

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

AREA CURRICULAR DE FARMACIA

FACULTAD DE CIENCIAS

**ESTUDIO DE USO DE MEDICAMENTOS: REPRESENTACIONES SOCIALES
ASOCIADAS AL MEDICAMENTO Y SU CONSUMO EN MUJERES GESTANTES EN
EL HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, DE BOGOTA.**

**MAESTRIA EN CIENCIAS FARMACÉUTICAS
EDWARD RANDOLPH REYES**

ASESOR

**JOSE GILBERTO OROZCO Md, M.Sc
PROFESOR ASOCIADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**

BOGOTA , 2010

TABLA DE CONTENIDO

1. MARCO CONTEXTUAL

1.1 INTRODUCCIÓN	1
1.2 JUSTIFICACIÓN	2
1.3 PROBLEMA	3
1.4 OBJETIVOS	
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	4
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 ESTUDIOS DE UTILIZACION DE MEDICAMENTOS	5
2.1.1 ESTUDIOS DE CONSUMO	7
2.2 CONSUMO DE MEDICAMENTO EN MUJERES EMBARAZADAS	
2.2.1 CONSUMO DE MEDICAMENTOS A NIVEL INTERNACIONAL	8
2.2.2 CONSUMO EN LATINOAMERICA Y COLOMBIA	11
2.3 REPRESENTACIONES SOCIALES	16
2.3.1 ANTECEDENTES TOERICOS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	13
2.3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	18
2.3.3 CONCEPTOS AFINES A LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	20
2.3.4 ENFOQUE ESTRUCTURAL DE LAS REPRESENTACIONES	23
2.3.5 PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	24
2.3.6 TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	25
2.3.7 METODOS Y TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LAS REPRESENTACIÓN SOCIAL	31
2.4 REPRESENTACIONES SOCIALES DEL MEDICAMENTO	34
2.4.1 ESTUDIOS DE REPRESENTACIONES SOCIALES DEL MEDICAMENTO	35
2.5. GRUPO FOCAL	37

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACION	40
3.2 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	40
3.2.2 POBLACION	41
3.2.3 MUESTRA	41
2.3.3 PERIODO DE ESTUDIO	41

3.3	TECNICAS DE RECOLECCION	
3.4.1	DESARROLLO DE GRUPO FOCAL	41
3.4.2	ENCUESTA DE CARACTERIZACION POBLACIONAL, CLINICA Y FARMACOLOGICA	42
3.4.3	CUESTIONARIO DE LAS CREENCIAS SOBRE LAS MEDICINAS	43
3.5	PLAN DE ANALISIS	
3.5.1	GRUPO FOCAL	46
3.5.2	ENCUESTA DE CARACTERIZACION	48
3.5.3	CUESTIONARIO DE LAS CREENCIAS SOBRE MEDICINAS	48
3.6	MANEJO DE LA INFORMACION	49
3.6.2	ASPECTOS ETICOS	51
4.	RESULTADOS	
4.1	GRUPOS FOCALES	52
4.1.1	PROCESO DE CATEGORIZACIÓN	53
4.2	ENCUESTA DE CARACTERIZACION POBLACIONAL, CLINICA Y FARMACOLOGICA	58
4.2.1	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	58
4.2.2	CARACTERISTICAS CLINICAS	58
4.2.3	CARACTERISTICAS FARMACOLOGICAS	59
4.2.4	CARACTERISTICAS DEL CONSUMO	61
4.3	CREENCAIAS ACERCA DE LAS MEDICINAS	64
5.	DISCUSIÓN Y ANALISIS	
5.1	ANALISIS DESCRTIPTIVO GRUPOS FOCALES POR CATEGORIAS	66
5.2	DIAGRAMAS TAXONOMICOS	81
5.3	MODELO DE REPRESENTACION SOCIAL DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS	84
5.4	ANALISIS POR PLANOS DE COMPLEMENTO	90
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	94
7.	BILIOGRAFIA	95
9.	ANEXOS	102

INDICE DE TABLAS

Tabla no 1. Sitios de recolección de la información	41
Tabla no 2. Esquema matriz inicial por subcategorías insipientes	50
Tabla no 3. Hoja resumen de salidas de campo	52
Tabla no 4. Proceso de categorización: esquema de matriz para la subcategoría Insipiente automedicación (análisis de códigos sustantivos)	53
Tabla no 5. Subcategorías o descriptores con sus códigos para análisis cualitativo	54
Tabla no 6. Estadísticas de edad materna gestacional	58
Tabla no 7. Frecuencia de consumo de medicamentos	59
Tabla no 8. Número de mujeres que consumen medicamentos.. farmacológica	60
Tabla no 9. Información sobre consumo de medicamentos en mujeres gestantes	62
Tabla no 10. Correlación entre consumo y antecedentes de enfermedad	63
Tabla no 11. Medias para cada una de las preguntas del cuestionario BMQ	65

ÍNDICE DE GRAFICAS Y FIGURAS

Grafica no 1. Correspondencias múltiples del consumo de medicamentos en gestación	63
Grafica no 2. Distribución de respuestas cuestionario BMQ	64
Figura no 1 Principales teorías influyentes en la RS	17
Figura no 2 Esquema triádrico de Moscovici	19
Figura no 3. Cadena de conceptos sociocultural en el consumo de medicamentos	82
Figura no 4. Cadena de conceptos del sistema de salud para el consumo de Medicamentos	84
Figura no 5. Modelo de relación de categorías de representación social frente al consumo del medicamento en la gestación	86

1. MARCO CONTEXTUAL

1.1 INTRODUCCIÓN

Las experiencias de investigación en relación con los usuarios finales del medicamento no son muchas en nuestro medio y la mayoría de los estudios realizados en el país se han centrado en ámbitos institucionales y sobre problemas específicos. Por ello resulta importante explorar y contribuir al conocimiento de este fenómeno, que ha comenzado a tomar relevancia, gracias a iniciativas de grupos de investigación, como es el caso de la red para el uso adecuado de medicamentos (RAM), grupo de investigación de la Universidad Nacional de Colombia del Departamento de Farmacia, que indaga en torno al fenómeno del uso del medicamento y en el cual se suscribe este trabajo dentro de los estudios de uso de medicamentos en el embarazo denominados MUDE.

En el 2007, dentro de los hallazgos generales que se encontraron en el estudio bandera hecho en instituciones médicas de cinco lugares del país, realizados por este grupo de investigación, se encontró que entre el 80% - 99% de las mujeres reciben por lo menos un medicamento de prescripción médica durante la gestación y se estableció que los medicamentos más usados son las vitaminas y el hierro, seguidos de los antiinfecciosos y antiinflamatorios no esteroideos¹. Lo cual fue un esfuerzo nacional que exploró de manera global este fenómeno, pero que sin embargo quedó corto al no poder explicar los determinantes sociales que afectan el consumo de medicamentos en mujeres gestantes.

Dichos determinantes del consumo hacen parte la realidad social, que está formada por dimensiones objetivas y subjetivas, que exigen sean estudiadas para entenderla de un modo holístico. Por ello que se deba abordar hechos sociales como el consumo, para captar y la reconstruir los significados mediante el lenguaje y las construcciones simbólicas de las mujeres gestantes. De modo que surge la necesidad de realizar una investigación que permita en primer lugar identificar las representaciones sociales (RS) que se tienen acerca del medicamento y su consumo como elemento simbólico; y en segundo lugar describir patrones de consumo de los medicamentos consumidos por las mujeres embarazadas como elemento cuantificable mediante un estudio de utilización de medicamentos (EUM), siendo estos elementos dos realidades incluyentes y complementarias, que nos ayudan a comprender mejor el fenómeno del consumo del medicamento en una realidad colombiana no explorada, y así diseñar pautas de apoyo en términos de uso adecuado de medicamentos en las mujeres en embarazo.

¹ López J, et al. (2007). Medicamentos usados durante el embarazo. Estudio MUDE. Convenio farmacovigilancia Universidad Nacional de Colombia- INVIMA

1.2 JUSTIFICACIÓN

La mayoría de estudios de utilización de medicamentos (EUM) en la gestación, se han orientado hacia el riesgo asociado al medicamento, en relación con la teratogenicidad o la seguridad en el consumo por los efectos adversos que pueden generar en el feto. Sin embargo, es claro que no se puede privar a las mujeres gestantes de los medicamentos, porque a nivel mundial los medicamentos han disminuido la morbi-mortalidad en las mujeres gestantes durante los últimos 100 años, al ser útiles en situaciones clínicas para mejorar la condición materna o para inducir efectos favorables para el feto².

Sin embargo el consumo de los medicamentos tienen componentes sociales, económicos y políticos, que muestran que no se debe únicamente a situaciones clínicas o de salud, sino que puede estar determinado por múltiples variables, las cuales no se han indagado a profundidad, lo que muestra un panorama incierto, frente a elementos que pueden estar relacionados con el consumo y aún no se tienen en cuenta. Por ejemplo, el medicamento como un bien de consumo, responde aparentemente a la satisfacción de ciertas necesidades, al que se accede en función de su utilidad, sin embargo no es muy claro que sea ésta realmente la razón para dicho consumo, teniendo en cuenta, que existen otros determinantes como las lógicas de mercado, las prácticas de producción y la visión biomédica mecanicista y cartesiana del proceso Salud-Enfermedad^{3,4}.

En este sentido los medicamentos y su consumo, trascienden varias esferas, como lo son las clínicas y las económicas, ya que tienen una múltiple connotación al ser un bien de consumo, una mercancía y un bien social al que se tiene derecho. Por lo que es importante abordar el consumo y el uso del medicamento, como un fenómeno social, y un componente importante que se define en un conjunto de prácticas y acciones sociales.

Por esta razón resulto importante indagar sobre las representaciones sociales en el consumo de medicamentos que tienen las mujeres gestantes para entender la dinámica de las interacciones sociales y avanzar en aclarar los determinantes de las prácticas sociales de consumo de medicamentos⁵; y de forma complementaria indagar también acerca del consumo de medicamentos en mujeres gestantes, mediante un estudio de utilización de medicamentos (EUM), para conocer los

² **Koren G, Pastuszak A.** (2007). Drugs in pregnancy. *The New England Journal of Medicine.*; 1128-31.

³ **Barros J.** (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde Sociedade*; 11:67-84.

⁴ **Mintzes B.** (2002). Las mujeres y la promoción del medicamento: "la esencia de la feminidad se halla ahora en forma de comprimido". OMS. Boletín de los medicamentos esenciales. No 31.

⁵ **Abric, Jean – Claude** (1994). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En *Pratiques sociales et Représentations*. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). *Prácticas Sociales y representaciones Sociales*. Ediciones Coyoacán: México.

patrones de consumo de medicamentos en las mujeres embarazadas. Porque se necesitaba conocer y saber acerca de las representaciones sociales del consumo para entender mejor como estas afectan en la magnitud y las características del consumo.

En razón a lo anterior, el uso enfoques como el de Representaciones Sociales (RS), es una herramienta que da una nueva forma de entender el consumo de medicamentos, al explorar como las personas conocen la realidad que les circunda. Ya que este tipo de estudios nos posibilita, entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, y en general conocer la representación que hay en la vida cotidiana.⁶

De manera que la discusión central de este estudio se orienta en mirar cómo los determinantes sociales y otros que no se han tenido en cuenta, pueden afectar el consumo de medicamentos en las gestantes, quienes finalmente son las que consumen el medicamento. Por tanto, al abordar las RS, se interpreta el consumo de medicamentos y en consecuencia, se puede hacer referencia al cómo es pensado el medicamento, que es un objeto social presente en la vida cotidiana de las personas, que genera comportamientos sociales basados en el sentido común.⁷

Vale la pena mencionar que hasta dónde conoce el autor no existen estudios de representaciones sociales que aborden el consumo de medicamentos en el embarazo en Colombia. Y por ello el propósito de este estudio, es ayudar a entender cómo se concibe el medicamento y su consumo, como una realidad complementaria desde una perspectiva cultural, mostrando la importancia de desarrollar abordajes cualitativos en lo referente al consumo del medicamento, para mejorar el ejercicio profesional de información, basados en conocer y comprender como se desarrollan las representaciones sociales del medicamento en torno al embarazo, el cual es un proceso social, biológico, psicológico de transición, incertidumbre y adaptación en la vida cotidiana.

