ Para un estudio de la fiabilidad y validez de la Escala Multidimensional de Locus of Control de la Salud, cfr. Wallston, Wallston y DeVellis, 1978.

en forma de continuo que va desde la noción de que las personas tienen control sobre su propia salud (Interno) hasta la creencia de que no pueden hacer nada respecto a su salud puesto que ésta -o la falta de ésta- depende de la Suerte o de Otras Personas Significativas, tales como médicos o familiares. El adulto entrevistado lee cada afirmación y la valora en una escala de seis valores que van desde "totalmente de acuerdo" hasta "totalmente en desacuerdo". La puntuación de cada ítem -1 a 6- se realizó convirtiendo las respuestas en la dirección de "Control Interno".

Escala Abreviada de "Locus of Control" respecto de la Salud para niños

La Escala Abreviada de "Locus of Control" respecto de la Salud para Niños que se ha utilizado en este estudio ($\alpha = 0.4942$) fue desarrollada por Bush, Parcel y Davidson (1982), a partir de la Escala de "Locus of Control" respecto de la Salud para Niños, de Parcel y Meyer (1978)⁴. La escala evalúa las creencias de los niños en relación con la fuente de refuerzo para el control que tienen sobre su propia salud. Esta escala, cuya estabilidad de factores ha sido probada por O'Brien y col. (1989), consta de nueve ítems con tres subescalas (Control Interno, Suerte y Personas Significativas) (Anexo H). Las respuestas de los niños -"sí" o "no"- a cada afirmación se convierten en la dirección de "Control Interno". Las respuestas que reflejan un "locus of control" interno

⁴ Para el estudio de la elaboración, la fiabilidad y la validez de la Escala del Locus of Control de la Salud para Niños, cfr. Parcel y Meyer, 1978, y O'Brien, Bush y Parcel, 1989. Acerca de la fiabilidad de la Escala Abreviada de Locus of Control de la Salud para Niños, cfr. Bush, Parcel y Davidson, 1982.

se codifican como 2 y aquellas que representan un "locus of control" externo se codifican como 1.

Según el Children's Health Belief Model, la predicción de la conducta dependería principalmente de las dos variables siguientes: (1) el valor que el sujeto da a un objetivo determinado; y (2) la estimación que hace el sujeto de las posibilidades de que una acción dé como resultado dicho objetivo. La escala de "locus of control" utilizada mide esta segunda variable.

Esta escala se enmarca dentro de las teorías del aprendizaje social y de la intención de conducta. Dentro de la teoría del aprendizaje social, se aplica la escala para (1) determinar la relación existente entre el "locus of control" respecto de la salud y otras variables relacionadas con la salud infantil; (2) determinar qué experiencias del aprendizaje social conducen al refuerzo de un "locus of control" interno o externo; y (3) determinar los efectos de las experiencias de aprendizaje y el "locus of control" respecto de la salud infantil.

4.4. Tratamiento de los datos

Para el análisis de los datos de los dibujos y las entrevistas acerca de los mismos se procedió del siguiente modo: se transcribieron las entrevistas y se codificó la información tanto de éstas como de los dibujos de acuerdo a las categorías establecidas.

Los datos obtenidos a través de los cuestionarios se codificaron y analizaron estadísticamente utilizando el programa

SSPS.

Se empleó la Correlación de Pearson para estudiar el grado y sentido de la asociación entre pares de variables.

De acuerdo con la naturaleza de las variables, se utilizó la t-student para medir diferencias entre medias de dos grupos y ANOVA para establecer diferencias entre medias de tres y cuatro grupos. Estas pruebas se aplicaron para cruzar cada variable con las variables de identificación (edad, género, estado laboral de la madre, nivel económico, nivel educativo de la madre y del padre, número total de medicinas en el hogar, número de medicinas en el hogar adquiridas para los niños, y número de personas en el hogar). Se empleó el procedimiento de Scheffe en cada correlación para ver el nivel de significación de los resultados obtenidos.

Con el fin de analizar la relación entre las variables, se utilizó el χ^2 , para lo cual se convirtieron las variables continuas en dicotómicas.

La exposición de resultados se realiza de forma independiente. Se presentan primero los datos obtenidos a través del dibujo y de la entrevista. A continuación se expone la información obtenida a través de los cuestionarios tras el análisis estadístico de los datos. En el capítulo 5 se analizan e interpretan los datos en conjunto, teniendo en cuenta toda la información obtenida a través de los distintos procedimientos e instrumentos empleados.

CAPITULO V

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Tras la aplicación de los cuestionarios y la realización de las entrevistas, la presentación de los resultados se ha dividido en tres secciones, con el fin de facilitar la comprensión a lo largo del texto: Análisis de la información procedente de las entrevistas, Análisis descriptivo de los datos obtenidos a través de los cuestionarios, y Contraste de las hipótesis.

1. ANALISIS DE LA INFORMACION DE LAS ENTREVISTAS

El apartado que ahora nos ocupa se refiere a la entrevista con los niños acerca del dibujo. No se considera la variable colegio; la variable género no ha sido tomada en cuenta, una vez que no aparecieron diferencias significativas entre ellos.

1.1. Análisis de los dibujos

La interpretación del dibujo, tras su estudio atento, ha sido considerado como un método excelente para el conocimiento del niño. De hecho, el niño a través del dibujo proyecta su mundo vivencial, su intimidad, sin que se bloquee por ello. Dicho de otra forma, antes del dibujo el niño parte de la introspección, de la autodescripción del contexto donde acontece la toma de medicamentos y el dibujo es el reactivo que permite que esas autodescripciones se proyecten al papel.

Es decir, la introspección del sujeto acerca de su enfermedad y el consumo de medicamentos genera mediante el reactivo del papel blanco una proyección a través de la cual el sujeto expresa exactamente su mundo vivencial. Por esto, en psiquiatría infantil desde antiguo se han venido estudiando los dibujos del niño, porque es un cierto camino exploratorio, a veces uno de los más válidos, para de una forma indirecta obtener la información de lo que acontece en la intimidad del niño, sin que por ello éste se bloquee.

A un niño no se le pueden hacer preguntas directas, porque muy probablemente se inhiba; por el contrario, si se le pide que dibuje una escena, el niño vive esa situación como algo no inmediato ni directo, sino como mediado por el papel blanco, por la tarea que tiene que realizar. Por consiguiente, esa percepción de no-frontalidad (distinto a lo que sucede en el adulto) le posibilita hablar de sí a través del papel, del dibujo hecho, como si las cosas no fueran consigo. (Sobre interpretación de dibujos infantiles consultar Biedma y D'Alfonso, 1960; Widlocher, 1965; Corman, 1967; Kellogg, 1970; Debienne, 1973; Romano, 1975; Butterworth, 1977; Nejamkis, 1977; Goodnow, 1979; y Koppitz, 1984).

La interpretación que aquí se ha seguido no está vinculada a una determinada clave hermenéutica; esto quiere decir que hemos partido en esos dibujos de lo que es el conocimiento de la infancia y de nuestra experiencia clínica; no hemos acomodado, por consiguiente, los resultados interpretativos de cada dibujo a claves adscritas a una determinada psicología evolutiva, a una

determinada escuela (psicoanálisis, etc.) porque pensamos que la vinculación a esas claves interpretativas generaría una hermenéutica también relativamente sesgada, y porque distorsionaría lo que el niño piensa, siente, percibe o expresa acerca del consumo de medicamentos.

En realidad, todo esto podría entenderse mejor si habláramos aquí del texto, del contexto y del pretexto. El resultado obtenido a través del dibujo infantil en relación con el consumo de medicamentos tiene como pretexto hacer ese dibujo, es decir, el dibujo se transforma en un pretexto para que nosotros apresemos el texto.

El texto es el discurso del niño, en este caso gráfico, aunque después ampliado y explícito en la segunda fase, a través de la entrevista, en la que se da pie para que, mediante preguntas, acabe de apresar lo que simple y espontáneamente había dibujado, y no solamente apresar la información, sino también contrastar para que de alguna manera el interpretador reciba un feedback confirmatorio o falsatorio de sus interpretaciones iniciales. El contexto, por otro lado, suele ser el ámbito de la casa, es decir, el niño dibuja lo que aconteció estando en su casa extrayendo información de la memoria. Este discurso o texto gráfico queda ampliado por el texto dialógico que es el que acontece en las entrevistas, cuando en el colegio se le piden detalles o se le pide la descripción del dibujo; es decir, el vaciado y análisis de las grabaciones que posteriormente son transcritas y analizadas.

El procedimiento de la grabación es también muy fiable puesto

que introduce nada más y nada menos que un modo más importante de fiabilidad y validez sin por ello fatigar al entrevistador -sería absurdo estar tomando notas delante del niño, y contribuiría a bloquear al niño porque se dedicaría a atender a lo que el investigador pregunta y escribe y quitaría espontaneidad a esa entrevista.

Así las cosas, el texto es lo que se genera en esas situaciones (análisis). Naturalmente, entre el texto, el pretexto y el contexto hay muchas relaciones e implicaciones. Bastaría cambiar uno de ellos para que automáticamente se modificaran los otros. Por eso, a la hora de los resultados finales a los que se llegue en esta investigación, debe tenerse muy en cuenta la perfecta vinculación entre la situación reactiva o el pretexto de la investigación, el ámbito que rodeaba al niño en esas variables de investigación, por ejemplo, la familia, los padres que le cuidan etc.; osea, el contexto y, por último, el texto, es decir, el dibujo que ha hecho el niño y la descripción que del mismo realizó.

El contexto del dibujo

De los 100 dibujos realizados, 75 desarrollan su acción en el ámbito o contexto de la casa de los propios niños. De estos, 33 corresponden a niños de siete años y 42 a niños de diez años¹. Diez

¹ En adelante se mencionará el número total de niños en cada categoría, seguido del número de niños de siete años y del número de niños de diez años. Por ejemplo, "30 (12-18)" significa que de los 30 niños, 12 son de 7 años y 18 son de 10 años. Se debe tener en cuenta, además, que dado que la muestra es de 100 sujetos, tales números se corresponden con los porcentajes.

lo sitúan en un hospital (8-2), 7 en una consulta médica o enfermería (6-1), 4 en casa de algún familiar (2-2), 1 en un parque al aire libre (1-0) y 1 en una fiesta de cumpleaños en un local (0-1).

¿Dónde se encuentra el niño?

En los dibujos 50 niños aparecen en su cama (21-29), de los cuales 43 están tumbados, 5 están al lado de la cama y 2 sentados en la misma; 11 niños se han dibujado sentados o tumbados en el salón (5-6), 8 en una cama del hospital o de la consulta médica, 5 en su cuarto (3-5), 5 en la cama de sus padres (4-1), 3 en otras partes de la casa como el comedor, la cocina y el pasillo (2-1) y 1 en una cama en casa de sus primos donde estaba de visita (0-1).

A través de este análisis (dónde se encuentra el niño) llegamos a la conclusión de que el niño asimila la enfermedad con el estar postrado (27 casos en total), o con estar recluído (40 casos). Esto significa que estar enfermo para el niño (según estos dibujos) supone estar postrado y/o recluído. Eso genera enormes consecuencias puesto que rompe el connatural estilo de vida en la infancia y supone la interrupción de las actividades normales así como una cierta ruptura de su orden natural. Estar enfermo es, por consiguiente, romper el tejido, el estilo personal de vida al que el niño está adaptado.

¿Quién cuida al niño en el dibujo?

Con respecto a quién cuida al niño en el dibujo, la mayor

parte de los niños no ha incluido un cuidador (62; 26-36). De ellos 57 se han dibujado solos en el papel y 5 han incorporado a la escena únicamente un hermano o hermana; 13 han representado a la madre como cuidadora (8-5), 5 al médico (2-3), 5 a la madre y al médico (5-0), 4 a los dos padres (2-2), 3 al médico y a los dos padres (2-1), 3 a una enfermera (3-0), 2 al padre (1-1), 2 al padre y al médico (2-0), y 1 a una abuela (0-1). De modo que son 62 niños los que no representan cuidadores en el dibujo, 24 incluyen un cuidador, 11 dos cuidadores y 3 representan tres cuidadores.

En este punto podríamos decir aquello de "dime quién te cuida y te diré quién te quiere." En efecto, los dos detalles que nos permitimos comentar aquí son, en primer lugar, la soledad. Estar enfermo significa para el niño que está solo, por cuanto que en 62 casos se han dibujados solos en el papel. Esto quiere decir que no sabemos si la realidad fue así o no; sí sabemos un hecho cierto: el niño se ha dibujado así cuando está enfermo.

Es probable que la realidad y la expresión del dibujo sean acontecimientos independientes, pero también cabe pensar que esos acontecimientos son interdependientes, es decir que lo dibujado pudiera expresar bien lo real.

Es necesario destacar la ausencia del padre de la mayoría de los dibujos. Esto podría significar que el padre no cuida al niño. Es posible, además, que el niño infiera que el padre no le quiere porque no cuida de él. De cualquier forma, estas u otras interpretaciones tendrían que ser objeto de estudio en otras investigaciones para ver si se verificaban o no. Pero el hecho es

que el padre está ausente; de hecho, sólo en 11 casos se apela al padre como cuidador en el dibujo y de esos casos, sólo en dos el padre está representado solo como único cuidador del niño. En los otros restantes se presentan a los dos padres solos o al médico con los dos padres o al padre y al médico. De aquí lo que se puede inferir es que el niño se siente mucho más cerca de la madre que del padre y sobre esto hay cierta constancia sociológica de que en nuestro país esto es así.

¿Hay otras personas en el dibujo?

Además de la persona o personas que cuidan al niño en el dibujo, en 6 de ellos se presenta a un hermano o hermana; la madre de otro niño aparece en uno; el médico en otro y por fin en otro dos niños compartiendo habitación. Cabe señalar que en ningún dibujo aparecen personas visitando al niño enfermo.

Si se ha dicho que todo hombre nace y muere solo, que toda persona está sola, tanto más se podría predicar esta soledad del niño. El hecho de que el niño enfermo no tenga las visitas puede generar consecuencias relevantes. Durante el periodo de enfermedad el niño no está expuesto a los estímulos sociales que necesita para madurar. Por otra parte, la enfermedad interrumpe el proceso de socialización del niño al alejarle de los amigos y compañeros. Las visitas podrían servir para compensar la deprivación social a que está sujeto el niño enfermo.

¿Hay alguien más que podría estar en el dibujo?

Cuando se cuestionó a los 62 niños que no incluyeron ningún cuidador en el dibujo, respondieron que podrían haber dibujado a otras personas; las razones principales por las que no las incluyeron en el dibujo son, entre otras, que estaban en otra habitación en ese momento (madre limpiando la casa o cocinando, padres trabajando y hermanos en el colegio). De haber tenido esto en cuenta, podrían haber dibujado a su madre 19 (4-15), a ambos padres 6 (1-5) y a otros cuidadores 3 (1-2) (abuelos y persona que cuidan al niño cuando los padres no están). No hubo respuestas en los restantes 34 niños.

En este punto se justifica la hipótesis ya adelantada con anterioridad de que podría haber una cierta independencia entre la realidad y el dibujo; dicho de otra manera, que el contenido del dibujo podría no ser consistente con la realidad, podría no proyectar la realidad. En efecto, cuando se insta al niño con preguntas sobre esta cuestión de la soledad, se observa que podrían haber incluido a otras personas y que no las incluyen y aquí aparece un descargo de conciencia o de motivos como el hecho del trabajo -sus padres están trabajando fuera o la madre está trabajando en otra habitación-.

¿Hay otros datos de interés en el dibujo?

Algunos niños han incluido en el propio dibujo la explicación de lo que les pasa (5; 1-4). Así, por ejemplo: "tengo sinusitis, mamá", "me duele la garganta". Otros han escrito quejas tales como

"ay" y "me duele la cabeza ¡mamáaaa!", o están llorando (8, 2-6). 10 niños han incluido una televisión en sus dibujos (4-6); algunos están viendo la televisión y otros la tienen apagada y 11 han dibujado libros, tebeos, juguetes, animales de compañía y aparatos de música (5-6). En 7 dibujos aparece un termómetro (0-7). En 16 dibujos aparecen medicinas (9-7), principalmente jarabes e inyecciones. Otros remedios, como platos de dieta, paños en la frente, vaso de leche caliente con miel y bolsa de agua, aparecen en 8 situaciones (2-6).

Aquí vemos reflejados dos tipos de comportamientos infantiles. Algunos han incluido en el dibujo la explicación de lo que allí está pasando. Es posible que sean niños más reflexivos que a través del lenguaje se alejan y están más distantes del recuerdo de aquella experiencia. En otros tal vez su recuerdo avive lo que sucedió y en el dibujo lo que expresan es exactamente comportamientos; no una explicación acerca del comportamiento, sino comportamientos.

Estos últimos son probablemente más próximos, menos despegados de la situación, porque al revivir el recuerdo se transviven quizá en él y por tanto se transrepresentan en el dibujo. En este caso diríamos que la proyección de la intimidad a través del dibujo coincide con la identificación del sujeto en el dibujo proyectado y expresado.

Curiosamente en estos casos el niño no solamente indica lo que está sucediendo, cómo se está comportando, sino que incluso añade expresiones que fueron dichas muy probablemente cuando estaba

enfermo, como "*¡ay!, me duele la cabeza, mamá.*"

En conclusión, asistimos aquí a una fuerte e intensa autoproyección identificadora que se transfiere o se expresa reviviendo el sufrimiento. También es curioso que haya 10 niños que dibujan la televisión, lo que pone de manifiesto que el niño enseguida se rodea de instrumentos que para él son relevantes y por eso los expresa en el dibujo vinculándolos con su enfermedad. Entre estos objetos se encuentran también los relacionados con la enfermedad y el tratamiento (inyecciones, medicinas, termómetro, etc.). De todos ellos, el termómetro es indudablemente el instrumento más relevante para un niño en la expresión de su enfermedad. Esto es significativo, puesto que coincide con que de todas las enfermedades las más frecuentes a estas edades son precisamente las enfermedades infectocontagiosas, en las que el termómetro es el elemento más preciso para su diagnóstico.

1.2 Análisis de las entrevistas

Terminología empleada para referirse a la enfermedad

La terminología empleada por los niños cuando se les preguntó "*¿qué te pasaba?*" se presenta en la tabla 5.1 (Tabla 5.1)

Cuarenta y cuatro niños describen lo que les pasa dando el nombre -otitis, constipado, sarampión, etc.- (25-19), mientras que 55 niños (26-29) se refieren a ello describiendo **síntomas** ("*tenía mucha fiebre y me sentía mal*", "*me dolía la cabeza*").

La selección o inventario de voces del que damos constancia en estos resultados debe ser aquí considerado. Por una parte, se puede

Tabla 5.1 - Terminología empleada por los niños para referirse a la enfermedad descrita en la entrevista.

Terminología	%
Catarro, constipado, resfriado, tos	23
Gripe	17
Gastroenteritis, malo del estómago, empacho, corte de digestión y expresiones tales como "no sé lo que comí que me sentó mal" y "el agua que bebí era mala"	17
Fiebre	14
Dolor de cabeza y dolor de garganta	8
Otitis/dolor de oídos	6
Malo, enfermo	5
Varicela, sarampión	4
Expresiones tales como "me dolían las muñecas", "me escayolaron por un golpe en un dedo", "tenía un esguince en la pierna"	3
Operaciones de nariz y anginas	3
Total	100

decir que el análisis de este tema nos provee de un inventario de las enfermedades más frecuentes, tal y como son vistas por el niño, que sería interesante contrastar con datos epidemiológicos. Hay también un inventario sintomático; es decir, cuáles son los síntomas que más frecuentemente aparecen, tal y como el niño los expresa, que habría que comparar con las enfermedades más frecuentes en la infancia según estudios epidemiológicos. Esto significa que los niños son muy buenos observadores y procesan la información acerca de la enfermedad.

La relevancia de los conceptos que aquí se han vertido tal vez nos permita hablar de un sistema de atribuciones causales según el cual el niño es capaz de hacer hipótesis explicativas respecto de

la etiología. Los niños parecen elaborar autoexplicaciones de lo que les está pasando. De esta forma, realizan un diagnóstico implícito que se vierte finalmente en un diagnóstico explícito al traducir en palabras qué es lo que les está pasando. Este diagnóstico implícito o esta autoexplicación implícita en el niño tiene un efecto retrospectivo o reobranante muy eficaz sobre el propio niño.

En síntesis, frente a las dudas de la validez y de la fiabilidad del diagnóstico clínico o científico, hay una robustez vivencial en cómo el niño percibe esa enfermedad. Esas hipótesis explicativas que el niño se da y nos da, incluso etiológicas, de lo que le está pasando, son de gran alcance, ya que reobran sobre la conciencia del enfermo, y probablemente tienen una importante función que cumplir al aliviarle de la ansiedad que.

Dicho en otros términos: cuando un niño autocalifica con un concepto lo que le está pasando, está rompiendo todo ese misterio, toda la ansiedad de lo no-sabido, toda la ansiedad que genera la ignorancia, cuando estamos en peligro. La enfermedad constituye un peligro para el hombre, sólo que cuando se le cuando se le pone nombre (etiquetado), pierde en parte su misterio y deja de ser una realidad amenazante.

¿Cómo y cuándo comenzó a sentirse enfermo?

El comienzo de la enfermedad es descrito como "de repente" en 6 casos (5-1) -"estaba haciendo los deberes y de pronto ¡pum! y me duele la tripa"-, y en 23 casos se sitúa en algún momento: por

la noche (10, 6-4), por la tarde (5, 0-5) o al levantarse (8, 4-4)
-"me desperté y me dolía la cabeza"-

Hay 78 niños que recuerdan cuándo empezaron a sentirse enfermos -"fui a mi casa y me dolía la cabeza, al llegar ya tenía mucha fiebre", "dos días antes de las vacaciones de Navidad"-.

El lenguaje utilizado en las explicaciones tiende a mostrar una idea de comienzo repentino de la enfermedad, en unas ocasiones expresado claramente y en otras sugerido -después de darse un golpe en el dedo corriendo por la casa, cuando terminó de correr, etc.-. Algunos niños relacionan el comienzo con una hora o una parte del día (25); 25 niños lo relacionan con un acontecimiento o actividad -"cuando salí de la piscina y llegué a casa", "fue cuando iba a ir a un cumpleaños", "después de comer arroz", "al día siguiente de andar descalza pisando el suelo en casa de una amiga"-Además, 21 niños relacionan el comienzo de la enfermedad con la aparición de síntomas (dolor de cabeza, dolor de tripa, fiebre y picor principalmente) -"el domingo por la mañana estaba muy mareada y con fiebre", "unos días antes de que me doliese la cabeza", "cuando no tenía ganas de comer"-

Este punto es sugestivo porque se señala cuál va a ser la conciencia de comienzo de la enfermedad por parte del niño; es decir, cómo percibe el niño el comienzo de la enfermedad. De hecho, hay bastantes casos -23- en los que se puede determinar con precisión el momento de comienzo, que generalmente ellos sitúan por la noche, más que por la mañana, lo cual es lógico porque la noche siempre aparece como misteriosa; por la noche -cuando ellos tienen

menos control- es cuando se desencadenan las cosas.

En cualquier caso, algunos niños también hablan de que "se pusieron malos" de repente. En este mismo orden de cosas, suele haber unas ciertas conexiones atribucionales de tipo comportamental que implican al contexto cuando vinculan el comienzo de la enfermedad con lo que inmediatamente estaban haciendo antes o después, es decir, con lo que en el análisis funcional de conducta denominan las circunstancias previas de las que depende o el desencadenamiento de un determinado suceso o actividad. En este caso la conducta tendría una función posiblemente etiológica del comienzo de la enfermedad, así, por ejemplo, andar descalzo, haber comido lo que no se debía, etc.

En general el comienzo está muy vinculado a la aparición de los síntomas; es decir que la aparición de estos es lo que alerta la conciencia del niño y lo que hace que éste lo grave en la memoria como comienzo de la enfermedad. Pero no debe olvidarse que todo esto pueden ser meras atribuciones explicativas por vía sintomática del comienzo de una enfermedad.

¿Qué es lo primero que sintió?

Los síntomas que los niños reconocieron como primera señal de que estaban enfermos se presentan en la tabla 5.2.

En este punto se concretan más cuáles son los indicadores del comienzo de la enfermedad. Se trata de indicadores sintomáticos -un total de 118-, que alertan al niño de la posibilidad de que esté enfermo. Al reconocer las primeras señales se ponen en acción los

Tabla 5.2 - Síntomas por los que se reconoció la enfermedad descrita en la entrevista.

	<u>7 años</u>		<u>10 años</u>		<u>Total</u>	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
Dolor de cabeza	8	13.3	13	22.4	21	17.8
Dolor de estómago	12	20.0	9	15.5	21	17.8
Tos	9	15.0	5	8.6	14	11.9
Vómitos	8	13.3	4	6.9	12	10.2
Dolor de garganta	7	11.7	4	6.9	11	9.3
Fiebre, calor, sudor	2	3.3	5	8.6	7	5.9
Dolor en un dedo, pie, etc.	6	10.0	1	1.7	7	5.9
Mareo	1	1.7	5	8.6	6	5.1
Dolor de oídos	3	5.0	3	5.2	6	5.1
Malestar general	1	1.7	3	5.2	4	3.4
Picor	2	3.3	1	1.7	3	2.6
Cansancio	1	1.7	1	1.7	2	1.7
Granos	0	0.0	2	3.5	2	1.7
No poder dormir	0	0.0	1	1.7	1	0.8
No poder levantarse de la cama	0	0.0	1	1.7	1	0.8
Total	60*	100	58*	99.9	118*	100

* Algunos niños dan respuestas múltiples

mecanismos -conductas, actitudes, expectativas, etc- propios de la situación de enfermedad. El niño reacciona a la enfermedad y las personas en su entorno reaccionan a él y a su enfermedad. La detección de las primeras señales es importante porque cuanto antes y más preciso se realice el diagnóstico, antes se aplicará el tratamiento. Pero, además, si se pretende educar a los niños para que crezcan como sujetos responsables de su propia salud, es

altamente deseable que el niño desarrolle su capacidad para identificar los primeros síntomas y reaccione a ellos de la forma más adecuada para el pronto restablecimiento de su salud.

¿Dónde estaba cuando empezó a sentirse enfermo?

La mayoría de los niños indica que estaba en su casa cuando comenzó a estar enfermo (55, 30-25), si bien otros estaban en el colegio (12, 4-8), en casa de los abuelos u otros familiares (7, 2-5), al aire libre o en otros lugares (parque, coche, camping, calle y piscina), o en casa de un amigo (1, 0-1).

Unicamente los niños que estaban en su casa cuando empezaron a sentirse enfermos dan en ocasiones detalle de un lugar preciso - "en un sillón de mi casa", "en la cama", "en el salón, viendo la tele", etc.-

En este punto se trata, no de los indicadores sintomáticos, sino fundamentalmente de los indicadores contextuales de comienzo; es decir, el niño apela a en qué contexto comenzó la enfermedad y, lógicamente, mayoritariamente comienza en casa -55-, 12 sólo en el colegio y luego desciende a cifras menores que son casi en la práctica irrelevantes.

¿A quién le dijo primero que estaba enfermo? o ¿quién se lo notó primero?

El propio niño fue quien en 53 casos le dijo a alguien que no se sentía bien. Se lo dijeron a su madre 30 niños (14-16), 13 a los dos padres (5-8), 7 a otros familiares (abuelos y tíos) (3-4) y 3

a su padre (2-1) -"le dije a mi madre que no me encontraba bien"-.

En 28 casos no lo dijo, sino que se lo notaron, concretamente por la cara roja o la tos. Las madres fueron quienes lo notaron en 19 casos (8-11), los dos padres en 6 ocasiones (3-3), el padre en 2 ocasiones (1-1) y otro cuidador (primo) en 1 ocasión (1-0) -"No se lo dije a nadie, yo me aguanté; me dijo mi padre que qué me pasaba", "mi madre me lo notó, es que se me pone la cara roja"-

Este punto es importante, puesto que se refiere a la conciencia de enfermedad en relación con la autonomía. Es curioso que 53 niños fuesen los primeros en darse cuenta de que se sentían mal y lo dijeron a alguien. El niño forma el estado de su enfermedad a través de la conciencia de enfermedad, lo cual tiene unas repercusiones de vital importancia para los tratamientos, la adherencia al tratamiento, las expectativas de curación, etc. En este apartado, como en otros anteriores, la relación madre-padre en percibir el comienzo de la enfermedad está muy a favor de la madre, siendo la proporción de 13 a 3.

En otras ocasiones -hasta 28 niños-, no dijeron nada a sus padres sobre esa conciencia de enfermedad. Es posible que estos 28 niños tengan más autonomía y, al no depender tanto de sus padres, silenciaron el primer concepto de enfermedad que tenían sin acudir a ellos; o quizás sean más resistentes e independientes frente a la enfermedad y en tal caso menos dependientes de los padres.

Estas preguntas quizás no tengan respuesta por el momento, a no ser que se amplíen con más investigaciones. En todo caso, sí se puede decir que las madres detectan antes el comienzo de la

enfermedad que los padres. Tampoco este hecho tiene explicación por el momento, aunque sí se pueden sugerir hipótesis alternativas. En primer lugar, es posible que la madre advierta antes la enfermedad porque convive más tiempo con el hijo que el padre. Otra posible hipótesis es que quizás las madres actúan como las responsables del tema de la salud y la enfermedad en la familia, tienen ese rol social, y por tanto son las responsables de detectar los primeros síntomas.

Y la tercera hipótesis es que las madres son más observadoras y por tanto son las que hacen la detección precoz de forma más conveniente. En ese caso quizás se esté funcionando con recursos naturales y por tanto esas diferencias entre el padre y la madre respecto del comienzo de la enfermedad del niño serían naturales.

Personas que determinan que el niño está enfermo

La madre parece ser la persona que más frecuentemente decide que el niño está enfermo -"mi madre sabe cuándo estoy mal y me dice si tengo fiebre o no", "mi madre lo supo antes porque vió que tosía mucho"- El médico se presenta también como una fuente de diagnóstico y confirmación de lo que le pasa al niño -"me dijo el médico que tenía la gripe". En ocasiones es el propio niño quien decide que está enfermo aunque su madre es quien lo confirma -"le dije a mi madre que me empezaba a doler la tripa y ella me dijo que a lo mejor era de que había comido algo raro"- o es principalmente el propio niño -"empecé a toser un poquito y me di cuenta de que empecé a estar un poquito mala"- . La tabla 5.3 presenta las

personas que determinan que el niño está enfermo (Tabla 5.3)

Tabla 5.3 - Personas que determinan que el niño está enfermo.

	<u>% 7 años</u>	<u>% 10 años</u>	<u>% Total</u>
Madre	16	14	30
Médico	5	5	10
Niño	4	4	8
Niño y madre	2	4	6
Madre y médico	0	4	4
Padre	2	2	4
Madre y padre	2	2	4

El papel del niño como autodiagnosticador es importante. En total son 14 los niños que se autodiagnostican, lo cual les convierte en la segunda persona en frecuencia que hace diagnóstico. Sería interesante estudiar si estos 14 niños que se diagnostican, frente a los restantes que no lo hacen, tienen más actitudes hipocondríacas y quizás están más preocupados con la salud, de forma que pudieran tomarse estos rasgos como predictores de futura psicopatología.

La madre aquí ocupa un papel extraordinariamente relevante. En realidad la diagnosticadora propiamente hablando es la madre; se sitúa en primer puesto como "especialista" que hace diagnósticos. La madre diagnosticadora ejerce como profesional vicaria de las funciones del médico. En otros casos la madre confirma el diagnóstico parcialmente realizado por otra persona; la madre confirmadora del diagnóstico vuelve a poner sobre el tapete que es

la instancia principal a la hora de hacer un diagnóstico infantil, sobre todo si se la compara con el médico, que tan sólo en 10 casos es quien hace el diagnóstico, tal y como el niño lo percibe. La madre diagnosticadora puede asociarse con el médico como figura que confirma. En resumen, los niños presentan a la madre como la figura principal, mientras que los restantes son elementos adicionales que dan mayor consistencia y estabilidad a los juicios diagnósticos maternos.

Causa de la enfermedad

La causa referida por los niños en más ocasiones es el frío; dentro de esta categoría las expresiones se refieren a andar descalzos, sudar y no abrigarse, no abrigarse cuando hace frío y comer helados en invierno *"cogí catarro por andar descalzo, cogí frío en los pies"*, *"corrí mucho sin quitarme la cazadora y después no me puse nada encima"*; a continuación, el grupo más numeroso en cuanto a la causa es el del consumo de alimentos o agua en mal estado o que sientan mal *"no sé lo que comí que me sentó mal"*, el contagio y los virus *"mi hermano me contagió la varicela estando mucho tiempo al lado"* y accidentes *"un niño me empujó por la escalera y me torcí el pie"*. La tabla 5.4 resume las causas de las enfermedades narradas, tal como las describen los niños.

Cuarenta y siete niños ofrecen una explicación simple de la causa (22-25) *"cogí frío"*, *"me torcí el pie, a lo mejor andando"*, *"había comido algo raro que me había sentado mal"*, mientras que en 16 casos se ofrecen varias causas o varias acciones como causa

Tabla 5.4 - Causas de las enfermedades.

<u>Causas</u>	<u>% 7 años</u>	<u>% 10 años</u>	<u>% Total</u>
Frío	16	11	37
Consumo de alimentos/agua	5	7	12
Contagio/virus	2	5	7
Accidentes	5	1	6

(9-7) -"era Navidad y me tomé un helado y estuve gritando, también es que estaba bastante afónico", "estaba en la calle jugando, a lo mejor hacía frío, no me tapé bien el oído ni la garganta", "un día de verano comí y después de un rato de estar haciendo la digestión me bañé y se me cortó la digestión"-

En realidad, los niños han elaborado un inventario jerarquizado de las atribuciones de causalidad de las enfermedades que padece. El ranking se ordena de más a menos, mencionando el frío, comida más bebida, contagio de virus o enfermedades contagiosas, accidentes. El hecho de que los niños sean conscientes de las causas de la enfermedad es un punto de interés que los programas de educación para la salud deberían tener en consideración. Si los adultos supieran que su propio comportamiento puede ser causa de enfermedad y pusieran tales conocimientos en práctica, se evitarían muchas enfermedades que tienen que ver con los accidentes de tráfico, con el consumo de alcohol, de grasas, el exceso de alimentos, el consumo de drogas, el tabaco, etc. Los niños son capaces de apelar a este modelo salutogénico² al admitir

² Cfr. "Educación para la salud", de Polaino-Lorente, 1987.

que la conducta puede ser una de las causas o el conjunto de causas más importantes por las que se produce la enfermedad. Esto sugiere que la percepción infantil y la atribución infantil de la causalidad de las enfermedades quizás sea más realista y adecuada que la de los adultos.

Sentimientos

Los sentimientos más generalizados expresados por los niños con relación al episodio de enfermedad son el aburrimiento y la tristeza, relacionados generalmente con la falta de actividad y en concreto con el hecho de tener que estar en la cama, no poder jugar con los amigos ni ir al colegio -"estaba triste porque es un poco aburrido estar siempre haciendo lo mismo, sin amigos"-. Además, los niños se refieren al cansancio durante la situación de enfermedad; algunos expresaron sentimientos de miedo o susto y de nerviosismo, principalmente referidos a la aparición de los síntomas y, en un caso, a la visita al hospital -"estaba un poco asustado cuando me empezaron a salir los granos"-. Otros mencionan que están bien o alegres -"estaba alegre porque no tenía que ir al colegio"-. Un niño dice que está triste y alegre a la vez -"estaba un poco triste y un poco contento; triste porque me aburría y alegre porque estaba con mi perra"- y otro niño dice que se siente de mal humor -"estaba de mal humor porque al principio no quiero ir al cole y quiero estar malo, pero cuando estoy malo quiero ir al cole y ponerme bueno"-. (Tabla 5.5)

Tabla 5.5 - Sentimientos expresados por los niños acerca del episodio de enfermedad descrito en la entrevista.

<u>Sentimientos</u>	<u>% 7 años</u>	<u>% 10 años</u>	<u>% Total</u>
Aburrimiento	11	20	31
Tristeza	10	18	28
Cansancio	3	7	10
Miedo o susto	3	4	7
Nerviosismo	5	1	6
Se encuentran "mal"	3	2	5
Están bien o alegres	3	1	4
Sin ánimos, sin ganas de hacer nada	0	4	4
Se sienten raros	1	1	2
Soledad	0	1	1
De mal humor	0	1	1
Triste y alegre a la vez	1	0	1
Total	40	60	100

Los sentimientos suscitados por la enfermedad son fundamentalmente de tres clases: aburrimiento, triteza y ansiedad. La enfermedad antes que nada supone un proceso que va desde el aburrimiento a la tristeza y regreso. Es lógico, hay razón para ello. Por una parte el niño ha dejado la actividad, que es lo suyo, se ha interrumpido su vida, y la enfermedad se vive como un inconveniente porque hay una imposición que genera limitaciones y restricciones. La enfermedad es impositiva porque es el "tener que", el "no poder", lo cual son imposiciones. Limitativa y restrictiva porque separa al niño de la escuela, que es su ambiente natural, y le imposibilita el contacto social y el pasarlo bien;

por eso hay también tristeza y aburrimiento.

En otro orden de cosas, los sentimientos más frecuentes son los de ansiedad. En el niño hay nerviosismo y miedo, porque no sabe qué le pasa, y en ocasiones hay miedo a la visita al hospital. En este punto, es lógico que estos factores o atribuciones cognitivas generen tanta ansiedad, porque es más lo que el niño sufre con lo que imagina que puede ocurrirle que con lo que realmente le está ocurriendo. La prevención para la salud se hace aquí también necesaria.

La ambivalencia descrita por los niños representa de forma franca su reacción frente a la enfermedad como persona total. Los niños hablan de "tristeza y alegría a la vez", o de "mal humor", porque en el fondo hay un conflicto de aproximación-evitación. Es decir, el niño quiere aproximarse a dejar de ir al colegio y estar en casa, pero también quiere evitar el estar enfermo. Desde otra perspectiva, el niño quiere evitar ir a clase, pero a la vez quisiera aproximarse a sus compañeros. Son conflictos no resueltos porque con una misma conducta o un mismo evento, en parte se reciben compensaciones positivas y simultáneamente se imponen consideraciones negativas. Esta ambivalencia es un terreno perfectamente abonado y muy propicio para las experiencias de aburrimiento y tristeza.

Síntomas

Los niños entrevistados utilizaron una media de dos síntomas para describir la enfermedad. Los síntomas por ellos descritos se

presentan en la tabla 5.6

Tabla 5.6 - Descripción de síntomas físicos

Síntomas	7 años		10 años		Total	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
Fiebre	19	22.3	22	19.1	41	20.5
Dolor de cabeza	13	15.3	22	19.1	35	17.5
Dolor de estómago/tripa/barriga	10	11.8	15	13.0	25	12.5
Dolor de garganta	12	14.2	11	9.6	23	11.5
Vómitos/devolver	7	8.3	11	9.6	18	9.0
Tos	11	12.9	6	5.2	17	8.5
Mareos	2	2.3	9	7.9	11	5.5
Cansancio	2	2.3	6	5.2	8	4.0
Dolor de oídos	3	3.5	5	4.3	8	4.0
Granos	2	2.3	3	2.6	5	2.5
Picor	2	2.3	2	1.7	4	2.0
Falta de apetito	2	2.3	2	1.7	4	2.0
"Alucinaciones"	0	0.0	1	0.9	1	0.5
Total	85*	99.9	115*	99.9	200*	100

* Algunos niños dieron varias respuestas

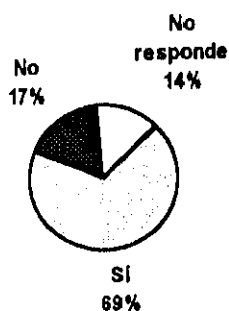
En sus descripciones, los niños elaboran un inventario sintomatológico que parece ser realista puesto que recoge los principales síntomas por los que el niño va a la consulta del pediatra. A este inventario se añaden las "alucinaciones", que pudieran ser erroneamente conceptualizadas.

Privilegios

La mayor parte de los niños entrevistados describen un trato social especial o privilegiado durante el desarrollo del episodio de enfermedad (Figura 5.1).

Figura 5.1 - Distribución de las puntuaciones con respecto a los privilegios recibidos por los niños.

Recibieron privilegios



Las situaciones descritas por los niños que expresan no haber percibido dicho trato privilegiado son variadas y corresponden a fiebre, estar mala (2), gripe, varicela, dolor en el brazo, dolor de piernas, dolor de muñeca y diarrea (1) -un niño con dolor de piernas dice que no le dieron un trato especial porque "tampoco era tan grave..."-.

Entre los que describieron un trato especial se observan diversos privilegios. Cuarenta y tres niños expresan que reciben más atención y un trato mejor por parte de sus cuidadores y de sus hermanos (21-22) -"me trataban un poco mejor, como me dolían los oídos..."- y 25 niños reciben mimos (15-10) -"me daban mimos; dicen: pues ahora te quedas en la cama y yo te doy un zumo, y yo

decía: *no quiero zumo, porque no me gusta*--; en 19 casos pueden pedir más cosas y se las conceden por estar enfermos (7-12) *-"a veces me dan todo lo que pido"*--; recibieron regalos durante los episodios descritos 14 niños (8-6), especialmente dulces y juguetes; 6 niños explican que podían pedir la comida que les gustaba (3-3) *-"mi madre me hizo canelones, que me gustan mucho"*--; 3 podían estar en la cama de sus padres (3-0); tres recibieron más besos y caricias (3-0); 2 explican que no les regañaban tanto (2-0); para un niño es un privilegio tener visitas (1-0), para otro ver la tele hasta tarde (0-1) y para un tercero no ayudar en casa (0-1).

Los refuerzos que recibe el niño durante la enfermedad apuntan hacia un modelo comportamental de aprendizaje de la misma. Se diría que el niño aprende la conducta de enfermedad mediante el refuerzo que los adultos hacen cada vez que incurre en ese comportamiento, es decir, cada vez que acontece una enfermedad.

En ciertas afirmaciones de los niños se observa una atribución de gradualidad al refuerzo en función de la gravedad de la condición. El refuerzo es mayor cuando se está muy enfermo. Lo mismo acontece en la obtención de privilegios. Curiosamente los refuerzos más gratificantes para los niños son siempre de tipo social: darle más atención, tratarle mejor, darle mimos, etc. Otros refuerzos que son de tipo consumible, tales como otorgarles dulces, comer lo que quieran, etc. Por último, es posible observar un tipo de refuerzo que se podría denominar el refuerzo de la ganancia de permisividad. Efectivamente, al niño no se le regañan tanto, no se

le pide que ayude en casa, etc. Es decir, de hecho están aquí representados los refuerzos que de un modo natural y sociocultural son hoy más frecuentes para reforzar el comportamiento de estas edades.

A la importancia de los refuerzos utilizados se añade el hecho de que quienes los administran son las personas que están más cerca del niño, que más le quieren y que tienen más prestigio ante sus ojos. La administración de estos refuerzos adquiere, además, relevancia social, puesto que crea diferencias o genera distinciones respecto de los hermanos y de los compañeros de colegio.

Con este modelo comportamental podría explicarse también lo que beneficia la conducta de estar enfermo a quien se siente enfermo. No deja de ser curioso que sólo para un niño se presenta la televisión como refuerzo. Esto podría en parte explicarse a través de la saciación del refuerzo. La televisión es un refuerzo de uso diario que ha sobresaturado, ha saciado sobremanera la necesidad que de él se tenía; por consiguiente se ha extinguido el valor reforzante de ese estímulo cuando a partir de ahora se administra.