PROBLEMA

Hay un desconocimiento de los determinantes que afectan el consumo de medicamentos en mujeres gestantes en Colombia, al no haber literatura, en el ámbito nacional e internacional con abordajes cualitativos, que realmente sirvan para hacer intervenciones de la salud, que esten basadas desde las expectativas del consumidor.

⁶ **Abric, Jean – Claude** (1994). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En *Pratiques sociales et Représentations*. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). *Prácticas Sociales y representaciones Sociales*. Ediciones Coyoacán: México.

⁷ **Araya U.** (2002) *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Sede Académica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Costa Rica. Primera edición: octubre

1. 4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar una interpretación de las representaciones sociales en torno al medicamento y su consumo durante la gestación, y describir el patrón de consumo de medicamentos (prescritos y auto-prescritos) en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal en el Hospital del Sur de Bogotá durante el periodo de septiembre y noviembre del 2009.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir el patrón de uso medicamentos durante la gestación, ya sean prescritos o auto-prescritos, mediante el establecimiento de su consumo en las gestantes

Identificar algunas de las características del consumo en la gestación a través del análisis de las representaciones sociales en torno al medicamento y su consumo durante la gestación.

Analizar la relación entre los medicamentos consumidos durante la gestación y las representaciones sociales en torno al medicamento.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. ESTUDIOS DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Los estudios de utilización de medicamentos (EUM), en Colombia se empezaron a realizar desde hace aproximadamente una década, aunque escasos en general han mostrado problemas como prescripción inadecuada, auto prescripción, falta de adherencia a los tratamientos prescritos y la entrega no profesional de medicamentos. Lo que tiene un impacto importante en la salud pública.⁸

Estos estudios se pueden definir como estudios epidemiológicos descriptivos que pretenden determinar cuáles son los patrones, perfiles y otras características de la oferta, la prescripción, la dispensación, el consumo, el cumplimiento terapéutico y otros aspectos relacionados con los medicamentos en una población determinada, con el objetivo de contribuir, mediante el análisis de los mismos, a su uso racional. La Organización Mundial de la Salud los ha definido desde 1977 como estudios del "mercadeo, distribución, prescripción y uso de medicamentos en la sociedad con énfasis en las consecuencias médicas sociales y económicas de su utilización"⁹. Sin embargo, Brodie y Conle hacen más reducida y concreta esta definición como: "...estudios de prescripción, dispensación e ingesta de medicamentos"¹⁰..

Los EUM tienen por objeto en general examinar en qué grado se pueden transferir a la práctica habitual los conocimientos adquiridos en los ensayos clínicos. Y por ello se usa en auditoría terapéutica, con el fin de identificar áreas de intervención informativa, educativa o de otro tipo, para mejorar la calidad de la terapéutica en la práctica clínica¹¹.

World Health Organization

Por tanto, estos en general facilitan el uso racional de medicamentos en una población, y para ello es necesario información acerca de aspectos, que se convierten en objetivos intermedios de los EUM¹², como por ejemplo: (1) determinar los patrones de utilización de medicamentos, (2) evaluar la calidad de la utilización de medicamentos, (3) identificar y caracterizar los factores que determinan la utilización de medicamentos y (4) evaluar los resultados y consecuencias de la utilización de medicamentos. Aspectos que se pueden considerar en los diferentes puntos de la cadena del medicamento, es decir, a nivel de la oferta, la prescripción, la dispensación o el consumo.

⁸ **Jaramillo E et al.** (2005). Estudio sobre uso y prescripción de medicamentos en cinco ciudades colombianas. Facultad de medicina, Universidad Nacional de Colombia. ministerio de protección social. Bogotá DC. pg 4.

⁹ **WHO.** (1997). Expert committee: selection of essential drugs. WHO Tech rep. sev.. 615:1.

¹⁰ **Figueras A. Gestal O.** (2000) Metodología de los estudios en atención primaria. Ganc Sanit.;14 (supl.3) 3-19

¹¹ **Aparici B., Taboada m.** (2004). Estudio de la utilización de antibióticos de un hospital comarcal. Años 1998-2002 farm hosp (madrid). Vol. 28. N.º 6, pp. 410-418.

¹² **World Health Organization (WHO).** (2003). Introduction to drug utilization research. Norway,

Por esta razón EUM ofrecen información en aspectos del consumo de medicamentos y prescripción, como patrón de uso, calidad de servicio, determinantes de uso y resultados de uso. Respectivamente, el patrón de uso mira el grado y perfiles de consumo de medicamentos y las tendencias en el consumo de medicamentos y los costos en el tiempo. La calidad de servicio acerca del uso actual de guías de prescripción nacionales o regionales, o formularios de medicamentos locales. Como índices de calidad del uso de medicamentos puede incluir la elección del fármaco (el cumplimiento de lo recomendado), costo del medicamento (el cumplimiento de recomendaciones presupuestarias), la dosis del fármaco (conocimiento de las variaciones inter-individuales en requerimientos de la dosis y la dependencia de la edad), la interacción de medicamentos, la proporción de pacientes que están siendo conscientes de conocimiento de la relación costo/beneficio del tratamiento, etc. Los determinantes de uso a su vez muestran características de los usuarios (por ejemplo, los parámetros socio-demográficos, la actitud hacia los medicamentos), características de prescripciones (por ejemplo, la especialidad, la educación y los factores que influyen en las decisiones terapéuticas), y características de medicamentos (por ejemplo, propiedades terapéuticas, la asequibilidad). Por último, los resultados de uso muestran los resultados de salud (beneficios y efectos adversos) y las consecuencias económicas.¹³

De modo que los EUM pueden abarcar todas o algunas de las siguientes etapas¹⁴: (1) Describir la utilización de medicamentos, proporcionando una fotografía de cuál es la situación respecto a la prescripción, consumo, entre otros. (2) Un análisis cualitativo de los datos obtenidos, para identificar posibles problemas de inadecuación en términos de utilización insuficiente o excesiva en una determinada indicación o en una población de características dadas, en comparación con sus alternativas en función de la relación beneficio/riesgo y coste/efectividad, teniendo en cuenta el esquema terapéutico considerado ideal o de referencia. (3) Identificación de áreas de intervención en función del análisis anterior, y por último evaluación del impacto de las intervenciones sobre los problemas identificados.

Para esto se utilizan diferentes tipos de información en función del problema que se examina, dentro de lo que se incluye información general acerca del uso de medicamentos, grupos de fármacos, compuestos genéricos o productos específicos, a menudo, la información acerca de la enfermedad que se padece, datos sobre costos de los medicamentos será importante para garantizar que los medicamentos se utilizan de manera eficiente y económica.

¹³ Bergman U. et al. (1987) Abstracts of papers who drug utilization research group meeting. Pharmacy World & Science. miércoles, Volume 9, Number 6 / diciembre, subida 03 de agosto de 2005

¹⁴ Altimiras, J., et al. (2002). "Farmacoepidemiología y Estudios de Utilización de medicamentos", Capítulo 2.9: en: "Farmacia Hospitalaria", 3ª Edición (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria), [revisada abril 2009]. <http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap2-9.pdf>.

Así como también información desde el paciente, que es una información cualitativa acerca de los conocimientos, creencias y percepciones de los pacientes hacia los medicamentos, lo que es importante en algunos casos, como por ejemplo la evaluación de las presiones por los pacientes en sus médicos para prescribir antibióticos, o en el diseño de información al consumidor y programas de educación.¹⁵

2.1.1 ESTUDIOS DE DE CONSUMO

Uno de los tipos de EUM son los estudios de consumo de medicamentos, que resalto por ser el que se desarrollo en el presente trabajo, con énfasis a los patrones de consumo. Este tipo de estudio es parte de los estudios de utilización de medicamentos, que describen los medicamentos que se utilizan y en qué cantidades. Suponen un método relativamente sencillo de seguimiento para detectar problemas potencialmente importantes, de modo cuantitativo, sobre la inadecuada utilización de medicamentos en un primer nivel de análisis. Teniendo como inconveniente el no tener en cuenta, por ejemplo, variables como la patología o la indicación y el ser como una fotografía panorámica.¹⁶

Por esto último, para que los estudios de consumo cumplan mejor su objetivo, es imprescindible que se realicen de forma sistemática y continuada a lo largo del tiempo, lo que permite determinar tendencias de consumo en una población o en los ámbitos estudiados. De hecho los estudios de consumo también pueden ser útiles para estimar la prevalencia de ciertas enfermedades y también pueden servir para tener una estimación aproximada de la incidencia de las reacciones adversas a un determinado fármaco, al proporcionar el denominador del cociente que cuantifica dicha magnitud.

Para que los estudios de consumo sean válidos, es esencial que los resultados se expresen utilizando una clasificación universal que tenga sentido terapéutico y que permita la comparación entre distintos principios activos o grupos terapéuticos. Por ello se desarrolló un sistema conocido como el Sistema de Clasificación Anatómico Terapéutica Química (ATC), por sus siglas en ingles que es un sistema de clasificación de medicamentos, en el cual los medicamentos son divididos en 14 grupos de acuerdo con el órgano o sistema anatómico sobre el que actúan. Dicho sistema se creó por el grupo de investigación de utilización de medicamentos (DURG, Drug Utilisation Research Group), con la misión de desarrollar una metodología internacionalmente aceptada que permitiera la comparación de estudios de consumo de medicamentos.¹⁷

¹⁵ World Health Organization WHO. (2003). Opus. cite.

¹⁶ World Health Organization WHO. (2003). Ibid.

¹⁷ World Health Organization WHO. (2010). Collaborating Centre for Drug Statistics methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment. Oslo.

2.2 CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN MUJERES GESTANTES

2.2.1 CONSUMO DE MEDICAMENTOS A NIVEL INTERNACIONAL

La exposición de mujeres en gestación a medicamentos es común, los estudios han mostrado que el uso se ha incrementado en los últimos años siendo estimado que más del 90% de mujeres toman entre 3 y 4 medicamentos en algún momento de la gestación; en este sentido, ha aumentado el potencial daño por medicamentos y químicos sobre el desarrollo del feto¹⁸. Haramburu y col.¹⁹ comentan al respecto que esto ha generado que varias autoridades argumenten mayor restricción, debido al desconocimiento de la seguridad de muchos de los medicamentos que salen al mercado.

En la década de los noventa se adelantó un estudio epidemiológico colaborativo de veintidós países, con el auspicio de la OMS y desarrollado por el Collaborative Group on Drug Use in Pregnancy (CGDUP), tendiente a evaluar el patrón de consumo de medicamentos por parte de mujeres gestantes y a propiciar la creación de una red de investigación internacional. Un reporte preliminar del estudio indicó que el 14% de las pacientes entrevistadas no recibió ninguna medicación durante el período de gestación, mientras que los que tomaron medicamentos recibió en promedio 2.9 prescripciones. En este estudio, menciona que no hay diferencias muy marcadas entre países en los hábitos de prescripción, que la mayoría de prescripciones son hierro y vitaminas, en segundo lugar los antibióticos, especialmente penicilinas y antifúngicos. Y además que los fármacos anti-inflamatorios fueron tomadas por el 17% de las mujeres, y de estas el 42% de los casos se auto-medico²⁰. En una recopilación de estudios epidemiológicos sobre el uso de medicamentos en el embarazo entre 1960 y 1988, hecho por Bonati y col., se identificó que las mujeres gestantes recibían en promedio 4.7 medicamentos, encontrando también similares resultados en las prescripciones²¹, que los encontrados por el CGDUP.

En Estados Unidos se han desarrollado algunos estudios, dentro de ellos se resalta un estudio retrospectivo en el que participó una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HOM), que miró 152,531 experiencias de prescripciones, encontrando que cerca de la mitad de las mujeres gestantes reciben prescripciones de las categorías C, D o X de la FDA, el 4.6% recibían

¹⁸ **Sabo A, Stanulovic M**, (1997) Drug use during puerperium and pregnancy. In International Meeting on Drug Use in Pregnancy and P. Bergano, Book of abstracts. N° 34.

¹⁹ **Haramburu F et al.** (2000). Good and bad prescription in pregnancy. Lancet;356:1704.

²⁰ **Collaborative group on Drug Use in Pregnancy** CGDUP (1992). Medication during pregnancy: an intercontinental cooperative study. Collaborative Group on Drug Use in Pregnancy (C.G.D.U.P.). Int J Gynaecol Obstet. 1992 Nov;39(3):185-96.