Aislamiento

Entre los 100 niños entrevistados, 29 tuvieron visitas (16-13) de tíos (en 12 casos), abuelos (9), amigos (7), primos (3), vecinos (3) y una profesora (1). Estos casos corresponden a 4 situaciones de hospitalización, 4 de varicela, 14 de gripe, constipado y fiebre

y 7 de otras situaciones tales como esguince, dolores de tripa, etc. En 9 de los 100 episodios de enfermedad descritos los niños no se quedaron en casa y asistieron al colegio (6-9); estos casos corresponden a situaciones de gripe, catarro, tos y esguince y solamente en uno de estos casos el niño expresó que tenía fiebre.

Hay 18 niños que realizan comentarios acerca de que están solos, no tienen visitas, no se pueden acercar a otros para evitar el contagio, están aburridos, no pueden salir y quieren ir al colegio (10-8) -"en mi casa me aburro mucho", "salía a la calle, pero menos que otras veces", "no puedo jugar con los amigos", "el médico me dijo que no fuera con los amigos porque les podía contagiar", "me sentía sola y abandonada porque en casa no tenían tiempo para jugar"- De estos 18, 7 son comentarios acerca de que querían ir al colegio y no podían o no les dejaban.

Cuarenta y un niños indicaron que vino alguien a jugar con ellos. Hay que señalar que no hay datos de 31 niños sobre este aspecto, puesto que en los casos en los que los niños no se refirieron espontáneamente a ello, el entrevistador no siempre formuló una pregunta directa. Los juegos se compartieron principalmente con los hermanos (19, 7-12), seguido de los amigos (8, 6-2), los padres (5, 2-3), primos (4, 4-0), abuelas (3, 3-0), una tía (1, 1-0) y vecinos (1, 1-0). Estas compañías para los juegos son más frecuentes en los niños más pequeños.

Los niños viven con auténtica radicalidad, como si fuera un trauma, la deprivación social que sufren cuando estando ingresados o enfermos en casa, reclusos y nadie va a visitarles. El mejor

refuerzo es casi siempre de tipo social. Incluso aquí, en este punto acerca del aislamiento, lo que se está sugiriendo es que hay tanto más refuerzo social cuanto más grave es la enfermedad; dicho de otra manera, que el recibir o no refuerzo social, como son las visitas o que se nos haga compañía, es un indicador de la gravedad de la enfermedad; así, un comportamiento social bien implantado puede ser relevante incluso para la clínica.

Los juegos, que por un lado pueden ser considerados como un refuerzo de tipo extrínseco y manipulativo, tienen también un significado en el ámbito de los refuerzos sociales, puesto que siempre hay una interacción entre el juego y las personas con las que se juega; es decir, el juego es un elemento fundamental y útil para compartir con alguien. Por lo tanto, la interacción -con los amigos, los hermanos, los compañeros, la abuela, etc.- hace que este refuerzo, siendo extrínseco, se transforme en un refuerzo social.

Contagio

Con respecto al contagio (ideas acerca de si lo que tenía el niño era contagioso), únicamente se han recogido las referencias espontáneas de los niños. Cuando los niños no mencionaron el tema del contagio, las entrevistadoras no plantearon preguntas sobre ello. Nueve niños expresaron ideas acerca de que lo que tenían era contagioso (3-6); 4 de ellos tenían varicela, 2 gripe, 2 catarro y 1 sarampión. De estos 9, sólo 6 ofrecen una explicación acerca del contagio, entre los que se encuentran los 4 con varicela y los 2

con catarro.

Cuando los niños expresan sus ideas acerca del contagio utilizan los términos "virus" (4, 2-2) y "gérmenes" (2, 0-1), y verbos: "estar al lado", "estornudar" o "toser", "echar virus o gérmenes", "coger" y "entrar" o "pegarse". En estos cuatro niños, no se observan diferencias en cuanto al nivel de complejidad de las respuestas entre los de siete y diez años -"tose, me pega los gérmenes que tiene; cuando tú respiras los gérmenes se meten por la nariz y por la boca; los gérmenes son unos bichitos que se te meten y dan enfermedades, en constipados y eso", "la varicela me la contagió mi herm estando mucho tiempo al lado; los virus van de un cuerpo a otro; son unas cosas que cuando uno está muy malo coge algunos virus y se los da a otro, se los echa"- Un niño de siete años expresa que a él no se lo contagiaron, pero que él se lo contagió a su hermano -"lo cogí yo solo y se lo di a mi hermano"-

En general, los niños de siete y diez años poseen conocimientos limitados acerca del contagio. Sin embargo, éstos hacen atribuciones verdaderas respecto de la fuente del contagio (los virus, etc.); es decir, cómo -por qué vía- se transmite la enfermedad. Se trata, pues, de una teoría explicativa o tratado doméstico de lo que se podría denominar la patogenia de las enfermedades infectocontagiosas en que se plantea cómo los comportamientos se mudan en síntomas y cómo los síntomas se configuran en forma de síndromes o de enfermedades. El niño, además, ha descubierto lo que son los portadores, es decir, aquellos que llevan en sí el agente infeccioso y, sin embargo, no

lo transmiten a los demás.

En este campo se aprecia la influencia del colegio, puesto que los niños aportan datos acerca de los gérmenes y los virus, qué son, cómo se transmiten y cuáles son las consecuencias físicas de dicha transmisión.

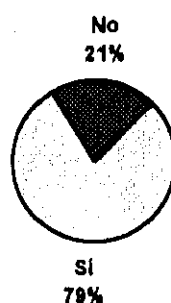
Sobre estas premisas, y dentro del área de la educación para la salud, sería interesante desarrollar sus conocimientos a través de un curriculum escolar que incluyera un programa preventivo de enfermedades infectocontagiosas.

Uso de los servicios médicos

El uso de los servicios médicos es general entre los casos observados, tal como se observa en la figura 5.2.

Figura 5.2 - Distribución de las puntuaciones respecto al uso de los servicios médicos.

Consultaron con el médico



En 47 casos el niño fue a la consulta en una sola ocasión siempre acompañado de algún adulto, principalmente la madre; en 17 casos el médico se desplazó hasta el hogar; además, hubo 8

hospitalizaciones y una consulta por teléfono con un médico de la familia. En seis casos se consultó más de una vez con el médico.

En situaciones de catarro 6 niños fueron a la consulta (3-3), el médico acudió al hogar en 4 casos (1-3), no se consultó con el médico en 6 casos (3-3), uno de los cuales se debe a que uno de los padres ejerce una profesión sanitaria, y hubo una consulta telefónica (0-1) a un médico relacionado con la familia.

En las situaciones de gripe 7 niños fueron a la consulta (6-1), el médico acudió al hogar en 2 casos (0-2), no se consultó con el médico en 3 casos (2-1), en uno de ellos debido a que los padres ejercen profesiones sanitarias.

En las situaciones de afecciones del aparato digestivo 1 niño fue a la consulta (0-1), el médico acudió al hogar en 2 casos (0-2), no se consultó con el médico en 5 casos (2-3), 1 niño no se acuerda si se consultó con el médico (1-0) y 2 niños acudieron al hospital (2-0).

En los casos de fiebre 5 niños fueron a la consulta (3-2), el médico acudió al hogar en 2 casos (2-0) y no se consultó con el médico en 3 casos (2-1) -"mi madre, como ya sabe qué, pues me daba aspirinas", "no fui al médico porque no era muy grave"-.

Ante las situaciones de dolor de cabeza y de garganta 4 niños fueron a la consulta (2-2), el médico no acudió al hogar en ningún caso, no se consultó con el médico en 2 casos (1-1) y 1 niño acudió al hospital (0-1).

En los casos en los que los niños expresan que están malos, enfermos o describen síntomas de afecciones leves 7 niños fueron a

la consulta (2-5), el médico acudió al hogar en 4 casos (1-3), no se consultó con el médico en 1 caso (0-1).

Con relación a los episodios de varicela y sarampión, 3 niños fueron a la consulta (0-3) y el médico acudió al hogar en 2 casos (1-1). En las torceduras y roturas de hueso 6 niños fueron a la consulta (5-1) y 2 niños acudieron al hospital (2-0).

En los casos de vegetaciones, sinusitis y operación de nariz 2 niños fueron a la consulta (1-1) y 2 niños fueron atendidos en el hospital (2-0). En los casos de afección de oídos 3 niños acudieron a la consulta (1-2) y el médico acudió a la casa en una ocasión (1-0). Un caso de pulmonía acudió al hospital (1-0). En uno de los dos casos de "ganglios" el niño acudió a la consulta (1-0) y en otro caso no se consultó con el médico (0-1).

Solamente en un caso el niño se refiere espontáneamente al médico como especialista (otorrino), aunque varios niños se refieren al dentista al hablar de otras situaciones.

Percepción del médico

En 69 de los 79 casos en los que se consultó con el médico se observan sentimientos positivos por parte del niño hacia la consulta, y en 10 se observan sentimientos negativos. Entre los sentimientos positivos se señalan los siguientes: "el médico es simpático" (40, 30-10) -"es muy simpático, pero no me gusta ir porque las cosas que hace son un poco molestas"- , ya le conocía (12, 7-5) -"le conocía, era mi médico de siempre"- y le gusta ir al médico (9, 5-4) -"me gusta ir al médico, lo único que no me gusta

es que me pongan inyecciones o que me metan supositorios"_. Entre los sentimientos negativos están el temor o miedo (6, 5-1) -"estaba asustado de que me fueran a poner inyecciones"- y el nerviosismo (4, 4-0) -"estaba nervioso porque pensaba como que me había roto una pierna o algo así"-.

De los 79 casos en los que se consultó con el médico tan solo en uno el niño se dirigió espontáneamente al médico -"yo le pregunté que si me iba a recuperar pronto"- . El resto, la gran mayoría, únicamente habla con el médico cuando éste se dirige a ellos. El médico habló con el niño y con los adultos en 46 casos (27-19), con los adultos únicamente en 13 casos (7-6) y principalmente con él en 9 casos (4-5).

Al niño le suelen preguntar qué le pasa y si siente dolor mientras le exploran, mientras que la terapia por lo general se la explican a los padres -"a mí me pregunta que qué me pasa y a mi madre que qué estoy tomando", "apuntó lo que tenía que tomar en un papel y se lo dio a papá, y papá se lo dió a mamá que estaba en casa", "me hablaba a mí y a mi papá, me dijo que pronto me iba a poner buena y que me iba a mandar un jarabe".

La percepción del médico es un tema interesante y pertinente en este trabajo, que merece un análisis cuidadoso. En primer lugar, es necesario referirse a la sociología implícita que acerca de la medicina está en la mente del niño. Ciertamente que la medicina no se realiza en el vacío; el ejercicio de la medicina siempre acontece en el ámbito de una sociedad. En el fondo, esa sociología implícita no es nada más que un testimonio del enraizamiento de la

medicina en la sociedad tal y como es visto por cada persona. Sin embargo, en nuestra investigación, la sociología implícita se explicita a través del dibujo y de la entrevista con el niño, y esa explicitación sirve, de una parte, para adentrarnos en el conocimiento de lo que subyace en la intimidad del niño; y de otra, para enriquecer el conocimiento que de la medicina se tiene, y quizás hacerlo reobrar desde la sociología implícita para modificar algunos de los comportamientos médicos. Es curioso, por ejemplo, que el uso de los servicios médicos es muy amplio entre los casos estudiados, aunque se desconocen las razones. Quizás -no hemos indagado en ello- se deba al prestigio social de los médicos y de la medicina, o al uso convencional en la sociedad española. O, tal vez, a la información suficientemente rigurosa que entre las madres existe acerca de la importancia que tiene la detección precoz de las enfermedades por el médico.

En esa sociología implícita se desvelan manifestaciones tan importantes como, por ejemplo, la práctica de la automedicación por parte de los padres respecto de sus hijos. Es posible que la actuación de los padres a este respecto sea consecuencia de su percepción de la necesidad que tiene el hijo, quien reclama su función de asistente profesional sanitario.

Por otro lado, en esta sociología de la medicina se ha hecho también explícita una jerarquización social de la gravedad de la enfermedad infantil según los usos y los servicios que se utilicen. El comportamiento de la madre varía a tenor de la gravedad que ella atribuye a la enfermedad específica del niño. Se desconocen los

critérios que emplea la madre para evaluar la gravedad de la enfermedad. Es posible que su juicio tenga fundamentos objetivos y se base en conocimientos acerca la enfermedad o el aparato orgánico afectado. Pero es posible también que el juicio acerca de la gravedad se deba a que la madre anticipa desde sus cogniciones de tipo negativo sobre el futuro de su hijo respecto de la enfermedad específica. Es posible, también, que la madre busque la atención médica movida por una sensibilidad social a poner remedio temprano cuando aparecen esas enfermedades comunes; o que el proceso de atribución de la gravedad por parte de la madre se base en la experiencia cercana de otros niños que han padecido esas mismas enfermedades.

El indicador de gravedad determina el tipo de asistencia que va a recibir el niño y, a su vez, está determinado por el tipo de asistencia que se considera necesario. En la escala de la percepción social de la gravedad se encuentra, en primer lugar, la hospitalización, seguido de la asistencia del médico a la casa y de la asistencia del niño a la consulta médico. Por último, no se utilizan los servicios médicos en en los casos en los que la madre considera que la enfermedad es irrelevante.

Otro apartado que merece especial atención es la falta de discriminación por parte del niño entre el médico general y el especialista. El niño sabe que va a ir al médico, pero no si va a un médico general o a un especialista. La posible confusión de los niños respecto a los roles de los profesionales de la medicina es un tema a tener en cuenta a la hora de elaborar programas de

intervención psicopedagógica en el tema de la salud. Esta intervención ha de variar en función del especialista que se consulta. Por ejemplo, un programa enfocado hacia la visita al cirujano será distinto a otro cuyo tema sea la consulta al endocrino.

En general, los niños tienen una buena percepción social del médico. Los sentimientos positivos son mayoritarios -aparecen en las descripciones de 69 niños, dentro las 79 casos en los que se consultó con el médico-; ahora bien, los sentimientos negativos son graves. Quizás ponga de manifiesto esta sociología explícita que el ejercicio profesional de la medicina pediátrica todavía es relativamente bueno, a pesar de la imagen social -menos positiva- que pueda tener. Sería interesante desde este punto de vista, ver si otras profesiones se perciben socialmente del mismo modo; por ejemplo, bastaría ver qué pasa con los arquitectos o con los ingenieros o incluso, por qué no, con los profesores desde la perspectiva del propio niño; quizás esta última sea comparable a la percepción social del médico.

Esto es interesante porque tampoco se ha hecho una sociología de las profesiones desde los destinatarios sobre los que incide ese ejercicio profesional.

Por otro lado, las descripciones de los niños incluyen la estereotipia del miedo al médico. Este temor bien podría ser consecuencia de un aprendizaje por imitación por parte del niño e incluso de un entrenamiento por parte de los padres, ya que es frecuente que los padres utilicen la relación médico-inyección para

tratar de moldear el comportamiento infantil, amenazando al niño con que el médico le va a poner una inyección.

Si el médico todavía es temido por el niño es posible que se deba, en parte, a la asociación de la figura del médico con el estímulo aversivo que son las inyecciones. No se olvide que los padres son las personas más próximas a los hijos, que ellos muchas veces aprenden de los padres por imitar su conducta social y que dicho de una y otra manera por los padres, la asociación entre el estímulo aversivo (inyecciones) y el papel del médico puede haber sido muy fuerte.

A aprendizaje de evitación conlleva un aprendizaje de la ansiedad; en otras palabras, la ansiedad que el niño tiene ante el médico es aprendida y se podría decir que, incluso, inferida de la situación. Esto puede tener implicaciones en la futura práctica sanitaria del niño cuando se transforme en adulto puesto que puede generalizar este aprendizaje de la ansiedad experimentando miedo y angustia cada vez que tiene que ir al médico y, como consecuencia, demorará o evitará la consulta con el médico. Con esto se demuestra el poder de las condiciones ansiógenas a la hora de generar o explicar la conducta humana. En todo aprendizaje infantil hay que apelar a variables de tipo cognitivo y no quedarse solamente con un modelo de aprendizaje de tipo condicionamiento clásico.

Otra cuestión también aquí a debatir es el comportamiento del niño respecto del médico. En un solo caso el niño se dirigió espontáneamente al médico. El niño no ha aprendido todavía a dirigirse al médico. Pero es posible que esta conducta se pueda

aprender, y sobre ello debieran insistir los programas de intervención psicopedagógica en el área de la salud.

Por otro lado, también habría que enseñar al médico a atender más al niño y mediatizar menos la relación médico-niño a través de la madre.

Simultáneamente, habría que pedir a la madre que se interpusiera menos en la relación entre el médico y el niño, de forma que no fuera ella el objeto de todas las aserciones, conversaciones, pautas, etc. que recibe por parte del médico. Aún siendo muy importante el papel de la madre, no se debe despreciar la interacción niño-paciente, puesto que el niño es quien se tiene que curar y las expectativas que él tenga respecto de la simpatía, cordialidad o amistad con el médico, pueden ser de un efecto extremadamente beneficioso para su propio alivio.

Los niños ofrecen descripciones detalladas de la dinámica durante la consulta médica. Es curioso que se explicita, por ejemplo, a quién se dirige el médico, qué cosas suele preguntar al niño y qué cosas suele preguntar a la madre, cómo siempre encarga de la aplicación y seguimiento de la terapia a la madre, cuáles son sus pautas como terapeuta, incluso cómo refuerza la conducta del niño dándole ánimos o cómo a veces las instrucciones que le da al padre éste las transfiere a la madre y él mismo no las aplica.

Es posible que las descripciones de los niños no se correspondan con el comportamiento real del médico; sin embargo, estas son sus percepciones y, como tales, se han de tener en consideración. La sociología explícita del comportamiento médico

desde el punto de vista del niño puede contribuir a enriquecer y a beneficiar la práctica médica de cada día, haciendo más satisfactoria la percepción que el niño tiene del médico, implantando en él una confiabilidad mayor y expectativas de curación que no le defrauden.

El proceso de mejora

Por lo general los niños son capaces de precisar el momento en el que comenzaron a sentirse mejor ($n = 49$); la mayoría de los niños comenzó a sentir la mejoría entre uno y tres días después de realizado el diagnóstico -"a los tres días de que vino el médico mi madre me ponía el termómetro y me bajaba mucho la fiebre". Un número considerable de niños se expresa de forma imprecisa, relacionando su mejoría con la visita al médico, el consumo de medicinas y la desaparición de los síntomas -"al día siguiente de ir al médico me sentía mejor", "cuando ya se estaba acabando el jarabe", "de pronto me empezó a bajar la fiebre y ya me encontraba mejor y entonces ya me podía levantar."- La tabla 5.7 presenta las referencias de los niños acerca del momento en el que comenzaron a sentir mejoría.

En las expresiones de los niños se observa que cada uno tiene su propia representación del modelo de niño enfermo. La percepción de la mejoría clínica y de la eficacia de la medicina es una percepción en parte sociológica y en parte personalista. En parte sociológica, por la acumulación social de datos que le han sido transmitidos al niño a través de los eventos que sirven de

Tabla 5.7 - Referencias acerca del momento en el que el niño comienza a sentirse mejor.

	<u>% 7 años</u>	<u>% 10 años</u>	<u>% Total</u>
Entre uno y tres días después de realizado el diagnóstico	17	18	35
Entre cuatro y siete días después de realizado el diagnóstico	5	4	9
Más de siete días después de realizado el diagnóstico	2	3	5
Después de la visita al/del médico	3	4	7
Al comenzar a desaparecer los síntomas	3	1	4
Después de tomar los medicamentos	2	1	3
No responden	20	17	37
Total	52	48	100

coordinadas y que configuran el contexto de ese universo infantil. Y en segundo lugar, personalista porque las vivencias que en el niño resuenan o despierta el dejar de tener síntomas sirven también para la configuración de esas atribuciones de eficacia. En todo caso, en este punto se observa que un grupo de niños, 26 en concreto, atribuyen su mejoría y, por consiguiente, el alivio de su ansiedad, al médico en primer lugar, al consumo de medicinas y a la desaparición de los síntomas.

Estos datos coinciden con lo expuesto por Balint (1979). Según este autor, el médico es el primer resorte que sirve al alivio de la ansiedad. La llegada del médico a casa o la llegada del niño a la consulta ya es suficiente como para localizar el control de lo

que le está pasando en una persona sobre la cual se percibe que tiene más conocimientos y que es el experto en ese tema. Esa manera de abandonarse al experto ya produce alivio porque se sale de la ignorancia.

Probablemente las percepciones de eficacia y de mejora se deban a un encadenamiento causal entre el consumo de medicinas, la visita al médico y la desaparición de los síntomas. Aunque en este estudio los resultados aparecen en cierta forma jerarquizados -1º visita al médico, 2º consumo de medicamentos y 3º desaparición de síntomas- es probable que haya una interacción entre los tres, de modo que el encadenamiento causal tendría que tener un efecto interactivo, adicional y sumatorio entre los tres elementos. Se podría decir que A determina B, B determina C, pero a su vez C, la desaparición de los síntomas, también reobra sobre A y reobra sobre B y viceversa.

A ↔ B ↔ C

↑ _____ ↑

¿Cómo se curó?

La terapia que los niños consideran más efectiva es, sin lugar a dudas, la farmacológica -"las medicinas te van al sitio ese y te van curando poquito a poco" (10 años), "los médicos las hacen con una cosas especiales como vacunas para que luchen contra los microbios; un microbio es una especie de ladrón que entra en el

cuerpo y quiere hacerlo todo al revés, las medicinas son como los policías que van a detenerlos para que no hagan mal" (10 años), "la medicina avanza y mata a los microbios, que son unas bacterias que las coges y hacen mal al organismo; la medicina las mata" (10 años), "la medicina te da refuerzos en el cuerpo" (10 años). Sin embargo, no todos los niños se refirieron a los medicamentos como medio principal de curación. Un número considerable de ellos mencionó otras terapias, tal como se recoge en la tabla 5.8.

Tabla 5.8 - Terapias a las que los niños asignan la curación.

Terapia más efectiva	7 años		10 años		Total	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
Medicamentos	36	67.9	36	59.0	72	63.2
Dieta	8	15.1	5	8.2	13	11.4
Reposo/cama	2	3.8	10	16.4	12	10.5
Paso del tiempo	4	7.5	3	4.9	7	6.1
Estar abrigado/caliente	1	1.9	3	4.9	4	3.5
Cirugía	1	1.9	3	4.9	4	3.5
Adherencia al tratamiento médico	1	1.9	1	1.6	2	1.8
Total	53*	100	61*	99.9	114*	100

* Algunos niños dan respuestas múltiples

Cuando el niño plantea sus hipótesis explicativas acerca de la eficacia terapéutica, las medicinas adquieren un papel principal. Estas hipótesis contienen unas teorías implícitas acerca de cómo actúan los medicamentos, aún cuando no han recibido una enseñanza formal acerca de los mismos. Es preferible que esa información

provenga de personas más científicas y en un contexto más estructurado como es la escuela.

Además de a los medicamentos, el niño atribuye la curación a otros procedimientos tales como la dieta, el estar en cama, el reposo, etc. De esta forma, el niño aprende a valorar estos métodos como causantes de bienestar.

Solamente dos niños de toda la muestra estudiada atribuyen la curación a que hicieron lo que les dijo el médico; es decir, solamente dos ponen el énfasis en la adherencia al tratamiento - *"Hice lo que dijo el médico y me curé"*-. Esto coincide bien con lo que se sabe, y es que en España la adherencia a las prescripciones médicas no es más allá de un 35 o un 40 %, por parte incluso de las madres. Es decir, no es extraño que no se dé a la adherencia todo el énfasis que habría que darle.

Un niño de 10 años informó que no tomó medicinas para el catarro pero sí estuvo en cama y, según sus propias palabras, se *"curó solo"*. Parece lógico que en una muestra de cien niños, alguno invoque la curación espontánea. Esta es una atribución más que también la ciencia contempla y en la que, naturalmente, hay que reparar.

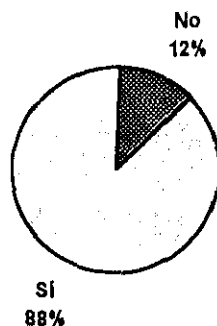
Identificación de los medicamentos utilizados

En relación a los medicamentos utilizados en los episodios de enfermedad descritos por los niños cabe señalar que la media de medicamentos por niño es de 1.8. Tal como se observa en la figura 5.3, el uso de medicamentos durante los episodios de enfermedad

descritos por los niños fue amplio.

Figura 5.3 - Distribución de las puntuaciones respecto al uso de medicamentos en el episodio de enfermedad descrito por los niños.

Utilizaron medicamentos



Las 12 situaciones en las que no se emplearon medicamentos corresponden a dos operaciones de nariz, una torcedura, catarro, gripe, gastroenteritis, síntomas de fiebre, dolor de cabeza y estómago, sarampión, empacho, golpe en el dedo, corte de digestión y dolor de muñecas.

Una niña de diez años se refiere a las aspirinas como sinónimo de pastillas y un niño, también de diez años, incluye la manzanilla y la tila en el grupo de los medicamentos.

La tablas 5.9 y 5.10 recogen las formas de identificación y los términos específicos empleados por los niños al referirse a los medicamentos.

En primer lugar, es necesario señalar que el uso de medicamentos no es excesivo dado que concurren las siguientes circunstancias: se trataron 79 niños y las situaciones patológicas que requirieron de un tratamiento fueron muy diversas, aunque la

Tabla 5.9 - Formas de identificación de los medicamentos.

	7 años		10 años		Total	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
Forma de presentación	33	50.0	25	40.3	58	45.3
Término "medicina"	13	19.7	18	29.0	31	24.2
Nombre genérico (p.e., aspirina)	8	12.1	15	24.2	23	18.0
Tipo de contenedor (p.e., sobres, ampollas)	6	9.1	1	1.6	7	5.5
Vía de administración (p.e., pinchazo)	4	6.1	1	1.6	5	3.9
Tipo de medicamento (vacuna, "cosa para no devolver", etc)	1	1.5	2	3.2	3	2.3
Composición (calcio)	1	1.5	0	0.0	1	0.8
Total	66*	100	62*	99.9	128*	100

* Un mismo medicamento puede estar identificado de diversas formas; por ejemplo, por la marca (Fluimucil) y la forma de presentación (jarabe).

mayoría se haya dentro del grupo de las enfermedades más frecuentes en la infancia.

Esto parece indicar que no hay sobremedicación ni abuso en las prescripciones por parte de los médicos. El hecho de que el promedio de medicamentos por niño es de 1.8 -ni siquiera llega a dos- lo avala suficientemente.

Las formas de identificación de los medicamentos por parte de los niños dan idea de sus conocimientos acerca de los mismos. La información acerca de las fuentes de estos conocimientos es escasa. Los usos culturales y la información e imitación del comportamiento de los padres parecen factores principales en la adquisición de conocimientos acerca de los fármacos. Los datos aportados por los

Tabla 5.10 - Términos utilizados por los niños para identificar los medicamentos

	Niños 7 y 10 años	
	(N)	(%)
Según la forma de presentación:		
Jarabe	48	34.0
Supositorios	10	7.1
Inyección	8	5.7
Pastillas, líquido y gotas	6	4.3
Pomada y polvos	4	2.8
Crema y caramelos	2	1.4
Subtotal	78	
Según el nombre genérico:		
Aspirina	30	21.3
Suero	1	0.7
Subtotal	31	
Según la marca:		
Clamoxil	8	5.7
Vicks Vaporub	3	2.1
Bisolvon o Augmentine	8	5.7
Gelocatil, Algidol, Septrin, Primperan, Pectos o Fluimucil	6	4.3
Subtotal	25	
Según el tipo de contenedor:		
Sobres	5	3.5
Ampollas o aguja	2	1.4
Subtotal	7	
Total	141*	100

* Un mismo fármaco puede identificarse de dos o más formas a lo largo de la entrevista con el niño; algunos niños dan respuestas múltiples.

niños en las entrevistas revelan que estos conocimientos, cualquiera que sean sus fuentes, son bastante extrínsecos y periféricos.

El mayor número de niños (76) identifica el medicamento por su forma de presentaciones, seguidos por el nombre genérico, tipo de contenedor, vía de administración, tipo de medicamento, indicaciones y composición. Se trata, pues, de un orden jerárquico bastante desorganizado. Aún teniendo en cuenta que los conocimientos de los niños de siete y diez años no pueden ser profundos, sí parece necesario que tengan una base más firme y científica acerca de los fármacos. Los programas de educación para la salud centrados sobre los medicamentos se convierten, aquí, en instrumentos fundamentales para el aprendizaje acerca de los mismos.

Es importante, de todos modos, insistir en que si la forma de presentación es lo que más importa al niño, esto debiera ser informado al laboratorio porque cambiando la forma de presentación de algunos medicamentos de manera que fueran las más adecuadas, la que más le gusta al niño, es muy probable que mejorara la adherencia, lo cual ya sería un buen servicio al paciente y a la medicina.

Por otro lado, es conveniente advertir también que el nombre genérico es importante y que es bueno que, desde el punto de vista comercial, cuando se inventa un término se tenga en cuenta que a través de él el significado puede contribuir a que el niño se adhiera o no se adhiera.

Sorprende también que un niño distingue los caramelos como forma de presentación. Por un lado, es lógico que sólo un niño lo mencione, puesto que la mayor parte de los medicamentos no se administra en forma de caramelos. Por otro, surge la pregunta ¿por qué los laboratorios no desarrollan más esta forma de presentación para los fármacos infantiles? En muchos casos esto no será posible, pero en otros sí, y probablemente ventajas sobre otros tipos de presentación.

Los jarabes parecen ser la forma más popular de presentación de los medicamentos pediátricos puesto que 48 niños la mencionan, mientras que los supositorios se encuentran entre los menos nombrados.

Nada de particular tiene que el nombre genérico más conocido sea la aspirina, puesto que hay una enorme presión social desde el punto de vista del uso del lenguaje. Este es uno de los términos terapéuticos de los que se habla continuamente y por tanto, que el niño aprende mejor. Resultan, en cambio, irrelevantes otros nombres genéricos o el tipo de contenedor, lo cual demuestra que los conocimientos farmacológicos infantiles están bastante afectados por el uso coloquial, por el aprendizaje no-formal y las costumbres sociales. Es importante que los laboratorios dispongan de esta información por las ventajas se podrían obtener para el consumidor infantil.

Descripción de los medicamentos

La forma de describir los medicamentos más utilizada por los

niños es el sabor (n = 80). La categoría de sabor se puede dividir en dos apartados; en el primero los niños califican el sabor como asqueroso, bueno, malo, etc. (41, 17-24); y en el segundo apartado los niños describen los sabores como amargo, dulce, fresa, etc. (39, 25-14). Esta y las demás categorías utilizadas por los niños para describir los medicamentos, se presentan en la tabla 5.11.

Tabla 5.11 - Categorías empleadas por los niños para describir los medicamentos.

	7 años		10 años		Total	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
Sabor	42	41.6	38	33.0	80	37.0
Color	13	12.9	17	14.8	30	13.9
Síntomas que combate	14	13.9	16	13.9	30	13.9
Forma de presentación	10	9.9	15	13.0	25	11.6
Tipo de contenedor	5	4.9	11	9.6	16	7.4
Forma de preparación (p.e., con agua, se disuelve)	1	1.1	7	6.1	8	3.7
Vía de administración (p.e., bebida, se chupa)	4	4.1	3	2.6	7	3.2
Parte del cuerpo que trata	3	3.1	3	2.6	6	2.7
Tamaño (pequeña)	4	4.1	0	0.0	4	1.8
Características físicas (p.e., alargada, redonda)	3	3.1	0	0.0	3	1.4
Población a la que se dirige (infantil, adultos)	1	1.1	2	1.7	3	1.4
Tipo de medicamentos (antibiótico)	0	0.0	1	0.9	1	0.5
Compañía farmacéutica (Roche)	0	0.0	1	0.9	1	0.5
Posología	0	0.0	1	0.9	1	0.5
Olor (malo)	1	1.1	0	0.0	1	0.5
Total	101*	99.9	115*	100	216*	100

* Algunos niños dan respuestas múltiples

En este apartado hay que destacar la relevancia de aquellos rasgos que son perceptivamente útiles para el conocimiento del fármaco por parte del niño o para la descripción de la medicina por parte del niño. Desde este punto de vista aparecen tres grandes bloques. Unos rasgos relevantes que en realidad se pueden referir a uno solo, que es el sabor. La modalidad sensorial perceptiva dominante en el conocimiento de las medicinas es el sabor; concretamente 80 niños describen los medicamentos utilizando este contenido. Dentro de éste, se forman dos grandes bloques; uno que se hace en clave placentera o no, es decir, el sabor se relaciona con el placer, si gusta o no gusta; y otro en clave se podría decir que de papilas gustativas, es decir, de cualidad de ese sabor. Los dos, la cualidad del sabor y el placer que éste pueda llevar parejo, están relativamente igualados y son de gran importancia a la hora de que el niño conozca bien la medicación.

Un segundo bloque de rasgos relevantes para el conocimiento de la medicación está compuesto por el color de los medicamentos y las indicaciones que estos tienen. Ambas categorías son empleadas por el mismo número de niños (30), y se distinguen muy bien del bloque anterior, cuya frecuencia es de 80 sujetos, es decir, más del doble. Parece lógico pensar que los laboratorios deben tener en cuenta estos datos a la hora de elaborar sus productos farmacéuticos.

En un tercer bloque está la forma de presentación, el tipo de contenedor, la forma de preparación, la vía de administración, la parte del cuerpo sobre la que incide, el tamaño, las

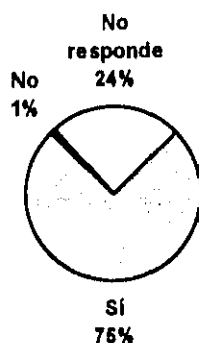
características físicas de la forma de administración, la población, el tipo de medicamentos, la compañía farmacéutica, la posología y el olor. Es curioso que todas estas categorías son bastante irrelevantes, incluido el olor que es otra modalidad sensorial, distinta al sabor, pero que completa el sabor. Sin embargo, solamente un niño lo califica de malo. Esto son pautas que pueden servir para enriquecer el diseño que los laboratorios puedan hacer en su día y para eso optimizar la percepción y la cognición de los medicamentos por parte del niño.

Percepción del medicamento

En general los niños entrevistados consideran los medicamentos como beneficiosos puesto que la mayoría señala que los medicamentos curan (Figura 5.4); En casi todos los casos emplearon este término al responder a la pregunta "¿cómo te curaste?"; 6 niños indican que se pusieron buenos o mejor con las medicinas, 1 niño dice que las medicinas quitan los síntomas y otro indica que alivian. De estos 75 casos, 8 describen las medicinas como "buenas", 1 dice que curan pero que son asquerosidades, 1 dice que "es buena si se aplica debidamente, no tomándote no sé cuántas al día", 1 señala que "son buenas cuando las tengo que tomar y me hacen falta, si no, te ponen mal" y otro niño indica "me iban a dar medicamentos y sabía que iba a volver al colegio". Por otro lado, sólo un niño expresa que las medicinas "te pueden poner peor; no tomé ningún medicamento por si me ponía peor".

Figura 5.4 - Distribución de las puntuaciones respecto a la percepción de la eficacia de los medicamentos.

Consideran eficaces los
medicamentos



De los niños que expresan ideas acerca de cómo se sienten después de tomar la medicina (11), la mayoría se sienten mejor (9, 3-6) y 2 se sienten igual (0-2), si bien explican que aunque inmediatamente se sienten igual, después de un tiempo se sienten mejor.

Es conveniente volver a tratar aquí el tema de las atribuciones y expectativas de curación. En este punto el conocimiento del niño del medicamento es riguroso y muy acertado. En primer lugar, atribuyen un gran beneficio a los medicamentos en la curación (67 niños). En el fondo son atribuciones de confiabilidad y de bondad de los medicamentos. De confiabilidad, porque confían en ellos. Y de bondad, porque saben que les puede sanar.

Ciertamente que los niños reparan en los efectos negativos que

estos medicamentos tienen, aunque sean beneficiosos, pero el balance es que son menores los efectos negativos que los positivos. Es decir, siguen pensando que los medicamentos tienen más efectos positivos que negativos.

No obstante, su conocimiento es acertado porque la prudencia respecto de la toma de medicamentos aparece en varios discursos muy bien tipificados con los juicios de valor prudentemente realizados.

La formación de expectativas de curación está muy en consonancia con las atribuciones causales de eficacia respecto a esos medicamentos. Por eso, se podría decir que el conocimiento de la medicación de los niños a través de las atribuciones que dan a los medicamentos y a las expectativas de curación que por medio de ellos se obtienen, están bastante ajustadas a la realidad.

Referencias espontáneas a los medicamentos

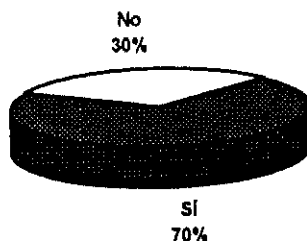
En la mayor parte de los casos aparecen referencias espontáneas a los medicamentos a lo largo de la entrevista (Figura 5.5).

En 39 situaciones se mencionan los medicamentos espontáneamente en una ocasión (20-19), en dos ocasiones lo hacen 16 niños (6-10), en tres ocasiones 10 niños (6-4) y en cuatro ocasiones 5 niños (2-3). Ya desde el comienzo de algunas entrevistas se mencionan los medicamentos; por ejemplo, cuando el niño describe lo que ha dibujado, o comienza a explicar lo que le pasaba.

Así pues, la primera referencia a los medicamentos durante las

Figura 5.5 - Distribución de las puntuaciones respecto a las referencias espontáneas a los medicamentos

Se refieren de forma espontánea a los medicamentos



entrevistas es espontánea en 70 casos, mientras que en 6 niños se mencionan por primera vez las medicinas cuando se les pregunta "¿cómo te curaste?" y en 14 niños cuando se les hacen otras preguntas, tales como "¿te mandó algo el médico?", "¿tomaste algo?", "¿te dieron alguna medicina?", "¿cuándo empezaste a sentirte mejor?", "¿tu madre te dio algo?", etc. Estos datos demuestran la familiaridad del niño con el uso de fármacos durante la enfermedad.

Este apartado podría titularse "sobreestimación o estimación real de las atribuciones de eficacia medicamentosa". Es muy numerosa la referencia espontánea a los medicamentos (70 niños), habiendo incluso 16 casos en los que la referencia espontánea se realiza en dos ocasiones y 10 casos en los que se realiza en tres ocasiones; es decir, el medicamento es esencial a las estimaciones que hace el niño respecto de su eficacia curativa.

Aunque se podría pensar que esto está sobreestimado, en nuestra opinión no lo está porque todo esto ha sido en discurso

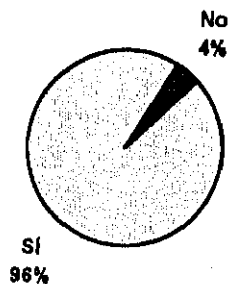
espontáneo. Sólo en 6 casos hay una atribución de causalidad explicativa espontánea. Esto quiere decir que si de cada 100 niños sólo 6 ofrecen una atribución de causalidad explicativa de por qué son eficaces, hay que hablar de que hay una estimación real y no una sobreestimación. Habría sobreestimación del poder de los medicamentos si espontáneamente los niños explicaran el procedimiento causal por el que son eficaces por ejemplo en 40 niños de cada 100; pero 6 niños no hacen el caso. El hecho de que 14 niños hagan atribuciones de causalidad explicativa respecto de la eficacia cuando son instigados a responder tiene un valor explicativo mucho menor.

Otras terapias

Tal como hemos mencionado, todos los niños entrevistados, excepto 12, tomaron algún tipo de medicamento; y casi todos describen algún otro tipo de terapia empleada además de los fármacos, recomendada por el médico o por los propios cuidadores (Figura 5.6). Los casos en los que no se emplearon remedios caseros corresponden a las siguientes condiciones médicas: fiebre, sinusitis, operación de vegetaciones y enfermedad en un brazo.

Figura 5.6 - Distribución de las puntuaciones respecto al uso de terapias no-farmacológicas.

Mencionan el uso de remedios caseros



En la tabla 5.12 se presentan las puntuaciones correspondientes a las terapias no-farmacológicas y los remedios caseros empleados durante los episodios de enfermedad descritos en las entrevistas.

<u>Terapias</u> <u>no-farmacológicas</u>	<u>7 años</u>		<u>10 años</u>		<u>Total</u>	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
Descanso	34	40.0	36	37.9	70	38.9
Bebidas	19	22.3	27	28.4	46	25.5
Comidas	16	18.8	14	14.8	30	16.7
Abrigarse/sudar	7	8.2	7	7.4	14	7.7
Paños fríos en la cabeza	4	4.7	6	6.3	10	5.5
Algodón con aceite	0	0.0	2	2.1	2	1.1
Escayola	2	2.4	0	0.0	2	1.1
Vendas	2	2.4	0	0.0	2	1.1
Vapor	0	0.0	1	1.0	1	0.6
Agua caliente y fría para el pié	0	0.0	1	1.0	1	0.6
Agua caliente con sal para un esguince	1	1.2	0	0.0	1	0.6
Helados y bebidas frías para las anginas	0	0.0	1	1.0	1	0.6
Total	85*	100	95*	99.9	180*	100

* Algunos niños dan respuestas múltiples

El descanso es el método terapéutico más generalizado. La mayoría de los niños permaneció por algún tiempo en la cama (52, 24-28). Además, nueve niños reposaron principalmente tumbados, aunque también sentados, en un sofá o sillón (4-5); y otros 9 niños repartieron el tiempo entre la cama y el sillón (6-3) -"Estaba en

la cama por la mañana y cuando me cansaba de estar en la cama me cogía el almohadón, me abrigaba bien y estaba en el sofá."-

La media de días en la cama para los sujetos entrevistados que mencionaron haber tenido que quedarse en la cama está entre dos y tres días. Según los casos, hay niños con gripe que indican que estuvieron medio día en la cama y otros que indican que estuvieron una semana.

Además del descanso, la alimentación y ciertas bebidas utilizadas como remedios caseros forman un grupo terapéutico importante. Los niños que tomaron comida especial o de dieta mencionaron entre otros los siguientes alimentos: sopas, yogures, jamón york, arroz cocido, pescado, verduras. Un niño dijo "no comí casi nada, sólo verdura, pescado y eso." El grupo de las bebidas incluye las siguientes: zumos de frutas (15, 5-10), infusiones - poleo, tila y manzanilla- (7, 2-5), leche con miel (9, 4-5), leche caliente (9, 3-6), y agua y "líquidos" (6, 5-1).

La eficacia de los medicamentos respecto de la eficacia de los remedios caseros es otro punto controvertido. En efecto, los niños citan las terapias alternativas de tipo doméstico con más frecuencia que los medicamentos.

Esto puede evidenciar una de estas dos cosas, y quizás por ahí se podría explicar este resultado. De una parte, que los remedios caseros están muy bien implantados socioculturalmente en España, y que la apelación, el uso y frecuencia con que se aplican en el hogar es muy alto y su práctica está muy extendida; por lo tanto son tópicos muy bien arraigados socialmente que de alguna manera

han contaminado las respuestas de los niños porque han asumido e interiorizado esos conocimientos.

Pero también podría ocurrir o manifestar de un modo indirecto que no hay sobreabuso en las prescripciones de medicamentos por parte del médico porque de haberla, probablemente serían más frecuentes las referencias a los fármacos que a las terapias alternativas.