²¹ **Bonati M. et al.** (2000). Drug use in pregnancy: An overview of epidemiological (drug utilization) studies. Eur J Clin Pharmacol 38: 235-328.

medicamentos clasificados en la categoría X, y de este el 11.1% lo recibieron en la primera consulta prenatal²².

En dos estudios en población europea se muestra la importancia de investigar el potencial riesgo de la prescripción en gestantes, Olesen C, y col. (1999)²³ estudiaron más de 16,000 mujeres gestantes primíparas desde 1991 a 1996 en Dinamarca y Europa. Reportando que 18% de las mujeres recibían al menos un medicamento durante la gestación con “pruebas anticipadas de efectos de daño fetal (de acuerdo al sistema de clasificación Sueco) y el 1% de las mujeres consumían 5 medicamentos o más que entraban dentro de esta categoría.

En Francia, por su parte, Lacroix y col., (2010)²⁴ Al usar una base de datos de 10.174 mujeres gestantes, encontraron una tasa de prevalencia de anomalías congénitas del 2,2%. Observaron que entre los 20 medicamentos más prescritos, alrededor de la mitad de ellos no han sido evaluados en mujeres embarazadas. Los autores concluyen con la importancia que tiene la aplicación de una base de datos sobre prescripción de fármacos, ya que al proporcionar datos del medicamento y al tener un registro de período de exposición e interrupción del embarazo, o hacer seguimiento del bebé durante 9 meses; estos datos permitirían evaluar el riesgo de malformaciones debido a un mayor número de datos y contribuiría a estudios internacionales de evaluación de medicamentos.

Se observa que aunque parece seguir un mismo patrón las prescripciones médicas en cuanto tipo de medicamentos usados en la gestación a nivel mundial, que se justifica por el conocimiento disponible de los medicamentos²⁵, los porcentajes de consumos no son iguales para todos los países. Y en este sentido resulta interesante explicar la variabilidad en el consumo, para saber si es solo por el cambio en los perfiles de morbilidad o es por otras razones no biomédicas.

En consecuencia alrededor del mundo se han hecho múltiples estudios, en donde se hace la reflexión acerca de la necesidad de generar sistemas de información, acerca del consumo para cada país, lo que para nuestro caso es muy importante debido a que la mayoría de mujeres gestantes utilizan medicamentos y sin embargo es muy poca la información que se obtiene. Lo que está relacionado

²² **Andrade E. et al.** (2004). Prescription drug use in pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology.191; 398-407.

²³ **Olesen C, et al.** (1999). Prescribing during pregnancy and lactation with reference to the Swedish classification system: a population-based study among Danish women. Acta Obstet Gynecol Scand;78:686-92.

²⁴ **Lacroix I et al.** (2009). Prescription of drugs during pregnancy: a study using EFEMERIS, the new French database. Eur J Clin Pharmacol. 2009 Aug;65(8):839-46.

²⁵ **Group on Drug Use in Pregnancy CGDUP** (1992). Opus. cite.

con la no sistematización de registros de datos sobre exposición a fármacos, que han sido documentados por las gestantes en los sistemas en las instituciones de salud²⁶.

Lo que se puede decir es que la mayoría de información y los conocimientos que se utilizan (por parte del personal de salud), como lo refieren la mayoría de publicaciones son basadas en estudios realizados antes de la década del noventa, y algunos pocos más actuales o provenientes de los reportes hechos a la FDA por parte de la industria farmacéutica, dentro de los denominados estudios de seguridad del medicamento²⁷.

Por otra parte, en el continente asiático, vale la pena resaltar que en Nepal se realizó un estudio de uso de medicamentos durante la gestación en un hospital universitario, en el que se encontró elementos importantes orientados a problemas relacionados con los medicamentos como náuseas/vómito, dispepsia y manchados vaginales con sangre, como reacciones adversas a los medicamentos, lo que nos ilustra la consideración que se debe tener al hablar de beneficio y riesgo para ambos²⁸.

En Burkina Faso en África occidental, se encontró una seria deficiencia en la prescripción de medicamentos en centros de salud rurales, relacionada con la calidad, al encontrar casos en que los pacientes no recibieron información sobre que tanto tiempo debía tomarse un medicamento (antibióticos), errores de dosificación y prescripción/indicación con medicamentos contraindicados en la gestación²⁹. Resultados que los autores refieren no serían detectados por investigaciones que seleccionan indicadores cuantitativos, de uso de medicamentos recomendados por la OMS.

Vale la pena reflexionar frente a la insuficiencia de los indicadores de uso de medicamentos en la investigación cuantitativa, como únicos instrumentos para identificar problemáticas y situaciones que se precisan en la realidad.

²⁶ **Devine S, et al.** (2010). The identification of pregnancies within the general practice research database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* Jan;19(1):45-50.

²⁷ **Wyszynski DF.** (2009). Pregnancy exposure registries: academic opportunities and industry responsibility. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* Jan;85(1):93-101.

²⁸ **Biswadeep D et al.** (2003). A study of drug use during pregnancy in teaching hospital in western Nepal. *Pharmacoepidemiology And Drug Safety;* 12: 221-25

²⁹ **Krause G, Borchert M.** (2000). Rationality of drug prescriptions in rural health centres in Burkina Faso. *Health Policy and Planning;* 14(3): 291-98.

2.2.2 ESTUDIOS DE CONSUMO EN LATINOAMÉRICA Y COLOMBIA

En Latinoamérica se han desarrollado muy pocos estudios de utilización de medicamentos (EUM) en gestantes, después de hacer una revisión y búsqueda en bases como SCIELO y Pubmed, mediante términos relacionados como “consumo / uso / utilización”, “medicamentos”, “embarazo / gestantes”, aparecieron ocho estudios, por lo que se puede inferir que en estas latitudes no se han desarrollado o no se publica estudios de este tipo, con excepción de unos pocos países como Brasil, Cuba y Colombia.

Vergel R y col. (2001) en Cuba, realizaron un estudio del tipo indicación-prescripción, en donde se encontró que los motivos de prescripción más frecuentes son la suplementación vitamínica, anemia, profilaxis de tétanos, preeclampsia, cefalea, náuseas y/o vómitos, sepsis urinaria y vaginal, con variaciones en frecuencia según el trimestre de embarazo. Con una exposición de 2 a 4 medicamentos durante el embarazo. Llama la atención en este estudio las elevadas exposiciones a vitamina A y el uso habitual de ácido-acetilsalicílico para las gestantes³⁰. Para el 2004, Taboada encontró que los medicamentos que con mayor frecuencia se prescribieron durante el embarazo fueron las tabletas prenatales, el fumarato ferroso, el ácido ascórbico, el ácido fólico y el toxoide tetánico.³¹

En Brasil se desarrolló un estudio de prescripción de las mujeres tratadas bajo el sistema de salud nacional, en la ciudad de Sao Paulo, usando los indicadores de prescripción de la Organización mundial de la Salud (OMS) y la clasificación de medicinas de acuerdo al riesgo fetal de la FDA de Estados Unidos, de acuerdo con los resultados encontrados en el estudio durante la consulta prenatal 44.7% de las mujeres recibieron prescripción médica, siendo la más utilizadas, aquellas que actúan a nivel del sistema hematopoyético con un 34.9%³².

El grupo de la Red para el uso Adecuado de Medicamentos (RAM), en Colombia en el 2006-2007, llevó a cabo un estudio sobre los medicamentos que usan las mujeres durante el embarazo, en instituciones médicas de cinco lugares del país. Los hallazgos arrojaron que entre el 80% - 99% de las mujeres reciben por lo menos un medicamento de prescripción médica durante la gestación con una media de 4,2 medicamentos por gestante y un promedio de 2,3 a 2,8 medicamentos por gestante. Se estableció que los medicamentos más usados son las vitaminas y hierro, seguidos de

³⁰ Vergel R et al. (2001). Uso de medicamentos durante el embarazo en diferentes áreas de la salud. Revista Cubana de Medicina General Integrada; 17(2): 121-6.

³¹ Taboada L, Noel et al. (2004), Uso de medicamentos durante el embarazo y su posible efecto teratogénico. Rev Cubana Med Gen Integr, Ago vol.20, no.4, p.0-0. ISSN 0864-2125

³² Carmo S, Nitrini O. (2004). Prescrições de medicamentos para gestantes: “um estudo fármaco epidemiológico”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jul-agst. 20(4):1004-13

los antiinfecciosos y antiinflamatorios no esteroideos. Estos antecedentes reflejan las condiciones clínicas asociadas al embarazo³³.

La proporción de uso encontrada en el estudio para analgésicos fue de (15%) y antibióticos (13%), que resultaron ser cercanas, lo que quiere decir que se puede presentar mayor riesgo por el alto consumo de medicamentos antibióticos en la gestación, como ejemplo Vásquez refiere que aunque el tratamiento antibiótico es efectivo para curar las infecciones del tracto urinario, no hay suficientes datos para recomendar cualquier régimen de tratamiento específico³⁴, ya que hay posibilidades de efectos adversos para el feto, como lo señala un estudio desarrollado en Alemania que encontró cierto apoyo a la hipótesis de que el uso materno de los antibióticos aumenta el riesgo de cáncer en la descendencia.³⁵

Así mismo, en el estudio se considera la discutida utilidad de los antiulcerosos cuando se presentan molestias gastrointestinales, especialmente en el primer trimestre de gestación. Sin embargo, la exposición a bloqueadores de histamina no se asocia con mayor riesgo de malformaciones congénitas³⁶, al igual que con los inhibidores de la bomba de protones.³⁷

En el estudio se encontró un uso de medicamentos de riesgo para el feto, que en algunos casos podría estar justificado por el médico en relación con alguna condición clínica especial, pero que por limitaciones del estudio no se pudieron conocer las razones del consumo ni el trimestre de la gestación. Como en el caso de ciprofloxacina que pudo ser usado en infección renal, antibiótico del grupo fluoroquinolonas contraindicado en menores de edad y del que se conoce el potencial daño de cartílagos en formación³⁸. Del metronidazol vía vaginal descrito dentro de los medicamentos de uso frecuente, se han encontrado resultados opuestos por distintos estudios como el de Caro-Patón³⁹, en el que no encontraron asociación con el desarrollo de teratogénesis y el de Kasi⁴⁰ quien encontró posible asociación con hidrocefalia.

³³ **López J, et al.**(2007) Opus. cite.

³⁴ **Vázquez JC, Villar J.** (2003). Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4

³⁵ **Kaatsch P et al.** (2010) Materna uso de antibióticos y el cáncer en los hijos: resultados de un estudio caso-control en Alemania. Cancer Causes Control. 14 de abril. [Epub ahead of print]

³⁶ **Matok I,** (2010). The safety of H(2)-blockers use during pregnancy. J Clin Pharmacol. Jan; 50 (1) :81-7.

³⁷ **Diav Citrino-O et al.** (2005) The safety of proton pump inhibitors in pregnancy: a multicentre prospective controlled study. Aliment Pharmacol Ther. 1 de febrero; 21 (3) :269-75.

³⁸ **MacLean AB et al.** (2001) Urinary tract infection in pregnancy. Int J Antimicrob Agents. Apr; 17 (4) :273-6; discusión 276-7.

³⁹ **Caro-Patón T, et al.** (1997). Is metronidazole teratogenic? A meta-analysis. Br J Clin Pharmacol Aug;44(2): 179-82

⁴⁰ **Kazy Z., et al.** (2005). Teratogenic potential of vaginal metronidazole treatment during pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Dec 1; 123 (2) :174-8.

Este estudio fue una primera aproximación en Colombia, y sus resultados contribuyen a resaltar la importancia del desarrollo y fortalecimiento de Centros de Información sobre Medicamentos, en este caso, relacionados con el uso durante el embarazo, particularmente para informar a la población y a los médicos de atención primaria.

El estudio sugiere que es necesario continuar profundizando en el tema de manera que se pueda seguir desarrollando investigación, con diseños que permitan evaluar con mayor precisión el riesgo del uso de medicamentos durante la gestación, sus causas y sus consecuencias para proponer, decidir y adelantar intervenciones tendientes a la disminución de dicho riesgo. Ya que, no hay que olvidar que las gestantes, niños y jóvenes son un grupo de riesgo para presentar reacciones adversas al medicamento.⁴¹

2.3 REPRESENTACIONES SOCIALES (RS)

2.3.1 ANTECEDENTES TEÓRICOS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

El término de Representación Social (RS) comenzó a surgir con Serge Moscovice, desde la década del sesenta, sin embargo para abordar el tema de las (RS) es necesario hacerlo desde una revisión de los antecedentes teóricos, para entender la naturaleza de sus planteamientos y su trascendencia en el plano de las ciencias sociales, así como su enorme significado en el terreno de la construcción epistemológica de lo social.