En cualquier caso esto habría que plantearlo también desde la óptica del médico; ¿es que el médico está acaso influyendo en el uso de remedios caseros porque también lo aconseja a la madre?. Porque en ese caso el remedio casero no sería un remedio tan casero, sino que estaría también como refrendado por el consejo del médico. Esto quizás podría investigarse con más detalle a la luz de la sociología médica.

De todos los remedios caseros, el que está en primer lugar es, claramente, el descanso. Esto parece ser congruente con la realidad social y clínica española. Respecto de las atribuciones del tiempo que es preciso pasar para empezar a aliviarse, no está claro, y hay una cierta ambigüedad en la duración atribuída al reposo para que se produzca el alivio. Probablemente habría que estudiar esto desde la perspectiva de si se confiere más duración o se atribuye una mayor duración,

(a) en función de la gravedad de la enfermedad o

(b) en función de la vulnerabilidad del niño a la percepción

de esa gravedad independientemente de que el estado de gravedad sea real o no. Es decir, se vuelve otra vez aquí

a algo que ya se apuntó atrás, si los niños que atribuyen más gravedad para salir de una gripe o que tienen que

tardar más tiempo en curarse por una gripe, son de alguna manera niños que tienen un repertorio de comportamientos favorables a la hipocondria o

(c) si atribuir una duración de reposo mayor no está en relación y depende del tipo de padres que se tienen, por ejemplo, padres permisivos versus padres exigentes; los permisivos naturalmente tendrían hijos que atribuyen más duración al reposo para ponerse bien; o padres sobreprotectores versus padres independientes; naturalmente los padres sobreprotectores probablemente tendrían hijos que atribuirían una duración de reposo mayor para salir de la enfermedad.

Lógicamente, bastantes de estos remedios caseros o domésticos están relacionados con estereotipias culturales que aquí se manifiestan muy bien, como es el poder curativo que se da a las infusiones, a la leche con miel, a abrigarse bien y sudar, al algodón con aceite, a los baños de agua caliente y fría, al agua caliente con sal, etc.

Esto nos lleva a reflexionar acerca de que la educación para la salud no solamente debiera aplicarse desde un punto de vista directo e inmediato, con contenido rigurosa y científicamente establecido, sino que también habría que buscar un cambio de conductas como estrategia terapéutica; es decir, para modificar o mejorar la salud y la educación en la salud, habría que antes

modificar las estereotipias culturales de las cuales dependen determinadas conductas que pueden disminuir la salud y ponerla en peligro o que pueden mejorarla.

Esto quiere decir que los remedios domésticos pueden también inventariarse como formas de comportamiento que descansan sobre estereotipias culturales y que en algunos casos no hay que modificar, sino seguir implantando y en ese caso la estereotipia cultural tendría mayor generalización.

Autonomía acerca de la terapia y del consumo de medicamentos

Tal como muestra la tabla 5.13, la madre es, según los niños, la principal encargada de darles las medicinas. Un número considerable de niños señala que en unas ocasiones son los padres quien se las dan pero en otras ocasiones son ellos mismos quienes las toman -"a veces unos polvos los tomo yo solo; el jarabe me lo da mi madre porque a mí se me puede caer", "las cápsulas las cogía yo y mi madre me daba el jarabe", "mi madre me las da, y yo por la tarde cuando ella está trabajando", "los últimos días me lo tomaba ya yo", "a veces me dejan echar yo la cucharada y tomarlo"- . Los niños que indican que ellos mismos tomaban las medicinas durante el episodio descrito, se refieren a una medicina concreta, es decir que no se especifica que siempre sea el niño quien tome todas las medicinas por sí mismo -"el jarabe me lo tomaba yo". Dos niños, uno de siete y otro de 10 años dicen que prefieren tomarlas ellos mismos, pero sus madres no les dejan.

Tabla 5.13 - Persona que administra el medicamento al niño.

	<u>% 7 años</u>	<u>% 10 años</u>	<u>% Total</u>
Madre	16	21	37
A veces los padres y a veces los niños	7	6	13
Madre o padre	7	5	12
Niño	5	3	8
La madre prepara la medicina y el niño la toma	4	2	6
Madre o abuelos	2	3	5
Padres	0	3	3
No responde	9	7	16
Total	50	50	100

Treinta y dos niños indican que le recuerdan a sus padres alguna vez que tienen que tomarse la medicina (12-20), mientras que 14 señalan que no se lo recuerdan (9-5). De estos 14, 10 se acuerdan de tomarlas, pero no se lo recuerdan a sus padres porque los propios padres se acuerdan (8) y para no tener que tomarlas (2).

Con respecto a la autonomía de los niños en otras formas de terapia durante la situación descrita, 6 niños se refieren de forma espontánea al hecho de que ellos decidieron ir al médico o levantarse de la cama, o realizaban por su cuenta tareas como ponerse el pañuelo en el cuello para ir a la cama y poner el pie en agua con sal.

Con respecto a quién decide que el niño debe tomar la medicina, el médico, seguido de la madre, surgen como las figuras

principales (Tabla 5.14).

En 12 de los 21 casos en los que no se consultó con el médico los propios padres, casi siempre la madre, decidieron dar medicinas al niño. En las demás situaciones, hasta 21, no se tomó medicinas. De los 77 casos en los que se consultó con el médico sólo en 3 no se recetó.

Tabla 5.14 - Persona que prescribe la medicación.

	<u>% 7 años</u>	<u>% 10 años</u>	<u>% Total</u>
Médico	25	23	48
Madre y médico	9	6	15
Madre	3	6	9
Padres	1	2	3
No responde	13	12	25
Total	51	49	100

Tal como se observa en la tabla 5.15, los encargados de interrumpir el tratamiento farmacológico son, principalmente el médico y la madre. Ellos son quienes con mayor frecuencia deciden que se debe dejar de tomar la medicación y cuándo. Los niños expresan de formas diferentes el momento en el que se debía dejar de tomar las medicinas según las indicaciones del médico: cuando se acabaran, una cantidad, un número de días o cuando desaparecieran los síntomas. Al médico y a la madre le siguen en número de casos el propio niño, quien decide solo -"yo le dije a mi madre que ya no las necesitaba"- o decide junto a su madre -"mi madre me pregunta si estoy mejor y si digo que sí dejo de tomarlas"- o junto con el

médico -"lo dijo el médico, y yo tampoco quería"- o junto con los dos padres -"mis padres lo decidieron y yo lo sentía en mi cuerpo"-

Tabla 5.15 - Persona que decide acerca de la interrupción del tratamiento farmacológico.

	<u>% 7 años</u>	<u>% 10 años</u>	<u>% Total</u>
Médico	6	10	16
Madre	10	6	16
Niño	4	3	7
Padres	0	2	2
Médico y madre	2	0	2
Padre	0	1	1
No responde	27	29	56
Total	49	51	100

Con respecto a cómo y quién decidió que el niño podía volver a la vida normal se observa que la madre es nuevamente quien tiene el papel protagonista -"me dijo mi madre: ya te puedes levantar de la cama", "me dijo mi madre que ya fuera el lunes al cole", "un día le dije a mi madre que cuándo podía ir al colegio y ya podía ir"- . El médico juega también un papel importante en este aspecto -"el médico dijo que al cabo de unos días ya podía ir al colegio"- . En algunas ocasiones son los propios niños quienes deciden por sí mismos volver a la vida normal -"yo decidí que me levantaba de la cama", "yo le dije a mis padres que ya me encontraba mejor y que ya no necesitaba estar en la cama, que ya estaba bien"- Estas y las demás figuras con capacidad para decidir sobre este aspecto se recogen en la tabla 5.16.

Diez niños mencionan el volver al colegio como representación de la vuelta a la normalidad, mientras que para 5 niños el levantarse de la cama es la primera señal de vuelta a la normalidad.

Tabla 5.16 - Persona que decide acerca de la incorporación del niño a sus actividades normales

	<u>% 7 años</u>	<u>% 10 años</u>	<u>% Total</u>
Madre	12	12	24
Médico	2	2	4
Niño	3	0	3
Padres	3	0	3
Médico y padres	0	2	2
Niño y padres	1	1	2
Padre	1	0	1
No responde	28	33	61
Total	50	50	100

En este apartado podría tratarse de la autonomía del niño versus rol materno acerca de la toma de medicamentos. Realmente los resultados aquí indican que es la madre la figura principal responsable de la administración de medicamentos al niño. Entre las razones que se aluden están la dificultad de la tarea de tomar medicamentos que se pueden caer y el no disponer de las competencias necesarias.

Por otro lado, aunque la autonomía del niño es limitada, en sus comentarios se observa la necesidad de autojustificación de su propio comportamiento. El niño reconoce que es la madre la

encargada de dar los medicamentos. Por eso, con ánimo de justificar determinados comportamientos autónomos, suele buscar razones como el hecho de que la madre tenga que trabajar y entonces no pueda ocuparse de él.

En este mismo apartado hay que destacar el olvido "intencional" de los niños a la hora de tomar la medicación. Es curioso que, mientras 14 señalan que no se acuerdan de que es el momento de tomar la medicina, algunos se lo quieren recordar a sus padres o lo hacen intencionalmente para no tomarlas. Esto quiere decir que hay que revisar el comportamiento de olvido del niño en la toma de medicamentos puesto que puede haber una clara y decidida intencionalidad de escapar a la toma de medicamentos, con lo cual se toca el tema de la no-adherencia.

Las respuestas de los niños en las distintas categorías analizadas demuestran la importancia de la autonomía infantil en el tratamiento de enfermedades. Son varios los niños que deciden ir al médico o levantarse de la cama o usar remedios caseros, etc. por su propia cuenta. En ocasiones, en esa capacidad de autonomía puede recaer la falta de adherencia a la medicación, bien porque el niño prefiere otras terapias alternativas o porque él toma sus propias decisiones. Por ello, es importante tener en cuenta la autonomía infantil a la hora de desarrollar programas de educación para la salud.

Más interesante resulta en este punto sobre quién recae la acción de la prescripción de fármacos. En congruencia con la experiencia clínica habitual en nuestro país, los niños perciben al

médico como la persona sobre quien más frecuentemente recae la acción de la prescripción -concretamente en la muestra estudiada son 48-. Conviene resaltar otro detalle; sólo en tres casos los médicos no recetaron medicamentos al niño. Esto no debe interpretarse sólo como un posible abuso de las prescripciones que son necesarias, sino que también hay que tener en cuenta el especial peso de los factores socioculturales, ya que muchas veces la madre o quien acompaña al niño considera que el médico no cumple su función si no receta medicamentos. Esto quiere decir que la demanda por parte de los pacientes para que el médico recete es muy importante ya que de lo contrario se sienten insatisfechos.

También tiene interés el énfasis con que las madres suelen prescribir o aconsejar la toma de medicamentos a sus hijos. La ratio que se puede establecer entre padres y madres es muy amplia a favor de la madre, puesto que multiplica por tres -son nueve madres frente a tres padres-, lo cual podría indicar que los padres no están presentes, no son intervencionistas, o les cuesta tomar decisiones sobre este tema.

Sobre la decisión de interrumpir la medicación conviene hacer algunos comentarios. Por una parte, se igualan las madres y los médicos en la toma de decisiones para interrumpir la medicación. Esto quiere decir que las madres se sitúan al mismo nivel que los médicos.

Por otro lado, son curiosas las atribuciones que hace el niño respecto de la extinción de la medicación. Generalmente el niño vincula la interrupción de la medicación a la ausencia de los

síntomas, lo cual le otorga una cierta posibilidad de manipulación. El niño sabe que diciendo que los síntomas se le han pasado, es posible que la madre tome la decisión de interrumpir la medicación. De esta forma, pueden ser ellos -a través de las madres- quienes toman la iniciativa para la no-adherencia medicamentosa.

Los datos sobre quién "da el alta" al niño resultan sorprendentes. La proporción entre madre y médico es de 24 a 2; por tanto, es una ratio que multiplica por 12 esa decisión por parte de la madre respecto del médico. De otra parte, la toma de iniciativa por parte del niño suma 3, frente al médico, que suma 4, lo cual indica que el niño percibe que su responsabilidad es casi tan importante como la del médico, aunque ambos son sobrepasados con mucho por la madre.

¿Cuánta medicina tomó?, ¿cuándo?, ¿por cuánto tiempo?

En las entrevistas hay referencias por parte de los niños acerca de cuánta medicina tomaron (26, 13-13), cuándo (54, 30-24) y por cuánto tiempo (34, 13-21) -"cuando me sentía mal me decían que me tomase una aspirina, a ver si se me pasaba; así durante tres o cuatro días"- . No hay referencias acerca de ninguno de estos tres aspectos en 13 casos, además de los 12 casos en los que no se utilizaron medicamentos.

Al hablar de la medicación, los niños expresan cantidades en términos de unidades -en el caso de supositorios, pastillas, cápsulas, sobres e inyecciones-, y cucharadas -en el caso del jarabe-. Un niño de siete años dice que "algunas veces me bebo el

doble o el triple".

Las ideas acerca de cuándo tomar las medicinas están expresadas en distintos términos y algunos niños utilizan varias formas -"el Clamoxil cada vez que me dolía la garganta y el Ardine cada ocho horas"-: mañana, mediodía, tarde, noche (20), durante o después de las comidas (16), cada X horas (14), X veces al día (3), cuando aparecen síntomas (2), cuando lo decía su madre (1), muchas veces (1).

De las 34 referencias acerca de la duración del tratamiento farmacológico, 11 son indeterminadas -"el tiempo que dijo el médico", "algunos días", "pocos días", "hasta que se me quitó" y "los días que estuve malo y algunos más por si me ponía malo otra vez"-. Las restantes tienen un carácter más concreto -"una vez", "dos días", "tres o cuatro días", "una semana", etc.-

Las repuestas de los niños acerca de cuándo toman la medicación y del tiempo que dura el tratamiento son en gran parte imprecisas, lo que indica que sus percepciones podrían ser erróneas. Los padres parecen no estimular al niño a que recuerde estos datos, quizás debido en parte a que consideran que la medicación -por los posibles riesgos envueltos- es su responsabilidad y no la de los niños, o quizás porque piensan que no es relevante para los niños.

¿Le obligaron a tomar la medicina?

En 15 casos (8-7) los padres obligaron a los niños a tomar las medicinas y todos ellos se las tuvieron que tomar -"a la fuerza",

"con una cara de asco...", "tomo después agua para que no me sepa tan mal", "lloro un poquito", "me la tuve que tomar", "me las tomaba rápido", "me aguanto"-.

Entre aquellos a quienes no les obligaron, la respuesta más común es "me las tomaba porque quería estar bueno". Algunos ejemplos de otras respuestas son los siguientes: "si hay que tomarlo me lo tomo", "quisiera o no quisiera me las tomaba", "me las tomo siempre que mamá me dice" y "algunas veces me obligaban, otras no, depende del sabor".

Habría que plantearse aquí la autonomía versus la docilidad del niño; es decir, cuál es el comportamiento motivado respecto de la toma de medicación.

Es curioso que 15 niños ven la toma de medicamentos como una imposición, lo cual quiere decir que su comportamiento no es motivado y si no es motivado es quizás que no se le ha explicado lo suficiente; esto tendría que tomarlo en cuenta el médico mucho más y sobre todo antes de la prescripción de los medicamentos, cuando habla con el niño. De hecho, son frecuentes las respuestas como "a la fuerza", etc, de tipo impositivo. Pero también ahí se revela cuál es la conducta de respuesta y/o de tolerancia a la frustración que supone esa imposición medicamentosa. Los niños suelen conformar interpretaciones de por qué siguen dócilmente esas imposiciones y toleran bien la frustración.

Son pocos, por el contrario, los que aducen razones suficientes para un comportamiento motivado en la toma de medicación. Algunos apelan a la confiabilidad en la madre -basta

que ella lo diga- o el deseo, la motivación de ponerse buenos enseguida. Siendo ésta una motivación positiva, ha de tratarse con precaución en los programas de intervención psicopedagógica, puesto que el querer ponerse bueno cuanto antes podría generar problemas en la adherencia tales como la sobredosificación.

En todo caso, hay que afirmar la necesidad de que el comportamiento para tomar medicación esté más motivado, y eso depende fundamentalmente de que el médico informe al niño y de la educación para la salud que con él se implemente.

Persona preferida para administrar la medicación

Las opiniones de los niños indican que la madre es la persona preferida por ellos para que les den las medicinas. Esta y las otras figuras preferidas por los niños se presentan en la tabla 5.17.

Tabla 5.17 - Persona preferida por los niños para administrar la medicación

	<u>% 7 años</u>	<u>% 10 años</u>	<u>% Total</u>
Madre	13	9	22
Le da igual	2	6	8
Niño	2	3	5
Padre o madre	2	2	4
Abuela	3	1	4
Padre	0	2	2

~~Este apartado podría tratarse de "autonomía versus~~

dependencia", en el sentido de que si bien hay 8 niños a los cuales les da igual quién les dé la medicación, sin embargo, en 22 casos prefieren que sea la madre frente a solamente 5 que prefieren tomarla ellos mismos.

Se plantea aquí la cuestión de la preferencia del niño frente a la responsabilidad del adulto encargado de su salud. Los programas de educación para la salud en el tema de los medicamentos deben tener en consideración cuál es la voluntad del niño y hasta qué punto se debe potenciar una actitud autónoma en los niños que demuestran tenerla y en qué medida se debe desarrollar en aquellos que no la poseen.

¿Está tomando medicinas en la actualidad?

De acuerdo a la información ofrecida por los niños, 17 de ellos estaban tomando medicinas en el momento de la entrevista. De estos, 4 tomaban vitaminas y 9 continuaban con el mismo tratamiento del episodio descrito.

Pasatiempos durante la enfermedad

Los principales pasatiempos de los niños durante los episodios de enfermedad descritos consisten en jugar, ver la televisión, leer y dormir -"a veces me quedaba en la cama, cuando tenía dolor y otras me quedaba jugando o viendo la televisión", "pasaba el tiempo haciendo puzzles, viendo la televisión y pensando en mis compañeros, lo bien que lo estarían pasando de excursión". Estas y otras tareas en las que ocupan su tiempo mientras están enfermeos

se presentan en la tabla 5.18.

Tabla 5.18 - Pasatiempos durante la enfermedad.

	7 años		10 años		Total	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
Jugar	24	34.3	23	27.4	47	30.5
Ver la televisión	14	20.0	25	29.7	39	25.3
Leer	9	12.8	15	17.8	24	15.6
Dormir o descansar en la cama	10	14.3	13	15.5	23	14.9
Hacer los deberes escolares	4	5.7	2	2.4	6	3.9
Pensar, soñar, recordar, imaginar	4	5.7	2	2.4	6	3.9
Descansar en un sofá	3	4.3	1	1.2	4	2.6
Dibujar	2	2.9	1	1.2	3	2.0
Oír música	0	0.0	2	2.4	2	1.3
Total	70*	100	84*	100	154*	100

* Algunos niños dan respuestas múltiples

Este punto se centra fundamentalmente en el aburrimiento producido por la enfermedad. Aquí las respuestas son también un poco extrañas. Se dedican a jugar 47 y a ver televisión 39, lo cual quiere decir que a pesar de que están cansados y saturados de televisión, es el remedio oportuno, lo que tienen más cerca.

Veinticuatro niños hablan de leer, lo cual -en caso de ser fiable- es un indicador positivo. Lo demás se disuelve entre dormir, estar en la cama, etc. No deja de tener interés también que seis niños se refieren a ocupar el tiempo pensando, soñando, recordando, imaginando. Sería interesante conocer qué cosas se imagina el niño mientras está enfermo. Es posible que esté

pendiente de su enfermedad y magnificando las anticipaciones negativas que de ella haya podido hacer. Es posible que sus pensamientos se centren en recrear su entorno habitual -el colegio- y quizás imagine lo que está ocurriendo y él no puede compartir, la reacción del profesor y los compañeros al saber de su enfermedad o al verle de regreso en el colegio. Sería interesante conocer hasta qué punto la enfermedad aparece en sus pensamientos y cómo los afecta, y si existe una correspondencia entre este tipo de respuesta y la capacidad imaginativa del niño.

Sí es un indicador negativo -y quizás por ahí habría que trabajar más en educación para la salud- el hecho de que sólo tres se dediquen a trabajar y sólo dos se dediquen a oír música. Para comprender el impacto de estos datos parece conveniente referirse a la psicología fenomenológica y a la distinción que el idioma alemán hace entre dos modos de vivir la temporalidad: el Langeweil, es decir, el tiempo de aburrimiento, el tiempo largo, el tiempo de fastidio, el tiempo vacío que uno no sabe cómo llenar; y el Kurzweil, es decir, el tiempo corto que también se puede traducir como diversión porque el tiempo vuela y la persona ni siquiera percibe el paso del tiempo cuando las vivencias están cargadas de satisfacción.

Sería muy interesante explorar a fondo cómo viven los niños el tiempo de enfermedad, y muy especialmente los niños enfermos crónicos o los niños hospitalizados.

Si la frustración que les impone el paso del tiempo mientras están hospitalizados o acostados en su casa es grande y no saben

cómo afrontarla, es difícil que haya una actividad de "coping" con ella y, lógicamente, la evolución de la enfermedad se verá afectada.

En ese ámbito, la educación para la salud puede insistir muy certeramente disminuyendo esa exposición al aburrimiento, al fastidio y al tiempo vacío, por el contrario llenándolo de actividades creativas e incluso de aprendizajes formalmente concebidos.

¿Qué es lo que más le molesta de estar enfermo?

La siguiente frase de un niño de 10 años puede ilustrar el sentimiento general de la muestra entrevistada: *"no podía ni jugar, ni estar con mis amigos, ni distraerme haciendo los deberes, no podía hacer nada; lo peor era el dolor"*.

No poder ir al colegio parece ser lo que más les molestaba durante su enfermedad, aunque hayan expresado en otros momentos de la entrevista que el no ir al colegio era una ventaja de estar enfermo -*"quería ir al colegio, me apetecía jugar con mis amigos"*-. Esta y otras cosas que les molestaba de estar enfermos se presentan en la tabla 5.19.

En este punto se hace hincapié fundamentalmente en los tipos de refuerzo que el niño recibe durante la enfermedad y los estilos de respuesta frente a la enfermedad.

La respuesta de enfermedad supone en muchos niños impotencia, frustración y limitaciones; algo que está impuesto por la propia enfermedad. El niño lo traduce como "no poder hacer esto o lo

Tabla 5.19 - Aspectos de la enfermedad que más molestan al niño.

	7 años		10 años		Total	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
No poder ir al colegio	16	26.7	10	13.5	26	19.4
Tener dolor	10	16.6	6	8.1	16	12.0
No poder jugar	6	10.0	9	12.2	15	11.2
Tener que estar en la cama	4	6.7	9	12.2	13	9.7
No poder estar con amigos	7	11.7	6	8.1	13	9.7
Estar aburrido	2	3.3	11	14.9	13	9.7
No poder salir a la calle	5	8.3	5	6.8	10	7.5
Sentirse mal	1	1.7	8	10.8	9	6.7
No poder hacer lo que le gusta	3	5.0	4	5.4	7	5.2
Tener que tomar medicinas	3	5.0	2	2.7	5	3.7
No comer	2	3.3	3	4.0	5	3.7
Estar aislado/solo	1	1.7	1	1.3	2	1.5
Total	60*	100	74*	100	134*	100

* Algunos niños dan respuestas múltiples

otro", por ejemplo, no poder ir al colegio, no porque apetezca ir al colegio, sino porque con eso pierde lo que es el contexto natural, normal, de su vida; es decir, el modo en que el niño se ve impedido a realizar una vida normal. Veintiseis niños se quejan de esto, 16 de dolor, 13 de estar aburrido. Otros se refieren a no poder jugar y a no poder estar con los amigos.

Choca también lo poco frustrante que perciben los niños la toma de medicaciones. Concretamente, consideran una frustración tomar la medicación cinco casos -"tengo que tomar medicinas que no me gustan", "te tienen que poner supositorios y tienes que tomar mucho

agua"- . Por otro lado, en la cuestión siguiente hay tres niños a los que les gusta tomar medicinas. Esto quiere decir que acaso las medicinas no les fruste tanto ni les suponga un fastidio tan grande como se podía haber pensado.

¿Qué tuvo de positivo el estar enfermo?

Veintiseis niños consideran que el no ir al colegio fue una de las ventajas de estar enfermo (Tabla 5.20), aunque, como ya se ha mencionado, por otro lado se aburran en casa y quieran ir -"no tenía que hacer deberes, no tenía que estudiar, aunque luego quería ir al colegio porque me aburría"- . Otro grupo numeroso lo componen los 23 niños que opinan que el estar enfermos no tuvo nada de positivo.

Tabla 5.20 - Aspectos positivos de la enfermedad.

	7 años		10 años		Total	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
No ir al colegio	6	10.3	20	35.1	26	22.6
Ningún aspecto positivo	14	24.1	9	15.8	23	20.0
Estar en la cama/descansar	7	12.1	2	3.5	9	7.8
Trato/cuidados especiales	3	5.2	6	10.5	9	7.8
Quedarse en casa	3	5.2	5	8.8	8	7.0
Poder jugar	5	8.6	2	3.5	7	6.1
Ver la televisión	3	5.2	3	5.3	6	5.3
Tomar medicinas	3	5.2	0	0.0	3	2.6
Tener regalos	1	1.7	1	1.7	2	1.7
No madrugar	2	3.4	0	0.0	2	1.7
No responde	11	19.0	9	15.8	20	17.4
Total	58*	100	57*	100	115*	100

* Algunos niños dan respuestas múltiples

En este punto se insiste mucho más sobre los refuerzos positivos y negativos -o placenteros y aversivos- que suponen la enfermedad. Entre los refuerzos positivos está el no ir al colegio, no tener que hacer los deberes, etc. La familia, además, refuerza conductas tales como descansar, estar en la cama, recibir cuidado, jugar y ver la televisión. Esto quiere decir que hay una "ganancia" cuando se está enfermo, lo cual podría tener un efecto contraproducente si los niños moldearan un comportamiento de finjimiento o simulación de la enfermedad para aprovecharse de tales refuerzos.

Es importante tener estos datos en cuenta, sobre todo a la hora de informar a los niños y al elaborar e implementar programas de educación para la salud. Sin embargo, en la muestra estudiada hay dos grupos bastante nivelados. Así como para 26 niños la enfermedad puede suponer un refuerzo positivo, para 23 -por lo tanto es una proporción similar- estar enfermo no tiene nada positivo. Es posible que entre los niños de este segundo grupo se encuentren aquellos a los que les cuesta menos ir a clase, sacan mejores notas o tienen un autoconcepto en el rendimiento académico y una autoestima superior, y por lo tanto el no ir a clase puede suponer más efecto negativo que positivo. En cualquier caso, no parece que la conducta de enfermedad sea excesivamente reforzada de forma positiva en estos niños.

Otros autores han expuesto ya el tema de la ambivalencia de los niños con respecto a su valoración de la enfermedad y del uso de medicamentos (Trakas, Botsi y Garagouni, en prensa). Parece,

pues, natural que tres niños señalen el tomar medicinas como algo positivo durante la enfermedad. Este hecho no parece alarmante puesto que, como ya se ha expuesto con anterioridad, esto no se traduce en sobreabuso de la medicación

"me gustaban las pastillas y el jarabe"

¿Qué cosas le dieron más alegría cuando se curó?

La mayoría de los niños entienden que la curación representa la vuelta a la vida normal y la ruptura del aislamiento; esto se ve reflejado en que los niños señalan que lo que más alegría les dió cuando se curaron fue ver a sus amigos, volver al colegio, salir a la calle, etc. (Tabla 5.21)

Tabla 5.21 - Aspectos positivos relacionados con la curación.

	7 años		10 años		Total	
	(N)	(%)	(N)	(%)	(N)	(%)
Ver a los amigos	101	16.6	8	13.8	18	15.2
Volver al colegio	7	11.7	5	8.6	12	10.2
Jugar	8	13.3	2	3.4	10	8.5
Hacer más cosas (actividades extraescolares, deportes)	2	3.3	4	6.9	6	5.1
Salir a la calle	0	0.0	4	6.9	4	3.4
No tener dolor	1	1.7	3	5.2	4	3.4
"Curarse"	2	3.3	2	3.4	4	3.4
No tener que estar en la cama	0	0.0	3	5.2	3	2.5
Comer de todo	1	1.7	3	5.2	4	3.4
No tomar medicinas	1	1.7	1	1.7	2	1.7
No tener molestias	1	1.7	1	1.7	2	1.7
No responde	27	45.0	22	37.9	49	41.5
Total	60*	100	58*	99.9	118*	100

* Algunos niños dan respuestas múltiples

En este punto puede estudiarse las vivencias y las recompensas que suponen la curación de la enfermedad. Es decir, la curación aquí se tematiza como la vida normal y la ruptura del aislamiento, lo cual supone reincorporarse a las relaciones con los amigos -refuerzo social- (18), a la vida escolar (12) y, sobre todo, a la actividad. Para un niño, efectivamente, es muy importante salir a la calle, jugar, etc. En cambio, son refuerzos irrelevantes, o por lo menos el niño lo tematiza o lo vive así, el hecho de la curación, que apenas tiene relación con dejar de padecer el dolor -solamente 4 casos-, o con poder comer de todo. Esto significa que ni el dolor ni el someterse a una dieta -aunque pudiera parecer lo contrario- se viven como una frustración enorme.

Aquí otra vez se vuelve a insistir sobre la escasa frustración que supone el tomar medicinas, puesto que en la curación lo que ocurre es que dejan de tomar medicinas y, sin embargo, eso solamente lo citan dos niños como motivo de alegría.

¿Te gusta tomar medicinas?

Únicamente 19 niños expresan claramente que no les gusta tomar medicinas (5-14) -"no me gustan, pero debo tomarlas", "no me gustan, están asquerosas y es malo tomar en exceso", los demás mencionan que algunas medicinas les gustan, dependiendo principalmente del sabor y de la forma de presentación (27, 14-13) -"las que saben a fresa, las de sabor bueno, sí"-, 7 dicen que les gusta (6-1), a 4 no les importa tomarlas (2-2) -"no me importa tomarlas, estoy acostumbrada", "me da igual, pero prefiero tomarlas

a estar malo"- y a 2 niños les gusta un poco (2-0)

Podríamos hablar aquí de la frustración potencial que supone la administración de medicamentos. Esa frustración se ha sobreestimado y, tal vez, exagerado. En realidad aparecen tres tipos de niños respecto de este tema. A 19 no le gusta nada tomar medicinas y podría suponer una cierta frustración. A 27 les gusta, quizás por el sabor y la forma de presentación. A cuatro les resulta indiferente, les da igual tomarlas que no tomarlas.

A los primeros se les podría denominar fármaco-frustrantes; a los del segundo grupo fármaco-placenteros; y a los del tercer grupo fármaco-indiferentes.

Adherencia al tratamiento

Si bien hay únicamente 18 referencias acerca de la disposición favorable o desfavorable hacia la adherencia al tratamiento, éstas son las siguientes: se observan 16 referencias favorables (6-10); de estas 16 sólo tres son de niñas y las tres de 10 años -"yo me lo tomaba a su hora y me puse bueno", "dejo de tomarlas cuando me dice el médico que ya tengo que dejar de tomarlas", "me curé echándome los polvos de talco como dijo el médico, cuatro veces al día", "vamos al médico y si tengo que seguir tomándolas, pues las vuelvo a tomar"-.

Dos niños hacen comentarios contrarios a la adherencia al tratamiento -"me la bebo yo y algunas veces me bebo el doble o el triple", "cuando se le olvidaba a mi madre darme la pomada y no se lo recordaba yo, me daba igual"-

Un objetivo importante en la educación para la salud es la adherencia racional al tratamiento. Esta es, probablemente, una variable de tipo actitudinal o disposicional respecto de las prescripciones y de lo que el médico aconseja. La adherencia, pues, necesita ser investigada desde este punto de vista actitudinal.

Hay un hecho aquí que no tiene una fácil interpretación. Se trata de que de las 16 referencias favorables a la adherencia, 13 sean niños y solamente tres niñas. Habría aquí que explorar si el varón es más adherente que la niña y si esto es así en todas las edades.

El hecho de que sólo dos niños expresen de forma explícita que no fueron adherentes durante el tratamiento de la enfermedad e incluso se muestren contrarios a la adherencia, podría significar que las actitudes de no-adherencia explícita son muy escasas. En este caso, la educación para la salud sobre la adherencia podría tener en estas edades un efecto muy benéfico y eficaz a corto plazo. Pero esto es revisable en función del género y de la edad.

Por último, habría que aclarar si cuando se habla de adherencia realmente se está hablando de adherencia o sólo de aquiescencia o incluso de docilidad. Es probable que sea más la aquiescencia al contexto en que se ha montado la entrevista con el médico y a lo que dice la madre o incluso la docilidad a los adultos lo que realmente dispara esta actitud a favor de seguimiento, de docilidad con lo que se le ha aconsejado en la prescripción. En cambio, la adherencia supondría una actividad más propositiva, intencionalmente más clara y más libre, porque es el

propio individuo el que determina por qué se vincula y por qué secunda aquello que se ha dicho. En cualquier caso, esos son los resultados.

¿Qué le ocurre a una persona cuando se enferma?

La mayoría de los niños piensan que cuando una persona se enferma se siente mal o rara (16, 8-8). Otros relacionan la enfermedad con el dolor (15, 8-7) o con otros síntomas (9, 6-3) - "se siente mal y le duelen las cosas, por ejemplo, le puede picar a uno o también le puede doler"- , con el aislamiento puesto que mencionan el aburrimiento -"te aburres en tu casa"- y el malestar por no poder ir al colegio -"no puede ir algunas veces al colegio o al trabajo, depende"- (3, 2-1). Dos niños indican que "depende de lo que tengas" (0-2), y 18 que necesitan de cuidados y terapia (9-9) -"se puede morir", "hay que cuidarle", "tiene que ir al médico", le cuida su madre", "tiene que estar en la cama", "tiene que tomar medicinas". Seis niños no saben qué es lo que le ocurre a una persona cuando se enferma (3-3).

Según los niños de la muestra, lo primero que ocurre cuando una persona se enferma es que tiene dolor (13, 7-6) -"te duele de donde estás malo"- , o tiene otros síntomas tales como vómitos, pesadillas o fiebre (4, 0-4); Tres niños dicen que depende de lo que se tenga (1-2), 2 indican que agobio o cansancio (0-2) y 6 niños dan otras respuestas tales como "hay que saber lo que tiene y lo que necesita", y "cuando empieza se siente un poco pachucho", "se lo dice a otra persona y ya le pone el termómetro y ya nota si

está malo o no".

En este apartado se plantea el tema de los indicadores de enfermedad, ansiedad y anticipación de lo peor. Como se observa en las descripciones de los niños, los síntomas no son los únicos indicadores de enfermedad. En 16 casos lo más importante para el niño es la extrañeza -sentirse mal o raro, aunque no sabe por qué- y en 15 casos es el dolor. En cambio, lo sintomático, que antes era tan relevante, aparece solamente en 5 casos.

Más curioso resulta cómo el niño anticipa lo peor a través de la conciencia de enfermedad; se imagina que a una persona enferma le pueden ocurrir cosas malas y en cierto modo esto crea ansiedad. Dieciocho niños piensan que una persona enferma necesita más cuidados, que incluso se puede morir, etc. y 6 no pueden expresar qué ocurre cuando una se persona enferma.

La totalidad suma 24; es decir, 24 niños que no tienen una hipótesis explicativa o autoexplicativa de lo que pasa al enfermar, lo cual normalmente genera angustia. Por eso nada tiene de particular que en 6 casos se dé como respuesta que hay que saber lo que uno tiene, probablemente queriendo decir que el conocimiento de una cosa podría actuar como ansiolítico en tanto que disuelve el misterio y las malas interpretaciones o las pseudointerpretaciones erróneas que el niño hace en relación con el problema de sentirse mal.

Bastaría con que alguien le explicase qué es lo que le está pasando para que ya notara alivio. Esto también tendría mucha importancia si se aplicara más a la clínica y también a los padres.

En este sentido es pertinente mencionar el tratado de "Pedagogía Hospitalaria" (González-Simancas y Polaino-Lorente, 1990) en el que se estudia la función ansiolítica que tiene la preparación para el ingreso hospitalario y las explicaciones que se le den al niño sobre lo que realmente le está pasando o sobre las exploraciones que posteriormente tendrán que hacerle.

Los niños tienen una idea de lo que es estar más o menos enfermo. En sus respuestas se manifiesta una jerarquización social de la gravedad de las enfermedades según los usos y los servicios que se utilicen. Así, a través de las entrevistas se observa que son más serios los casos en los que hay fiebre alta, se tienen que quedar en la cama varios días, viene el médico a casa o van al hospital, tienen visitas y reciben más atención. Entre estas situaciones están las operaciones en un hospital, la varicela y los casos de gripe con fiebre muy alta y resistente. En cambio, situaciones como las de tos, dolor de cabeza, dolor de piernas o de muñecas y esguinces no se consideran graves, especialmente si no hay fiebre asociada, no requieren quedarse en la cama ni faltar al colegio, no se traducen en privilegios o no alejan al niño de sus actividades normales.

La asignación de la gravedad que realiza el niño es un tema que merece especial atención en los programas de educación para la salud puesto que estas atribuciones se sospecha que se mantienen en la edad adulta. Es importante conocer cuáles son los criterios que utiliza cada persona para definir el estado de enfermedad, su grado de severidad y las conductas que de esto se derivan. ¿Qué criterios

utiliza el adulto para decidir entre quedarse en casa o ir a trabajar, meterse en cama o realizar actividades, rescindir las obligaciones domesticas y familiares o mantenerlas, etc.? Estas decisiones tienen consecuencias importantes, por lo que tienen que ser consideradas por los programas de educación para la salud.

2. ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS DE LOS CUESTIONARIOS

En este apartado se presentan datos procedentes de las siguientes escalas y cuestionarios aplicados a los niños y a los padres:

- Cuestionario de Actitudes y Conocimientos Infantiles acerca de los Medicamentos
- Cuestionario de Autonomía Infantil
- Cuestionario acerca de la Salud y los Medicamentos, para padres
- Inventario de Medicamentos en el Hogar
- Cuestionario de Información Socio-económica y Demográfica
- Escala Multidimensional de "Locus of Control" respecto de la Salud, para adultos
- Escala Abreviada de "Locus of Control" respecto de la Salud para Niños

No se exponen todos los datos recogidos, sino que se ha realizado una selección de aquellos que siendo más relevantes facilitan la comprensión de los fines de este estudio.

2.1. Servicios sanitarios asistenciales a que pertenece la familia

Según los datos obtenidos a través del Cuestionario de Información Socio-económica y Demográfica (Anexo F), en la mayoría de los casos (96%), los padres y los niños están afiliados a la **Seguridad Social**, y utilizan sus servicios para adquirir medicamentos. Los padres pagan el 40% del precio del medicamento (72%). El resto indicaron que pagan el 30% (37%), 10%, 50% y 60% (7%), el 5% y el 45% (1%). Un 17% no pagan nada.

El 71% de las familias no tiene **plan médico privado**. Del 29% que sí lo tiene, en el 19% de los casos se **adquieren medicamentos** a través del mismo, y en la mayoría de estos casos (78%) la familia **no paga los medicamentos**.

2.2. Medicamentos en el hogar

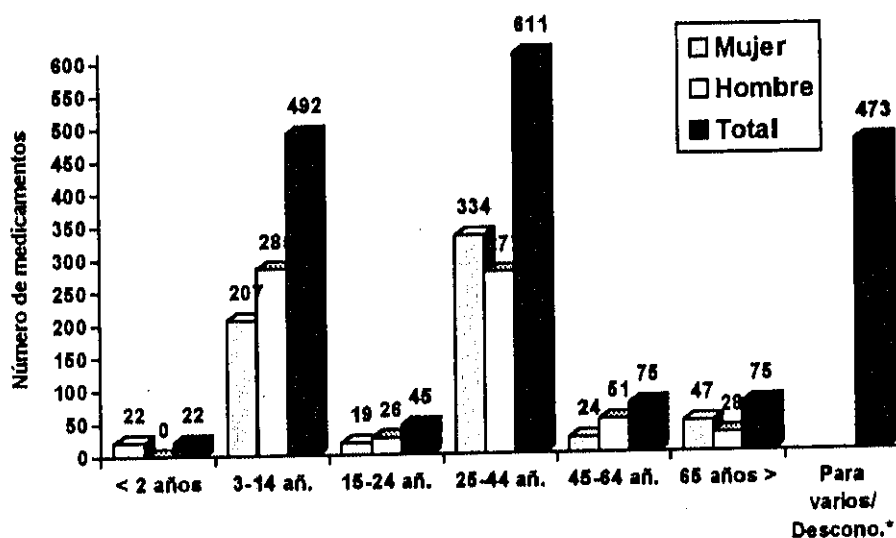
Los datos que se presentan en este apartado se obtuvieron a través del Inventario de Medicamentos en el Hogar (Anexo E).

El **promedio de medicamentos por hogar** es de 17.93, con un rango que oscila de 0 a 90. El total de medicamentos registrados en los cien hogares es de 1793. De estos, 22 corresponden a una misma niña de dos años con una enfermedad crónica, por lo que se parece conveniente prescindir de este dato con el fin de obtener un promedio más real. Así pues, sin contar con la niña de dos años, el promedio de medicamentos en los cien hogares es de 17.71, siendo el total de los medicamentos 1771.

En las figuras 5.7 y 5.8 se presentan los datos

correspondientes a los medicamentos adquiridos para los miembros familiares, por grupos de edad y género. En la primera figura (4.13), las barras representan la suma de los medicamentos en cada género y grupo de edad, y el total para cada grupo de edad. Así, por ejemplo, en el grupo de 3-14 años -contando con los cien hogares-, hay 207 medicamentos asignados a las niñas y 285 a los niños, lo que suma un total de 492 medicinas en este grupo de edad.

Figura 5.7 - Número de medicamentos registrados en los cien hogares según la edad y el género de todos los miembros familiares.

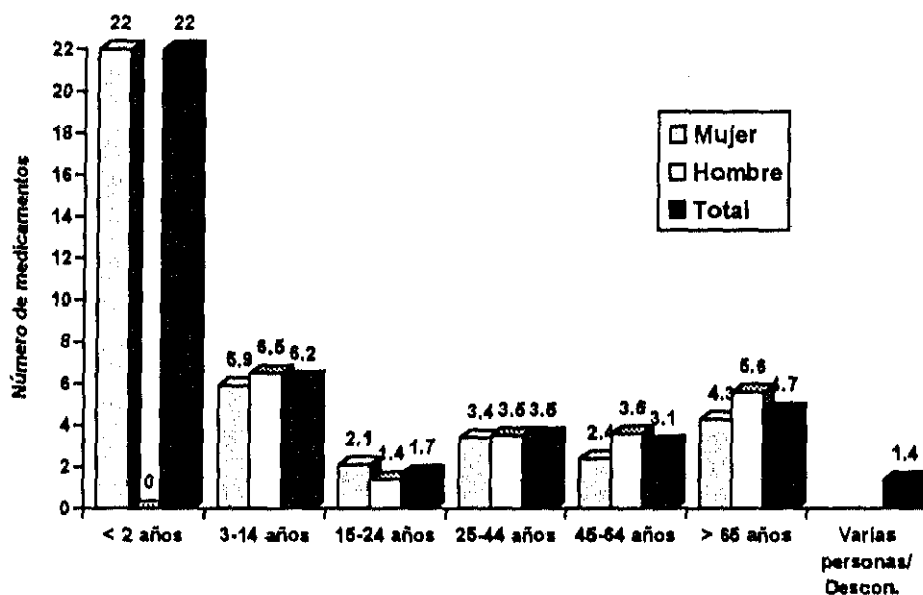


* Medicamentos adquiridos "para varias personas": 238 de los medicamentos (13.2%) se adquirieron para niños y adultos, 108 para varios niños (6%), y 49 para varios adultos (2.7%). "Desconocidos" (no se sabía para quién se habían adquirido): 78 medicamentos.

La figura 5.7 no tiene sentido si no se completa con la que se presenta a continuación (Figura 5.8), puesto que no tiene en cuenta el número de personas correspondiente a cada grupo de edad. Por ejemplo, en los cien hogares se hayaron 207 medicamentos adquiridos para niñas de 3 a 14 años. Ahora bien, este dato no ofrece

información relevante si no se tiene en cuenta cuántas niñas de 3 a 14 años hay en los cien hogares. Por ello, la figura 4.14 presenta la media de medicamentos teniendo en cuenta el número de personas en cada grupo de edad y género³. El número de medicamentos en cada grupo de edad y género se ha dividido por el número de personas en el grupo correspondiente.

Figura 5.8 - Media de medicamentos por persona, según la edad y el género de todos los miembros familiares en los cien hogares



El lugar de adquisición de la mayor parte de los medicamentos es la farmacia (96.4%). Otros lugares minoritarios son las farmacias militares (1.4%), y la consulta médica (0.1%). No hay ningún caso en el que no se recuerde dónde se adquirió el

³ Número de personas en los cien hogares, según el género y la edad:

	Mujer	Hombre	Total
< 2 años	1	2	3
3-14 años	35	44	79
15-24 años	9	18	27
25-44 años	97	79	176
45-64 años	10	14	24
> 65 años	11	5	16
Total	163	162	325

medicamento.

En la mayoría de los casos (61%), los medicamentos se adquirieron con **receta médica**, frente a un 36% que se obtuvieron sin ella.

Con respecto a la **denominación terapéutica** de los medicamentos, los analgésicos/antipiréticos son los que se registraron con mayor frecuencia (18.8 %) en el conjunto de los cien hogares, seguido por los antibióticos (10.9%) y las combinaciones para tos/catarro -descongestionante/antihistamínico/antitusivos- (10.8%). Además de estos, los que más aparecen son las cremas (9 %), antiácidos/otros para estómago (6.5 %), descongestionantes (5.1%), vitaminas/minerales (3.7 %), antiinflamatorios no-esteroides (3.2 %), gotas -ojo/nariz/oído- (2.9 %), antihistamínicos para alergias (2.6 %), y antidiarreicos (2.7 %). Entre los medicamentos menos frecuentes están los laxantes (1.5 %), tranquilizantes/sedativos/hipnóticos (1.3 %), antidepresivos/antipsicóticos (1.3 %), dilatadores bronquiales para el asma (1.2 %), medicamentos específicos para la angina de pecho u otras condiciones del corazón (0.9 %), antihipertensivos/diuréticos (0.9 %), y contraceptivos orales (0.5%). Cabe señalar aquí que no se hayó ningún medicamento antidiabético, así como ningún remedio homeopático.

La mayor parte de los medicamentos se hayan **almacenados** en el salón o un dormitorio distinto al de los padres (41.6%). El baño es, también, un lugar frecuente para guardar los medicamentos (25.7 %), así como la cocina (17.6%), el dormitorio de los padres (8.8%),

y la nevera (6.0%).

El tiempo que las medicinas han permanecido en los hogares es, en su mayoría, de seis meses (50.9 %), seguido de entre seis meses y un año (23%), y entre uno y dos años (13.8%). En algunos casos son más de dos años (10.6%), y aparece un 0.4% que han permanecido más de diez años en el hogar.

La forma de presentación más común entre los medicamentos registrados es la tableta/cápsula (39 %), seguido de líquido oral (18.9 %), cremas de uso tópico (13.9 %), y supositorios (6 %). Las inyecciones (0.3 %) y los inhaladores (2.5 %) se hallaron en menor frecuencia.

Las observaciones de las entrevistadoras así como la información aportada por los propios niños revelan que la mayoría de los niños del estudio tenían acceso a la mayor parte los medicamentos. No se encontró ningún botiquín o lugar en el que se guardaran los medicamentos bajo llave.

El uso de medicamentos es una práctica común entre los niños de la muestra. El 88% de los niños tomaron algún tipo de medicina durante el episodio de enfermedad descrito en la entrevista del dibujo. Este dato se corresponde con la información de los padres acerca de otros episodios de enfermedad y con los datos obtenidos a través del inventario de medicinas en el hogar. En todos los hogares, con excepción de uno, se encontraron medicamentos almacenados -variando entre 1 y 90, con una media de 17.93 fármacos. Los datos obtenidos en este mismo instrumento permiten observar que los niños entre 3 y 14 están altamente expuestos a las

medicinas. A este grupo de edad, que incluye los niños de la muestra, se le asigna el mayor número de medicamentos por cada 100 miembros familiares, y no se hayaron diferencias significativas entre los niños y las niñas.

Determinadas conductas de las personas encargadas de la salud familiar se podrían considerar como "de riesgo." Es decir, no siendo negativas en sí mismas, sí pueden dar lugar a un uso irracional de los medicamentos pediátricos. Nos referimos a conductas registradas a lo largo del estudio tales como: una cantidad considerable de medicamentos se adquirieron para más de un niño, aproximadamente un tercio de las medicinas en los hogares se adquirieron sin receta médica, en ocasiones los medicamentos permanecen en los hogares durante s, y las fechas de caducidad no siempre se revisan periódicamente. Afortunadamente, los padres han demostrado en el estudio que tienen una actitud favorable al consumo racional de medicamentos pediátricos. Esta misma actitud se demuestra en sus respuestas favorables al consumo con precaución. Los padres, como los hijos, saben que las medicinas pueden ser buenas para la salud, pero también saben que pueden ser peligrosas.

2.3. Conocimientos infantiles acerca de los medicamentos

Los datos que se presentan en este apartado corresponden al Cuestionario de Actitudes y Conocimientos Infantiles acerca de los Medicamentos (Anexo B).

En las respuestas a las preguntas que tratan de medir los conocimientos acerca de los fármacos aparece que el 79 % de los

niños **define las medicinas** como unas cosas que sirven para curarse.

La mayoría de los niños (82%) responde que la vía oral no es la única forma de administración de los medicamentos, reconocen otras dos o más **vías de administración** (59%) -las vías más nombradas son la anal, ocular, nasal e intravenosa-, saben que la misma medicina puede tener distintas **formas de presentación** (61%) y distintos colores (57%). El 42% de los niños fue capaz de nombrar tres formas, mientras que sólo un 2% de los sujetos enumeró seis formas. El 50% de los niños nombra formas tales como "cuadrada", "redonda", "rectangular", etc.; el resto habla de "pastillas", "cápsulas", "jarabe", etc.

El 45% de los niños dice saber siempre **para qué es cada medicina** que toman.

Según el 52% de los niños encuestados, no **todos los medicamentos son buenos para la salud**. La mayoría (63%) indican que tomar medicinas sin estar enfermo **no previene** las enfermedades. En el caso de las vitaminas, el 45% responde que las que necesitan los niños de su edad están todas en la comida. La mayoría (88%) responde que puede ser **peligroso tomar algunas medicinas** sin consultar al médico.

El 45% de los niños demuestra tener conocimiento de la existencia de **efectos secundarios** en algunos medicamentos, y el 66% afirma que puede ser peligroso tomar una medicina durante **mucho tiempo**.

Existen discrepancias en las respuestas intrasujetos, para items similares o relacionados. Así, por ejemplo, el 52 y el 54 %

de los sujetos, respectivamente, muestran discrepancia en las respuestas a preguntas acerca de si una misma medicina puede tener distintos colores y formas de presentación.

Los porcentajes de niños que responden que no saben a las preguntas relacionadas con los conocimientos acerca de los fármacos son muy bajos (entre 3 y 4%, dependiendo de la pregunta).

Los niños ofrecen sus explicaciones en términos concretos propios de su edad y basados en conocimientos limitados puesto que la formación que reciben sobre los medicamentos es limitada. La falta de conciencia acerca de los limitados conocimientos que poseen podría provocar conductas de abuso de los medicamentos. Los programas de educación para la salud deben tomar en cuenta la percepción que tienen los niños de sus conocimientos para, a partir de ahí, desarrollarlos.

Algunos de los datos aportados por los niños revelan una falta de conocimientos que puede ser peligrosa. Por ejemplo, un alto porcentaje de niños cree saber siempre para qué es cada medicina que toman. Además, para un número considerable de niños, tomar medicinas sin estar enfermos previene las enfermedades. Por otro lado, el concepto de efectos secundarios no es patente en todos los niños, ni el posible riesgo de un consumo prolongado de determinadas medicinas. Son muy pocos los casos de niños en los que se ha observado una consistencia en cuanto a las respuestas acerca de conocimientos de las medicinas. Más bien, las respuestas por sujetos denotan conocimientos limitados, en muchos casos no relacionados con otros conceptos del cuerpo adquiridos en el

colegio, y contradictorios (por ejemplo, un niño puede decir que una medicina podría tener distintos colores, y al mismo tiempo puede decir que una pastilla roja no puede ser igual por dentro que una verde).

2.4. Autonomía infantil en el uso de medicamentos

Según los datos obtenidos a través del Cuestionario de Autonomía Infantil (Anexo C), el 71% de los niños tiene acceso físico a las medicinas que hay en el hogar puesto que éstas están guardadas en lugares que **pueden alcanzar**. Ante la pregunta de qué harían si estuvieran solos en casa y tuvieran dolor de cabeza, los mayores porcentajes de respuestas corresponden a los niños que indicaron que llamarían a un adulto (41%) y que comerían/beberían algo y/o descansarían (28%), aunque un 10% de los niños señalaron que tomarían una medicina.

El 92% de los niños responde en favor de la adherencia al tratamiento con respecto a cuándo tomar las medicinas. El 72% de la muestra señala que escucha con atención al médico cuando le receta medicinas. El mismo porcentaje (72%) responde que se preocupan si no tomaron el medicamento a la hora señalada por el médico. El 72% de los niños responden que ellos recuerdan a sus padres la hora a la que tienen que tomar el medicamento, siguiendo la prescripción facultativa.

Al 38% de los niños del estudio le **molesta tomar medicinas**, pero **escuchan** atentamente las instrucciones del médico para la medicación; mientras que al 34% no le molesta tomar medicinas y

escucha al médico acerca de la prescripción. Al 42% de los sujetos le molesta tomar medicinas y sigue la prescripción; mientras que al 48% no le molesta tomar medicinas y sigue la prescripción. Al 34% de los niños le molesta tomar medicinas, pero le recuerda a sus padres que tiene que tomarlas; mientras que al 38% no le molesta tomar medicinas y le recuerda a sus padres que tiene que tomarlas. Al 38% le molesta tomar medicinas, pero le preocupa no seguir la prescripción; mientras que al 36% no le molesta tomar medicinas y se preocupa si no sigue la prescripción.

Si bien es cierto que la madre es quien generalmente les da las medicinas, un número considerable de niños participa activamente en su consumo, casi siempre tomándolas ellos mismos en alguna ocasión. Estos datos coinciden con los aportados por Bush y Davidson (1982). Los sujetos entrevistados aceptan de buen grado esta situación y no se oponen a que sea la madre u otro adulto quien les dé la medicina la mayor parte de las veces. Esto podría parcialmente explicarse por el concepto que tienen los niños de que los medicamentos son importantes y necesarios y pueden ser peligrosos. El hecho de que sean los adultos quienes dan las medicinas a los niños e incluso se les niega la posibilidad de hacerlo cuando piden que les dejen tomarla por ellos mismos, es una señal para los niños de que están siendo cuidados y de que las medicinas son importantes y quizás peligrosas. Por ello, aunque tienen acceso físico a los medicamentos que se guardan en el hogar -lo que coincide con la información de Bush y Davidson (1982)-, reconocen que no usarían una medicina sin haber consultado

previamente con un adulto.

2.5. Actitudes de los niños y de sus padres respecto al consumo de medicamentos

A través del Cuestionario de Actitudes y Conocimientos Infantiles acerca de los Medicamentos (Anexo B) se obtuvieron también los datos que se presentan a continuación.

Con respecto a la **publicidad**, el 27% de los niños no recuerda ninguna medicina anunciada en la televisión. Sólo un 4% recuerda haber visto anunciados hasta cuatro medicamentos. Los porcentajes más altos corresponden a los sujetos que recuerdan uno (34%) o dos (23%). Los medicamentos que los niños de la muestra nombraron con más frecuencia son: Vicks Vaporub, Aspirina, Aspirina masticable, Aspirina efervescente, Aspirina infantil, Biodramina, Caramelos Victors y Reflex.

El 72% de los niños responde que **escucha con atención cuando el médico le receta** medicinas. El 73% responde que las medicinas que **recetan los médicos son mejores** que otras medicinas y ayudan siempre a recuperar la salud (70%). Sólo un 33% de la muestra consultada indica que por el solo hecho de tomar un mayor número de medicamentos cuando están enfermos recuperarán antes la salud.

En cuanto al color y la forma, el 66% y el 68% de los niños, respectivamente, informaron que el **color y la forma** de los medicamentos no influyen en que estos les **gusten** más o menos. No obstante, existen **preferencias** en cuanto a la **forma terapéutica** del medicamento. Las preferencias son las siguientes: líquido: 53%,

tableta: 18%, gotas: 11%, cápsula: 5%, sobre: 3%, supositorio: 3%, e inyección: 1% Por otra parte, el 88% de los niños respondieron que el sabor es lo que hace que un medicamento les guste más que otro. El **sabor** más señalado es la fresa (63%), seguido del limón (15%) y la menta (11%). Estos datos son de interés para los laboratorios farmacéuticos, que, de tenerlos en cuenta, elaborarían productos en consonancia con los gustos infantiles, facilitando, así, su consumo.

En cuanto a la atribución de **utilidad** que hacen los niños, un porcentaje elevado relaciona la utilidad de los medicamentos con su **tam** (62%), **sabor** (59%), y **lugar de adquisición** (98%). El 52% opina que los medicamentos que se **adquieren en la farmacia** ayudan siempre a recuperar la salud.

Con respecto al hecho de si les **molesta tener que tomar medicamentos**, el 56% responde que no, mientras que a un 37% sí les molesta. Sólo a un 3% le molesta a veces y a un 4% dependiendo del sabor.

En el caso concreto del estreñimiento, el 60% de los niños encuestados informa que **prefiere tomar medicamentos**, mientras el 36% prefiere tomar ciruelas.

El 69% de los sujetos cree que es **necesario consultar** siempre al **médico** para tomar una medicina. Sin embargo, preguntados acerca de qué **medicinas** creen ellos que se pueden tomar sin necesidad de **consultarle**, sólo un 12% responde que ninguna; la mayoría nombra alguno; el 43% nombra un medicamento; el 23% nombra dos; el 11% nombra tres; el 3% nombra cuatro; y, el 7% contesta que no sabe.

Los productos más nombrados son los siguientes: Aspirina (41%), jarabe (12%), supositorios (9%), y Clamoxil (6%), pastillas (7%), pastillas para el dolor de cabeza (5%), Vicks vaporub (4%), medicinas que ya se conocen (4%).

Es importante destacar la respuesta del 6% de los niños que consideran que se pueden tomar antibióticos (Clamoxil) sin necesidad de consultar con el médico. Es posible que estos niños hayan visto en sus hogares que los padres almacenan este medicamento y lo prescriben sin consultar con el profesional médico. Estos niños no parecen saber que los antibióticos requieren prescripción médica y habría que investigar si son conscientes de los riesgos por uso indebido. En cualquier caso, este sería un punto importante a tratar en los programas de educación para la salud.

Para la mayoría de los niños encuestados, los adultos toman la cantidad correcta de medicamentos (68%), mientras que un 21% y 11% consideran que toman demasiadas o demasiado pocas. Con respecto al consumo infantil, los mismos sujetos indicaron que los niños toman la cantidad correcta (83%), frente a un 9% y 8% que consideran que toman demasiadas o demasiado pocas, respectivamente.

En el análisis de las respuestas de los niños ante items que reflejan actitudes con respecto al uso de medicamentos, se observan datos correspondientes a actitudes irracionales con respecto a este tema. Sin embargo, los porcentajes son bajos, como se observa a continuación. El 24% de los niños muestra discrepancia en las respuestas a dos items similares en los que se les pregunta si les

gusta tomar medicinas. El 12% de los sujetos señala que le molesta tomar medicinas y le gusta más tomarlas si tienen colores bonitos; al 20% de los niños no le molesta tomar medicinas y le gusta más tomarlas si tienen colores bonitos. Al 32% le molesta tomar medicinas y manifiesta que todas las medicinas no son buenas para la salud. El 28% opina que no le molesta tomar medicinas y señala que todas las medicinas son buenas para la salud. Al 6% de los niños no le molesta tomar medicinas y piensa que tomar medicinas sin estar enfermo previene enfermedades. Al 24% de los niños le molesta tener que tomar medicinas y considera que es necesario consultar siempre al médico para consumirlas; mientras que al 18% no le molesta tener que tomar medicinas y no considera necesario consultar siempre al médico para consumirlas.

Los datos que se presentan a continuación corresponden a las actitudes de los adultos responsables de la salud de los niños, y se obtuvieron a través del Cuestionario acerca de la Salud y los Medicamentos, para padres (Anexo D). Según los adultos, en la mayoría de los casos, las medicinas no se dan a otras personas (83%), ni se aceptan de otras personas (17%), aunque algunos de los padres entrevistados reconocen haber sugerido en algún momento la utilización de algún medicamento (33%).

El 97% de los padres dice mirar la fecha de caducidad de las medicinas que guardan y la mayoría lo hacen periódicamente (48%) o antes de usarlas (43%), y sólo un 6% al comprarlas. Estos datos reflejan conductas racionales de uso de medicamentos por parte de los padres. Los programas de educación para la salud acerca de los

medicamentos han de potenciar estas conductas, no sólo para evitar daños, sino también para que los padres eduquen a sus hijos practicando el uso racional de los medicamentos.

Respecto a con qué medicinas hay que ser más cauteloso, la mayoría de los padres responde que con todas las medicinas (61%). Un 17% señalan los antibióticos y un 3% tranquilizantes. El motivo de esta actitud cautelosa suele ser los posibles efectos secundarios (52%). Un 38% definieron las medicinas como peligrosas.

Preguntados acerca de con qué medicinas hay que ser menos cauteloso, la mayoría de los padres respondió que con ninguna (58%), aludiendo a razones tales como que son peligrosas (14%) y que hacen daño (10%). Por otro lado, algunos padres consideran que se puede ser menos cauteloso con las aspirinas (10%) o con antiácidos y otros medicamentos para el estómago (9%), porque no tienen efectos secundarios (19%).

Las respuestas sobre la opinión que tienen los padres de las medicinas en general son muy dispersas, apareciendo que son buenas (24%), necesarias (20%), o que hay que tener cuidado con ellas (18%).

En general los niños muestran docilidad ante el consumo de medicamentos, independientemente de que les moleste o no les moleste tomarlos. Si los tienen que tomar los toman y no es necesario obligarles. Si el médico o la madre les dicen que las tomen, lo hacen, aunque ellos mismos saben que tienen que tomarlas para curarse.

Al mismo tiempo, los niños señalaron que los medicamentos se

han de utilizar con precaución porque pueden ser perjudiciales, aunque no puedan explicar el porqué. Los comentarios de los niños revelan conocimientos acerca de los posibles efectos negativos del consumo de medicamentos. Quizás por esta razón se muestran cautelosos ante el abuso, siguen las instrucciones del médico y/o de la madre, están atentos al momento del día en que se la tienen que tomar y no se la toman solos.

La misma actitud de precaución ante el uso de fármacos se observa en los padres del estudio. La mayoría de los padres indicaron que nunca le dieron una medicina a nadie fuera del hogar, y nunca recibieron una medicina de otra persona que no fuera un profesional de la salud. Un grupo numeroso de padres mencionó que hay que ser cuidadoso con todas las medicinas por los efectos secundarios. Cuando se les pidió una opinión general acerca de los medicamentos, los padres respondieron que son buenas y necesarias, pero hay que usarlas con cuidado. La media de tiempo que las medicinas han permanecido en los hogares es inferior a dos s, y la mayoría de los padres indicaron que miran la fecha de caducidad periódicamente y/o antes de utilizarlas.

Todas estas conductas por parte de los padres se pueden interpretar como racionales. Ahora bien, es necesario recordar que en cada uno de los aspectos mencionados, un porcentaje pequeño de padres ofrecieron respuestas que sugieren actitudes y conductas irracionales de uso de medicamentos pediátricos. Además, se obtuvieron datos contradictorios que dejan entrever posibles conductas y actitudes irracionales. Por ejemplo, la mayoría de los

padres señaló que mira la fecha de caducidad de las medicinas que adquieren antes de utilizarlas o periódicamente. Sin embargo, el inventario de medicinas en los hogares demostró la existencia de un número considerable de fármacos caducados, de lo cual no eran conscientes los padres. Quizás sea éste un ejemplo de conocimientos altos y actitud racional, pero conducta irracional. Es decir, es posible que los padres sepan que es necesario vigilar la fecha de caducidad de los medicamentos por los posibles peligros que encierran, y que su actitud sea favorable a la revisión de tales fechas, y sin embargo, es posible que esto no sea suficiente en todos los casos para dirigir la conducta, de modo que en casi todos los hogares hay algún medicamento caducado.

La mayor parte de los niños informaron en las entrevistas acerca del dibujo que tienen acceso físico a las medicinas que se guardan en el hogar. Sin embargo, hubo un grupo mayor de padres según los cuales los medicamentos están escondidos o fuera del alcance de los niños (por ejemplo, en lugares altos). Estos padres parecen ignorar o no reconocen que los niños de 7 y 10 años se mueven libremente por la casa y conocen todos los "lugares secretos". Los niños podrían abrir si quisieran los armarios donde se guardan los medicamentos que, por otro lado, suelen estar abiertos.

Tanto los niños como los padres consideran que tomar medicamentos no previene enfermedades infantiles. La prevención está más bien asociada con la dieta sana y el aire puro. Según los padres, los niños pueden prevenir la fiebre teniendo cuidado de no

coger frío, no sudar demasiado, etc.

El jarabe es la forma preferida por los niños entrevistados y este producto, junto con la aspirina y el "Clamoxil" son los más familiares. La preferencia de los niños por los medicamentos está claramente marcada por el sabor; los productos que saben a fresa o a frutas son los que más gustan y convierten el hecho de tomar medicinas en una actividad placentera y no solo necesaria.

Dado el protagonismo de los medicamentos en el proceso de recuperación de la salud en los niños entrevistados, no es de extrañar que una mayoría se refiera a los medicamentos de forma espontánea a lo largo de la entrevista o que expresen sus ideas acerca de una mejoría inmediata después de tomar las medicinas. Esta asociación entre "toma de medicamentos" y "mejoría inmediata" podría interpretarse como irracional y podría suponer riesgos de mal uso y abuso.

El análisis de los datos revela ciertas actitudes irracionales con respecto al uso de medicamentos por parte de los niños. Las mismas atribuciones de eficacia de los medicamentos que hacen los niños se podrían interpretar como precursoras de actitudes irracionales. Por ejemplo, según éstos, las medicinas que recetan los médicos y las que se adquieren en las farmacias ayudan **siempre** a recuperar la salud. El porcentaje de niños para los cuales el hecho de tomar un número mayor de medicamentos cuando están enfermos significa que recuperarán antes la salud, es suficientemente alto como para prever que estos sujetos puedan ser futuros consumidores "irracionales" de medicamentos.

Las contradicciones que se observan en las respuestas de los niños a preguntas relacionadas con las actitudes ante los medicamentos, sugieren la posibilidad de que en la edad adulta estos mismos niños utilicen las medicinas en exceso o de forma inadecuada. Por ejemplo, los niños expresaron que es necesario consultar siempre al médico para tomar una medicina; sin embargo, nombraron hasta cuatro medicinas que se pueden tomar sin necesidad de que el médico las recete. Ante éste y otros ejemplos de contradicciones, se hace evidente que la infancia es el momento adecuado para educar a los niños y a los padres acerca de los medicamentos, dando información, actuando sobre las actitudes, resolviendo dudas y aclarando contradicciones.

Las hipótesis explicativas y las atribuciones causales **generales** de la utilidad terapéutica de los medicamentos que hacen los niños son acertadas. Es decir, los niños saben que los medicamentos les ayudan a recuperar la salud, y establecen una relación clara entre enfermedad-toma de medicamentos-recuperación. Ahora bien, dado el bajo nivel de instrucción que poseen, no es de extrañar que sus respuestas a preguntas **concretas** sobre la utilidad de los medicamentos denoten conocimientos limitados. Los niños atribuyen la eficacia de los medicamentos a características externas tales como el tamaño y el sabor. Es decir, las medicinas presentadas en tamaño grande y con sabor agradable son mejores que las pequeñas y de mal sabor. El bajo nivel de internalización y procesamiento del concepto de **utilidad medicamentosa** parece además que contribuye a mantener dichas atribuciones. Del mismo modo, las

respuestas de los niños son de un nivel cognitivo concreto y responden a una lógica interna cuando señalan que las medicinas que recetan los médicos y las que se venden en las farmacias son mejores que las otras. El médico, porque es la figura que representa la autoridad y quien posee más conocimientos sobre cómo recuperar la salud. Y la farmacia, porque es el lugar más común de adquisición de fármacos.

La mayoría de los niños indicó que el número de medicinas no está relacionado con la utilidad de las mismas. Es decir, que por tomar muchas medicinas no se recupera antes la salud. En este punto, los niños comienzan a demostrar un nivel más alto de pensamiento abstracto. Esto indica que existe un potencial en los niños de siete y diez años para procesar información sobre los medicamentos que contribuya a establecer un uso más racional de los mismos.

2.6. Percepción de los niños y de sus padres de la eficacia de los Medicamentos

El 52% de los niños encuestados tiene una percepción alta de la eficacia de los medicamentos, mientras que el restante 48% demuestra tener una percepción baja de su eficacia. La diferencia entre ambos grupos no es significativa. Estos datos, y los que se presentan a continuación, corresponden a los items 40a-40r del Cuestionario de Actitudes y Conocimientos Infantiles acerca de los Medicamentos (Anexo B), y al item F1 del Cuestionario acerca de la Salud y los Medicamentos, para padres (Anexo D).

En los items que miden la percepción infantil de la eficacia de los medicamentos, se observan discrepancias entre items con el mismo contenido. En los items "me gusta tomar medicinas" y "odio tomar medicinas" hay discrepancia en el 15% de los niños encuestados; en los items "las medicinas me pueden ayudar cuando estoy triste" y "las medicinas me pueden ayudar cuando estoy deprimido", la discrepancia es del 27%

La percepción infantil de la eficacia de los medicamentos ante situaciones de enfermedad comunes en la infancia se presenta de la siguiente forma (de una escala de 1 a 5, sólo se presentan las puntuaciones 4 -de acuerdo- y 5 -totalmente de acuerdo): catarro (90%), fiebre (89%), dolor de cabeza (89%), dolor de estómago (76%), estreñimiento (67%), debilidad (62%), problemas para dormir (58%), nerviosismo (35%), problemas para estar despiertos (34%), hambre (34%), cansancio (29%), depresión (18%), y tristeza (5%). Por grupos, las respuestas variaron mínimamente entre los sujetos con "locus of control" interno (LCI) y "locus of control" externo (LCE).

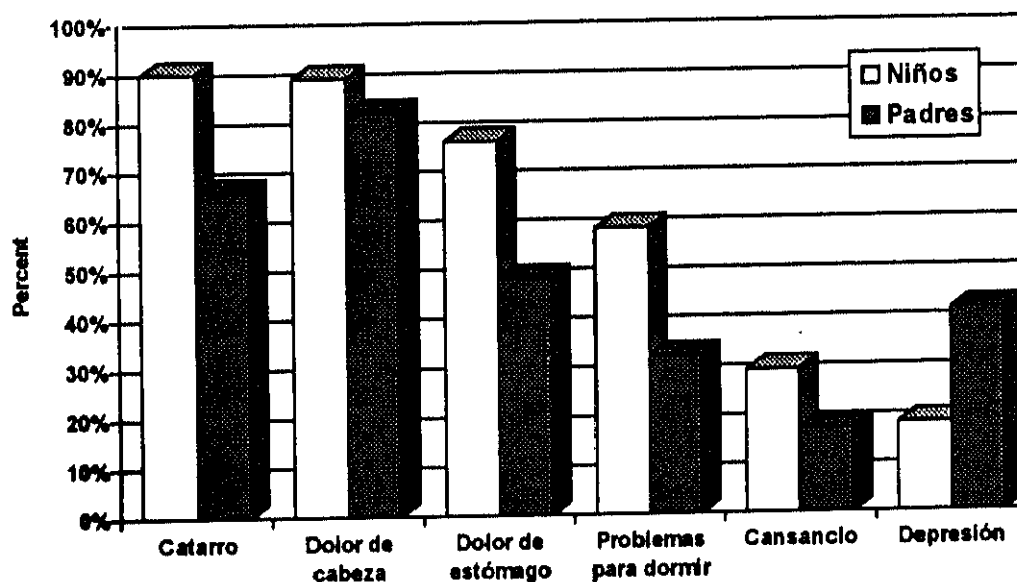
Con respecto a los padres, todos ellos señalaron al menos siete de las veintiun condiciones de enfermedad comunes en la infancia que se les presentaron. Ningún padre rechazó la eficacia en todas las condiciones.

Los padres consideran que los medicamentos son más eficaces en caso de enfermedades infantiles comunes tales como infecciones de oído, nariz y ojos (93%), dolores de cabeza (82%), lombrices (74%), tos (73%), picaduras (73%), catarro (66%), diarrea (62%), piojos

(58%), mareos en viajes (56%), y herida/aranazos (53%). Las condiciones que registraron el menor número de frecuencias son las siguientes: dolor de estómago (48%), estrenimiento (43%), depresión (41%), falta de apetito (39%), problemas para dormir (32%), hiperactividad (19%), cansancio (17%), sobrepeso, movimientos poco coordinados y dificultad para concentrarse (15%), y enuresis (14%).

En la figura 5.9 se compara la percepción de la eficacia de los medicamentos ante situaciones de enfermedad comunes en la infancia, de los niños y sus padres. Se presentan únicamente los datos correspondientes a las enfermedades infantiles de las que se recogió información tanto de los niños como de sus padres.

Figura 5.9 - Percepción de la eficacia de los medicamentos ante situaciones de enfermedad comunes en la infancia, según los niños y sus padres



En las situaciones de enfermedad representadas en la figura 4.15 se observa que, en general, los niños tienen una percepción más alta de los medicamentos que sus padres. Únicamente en el caso

de la depresión son los padres quienes perciben los medicamentos como más útiles.

De los niños con mayor **percepción de eficacia** de los medicamentos, el 39% considera que **todas las medicinas son buenas** para la salud y el 48% considera que no todas las medicinas son buenas para la salud. Entre aquellos con menor percepción de la eficacia de los medicamentos, el 35% considera que todas las medicinas son buenas para la salud y el 59% considera que no lo son.

El 36% de los niños con una **percepción** más alta de la **eficacia** de los medicamentos y el 29% de los que tienen una percepción más baja de la misma, opina que tomar medicamentos sin estar enfermos **previene** las enfermedades.

Entre los sujetos que consideran que todas las medicinas son buenas para la salud, el 76% señala que hay medicinas que pueden tener efectos secundarios, el 22 % opina que puede ser peligroso tomarlas durante mucho tiempo, y el 32% que puede ser peligroso tomar algunas sin consultar al médico.

A los niños con baja percepción de la eficacia de los medicamentos les molesta tomarlos (53%) algo más que a los niños con una alta percepción (45%). Tanto los sujetos con alta como con baja percepción de la eficacia de los medicamentos, prefieren tomar medicamentos a ciruelas en caso de estreñimiento (55% y 53% respectivamente).

Con respecto a los **conocimientos infantiles de las medicinas**, las respuestas indican que el 61% de los niños con percepción alta

de la eficacia de los medicamentos considera que una pastilla puede tener distintos colores, frente al 47% de los niños con percepción baja de la eficacia de los medicamentos. Por otro lado, el 55% de los niños con percepción alta de la eficacia de los medicamentos indican que la misma medicina puede tener distintas formas de presentación, frente al 59% de los niños con percepción baja de la eficacia de los medicamentos. No hay diferencias entre tener una alta o baja percepción de la eficacia de los medicamentos para reconocer que un medicamento puede tener distintas formas de presentación.

De los niños con mayor **percepción de eficacia** de los medicamentos, el 85% indica que los niños toman la **cantidad correcta** de medicamentos; el 9% considera que la mayoría de los niños toma demasiado pocas medicinas, y el 6% considera que la mayoría de los niños toma demasiadas medicinas. De forma similar, los niños con menor percepción de la eficacia de los medicamentos, el 18% considera que la mayoría de los niños toma demasiadas medicinas; el 65% indica que los niños toman la cantidad correcta; y el 17% considera que la mayoría de los niños toma demasiado pocas medicinas.

En general, los niños de la muestra consideran que los medicamentos son beneficiosos, reconocen el valor terapéutico de las medicinas y se muestran conformes ante su uso, aunque se quejan del mal sabor de algunas.

El hecho de que los porcentajes de niños con percepción de la eficacia de los medicamentos alta y baja sean similares podría ser

indicativo de que los niños de siete y diez años no tienen definidas sus ideas con respecto a este tema y lo mismo dan una respuesta en una dirección que en otra. Sin embargo, esta no es la interpretación de la investigadora, quien observó a los niños durante la recogida de los datos. La seriedad con que ofrecían sus respuestas, unido a la reflexión previa a las mismas hace pensar que la escasa diferencia entre los grupos se debe a diferencias reales y en algunos casos claramente definidas en la percepción que los niños tienen de la eficacia de las medicinas.

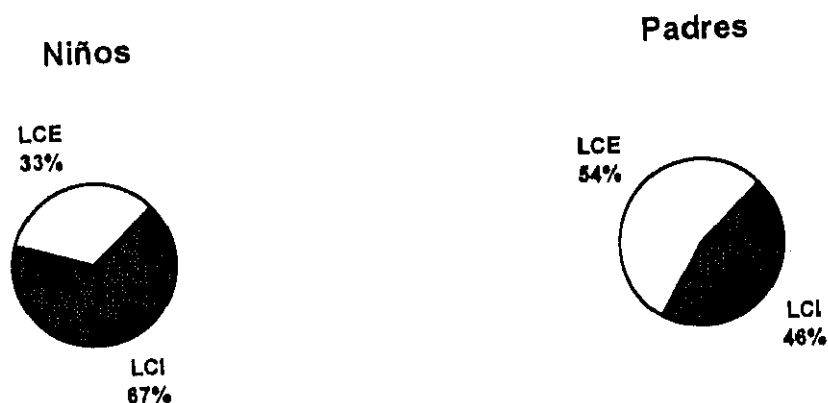
Estas percepciones pueden variar o permanecer según el niño crece. En cualquier caso, merecen una atención cuidadosa puesto que son, por un lado el producto o consecuencia de los conocimientos, actitudes y experiencias relacionadas con el uso de medicamentos, y por otro lado son el motor o impulsor de las conductas de uso de medicamentos. Es decir, el niño percibirá en mayor o menos medida la eficacia de los medicamentos dependiendo, por ejemplo, de lo que el niño sabe acerca de estos y de su actitud ante los mismos; pero además, el hecho de que los perciba como más o menos eficaces determinará el uso que haga de los medicamentos.

2.7. Salud infantil y "Locus of Control" de los niños y de sus padres

Los datos que se presentan en este apartado se obtuvieron a través de la Escala Abreviada de "Locus of Control" respecto de la Salud para Niños (Anexo H) y de la Escala Multidimensional de "Locus of Control" respecto de la Salud, para adultos (Anexo G)

Dividido en dos el rango de la suma de las puntuaciones, tal como se presenta en la figura 5.10, se observa que un mayor porcentaje de niños que de padres se percibe con "locus of control" interno (LCI).

Figura 5.10 - "Locus of control" de los niños y de los padres



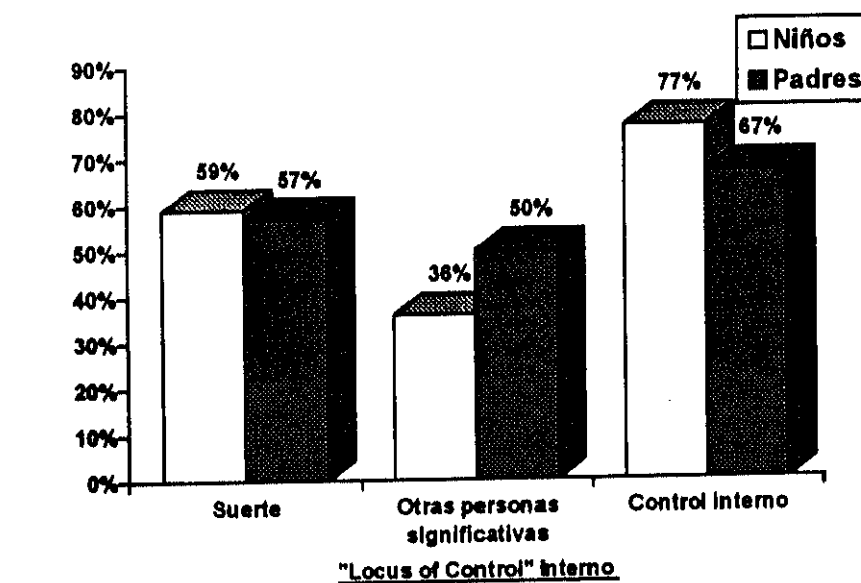
Por items, los porcentajes de respuestas indicativas de LCI en los niños fueron las siguientes:

1. Puedo hacer muchas cosas para luchar contra las enfermedades (82%)
2. Son muchas las cosas que puedo hacer para no caer enfermo (76%)
3. Mi salud depende en buena parte de las cosas que yo elijo (73%)
4. La gente enferma porque tiene mala suerte (71%)
5. La gente que nunca enferma es porque tiene suerte (60%)
6. Sólo el médico puede evitar que caiga enfermo (59%)
7. La suerte es la que decide si se tiene buena salud o no (47%)

8. El profesor tiene que decirme lo que debo hacer para evitar los accidentes (39%)
9. Mi madre me dice lo que tengo que hacer para no caer enfermo (11%)

Las respuestas de los niños y de los padres a cada ítem de las escalas se agruparon en dos puntuaciones (LCI y LCE). Los resultados, por subescalas, se presentan en la figura 5.11. Los niños aparecen, de nuevo, con un mayor "locus of control" interno que sus padres, excepto en el caso de "otras personas significativas"; es decir, que los niños, más que sus padres, consideran que ciertas personas importantes en su vida son responsables de su salud.

Figura 5.11 - "Locus of control" Interno de los niños y de los padres, por subescalas



Es de destacar la falta de coherencia entre ítems de un mismo bloque, incluso en aquellos niños que se perciben con un mayor

control interno respecto de la salud. De los niños con LCI: el 28% demostró coherencia en las respuestas acerca de la "suerte"; el 2% lo hizo en las respuestas acerca de "otras personas significativas"; y el 48% lo hizo en las respuestas directas acerca del control interno.

En todos los casos la coherencia entre los items es mayor en los niños con LCI, excepto en las respuestas referidas a "otras personas significativas", en las que se observa un mayor coherencia entre los sujetos con LCE.

El "locus of control" respecto de la salud infantil es un factor importante en el proceso de enfermedad y recuperación. Los niños, especialmente los de diez años, tienden a percibirse con cierto control sobre la salud y la enfermedad. Es decir, su salud no depende sólo de la suerte o de lo que otros hagan por ellos, sino también de sus propias acciones. El hecho de que la suerte juegue un papel considerable se podría interpretar como reflejo tanto de una característica cultural y aprendida -de hecho los padres asignan un papel importante a la suerte- como de una etapa de desarrollo en la que los procesos racionales son limitados.

2.8. Información general de los padres sobre la enfermedad y el uso de medicamentos pediátricos

En este apartado se presentan datos acerca de diversas cuestiones relacionadas con el uso de medicamentos infantiles. Estos datos se obtuvieron a través del Cuestionario acerca de la Salud y los Medicamentos, para padres (Anexo D).

Respecto a cómo notan los padres que el hijo está enfermo, según estos, lo dice el mismo niño (29%), está decaído (27%), o "está ardiendo" (15%). Otras formas de manifestación son que tiene mala cara (5%) o que no está igual de activo (7%).

La mayoría de los padres entrevistados definen a la madre como la persona responsable del cuidado del niño cuando está enfermo (74%), aunque en un 15% de los casos son los dos padres y en un 8% es el padre. La razón principal por la que ésta (o éstas) es la persona encargada, es que pasa más tiempo en casa (49%). Otros padres señalaron que esa es su responsabilidad o que se siente más tranquila/o (7%), que no trabaja fuera del hogar (5%) y que es un/a profesional sanitario/a.

En opinión de la mayoría de los padres, a los niños no les gusta estar enfermos (86%), por razones tales como que les gusta sentirse sanos (22%) y se aburren (20%). Cuando los padres creen que a los niños les gusta estar enfermos, la razón es que de ese modo no tienen que ir al colegio (9%).

Cuando el niño está enfermo, la mayoría de los padres como primera opción buscan ayuda médica (54%), utilizan las medicinas que están en casa (23%), o aplican remedios caseros (14%). Entre los remedios caseros, los más utilizados son miel (26%), tes de hierbas (23%), hielo (13%), paños/baños de agua fría (12%), y vapores (9%), entre otros. Según los padres, estos remedios los aprendieron principalmente de la madre/familia (58%) y del médico (18%).

Las medicinas que se utilizan con más frecuencia en los hogares de los niños entrevistados, de acuerdo a la opinión de los

padres, son los antipiréticos y los analgésicos (28%), antibióticos (24%), y jarabes bronquiales: 15, lo cual coincide con que la mayoría de los padres trata siempre de tener a m en su casa antipiréticos (34%), analgésicos (30%), antibióticos (17%), así como jarabes bronquiales (9%). Estos son, a su vez, los mismos que toman los niños con más frecuencia: analgésicos (37%), antipiréticos (26%), antibióticos (22%), y antigripales (10%).

Según los padres, fueron ellos mismos quienes notaron que sus hijos estaban enfermos, y sólo un número pequeño respondió que el niño lo anunció. Los niños no parecen estar de acuerdo con esta percepción, puesto que, según la mayoría, tienen un cierto grado de autonomía en el proceso por el que atraviesan en relación a la enfermedad. La autonomía de los niños queda reflejada en el hecho de que la mayor parte de ellos se dieron cuenta de que estaban enfermos y se lo dijeron a alguien (casi siempre la madre). Estas discrepancias parecen indicar que los niños se perciben a sí mismos como más autónomos de lo que les perciben sus padres, en cuanto a su capacidad para identificar el estado de enfermedad.