Para ello podemos organizar estos antecedentes en tres grupos de los cuales se hará una revisión mínima de sus aportes sustanciales a la teoría de las RS sin pretender profundizar en sus planteamientos globales que rebasan con creces las intensiones de este trabajo. Para comenzar Moscovice (1989)^{42,43}, identifico varias influencias teóricas que lo indujeron a plantear la teoría de las representaciones sociales, esta son:

⁴¹ **Moscoso-Veloza SM, et al** (2006). Adverse drug reactions in a Suba hospital of Bogotá. Rev Salud Pública (Bogota). May-Aug;8(2):209-17.

⁴² **Farr, R.M. & Moscovici, S.** (1984). Social representations. Cambridge University Press. Cambridge.

⁴³ **Araya U.S.** (2002). Las representaciones sociales: *Ejes teóricos para su discusión*. Sede Académica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Costa Rica. Primera edición: octubre

2.3.1.1 Aportes de la sociología clásica durkeimiana

La sociología clásica de Emilio Durkheim con su concepto de las representaciones colectivas, tuvieron influencia directa en la construcción teórica de las RS, se resalta que existe desde la psicología social información que muestra que lo colectivo se refiere a lo que es compartido por una serie de individuos y que lo social hace referencia al carácter significativo y funcional de que disponen algunos elementos que interaccionan en un fenómeno, con respecto a la representaciones, lo que diferencia la teoría de Moscovici pero no invalida la importancia que tiene para su construcción

Moscovici reconoce en sus trabajos en especial a Emile Durkheim, quien es el pionero de la noción de representación. Este autor acuñó el concepto de representaciones colectivas para designar el fenómeno social a partir del cual se construyen las diversas representaciones individuales, por ello que hable de lo colectivo y del individuo.⁴⁴

Para el autor, las representaciones colectivas son una suerte de producciones mentales sociales con dotes de fijación y colectividad, es decir son una clase de conocimientos y creencias que generan la realidad y el sentido común. Mientras las representaciones individuales pueden ser variables e inestables, como versiones personales de la objetividad colectiva.⁴⁵

2.3.1.2 Aportes de Fritz Heider de la psicología común

Conocida también como la psicología ingenua o del sentido común; Heider buscaba descubrir como los seres humanos perciben y explican el comportamiento y el de los demás en situaciones de la vida cotidiana. Consideraba importante el conocimiento ordinario, su tesis es que la gente trata de desarrollar una concepción ordenada y coherente de su medio y construye así una psicología ingenua.⁴⁶

Para Heider, interesado en comprender las opiniones sociales (o si se quiere el juicio social), era muy importante entender como percibimos y explicamos nuestra propia conducta. Por lo que se proponía conocer las representaciones del observador en su manera de estar en el mundo en tanto las

⁴⁴ **Elejabarrieta, F.** (1991). Las representaciones sociales. En Echevarria, A. Psicología social socio cognitiva. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A.

⁴⁵ **Osnaya A.**(2003) Las representaciones sociales de las unidades sociales de las unidades de los servicios de apoyo a la educación regular. Universidad autónoma de Barcelona. Facultad de ciencias de la educación. Programa doctorado: innovación y sistema educativo. Balleterra.

⁴⁶ **López, F.**(1996). Representaciones sociales y formación de profesores. El caso de la UAS. Revista Mexicana de Investigación Educativa (1) 2. 391-407

actitudes perceptibles se reflejan⁴⁷. Para Heider entonces el conocimiento cotidiano no es considerado como un conocimiento de segunda clase, como aun hoy se percibe en los medios, sino que era de importancia fundamental para entender y explicar las conductas humanas. Esta concepción ejerció influencia en el pensamiento de Moscovici⁴⁸, especialmente en el planteamiento de que las representaciones sociales, implican un pensamiento social cuyo valor está fundado en la vida cotidiana de los sujetos sociales.

Finalmente la importancia que se le da al autor es la cercanía con las posturas del interaccionismo simbólico y con los enfoques cualitativos de investigación, pues es plenamente compatible con el interés que durante años se ha tenido sobre los problemas de la vida cotidiana en el ámbito social.

2.3.1.3 Aportes de la psicología genética piagetiana

La psicología genética de Jean Piaget con su representación del mundo de los niños y niñas y la psicología socioculturalista de Vigostki con las funciones semióticas expresadas en los procesos psicológicos superiores, pensamiento y lenguaje; influyeron indirectamente en la construcción teórica de las RS, al ayudar a explicar en lo que se refiere a lo simbólico, la construcción del lenguaje y las comunicaciones sociales.

Piaget fue influenciado por Lévy-Bruhl, ya que este autor consideraba inferior el pensamiento primitivo, mientras Piaget decía que el pensamiento del niño era diferente al de los adultos pero no inferior. Piaget otorga importancia al papel del lenguaje en los procesos de construcción de la inteligencia como un proceso interindividual y como un punto de partida para la construcción de la representación la cual siempre la estudio desde su desarrollo individual social⁴⁹. Esta teoría tiene elementos como asimilación y adaptación del conocimiento por parte del niño lo cual en cierta medida es cercano a la objetivación y anclaje que hace parte de los procesos de construcción de una representación social, que más adelante se detallaran.

Frente a este autor Moscovici⁵⁰ dice que es importante el desarrollo del lenguaje pero que está en desacuerdo con Piaget porque él hace el estudio de la construcción de la representación desde su desarrollo individual-social y no social-grupal, y por esta razón afirma que sus aportes son insuficientes como criterios para analizar las situaciones sociales globales.

⁴⁷ **López, F.** (1999). El profesor: su educación e imagen popular. México: Universidad Nacional Autónoma. Tesis para optar por el grado de doctor en pedagogía.

⁴⁸ **Moscovici, S.** (1989). Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. En D. Jodelet (ed). Les Représentations Sociales. París. Francia: PUF.

⁴⁹ **Araya U.S.**(2002). Opus. cite.

⁵⁰ **Araya U.S.**(2002). Opus. cite.

2.3.1.4 Aportes de Berger & Luckmann

Peter Berger y Thomas Luckmann⁵¹ parten de preguntarse como el mundo social llega a tener significados para las personas. En principio esta cuestión implica un supuesto básico: la realidad se construye en la vida cotidiana y la sociología del conocimiento debe estudiar los procesos a través de los cuales se origina el conocimiento.

La realidad de la vida cotidiana se presenta como un mundo intersubjetivo estableciendo una diferencia entre la vida cotidiana y otras realidades de las que se tiene conciencia. Estas ideas se basan en la interacción y la comunicación humana del mundo ordinario, así como las referidas a como los sujetos se corresponden con otros, tuvieron impacto en Moscovici y ya hablaba de una psicología social del conocimiento teniendo como apoyo teórico a las representaciones sociales⁵².

La teoría de Berger & Luckmann⁵³ establece 3 elementos fundamentales a la propuesta de Moscovici, el conocimiento es producido de forma inmanente en relación con los objetos sociales que conocemos, que la naturaleza de esa generación y construcción es social, pasa por la comunicación y la interacción entre individuos, grupos e instituciones y por último que el lenguaje y la comunicación son los mecanismos en los que se transmite, se crea y se le da sentido a la realidad.

2.3.1.5 Aportes del psicoanálisis freudiano y Lévy-Bruhl

También se resalta el estudio de Sigmund Freud que fue de donde partió el trabajo de Moscovice al intentar comprender como penetra en la sociedad la teoría freudiana sobre sexualidad infantil. Según Freud las personas interpretan lo que les llega, se hacen una opinión sobre su conducta o la de su prójimo y actúan en consecuencia, Moscovici toma un elemento básico de la teoría de Freud: toda representación social contribuye al proceso de formación de las conductas y de orientación de las comunicaciones sociales.⁵⁴

⁵¹ **Berger, P.**, Luckmann, T. (1991). La construcción social de la realidad. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

⁵² **Elejabarrieta, F.** (1991) Opus. cite.

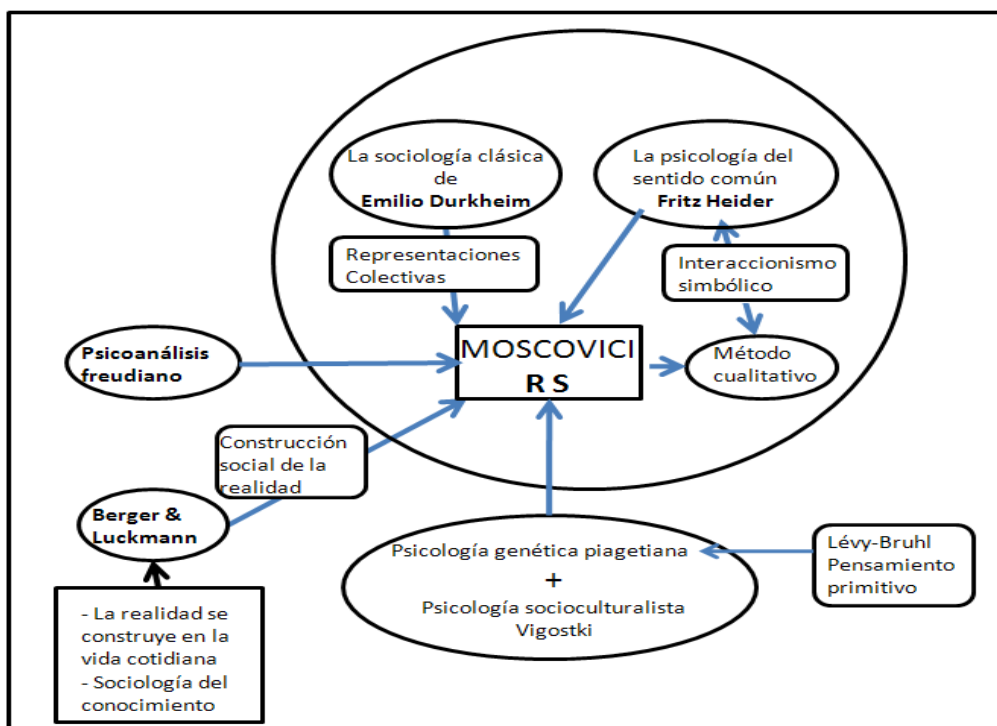
⁵³ **Elejabarrieta, F.** (1991) Ibid.

⁵⁴ **Moscovici, S.** (1989). Opus. cite.

Por su parte como principio Lévy abandona la oposición entre lo individual y lo colectivo, e insiste en la oposición de mecanismos psicológicos y lógicos en dos tipos de sociedades; la primitiva y la civilizada, la primera se orienta a lo sobrenatural y la segunda se rige por la inteligencia y la reflexión.

Amanera de síntesis de las ideas anteriores se presenta una red conceptual que ilustra gráficamente lo afirmado. Ver **Figura No 1**.

Figura No 1. Principales teorías que influyeron el desarrollo teórico de las RS



Modificado de Osnaya A. (2003). Red Conceptual del desarrollo de intelectual de las Representaciones Sociales.⁵⁵

2.3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Como refiriera Araya Sandra, acerca del concepto de representación social, son múltiples los conceptos que tratan de definir las representaciones sociales, y ello ocurre porque la RS son fáciles de captar, pero su definición conceptual no permite la misma facilidad debido a la complejidad de los fenómenos que da cuenta.

La RS es definida por Moscovici⁵⁶ como:

⁵⁵ Osnaya A. (2003) Opus. cite.

" (...) una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos... La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación"

Esta definición aunque clara, debido a lo que representa en su multiplicidad, es enriquecida con una definición desarrollada por Jodelet en donde, muestra las diferentes características de las representaciones sociales dando mayor claridad al concepto. Para Jodelet (1986)⁵⁷:

El concepto de representación designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social.

Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico, orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal, en tanto que tales representaciones manifiestan características específicas al nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica.

La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las cuales circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás.

Dicho concepto se ha desarrollado hasta nuestros días como una teoría que da un marco explicativo del comportamiento, trascendiendo a un enfoque cultural y estructural más amplio como, por ejemplo, las estructuras de poder y de subordinación, dejando de este modo de ver únicamente circunstancias particulares de interacción de las personas.

Este marco explicativo está compuesto por las formas de pensar y crear la realidad social, organizados por elementos de carácter simbólico, que no son sólo formas de adquirir y reproducir el

⁵⁶ **Moscovici, S.** (1981). On social representation. En J.P. Forgas (Comp.). Social cognition. Perspectives in everyday life. Academic Press. Londres.

⁵⁷ **Jodelet, D** (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Cap. 13. En Moscovici S: *Psicología social* II. Ed. Paidós.

conocimiento, sino que son los que tienen la capacidad de dotar de sentido a la realidad social y su finalidad es la de transformar lo desconocido en algo familiar.⁵⁸

La noción de representación social nos sitúa en el punto donde se interceptan lo psicológico y lo social. Por un lado, lo psicológico aparece como la representación mental. Lo mental tiene que ver con que representar, hacer presente en la conciencia. La representación remite a otra cosa, es el representante mental de algo: objeto, persona, acontecimiento, idea etc. En la representación tenemos el contenido mental concreto de un acto de pensamiento que restituye simbólicamente algo ausente, que aproxima algo lejano. Por lo tanto, la representación no es puro reflejo del mundo exterior. Es importante decir que siempre hay una parte de actividad de construcción y de reconstrucción en el acto de representación.^{59,60} Por otro lado, lo social interviene de varias maneras: a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos; a través de la comunicación que se establece entre ellos; a través de los marcos de aprehensión que proporciona su bagaje cultural; a través de los códigos, valores e ideologías relacionados con las posiciones y pertenencias sociales específicas.⁶¹

Para pasar de la cognición social a la representación social, según Moscovice son necesarios 3 pasos: (1) Dar prioridad a los lazos intersubjetivos y sociales, (2) no separar los procesos y contenidos del pensamiento social y (3) emprender el estudio de las representaciones sociales en su propio contexto preocupándonos de nuestras realidades⁶².

Moscovici realizó un esquema donde muestra que no existe un solo sujeto (**S**), sino que interviene con otros sujetos, llamados también alter (**A**), que a su vez se relacionan entre ellos y también se relacionan con el objeto social (**O**). Ver **Figura No 2**.

⁵⁸ **Mercado J.** (2001). Representaciones sociales, cultura y metodología. Universidad de Guadalajara, Mexico. Agosto.

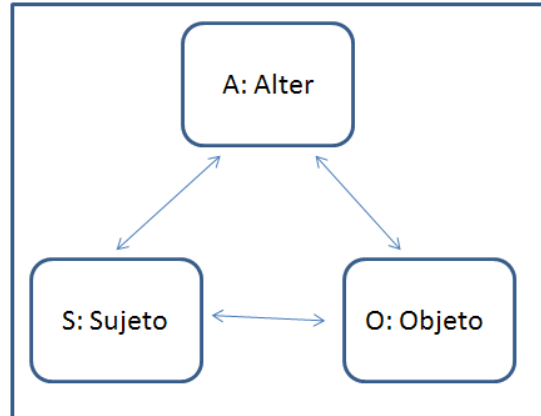
⁵⁹ **Jodelet, D** (1986). Opus. cite.

⁶⁰ **Herrera M.** (2008) Representaciones sociales de la relación medico paciente, en médicos y pacientes de la ciudad de Bogotá. Tesis de Maestría en psicología. Universidad Nacional de Colombia Facultad de ciencias humanas. Departamento de Psicología. Pg 42-44.

⁶¹ **Herrera M.** (2008) Ibid.

⁶² **Araya U.S.**(2002). Opus. cite.

Figura No 2. Esquema tríadico de Moscovici



Tomado de: Araya U. Sandra. Las representaciones sociales: *Ejes teóricos para su discusión*. Sede Académica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Costa Rica. Primera edición: octubre 2002

En este esquema hay una supremacía en la relación de sujeto grupo (otros sujetos), porque: a) Los otros y las otras son mediadores y mediadoras del proceso de construcción del conocimiento y b) La relación de los y las otras con el objeto físico, social, imaginario o real es lo que posibilita la construcción de significados.

Las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de procesos de comunicación y del pensamiento social. Por lo que las RS, sintetizan dichas explicaciones y en consecuencia, hacen referencia a un tipo de conocimiento, que es muy importante. Que es el cómo piensan las cosas las personas en su cotidianidad, también denominado “el sentido común”.⁶³

Dicho sentido común es en principio, como definiera Ritzer en 1997, una forma de percibir, razonar y actuar. Y de este modo el conocimiento del sentido común es un conocimiento social porque es socialmente elaborado.⁶⁴

El campo de representación tiene una ordenación y una jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la representación social. Constituye el conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores presentes en una misma representación social⁶⁵.

⁶³ Araya U. S.(2002) Ibid.

⁶⁴ Ritzer, G. (1997). Teoría Sociológica Contemporánea. México: Mcgraw-Hill.

⁶⁵ Herrera M. (2008) Opus. cite.

Además de las características presentadas anteriormente, el fenómeno de las representaciones sociales es un fenómeno multidimensional. Según Moscovici ⁶⁶, las representaciones sociales tienen tres dimensiones: la información, el campo de representación y la actitud. La información es la suma de conocimientos con que cuenta un determinado grupo acerca de un acontecimiento social considerado como relevante. El campo de representación expresa el carácter de la organización del contenido de la representación. La actitud expresa la orientación (valoración positiva o negativa) con relación al objeto de representación social (Borgucci, 2005).

Como se ha explicado, las representaciones sociales constituyen una herramienta fundamental en el control y la interacción de los individuos con el contexto social. Para lograr esto, Jodelet ⁶⁷ describe cinco características principales de las representaciones sociales:

1. Siempre son representaciones de un objeto.
2. Tienen un carácter de imagen y la propiedad de poder intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto.
3. Tienen un carácter simbólico y significativo.
4. Tienen un carácter simbólico y constructivo.
5. Tienen un carácter autónomo y creativo.

Las representaciones sociales, en definitiva, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. El abordaje de las RS posibilita, entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente.⁶⁸ Y se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se erige como fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo⁶⁹.

⁶⁶ **Moscovici, S** (1998). The history and actuality of social representations. En Flick, U: The psychology of the social. Cambridge University press.

⁶⁷ **Jodelet, D** (1986). Opus. cite.

⁶⁸ **Abrie, Jean – Claude** (1994). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En Practiques sociales et Représentations. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). Prácticas Sociales y representaciones Sociales. Ediciones Coyoacán: México.

⁶⁹ **Araya U.S.**(2002). Opus. cite.

2.3.3 CONCEPTOS AFINES A LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Las representaciones sociales no son las únicas producciones mentales que tienen un origen social, otras modalidades del pensamiento surgen también del trasfondo cultural. Tampoco son las únicas que se forman con base en instancias sociales estructuralmente definidas y que tienen un modo de existencia social.

Las ideologías:

Las ideologías son algunas modalidades de pensamiento social que tienen características similares de las representaciones sociales. La estrecha relación conceptual que une a las RS y a las ideologías ha hecho que algunos autores afirmen que las RS no son sino la manifestación concreta y objetivada de las ideologías que las engendran⁷⁰. Moscovici considera que las representaciones sociales y las ideologías se encuentran en una relación de inclusión, es decir una ideología es el conjunto de representaciones sociales.

Para Ibáñez,⁷¹ las representaciones sociales se refieren a un objeto en particular y pueden ser asignadas a agentes sociales específicos. Se puede afirmar que la ideología es el punto de partida para generar una representación social, pero esta relación causal es de tipo circular, puesto que las representaciones sociales pueden modificar a su vez los elementos ideológicos que han contribuido a su propia formación.

Existen otros conceptos de menos alcance que el de ideología y aunque no son formas del pensamiento social en el pleno sentido de la expresión, mantienen una proximidad con las Representaciones Sociales, por lo que es necesario precisar sus puntos de similitud y de diferenciación.

Las creencias, la percepción y la actitud

Las creencias, son factores determinantes del comportamiento y corresponden a todo un conjunto de cogniciones, significados, pensamientos y formas de interpretarse e interpretar el mundo; es la

⁷⁰ **Marková, I.** (1996). En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales. En Páez, D., Blanco A. *La teoría sociocultural y la psicología social actual*. Madrid, España: Aprendizaje.

⁷¹ **Ibáñez, T.** (1994) La construcción del conocimiento desde una perspectiva socio constructivista. En Montero, M. (coord.). *Conocimiento, realidad e ideología*. Caracas, Venezuela: AVEPSO.

comprensión que la persona puede hacer de la realidad. De modo que representan proposiciones o doctrinas aceptadas emocionalmente por los individuos, sea que tengan o no algún fundamento objetivo, cuando se logra difundir por la sociedad se convierten en rasgos culturales de la misma, pueden ser inconscientes o conscientes dependiendo del grado de introyección que tengan en cada persona. “Cuando realmente creemos en algo, se espera que nos comportemos de manera congruente con esa creencia”⁷². Si bien no es común que creencia y RS se confundan, el concepto de creencia es uno de los elementos que conforman el campo de representación, sin que ello signifique que los estudios sobre las creencias sean estudios de RS⁷³.

La percepción y RS aluden a la categorización de personas u objetos por lo que ambos conceptos se tienden a confundir pues están relacionados con la forma de estudiarlo. Sin embargo los estudios de percepción social se centran en los mecanismos de respuestas sociales y de procesamiento de la información y los de RS en los modos de conocimiento y los procesos simbólicos en su relación con la visión de mundo y la actuación social de los seres humanos.⁷⁴

Finalmente, una de las principales diferencias entre el concepto de actitud y el concepto de RS estriba en que la actitud se sitúa exclusivamente en el polo de las respuestas. El concepto de actitud implica la existencia de un estímulo “ya constituido” hacia el cual se reacciona según el tipo de disposición interna que se haya construido hacia él. Por el contrario, la RS se sitúa en ambos polos o, mejor dicho, entrelaza la respuesta y el estímulo de forma indisoluble⁷⁵.

Los estereotipos e imagen

Los estereotipos son categorías de atributos específicos a un grupo que se caracterizan por su rigidez. En este sentido son más dinámicas las RS pues éstas se modifican constantemente en la interacción diaria de las personas. Asimismo la RS se diferencia de los estereotipos por su función: los estereotipos son el primer paso en el origen de una representación; cuando se obtiene información de algo o de alguien se adscribe en el grupo o situación a las cuales ese grupo o situación pertenece, o sea los estereotipos cumplen una función de “economía psíquica” en el proceso de categorización social⁷⁶.

⁷² **Francoise M.** (1993). Promover la Vida. Ed. McGraw-Hill, Madrid, p. 234.

⁷³ **Araya U.S.**(2002). Opus. cite.

⁷⁴ **Banchs, M.** (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. Papers on Social Representation. Threads of discussion, Electronic Version, 8. Peer Reviewed Online Journal. 1-15. www.swp.unilinz.ac.at/content/psr/psrindex.htm

⁷⁵ **Farr, R.M. y Moscovici, S.** (1984). Social representations. Cambridge University Press. Cambridge

⁷⁶ **Ritzer, G.** (1997). Opus. cite.

La imagen es el concepto que más se utiliza como sinónimo de representación social. La imagen es la reproducción pasiva de un exterior en un interior, la imagen se construye de una formación mental de un objeto exterior involucrando mecanismos perceptivos. La representación social es un proceso de construcción mental de un objeto cuya existencia depende en parte del propio proceso de representación.⁷⁷

2.3.5 PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Para constituirse como tales, las representaciones sociales responden a mecanismos internos de las personas, que Moscovici, describió en dos procesos principales que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación, y como esta representación transforma lo social. Ambos procesos se denominan, respectivamente objetivación y el anclaje, que en resumen, concierne en el modo en que los saberes e ideas acerca de determinados objetos sufren una serie de transformaciones para formar luego parte de dichas representaciones sociales.⁷⁸

Objetivación:

El proceso de objetivación se define como la construcción formal de un conocimiento según Rodríguez, el cual permite que las personas den un significado, una imagen o una estructuración ordenada a los diferentes estímulos externos (en este caso, mensajes sociales), lo cual permite dar un significado a la realidad social en la cual se está inmerso y que bombardea constantemente con información de todo tipo. Además, el proceso de objetivación ayuda a las personas a tener un mayor sentido de seguridad frente al contexto social, por medio del reconocimiento de la información suministrada.⁷⁹

Por tanto es un proceso de deconstrucción y construcción, que en términos de la RS es la selección y descontextualización de la información específica (o científica) que se ha recibido, seleccionando aquellas partes que sean relevantes para el contexto social donde se encuentren las personas y también la descontextualización de sus raíces (es decir, de las personas que generaron el conocimiento), con el fin de adaptarla al ambiente y a las costumbres sociales.