Los niños y los padres están de acuerdo en que a aquellos no les gusta estar enfermos. Sin embargo, los dos grupos reconocen que estar enfermo tiene aspectos positivos -por ejemplo, no ir al colegio ni trabajar- Los padres expresaron esta ambivalencia en sus respuestas a la pregunta "¿Cree que al niño le importaba faltar al colegio y no poder realizar otras actividades?". Las respuestas a esta pregunta se dividieron en cuatro grupos con una frecuencia similar: no, un poco, bastante y mucho. Sin embargo, tanto a los

niños como a los padres les parece evidente que lo que molestó a los niños fueron las restricciones asociadas con estar enfermo. Donde no hubo consenso entre los padres y los niños fue en la razón por la que no les gusta estar enfermos. Según los padres, a los niños les gusta estar sanos. Sin embargo, ningún niño utilizó ésta u otra expresión similar. En lo que sí parecen estar de acuerdo ambos grupos es en que la enfermedad es un asunto serio.

El aislamiento social es un aspecto negativo de la enfermedad resaltado con rotundidad tanto por los niños como por los padres. Los niños con fiebre se quedaron en casa entre uno y tres días; y si estuvieron en cama fue uno o dos días. Según los niños, lo que lo que más les molestó de estar enfermos era no poder ir al colegio. Más aún, cuando se les preguntó que fue lo que más les gustó de la recuperación, el grupo de respuestas más numeroso hace referencia al hecho de volver a ver a los amigos y volver al colegio. Esto hace pensar que, para la mayoría de los niños, la recuperación significa volver a la vida normal y romper el aislamiento. Sin embargo, aún después de la recuperación, y según los padres, un grupo pequeño de niños se vió sujeto a restricciones tales como no poder salir a la calle para evitar la recaída. Los niños perciben el aislamiento como una realidad aún cuando los padres señalan que no se les deja solos en casa mientras están enfermos. Esto se debe a las restricciones de tipo social a que se les somete, a pesar de que la madre u otra persona está en la casa acompañándole.

Según los padres, la práctica terapéutica más común cuando el

niño está enfermo consiste en buscar la ayuda de un profesional -lo que normalmente incluye el uso de prescripciones farmacológicas-, seguido del uso de medicamentos auto-recetados que se tienen en la casa, y de los remedios caseros.

Aunque se desconocen las razones por las que el uso de servicios médicos es alto, se presume que pudiera ser debido al prestigio social de la medicina, a la forzosidad de la costumbre o simplemente a la facilidad de acceso y a la gratuidad de los servicios de la Seguridad Social a la que recurrió la mayor parte de los niños entrevistados.

Existe acuerdo entre los datos de los niños y de los padres en lo que se refiere al uso de los servicios médicos. La mayoría de los niños fueron a la consulta médica durante la enfermedad, si bien en algunos casos el doctor acudió a la casa o el niño acudió a una clínica o a un hospital -dependiendo del tipo de enfermedad, de la percepción de los padres acerca de su importancia, y de sus expectativas del proceso de la enfermedad.

Tal como se expuso anteriormente en este mismo capítulo, las medicinas son el recurso terapéutico más utilizado por los niños entrevistados y lo que, siempre según ellos, en mayor medida les ayuda a curarse. Sin embargo, los niños reconocen que es necesario tomar **otras medidas terapéuticas** para recuperar la salud. Los padres coinciden con los niños en cuanto a que los remedios caseros son ampliamente utilizados para la recuperación de la salud infantil. Además, éstos reconocen que sus conocimientos acerca del uso de tales remedios provienen de la familia -especialmente de la

madre-

Las terapias alternativas de tipo doméstico aperecen, pues, muy bien implantadas socioculturalmente en España. Este hecho a su vez podría indicar que no hay sobreabuso en las prescripciones de medicamentos.

Según los datos obtenidos a través del cuestionario general sobre salud y medicamentos, los fármacos que se utilizaron con más asiduidad en los hogares son los antipiréticos, analgésicos, antibióticos y jarabes bronquiales. Estos son los mismos medicamentos que los padres identificaron como los más utilizados por los niños, así como los que más le gusta a los padres tener siempre en casa. Además, estas categorías se corresponden con los medicamentos más nombrados por los niños en las entrevistas, aunque se refieran a los mismos con distinta terminología (por ejemplo, aspirina, Clamoxil, jarabe, etc.).

El hecho de que los padres y los niños coincidan en la enumeración de las categorías terapéuticas más utilizadas demuestra, una vez más, que los niños están muy familiarizados con el consumo de medicamentos. Esto supone, además, que los conocimientos de los niños son precisos en ciertos aspectos. No hay distorsión de la realidad, sino una adaptación de los términos a su propio vocabulario, más concreto y limitado que el de los adultos.

3. RELACION ENTRE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO Y LAS VARIABLES DE IDENTIFICACION

A través del análisis de varianzá, se llevó a cabo la

comparación entre medias de grupos de las variables de identificación para cada una de las variables del estudio con el fin de analizar su significación. Se utilizó la prueba t-student para medir diferencias entre medias de dos grupos y ANOVA para establecer diferencias entre medias de tres y cuatro grupos.

Tal como se expuso en este mismo capítulo, en el apartado *Descripción de las Variables*, las variables del estudio son las siguientes: Percepción de los padres de la eficacia de los medicamentos (PEP), percepción de los niños de la eficacia de los medicamentos (PEN), "locus of control" respecto de la salud, de los padres (LCP), "locus of control" respecto de la salud, de los niños (LCN), conocimientos de los niños acerca de los medicamentos (CN), actitud infantil favorable al consumo irracional de medicamentos (ACTN), actitud infantil de rechazo hacia el consumo de medicamentos (RECHAZO), percepción infantil de su autonomía general (AUTON), e historial de enfermedades que ha padecido el niño (PATN).

Las variables de identificación son las siguientes: Edad, género, estado laboral de la madre, nivel económico, nivel educativo de la madre, nivel educativo del padre, número de medicinas en el hogar, número de medicinas en el hogar adquiridas para los niños y número de personas en el hogar.

Únicamente las variables de identificación edad y nivel educativo de la madre presentan diferencias significativas entre las medias al cruzarse con las variables del estudio (Tablas 4.24 y 4.25), por lo que se han excluido las tablas con los datos de las

restantes variables de identificación: género, nivel económico, estado laboral de la madre, nivel educativo del padre, número total de medicinas en el hogar, número de medicinas en el hogar adquiridas para los niños, y número de personas en el hogar.

Con respecto a la variable edad, los resultados obtenidos demuestran que las diferencias entre las medias de los grupos de niños de 7 y 10 años son significativas al relacionarlas con las variables que se presentan en la tabla 5.22. Tal como se observa en esta tabla, los niños de 10 años se perciben más autónomos, tienen un "locus of control" más interno, más conocimientos acerca de las medicinas y una mayor actitud de rechazo hacia el consumo de medicamentos que los niños de 7 años. Las diferencias entre los grupos se producen a favor de los niños más pequeños en el caso de la percepción infantil de la eficacia de los medicamentos y de la actitud infantil favorable al consumo irracional de medicamentos.

Estos resultados vienen a avalar lo que más adelante se verá en relación a la hipótesis 12.

Respecto al nivel educativo de la madre, se puede comprobar cómo las madres que tienen un "locus of control" más externo son aquellas cuyo máximo nivel de estudios es la Enseñanza General Básico (Tabla 5.23). El procedimiento de Scheffé confirmó la significación de estas diferencias.

Tabla 5.22 - Diferencias producidas en las distintas variables del estudio debido a la Edad de los Niños¹.

VARIABLES	7 AÑOS		10 AÑOS		t ²
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
AUTONOMIA	45,43	16,08	56,34	24,53	-2,64*
PEN	34,55	6,09	32,45	6,53	1,66
LCN	4,39	1,57	6,55	3,05	-4,47***
CN	6,25	1,68	7,34	1,62	-3,30**
RECHAZO	0,82	1,09	1,94	1,46	-4,33***
ACTN	5,94	2,43	3,98	2,26	4,18**
PATN	2,08	1,58	2,71	5,06	-0,85

¹ Se han seleccionado únicamente las variables relacionadas con la edad de los niños.

² Los valores que se recogen pertenecen al estadístico t de Student. Se ha señalado con asteriscos el nivel de significatividad de los valores: * p < 0,05, ** p < 0,01 y *** p < 0,001. De no incluirse nada se considerará No Significativo.

Tabla 5.23 - Diferencias producidas en las diferentes variables del estudio debido al Nivel Educativo de la Madre.

VARIABLES	UNIVERS.		EE. MM.		E.G.B.		GRAD. ESC.		F ¹
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
AUTONOMIA	49,16	25,63	50,27	18,43	68,28	40,82	49,67	13,66	1,68
PEP	16,28	9,43	12,00	9,33	13,43	7,99	17,03	15,21	1,11
PEN	35,04	5,92	33,62	5,99	34,42	6,99	31,97	6,80	1,24
LCP	65,16	11,05	67,03	8,58	58,85	8,57	69,86	8,09	3,42*
LCN	5,16	1,82	5,27	2,68	4,57	2,30	5,97	3,14	0,87
CN	6,72	1,97	6,72	1,77	6,57	1,39	6,84	1,66	0,05
RECHAZO	1,32	1,4	1,17	1,13	0,43	0,53	1,59	1,51	1,67
ACTN	5,16	2,84	5,45	2,35	5,71	2,36	4,38	2,50	1,25
PATN	2,96	6,98	2,00	1,87	2,71	1,25	2,29	1,41	0,31

¹ Los valores que se recogen pertenecen al estadístico F de Snedecor. Se ha señalado con asteriscos el nivel de significatividad de los valores: * p < 0,05, ** p < 0,01 y *** p < 0,001. De no incluirse nada se considerará No Significativo.

4. CONTRASTE DE LAS HIPOTESIS

A continuación se presentan los resultados obtenidos, una vez analizados los datos, con el fin de comprobar la plausibilidad de las hipótesis planteadas al comienzo del estudio empírico.

Hipótesis 1 - La Percepción Infantil de la Eficacia de los Medicamentos (PEN) está relacionada con la Percepción de la Eficacia que de los mismos tienen los Padres (PEP).

Hipótesis 2 - Los Niños que se perciben a sí mismos con un mayor Control interno respecto de su salud (LCN) se corresponden con aquellos Padres que tienen un "Locus de Control" respecto de la salud más interno (LCP), y viceversa.

Hipótesis 3 - El "Locus of Control" respecto de la salud de los Niños (LCN) está relacionado con la Percepción que éstos tienen de la Eficacia de los Medicamentos (PEN).

Hipótesis 4 - La Percepción Infantil de la Eficacia de los Medicamentos (PEN) depende del nivel de Conocimientos que posean acerca de los mismos (CN).

Una vez analizados los resultados obtenidos para estas cuatro primeras hipótesis, y dado que en ninguno de ellos las correlaciones halladas entre las variables implicadas se pudo considerar estadísticamente significativa, se llegó a la conclusión de que, en cada caso, las variables eran independientes entre sí y que las hipótesis no se confirmaban.

Hipótesis 5 - La Percepción Infantil de la Eficacia de los Medicamentos (PEN) varía de acuerdo a las actitudes que manifiesten hacia los mismos:

Hipótesis 5.1 - Aquellos Niños que manifiesten un bajo nivel de confianza en la Eficacia de los Medicamentos (PEN) tenderán a expresar una Actitud hacia su consumo más racional (ACTN), y viceversa.

Del análisis de los datos se obtuvo que ambas variables tenían un correlación de $r_{xy}=0,7057$ ($p<0,001$), lo que venía a confirmar lo establecido en la hipótesis, es decir, que los niños que

manifestaban una alta confianza en la eficacia de los medicamentos tendían a ser más favorables a un consumo irracional de los mismos, mientras que si no tenían mucha confianza se mostraban más favorables al consumo racional.

Con ánimo de corroborar los datos anteriores se procedió a analizar la tabla de contingencia que se obtenía de dicotomizar ambas variables en niveles Alto y Bajo obteniéndose en este caso una $\chi^2 = 35,03$ ($p < 0,001$). Como puede inferirse de la tabla 5.24 los niños tendían a agruparse en las casillas que se corresponden con las valoraciones bajas o altas en ambas variables. Es decir, la baja confianza en la eficacia de los medicamentos suele ir asociada con una baja intención de consumo irracional de los mismos; mientras que aquellos que tienen una alta confianza son más partidarios de un consumo irracional.

Tabla 5.24 - Tabla de Contingencia y valores de χ^2 de las variables Percepción Infantil de la Eficacia de los Medicamentos (PEN) y Actitud Infantil a Favor del Consumo Irrracional de Medicamentos (ACTN).

PEN	Count Exp Val Row Pct Col Pct Tot Pct	ACTN		Row Total	Chi-Square	Value	DF	Significance
		BAJA	ALTA					
BAJA	42 27.4 87.5% 73.7% 42.0%	6 20.6 12.5% 14.0% 6.0%	48 48.0%	Pearson Continuity Correction Likelihood Ratio Mantel-Haenszel	35.03436 32.68217 38.01313 34.68402	1 1 1 1	.00000 .00000 .00000 .00000	
ALTA	15 29.6 28.8% 26.3% 15.0%	37 22.4 71.2% 86.0% 37.0%	52 52.0%	Minimum Expected Frequency - 20.640 Number of Missing Observations: 0				
Column Total	57 57.0%	43 43.0%	100 100.0%					

Para completar estos resultados se procedió a comprobar esa misma relación una vez controlado el efecto de otras variables de identificación, tales como: Nivel Educativo de los Padres, Nivel económico Familiar, Historial de Enfermedades en la Familia, Número de Medicamentos en el Hogar y Número de Medicamentos Pediátricos que hay en el Hogar. Todas ellas fueron dicotomizadas en Alto y Bajo, estudiándose la relación entre PEN y ACTN por separado para cada nivel y cada variable. En la tabla 5.25 se recogen los valores del estadístico χ^2 que se obtuvieron en cada caso, pudiéndose comprobar que en todos ellos se confirma lo antes expuesto y en el mismo sentido. Este hecho puede considerarse como un aval a la plausibilidad de la hipótesis (Tabla 5.25).

Hipótesis 5.2 - Aquellos Niños que manifiestan un bajo nivel de confianza en la Eficacia de los Medicamentos (PEN) tenderán a Rechazar en mayor grado el uso de los Medicamentos (RECHAZO) que aquellos que, por el contrario, tienen un alto nivel de confianza.

En este caso los datos no parecen avalar la hipótesis ya que se obtuvo una $r_{xy} = - 0,19$, por lo que según los datos de la muestra el nivel de rechazo de los medicamentos de los niños no parece estar asociado al nivel de eficacia que les asignan.

Por lo tanto esta 5ª hipótesis solo se confirma en parte en lo relativo a la relación entre la eficacia asignada a los medicamentos y la actitud hacia su consumo.

Tabla 5.25 - Valores de χ^2 para las variables Percepción Infantil de la Eficacia de los Medicamentos (PEN) y Actitud Infantil a Favor del Consumo Irracional de Medicamentos (ACTN) una vez controlados los posibles efectos de las variables Nivel Educativo de los Padres, Nivel Económico Familiar, Historial de Enfermedades en la Familia, Número de Medicamentos en el Hogar y Número de Medicamentos Pediátricos en el Hogar.

VARIABLES	NIVELES	N	χ^2 ¹
TOTAL		100	35,03 ^{***}
Nivel Educativo de los Padres	ALTO	50	10,09 ^{**}
	BAJO	50	27,62 ^{***}
Nivel Económico Familiar	ALTO	67	21,08 ^{***}
	BAJO	33 ²	14,07 ^{***}
Historial de Enfermed. en la Familia	ALTO	82	30,78 ^{***}
	BAJO	18 ²	5,73 [*]
Número de Medicam. en el Hogar	ALTO	59	14,89 ^{***}
	BAJO	41 ²	22,87 ^{***}
Número de Medicam. Pediátr. en el Hogar	ALTO	51	10,70 ^{***}
	BAJO	49 ²	25,11 ^{***}

¹ Los valores que se recogen pertenecen al estadístico χ^2 . Se ha señalado con asteriscos el nivel de significatividad de los valores: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ y *** $p < 0,001$. De no indicarse nada se considerará No Significativo.

² Los valores señalados que se recogen del estadístico χ^2 han de considerarse meramente orientativos ya que debido al tamaño de las muestras no se llegaban a cumplir todas las condiciones de aplicación del mismo.

Hipótesis 6 - El nivel de Autonomía general que los Niños dicen manifestar (AUTON) está relacionado con la Eficacia que asignan a los Medicamentos (PEN).

Los datos parecen avalar en cierta medida la tendencia a que los niños que manifiestan más autonomía asignan una menor eficacia a los medicamentos ($r_{xy} = -0,2734$, $p < 0,01$), si bien esta relación, aún siendo significativa, es más bien baja.

Hipótesis 7 - Los niños que se consideran más Autónomos (AUTON) tienen una Actitud más racional hacia el consumo de Medicamentos (ACTN) que los que manifiestan una menor autonomía.

La relación hallada entre las variables AUTON y ACTN

($r_{xy} = -0,30$, $p < 0,01$), pone de manifiesto que que cuanto mayor es la autonomía del niño menor es la tendencia al consumo irracional de medicamentos, lo que viene a confirmar lo planteado en la hipótesis, aunque en el mismo grado que la hipótesis anterior.

Para tener una visión más clara de la relación entre estas dos variables se incluye también la tabla de frecuencias con su estadístico respectivo ($\chi^2 = 4,72$, $p < 0,03$) en la que se puede ver como los niños con un nivel de autonomía alto tienden a manifestar una menor disposición al consumo irracional de medicamentos y viceversa (Tabla 5.26).

Tabla 5:26 - Distribución de las puntuaciones en la relación entre las variables Percepción Infantil de la Autonomía (AUTON) y Actitud Infantil a Favor del Consumo Irrracional de Medicamentos (ACTN)

		AUTON		Row Total
		BAJA	ALTA	
ACTN	BAJA	26 31.4 45.6% 47.3% 26.0%	31 25.7 54.4% 68.9% 31.0%	57 57.0%
	ALTA	29 23.7 67.4% 52.7% 29.0%	14 19.4 32.6% 31.1% 14.0%	43 43.0%
Column Total		55 55.0%	45 45.0%	100 100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	4.71834	1	.02984
Continuity Correction	3.87762	1	.04893
Likelihood Ratio	4.78170	1	.02876
Mantel-Haenszel	4.67115	1	.03067
Minimum Expected Frequency = 19.350			
Number of Missing Observations: 0			

Hipótesis 8 - Los Niños que manifiestan un mayor Rechazo hacia el consumo de medicamentos (RECHAZO) se corresponden con aquellos cuyos Padres sienten tener un "Locus of Control" más interno respecto de su salud (LCP).

El coeficiente de correlación de $r_{xy} = - 0,2637$ ($p < 0,01$) hallado entre ambas variables nos permite afirmar que, aunque de manera moderada, los niños cuyos padres tienen un "locus de control" más interno rechazan más el uso de los medicamentos que aquellos que tienen un "locus of control" más externo, como así se manifiesta en la hipótesis.

Hipótesis 9 - El "Locus of Control" de los Padres respecto a su salud (LCP) está relacionado con el Número de Enfermedades que ha padecido el Niño (PATN).

Como teníamos previsto ($r_{xy} = - 0,3294$, $p < 0,001$), los datos apuntan a señalar que cuantas más enfermedades padezca el niño menos interno es el "locus of control" de sus padres, mientras que el "locus de control" es más interno en aquellos padres que tienen hijos que casi no han padecido enfermedades.

Hipótesis 10 - Los Niños que manifiestan un "Locus of Control" más externo respecto de su salud (LCN) tienen una Actitud más favorable al Consumo Irrracional de Medicamentos (ACTN) que aquellos con un Control más interno.

Nuevamente el índice de correlación hallado entre las variables implicadas ($r_{xy} = -0,2922$, $p < 0,01$) nos permite concluir lo mismo que se recoge en la hipótesis. Es decir, cuanto más externo sea el "locus de control" del niño respecto a su salud, más favorable será al consumo irracional de medicamentos, y al contrario.

Hipótesis 11 - La actitud Infantil de Rechazo hacia el uso de los Medicamentos (RECHAZO) está relacionada con la Actitud Infantil favorable al Consumo Irracional de Medicamentos (ACTN).

Una vez calculado el coeficiente de correlación entre el nivel de Rechazo hacia el uso de Medicamentos y la Actitud Favorable al Consumo Irracional ($r_{xy} = -0,4029$, $p < 0,001$), podemos concluir que la hipótesis se cumple. De donde se deduce que cuanta mayor sea la actitud de rechazo hacia el uso de los medicamentos por parte de los niños, menor será su actitud en favor de su consumo irracional, o lo que es lo mismo, más racional será su actitud en relación a su consumo.

Hipótesis 12 - La edad de los niños (EDAD) está relacionada con el tipo de "Locus of Control" que tienen hacia su salud (LCN), el Nivel de Conocimientos que tienen de las medicinas (CN), su Actitud favorable al Consumo Irracional de Medicamentos (ACTN), el nivel de Rechazo que manifiestan hacia los mismos (RECHAZO) y su nivel de Autonomía (AUTON).

En la tabla 5.27 se recogen los estadísticos relativos a la relación de la Edad de los niños con el resto de variables incluidas en la hipótesis y que se analizaron por separado (Tabla 5.27).

Como se puede comprobar todos los valores han salido significativos, al menos al 0,05, por lo que se puede afirmar que la hipótesis ha quedado contrastada en su totalidad. A continuación se procederá a comentar los resultados que aparecen en dicha tabla.

Tabla 5.27 - Valores de χ^2 y de r_{xy} de la variable Edad de los Niños al cruzarla con el "Locus of Control" que tienen hacia su salud (LCN), el Nivel de Conocimientos que tienen de los medicamentos (CN), su Actitud favorable al consumo irracional de medicamentos (ACTN), el nivel de Rechazo que manifiestan hacia los mismos (RECHAZO) y su nivel de Autonomía (AUTON).

VARIABLES	χ^2	r_{xy} ¹
LCN	18,719	0,561***
CN	4,806	0,303*
ACTN	6,015	- 0,337*
RECHAZO	8,989	0,406**
AUTON	36,13	0,728***

¹ Los valores que se recogen pertenecen a los estadísticos χ^2 y r_{xy} . Se ha señalado con asteriscos el nivel de significatividad de dichos valores: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ y *** $p < 0,001$. De no indicarse nada se considerará No Significativo.

Según se deriva de las correspondientes tablas de contingencia -que se acompañan en el texto- se puede comprobar que: el "Locus of Control" de los niños se hace más interno cuanto más edad tienen (Tabla 5.28); es mayor el nivel de conocimientos que tienen sobre los medicamentos los niños de 10 años que los de 7 (Tabla 5.29); por otra parte, los niños mayores manifiestan una actitud hacia el consumo de medicamentos más racional que los pequeños (Tabla 5.30), al tiempo que su rechazo al consumo de medicamentos es mayor (Tabla 5.31); por último, señalar que el nivel de autonomía es mayor en los niños de 10 años que en los de 7. Todos estos resultados son en cierto modo esperables y lógicos y se justifican en gran medida por un aumento en la madurez de los niños.

Tabla 5.28 - Distribución de las puntuaciones en la relación entre las variables Edad (EDAD) y "Locus of Control" respecto de la Salud Infantil (LCN).

LCN	Count Exp Val Row Pct Col Pct Tot Pct	EDAD		Row Total
		0	7	
1.00 LOCUS + EXT	6 16.2 18.2 12.2 6.0	27 16.8 81.8 52.9 27.0	33 33.0	
2.00 LOCUS + INT	43 32.8 64.2 87.8 43.0	24 34.2 35.8 47.1 24.0	67 67.0	
Column Total	49 49.0	51 51.0	100 100.0	

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	18.71918	1	.00002
Continuity Correction	16.92380	1	.00004
Likelihood Ratio	19.87722	1	.00001
Mantel-Haenszel	18.53199	1	.00002

Minimum Expected Frequency - 16.170
Number of Missing Observations: 0

Tabla 5.29 - Distribución de las puntuaciones en la relación entre las variables Edad (EDAD) y Conocimientos Infantiles acerca de los Medicamentos (CN).

CN	Count Exp Val Row Pct Col Pct Tot Pct	EDAD		Row Total
		10	7	
BAJA	22 27.4 39.3 44.9 22.0	34 28.6 60.7 66.7 34.0	56 56.0	
ALTA	27 21.6 61.4 55.1 27.0	17 22.4 38.6 33.3 17.0	44 44.0	
Column Total	49 49.0	51 51.0	100 100.0	

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	4.80608	1	.02836
Continuity Correction	3.96321	1	.04651
Likelihood Ratio	4.84418	1	.02774
Mantel-Haenszel	4.75802	1	.02916

Minimum Expected Frequency - 21.560
Number of Missing Observations: 0

Tabla 5.30 - Distribución de las puntuaciones en la relación entre las variables Edad (EDAD) y Actitud Infantil a Favor del Consumo Irracional de Medicamentos (ACTN).

ACTN	Count Exp Val Row Pct Col Pct Tot Pct	EDAD		Row Total
		10	7	
BAJA	34	23	57	57.0%
	27.9	29.1		
	59.6%	40.4%		
	69.4%	45.1%		
	34.0%	23.0%		
ALTA	15	28	43	43.0%
	21.1	21.9		
	34.9%	65.1%		
	30.6%	54.9%		
	15.0%	28.0%		
Column Total	49	51	100	49.0% 51.0% 100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	6.01545	1	.01418
Continuity Correction	5.06525	1	.02441
Likelihood Ratio	6.08859	1	.01361
Mantel-Haenszel	5.95529	1	.01467

Minimum Expected Frequency - 21.070
Number of Missing Observations: 0

Tabla 5.31 - Distribución de las puntuaciones en la relación entre las variables Edad (EDAD) y Actitud Infantil de Rechazo hacia el consumo de Medicamentos (RECHAZO).

RECHAZO	Count Exp Val Row Pct Col Pct Tot Pct	EDAD		Row Total
		10	7	
BAJA	20	36	56	56.0%
	27.4	28.6		
	35.7%	64.3%		
	40.8%	70.6%		
	20.0%	36.0%		
ALTA	29	15	44	44.0%
	21.6	22.4		
	65.9%	34.1%		
	59.2%	29.4%		
	29.0%	15.0%		
Column Total	49	51	100	49.0% 51.0% 100.0%

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	8.98957	1	.00272
Continuity Correction	7.82189	1	.00516
Likelihood Ratio	9.12867	1	.00252
Mantel-Haenszel	8.89967	1	.00285

Minimum Expected Frequency - 21.560
Number of Missing Observations: 0

Una vez presentados y analizados los resultados relativos a las hipótesis del estudio se procederá a hacer un comentario comprensivo de todos ellos, que nos dé una visión de conjunto.

Los datos sobre correlación no han podido demostrar la asociación entre la percepción de la eficacia de los medicamentos y los conocimientos acerca de los mismos. La observación de las respuestas a determinadas preguntas permite señalar que el nivel de conocimientos de las medicinas es similar tanto en niños con una percepción de la eficacia de los mismos tanto alta como baja.

Lo que sí se ha podido demostrar es la relación entre la edad y los conocimientos infantiles acerca de los medicamentos. De forma que los niños de diez años tienen más conocimientos que los de siete años. Independientemente de la falta de instrucción formal, el propio desarrollo cognitivo así como un mayor cúmulo de experiencias en el uso de medicamentos contribuyen a aumentar sus conocimientos.

Esto sugiere que los programas de educación sobre medicamentos deben adaptarse al nivel de desarrollo cognitivo de cada grupo de edad. El hecho de que los conocimientos infantiles aumenten con la edad es una característica positiva que debe ser aprovechada por los educadores de la salud, los padres, los médicos y demás personal sanitario. Asimismo, el mayor nivel de comprensión permite asimilar conocimientos que lleven a actitudes y conductas de uso de medicamentos más racionales en la infancia y en la edad adulta.

De los datos aportados por el estudio se interpreta que las conductas infantiles más racionales ante el uso de medicamentos se

presentan en los niños que se perciben como más autónomos, que tienen un "locus of control" respecto de la salud más interno, y que no tienen una confianza excesiva en la eficacia de los medicamentos. Además, la relación demostrada entre la actitud de rechazo y la actitud favorable al consumo racional de medicamentos permite afirmar que las actitudes infantiles ante los medicamentos no son incoherentes. Más bien, existe una coherencia y lógica interna que facilitará la planificación e implementación de los programas de educación en el tema de los medicamentos.

Otro ejemplo claro de coherencia en las actitudes de los niños ante las medicinas se puede extraer de las relaciones demostradas entre variables de las hipótesis: Los niños con mayor percepción de autonomía tienen muestran mayor reserva en relación a la eficacia de las medicinas (hipótesis 6). Además, los niños con mayor percepción de autonomía tienen una actitud más racional ante su consumo (hipótesis 7). Por lo tanto, parece lógico y coherente con lo anterior, que los niños con menor percepción de la eficacia de los medicamentos tengan una actitud más racional hacia el uso de medicamentos.

Al igual que con los conocimientos, cabe señalar que la edad es un factor asociado a las actitudes infantiles ante las medicinas. Resulta esperanzador que a mayor edad, los niños demuestren una actitud más racional. Por otro lado, los niños de más edad sienten un mayor rechazo hacia el uso de medicamentos. Si se tienen en cuenta que a más edad, los niños tienen una actitud más racional, entonces el mayor rechazo hacia las medicinas de los

niños de diez años forma parte de un cuadro general de uso racional de los medicamentos.

El análisis estadístico de los datos de la investigación sugiere que los niños de diez años tienen mayor percepción de su autonomía general que los de siete años. Esto podría interpretarse desde dos puntos de vista. Por un lado es un riesgo, puesto que se perciben como autónomos al tiempo que poseen conocimientos limitados y actitudes tanto racionales como irracionales y en ocasiones contradictorias; es decir, el percibirse como autónomos podría conducir a conductas de mal uso y abuso de los medicamentos. Por otro lado, esta percepción de autonomía está relacionada con su percepción de sujetos capaces de tomar decisiones acerca de su salud. Es importante -y así lo han afirmado Lewis y Lewis (1982)- que los niños desarrollen la capacidad para decidir sobre su propia salud. Si, como ha demostrado la presente investigación, los niños que se perciben con mayor autonomía tienen una actitud más racional hacia el consumo de medicamentos, parece lógico suponer que el potenciar y desarrollar la autonomía en los niños conducirá a un uso más racional de las medicinas.

La edad de los niños está relacionada con el tipo de "locus of control" respecto de su salud, de forma que los niños de diez años tienen un "locus of control" respecto de la salud más interno que los niños de siete años, lo que ratifica los resultados de anteriores investigaciones (Parcel y Meyer, 1978; O'Brien, Bush y Parcel, 1989; Bush, 1992).

A su vez, el "locus of control" respecto de la salud infantil

está relacionado con la actitud de los niños hacia el consumo racional de medicamentos. Es decir, los niños con un "locus of control" interno más alto tienen una actitud más racional hacia su consumo.

Los dos párrafos anteriores nos llevan a concluir algo ya demostrado en la hipótesis 10, y es que los niños de diez años tienen una actitud más racional hacia el consumo de medicamentos que los niños de siete años.

Ahora bien, al saber que con la edad mejoran las actitudes hacia el consumo de medicamentos se corre el riesgo de dejar en manos del tiempo la tarea de formar a los niños para que sean consumidores racionales de medicamentos.

Por el contrario, la necesidad de intervención se hace evidente a lo largo del presente estudio.

Si los niños aprenden a aceptar y a desarrollar su responsabilidad (con límites) en lo que respecta a la enfermedad y al tratamiento, serán sujetos capaces de utilizar las medicinas de forma responsable y racional, evitando así malas prácticas de autocuidado y un mal uso o abuso en el consumo de medicamentos (incluido el riesgo de envenenamiento).

Aunque no se ha podido demostrar la relación del "locus of control" respecto de la salud de los niños con el de sus padres, sí han aparecido datos de interés que permiten establecer una relación entre el "locus of control" respecto de la salud de los padres y ciertas variables relacionadas con el uso de medicamentos en la infancia. Así, por ejemplo, se ha demostrado que cuando los padres

tienen un "locus of control" interno más alto, los hijos sienten un rechazo mayor hacia el consumo de medicamentos, es como si los niños captaran que los padres creen más en sus propios recursos que en el uso de agentes externos (en este caso, las medicinas). Ahora bien, los niños a su vez parecen influir en el "locus of control" respecto de la salud de los padres, en el sentido de que cuantas más enfermedades han padecido, más externo parece ser su "locus of control" respecto de la salud. Quizás los padres cuyos hijos han padecido un número elevado de enfermedades aprendieron que no pueden hacer muchas cosas por su salud puesto que hay agentes externos (suerte y otras personas significativas) que influyen en la enfermedad. Difícilmente los padres cuyos hijos han padecido un número elevado de enfermedades y que probablemente han consumido una cantidad alta de medicamentos, pueden considerar que la fuente de refuerzo de las conductas de salud se encuentra principalmente en ellos mismos.

Los niños que no manifiestan una alta confianza en la eficacia de los medicamentos tienen actitudes más racionales hacia ellos. Por ejemplo, estos niños consideran que no todas las medicinas son buenas para la salud de todas las personas, y que tomar medicinas cuando se está sano no previene enfermedades. Estos datos sugieren que es deseable que los niños no tengan una percepción de la eficacia de los medicamentos excesivamente alta. De modo que los programas de educación sobre los medicamentos deben evaluar este aspecto y programar objetivos sobre el mismo.

Además, aunque no se ha podido demostrar la relación entre las

variables PEN y RECHAZO, sí se ha observado una cierta conexión entre ellas, a través de los datos de las entrevistas sobre el dibujo. A los niños con una percepción baja de la eficacia de los medicamentos les molesta más tomar medicinas. Por ello, se podría decir que es hasta cierto punto deseable que a los niños les moleste tomar medicinas. De esta forma se podría "garantizar" que no habrá abuso voluntario en el consumo de medicamentos. Además, esto es importante si se tienen en cuenta que los niños que no les asignan una gran eficacia tienen un nivel de autonomía mayor. Es decir, que estos niños son más capaces de tomar decisiones y de actuar de forma autónoma, pudiendo en un momento dado utilizar un medicamento de forma irracional. Por ello, el hecho de que sientan un cierto "rechazo" hacia el uso de medicamentos sirve de "freno" y "asegura" un uso racional.

Los datos aportados nos permiten enfatizar la importancia de los medicamentos y su consumo desde la perspectiva del niño: qué saben de las medicinas, qué actitudes tienen, qué expectativas tienen de usar medicamentos en las situaciones de enfermedad y cuáles son sus conductas en el uso de los medicamentos. Además, es importante que este análisis se realice teniendo en cuenta el contexto cultural en el que se desenvuelven.

CAPITULO VI

RESULTADOS DEL ESTUDIO EXPLORATORIO Y SU IMPACTO
EN EL DISEÑO DE PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA SALUD

1. IMPLICACIONES EDUCATIVAS: EDUCACION PARA LA SALUD

El objetivo de la presente investigación era obtener información que permitiera desarrollar programas de educación para la salud en el uso racional de medicamentos pediátricos. En este apartado se ofrece la información derivada del estudio que facilitará la elaboración de tales programas.

Los medicamentos son, en la actualidad, uno de los tratamientos de la mayor parte de las enfermedades con una mejor relación costo-efectividad. Esta situación no parece que vaya a cambiar de inmediato; por el contrario, los medicamentos cada vez juegan un papel más importante en la sociedad y contribuyen a contener los costos de la sanidad. Además, actualmente existe una tendencia por parte del sistema sanitario público a liberar medicamentos, de forma que, productos para los que anteriormente era necesario obtener receta médica, se pueden adquirir ahora en las farmacias sin prescripción.

Este movimiento hacia la automedicación requiere un análisis de lo que significa el autocuidado y de cuáles son sus límites (por ejemplo, cuándo se necesita ayuda profesional). No es suficiente con promover el concepto del autocuidado y sus ventajas; es necesario, además, educar a la población acerca de este tema. Por ello, es sumamente importante evaluar la información que poseen los

consumidores y sus necesidades de educación para la salud. En el caso concreto de los niños, éstos necesitan desarrollar habilidades que les capaciten para utilizar medicamentos de forma racional.

En nuestro país, los conocimientos y las actitudes que tienen los niños con respecto a la salud y la enfermedad, y a las medicinas se desarrollan casi exclusivamente a través de la experiencia personal y de la influencia familiar. No existe un curriculum escolar de educación para la salud y los programas de educación para la salud destinados a los adultos son limitados y no incluyen el tema de los medicamentos.

Además, la publicidad de medicamentos es escasa y los niños están expuestos a medicamentos únicamente en las farmacias, los centros sanitarios -lugar al que raramente acuden- y los hogares. En este aspecto cabe señalar la diferencia con otros países en los que hay una publicidad considerable de medicamentos en las calles y en distintos medios de comunicación y en los que pueden adquirirse medicamentos incluso en los supermercados.

Según los resultados de la presente investigación, los niños están muy familiarizados con el uso de medicamentos y, aunque sus conocimientos son limitados y muestran algunas actitudes favorables al consumo irracional, son más competentes en lo que respecta al uso de medicamentos de lo que la mayor parte de los adultos quisieran creen. Aparece una cierta reticencia por parte de los adultos, un cierto miedo a que los niños tomen la responsabilidad de su propio tratamiento durante la enfermedad; sin embargo, la mayoría de los adultos parecen aceptar que los niños deben ser

responsables de las decisiones que sólo ellos pueden tomar acerca de otros temas relacionados con su propia salud; por ejemplo, decisiones relacionadas con la abstinencia ante las drogas (Lewis y Lewis, 1990).

En este apartado se presentan primero las implicaciones de los resultados de este estudio en la automedicación. A continuación se analiza la importancia de los estudios de desarrollo cognitivo para la elaboración e implementación de los programas sanitarios. Se exponen, también, los roles de los educadores y algunas de las estrategias para la educación en el uso racional de los medicamentos pediátricos.

1.1. El autocuidado, la automedicación y la educación para la salud

En el capítulo 3 de este trabajo se expuso el tema del autocuidado y se planteó la cuestión de cuánta autonomía deben tener los niños en el uso de medicamentos. La promoción del autocuidado por parte de las instituciones responsables de la salud de los individuos deben ir acompañadas de definiciones claras de los conceptos de automedicación y adherencia al tratamiento farmacológico.

En la actualidad se percibe una actitud general en la sociedad favorable al autocuidado que parece estar relacionada con una reducción potencial de los costos y con la ventaja de envolver al paciente en la toma de decisiones acerca de su salud. Ahora bien, las instituciones públicas responsables de la elaboración de

regulaciones sanitarias tienen que definir los conceptos de autocuidado y automedicación de forma que encajen dentro del marco del uso racional de medicamentos. La utilidad del autocuidado será mayor si la sociedad tiene una idea común acerca del mismo.

Esta investigación demuestra que los niños no están bien preparados para ser consumidores responsables de medicamentos. Los datos obtenidos indican que sus conocimientos son insuficientes y en ocasiones contradictorios, y su autonomía es limitada como para practicar la automedicación racional. La educación infantil en el uso de medicamentos es, pues, imprescindible, si se desea potenciar el autocuidado y la automedicación.

1.2. El desarrollo cognitivo y los programas de educación para el uso racional de medicamentos

Las decisiones de los niños deberían estar basadas en el conocimiento. Ellos escuchan de forma activa y observan el comportamiento de las personas encargadas de su salud y recuperación en caso de enfermedad, pero les queda un espacio muy limitado para la actuación.

Los resultados de esta investigación demuestran que los niños están interesados en el tema de la salud y el uso de medicamentos, aunque todavía no pueden actuar de forma autónoma. Además, el "locus of control" interno que demuestran los niños refleja una búsqueda activa de información acerca de estos temas.

Los escasos conocimientos que poseen acerca de la salud y los medicamentos, hacen que se queden con el deseo de dar sentido a la

información compleja que escuchan y observan, teniendo en cuenta, además, que sus habilidades cognitivas y lógicas están en proceso de desarrollo (O'Brien y Bush, en prensa). Es necesario que comprendan lo que le pasa al cuerpo cuando enferman, por qué se siguen ciertos pasos en relación con el tratamiento, cuáles son las opciones del tratamiento, por qué su autonomía con respecto al tratamiento está limitada, lo que le ocurre al cuerpo cuando toman medicinas, y cómo se curan.

Sin embargo, el conocimiento no es suficiente. Debe investigarse también la habilidad real y percibida que tiene el niño para llevar a cabo las conductas deseadas con relación al tratamiento (Nader, 1985)

Parece obvio que los educadores de la salud necesitan tomar en consideración los pasos en la comprensión de los aspectos relacionados con la salud, la enfermedad y el funcionamiento del cuerpo. Esto supone que la edad de los niños permitirá hacer hincapié en descripciones fisiológicas concretas o más elaboradas del funcionamiento corporal cuando una persona está sana o cuando deja de estarlo. Este método educativo no es exclusivo de los colegios, sino que debería ser posible en cualquier contexto en el que haya transmisión de información acerca de la salud. Entre otros, la consulta médica y el hogar (Barrio, 1990).

Los materiales de información acerca de los medicamentos deben, pues, ajustarse al nivel de desarrollo cognitivo de los distintos grupos de edad a los que vayan dirigidos. Es recomendable, además, que sean pre-evaluados para medir su impacto

en los niños.

Todos los niños son capaces de aportar una gran cantidad de información acerca del tratamiento y del uso de medicamentos, pero el análisis de las respuestas revela la cantidad de información que está organizada en la mente del niño. La información acerca del tratamiento y del uso de fármacos no implica automáticamente comprensión. La comprensión depende de la interacción entre la información y el nivel cognitivo. Las ideas de los niños acerca de la enfermedad y la recuperación son a veces inesperadas y sorprendentes, y con frecuencia contienen una lógica interna muy clara. Estas ideas prevalecen sobre los conceptos biológicos, científicos que han adquirido en el colegio. Si bien este estudio no tenía como objetivo evaluar el nivel cognitivo de los niños, es posible extraer conclusiones acerca de este aspecto analizando las respuestas de los niños.

En sus respuestas, los niños de siete y diez años reproducen información que ha sido obtenida principalmente a través de la interacción familiar y de la experiencia personal. Esta información no es meramente lingüística, sino que incluye cierta reflexión. Los niños de estas edades comienzan a internalizar los datos. Comienzan a utilizar los instrumentos cognitivos que son necesarios para analizar y asimilar los contenidos nuevos. El nivel de desarrollo intelectual del niño interactúa con su experiencia y con la información que posee (principalmente a través de la familia) en la construcción de los fenómenos de recuperación y tratamiento.

Cuando se planificó este estudio, se decidió que la muestra

contendría niños de dos etapas diferentes de desarrollo, y de edades en las que pudieran proporcionar suficiente información. Por estas razones se seleccionaron las edades de siete y diez años. Sin embargo, el análisis de las respuestas de los niños indica que los niños de estas dos edades están en un estadio intermedio de desarrollo cognitivo, entre el estadio pre-operacional y el operacional formal, en el que no siempre se han podido confirmar diferencias de edad.

Los datos obtenidos a través de las entrevistas del dibujo, por ejemplo, no apoyan las diferencias que se esperaban en las respuestas de los niños de siete y de diez años. La falta de instrucción formal durante los tres años de diferencia entre esas edades podría ayudar a explicar la similitud entre las respuestas de los niños. Si bien los niños de diez años están preparados para tener ideas más sofisticadas acerca del tratamiento, su conocimiento limitado parece interferir en el desarrollo de tales ideas.

Sin embargo, a través del análisis estadístico se pudieron comprobar diferencia entre las edades con respecto al "locus of control", los conocimientos y determinadas actitudes relacionadas con el consumo de medicamentos. Los niños de diez años tienen un "locus of control" más interno, más conocimientos y una actitud más favorable al consumo racional de medicamentos.