⁷⁷ Ibáñez, T. (1994). Opus. cite.

⁷⁸ Ibáñez, T. (1994). Opus. cite.

⁷⁹ Rodríguez, T. (2003). El debate de las representaciones sociales en la psicología social. *Relaciones*, 24 (93). 581—080. Citado en: Herrera M. (2008) Opus. cite.

La objetivación puede definirse como una operación formadora de imagen y a la vez estructurante. Según refiere Jodelet, fue Moscovici quien al estudiar cómo penetra en la sociedad una ciencia como “el psicoanálisis”, analizó los procesos principales que explican el doble camino que transforman un conocimiento en representación y a la vez parten de ésta representación para transformar lo social.

La objetivación presenta tres fases^{80,81,82},

(1) la primera que es la *construcción selectiva*, se refiere a la etapa de selección y descontextualización de los elementos de la teoría, es decir, las informaciones son separadas del campo científico al que pertenecen y son apropiadas por el público que las proyecta como hechos de su propio universo, logrando así “dominarlas”;

(2) La segunda que es la *esquemización estructurante* es la formación de un núcleo figurativo o una estructura de imagen que reproduce una estructura conceptual, para que los elementos de información ya adaptados a través del proceso de apropiación se organizan proporcionando una imagen coherente y fácilmente expresable del objeto representado, generando un esquema figurativo, para que las ideas abstractas se convierten en formas icónicas o en un sistema de representación tanto lingüístico como visual que son más accesibles al pensamiento concreto, y por esta razón a la toma de decisión;

(3) Y la tercera y última que es la *naturalización* es cuando el esquema figurativo adquiere status ontológico como un componente más de la realidad objetiva, olvidando el carácter artificial y simbólico del núcleo figurativo y se le atribuye existencia fáctica

Anclaje:

El anclaje es el segundo proceso central de las representaciones sociales. En este se realiza el enraizamiento social de la representación y de su objeto; implica la integración cognitiva del objeto representado desde el mismo sistema de pensamiento (Jodelet, 1986).

⁸⁰ **Jodelet. D.** (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona-Buenos-Aires-México: Paidós.

⁸¹ **Oliveira DC, Fischer FM.** (2010). Social representations at work: comparative analysis of working and non-working teens, Cien Saude Colet. May;15(3):763-73. Portuguese.

⁸² **Lacolla Hebe** (2006) “Representaciones Sociales: Una manera de entender las ideas de nuestros alumnos”. Monografía creado por Lacolla Liliana. Extraído de: <http://revista.iered.org/v1n3/html/Llacolla.html>. 11 mayo 2010

El anclaje designa la inserción de una ciencia en la jerarquía de los valores y entre las operaciones realizadas por una sociedad. Es decir, al realizar el anclaje, la sociedad cambia el objeto social (en este caso el conocimiento específico) por un instrumento del cual se puede disponer, y este objeto se coloca en una escala de presencia en las relaciones sociales existentes.⁸³ Es otro mecanismo básico de la formación de las representaciones sociales, que permite integrar la información sobre un objeto dentro de nuestro sistema de pensamiento, afrontando las innovaciones de los objetos que no nos son familiares.

Para concluir, las RS permiten interpretar y adaptar conceptos abstractos definidos científicamente, de este modo el medicamento como objeto producto de un desarrollo científico con tecnología de punta, es definido por la ciencia en sus propios términos y sin embargo no es igual para las personas del común, quienes adaptan el concepto para poder ser entendido en un lenguaje propio que lo acerca a su cotidianidad, como un modo de entendimiento y posición frente al mismo.

Por lo tanto la RS, aporta datos sensibles de la experiencia cotidiana, que son construcciones mentales y que actúan como motores del pensamiento, que funcionan y perduran con independencia en individuos concretos, generando conductas relacionadas con el objeto.

PERSPECTIVAS DE APROXIMACIÓN EN LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Existen dos líneas principales de aproximación al fenómeno de las representaciones sociales, que tienen como objeto el estudio de diferentes características de la representación, así como la interpretación de sus datos de acuerdo con sus presupuestos ontológicos y epistemológicos⁸⁴.

ENFOQUE PROCESAL

La perspectiva procesal retoma la tradición hermenéutica y utiliza los presupuestos epistemológicos del construccionismo para realizar el análisis de la información recolectada.⁸⁵ Este enfoque ve al ser humano como productor de sentidos y constructor de la realidad en la cual está inmerso, construyendo la interacción con dicha realidad y con los demás actores que están inmersos en ella. La meta del enfoque procesal es la de entender a profundidad la realidad que se está estudiando, en la cual se asume que los procesos de las representaciones son continuos y dinámicos (tanto en el

⁸³ **Mora, M.** (2002). "La teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici". *Rev. Athenea Digital*, N° 2, otoño: 21-25.

⁸⁴ **Herrera M.** (2008) Opus. cite.

⁸⁵ **Banchs, M.** (2000). Aproximación procesales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on social representation*, (9), 1-15. Citado en **Herrera M.** (2008): 47-48.

ámbito cognoscitivo o individual como en el ámbito social), y que crecen y se modifican en todo momento⁸⁶.

Los teóricos procesales intentan ver las representaciones sociales desde una perspectiva cualitativa, hermenéutica, que esté centrada en la diversidad de los aspectos significantes de la actividad representativa. Dicha perspectiva se identifica fuertemente con las corrientes cualitativas europeas de la investigación acerca de las representaciones sociales, cuyos mayores exponentes son Moscovici y Jodelet.⁸⁷

La forma de llegar a este tipo de conocimiento es por medio de estrategias cualitativas interpretativas que permitan recolectar datos ricos en contenido, aún cuando no se utilicen gran cantidad de sujetos en la investigación.

Los presupuestos epistemológicos se entienden como modelos de conocimiento de la realidad o vías de acceso al conocimiento ontológico, como la naturaleza de la realidad social o como la naturaleza del objeto de estudio, en el enfoque procesual, que son⁸⁸:

- El acceso al conocimiento de las R S es por medio de un abordaje hermenéutico, en el que el ser humano es visualizado como un productor de sentidos.
- Se focaliza en el análisis de las producciones simbólicas, de los significados, del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos construyen el mundo en que viven.
- Privilegia dos formas de acceso al conocimiento: una, a través de métodos de recolección y análisis cualitativo de los datos. Otra, la triangulación combinando múltiples técnicas, teorías e investigaciones para garantizar una mayor profundización y ampliación del objeto de estudio.

⁸⁶ Herrera M. (2008) Opus. cite.

⁸⁷ Banchs, M. (2000). Opus. cite. Citado en Herrera M. (2008): 47-48.

⁸⁸ Banchs, M. (2000). Opus. cite. Citado en Araya U.S.(2002): 50 -53

2.3.4 ENFOQUE ESTRUCTURAL

Según el enfoque estructural la representación tiene una estructura específica que le es propia, cuya característica es que está organizada alrededor de un núcleo central y que éste es el que determina su organización y significación. Por núcleo central se entiende el elemento o conjunto de elementos que dan a la representación su coherencia y su significación global.

La perspectiva estructural como aproximación tiene como objetivo el descubrir la estructura básica o interna que subyace a cada representación social, entendiendo a las representaciones sociales como un conjunto organizado de cogniciones relativas a un objeto, compartidas por miembros de una población homogénea respecto a ese objeto.⁸⁹

Es decir, esta aproximación toma a las representaciones sociales como un producto puramente cognoscitivo en donde se está frente a un fenómeno estático y estructurado que permite una medición cuantitativa, explicar y develar las funciones y características del núcleo central de la representación social, así como la separación entre los contenidos periféricos y nucleares de la representación.⁹⁰

El núcleo tiene dos funciones⁹¹:

(1) La de generador, que crea o transforma la función de los demás elementos de la representación, es decir, le da sentido a la significación de esos elementos.

(2) La de organizador, que organiza los elementos de la representación. En este se cuenta además con dos dimensiones el normativo y funcional. En la primera se expresan dimensiones socio-afectivos, sociales o ideológicos, dentro de las cuales pueden incluirse normas, estereotipos o actitudes. En la funcional se encuentran las situaciones con una finalidad operativa o aquellas que se refieren al funcionamiento del objeto.

El núcleo central es el elemento que mas resistirá el cambio, pues la modificación del núcleo produce la transformación completa de la representación por tanto está protegido por sistemas periféricos, los cuales permiten, esencialmente la adaptación de la representación en el contexto.

⁸⁹ **Flament, C.** (1994). Estructura, dinámica y transformación de las representaciones sociales. En: (Ed.), *Prácticas Sociales y Representaciones*. Paris: P.U.F.

⁹⁰ **Herrera M.** (2008) Opus. cite.

⁹¹ **Taylor, S. ,Bodgan, R.** (1992). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de los significados. Barcelona- Buenos Aires.- México: Paidós.

Los elementos periféricos por tanto están en relación directa con el núcleo, lo cual equivale a decir que su presencia, su ponderación, su valor y su función están determinados por el núcleo, están jerarquizados, pueden estar cerca al núcleo y en este caso juegan un papel en la concreción de significado de la representación social. Porque aclaran, ilustran y justifican esta significación.

Según Abric⁹², esta aproximación busca llegar al núcleo central por medio de grandes muestras donde se realiza una encuesta acerca de una representación previamente determinada por los investigadores, para después analizar la información por medio de técnicas cualitativas (basadas en una epistemología positivista), con el fin de encontrar correlaciones entre los resultados que permitan construir el núcleo central (además de la encuesta existen diversas técnicas que permiten acceder al núcleo central, así como a los conceptos periféricos, técnicas como el cuestionamiento del núcleo central, de inducción por guión ambiguo, etc.

Los presupuestos epistemológicos y ontológicos de este enfoque son⁹³:

- El estudio se centra sobre los procesos y mecanismos de organización de los contenidos de la R S independientemente de su significación.
- Los estudios que hablan de procesos casi siempre son estudios cognitivos que buscan identificar estructuras representacionales.
- Las vías más utilizadas para acceder al conocimiento del objeto de estudio son técnicas correlacionales y análisis multivariados o ecuaciones estructurales.
- Desde el punto de vista ontológico, se busca aprehender tanto los mecanismos cognitivos de constitución, como las funciones, dimensiones y elementos de una estructura cognitiva.

Es importante recalcar que estas dos aproximaciones no son excluyentes entre sí, y que es posible utilizar tanto las técnicas como los análisis de las dos aproximaciones para enriquecer la visión y comprensión de la representación social estudiada, eso sí, cuidando que cada parte de la

⁹² **Abric, J, C.** (1994a). Las representaciones sociales: aspectos teóricos. En: *prácticas sociales y representaciones*. P.U.F. Paris.

⁹³ **Banchs, M.** (2000). Opus. cite. Citado en **Araya U.S.**(2002): 50 -53

investigación esté sustentada correctamente desde la epistemología, la ontología y la metodología correspondientes, sin que se mezclen, para tener datos válidos y viables que sirvan a la investigación.

No obstante lo anterior, según mi criterio, la existencia de un doble sistema en las RS impone que ambos enfoques sean pertinentes. Debe recordarse que una de las características esenciales de la RS es que son, a la vez, estables y móviles; rígidas y flexibles. Estables y rígidas porque están determinadas por un núcleo central profundamente anclado a la memoria de un pueblo y a su sistema de creencias. Móviles y flexibles porque son alimentadas de las experiencias individuales e integran los datos de lo vivido y de la situación específica, la evolución de las relaciones y de las prácticas en que las personas están inmersas⁹⁴.

2.3.6.1 TÉCNICAS INTERROGATIVAS

1- GRUPO FOCAL. (una modalidad de entrevista)

Es el encuentro cara a cara del investigador y los informantes, dichos encuentros están dirigidos a comprender las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como se expresan con sus propias palabras. Existen 3 niveles relacionales que determinan el sentido del discurso que se genera a partir de la aplicación del grupo focal.⁹⁵

(1) *El contrato comunicativo*: hace alusión al aspecto paradójico del grupo focal, por un lado es una forma de producir expresiones de carácter íntimo, pero por el otro al producirse dejan de ser íntimos.