Por otro lado, según Beales y col. (1983), quienes estudiaron la población infantil aquejada de artritis crónica, antes de los once años los niños sólo toman en consideración el efecto inmediato

de cualquier tratamiento. Estos autores señalan que los niños pequeños no comprenden que un efecto no placentero, como es una medicina de mal sabor o una inyección, pueda tener un efecto beneficioso a largo plazo.

Esto podría estar relacionado con la incapacidad cognitiva para comprender lo que le ocurre al cuerpo, por ejemplo lo que ocurre con la medicina una vez que está en el estómago o con el líquido inyectado. Sin embargo, en nuestra opinión basada en los resultados del estudio, se trata más bien de falta de conocimientos que de incapacidad cognitiva. Como indican los datos de este estudio, los niños de siete y diez años comienzan a demostrar un nivel cognitivo que les permite, por ejemplo, estar a favor de la adherencia al tratamiento y actuar en cierta medida de forma autónoma con respecto al tratamiento. Asimismo, según los datos de nuestra investigación, los niños de estas edades comienzan a plantearse las causas de la enfermedad y la curación buscando explicaciones racionales que demuestran un nivel cognitivo avanzado.

Los niños menores de seis años piensan en categorías binarias y de una forma egocéntrica, refiriendo todo objeto o proceso a sí mismos y en términos de lo que pueden percibir, utilizando explicaciones mágicas. A partir de los seis años los niños relacionan sus experiencias con las experiencias de otros, y ven la causalidad como un fenómeno secuencial (Steward y Regabulto, 1975)

Los niños de cinco y seis años de edad se hallan en un estadio preoperacional de desarrollo cognitivo. En esta fase comienzan a

desarrollarse el lenguaje y las representaciones simbólicas, aunque la cognición se mantiene egocéntrica y en cada momento el niño sólo puede concentrarse en un fenómeno. En esta etapa la enfermedad y el tratamiento son anécdotas unidas a su propia experiencia. La recuperación coincide con un hecho o con objetos. Los niños en esta edad es posible que no diferencien claramente el diagnóstico del tratamiento (por ejemplo, el termómetro cura). Estos conceptos de enfermedad están llenos de explicaciones mágicas.

Entre las edades de siete y once años los niños se encuentran en el estadio operacional. Durante esta fase, aparecerá el pensamiento causal y el uso de la lógica para resolver problemas. En el primer nivel del estadio operacional concreto (siete a nueve años), el niño distingue entre algo externo que es bueno o malo para él, y su propio cuerpo. No se puede referir a otras experiencias que no sean las que conoce directamente o por experiencia propia. La causa de la enfermedad y de la recuperación está ligada a acciones u objetos específicos (Barrio, 1990).

El segundo nivel del estadio operacional concreto comprende a los niños de diez años. A esta edad, las explicaciones de los niños acerca de la causa de la enfermedad y de la recuperación se espera que incluyan la acción interna del agente causal así como un intento de describir el funcionamiento fisiológico interno en términos globales (Barrio, 1990). Aunque las situaciones que presentan son todavía concretas y observables, comienzan a incluir características fisiológicas internas en sus descripciones.

Los niños de once años y los mayores de esta edad se

encuentran en el estadio operacional formal. Se ha desarrollado el pensamiento abstracto y la interpretación basada en la razón. Pueden pensar acerca de los factores internos (fisiológicos y psicológicos) tanto como de los factores externos que causan la enfermedad y la recuperación. Si bien es posible que le falte el conocimiento específico, puede imaginarse el proceso que tiene lugar en el cuerpo. Puede aplicar información de distintas fuentes, y puede ir más allá de su experiencia inmediata de enfermedad y tratamiento (Barrio, 1990).

Los programas de educación para la salud deberían estar fundamentados en un análisis psicológico del nivel de desarrollo intelectual del niño. Es importante tener en cuenta no sólo la edad del niño, sino también su comprensión de la información, así como sus propias representaciones de lo que está sucediendo. De esta forma, los objetivos, los contenidos y la secuencia de aprendizaje le ayudarán a asimilar los contenidos. El conocer las ideas espontáneas que tienen los niños antes de realizar tal selección, contribuirá a motivarles. Tales programas deben reconocer los conceptos previos del niño y han de hacerle consciente de sus contradicciones, comparándolas con las contradicciones de los demás niños. Además se han de tomar en consideración los cambios evolutivos en la concepción infantil de los procedimientos médicos (Eiser, 1985, b)

Los resultados de este estudio indican que los niños no sólo tienen escasos conocimientos acerca de los medicamentos, sino que estos son, en ocasiones, contradictorios (por ejemplo, en sus

respuestas, algunos niños señalan que una medicina podría tener distintos colores y, al mismo tiempo, dicen que una pastilla roja no puede ser igual por dentro que una verde).

La investigación aporta otros datos de gran interés para los programas de educación sanitaria. Ciertas repuestas de los niños son alarmantes y tienen que ser tratadas de forma directa y específica en los programas sanitarios. Nos referimos, por ejemplo, a que para un número considerable de niños, tomar medicinas sin estar enfermos previene la salud. Otros creen saber siempre para qué es cada medicina que toman o no son conscientes del riesgo que puede suponer el consumo prolongado de determinados medicamentos.

Los niños necesitan aprender que los medicamentos tienen efectos positivos pero pueden causar daño y que un medicamento que es apropiado para una enfermedad puede no serlo para otra. Sobre todo, es importante que los niños sepan que los medicamentos deben utilizarse de forma apropiada para obtener el máximo beneficio con el mínimo daño. Esto significa que deben aprender cuándo han llegado al límite de su ejercicio de toma de decisiones por sí mismos o, lo que es lo mismo, cuándo se debe consultar con un profesional sanitario.

Con respecto a la adherencia al tratamiento, cabe señalar que en general los niños se muestran partidarios de la misma. Este es un aspecto que, por su relevancia, es fundamental en los programas de educación acerca del uso de medicamentos. Por otro lado, también es importante que los niños sean conscientes de los límites de la adherencia. Hay ciertas señales que avisan a los pacientes de que

el tratamiento tiene que ser revisado.

1.3. Los roles de los educadores para la salud

Las instituciones responsables de la salud pública tienen la obligación de formar ciudadanos responsables de su salud. El estado no puede sustituir la responsabilidad individual. Por ello, no sólo debe elaborar regulaciones para el uso racional de medicamentos, sino que ha de colaborar en la elaboración de programas educativos que lo promuevan. Esto incluye el desarrollo de un curriculum escolar adaptado a los distintas edades y condiciones socio-culturales.

Además, el estado es responsable de elaborar reglas para el control de la publicidad acerca de los medicamentos. Los anuncios deben contener la suficiente información como para que el consumidor pueda llevar a cabo una elección basada en conocimientos.

La la tarea de la educación infantil acerca del uso de medicamentos en los centros educativos es una responsabilidad que ha de ser compartida entre los profesores, los padres y los niños. Los colegios son centros ("Using medicines in school", 1994).

Por otro lado, los programas escolares diseñados para la educación primaria acerca de los medicamentos deberían ser desarrollados por educadores para la salud que comprendan los niveles de desarrollo cognitivo y que tengan experiencia en elaborar programas apropiados para cada edad.

Estos programas deberían ser simples en los primeros cursos,

haciendo hincapié en el tema de la seguridad; por ejemplo, no tomar medicinas o dárselas a niños más pequeños sin la supervisión de un adulto; cómo guardar medicamentos; qué hacer cuando se cortan o se arañan; la misma medicina puede tener distintos colores y formas; las pastillas grandes no son mejores que las pequeñas y viceversa.

En los niveles más avanzados se deberían tratar temas más complicados tales como la adherencia al tratamiento, las vitaminas y los minerales, los efectos secundarios, cómo tratar problemas de salud comunes tales como dolores de cabeza y catarros, leer e interpretar etiquetas, y que la eficacia de una medicina no depende de lo que cuesta o la forma de presentación. También es importante enseñar a los niños que la publicidad no siempre representa toda la verdad. Finalmente, se debería introducir toda aquella información que necesitan poseer los adultos, enfatizando temas tales como el autocuidado.

La información acerca de los medicamentos dirigida a la población infantil debe estar presentada en un lenguaje que sea fácilmente comprensible. Esta investigación ha destacado la importancia de permitir que los niños hablen de los medicamentos en sus propios términos. De sus resultados se desprende, por ejemplo, que los niños tienen una idea vaga de lo que significa el contagio, o qué son los antibióticos, por lo que estas palabras deben ir precedidas de una explicación.

O'Brien y Bush (en prensa) sugieren que es necesario mejorar la comunicación entre los niños y los médicos para que aquellos sean participantes activos en el uso racional de medicamentos. Para

ello, estos autores proponen (1) que se tomen en consideración las diferencias en el desarrollo cognitivo y los conocimientos entre los niños y los adultos, e incluso entre los niños de un mismo grupo de edad; (2) que se utilicen técnicas centradas en el niño (es importante que el médico le haga preguntas al niño que revelen su nivel de conocimientos tales como "¿cómo te pusiste enfermo?" y "¿cómo te ayuda esto a curarte?", y que mire al niño mientras le habla, que, si es posible, se ponga al nivel de sus ojos, y que repita o resuma lo que el niño ha dicho); y (3) que se otorgue un papel activo a los niños (el hecho, por ejemplo, de que el niño repita y explique lo que se le ha dicho es una forma efectiva de evaluar su nivel de comprensión de la información presentada).

Además, cuando el médico receta las medicinas y explica la terapia, el niño participa con una escucha **activa** que es casi siempre ignorada por los padres y los mismos médicos.

Los niños que son capaces de comunicarse con quienes son responsables de su cuidado serán adultos que harán lo mismo (Igoe, 1987). Tal como se observa en nuestro estudio, la mayoría de los niños reconocieron que la comunicación con los médicos es muy pobre, al tiempo que éstos aparecen como la autoridad, la figura con más conocimientos.

Los niños señalan que en la consulta no hablan con el médico espontáneamente, sino cuando éste les hace preguntas. En cambio, la madre es quien, por lo general, habla con el médico, le dice lo que le pasa al niño y recibe la información acerca del tratamiento.

Es importante que los médicos actúen de acuerdo a la creencia

de que los niños pueden ser responsables y participar en los procesos de decisión relacionados con su propio cuidado, estimulando su participación. Por ejemplo, un comentario con respecto al mal sabor de la medicación versus los beneficios de tomarla durante el tiempo indicado es probable que aumente la colaboración del niño (Lewis y Lewis, 1990).

El hecho de pedir a los niños que se comprometan en el proceso de decisión relacionado con su propio cuidado evidencia que el médico cree que los niños son capaces de enfrentarse con éxito a una situación. Esta es, sin lugar a dudas, una buena forma de desarrollar la responsabilidad en los niños.

Existe disonancia entre los modelos de salud-enfermedad y tratamiento de los doctores y los de los pacientes (adultos), lo cual podría en parte explicar por qué los objetivos del tratamiento médico no se cumplen (Blue, 1992). Por ejemplo, muchos pacientes creen que están curados una vez que los síntomas desaparecen (Zeiner, 1985).

Con respecto a los niños, la relación con el médico sería mejor, si el niño sintiera que comprende y que es comprendido. Como resultado de esta comunicación, es posible que el niño participe más en su tratamiento, lo cual es una parte fundamental de la recuperación (Simeonsson y col., 1979). Según se deriva de los resultados de esta investigación, los niños tienen un interés real en saber lo que les pasa. Este interés podría ser anulado por la actitud hermética del médico. Los niños aprenden a evitar hacer preguntas y esta actitud se mantiene a lo largo de la vida adulta.

Los médicos deberían asegurarse de que los niños comprenden lo que se les dice, entre otras formas, escuchándoles.

La disonancia no se establece únicamente en base a la relación entre médicos y pacientes. La falta de comunicación entre los consumidores de medicamentos y los encargados de administrarlos, regularlos y dispensarlos es un hecho establecido. Para que el uso de medicamentos infantiles sea seguro, apropiado y eficaz, se ha de establecer una relación entre estos agentes y los consumidores--en este caso los niños (Bush, 1990).

En la educación para la salud con pacientes infantiles es obvia la importancia de la familia. La familia proporciona el ambiente de aprendizaje social más importante para el niño. El niño adquiere las habilidades para resolver problemas relacionados con la salud imitando los patrones familiares. Sin embargo, el modelado no tiene por qué ser exclusivo de la familia; los medios de comunicación, por ejemplo, ofrecen modelos de comportamiento con respecto a los temas de salud.

Las percepciones de los niños acerca de los roles de los padres en relación a la enfermedad y al tratamiento tienen una relevancia especial puesto que reflejan, no sólo los papeles del padre y de la madre con respecto a estos temas, sino también un aspecto importante de la cultura (Iannotti y Bush, 1992b).

Destaca con rotundidad el papel protagonista que los niños asignan a la madre en lo referente al cuidado de la salud y al consumo de medicamentos. El padre tiene un papel secundario hasta el punto de que la mayoría de los niños ni siquiera mencionan a sus

padres a lo largo de las entrevistas. Es importante destacar que según las personas entrevistadas (en casi todos los casos son madres), los padres comparten en mayor o menor medida las tareas del cuidado de la salud familiar, aunque la madre sigue apareciendo como la principal encargada del cuidado.

La madre es quien decide lo que se debe hacer, pone al niño el termómetro, confirma que está enfermo, aplica las primeras medidas terapéuticas (cama, aspirina, etc), llama al médico o va con el niño al médico, le dice al médico lo que le ocurre, recibe la información de éste acerca de la terapia, compra las medicinas y se las da al niño y a veces aplica o administra las otras medidas terapéuticas, incluidos los remedios caseros. Además, la madre decide, junto con el médico, cuándo dejar de tomar las medicinas y cuándo puede el niño volver a la vida normal.

Esta función de la madre como principal cuidadora es tradicional en la cultura española, donde la mujer de clase media y con un núcleo familiar estable -aún trabajando fuera del hogar- tiene a su cargo el cuidado de la salud de todo el grupo familiar: de los niños a los abuelos.

Es necesario animar a los padres -y muy especialmente a las madres- a que permitan a los niños tomar decisiones activas apropiadas para su edad en lo que respecta al autocuidado y a la búsqueda de ayuda ante un problema de salud.

La autonomía de los niños en lo que respecta al consumo directo del medicamento está limitada, al menos por ciertos factores externos. Sin embargo, los niños recuerdan a sus padres

que tienen que tomar la medicina, lo cual refleja una actitud activa ante el consumo de medicamentos. El niño reconoce la necesidad e importancia de la medicina y por ello está al tanto de en qué momento debe tomarla; es cierto que no puede tomarla solo, pero acaso por eso también se lo recuerda a sus padres. La mayoría de los padres parecen no darse cuenta de que los niños se perciben a sí mismos como participantes activos en el proceso de decisión con respecto al tratamiento y al uso de medicamentos.

La madre puede ser la figura principal en la educación de los niños acerca del uso de medicamentos al modelar conductas sanitarias apropiadas. Además, las madres inician a los niños en el proceso de tomar decisiones y ser autónomos en el uso de medicamentos. Por esto, es importante que, antes de permitir las conductas autónomas, eduquen a sus hijos para que realicen acciones responsables. Por último, las madres pueden apoyar y promover los programas de educación sanitaria en los colegios a través de las asociaciones de padres.

Para ejercer estas funciones, las madres tienen que tener información y estar educadas acerca del uso de medicamentos. Los programas de educación sanitaria para los adultos se pueden implementar en distintos ambientes (centros hospitalarios, consultas pediátricas, asociaciones, colegios, etc)

1.4. Estrategias para la educación en el uso racional de medicamentos

Las siguientes son algunas de las estrategias que se pueden

utilizar para ayudar a que los niños desarrollen habilidades de toma de decisiones con respecto al uso de medicamentos:

1.- Role playing puede ser un medio de enseñar a los niños a tomar decisiones acerca de la enfermedad y del uso de medicamentos. Simular situaciones es un recurso pedagógico que puede envolver todos los aspectos (físico, cognitivo, emocional, individual, social, ...) en un ambiente lúdico. Además de la repetición de situaciones, el role playing permite introducir elementos nuevos, preparando a los niños para posibles experiencias futuras.

2.- Otra técnica para enseñar a los niños cómo tomar decisiones acerca de su propio tratamiento es descomponer conductas complejas en tareas específicas que el niño puede realizar con éxito. Por ejemplo, en el caso de una recaída en un catarro, el niño necesita reconocer los síntomas e informar a un adulto acerca de los mismos. A continuación, se pueden dar distintas formas de preguntar al adulto acerca de la toma de medicamentos, o, si el niño tiene la edad suficiente, debe saber las cantidades y los métodos específicos de administración de los medicamentos. Es importante, también, que el niño aprenda a reconocer la mejoría y saber cuánto tiempo hay que esperar antes de decidir que no ha habido mejoría, además de saber lo que se debe hacer a continuación. Tanto los niños como los padres se sentirán más capacitados según practiquen y dominen estas tareas (Nader, 1985).

3.- La persuasión verbal es una técnica utilizada con frecuencia en la educación de los pacientes. El objetivo de esta persuasión debería ser el desarrollo de la auto-eficacia de los

padres con respecto al tratamiento, y no sólo explicar las consecuencias de actuar o no actuar de una forma concreta (Nader, 1985). Los esfuerzos persuasivos deberían, además, concentrarse en dar al niño la oportunidad de practicar la conducta deseada y, por lo tanto, de mejorar sus habilidades y auto-confianza (Nader, 1985).

Por ejemplo, en el caso de una consulta para el tratamiento de un episodio de otitis (infección de oídos), un educador de pacientes con escasa experiencia se concentra en los peligros de la pérdida potencial de audición y en la necesidad de matar las bacterias. Por contraste, el educador de pacientes experto extraerá de los padres el conocimiento, las habilidades y las actitudes relevantes para dar la medicación tres o cuatro veces por día durante diez días: Quién cuida al niño, a qué hora pueden darle la medicina, cómo van a recordarlo, qué estrategias se van a utilizar para acordarse, van a utilizar un calendario para apuntar los días, y qué podría interferir con que se traiga al niño de nuevo a la consulta para una revisión. De esta forma, se enfatiza la participación del paciente en la planificación de técnicas específicas para llevar a cabo las conductas deseadas (Nader, 1985).

4.- El modelado de conductas es muy importante en este tipo de aprendizaje. Los médicos pueden ser modelos importantes tanto para los niños como para los padres (Nader, 1985). Por ejemplo, el médico puede hacer una demostración ante el padre o la madre de algunas formas de dar al niño más oportunidades para tomar

decisiones acerca de su propio cuidado. Es más efectivo demostrar exactamente cómo se aplica una crema, cómo se toma la temperatura, o cómo se mide una dosis de medicación, que simplemente decirlo.

2. IMPLICACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS

Dada la necesidad existente de programas de educación acerca del uso de medicamentos, sería fácil concluir que el tema de los fármacos debe ser inmediatamente incluido en los programas infantiles de educación para la salud. Sin embargo, es necesario llevar a cabo nuevas investigaciones de ámbito local y orientadas hacia la acción de forma que se puedan desarrollar programas adaptados a las necesidades de los niños, los padres y los profesores.

Los estudios futuros deberían tener como objetivos, no sólo el desarrollo de la atención sanitaria y de la educación en el tema de los medicamentos, sino también la búsqueda de nuevos métodos apropiados para la investigación en este campo.

Queda mucho trabajo por hacer tanto a través del método observacional como de la evaluación psicométrica. Además, tal como sugieren Sachs (1992) y Trakas (1992), son necesarios estudios multidisciplinarios que analicen temas de gran importancia y actualidad tales como "el uso racional de medicamentos" y " el autocuidado".

Con respecto al método observacional, sería deseable que hubiera al menos dos observadores con las personas observadas o entrevistadas. En un estudio con un enfoque antropológico, las

para la salud.

Sería conveniente, además, que las "partes interesadas" colaboraran en el desarrollo del diseño del estudio, en la recogida de datos y en el posterior análisis de los mismos, facilitándose, así, la aplicación de sus resultados.

CONCLUSIONES

El estudio aquí presentado surgió del interés por dar respuesta a una serie de interrogantes acerca del uso real de medicamentos en la infancia desde la perspectiva no sólo de los padres, sino -principalmente- de los niños, teniendo en cuenta una serie de factores psico-educativos y el entorno cultural en el que el niño se desenvuelve.

Esta investigación pretende explorar el uso real de medicamentos en la infancia -en concreto en los niños de 7 y 10 años- identificando factores que influyen en el mismo. Para ello, se utilizaron las siguientes variables: Percepción de los niños y de los padres de la eficacia de los medicamentos, "locus of control" respecto de la salud de los niños y de sus padres, conocimientos infantiles acerca de las medicinas, actitud infantil favorable al consumo irracional de medicamentos, actitud infantil de rechazo hacia el uso de fármacos, percepción infantil de su autonomía general, e historial de enfermedades padecidas por el niño.

El objetivo final de este trabajo es proveer información que permita establecer las bases para una intervención educativa en el uso de medicamentos pediátricos que considere al niño como participante activo.

La muestra no aleatoria utilizada en esta investigación no permite la generalización de los resultados o su extrapolación a

otros contextos, a otras edades ni a otras geografías. Sin embargo, los datos obtenidos merecen una reflexión puesto que reflejan una realidad que afecta no sólo a los niños, sino también a los padres y a profesionales clínicos, farmacéuticos, maestros, pedagogos, antropólogos, sociólogos y otros especialistas.

Una vez realizadas estas aclaraciones, se presentarán las conclusiones más importantes del estudio:

1. En principio, todos los niños son capaces de aportar abundante y detallada información sobre los procesos envueltos en la enfermedad y el tratamiento, lo que indica la significatividad que tiene para ellos.
2. Lo que más destacan los niños de estos episodios, como aspecto negativo, es el gran aislamiento social al que se ven sometidos (62%) lo que se ve avalado por la opinión de sus padres. Si bien, para contrarrestar este hecho, el 69% reconocen el trato especial y privilegios que le son otorgados durante la enfermedad, lo que suele actuar como un reforzador del modelo de aprendizaje de las conductas de enfermedad.
3. De la respuesta de los niños se deriva la gran importancia asignada a la madre en los problemas relativos a la salud, encomendándosele o reconociéndosele un papel preferente tanto en el cuidado (no menos del 50%) como en el control y administración de la medicación (48%), valores que se pueden ver incrementados si se suma la acción conjunta con otras personas. Al padre a penas se le reconoce un 8% de participación. Los niños siguen reconociendo al médico como la

máxima autoridad, la que tiene mayor nivel de conocimientos, con la que suelen simpatizar pero que se dirige a ellos a través de su madre, y en especial a la hora de explicar el tratamiento farmacológico.

4. En relación al tipo de tratamiento utilizado para superar la enfermedad, en el 88% de los casos se hace referencia al uso de medicamentos como la forma terapéutica preferente y a la que tanto los niños como sus padres le asignan un nivel de eficacia mayor (el 75%). Si a esto se añade que el promedio de medicamentos por hogar y niño es cercano a 7 y que el promedio por hogar es de casi 18, da una idea del alto nivel de consumo de medicamentos al que están expuestos los niños, con independencia de su género.
5. Junto al reconocimiento de la eficacia de los tratamientos farmacológicos por parte de padres e hijos (75%) encontramos que el 96% de las familias utiliza remedios caseros: descanso (39%), bebidas, infusiones (25%), dietas, comidas (17%),... Estos remedios se aprenden a través de la familia y constituyen una parte esencial en la recuperación de la salud.
6. Si bien se afirma que el tratamiento debe imponerlo el médico (69%), en no menos de un 30% de los casos se reconocía la auto-medicación como una práctica habitual, aunque limitada a determinados fármacos como los analgésicos/antipiréticos,...
7. El 92% de los niños manifiestan una actitud favorable a la adherencia al tratamiento, con independencia que la prescripción provenga del médico o de la madre, lo que es muy

positivo de cara a la eficacia de los programas de educación sanitaria.

8. Aunque la autonomía real de los niños durante sus enfermedades y con respecto al consumo de los medicamentos es bastante limitada, es de destacar las diferencias que se establecen entre el nivel de autonomía que se llegan a asignar (el 67% lo consideran alto) y el que le asignan sus padres (tan sólo el 46% lo cataloga de alto).
9. Entre los factores a tener en cuenta como indicadores del riesgo que corren los niños en el uso de los medicamentos cabe señalar el escaso conocimiento que suelen tener sobre los fármacos, lo que se manifiesta en un desconocimiento sobre cómo actúan dentro del cuerpo, en la atribución de la eficacia del medicamento a características externas tales como su sabor (59%), su tamaño (62%), lugar de adquisición (98%), así como en frecuentes contradicciones en las respuestas dadas a preguntas con contenido similar. A todo esto habría que añadir la facilidad de acceso que tienen a los mismos (en el 71% de los hogares estaban al alcance de los niños).
10. Los niños que manifiestan un comportamiento más racional hacia el uso de los medicamentos se caracterizan por considerarse con un alto nivel de autonomía ($r_{xy}=-0,3$, $p<0,01$), tener un "locus of control" respecto de la salud más bien interno ($r_{xy}=-0,29$, $p<0,01$), mostrar una baja confianza en la eficacia de los medicamentos ($\chi^2=35,03$, $p<0,001$) y rechazar su consumo ($r_{xy}=-0,40$, $p<0,001$). De aquí parece lógico deducir que

potenciar este tipo de actitudes conducirá a un uso más racional de los fármacos.

11. Si bien los datos no han podido comprobar que exista relación entre el nivel de conocimientos que tienen los niños sobre los medicamentos y la eficacia que les asignan, si parece deducirse de las contestaciones de los niños que los conocimientos que poseen tienen un nivel de coherencia y lógica interna, lo que previsiblemente facilitará la planificación e implantación de programas de educación sobre medicamentos.
12. La edad de los niños se ha mostrado como un factor determinante en la configuración que éstos se hacen del proceso de enfermar y curarse. Así, los niños de 10 años, en relación a los de 7 años, tienen un "locus of control" respecto de la salud más interno ($t=4,47$, $p<0,001$), se perciben como más autónomos ($t=2,64$, $p<0,05$), manifiestan un mayor conocimiento de los medicamentos ($t=3,30$, $p<0,01$), su nivel de rechazo hacia los mismos es mayor ($t=4,33$, $p<0,001$) y su actitud hacia el consumo es más racional ($t=4,18$, $p<0,01$). En esta misma línea, en las entrevistas se pudo constatar que los niños de 10 años tendían a participar de manera más activa en el proceso de curarse, negociando con sus madres decisiones tales como: cuándo y dónde acostarse, cuándo interrumpir la medicación,... Todo lo cual lleva a concluir la necesidad de adaptar los programas educativos para la salud a las características de cada nivel de desarrollo.

De manera general, podría concluirse que los conocimientos, actitudes y conductas que manifiestan los niños hacia el uso de los medicamentos están determinadas fundamentalmente por su experiencia personal y por el uso que de los mismos hagan los adultos que residen en su casa. Si la intención de los educadores para la salud es formar individuos responsables de su salud, capaces de tomar decisiones acerca de la terapia a utilizar y que tengan una actitud racional hacia el consumo de medicamentos, a la hora de elaborar sus programas educativos deberán tener en cuenta todas las consideraciones antes señaladas, para poder corregir las deficiencias o malos hábitos adquiridos por los niños, y así asegurar la eficacia, funcionalidad y utilidad de dichos programas.

Este estudio nos ha aportado información acerca de lo que algunos niños sienten y perciben, el modo como se conducen en la enfermedad y en el tratamiento y ofreciéndonos ciertas claves acerca de cómo los adultos deben cambiar su conducta para que el niño cambie su comportamiento. Si se conoce bien el comportamiento del niño, aunque sólo sea de algunos, muy probablemente se podrá modificar ese comportamiento, analizándolo en interacción con el comportamiento de los profesores, los padres y el médico, principalmente; es posible, también, que se puedan cambiar las actitudes y las estereotipias sociales que sobre esa conducta existen.

Además, estos datos pueden ser de interés para las compañías

farmacéuticas que, al tener más información acerca de los factores psico-sociales y educativos que influyen en el uso de medicamentos, pueden elaborar productos que sean no sólo seguros y eficaces, sino también que se adapten a las preferencias, necesidades e intereses de los niños, promoviendo el uso racional de medicamentos en la población infantil.

Del mismo modo, se espera que este estudio contribuya a que las regulaciones de la administración pública sanitaria con respecto al uso de medicamentos pediátricos estén basadas en datos de uso real. Si la administración pública sanitaria persigue como objetivo el uso racional de los medicamentos pediátricos, éste ha de fundamentarse en datos del uso real de los fármacos. Ahora bien, no es fácil para los administradores y legisladores conocer qué es lo que realmente ocurre en los hogares con los medicamentos que se adquieren en la farmacia -muchos de ellos sin receta médica-. Este trabajo ofrece esa perspectiva desde el punto de vista no sólo de los niños, sino también de los padres.

En cualquier caso sirva todo él para satisfacer un objetivo apasionante: definir las claves de cómo cambiar el comportamiento de los adultos, padres y médicos, para que la conducta del niño sea más autónoma, para educarlo mejor, para que se adapte mejor a su enfermedad y sepa optimizar los recursos cognitivos, perceptivos, etc., de que dispone, para que se cure antes y de esta manera se haga mucho más eficaz la medicina, es decir, para que el niño sea más él mismo.

BIBLIOGRAFIA

-
- ALMARSDOTTIR, A. B. (1994). **Children's perceptions of the role of medicines in health, illness, and treatment.** Tesis doctoral presentada en la Universidad de Carolina del Norte, Chapel Hill, Estados Unidos. Sin publicar.
- ALMARSDOTTIR, A. B. y BUSH, P. J. (1992). The influence of drug advertising on children's drug use attitudes and behaviors. **The Journal of Drug Issues**, 22, 361-376.
- ANGUNALEWA, I. I. y TOMSON, G. B. (1988). Drug prescribing patterns: A study of four institutions in Sri Lanka. **International Journal of Clinical Pharmacology, Therapy and Toxicology**, 26, 69-74.
- ARAMBURUZABALA, P, GARCIA, M., ALMARSDOTTIR, A., SANZ, E. y POLAINO-LORENTE, A. (en prensa). Decision makers in the treatment of childhood illness in Madrid, Tenerife and Chapel Hill. En **Children, medicines and culture**, (P. Bush, D. Trakas, E. Sanz, R. Wirsing, T. Vaskilampi, A. Prout, Eds.). Estados Unidos: Haworth.
- ARAMBURUZABALA, P. y POLAINO-LORENTE, A. (1992,a). Lugar de Control y Actitudes y Conocimientos ante los Medicamentos: ¿Interdependencia de Dos Variables en la Salud Infantil? **Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil**, 3, 196-206.
- ARAMBURUZABALA, P. y POLAINO-LORENTE, A. (1992,b). Estrategias de autocuidado y consumo de medicamentos en la infancia. **Acta Pediátrica Española**, 50, 391-396.
- ARAMBURUZABALA, P. y POLAINO-LORENTE, A. (1993). Consumo irracional de medicamentos pediátricos: Algunas variables explicativas. **Estudios sobre Consumo**, 26, 61-67.
- ARAMBURUZABALA, P. y POLAINO-LORENTE, A. (1994). Factors related to irrational use of medicines during childhood. **Journal of Social and Administrative Pharmacy**, 11, 37-45.
- ATKIN, C. K. (1978). Effects of drug commercials on young viewers. **Journal of Communication**, 28, 71-79.
- AVERY, G. S. (1984). **Farmacología clínica y terapéutica.** Barcelona: Salvat.
- AVILA GUERRERO, J. (1986). **Consumo de medicamentos en las familias cordobesas.** Córdoba: Servicio de Publicaciones. Universidad de Córdoba.

- BALINT, E. (Ed.) (1979). **Seis minutos para el paciente: Las interacciones en la consulta con el médico general** (O. Castillo, trad.). Buenos Aires: Paidós. (Original publicado en 1973).
- BANDURA, A. (1969). **Principles of behavior modification**. Holt, Rinehart, Winston.
- BANDURA, A. (1977). **Social learning theory**. New Jersey: Prentice Hall.
- BANDURA, A. (1987). **Pensamiento y acción. Fundamentos sociales**. Barcelona: Martínez Roca.
- BANDURA, A. y WALTERS, R. H. (1963). **Social learning and personality development**. Holt. Traducción española en Alianza Editorial.
- BAUM, C., KENNEDY, D. L., FORBES, M. B. y JONES, J. K. (1985). Drug use and expenditures in 1982. **Journal of the American Medical Association**, 253, 382-386.
- BARRIO, C. Del (1990). **La comprensión infantil de la enfermedad**. Barcelona: Anthropos.
- BEALES, J. G., HOLT, P. J. L., KEEN, J. H. y MELLOR, V. P. (1983). Children with juvenile chronic arthritis: Their beliefs about illness and therapy. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 42, 481-486.
- BERLIN, C. M., Jr. (1989). Advances in Pediatric Pharmacology and Toxicology. **Advances in Pediatrics**, 6, 431-460.
- BERNHEIM, C. (1989). Problemas poses par l'adaptation d'une forme medicamenteuse a l'usage pediatrique. **Therapie**, 44, 145-150.
- BIEDMA, C. J. y D'ALFONSO, P. G. (1960). **El lenguaje del dibujo**. Buenos Aires: Kapelusz.
- BLUE, A. V. (1992). Doctor-patient interactions and prescribing patterns in psychiatric medicine. En **Studying Childhood and Medicine Use. A multidisciplinary Approach**, (D. Trakas y E. Sanz, Eds.). Atenas: ZHTA.
- BOWER, A. D. y BURKETT, G. L. (1987). Family physicians and generic drugs: A study of recognition, information sources, prescribing attitudes, and practices. **The Journal of Family Practice**, 24, 612-616.
- BUSH, P. J. (1990). Let's teach children about medicines. **International Pharmacy Journal**, 4, 208-211.
- BUSH, P. J. (1992). The socialization of children into medicine

use. En D. J. Trakas y E. Sanz (eds.), **Studying childhood and medicines**. Atenas: ZHTA.

BUSH, P. J. y DAVIDSON, F. R. (1982). Medicines and "drugs": What do children think?. **Health Education Quarterly**, 9, 113-128.

BUSH, P. J. y HARDON, A. P. (1990). Towards rational medicine use: Is there a role for children?. **Social Science and Medicine**, 31, 1043-1050.

BUSH, P. J. y IANNOTTI, R. J. (1985). The development of children's health orientations and behaviors: Lessons for substance use prevention. En C. L. Jones y R. J. Battjes (Eds.), **Etiology of drug abuse: Implications for prevention** (pp 45-74). E.E.U.U.: Department of Health and Human Services.

BUSH, P. J. y IANNOTTI, R. J. (1988). Origins and stability of children's health beliefs relative to medicine use. **Social Science and Medicine**, 27, 345-352.

BUSH, P. J. y IANNOTTI, R. J. (1990). A Children's Health Belief Model. **Medical Care**, 28, 69-86.

BUSH, P. J., PARCEL, G. S. y DAVIDSON, F. R. (1982, Agosto). **Reliability of a shortened children's health locus of control scale**. Ponencia presentada en la Reunión Anual de la Sociedad Americana de Psicología. Washington, D.C.

BUSH, P. J., TRAKAS, D., SANZ, E. J. , WIRSING, R., VASKILAMPI, T. y PROUT, A. (Eds.) (en prensa). *Children, Medicines and Culture*. Estados Unidos: Haworth.

BUTTERWORTH, G. (Ed.) (1977). **The child's representation of the world**. Nueva York: Plenum Press.

CAMPBELL, J. D. (1975). Illness is a point of view: The development of children's concepts of illness. **Child Development**, 46, 92-100.

CHRISTENSEN, P. (1993). The social construction of help among Danish children: The intentional act and actual content. **Sociology of Health and Illness**, 15, 488-502.

CHRISTENSEN, P. (1994). Children as the cultural other: The discovery of children in the social cultural sciences. **Kinder-Welten**, 6, 1-16.

CHRISTIAANSE, M. E., LAVIGNE, J. V. y LERNER, C. V. (1989). Psychosocial aspects of compliance in children and adolescents with asthma. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, 10, 75-80.

CORMAN, L. (1967). **El test del dibujo de la familia en la práctica**

médico-pedagógica. Buenos Aires: Kapelusz.

CUELLAR RODRIGUEZ, S. (1988) **Manual de Farmacia.** Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéutica.

CUNNINGHAM-BURLEY, S. y MACLEAN, U. (1987). The role of the chemist in primary health care for children with minor complaints. **Social Science and Medicine**, 24, 371-377.

DAVIDSON, F. R. y KANDEL, R. (1981). **Individualization of food habits.** Proceedings American Institute of Nutrition, August, 1981.

DEAN, K. (1981). Self-care responses to illness: A selected review. **Social Science and Medicine**, 15A, 673-687.

DEBIENNE, M. C. (1973). **Le dessin chez l'enfant.** Paris: Presses Universitaires de France.

DENIG, P., HAAIJER-RUSKAMP, F. M. y ZIJSLING, D. H. (1988). How physicians choose drugs. **Social Science and Medicine**, 27, 1382-1386.

DONNELLY, J. E., DONNELLY, W. J. y THONG, Y. H. (1989). Inadequate parental understanding of asthma medications. **Annals of Allergy**, 62, 337-341.

DUNNELL, K. y CARTWRIGHT, A. (1972). **Medicine takers, prescribers, and hoarders.** Londres: Rouledge and Kegan Paul.

EISER, C. (1985,b). **The psychology of childhood illness.** Nueva York: Springer-Verlag.

FENDLER, K. J., GUMBHIR, A. K. y SALL, K. (1984). The impact of drug bulletins on physician prescribing habits in a health maintenance organization. **Drug Intelligence and Clinical Pharmacy**, 18, 627-631.

FLOUVAT, B. (1989). Pharmacocinetique des médicaments chez l'enfant. **Thérapie**, 44, 129-132.

FOLLI, H. L., POOLE, R. L., BENITZ y W. E., RUSSO, J. C. (1987). Medication error prevention by clinical pharmacists in two children's hospitals. **Pediatrics**, 79, 718-722.

FOSARELLI, P., WILSON, M. y DeANGELIS, C. (1987). Prescription medications in infancy and early childhood. **American Journal of Diseases of Children**, 141, 772-775.

FOX, G. N. (1986). Drug prescribing in infants and children. **Family and Medicine**, 18, 169-170.

FRADE GARCIA, R., CABRERA DE LEON, A., SANZ, E. y MALDONADO, J.

(1987). Fármacos en atención primaria. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, **61**, 999-1006.

FRY, J. y FRYERS, G. (Eds.) (1983). *The health care manual. A family guide to self-care and home medicines*. Lancaster, Inglaterra: MTP.

GABRIELE, M. L., PERISSINOTTO, E., SIMONCELLO, I., BARONI, A. y ROMANO, M. (1989). Farmaci e salute. Nota II: Indagine sulla presenza, l'uso, la conservazione e lo smaltimento dei farmaci in un campione di famiglie di Adria (RO) ULSS n. 31. Regione Veneto. *Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità*, **1**, 1029-1041.

GONZALEZ-SIMANCAS, J. L. y POLAINO-LORENTE, A. (1990). *Pedagogía hospitalaria*. Madrid: Narcea.

GOODNOW, J. (1979). *El dibujo infantil*. Madrid: Morata.

GREENHALGH, T. (1987). Drug prescription and self medication in India: An exploratory survey. *Social Science and Medicine*, **25**, 307-318.

GUILLOT, M. (1989). Problemes generaux poses par la prescription medicamenteuse chez l'enfant. *Therapie*, **44**, 133-135.

HAAIJER-RUSKAMP, F. M. (1992). Medicine use as a social phenomenon. En *Studying Childhood and Medicine Use. A multidisciplinary Approach*, (D. Trakas y E. Sanz, Eds.). Atenas: ZHTA.

HAAIJER-RUSKAMP, F. M., STEWART, R. y WESSELING, H. (1987). Does indirect consultation lead to overprescribing in general practice?. *Social Science and Medicine*, **25**, 43-46.

HAAVER, F. (1982). Rational prescribing and sources of information. *Social Science and Medicine*, **16**, 2017-2023.

HARDING, J. M., MODELL, M., FREUDENBERG, S. y MacGREGOR, R. (1985). Prescribing: The power to set limits. *British Medical Journal*, **290**, 450-453.

HARDON, A. P. (1987). The use of modern pharmaceuticals in a filipino village: Doctors' prescription and self-medication. *Social Science and Medicine*, **25**, 277-292.

HOWIE, J. y BIGG, A. (1980). Family trends in psychotropic and antibiotic prescribing in general practice. *British Medical Journal*, **1**, 836-838.

HUNTER K. A. y BRYANT, B. G. (1994). Pharmacist provided education and counseling for managing pediatric asthma. *Patient Education and Counseling*, **24**, 127-134.

IANNOTTI, R. J. y BUSH, P. J. (1992a). The development of autonomy in children's health behaviors. En **Emotion, cognition, health, and development in children and adolescents** (E. J. Susman, L. V. Feagans y W. J. Ray, Eds.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

IANNOTTI, R. J. y BUSH, P. J. (1992b). Toward a developmental theory of compliance. En **Developmental aspects of health compliance behavior** (N. A. Krasnegor, L. Epstein, S. Bennett Johnson y S. J. Yaffe, Eds.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

IGOE, J. B. (1987). Teaching youngsters to care about health care. **HYGIE**, 6, 26-27.

INHERLDER, B. y PIAGET, J. (1958). **The growth of logical thinking from childhood to adolescence**. Nueva York: Basic Books.

JACKSON, M. G., DRECHSLER-MARTELL, C. R. y JACKSON, E. A. (1985). Family practice residents' prescribing patterns. **Drug Intelligence and Clinical Pharmacy**, 19, 205-209.

JACKSON, J. D., SMITH, M. C., SHARPE, T. R., FREEMAN, R. A. y HY, R. (1982). An investigation of prescribed and non-prescribed medicine use behavior within the household context. **Social Science and Medicine**, 16, 2009-2015.

JEFFERYS, M., BROTHERSTONE, J. y CARTWRIGHT, A. (1960). Consumption of medicines on a working-class state. **British Journal of Preventive and Social Medicine**, 14, 64-76.

KELLOGG, R. (1979). **Analyzing children's art**. California: Mayfield.

KENNEDY, D. y FORBES, M. (1982). Drug therapy for ambulatory pediatric patients in 1979. **Pediatrics**, 70, 26-29.

KING, W. D. y PALMISANO, P. A. (1989). Ingestion of prescription drugs by children: An epidemiological study. **Southern Medical Journal**, 82, 1468-1471.

KNAPP, D. A. y KNAPP, D. E. (1972). Decision-making and self-medications: Preliminary findings. **American Journal of Hospital Pharmacy**, 29, 1004-1012.

KOPPITZ, E. M. (1984). **El dibujo de la figura humana en los niños: Evaluación psicológica**. Buenos Aires: Guadalupe.

KOTZAN, L., CARROLL, N. V. y KOTZAN, J. A. (1989). Influence of age, sex, and race on prescription drug use among Georgia Medicaid recipients. **American Journal of Hospital Pharmacy**, 46, 287-290.

LAPORTE, J. R. y CAPELLA, D. (1987). El consumo de medicamentos. **Medicina Clínica (Barcelona)**, 89, 244-246.

LECHAT, P. (1989). Difficultes rencontrées pour fixer la posologie officielle des médicaments chez l'enfant. *Thérapie*, **44**, 137-139.

LEVINE, R. R. (1982). *Farmacología. Acciones y reacciones medicamentosas*. Barcelona: Salvat.

LEWIS, C. E. y LEWIS, M. A. (1974). The impact of television commercials on health-related beliefs and behaviors of children. *Pediatrics*, **53**, 433-435.

LEWIS, C. E. y LEWIS, M. A. (1982). Children's health-related decision making. *Health Education Quarterly*, **9**, 129-141.

LEWIS, C. E. y LEWIS, M. A. (1989). Educational outcomes and illness behaviors of participants in a child-initiated care system: A 12-year follow-up study. *Pediatrics*, **84**, 845-850.

LEWIS, M. A. y LEWIS, C. E. (1990). Consequences of empowering children to care for themselves. *Pediatrician*, **17**, 63-67.

LEWIS, C. E., LEWIS, M. A. y IFEKWUNIGUE, M. (1978). Informed consent by children and participation in an influenza vaccine trial. *American Journal of Pediatric Hospital*, **68**, 1079-1082.

LEWIS, C. E., LEWIS, M. A., LORIMER, A. y PALMER, B. B. (1977). Child-initiated care: The use of school nursing services by children in an "adult-free" system. *Pediatrics*, **60**, 499-507.

LITMAN, T. J. (1974). The family as a basic unit in health and medical care: A social behavioral overview. *Social Science and Medicine*, **8**, 495-518.

LISK, D. R. y GREENE, S. H. (1985). Drug compliance and seizure control in epileptic children. *Postgraduate Medical Journal*, **61**, 401-405.

LOCKBURN, F., DUDGEON, J. A., GAIRDNER, D. M. y TACKSON, A. D. (1980). Guidelines to aid ethical committees considering research children. *British Medical Journal*, **287**, 465-466.

MAHONEY, M. J. (1983). *Cognición y modificación de conducta*. México: Trillas.

MAIMAN, L. A., BECKER, M. H. y KATLIC, A. W. (1986). Correlates of mothers' use of medications for their children. *Social Science and Medicine*, **22**, 41-51.

MARINIER, R. L., PIHL, R. O., WILFORD, C. y LAPP, J. E. (1985). Psychotropic drug use by women: Demographic, lifestyle, and personality correlates. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, **19**, 40-45.

- MCEWAN, P. J. M. (1974). The social approach to family health studies. **Social Science and Medicine**, 8, 487-493.
- MCGAVOCK, H. (1988). Some patterns of prescribing by urban general practitioners. **British Medical Journal**, 296, 900-902.
- MCKENZIE, M. W., MARCHALL, G. L., NETXLOFF, M. L. y CLUFF, L. E. (1976). Adverse drug reactions leading to hospitalization in children. **Journal of Pediatrics**, 89, 487-490.
- MECHANIC, D. (1964). The influence of mothers on their children's health attitudes and behavior. **Pediatrics**, 33, 444-453.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1990, Mayo). **Indicadores de la prestación farmacéutica**. Volumen 8. Madrid.
- MITCHELL, M. F. (1983). Popular medical concepts in Jamaica and their impact on drug use. **The Western Journal of Medicine**, 139, 841-847.
- MITCHELL, A. A., LACOUTURE, P. G. y SHEEHAN, J. E. (1988). Adverse drug reactions in children leading to hospital admission. **Pediatrics**, 82, 24-29.
- MOORE, S. H., LOGERFO, J. y INUI, T. S. (1980). Effect of a self-care book on physician visits. **Journal of the American Medical Association**, 243, 2317-2320.
- MORRELL, D. C., AVERY, J. A. y WATKINS, C. J. (1980). Management of minor illness. **British Medical Journal**, 280, 769-771.
- NADER, P. R. (1985). Improving the practice of pediatric patient education: A synthesis and selective review. **Preventive Medicine**, 14: 688-701
- NAQVI, S. H., DUNKLE, L. M., TIMMERMAN, K. J., REICHLEY, R. M., STANLEY, D. L. y O'CONNOR, D. (1979). Antibiotic usage in a pediatric medical center. **Journal of the American Medicine Association**, 242, 1981-1984.
- NEJAMKIS, J. (1977). **Los estilos del dibujo en el psicoanálisis de niños**. Buenos Aires: Alex Editor.
- NOLAN, L. y O'MALLEY, K. (1987). Age-related prescribing patterns in general practice. **Comprehension Gerontology**, 1, 97-101.
- O'BRIEN, R. W. y BUSH, P. J. (en prensa). Educating children about medicines. **Office Nurse**.
- O'BRIEN, R. W., BUSH, P. J. y PARCEL, G. S. (1989). Stability in a measure of children's health locus of control. **Journal of School Health**, 59, 161-164.

- OLIVE, G. (1989). Pharmacovigilance chez l'enfant. **Therapie**, 44, 141-144.
- OLNESS, K. N. (1985). Nutritional consequences of drugs used in pediatrics. **Clinical Pediatrics**, 24, 17-20.
- OSTERWEIS, M., BUSH, P. J. y ZUCKERMAN, A. E. (1979). Family context as a predictor of individual medicine use. **Social Science and Medicine**, 13A, 287-291.
- PARCEL, G. S. y MEYER, M. P. (1978). Development of an instrument to measure children's health locus of control. **Health Education Monographs**, 6, 149-159.
- PELECHANO, V. (1980). **Modelos básicos de aprendizaje**. Valencia: Alfaplus.
- PITTS, J. y VINCENT, S. (1989). What influences doctors' prescribing? Sore throats revisited. **Journal of the Royal College of General Practitioners**, 3, 65-66.
- POLAINO-LORENTE, A. (1981). **La metapsicología freudiana**. Madrid: Dossat.
- POLAINO-LORENTE, A. (1987). **Educación para la salud**. Barcelona: Herder.
- POLAINO-LORENTE, A., DOMENECH, E. y GARCIA VILLAMISAR, D. (1988). **Las depresiones infantiles**. Madrid: Morata.
- PRICE, L. J. (1989). In the shadow of biomedicine: Self-medication in two Ecuadorian pharmacies. **Social Science and Medicine**, 28, 905-915.
- PROUT, A. (1988). Off school sick: Mothers accounts of school sickness absence. **Sociological Review**, 36, 765-789.
- RABIN, D. y BUSH, P. (1975). Who's using medicines? **Journal of Community Health**, 1, 106-117.
- RASMUSSEN, F. (1989). Mothers' benefit of a self-care booklet and a self-care educational session at child health centres. **Social Science and Medicine**, 29, 205-212.
- RAY, W. A., FINK, R., SCHAFFNER, W. y FEDERSPIEL, C. F. (1985). Improving antibiotic prescribing in outpatient practice. Nonassociation of outcome with prescriber characteristics and measures of receptivity. **Medical Care**, 23, 1307-313.
- RAY, W. A., SCHAFFNER, W. y FEDERSPIEL, C. F. (1985). Persistence of improvement in antibiotic prescribing in office practice. **Journal of the American Medical Association**, 253, 1774-1776.

ROMANO, M. E. (1975). **El dibujo de la figura humana como técnica proyectiva**. Madrid: Gredos.

ROSSITER, J. R. y ROBERTSON, T. S. (1980). Children's dispositions toward proprietary drugs and the role of television drug advertising. **Public Opinion Quarterly**, 44, 317-329.

RUBIO GONZALEZ, A., SUAREZ OCHOA, J., AZANZA PEREA, J. y HONORATO PEREZ, J. (1989). Farmacología pediátrica: ¿Va la terapéutica infantil precedida de una adecuada investigación?. **Anales Españoles de Pediatría**, 30, 359-362.

RYLANCE, G. (1979). Prescribing in infancy and childhood. **British Journal of Hospital Pharmacy**, 346-351.

SACHS, L. (1990). The symbolic role of drugs in the socialization of illness behaviour among Swedish children. **Pharmaceutisch Weekblad Scientific edition**, 12, 107-111.

SACHS, L. (1992). Health and illness: Theoretical perspectives: Some concepts within the anthropology of medicine. En **Studying Childhood and Medicine Use. A multidisciplinary Approach**, (D. Trakas y E. Sanz, Eds.). Atenas: ZHTA.

SANZ, E. J. (1991, Septiembre). **The unexplained differences in children's medicine use**. Symposium on Drug information and the role of children in the use of medicine, conducted at the World Pharmacy Congress, Washington.

SANZ, E. J. (1992). Drug use in non-hospitalized children. **Pharmaceutisch Weekblad Scientific edition**, 14, 1-8.

SANZ E. J., BERGMAN, U. y DAHLSTROM, M. (1989). Paediatric drug prescribing. A comparison of Tenerife (Canary Island, Spain) and Sweden. **European Journal of Clinical Pharmacy**, 37, 65-68.

SEGAL, R. y HEPLER, C. D. (1985). Drug choice as a problem-solving process. **Medical Care**, 23, 967-976.

SHAFIR, R., WEISS, J., HERMAN, O., GILBOA, D. y ROZENBERG, L. (1988). Simple interventions - Self-treatment. **Pediatrics**, 81, 710-712.

SHAUGHNESSY, A. F. y NICKEL, R. O. (1989). Prescription-writing patterns and errors in a family medicine residency program. **The Journal of Family Practice**, 29, 290-295.

SIMEONSSON, R. J., BUCKLEY, L. y MONSON, L. (1979). Conceptions of illness causality in hospitalized children. **Journal of Pediatric Psychology**, 4, 77-84.

SPECTOR, R., PARK, G. D. y JOHNSON, G. F. (1988). Therapeutic drug

monitoring. **Clinical Pharmacological Therapy**, 43, 345-353.

STANULOVIC, M., JAKOVLEJEVIC, V. y RONCEVIC, N. (1984). Drug utilization in paediatrics: Non-medical factors affecting decision making by prescribers. **European Journal of Clinical Pharmacology**, 27, 237-241.

STECKLER, A., McLEROY, K. R., GOODMAN, R. M., BIRD, S. T. y McCORMICK, L. (1992). Toward integrating qualitative and quantitative methods: An introduction. **Health Education Quarterly**, 19, 1-8.

STEWART, M. y REGABULTO, G. (1975). Do doctors know what children know?. **American Journal of Orthopsychiatry**, 45, 146-149.

STROM, B. L., MALMON, K. L. y MIETTINEN, O. S. (1985). Post-marketing studies of drug efficacy: Why? **The American Journal of Medicine**, 78, 475-480.

SZUBA, T. J. y WESTERKOLM, B. (1989). Studies on drug utilization: Bilateral case study in Poland and Sweden. **Social Class and Medicine**, 29, 1363-1366.

THOMPSON, D. F. y HEFLIN, N. R. (1987). Frequency, appropriateness of drug prescribing for unlabeled uses in pediatric patients. **American Journal of Hospital Pharmacy**, 44, 792-794.

TOMSON, G. y STERKY, G. (1986). Self-prescribing by way of pharmacies in three Asian developing countries. **Lancet**, 2, 620-622.

TORANZO BRIONES, I. T., GARCIA PASCUAL, L. M., BAGAN TAPIOLAS, M., SALA GUITERAS, C., ALCON DOMINGUEZ, A., BARBOSA BOY, J., LOPEZ LORANTE, M. T. y CASALS RIERA, R. (1987). Utilización continuada de medicamentos: Estudio sobre el consumidor. **Medicina Clínica (Barcelona)**, 89, 235-239.

TRAKAS, D. (1990). Greek children's perception of illness and drugs. **Pharmaceutisch Weekblad Scientific edition**, 12, 247-251.

TRAKAS, D. (1992). Methods of data collection in medicine use studies. En **Studying Childhood and Medicine Use. A multidisciplinary Approach**, (D. Trakas y E. Sanz, Eds.). Atenas: ZHTA.

TRAKAS, D. J., BOTSI, C. y GARAGOUNI, V. (en prensa). En **Children, medicines and culture**, (P. Bush, D. Trakas, E. Sanz, R. Wirsing, T. Vaskilampi, A. Prout, Eds.). Estados Unidos: Haworth.

TRAKAS, D. J. y SANZ, E. J. (Eds.) (en prensa). **Childhood and Medicine Use in Cross-Cultural Perspective. An European Concerted**

Action. Luxemburgo: The Office for Official Publications of the European Community.

TRAKAS, D. J. y SANZ, E. J. (Eds.) (1992). **Studying Childhood and Medicine Use. A multidisciplinary Approach.** Atenas: ZHTA.

USING MEDICINES IN SCHOOL (1994, Noviembre). **Drug and Therapeutics Bulletin**, 32, 81-83.

VAN DER GEEST, S. (1987). Self-care and the informal sale of drugs in South Cameroon. **Social Science and Medicine**, 25, 293-305.

WALLSTON, K. A., WALLSTON, B. S. y DeVELLIS, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. **Health Education Monographs**, 6, 160-170.

WEISS, R., CHARNEY, E., BAUMGARDNER, R. A., GERMAN, P. S., MELLITS, E. D., SKINNER, E. A. y WILLIAMSON, J. W. (1989). Changing patient management: What influences the practicing pediatrician? **Pediatrics**, 85, 791-795.

WIDLOCHER, D. (1965). **L'interpretation des dessins d'enfants.** Bruxelles: Charles Dessart

WILLIAMS, R. L. y FOSARELLI, P. D. (1987). Telephone call-in services for children in self-care. **American Journal of Diseases of Children**, 141, 965-968.

WIRSING, R. (en prensa). Cross-cultural comparisons and qualitative research. En **Children, medicines and culture**, (P. Bush, D. Trakas, E. Sanz, R. Wirsing, T. Vaskilampi, A. Prout, Eds.). Estados Unidos: Haworth.

WHO/EMRO (1981). **Drugs for infants and children.** Report on the tenth European Symposium on Clinical Pharmacological Evaluation in Drug Control. Schalangenbad.

WHO/EMRO (1987). **Drugs for children.**

ZEINER, H. K. (1985). Cognitive aspects of illness and health. En, A.R. Zeiner, D. Bendell y C.E. Walker (eds.), **Health Psychology. Treatment and research issues.** Nueva York: Plenum Press, pp 221-235.

ZUCKERMAN, D. M. y ZUCKERMAN, B. S. (1985). Television's impact on children. **Pediatrics**, 75, 233-240.

ANEXO A: INSTRUCCIONES PARA LA REALIZACION DE LOS DIBUJOS,

DIBUJOS,

GUION PARA LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA CON LOS NIÑOS,

TRANSCRIPCION DE UNA ENTREVISTA,

MODELO DE ANALISIS DE LA INFORMACION POR CATEGORIAS

(EJEMPLO: AUTONOMIA ACERCA DE LA TERAPIA Y DEL

USO DE MEDICAMENTOS)

INSTRUCCIONES PARA LA REALIZACION DE LOS DIBUJOS

- "¿Sabes por qué estamos aquí?" ("Estamos aquí para hablar contigo de la salud y de las enfermedades").
 - "Ya sé que a ti te gusta dibujar lo que tú quieres, pero hoy te voy a pedir que hagas un dibujo especial para mí".
 - "¿Puedes pensar en la última vez que te quedaste en casa y no fuiste al colegio porque no te encontrabas bien? o la última vez que no pudiste salir a jugar a la calle porque estabas enfermo?"
- Si no pueden acordarse de su propia experiencia, pedirles que piensen en otra persona que estaba enferma, p.e. un hermano, abuela, etc.
- Si eso tampoco funciona. "¿Alguna vez has tenido un catarro?"
- Si falla todo: presentar una situación personal.
- Pedirles que hagan un dibujo de esa vez cuando no se encontraba bien.
 - Es conveniente animar a los niños que parece que les cuesta pensar o expresar una experiencia: "Dibuja algo que te guste mucho", "Elige tus colores preferidos", ...
 - Es conveniente crear un ambiente favorable, comentando la buena elección de colores que ha hecho el niño
 - En caso de que el niño dé respuestas no verbales, o señale una parte del cuerpo, el entrevistador debe verbalizar la acción, para que quede registrada en el cassette. Si el niño señala una parte del cuerpo hay que verificar de qué parte del cuerpo se trata
 - Si el dibujo del niño no hace referencia a una ocasión en la que estuvo enfermo, hay que reconducirle hacia el tema con cuidado.
 - Al terminar el dibujo se pregunta al niño "¿Hay algo más que te gustaría añadir al dibujo?"
 - No mencionar la palabra "medicinas" hasta que lo haga el niño. Si no lo hiciera espontáneamente: mencionarlas después de un tiempo.
 - Hacer las preguntas en primera persona (por ejemplo "¿te dolía algo?", "¿quiénes estaban contigo?"), salvo que el niño haya demostrado que le cuesta hablar de su propia experiencia y le resulte más fácil hablar de "otro niño que estaba enfermo" (p.e. "¿le dolía algo?", "¿quiénes estaban con él?")

Autores: Pilar Aramburuzabala y Aquilino Polaino-Lorente. Facultad de Educación. Universidad Complutense. Madrid.

- Tipos de información a cubrir:

- * contenido general del dibujo
 - * sentimientos
 - * síntomas más concretos
 - * causas
 - * otras personas envueltas en la situación
 - * terapia
 - * evolución de la enfermedad y de la terapia
 - * ¿qué supone estar enfermo? p.e. alejarse de rutinas
 - * preguntas directas sobre medicinas
- Las preguntas señaladas con (*) en las secciones 1, 2, 3 y 4 son imprescindibles, así como la sección 9 en su conjunto (tratamientos y medicinas)



EXTRACTO DE UNA ENTREVISTA ACERCA DEL DIBUJO

091-352

El dibujo representa un episodio de enfermedad de una niña de diez años. Según la descripción de la niña (extracto): "He dibujado mi cuarto cuando estaba enferma, hace unos días (...) Esta es mi cama, porque si estoy enferma (...) Pues me acabo de levantar de la cama, con mucha pereza, como siempre; y me tengo que poner la ropa y luego salir al cole, que eso no me gusta nada, ir al cole (...) Tosía mucho y me dolía un poquillo la cabeza (...) Creo que había gritado mucho, porque había un cumpleaños, y había gritado mucho y tomé agua fría. Primero empecé a toser un poco (...) Mi madre me llevó al médico, y me dió unas medicinas; osea, el médico me recetó unos medicamentos; fui tres veces al médico; entonces yo me los iba tomando y así, y como no me daba efecto, pues íbamos otra vez y eso (...) No tenía que quedarme en casa. Fui al colegio y hacía todo como una niña normal, como si no tuviera nada (...) pero no podía correr mucho y no podía hacer gimnasia (...) El médico me dijo que no tenía casi nada, que sólo tenía un poquito irritada la garganta (...) Comencé a sentirme mejor cuando ya no hacía tanto ejercicio físico y ya, pues, podía hacer cosas, más cosas (...) Creo que primero tenía que tomar jarabe para la tos, y luego me dieron otro que estoy tomando, que es así rojo, que sabe así un poquito amargo, y es blanco el tubo. Este tenía que tomarlo cada ocho horas. A mí todos los jarabes me gustan (...) Todavía no me he curado, pero me puse mejor tomando muchos jarabes (...) Primero mi madre me recetó el jarabe porque tosía un poquito; luego fui al médico y mi madre me lo compró porque se lo recetó el médico (...) Mi madre me daba las medicinas (...)"



SANIDAD







1. PREGUNTAS REFERENTES AL DIBUJO

- * Describe lo que has dibujado
 - ¿Qué te pasa?
- * ¿Dónde estás?
 - ¿Te duele algo? ¿qué?
 - ¿Tienes fiebre?
- * ¿Quiénes están contigo?
- * ¿Hay alguien en el dibujo cuidándote? ¿quién?
 - ¿Qué estás haciendo?
- * ¿Hay alguien más que podría estar en el dibujo?
- * (Señalando) ¿Qué es esto? (preguntar incluso si se piensa que se sabe lo que es), ¿Para qué lo utilizan?

2. COMIENZO DE LA ENFERMEDAD

- * ¿Cuándo comenzaste a sentirte enfermo?
- * ¿Cómo supiste que estabas enfermo?
- * ¿Qué es lo primero que sentiste?
- * ¿Qué te dolía?
- * ¿Dónde te dolía?
- * ¿Sabes por qué te sentías así?
- * ¿Qué crees que te hizo sentirse así?
- ¿Qué estabas haciendo antes de ponerte enfermo?
- * ¿Qué ocurrió el día antes de ponerte enfermo?
- * ¿Qué ocurrió la noche antes de ponerte enfermo?
- * ¿Dónde estabas cuando empezaste a ponerte enfermo?
- * ¿Cómo cogiste ...?
- * ¿Sabía alguien más que estabas enfermo? ¿quién?
¿cómo se enteraron?
- ¿Se lo dijiste a alguien? ¿a quién? ¿Te lo notó
alguien? ¿quién?
- ¿Quién decidió lo que se debía hacer?
- ¿Te pareció bien lo que hicieron?
- ¿Sueles estar enfermo?
- ¿Tienes casi siempre la misma enfermedad?
- * ¿Qué le ocurre a una persona cuando se enferma?
- * ¿Qué es lo primero que ocurre cuando una persona se
enferma?

3. COMPORTAMIENTO DE SU NUCLEO FAMILIAR RESPECTO A LA ENFERMEDAD EN SU COMIENZO

- * ¿Te ayudó alguien? ¿Quién/quiénes?
- * ¿Cómo te ayudaron?
- * ¿Qué fue lo primero que hicieron?
- ¿Cómo se enteró tu familia de que estabas enfermo?
- ¿Fueron a buscarte al colegio?
- ¿Le dijiste a alguien que te encontrabas mal?
- ¿A quién?
- ¿Te hicieron preguntas sobre lo que estuviste haciendo, qué comiste, ...?
- ¿Te pusieron el termómetro?
- ¿Te miraron la garganta o la lengua?
- ¿Llamaron al médico?
- ¿Te llevaron a la consulta?
- ¿Fuiste al médico de urgencias?
- ¿Vino el médico a casa?
- ¿Te llevaron al hospital?
- ¿Te metieron en la cama?
- ¿Te atendieron de forma especial cuando empezaste a ponerte malo?
- ¿Quién te dio más mimos?
- ¿Te daban todo lo que pedías?
- ¿Te dejaron ver la tele más de lo normal?
- ¿Tus hermanos te dejaron sus juguetes?
- ¿Te hicieron regalos? ¿Quién/quiénes?
- * ¿Tuviste visitas? ¿de quién?
- * ¿Vino alguien a jugar contigo? ¿quién?

4. COMPORTAMIENTO Y SENTIMIENTOS DEL NIÑO CUANDO SE EMPIEZAN A TOMAR DECISIONES ACERCA DE LA ENFERMEDAD

- * ¿Dejaste que te curaran?
- ¿Dejaste que te pusieran el termómetro?
- ¿Dejaste que te miraran la garganta?
- ¿Dejaste que te tocaran donde te dolía?
- ¿Lloraste?
- ¿Te dieron algo (una medicina, manzanilla,...) antes de llevarte al médico?
- ¿Te pusiste contento porque ese día no tenías que ir al cole?
- ¿O te enfadó porque no podías ir al cole ni jugar?
- ¿Peleaste con tu madre porque no te dejaba hacer algo por estar enfermo?
- ¿Te gustó que te hicieran más caso?
- ¿Te agobiaban?
- ¿Querías que te hicieran más caso?
- ¿Dejaste que te dieran medicinas? ¿Y que te pusieran inyecciones?
- * ¿Cómo pasabas el tiempo?
- * ¿Qué hacías para entretenerte?
- * ¿Estabas triste? ¿por qué?
- * ¿Estabas enfadado? ¿por qué?

5. PERCEPCIONES DEL NIÑO SOBRE LA VISITA DEL O AL MEDICO O AL HOSPITAL

- * ¿Te llevaron al médico?
¿Quién decidió llevarte al médico?
- * ¿Llamaron al médico?
¿Quién decidió llamar al médico?
- * ¿Te llevaron al hospital?
¿Quién decidió llevarte al hospital?
- * ¿Estabas asustado antes de ver al médico?
¿Querías ir al médico para que te curase?
¿Tenías miedo cuando viste al médico?
¿El médico era simpático?
- * ¿El médico hablaba a tu madre o también a ti?
¿El sitio era bonito? ¿Te daba miedo?
¿Tuviste que esperar mucho antes de ver al médico?
¿Había otros niños esperando? ¿Lloraban?
¿Te asustaste de que otros niños lloraran?
¿Había juguetes en la sala de espera?
¿El médico habló mucho?
¿Ya te conocía de otras veces?
¿Habló mucho tu mamá?
¿Tu dijiste algo? ¿Qué dijiste?
¿Te miraron por Rayos-X?
¿Te miraron el pecho?
¿Te tuvo que desnudar? ¿Te dio vergüenza?
¿El médico te mandó tomar medicinas? ¿Muchas? ¿Cuáles?
¿Te mandó pincharte?
¿Había enfermera? ¿Qué hizo?

- ¿La enfermera te habló? ¿habló a tu mamá?
- ¿La enfermera era simpática? ¿Jugó contigo? ¿Te daba miedo?
- ¿Te llevaron al hospital?
- ¿En una ambulancia?
- ¿Había muchos médicos?
- ¿Te dio miedo?
- ¿Te acompañaban tus padres?
- ¿Te quedaste sólo con los médicos mientras te miraban?
- ¿Te hicieron muchas preguntas?
- ¿Te sacaron sangre?
- ¿Lloraste?
- ¿Los médicos y enfermeras fueron simpáticos?
- ¿Quién fue el más simpático?
- ¿Te quedaste allí varias noches, varios días?

6. ¿COMO VIVE/EXPERIMENTA LA ENFERMEDAD UNA VEZ HECHO EL DIAGNOSTICO?

¿Después de ir al médico, te encontrabas mejor, peor o igual?

* ¿Cómo te sentías después de ir al médico? (Síntomas)

¿Te sentías cansado después de ir al médico?

¿Tenías dolor? ¿Dónde?

¿Tenías picores? ¿Algo hinchado?

¿Teníase manchas en la piel, granitos, ...?

¿Tenías tos?

¿Querías ponerte bien?

* ¿Tu familia estaba preocupada?

¿Cómo lo sabías tú?

* ¿Te atendían?

* ¿Podías pedir más cosas (favores, juguetes,...) a tus hermanos y te lo dan porque estabas enfermo?

* ¿Cuándo comenzaste a sentirte mejor?

¿Cuándo te levantaste de la cama?

¿Estabas ya bueno del todo cuando volviste al colegio, a jugar con tus amigos, a hacer deporte?

* ¿Quién te dijo que podías hacerlo?

¿Según iban pasando los días te encontrabas mejor?

¿Tenías cada vez más ganas de levantarte?

¿Cada día tenías más ganas de ir al colegio, de jugar, ...?

7. COMPORTAMIENTO DE LA FAMILIA A LO LARGO DE LA ENFERMEDAD

Después de ir al médico ¿qué pasó?

¿Te hicieron mucho caso en casa?

¿Y después de unos días, te seguían cuidando igual?

¿Tus hermanos jugaron contigo para que no te aburrieras?
¿Sólo los primeros días?

¿Y tus padres?

Cuando tomabas la medicina, ¿tu hermano quería tomarla también?

¿Se aprovechaban tus hermanos de que estabas enfermo y te quitaban tus juguetes, cuentos, lápices,...?

¿Se enfadó contigo tu mamá?

¿Tu mamá se quejó de que le pedías muchas cosas?

¿Tu mamá se enfadó porque no querías tomar las medicinas?

¿Se enfadó tu mamá porque no te portabas bien?

¿Se enfadaba más contigo cuando ya llevabas varios días enfermo?

¿Se preocupaban porque no te estabas curando?

¿Cómo lo sabías tú?

¿Llamaron varias veces al médico mientras duró la enfermedad?

¿Te llevaron a varios médicos para curarte?

¿Cada vez te daban más o menos medicinas?

¿Quién te daba las medicinas?

¿Les recordabas tú que tenías que tomar alguna medicina?

¿Las tomabas tú solo? ¿porque te lo decía su mamá o porque tú sabías que las tenías que tomar?

¿Cuándo dejaste de tomar medicinas?

¿cuando lo dijo el médico?

¿cuando lo dijo tu mamá? ¿o tu papá?

8. ¿QUE ES LO QUE MAS LE MOLESTA DE LA ENFERMEDAD?

- * ¿No te gustaba estar enfermo? ¿Por qué?
- ¿Te gusta estar en casa y no tener que ir al colegio?
- ¿Estabas harto de estar enfermo?
- ¿Te daba rabia que otros hicieran cosas que tú no podías hacer porque estabas enfermo?
- ¿Se aprovecharon de que estabas enfermo? ¿Quién? ¿Cómo?
- ¿Te preocupaba retrasarte en el colegio? ¿Te retrasaste?
- ¿Tuviste que hacer tarea doble cuando te pusiste bueno?
- ¿Pensabas en lo que sus compañeros estarían haciendo en el colegio?
- ¿Te perdiste algo importante por estar enfermo?
(Fiesta de cumpleaños, partido,...)
- ¿Te gustaba que te dieran medicinas?
- ¿Te gustaba ver al médico?
- ¿Te molestaba no poder ir al colegio?
- ¿Te molestaban las visitas?
- ¿Te molesta que estuvieran pendientes de lo que puede o no puede hacer?

** 9. OPINION DEL NIÑO ACERCA DEL TRATAMIENTO O DE LOS TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS

- * ¿Cómo te curaste?
- * ¿Te dieron comidas especiales? ¿Estaba buena la comida?
- * ¿Te dieron medicinas? ¿Cuáles?
- * ¿Las recetó el médico o fue mamá quien decidió dártelas?
- * ¿Las tenía mamá en casa o las compró?
- * ¿Estaban buenas?
- ¿Hubieras preferido otras medicinas? ¿Cuáles?
- ¿Te llevaron al hospital?
- ¿Qué te hicieron?
- ¿Te operaron?
- ¿Cuántos días estuviste?
- ¿Te pusieron inyecciones?
- ¿Te dolió?
- ¿Cuántas te pusieron?
- ¿Todos los días hasta ponerte bueno?
- ¿Te despertaban por la noche para darte alguna medicina?
- ¿Qué era? (pastilla, jarabe, ...)
- * ¿Te dieron bebidas calientes? (manzanilla, leche, ...)
- * ¿Tuviste que estar en cama?
- ¿Mucho tiempo?
- ¿Te aburrías en la cama?
- ¿Te pusieron Vicks Vaporu?
- ¿Dónde?
- ¿Por qué?
- ¿Te gustó?
- * ¿Te dieron zumos de frutas?

- * ¿Te dieron masajes donde te dolía?
- ¿Te podían visitar otras personas?
- ¿Podías salir de casa, o tuviste que estar muchos días sin salir?
- ¿Te dejaban levantarte de la cama?
- * ¿Tenías que sudar?
- ¿Había cosas que no te dejaban hacer? ¿Cuáles?
- * ¿Te obligaban a comer algunas cosas?
- * ¿Te prohibían comer otras?
- * ¿Qué medicinas tomabas?
- * ¿Cuándo las tomabas?
- * ¿A qué sabían?
- * ¿Durante cuánto tiempo las tomaste?
- * ¿Cómo eran?
- * ¿Qué aspecto tenían?
- * ¿Eran buenas para ti?
- * ¿Te curaron?
- * ¿Te parece que las tomaste durante mucho tiempo?
- * ¿Sigues tomándolas?
- * Después de tomar las medicinas, ¿te sentías mejor, peor o igual?
- * ¿Quién te las daba?
- * ¿La tomabas tú? En caso afirmativo: ¿porque te lo recordaba tu madre o por que tú sabías que tenías que tomarla?
- * ¿Tú recordabas a tus padres que tenías que tomarte la medicina?
- * ¿Te obligaron a tomarlas? ¿qué pasó? (¿Cómo te obligaron?)
- * ¿Qué hacías si te obligan a tomar una medicina y tú no querías?

- * ¿Quién preferías que te diera las medicinas?
- * ¿Toma alguna medicina ahora? (vitaminas, antialérgicos,...) ¿cuáles? ¿dosis? ¿quién te las da?
- * ¿Cuándo dejaste de tomar las medicinas? ¿quién lo decidió?
- * Sugerir alguna medicina específica que pudiera haberse utilizado:
- * ¿Cuánta medicina tomaba? (sugerir una cantidad)
- * ¿De qué color era?
- * ¿Qué sabor tenía?

10. ¿QUE PIENSA EL NIÑO ACERCA DE LO QUE PIENSAN SUS COMPAÑEROS EN CLASE?

¿Preguntaron al profesor por qué no venías a clase?

¿El profesor explicó a los compañeros por qué no ibas a clase?

* ¿Se acordaron de ti? ¿Te echaron de menos?

* ¿Te llamaron por teléfono?

¿Te fueron a ver?

¿Querían que volvieras pronto al colegio?

¿Se alegraron de que no estuvieras en clase?

¿Se notaba tu ausencia en la pandilla?

¿Hiciste falta en el equipo?

¿Se alegraron de que faltases para ocupar tu sitio?

* ¿Te envidiaban tus compañeros porque no tenías que hacer la tarea o que ir al cole?

11. ¿QUE PIENSAN LOS PROFESORES DE LA ENFERMEDAD DEL NIÑO Y DE SU POSTERIOR RENDIMIENTO ESCOLAR?

¿El profesor llamó a casa para saber por qué faltabas?

¿Volvió a llamar al cabo de unos días para saber qué tal seguías?

* ¿El profesor estaba preocupado o triste porque estabas enfermo?

¿Cuando volviste a clase, el profesor se alegró de verte?

¿Te suspendió por haber faltado?

* ¿Te mandó tarea extra para casa?

¿Te preguntó si habías estudiado mientras estuviste malo?

¿Te riñó por no haber estudiado mientras estuviste malo?

* ¿Te trató de una forma especial cuando volviste a clase?

12. COSAS POSITIVAS Y VENTAJOSAS QUE EL NIÑO PUEDE SACAR DE TODO ESTO

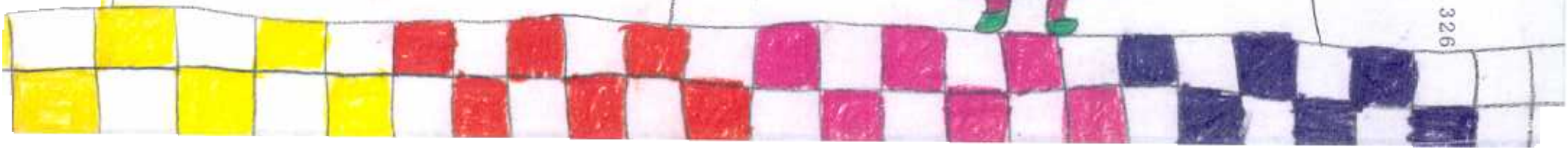
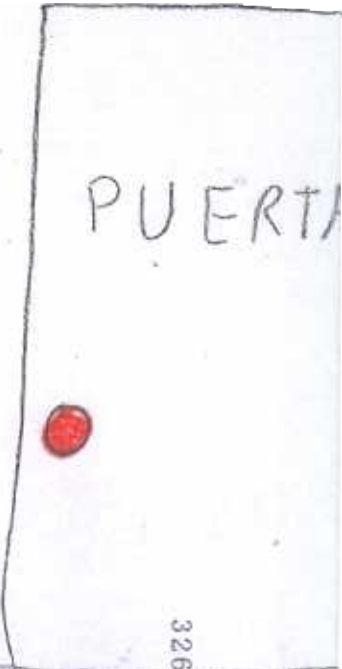
- * ¿Qué es lo que más te gustó de estar enfermo?
 - * ¿Te pusiste contento cuando te curaste? ¿por qué?
 - * ¿Qué te dio más alegría cuando te curaste?
- ¿Mientras estabas enfermo tenías que ayudar en casa o hacer alguna tarea? ¿Eso era una suerte?
- ¿Te gustaba estar enfermo porque todos te cuidaban?
- ¿Te gustaba estar enfermo porque todos te hacían más caso?
- ¿Te gustaba estar enfermo porque no tenías que ir al colegio?
- ¿Te gustaba estar enfermo porque no tenías que ayudar en casa?
- ¿Te gustaba estar enfermo porque podías estar todo el día viendo la tele y jugando?
- ¿Te gustaba estar enfermo porque te dejaban hacer lo que quisieras?
- ¿Te gustaba estar enfermo porque te traían regalos?
- ¿Te gustaba porque venían a verte los abuelos, amigos, vecinos, ...?
- ¿Te gustó, al volver al colegio, que tus amigos te preguntaran qué te había pasado?
- ¿Te gustó contarles lo que te había pasado?
- ¿Te gustó que el profesor te prestara una atención especial al volver al colegio?
- ¿Aprendiste algo sobre la enfermedad?

- El nombre
- Partes del cuerpo a las que afecta
- Causas
- Síntomas
- Tratamiento
- Medicinas: nombre, utilidad, dosis, forma de presentación (jarabe, pastillas, supositorios, ...)
- Si la enfermedad es contagiosa o no lo es
- Si la tienen sólo los niños
- Si él puede hacer algo para que no se repita

13. QUE COSAS LE DAN MAS ALEGRIA CUANDO SE CURA

- ¿Cuándo te dejaron volver al colegio?
- ¿Querías volver al colegio?
- ¿Querías ver a tus amigos, jugar con ellos?
- ¿Cómo te recibieron tus compañeros?
- ¿Cómo te recibió el profesor?
- ¿Qué es lo que más te gustó de ponerte bueno?
- ¿Estabas contento de poder volver a jugar a tu deporte/juego preferido?
- ¿Te perdió algo importante mientras estabas enfermo?
- ¿Te gustó poder volver a comer de todo otra vez?
- ¿Te gusta no tener que seguir tomando medicinas?

14. OTRAS CUESTIONES ABIERTAS, SEGUN EL CASO



PIN sujeto: 046-222

PIN entrev.: 05

-X, cuéntame toda la historia de lo que pasa en el dibujo
 -Estaba mala y tenía fiebre, entonces aquí me he dibujado yo en la cama, y aquí mi madre me trae un vaso de agua y yo me estoy tomando el jarabe
 -¿tú te lo estás tomando?
 -sí, y esto es lo que se cuelga así
 -¿una lámpara?
 -no, lo que hace así (sube y baja la mano)
 -ah!, como un muelle
 -¿y qué es lo que está colgando?
 -¿esto?, es "espinete"
 -es espinete y una luna, montado en una luna. Qué bonito!
 -y esto es la cortina de colores
 -entonces, ¿qué te pasó?, cuéntame
 -estaba muy mala, porque me dio constipado porque pisé el suelo descalza
 -¿y por eso te constipaste?
 - sí
 -¿sí? ¿te pusiste mala? ¿cómo te pusiste mala?
 -fui a casa de una amiga y entonces nos descalzamos y pisamos el suelo y entonces me puse mala
 -¿así fue como te pusiste enferma?
 -sí
 -¿estabas en casa de tu amiga?
 -no, estaba en mi casa
 -¿cuándo empezaste a ponerte mala?
 -al día siguiente
 -¿dónde estabas cuando empezaste a ponerte mala?
 -en mi casa, desayunando
 -¿y tú cómo sabías que estabas mala?
 -porque empecé a toser y a devolver
 -¿te dijo alguien que estabas mala, o tu lo sabías ya?
 -sí, porque fui al médico
 -¿el médico te lo dijo?
 -sí
 -entonces, cuando tu empezaste a ponerte mala, que estabas desayunando, ¿le dijiste a alguien que estabas mala?
 -sí, a mi madre
 -¿a tu madre? ¿ella todavía no te lo había notado?
 -no
 -¿y qué le dijiste?
 -que estaba mala
 -¿y qué hizo tu mamá?
 -llevarme al médico, para ver qué me pasaba
 -¿ese mismo día te llevó al médico?
 -sí. Me dijo que estaba mala, tenía un costipado que se llamaba gripe
 -¿tú sabes lo que es la gripe?
 -no
 -¿el médico con quién hablaba?
 -conmigo
 -¿qué más te dijo el médico?

-que tenía que estar en la cama unos pocos días
¿así te ibas a curar, estando en la cama?
-y tomando jarabe
-¿lo compró mamá o lo tenía ya en casa?
-lo compró porque se lo dijo el médico
-¿a ti te gusta ir al médico?
-sí
-por qué?
-porque es divertido
-¿por qué es divertido?
-porque me hace así (en la boca) con una cosa y eso está muy frío
-¿el médico es simpático?
-sí
-¿le conocías ya a ese médico?
-sí
-¿y te metiste en la cama? ¿o te metió mami en la cama?
-me metí yo
-y antes de ir al médico, ¿también estuviste en la cama?
-sí
-¿por qué? ¿quién te dijo que te acostaras?
-mi madre; y me dormí un rato y cuando me desperté estaba mejor
-¿eso fue después de ir al médico?
-sí
-¿quién te cuidaba?
-mi madre
-¿tu mamá está en casa?
-sí
-cuando estás mala ella es la que te cuida?
-sí
-¿tú quién preferirías que te cuidara?
-mi madre
-¿quién te ayudó a que te pusieras buena?
-mi madre
-¿cómo?
-pues poniéndome en la cama, dándome jarabe, en el desayuno me dio una pastilla
-¿te dio una pastilla? ¿se lo mandó el médico o ella decidió dártela?
-se lo mandó el médico
-¿cómo se llama la pastilla? ¿te acuerdas?
-sí, es blanca, de mayores y me da media
-¿se llama "aspirina"?
-sí
-y el jarabe, ¿cómo se llama?
-se llama
-¿no te acuerdas cómo se llama?
-no
-¿a qué sabe el jarabe?
-a fresa
¿te gusta?
-sí
-¿te gusta tomar medicinas?
-sí
-y la blanca redonda, ¿te gusta tomarla?

-no, sabe muy mala
-¿la tomas tú sola?
-me la da mamá y me la tomo yo
-¿qué hacías cuando estabas en la cama?
-dormía y a veces me ponía a jugar
-¿y qué más hacías?
-jugaba
-¿cuando estás mala te dan más mimos?
-no
-¿te dan alguna comida especial?
-sí
-¿cuál?
-pollo con patatas
-¿y te gusta?
-sí
-¿y alguna bebida?
-sí
-¿cuál?
-agua
-¿para qué te da agua?
-para que te cures
-no me has dicho si tenías fiebre
-sí
-¿cuánta fiebre?
-39
-¿tú sabes lo que es la fiebre?
-sí
-¿qué es la fiebre?
-algo que te viene cuando te pones mala
-¿qué te pasa?
-sí tienes mucho constipado te viene la fiebre
-¿tu mamá se asustó cuando te vio mala?
-no, porque ya me había pasado otras veces
-¿qué más te pasó?
-me acosté y al día siguiente me levanté y bebí más agua
-¿cuántos días estuviste malita?
-tres
-¿y cuántos días estuviste en la cama?
-dos
-cuando estás mala, ¿eso tiene algo bueno?
-sí
-¿qué tiene de bueno?
-que estás en la cama y duermes mucho
-¿y algo más?
-que está muy calentita y no te tienes que levantar
-¿y qué tiene de malo?
-te tienen que poner supositorios
-y no te gusta. Pero, ¿esta vez te pusieron supositorios?
-no
-¿qué más tiene de malo estar mala?
-que tienes que tomar mucho agua
-¿para qué?
-porque así se me quitan las flemas y se me quita el constipado
-¿cómo te curaste?