(2) *Interacción verbal*: es la apertura de las personas a la comunicación y la aceptación de las reglas, la persona investigada produce información sobre todos los temas de la investigación, pero sin tener un orden prefijado.

(3) *El universo social de referencia*: se hace un análisis del discurso elaborado por la persona entrevistada a partir de su situación personal, social y cultural.⁹⁶

⁹⁴ Araya U.S. (2002): Opus. cite. 50 -53

⁹⁵ Taylor, S. ,Bodgan, R. (1992). Opus. cite.

⁹⁶ Araya U.S. (2002). Opus. cite.

2- EL CUESTIONARIO

Es el conjunto de preguntas respecto de uno o más temas, puede tener preguntas cerradas o abiertas, las preguntas cerradas contienen alternativas de respuesta dadas por el investigador, aspecto que difieren a las abiertas ya que estas no tienen alternativas de respuesta. Una de sus ventajas es la estandarización, esta reduce costos y riesgos de respuesta que se derivan de las posturas subjetivas, pero también limita la libre expresión de las personas. El cuestionario debe incluir un buen número de preguntas abiertas para valorizar la actividad de la persona interrogada, ofreciéndole la posibilidad de emplear su propia gestión⁹⁷.

3- TABLAS INDUCTORAS

Esta técnica se ha utilizado en estudios dirigidos a poblaciones con dificultades para apropiarse a los modos de interrogación como entrevistas o cuestionarios, se presenta a las personas una serie de dibujos ilustrando los temas principales procedentes de una pre encuesta y se les pide que expresen libremente a partir de la tabla propuesta⁹⁸.

4- DIBUJOS Y SOPORTES GRÁFICOS

Esta técnica abarca 3 fases: la producción de un dibujo, verbalización de las personas a partir de los dibujos y un análisis de la producción grafica. Esta técnica permite analizar la significación central de la representación producida, identificar el contenido y formular hipótesis sobre los elementos de la representación grafica.

5- TÉCNICAS ETNOGRÁFICAS

Esta técnica es la vía más enriquecedora para el estudio de las representaciones sociales, sin embargo es lenta y difícil de ejecutar. Es inspirada en métodos antropológicos, permite recoger el contenido de una representación social, referirla directamente a su contexto y estudiar sus relaciones

⁹⁷ **Alonso, L.** (1998). Sujeto y discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En Delgado, J., Gutiérrez, J. (coord.) Métodos y técnicas cualitativas de investigación social. Madrid, España: Síntesis psicología.

⁹⁸ **Abric, Jean-Claude** (1994). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En Practiques sociales et représentations. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). Prácticas Sociales y Representaciones Sociales. Ediciones Coyoacán: México.

con las prácticas sociales establecidas por el grupo. De esta manera es posible combinar las técnicas etnográficas, entre otras, con encuestas; cuestionarios y análisis históricos⁹⁹.

2.3.6.2 TÉCNICAS ASOCIATIVAS

1- Asociación libre

A partir de un término o de una serie de términos se les pide a las personas que produzcan todos los términos, expresiones o adjetivos que se les ocurran, esto permite tener acceso mucho más rápido y fácil a los elementos que constituyen el término u objeto estudiado; y además permite actualizar elementos que se ocultan o enmascaran en las producciones discursivas¹⁰⁰.

2- Carta asociativa

Busca suplir la dificultad de interpretación de los términos producidos por las personas que se da en la asociación libre, los investigadores del enfoque estructural han empezado a utilizar la técnica de la carta mental de H. Jaoui¹⁰¹.

A través de 3 fases:

A partir de un término inductor son producidas asociaciones libres después de la recolección de asociaciones se pide a la persona que produzca una segunda serie de asociaciones a partir de unas palabras que contengan el término inductor inicial y cada uno de los términos asociados por ella en la primera fase. Se recoge así una serie de cadenas asociativas de 3 elementos¹⁰².

EJEMPLO:

Función enfermera -Tarea-Repatriación-Delegación
Función enfermera -Escucha-Formación-Insuficiente

⁹⁹ Araya U.S.(2002). Opus. cite.

¹⁰⁰ Abric, Jean – Claude (1994). Opus. cite.

¹⁰¹ Abric Jean-Claude (1997). *Pratiques sociales et représentations*, sous la direction de j-c abric, puf, 1994, 2ème édition .

¹⁰² Abric Jean-Claude(1997) Opus. cite.

Función enfermera -Escucha-Papel propio-Cuidados de calidad
Función enfermera -Relaciones-Cuidar de otra forma-Promoción profesional
Función enfermera -Cuidados-Técnica-Competencia profesional

Este método necesita poco tiempo y esfuerzo por parte de la persona, recoge un conjunto de asociaciones más elaboradas, identifica lazos significativos entre los elementos.¹⁰³

2.3.6.3 MÉTODOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE LA ESTRUCTURA DE UNA REPRESENTACIÓN

Según el enfoque estructural todas sus técnicas se fundan en un solo principio: pedir a la persona que efectúe un trabajo cognitivo de análisis, comparación y jerarquización de su propia producción.

1- **Las técnicas desarrolladas por el enfoque estructural son técnicas de identificación de los lazos entre elementos de la representación**¹⁰⁴

- Construcción de pares de palabras

Consiste en solicitar a la persona, a partir de un corpus que ella misma ha producido, que constituya un conjunto de pares de palabras que, según su criterio, deben "ir juntas". La recolección se completa, finalmente, con una entrevista y así, de esta manera, la lista de los pares revela el tipo de procedimiento utilizado por la persona, o sea, el tipo de relaciones que usó para asociar dos términos: similitud del sentido; implicación; contraste; etcétera.

- Comparación pareada

Se le proponen a la persona todos los pares posibles de un corpus de términos pidiéndole para cada para que lo situé en una escala de similitud, de muy semejante a muy diferente

¹⁰³ Araya U. Sandra.(2002). Opus. cite.

¹⁰⁴ Rouquette M. Etrateau P. (1998), Introduction à l'étude des représentations sociales, Presses Universitaires de Grenoble.

- Constitución de conjunto de los términos

Se le pide a la persona que agrupe en paquetes los ítems que ha producido o que se le propongan, poniendo juntos los términos que van bien juntos, y después interrogar acerca de los motivos de esa reagrupación y solicitarle que otorgue un título a cada uno de los conjuntos constituidos.

2- **Técnicas de jerarquización de los ítems son técnicas buscan producir la jerarquía directamente por la persona**¹⁰⁵.

- Los tris jerarquizados sucesivos

Esta técnica consiste en recolectar en un primer tiempo un conjunto de asociaciones concernientes al objeto de representación estudiado, se dispone para un grupo dado un conjunto en general de 32 ítem, se propone a la persona la lista de ítems en forma de 32 fichas correspondientes a cada ítem, se le pide que los separe en dos grupos, uno de los ítem más característicos del objeto estudiado y otro de los menos característicos, a partir de los 16 ítem más característicos retenidos por la persona se debe repetir la operación y se eligen 8 más representativos del objeto y 8 menos representativos del objeto; y así sucesivamente hasta que queden dos ítem seleccionados, estableciendo así una clasificación por orden de importancia para cada persona.

- Las elecciones sucesivas por bloques

La técnica anterior permite un análisis de similitud tradicional pero difícilmente permite calcular los índices que pueden ser reveladores para el estudio de las representaciones, en particular el de distancia. Este índice permite estudiar a la vez las relaciones de similitud y antagonismo o exclusión y su procedimiento es el siguiente:

A partir de una lista de veinte ítem, se pide a las personas efectuar una elección por bloques. Primero seleccionan los cuatro ítem que les parecen más importantes y que reciben el valor +2. Luego se les pide escoger de entre los dieciséis restantes los cuatro ítem menos representativos, asignándoles el

¹⁰⁵ **Herzlich Claudine**, (1996). Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

valor -2. Seguidamente, entre los doce ítem restantes, ellas designan sucesivamente los cuatro más importantes (valor +1) y los cuatro menos importantes (valor -1). A los cuatro ítem restantes se les asigna el valor 0.

Cada ítem recibe así un valor en una escala variable de (+2) a (-2) a partir de la cual se puede calcular un índice de distancia que, como una correlación, varía de (+1) (similitud máxima) a (-1) (exclusión máxima). Esta técnica proporciona las ventajas propias del análisis de similitud y además da pie a una aproximación cuantitativa que permite comparar en grupos diferentes la importancia relativa de ciertos elementos de la representación.

3- Técnicas de control de la centralidad esta técnica se busca confirmar la hipótesis de la centralidad¹⁰⁶.

- Técnica de cuestionamiento del núcleo central

Se debe elaborar una lista de los elementos sobre los que se plantea la hipótesis de que ellos pueden constituir el núcleo central de la representación, luego se presenta un texto inductor que represente al objeto estudiado, se proporciona una nueva información a la persona, se pide entonces a la persona si teniendo en cuenta esta nueva información su representación del objeto ha cambiado o no.

Los elementos cuyo cuestionamiento ocasiona un cambio de representación son los elementos del núcleo central y aquellos cuyo cuestionamiento no ocasiona cambios los elementos periféricos.

- Técnica de inducción por guion ambiguo

Moliner elaboro una técnica que permite detectar y controlar de manera conjunta los elementos centrales de una representación. Esta consiste en proponer a la persona una descripción ambigua del objeto, la representación ambigua se refiere a que puede o no referirse al objeto y proporcionar así dos tipos diferentes de descripción y el análisis-comparación de esas descripciones permite identificar los elementos centrales.

¹⁰⁶ **Abric Jean-Claude**(1997). Opus. cite.

- Técnica de los esquemas cognitivos de base

A partir de un conjunto de pares de ítem surgidos de una asociación libre se estudiara el tipo de relación que esos términos sostienen entre sí.

2.3.7 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE ANÁLISIS

El material cualitativo producido por medio de grupos focales puede ser sometido a rigurosos procedimientos de análisis y de esta manera reconstruir la estructura interna de las representaciones sociales. El análisis cualitativo según la Teoría Fundamentada (Grounded Theory), es la más utilizada, esta técnica también es llamada el método comparativo constante, que busca construir modelos teóricos acerca de las interrelaciones de los diferentes aspectos del fenómeno estudiado.

Strauss y Corbin (1990)¹⁰⁷, refieren que una teoría fundada empíricamente explica al mismo tiempo de describe, lo que hace de esta metodología una alternativa indicada para el estudio de las RS, ya que permite tanto el estudio de sus contenidos (aspecto descriptivo) como de su estructura interna (aspecto explicativo). Sus procedimientos de análisis, efectivamente, permiten reconstruir las representaciones en dos etapas: 1) análisis descriptivo y 2) análisis relacional. Por medio del primero se reconstruyen inductivamente categorías generales a partir de elementos particulares, así como contenidos socialmente compartidos por medio de comparaciones de representaciones que se encuentren o hayan emergido, es decir que en el proceso puede salir varias categorías que corresponderían a varias a la representación. Al finalizar esta etapa se obtiene una descripción exhaustiva de los contenidos de las RS del grupo social investigado. Sin embargo, el aporte esencial de esta metodología se expresa en la segunda etapa, el análisis relacional. A través de éste se reconstruye la estructura interna de las RS, es decir las relaciones y jerarquías existentes entre sus diferentes contenidos.¹⁰⁸

Análisis descriptivo: construir códigos abstractos a partir de datos particulares. Para esto el primer paso es la codificación de los datos obtenidos en este paso los datos son fragmentados, conceptualizados y luego articulados de un modo nuevo, este tipo de codificación se denomina codificación abierta y su objetivo principal es reconstruir categorías de modo inductivo. Al finalizar

¹⁰⁷ **Strauss, A., Corbin, J.** (1990). Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park – London – New Delhi: Sage.

¹⁰⁸ **Krause, M.** (1998) La reconstrucción de la estructura interna de las Representaciones Sociales a través de un análisis cualitativo descriptivo y relacional. En Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre Representaciones Sociales. La era de la psicología social. México- Francia: Universidad Autónoma Metropolitana - Leps- Ehess. Citado por: Araya U. Sandra.(2002)

esta etapa se obtiene una descripción exhaustiva de los contenidos de las representaciones sociales del grupo social investigado.