-me curé tomando mucho agua y jarabe
 -¿cuándo tenías que tomar el jarabe?
 -al mediodía y a la cena
 -¿cuántos días estuviste tomándolo?
 -dos
 -¿y cómo actúa el jarabe?, ¿qué hace dentro del cuerpo? ¿lo sabes?
 -no
 -¿cómo te cura?
 -no sé
 -y la otra, la media pastilla que tomaste, ¿cuántas veces la tomaste?
 -una
 -¿entonces qué fue lo que te curó?
 -el agua, el jarabe y la pastilla
 -¿cuándo empezaste a ponerte buena?
 -después de dos días, al tercer día que estuve en la cama
 -¿cómo sabías que te estabas poniendo buena?
 -me daba yo cuenta, porque estaba mejor
 -¿cuándo volviste al cole?
 -al cuarto día
 -mientras estabas enferma estabas enfadada porque estabas mala?
 -no
 -¿y estabas triste?
 -sí
 -¿por qué?
 -porque quería ir al cole
 -¿por qué no podías ir al cole?
 -porque tenía fiebre
 -¿se acordaba de ti alguien?
 -no sé
 -¿vino alguien a verte?
 -sí
 -¿quién vino?
 -Lola
 -¿quién es Lola?
 -mi tía
 -¿tus compañeros del cole se acordaban de ti?
 -sí
 -¿sabían que estabas mala?
 -sí
 -¿te llamaron por teléfono?
 -no
 -¿alguien te trajo un regalo? ¿tu tía o tu mamá...?
 -sí, mi tía
 -¿qué te trajo?
 -me trajo recortables
 -hala, qué suerte!, con lo que me gustan a mí los recortables... X,
 cuando volviste al cole, ¿tenías trabajo que recuperar?
 -sí
 -¿te ayudó la profesora?
 -no, me dijo lo que tenía que hacer y lo hacía en casa
 -X, ¿a ti te gusta estar enferma?
 -no
 -¿y tomar medicinas?

- sí
- ¿cuáles te gustan más?
- las de fresa
- cuando tomabas la medicina ¿tú le recordabas alguna vez a mamá que tenías que tomarlo?
- no. Me lo daba mamá
- ¿y si se le olvidaba a mamá?
- yo se lo recordaba
- ¿estás tomando alguna medicina ahora?
- ahora estoy tomando una pastilla que se echa en el agua y es de color naranja y se deshace y sabe a naranja
- ¿te gusta?
- sí
- ¿para qué es esa medicina?
- para que se me cure pronto el constipado

23. AUTONOMIA ACERCA DE LA TERAPIA Y DE TOMAR MEDICINAS (¿quién se las daba?, ¿se lo recordaba a los padres?, ¿la tomaba él porque se lo decían los padres o porque lo sabía él?)

- 001-151 madre o abuela; se acordaba él de pedirla cuando le dolía

- 002-151 el jarabe me lo puedo tomar yo, la pomada es más difícil, siempre sabe cuando se la tiene que tomar; a veces me lo recuerda mi hermana; dejó de tomarla cuando yo digo: mamá me encuentro bien

- 003-151

- 004-121 dejar de tomar medicinas: decidió el médico, y yo tampoco quería. Madre se acordaba de dar medicinas

- 005-121 los supositorios se los pone su madre. Mi madre me la echa en la cuchara (jarabe) y yo me lo bebo solo. A veces se lo decía yo porque no se acordaba. Nunca ha ido solo a comprar medicinas

- 006-121 en el dibujo está tomando el jarabe por sí mismo. Algunas veces me lo daba (madre) y otras veces lo tomaba yo. Me decía cómo se llamba y yo lo leía en las cajas

- 007-121 mamá

- 008-122 los supositorios me los ponía mi madre

- 009-121 mamá me da las medicinas; yo voy a la farmacia con mi madre y compro las medicinas que receta el médico

- 010-122 madre; ella se acordaba y se lo recordaba a su madre

- 011-121 madre; nunca solo; sólo unas pastillas verdes; a veces se lo recuerda

- 012-121 me fui a la cama yo solo; mamá se está quietecita y me deja ir solo

- 013-122 madre; me decía mi madre el nombre y yo la cogía

3) - 014-121 madre. A veces unos polvos él solo; él sabe cuando se lo tiene que tomar; el jarabe su madre porque a él se le puede caer

1) 2) 3) ⊕ 015-121 él decidió meterse en cama; les dije (a sus padres) que tenía que ir al médico porque me dolía la garganta. Él sabía cuándo tomar las medicinas y se lo recordaba a padres. Cuando ya no me dolía la garganta dije: ya no me duele, y lo dejé de tomar.

- 016-121 me tocó la frente y si está caliente tengo fiebre. Lo primero que hizo fue llamar a la enfermera. Mamá siempre le da las medicinas; él alguna vez las coge solo

- 017-121 madre

- 018-121 madre; a veces se acordaba él y otras su madre; decía yo que era la varicela y no quería ir al cole, no quería salir (de la cama)

- 019-121

- 020-121 madre y padre

- 021-151 madre; si no se acuerda se lo recuerdo

- 022-151 (en el dibujo tiene una aspirina en la mano)

- 023-152 mi madre me dice, por ejemplo, cada seis horas, entonces yo estoy pendiente siempre del reloj y me las tomo yo siempre; cuando es jarabe ya me lo echa mi madre

- 024-152 madre siempre

- 025-151 lo tomaba yo y algunas veces que se me olvidaba me lo

daba mi padre; algunas veces me acordaba yo y otras me decía (mi padre): venga, a tomarte el sobre

- (2) 026-151 las cápsulas las cogía yo y mi madre me daba el jarabe; cuando se empezó a sentir mejor él decidió levantarse de la cama
- 027-152 mi madre me la echaba en la cuchara y yo la tomaba; se lo recordaba a su madre si se le olvidaba; le decía a su madre: voy a tomarla; iba yo a por la cuchara y a por la medicina y la tomaba
- 028-151 a veces me lo da mamá y a veces se lo recuerdo yo; nunca lo toma solo; se metió él en la cama
- 029-152 madre; él se acordaba siempre
- (4) 030-151 madre; me acordaba pero no se lo decía porque estaban asquerosas; yo le dije a mi madre que ya no necesitaba seguir tomando las medicinas; él decidió cuándo levantarse de la cama
- 031-151 como su madre está en el trabajo se las da su abuelo;
- (4) nunca las toma solo; si se le olvida no se lo recuerdo
- 032-251 yo le dije (a madre) que no podía ir a clase; madre da medicinas
- 033-252 yo me lo tomaba; los padres se lo recordaban
- 034-251 me las dan a la hora que me las tengo que tomar, porque si me las tomo yo sola me puede pasar algo; si se les olvida se lo recuerda él
- 035-252 padre le da la medicina
- 036-252 (otras veces) no se lo recordaba a padres porque siempre se acuerdan ellos
- 037-252 madre; sola no; algunas veces se lo recordaba
- (3) 038-252 padre; se acordaba él; yo con tal de que no me las diera ...; decidió junto con sus padres cuándo volver al colegio
- 039-251 la crema me la doy yo; los baños en agua fría y caliente los hace él; si alguna vez se le olvida se lo recuerda su madre
- (3) - 040-221 mi madre y yo por la tarde cuando ella está trabajando; en la caja ponía las horas cuando me las tenía que tomar; se lo recordaba
- 041-221 siempre me las da mi madre, porque tiene más vacaciones que mi padre; se lo recuerda si se le olvida
- 042-221 madre; se acordaba ella
- 043-221 abuela a veces; padre o madre
- 044-221 madre; no se lo recuerda
- (3) 045-221 padres o tía; nunca solo; él, junto con sus padres, decidió que no necesitaba más medicina
- 046-222 (describiendo el dibujo): yo me estoy tomando el jarabe; se metió ella en la cama; me la da mamá y me la tomo yo
- (3) 047-221 madre prepara la mezcla y él se pone y se quita la maskarilla; él decide cuándo descansar
- 048-222
- 049-222 madre
- 050-222 la persona que le cuida y sus padres cuando están; a la que me cuida se lo tenía que decir yo
- 051-121 primo (madre trabaja)
- 052-121 antes me la daba mi hermana pero ahora me la bebo yo
- 053-121
- 054-121 le dijo a su madre que llamase al médico; sabía que se estaba curando porque lo notaba

- 055-122 me la da mamá

(3) // ~~056-221 madre; los últimos días me lo daba ya yo; también metía el pie en agua caliente con sal; cuando se le olvidaba y no se lo recordaba yo daba igual~~

- 057-252 tía (estaba de visita en su casa)

- 058-222 inyecciones: médico

- 059-221 madre; nunca solo; no se lo recordaba porque se acordaban ellos

- 060-222 me lo daban papá y mamá

- 061-251 madre, solo no; se acordaba ella

- 062-252 madre; se acordaba su madre; nunca sola

- 063-151

- 064-151 madre

// ~~065-252 madre le dio un sobre de Ardine; por las noches me ponía (yo) un pañuelo en el cuello y me tapaba bien para sudar~~

padre en cuello; a veces
- ~~066-251 madre; a veces se lo tenía que recordar; nunca solo; yo dije que ya me sentía mejor y mi padre dijo que ya no me las tomase~~

- 067-251 madre y padre; el termómetro se lo pusieron unas veces su madre, otras su padre y otras él

- 068-251 madre, y cuando está el padre también el padre

- 069-252 ella decidió meterse en la cama

- 070-

meds. ~~071-251 madre; se lo recordaba; él suele decidir cuándo dejar de tomar las medicinas~~

- 072-351(bis) madre le da medicinas, le pone paños en la cabeza, le da leche caliente

meds. ~~073-251 (otras veces) madre; nunca solo; se lo recuerda; prefiere tomarlas él mismo, pero su madre no le deja; mi madre me pregunta si estoy mejor y si digo que sí dejo de tomarlas~~

- 074-251 me las tomaba yo; mi madre me las daba y yo las tomaba; nunca solo; se lo recordaba; prefiere tomar las medicinas él

- 075-251 me lo daba mi madre porque a mí se me cae siempre; le dije a mi abuela, abuela ponme el termómetro que tengo mucho calor

- 076-252 madre, nunca sola, no se lo recuerda

- 077-252 me decía cuándo me la tenía que tomar y me la daba mi madre; a veces se lo recordaba yo a ellos y a veces ellos a mí

- 078-221 NO MEDICINAS

- 079-221 el médico le puso la inyección; (otras veces) madre; a veces se las echa él solo; a veces se las toma él solo; no se lo

~~recuerda a sus padres porque ya lo saben ellos, no tiene que recordárselo~~

(3) ~~080-222 mi madre; a veces me dejan echarme yo la cucharada y tomarlo; se lo recordaba; yo también me iba a la cama sola y hacía otras cosas~~

- 081-222 madre; ella la tomaba alguna vez, pero yo no la cogía, mi madre la preparaba; no se lo recordaba porque ella se acordaba y por las noches me preguntaba que si hacía falta que me diera la aspirina y yo no, y ella dice que ella cree que no, y yo hago lo que ella quiera

- 082-222 madre; nunca solo; se lo recordaba; prefiere tomar las medicinas ella sola, pero se madre no quiere

- 083-222 madre, porque yo no sabía lo que había que hacer; le

digo: "mamá, que se te olvidó la medicina"

- 084-252 NO MEDICINAS; madre la cuida, la abriga, etc
- 085-221 NO MEDICINAS; (otras veces) mi padre y mi madre; no se lo recuerda porque no se les olvida; nunca solo; preferiría tomar él mismo las medicinas; le prohíben decidir por él mismo qué medicinas tomar y tomarlas él
- 086-251 cuando ella (madre) no podía me la tomaba yo y cuando ella podía me la daba ella
- 087-152 me la dió mamá
- 088-352 algunas veces me las echo yo en el vaso y las disuelvo, pero otras veces me las da mi madre
- 089-352 (otras veces) madre
- 090-352 mi padre; a veces se me olvidaba y otras me la tomaba yo sola; cuando la tomaba sola era porque ella se acordaba; pero a veces se me olvidaba y mi madre llamaba por teléfono desde el trabajo para que me la tomara
- 091-352 mi madre; no se lo recordaba porque se acordaba ella; me di cuenta de que empecé a estar un poquito mala
- 092-322 la tomo yo; se la preparan y ella la toma; ella decide levantarse de la cama para merendar
- 093-322
- 094-X22 madre o abuela o alguien mayor; nunca sola; se lo recordaba; al tercer día le dije a mi madre "ya no me siento mal"
- 095-X51 (otras veces) mi madre; si se le olvida a su madre se lo recuerda él
- 096-322 me las daba mi madre; a veces me dolía un poco más la cabeza, entonces me iba a la cama
- 097-451 me la daba mi madre; alguna vez su padre
- 098-421 (hospital) enfermeras
- 099-421 mi padre o mi madre; no se lo recordaba, ellos se acordaban

(3) - 100-421 madre; lo tomaba solo cuando ella me lo decía; no se lo recordaba

Medicinas:

	(1) 'el/ella':	madre:	padre:	madre u otro familiar:	madre padre:	madre prepara y él toma:	madre o padre y él:
2.1	4	9	0	1	5	2	6
2.2	1/5	7/16	0	1/2	2/7	2/4	1/7
5.1	1	11	0	2	4	1	5
5.2	2/8	10/37	3/3	1/5	5/12	1/6	1/13

Don't know (5.1 y 2.1) dicen q. prefieren tomarlas ellos mismos, pero su madre no les dejan. Se refiere a una medic. concreta, no quiere decir q. sp. tome él todas las p.e.: el jarabe me lo tomaba yo.

- (1) Se refiere a una medic. concreta, no quiere decir q. sp. tome él todas las p.e.: el jarabe me lo tomaba yo.
- (2) ejemplo: mi madre me echó el jarabe en la cuchara y yo me lo bebí solo.
- (3) Copiar ejemplos con (3), sobre ≠ situaciones. Darlos a las madres; algunas, pastillas y sobre los toman solos a veces.

Se lo recuerda a padre en algunas

	Se lo recuerda a padre en algunas	No se lo recuerda
2.1	7	8
2.2	5/12	1/4
5.1	14	0
5.2	6/30	5/5

NOTA: Ver en categorías 26, 27 y 58 autonomía pa decidir tomar u dejar de tomar, medi. y pa volver a vida normal e incluir aquí: 6 niños q. se recuperan espontáneamente a q. ellos se curan o se curan por su cuenta a través de al médico, levantarse, etc en agua, frutas

Da a los 14: 2: no se lo recuerda, pa no tener q. tomarlas. } = 10

ANEXO B: CUESTIONARIO DE ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE LOS NIÑOS
ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS

ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS ANTE LOS MEDICAMENTOS(NIÑOS)

PIN sujeto _____ PIN entrevistador _____

1. ¿Qué es una medicina?
2. ¿Qué formas pueden tener las medicinas?
3. ¿Las medicinas se toman sólo por la boca?
1=No 2=Sí 3=No sé
¿Por dónde más?
4. ¿Alguna vez le has sugerido a mamá que te compre una medicina que has visto anunciada en la TV?
1=No 2=Sí 3=No sé
5. ¿Te compra mamá las medicinas que anuncian en la TV sin que tú se lo pidas?
1=No 2=No 3=No sé
6. ¿Qué medicinas recuerdas haber visto anunciadas en la TV?
7. ¿Te gusta más tomar la medicina si es de colores bonitos? 1=No 2=Sí 3=No sé
8. Si estuvieras enfermo y tuvieras que tomar medicinas, ¿la misma medicina podría tener distintos colores?
1=No 2=Sí 3=No sé
9. ¿Una pastilla roja puede ser igual por dentro que una verde? 1=No 2=Sí 3=No sé
10. Si estuvieras enfermo, ¿qué te ayudaría más: una pastilla grande/ una pastilla pequeña?
11. Si estuvieras enfermo, ¿qué te ayudaría más: una medicina que sabe mal/ una medicina que sabe bien?
12. ¿Te gusta más tomar la medicina si tiene una forma diferente, es redonda o muy larga o se abre de forma especial? 1=No 2=Sí 3=No sé
13. ¿La misma medicina puede estar en una pastilla y en un líquido? 1=No 2=Sí 3=No sé
14. ¿Las medicinas y las drogas son lo mismo?
1=No 2=Sí 3=No sé
15. Si estuvieras enfermo, ¿qué te ayudaría más, una medicina comprada: en la farmacia/ en el supermercado?

16. ¿Crees que todas las medicinas son buenas para la salud?
1=No 2=Sí 3=No sé
- ¿Por qué?
17. ¿Las medicinas que recetan los médicos son mejores que otras medicinas? 1=No 2=Sí 3=No sé
18. Si estás enfermo, ¿las medicinas que se compran en la farmacia te ayudan siempre a ponerte bueno?
1=No 2=Sí 3=No sé
19. Si estás enfermo, ¿las medicinas que te receta el médico te ayudan siempre a ponerte bueno?
1=No 2=Sí 3=No sé
20. ¿Crees que si tomas más medicinas cuando estás enfermo te pondrás antes bueno? 1=No 2=Sí 3=No sé
21. ¿Crees que si te dan algunas medicinas sin estar enfermo eso evitará que lo estés? 1=No 2=Si 3=No sé
- ¿Por qué?
22. ¿Crees que es necesario consultar siempre al médico para tomar una medicina? 1=No 2=Si 3=No sé
23. ¿Qué medicinas crees tú que se pueden tomar sin necesidad de ir al médico?
24. ¿Te molesta tener que tomar medicinas? 1=No 2=Si 3=No sé
25. ¿Crees que algunas medicinas son buenas para curar una parte del cuerpo pero perjudican a otra parte del cuerpo?
1=No 2=Si 3=No sé
26. ¿Puede ser peligroso tomar una medicina durante mucho tiempo? 1=No 2=Sí 3=No sé
- ¿por qué?
27. ¿Puede ser peligroso tomar algunas medicinas sin consultar al médico? 1=No 2=Sí 3=No sé
28. ¿Sabes siempre para qué es cada medicina que tomas?
1=No 2=Sí 3=No sé
29. ¿Crees que la mayoría de las personas mayores toman: demasiadas medicinas/ la cantidad correcta/ demasiado pocas?

16. ¿Crees que todas las medicinas son buenas para la salud?
1=No 2=Sí 3=No sé
- ¿Por qué?
17. ¿Las medicinas que recetan los médicos son mejores que otras medicinas? 1=No 2=Sí 3=No sé
18. Si estás enfermo, ¿las medicinas que se compran en la farmacia te ayudan siempre a ponerte bueno?
1=No 2=Sí 3=No sé
19. Si estás enfermo, ¿las medicinas que te receta el médico te ayudan siempre a ponerte bueno?
1=No 2=Sí 3=No sé
20. ¿Crees que si tomas más medicinas cuando estás enfermo te pondrás antes bueno? 1=No 2=Sí 3=No sé
21. ¿Crees que si te dan algunas medicinas sin estar enfermo eso evitará que lo estés? 1=No 2=Si 3=No sé
- ¿Por qué?
22. ¿Crees que es necesario consultar siempre al médico para tomar una medicina? 1=No 2=Si 3=No sé
23. ¿Qué medicinas crees tú que se pueden tomar sin necesidad de ir al médico?
24. ¿Te molesta tener que tomar medicinas? 1=No 2=Si 3=No sé
25. ¿Crees que algunas medicinas son buenas para curar una parte del cuerpo pero perjudican a otra parte del cuerpo?
1=No 2=Si 3=No sé
26. ¿Puede ser peligroso tomar una medicina durante mucho tiempo? 1=No 2=Sí 3=No sé
- ¿por qué?
27. ¿Puede ser peligroso tomar algunas medicinas sin consultar al médico? 1=No 2=Sí 3=No sé
28. ¿Sabes siempre para qué es cada medicina que tomas?
1=No 2=Sí 3=No sé
29. ¿Crees que la mayoría de las personas mayores toman: demasiadas medicinas/ la cantidad correcta/ demasiado pocas?

30. ¿Crees que la mayoría de los niños: toman demasiadas medicinas/ la cantidad correcta/ demasiado pocas?
31. ¿Crees que las vitaminas que necesitan los niños de tu edad están todas en la comida? 1=No 2=Sí 3=No sé
32. ¿Si estás estreñido prefieres tomar ciruelas/ medicinas?
33. ¿Cuando el médico te receta medicinas escuchas atentamente para saber cuántas, cuáles y cuándo te las tienes que tomar? 1=No 2=Sí 3=No sé
34. Si el médico te ha dicho que las tomes siempre antes de las comidas, ¿tú lo haces siempre?
1=No 2=Sí 3=No sé
35. ¿Te preocupas si alguna vez te olvidas de tomarlas antes de comer? 1=No 2=Sí 3=No sé
36. Si el médico te manda tomar una medicina cada 6 horas, ¿se lo recuerdas a tus padres? 1=No 2=Sí 3=No sé
37. ¿Te preocupas si no tomaste la medicina a la hora que te dijo el médico? 1=No 2=Sí 3=No sé
38. ¿Cómo prefieres las medicinas, en: cápsula/ tableta/ líquido/ inyección/ supositorio/ inhalador/ gotas?
39. ¿Qué es lo que hace que una medicina te guste más que otra?
40. (Usar el gráfico de barras) Ahora, para las siguientes preguntas quiero que señales la barra que indica cómo te sientes. La barra más corta significa que no estás nada de acuerdo; la barra más larga significa que estás totalmente de acuerdo; la barra del medio significa que te sientes neutral o que no tienes una opinión clara hacia uno u otro lado. Vamos a practicar un poco ... Este eres tú mismo hablando "tengo dos años"; "me gustan las hamburguesas"; "me gusta jugar en la calle", "me gusta ir al colegio" (el entrevistador continuará hasta que el niño haya comprendido el gráfico)

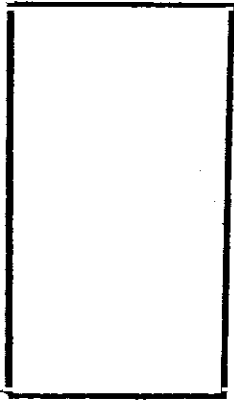
1= Totalmente en Desacuerdo 2=En Desacuerdo 3=Neutral
4= De Acuerdo 5=Totalmente de Acuerdo

- a. ___ Las medicinas me pueden ayudar cuando tengo un catarro
- b. ___ Las medicinas me pueden ayudar cuando tengo problemas para dormir
- c. ___ Las medicinas me pueden ayudar cuando estoy

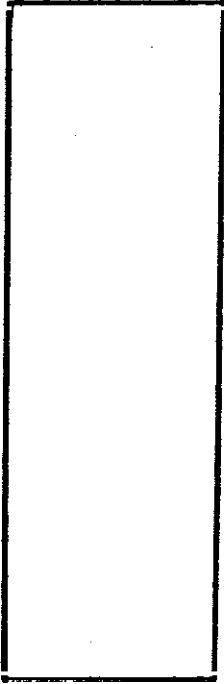
- d. ___ cansado
Odio los gatos
- e. ___ Las medicinas me pueden ayudar cuando tengo
fiebre
- f. ___ Las medicinas me pueden ayudar cuando estoy
nervioso
- g. ___ Las medicinas me pueden ayudar cuando tengo
problemas para estar despierto
- h. ___ Las medicinas me pueden ayudar cuando me duele el
estómago
- i. ___ Me gusta tomar medicinas
- j. ___ Las medicinas me pueden ayudar cuando no me puedo
dormir
- k. ___ Las medicinas me pueden ayudar cuando estoy
triste
- l. ___ Las medicinas me pueden ayudar cuando me duele la
cabeza
- m. ___ Las medicinas me pueden ayudar cuando me siento
débil
- n. ___ Las medicinas me pueden ayudar cuando me siento
deprimido
- o. ___ Me gustan los gatos
- p. ___ Las medicinas me pueden ayudar cuando estoy
estreñado
- q. ___ Odio tomar medicinas
- r. ___ Las medicinas me pueden ayudar cuando tengo
hambre



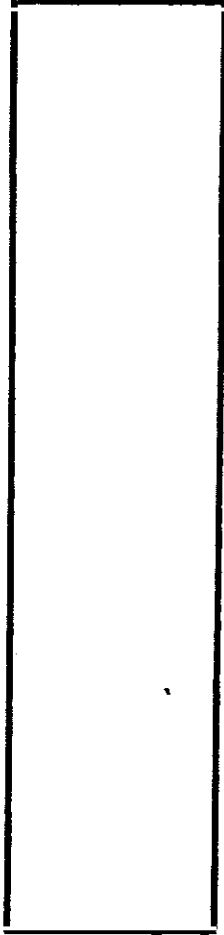
1



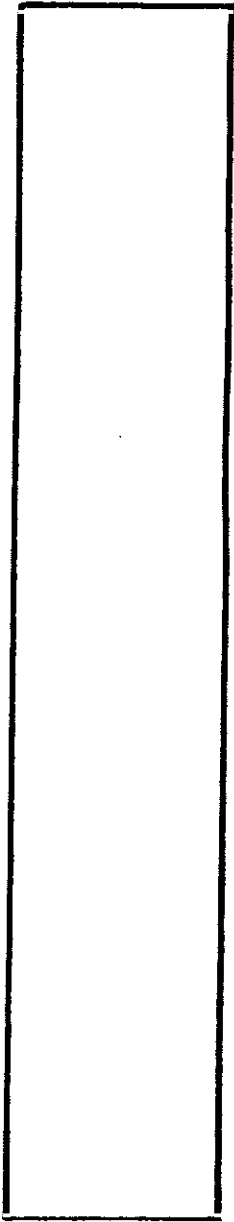
2



3



4



5

ANEXO C: CUESTIONARIO DE AUTONOMIA INFANTIL

NIVEL DE AUTONOMIA

(NIÑOS)

PIN sujeto _____ PIN entrevistador _____

1. ¿Cuántos años tenías la primera vez que fuiste a la tienda con un niño mayor que tú, por ejemplo un hermano o primo?
99=Nunca o Edad en años _ _
2. ¿Cuántos años tenías la primera vez que fuiste a la tienda con una lista de la compra para tu madre?
99=Nunca o Edad en años _ _
3. ¿Cuántos años tenías la primera vez que fuiste solo a comprar medicinas o vitaminas? 99=Nunca o Edad en años _ _
4. ¿Cuántos años tenías la primera vez que fuiste solo a la farmacia a recoger una receta? 99=Nunca o Edad en años _ _
5. ¿Cuántos años tenías la primera vez que fuiste a comprar sin una lista o sin que te lo mandaran?
99=Nunca o Edad en años _ _
6. ¿Cuántos años tenías la primera vez que te quedaste solo en casa?
99=Nunca o Edad en años _ _
7. ¿Cuántos años tenías la primera vez que cocinaste algo?
99=Nunca o Edad en años _ _
8. ¿Cuántos años tenías la primera vez que te fuiste a jugar a un lugar sin que tu madre supiese dónde estabas?
99=Nunca o Edad en años _ _
9. ¿Cuántos años tenías la primera vez que te quedaste jugando por la noche sin que nadie te cuidase?
99=Nunca o Edad en años _ _
10. En comparación con otros niños/as de tu edad, tú (lee las opciones) 1=haces menos cosas por ti mismo, 2=haces las mismas cosas por tí mismo, o 3=haces más cosas por ti mismo? _____
11. ¿Las medicinas que hay en tu casa están guardadas en un sitio donde tú puedes alcanzarlas? 1=No 2=Sí _____
12. Si estuvieras solo en casa y tuvieras un dolor de cabeza fuerte, qué harías? 1=Nunca estoy solo en casa, 2=Nada 3=tomar medicina, 4=Comer/beber/descansar, 5=Llamar a un adulto, 6=Otras respuestas, 9=No sé _____

Autores: Patricia Bush y Ronald Iannotti. Georgetown University School of Medicine. Department of Community and Family Health. Washington, D.C., 1992

Traducción autorizada para la edición española por: Pilar Aramburuzabala y Aquilino Polaino-Lorente. Facultad de Educación. Universidad Complutense. Madrid.

ANEXO D: CUESTIONARIO ACERCA DE LA SALUD Y LOS MEDICAMENTOS,
PARA ADULTOS

CUESTIONARIO ACERCA DE LA SALUD Y LOS MEDICAMENTOS

(PADRES)

PIN sujeto _____ PIN entrevistador _____ Padre/Madre/Otro _____

A. El historial de salud del niño

(Preguntas acerca de las enfermedades pasadas y presentes del niño)

1. ¿Qué enfermedades recuerda en el niño desde su nacimiento? (Anotar, si es posible, la estación del año por orden cronológico)

ENFERMEDAD	EDAD	ESTACION	¿SE CONSULTO CON MEDICO?	¿RECETO MEDICINAS?
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

2. ¿El niño/a suele tener algún otro problema leve de salud del que aún no se haya hablado? (incluidos los que no necesitan de guardar cama ni atención del médico)
 Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál/es? _____

3. ¿Alguna vez ha tenido el niño/a alguna enfermedad seria?
 Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ ¿qué pasó? _____

4. En su opinión, ¿a qué problemas de salud es más susceptible el niño/a? _____

5. En general, ¿qué es lo que hace que enferme? _____

Autores: Pia Haudrup y Rolf Wirsing. Cuestionario utilizado en la investigación sobre Medicamentos e Infancia de la CEE (COMAC/HSR)

Traducción y adaptación para la edición española por: Pilar Aramburuzabala y Aquilino Polaino-Lorente. Facultad de Educación. Universidad Complutense. Madrid.

6. ¿Tiene ahora algún tipo de enfermedad crónica o recurrente?
 Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál? _____

7. Las enfermedades del niño han sido diferentes (en términos de tipo, gravedad, duración, frecuencia, etc) de las de sus hermanos/as? _____

8. Las enfermedades recientes del niño son diferentes de las que tuvo cuando era más pequeño? _____

B. Reconocimiento y evaluación de síntomas

(Preguntas acerca de la naturaleza de los síntomas, los episodios de la enfermedad y su significado)

1. Por lo general, ¿cómo nota que su hijo está enfermo? (por la conducta, palabras u otras señales) _____

2. ¿La conducta del niño cuando está enfermo es distinta a la de sus hermanos cuando también lo están?
 Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué se diferencia? _____

3. ¿Considera Vd. que, en comparación con otros niños de su edad, su hijo es un chico sano?
 Sí No

¿Por qué? _____

C. Quien cuida al niño

(Preguntas para comprobar quién/es cuida/n al niño y quién es el responsable principal de su cuidado)

1. ¿Quién o quiénes cuidan del niño cuando está enfermo y no puede cuidar de sí mismo?

Nombres y relación con el niño: _____

2. ¿Quién es el principal responsable del cuidado del niño cuando está enfermo? _____

¿por qué? _____

3. ¿Qué ocurre con el niño/a cuando Vd tiene que atender sus otras obligaciones (p.e. ir a la compra, a trabajar, atender la casa, etc.)? _____

4. ¿Alguna enfermedad del niño ha constituido una carga física o psicológica para Vd? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, ¿qué pasó? _____

¿Quién le ayudó? _____ ¿cómo? _____

D. Acciones en caso de síntomas y enfermedades

(Preguntas acerca de cómo la persona cuida en general al niño cuando está enfermo. Si tiene dificultades a la hora de generalizar, es conveniente centrar las preguntas en los síntomas y problemas más frecuentes, o en la última vez que el niño estuvo enfermo)

1. ¿Crée que al niño le gusta estar enfermo?
_____ Sí _____ No

¿por qué? _____

2. Cuando el niño está enfermo (o la última vez que estuvo enfermo) qué suele hacer para que se recupere?
(autocuidado, buscar ayuda médica, remedios caseros, etc.)

(Si el padre/madre dice: "depende de...", preguntar de qué cosas depende) _____

E. Uso general de los medicamentos

1. ¿Qué medicinas diría Vd. que utiliza con más frecuencia en su casa? _____

2. ¿Podría decirme, en general, qué medicinas trata siempre de tener a mano en su casa? _____

3. (Si la persona que responde comienza a enseñar las medicinas, utilizar la hoja de registro de los medicamentos y al finalizar, volver al cuestionario)

4. ¿Alguna vez tuvo necesidad de comprar medicinas en una farmacia de guardia?
 Sí No

En caso afirmativo: ¿cuándo? _____
 ¿qué pasó? _____
 ¿qué compró? _____
 ¿quién le dijo que lo hiciera? _____

5. ¿Alguna vez le ha dado alguien medicinas?
 Sí No

En caso afirmativo: ¿qué pasó? _____
 ¿qué medicinas fueron? _____

6. a. ¿Ha sugerido Vd. a alguien que utilice un medicamento?
 Sí No

En caso afirmativo: ¿qué medicina era? _____

- b. ¿o le ha dado uno de los suyos?
 Sí No

En caso afirmativo: ¿Qué medicina era? _____

7. ¿Qué remedios caseros se usan en la familia? _____

¿Cómo los aprendió? _____

8. ¿Qué medicinas toman los niños con más frecuencia? _____

9. ¿Considera que las vitaminas son medicamentos? Sí No

¿y los minerales? Sí No

¿Está su hijo tomando vitaminas/minerales? Sí No

En caso afirmativo, ¿por qué? _____

¿autorrecetado? Sí No

¿Tomó vitaminas/minerales en el pasado? Sí No

En caso afirmativo, ¿autorrecetado? Sí No

¿Cuál es la función de las vitaminas? _____

¿Cuándo cree Vd. que se deben tomar vitaminas? _____

10. ¿Mira la fecha de caducidad de las medicinas que guarda?
 ___ Sí ___ No

En caso afirmativo: ¿cuándo? (p.e., periódicamente?, antes de volver a tomarlo?, etc.) _____

11. a. ¿Con qué medicinas hay que ser más cauteloso? _____

¿por qué? _____

b. ¿y menos cauteloso? _____

¿por qué? _____

12. ¿Qué opinión tiene de las medicinas en general? _____

13. ¿Crée que el Seguro Social cubre adecuadamente el pago de las medicinas que necesita?
 ___ Sí ___ No

En caso negativo: ¿qué necesita que no puede conseguir? _____

14. ¿Crée que los seguros médicos privados deberían cubrir el gasto de las medicinas?
 ___ Sí ___ No

F. Uso de medicinas en situaciones específicas

1. Voy a mencionar algunas situaciones y le pediré que me dé su opinión acerca de si el uso de medicamentos -recetados por el médico o autorrecetados- podría ser útil para el niño:

¿LOS MEDICAMENTOS PUEDEN SER EFICACES PARA	SI	NO	¿CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE DIO UNA MEDICINA A SU HIJO/A POR UNO DE ESTOS PROBLEMAS?
-----	---	---	-----
tos	_____	_____	_____
catarro	_____	_____	_____
dolor de cabeza	_____	_____	_____
dolor de estómago	_____	_____	_____
diarrea	_____	_____	_____
estreñimiento	_____	_____	_____
falta de apetito	_____	_____	_____
sobrepeso	_____	_____	_____
hiperactividad	_____	_____	_____
problemas para dormir	_____	_____	_____
cansancio	_____	_____	_____

(continúa)

¿LOS MEDICAMENTOS
PUEDEN SER EFICACES
PARA

SI NO

¿CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE
DIO UNA MEDICINA A SU HIJO/A
POR UNO DE ESTOS PROBLEMAS?

-----	---	---	-----
infecciones de oído, nariz, ojos	___	___	_____
mareos en viajes	___	___	_____
piojos	___	___	_____
lombrices	___	___	_____
picaduras o mordeduras	___	___	_____
heridas y arañazos	___	___	_____
dificultad para concentrarse	___	___	_____
enuresis	___	___	_____
movimientos poco coordinados	___	___	_____
depresión	___	___	_____

2. Si su hijo/a tiene un catarro y desea salir porque tiene una actividad importante (p.e. la final de un torneo), ¿qué medicina le daría? _____

¿por qué? _____

Y si tiene diarrea y desea salir por una actividad importante, ¿qué medicina le daría? _____

¿por qué? _____

G. Prevención de enfermedades

(Preguntas acerca de las medidas preventivas que la madre toma con respecto al niño para prevenir las enfermedades. Si la persona tiene dificultades para generalizar, es conveniente centrar las preguntas en una de las enfermedades más frecuentes del niño)

1. ¿Crée Vd. que puede hacer algo para evitar que el niño caiga enfermo?

___ Sí ___ No

En caso afirmativo: ¿Qué crée Vd. que puede hacer? _____

2. Crée Vd. que su hijo/a puede hacer algo para no caer enfermo?

___ Sí ___ No

En caso afirmativo: ¿qué crée Vd. que su hijo/a podría hacer para estar sano? _____

ANEXO E: INVENTARIO DE MEDICAMENTOS EN EL HOGAR

CODIGOS PARA CUADRO DE MEDICINAS EN EL HOGAR

CODIGOS DE QUIEN LO UTILIZO	CODIGOS DE CATEGORIA TERAPEUTICA
21 Niña del estudio	1 análgico/antipirético
11 Niño del estudio	2 descongestionante
22 Otra niña \leq 2 años	3 antihistamínico (para alergia)
12 Otro niño \leq 2 años	4 antiinflamatorio no-esteroide
23 Niña 3-14 años	5 vitamina/mineral
13 Niño 3-14 años	6 crema
24 Mujer 15-24 años	7 gotas ojo/nariz/oído
14 Hombre 15-24 años	8 laxante
25 Mujer 25-44 años	9 antidiarreico
15 Hombre 25-44 años	10 antiácido/otro para estómago
26 Mujer 45-64	11 tranquilizante/sedativo/hipnót
16 Hombre 45-64	12 antidepresivo/antipsicótico
27 Mujer \geq 65 años	13 corazón (angina/otro)
17 Hombre \geq 65 años	14 antihipertensión/diurético
38 Varios niños/as $<$ 15 años	15 antiinfeccioso sistémico (antibiótico)
39 Varios adultos \geq 15 años	16 contraceptivo oral
40 Varios niños/as $<$ 15 años y adultos \geq 15 años	17 antidiabético - oral
99 No sé	18 antidiabético - insulina
	19 dilatador bronquial (antiasma)
	20 combinación tos-catarro, p.e. descongestionante/antihistam./antitusivo
	21 remedio homeopático
	22 otro
	99 indeterminado

ANEXO F: CUESTIONARIO DE INFORMACION SOCIO-ECONOMICA Y DEMOGRAFICA

6. ¿Hay alguna persona o personas que hayan vivido en la casa y que ya no estén?

___ Sí ___ No

En caso afirmativo:

Relación con el niño/a _____

¿Cuánto tiempo vivió en la casa? _____

¿por qué no vive ya en la casa? _____

¿Hace cuánto tiempo que ya no vive en la casa? _____

7. a. ¿Los padres y los hijos tienen Seguridad Social?

___ Sí ___ No

En caso afirmativo, ¿lo utilizan para adquirir medicinas?

___ Sí ___ No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?

¿Qué porcentaje del medicamento paga Vd.? _____

b. ¿Los padres y los hijos tienen algún seguro médico privado?

___ Sí ___ No

En caso afirmativo, ¿lo utilizan para adquirir medicinas?

___ Sí ___ No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?

¿Qué porcentaje del medicamento paga Vd.? _____

Título original: Socio-economic-demographic Questionnaire. Cuestionario utilizado en la investigación sobre Medicamentos e Infancia de la CEE (COMAC/HSR)
Traducción y adaptación para la edición española por: Pilar Aramburuzabala y Aquilino Polaino-Lorente. Facultad de Educación. Universidad Complutense. Madrid.

ANEXO G: ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS OF CONTROL DE LA SALUD,
PARA ADULTOS

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LUGAR DE CONTROL DE LA SALUD (MHLC)

(PADRES)

PIN sujeto _____ PIN entrevistador _____ Padre/Madre/Otro _____

Este es un cuestionario diseñado para determinar la forma como las diferentes personas perciben ciertos aspectos importantes relacionados con la salud.

Por favor, indique para cada pregunta, hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo con lo que se expone. Ponga una cruz en la casilla correspondiente a su grado de acuerdo o desacuerdo.

Sus respuestas no deben estar condicionadas por respuestas anteriores. Es importante que responda de acuerdo a sus creencias reales y no de acuerdo a cómo usted siente que debería pensar o a las respuestas que usted piensa que nosotros esperamos. Por favor, conteste todas las preguntas. Esta es una medida de sus creencias personales; obviamente, no hay respuestas correctas o incorrectas.

	En Total Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	En Ligeramente Desacuerdo	En Ligeramente Acuerdo	Muy de Acuerdo	En Acuerdo
1. Si me pongo enfermo, es mi propia conducta lo que hace que me recupere.....						
2. Cuando me pongo enfermo pienso que no puedo hacer nada por evitarlo.....						
3. En mi opinión, la mejor forma de evitar las enfermedades es visitar con regularidad al médico.....						
4. Casi siempre en mi estado de salud juega un papel importante la casualidad.....						
5. Cuando no me siento bien debería consultar un médico.....						
6. Depende de mí el estado de mi salud....						
7. Mi familia tiene mucho que ver con el hecho de que caiga enfermo/a o mantenga la salud.....						
8. Yo soy el culpable de que me ponga enfermo.....						

	En Total Desacuerdo	Muy en Desacuerdo	En Ligero Desacuerdo	En Ligero Acuerdo	Muy de Acuerdo	En
9. La suerte juega un papel importante en la rapidez con que me recupero de una enfermedad.....						
10. Los médicos controlan mi salud.....						
11. Mi salud es, en gran parte, una cuestión de buena suerte.....						
12. Lo que determina en mayor grado mi salud es lo que yo hago.....						
13. Si me cuido, puedo evitar caer enfermo.						
14. Por lo general, cuando me recupero de una enfermedad es porque otras personas (como por ejemplo, médicos, enfermeras, familia, amigos, etc) han estado cuidándome.....						
15. A pesar de lo que haga, es probable que enferme.....						
16. Si tiene que pasar, continuaré estando sano.....						
17. Si pongo los medios adecuados, mantendré la salud.....						
18. Para estar sano lo único que puedo hacer es lo que el médico me dice que haga.						

Título original de la Escala: Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales.
 Publicación original: Wallston, K. A., Wallston, B. S. y DeVellis, R. (1978). Health Education Monographs, 6, 160-170.

Traducción autorizada para la edición española por: Pilar Aramburuzabala y Aquilino Polaino-Lorente. Facultad de Educación. Universidad Complutense. Madrid.

ANEXO H: ESCALA ABREVIADA DE LOCUS OF CONTROL DE LA SALUD,
PARA NIÑOS

ESCALA ABREVIADA DE LUGAR DE CONTROL DE LA SALUD

(NIÑOS)

PIN sujeto _____ PIN entrevistador _____

Ahora voy a leerte una frases y quiero que me digas lo que piensas sobre ellas. Sólo tienes que decirme "sí" si estás de acuerdo y "no" si no estás de acuerdo. ¿Lo has entendido? Vamos a empezar.

- 1. La suerte es la que decide si se tiene buena salud o no.....
- 2. Son muchas las cosas que puedo hacer para no caer enfermo/a.....
- 3. La gente enferma porque tiene mala suerte....
- 4. La gente que nunca enferma es porque tiene suerte.....
- 5. Mi madre me dice lo que tengo que hacer para no caer enfermo.....
- 6. Sólo el médico puede evitar que caiga enfermo
- 7. Puedo hacer muchas cosas para luchar contra las enfermedades.....
- 8. El profesor tiene que decirme lo que debo hacer para evitar los accidentes.....
- 9. Mi salud depende en buena parte de las cosas que yo elijo.....

SI	NO

Título original de la Escala: Children's Health Locus of Control (CHLC) Scale. Publicación original: Parcel, G. S. y Meyer, M. P. (1978). Development of an instrument to measure Children's Health Locus of Control. Health Education Monographs, 6, 149-159.

Adaptación abreviada de la Escala por: Patricia Bush y Ronald Iannotti. Georgetown University School of Medicine. Department of Community and Family Medicine. Washington, D.C.

Traducción autorizada de la Escala abreviada para la edición española por: Pilar Aramburuzabala y Aquilino Polaino-Lorente. Facultad de Educación. Universidad Complutense de Madrid.