Cada unidad de sentido es conceptualizada y nominada, es decir se le adscribe una “etiqueta verbal” que interprete el significado de la información recogida. Los conceptos obtenidos luego se agrupan en categorías, las que se organizan jerárquicamente. El producto final de este proceso inductivo será un conjunto de conceptos relacionados entre sí, que permite dar cuenta de las cualidades del objeto de estudio. La estrategia que se aplica a los datos codificados es la comparación entre las categorías de manera permanente o constante. Los resultados que se van generando a partir de estas comparaciones se registran verbal y gráficamente y se van desarrollando e integrando a medida que progresa el análisis.

Análisis relacional o reconstrucción del núcleo figurativo: este incluye dos pasos la codificación axial y la codificación selectiva, la primera es el análisis de una categoría y de las propiedades de esta. Su objetivo es establecer relaciones o conexiones entre los diferentes contenidos que arrojan los resultados descriptivos. Para el establecimiento de estas relaciones los autores de esta escuela metodológica proponen lo que han denominado “paradigma de codificación”, el cual contiene los siguientes elementos, en función de los cuales se podrán establecer las relaciones entre los contenidos representacionales: fenómeno, contexto de aparición, antecedentes, condiciones en las que varía; estrategias de acción e interacción de los y las actoras y las principales consecuencias.

El análisis intenso al que se somete una categoría en términos de las propiedades del paradigma de codificación se denomina *codificación axial* o desarrollo de categorías conceptuales. Es este el primer paso del análisis relacional y su objetivo es generar diversos modelos comprensivos sobre diferentes aspectos que se destacan en los resultados.

La integración de la categoría y sus propiedades, reducción de categorías por descarte, por fusión o transformación conceptual en otras categorías de nivel superior, implica un mayor refinamiento analítico, el cual junto con la comparación constante, conlleva un proceso de reducción de categorías ya sea por descarte; por fusión o transformación en otras categorías de nivel conceptual superior. La identificación del fenómeno central constituye el eje significativo articulador del modelo y, aplicado a las RS, representa el núcleo central de éstas.

En resumen, el procedimiento de la Teoría Fundamentada implica las siguientes operaciones:

1. La codificación abierta: permite dos momentos.

El primero se refiere al tratamiento de los datos brutos, los cuales se comparan constantemente. Posteriormente se les asigna un código común a los fragmentos de una entrevista que comparten una misma idea, advirtiendo que en este momento cualquier interpretación es provisional.

El segundo es el desarrollo de categorías iniciales, es decir la búsqueda sistemática de las propiedades de la categoría. Es fundamental que ambos momentos se acompañen del registro de notas teóricas, analíticas e interpretativas. Este segundo momento es el puente con la siguiente operación.

2. La codificación axial.

Significa el análisis intenso de una categoría en términos de los elementos del paradigma de la codificación, el cual a su vez implica el análisis de las propiedades de la categoría (antecedentes, condiciones en las que varía, las interacciones de los y las actoras, estrategias y tácticas de estos y consecuencias). La codificación axial permite develar las relaciones entre las categorías permitiendo, por lo tanto, avanzar hacia el paso siguiente que es la integración de categorías y sus propiedades.

3. La codificación selectiva:

Implica la integración de la categoría y sus propiedades, o sea el proceso de reducción de categorías por descarte, por fusión o transformación conceptual en otras categorías de nivel superior. El procedimiento, por último, sugiere el trazado de esquemas gráficos para facilitar no solo la descripción, sino también la explicación de los elementos que se relacionan alrededor del fenómeno que es objeto de estudio. En el plano de la teoría de las RS dichos esquemas cumplen la función de visualizar los componentes que se organizan y jerarquizan alrededor del núcleo central de una representación social.

2.4 REPRESENTACIONES SOCIALES EN LA SALUD

Los estudios acerca de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad iniciaron en 1969 con Herzlich en Francia, desde entonces han sido abordadas como objeto de estudio por la antropología y más recientemente por la Psicología social de la salud. Los diferentes hallazgos sugieren que estas representaciones influyen en una variedad de comportamientos relacionados con la enfermedad y la salud como los estilos de vida, las formas de afrontar la enfermedad, las formas de controlarla, experimentarla, juzgarla, comprenderla, explicarla, también en comportamientos tales como la búsqueda de ayuda, la actitud para asumirla o prevenirla, la interacción con sujetos de la salud, la selección de tipo de tratamiento médico y la adherencia al tratamiento médico.¹⁰⁹

Herzlich,¹¹⁰ estudió las representaciones sociales de la salud y la enfermedad de los ciudadanos de París, mostrando las bases, la estructura y la complejidad de la representación de la salud (que se tiene por suerte y por una buena cohesión con el ambiente exterior) y la representación de la enfermedad (que se da por culpa del entorno de la ciudad, con la contaminación, la mala alimentación y el ritmo de vida de la ciudad). Además, muestra los diferentes niveles que existen entre la buena salud y la enfermedad, descubriendo un fenómeno con múltiples niveles que explican los diferentes estados que pueden desarrollarse en el cuerpo humano.

Desde que se realizó este estudio, muchos autores han trabajado a lo largo del mundo estudios sobre las representaciones sociales, en Latinoamérica se resaltan autores como Hamui (2009); Oliveira (2009); Carvalho (2009); (2009) Coelho MS et al. (2009); Camargo BV, et al. (2009); Formozo (2010); y Escobar. (2010), quienes han estudiado las representaciones sociales de la salud y la enfermedad en diferentes contextos, grupos y situaciones.

Hamui y Sutton (2009)¹¹¹, en México correlacionaron las variables socio estructurales con el conocimiento acerca de la neumonía y exploraron las representaciones sociales acerca de la etiología, la prevención, el desarrollo y el tratamiento en las comunidades pobres; encontrando como resultado una actitud positiva a la inmunización, pero la falta de información acerca de las enfermedades respiratorias. En los barrios con insuficiencia de los servicios públicos la ignorancia acerca de la neumonía tiende a aumentar. Mientras, en Brasil Oliveira (2009), realizó un estudio sobre los riesgos ocupacionales por trabajadores de salud a través del enfoque estructural de la representación social, encontrando que los sistemas centrales tienen composiciones diferentes en

¹⁰⁹ Herzlich C. (2003). Health and social issues. Rev Epidemiol Sante Publique. Sep;51(4):377-80.

¹¹⁰ Farr, R. (1986). Representaciones sociales. En: Moscovici, S. (Ed.), *Psicología Social II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. (pp. 494-506). España: Paidós.

¹¹¹ Hamui-Sutton A, et al.(2009). Pneumonia and its social representations. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. May-Jun;47(3):341-7.

tres grupos: la enfermedad y la muerte para los médicos, perforación y el peligro para las enfermeras y por último la contaminación, las enfermedades, la infección y el peligro para los dentistas¹¹².

En cuanto a las representaciones sociales de un padre con un hijo prematuro, Carvalho JB et al.(2009).¹¹³ Encontraron que la internación de su hijo hace que los padres experimenten emociones de miedo, angustia, ansiedad, soledad y se entrevean con los de la fe, alegría y esperanza. Coelho MS et al. (2009) realizaron un estudio sobre las representaciones sociales del pie diabético para personas con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados muestran que los sujetos buscan una esperanza de no desarrollar la enfermedad de pie o de controlar la situación, movidos por las representaciones de alteraciones y amenazas. De este modo, las representaciones sociales contribuyeron en la comprensión de cómo los sujetos con diabetes mellitus construyen conocimientos que expresan su identidad y guían su comportamiento, especialmente en relación con el pie diabético.¹¹⁴

Otro campo de la salud estudiado por las representaciones sociales es el del SIDA en donde Camargo BV, et al. (2009).¹¹⁵ estudiaron las representaciones de los adolescentes acerca del sexo sin protección, más precisamente sobre la relación entre la actitud hacia el preservativo y la razón de la atribución por su falta de uso. Los resultados revelaron dos representaciones del SIDA: una de confianza en la pareja y otra de la experiencia con el sexo y la conservación - el primero da sentido a las experiencias de los adolescentes con parejas sexuales conocidas y la segunda, con parejas sexuales menos conocidos. Por su parte, Formozo (2010), identificaron y compararon las representaciones sociales de los cuidados de auxiliares de enfermería a pacientes con VIH seropositivos a los profesionales de enfermería. Y concluyó que la representación social de auxiliares de enfermería se basa en los elementos prácticos de cuidado diario, mientras que las enfermeras se anclaban en el conocimiento especializado.¹¹⁶

Por último Escobar (2010), trabajaron en las representaciones sociales de salud-enfermedad bucal de las madres embarazadas. Y encontraron que las madres desean dar a sus hijos una buena salud oral y consideran que es su responsabilidad; culpa asociada también con experiencia y que para cumplir

¹¹² **Oliveira JD et al.** (2009). Social representations about occupational risk in the perspective of the health worker. *Rev Gaucha Enferm* Mar;30(1):99-105.

¹¹³ **Carvalho JB et al.**(2009). Social representation of fathers regarding their premature child in the Neonatal Intensive Care Unit. *Rev Bras Enferm.* Sep-Oct;62(5):734-8.

¹¹⁴ **Coelho MS et al.** (2009). Social representations of diabetic foot for people with type 2 diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP.* Mar;43(1):65-71.

¹¹⁵ **Camargo BV, et al.** (2009). Social representations, risk behaviors and AIDS. *Span J Psychol.* Nov;12(2):565-75.

¹¹⁶ **Formozo GA, Oliveira DC** (2010). Social representations of the care provided to HIV seropositive patients. *Rev Bras Enferm.* .Mar-Apr;63(2):230-7.

con esta responsabilidad, las madres solicitan el apoyo del personal de salud, que a veces no satisface sus necesidades y expectativas.¹¹⁷

La diversidad de estos trabajos no sólo muestra la capacidad de las representaciones sociales para afrontar y entender los retos de la salud en la actualidad, sino para proponer estrategias de intervención que estén acordes con la construcción social de las personas afectadas, incrementando la probabilidad de éxito de los programas desarrollados para la prevención y la promoción de la salud en las diferentes ramas que trabajan para el mejoramiento de la calidad de vida.

El concepto de representaciones sociales, literalmente, se irradia desde una disciplina a otra y en este viaje entre las disciplinas, se enriquece en capacidad teórica, metodológica, "la ubicación de los paradigmas de investigación" y el análisis de datos. Permitiendo aceptar la pluralidad de aspectos los contextos, los objetos y explotación de metodologías múltiples, con aspectos cualitativos y cuantitativo.¹¹⁸

2.4.1 REPRESENTACIONES SOCIALES DEL MEDICAMENTO

Muy a menudo, los efectos terapéuticos de un medicamento son paralelos a la acción farmacológica, fuertemente condicionado por varios elementos que no son de salud: como el antropológico, el psicológico, el social y el religioso. Incluso cuestiones económicas y hasta jurídicas tienen un papel muy importante en relación con el diseño, producción y consumo de medicamentos.

En esta perspectiva, el medicamento se convierte en un objeto complejo y produce un constante cambio, que está vinculado con las influencias científicas y culturales. Por ello que las representaciones sociales sirvan para promover desde una perspectiva interdisciplinaria, el entendimiento de lo que significa como objeto social, y nos ayude a tener en cuenta todos los puntos de vista y el diálogo entre los investigadores para examinar diversos aspectos relacionadas y no relacionados con la salud.

Desde esta perspectiva, resulta importante tener en cuenta las relaciones sociales entre diferentes grupos en la cadena del medicamento como fabricantes, farmacéuticos, médicos, consumidores y pacientes, lo que involucran la necesidad imperiosa de abordar el entendimiento del medicamento y

¹¹⁷ **Escobar-Paucar G et al.**(2010) [Social representations of pregnant mothers in an urban community: Medellín, Colombia] *Salud Publica Mex.* Jan-Feb;52(1):46-51.

¹¹⁸ **Serge R.** (2003). Epistemology of interdisciplinary and social representations: the example of medicine *Journal International sur les Représentations Sociales (JIRSO)*, 1(3), 120- 14.

sus variables desde la representación interdisciplinaria, a la que pertenece el medicamento, ya que es un fenómeno complejo. Mostrando desde las ciencias de la salud y otras ciencias que la teoría de las representaciones sociales es útil para el estudio y entendimiento de sistemas complejos, como los que genera el medicamento.¹¹⁹ Por ello que se resalten esfuerzos de grupos de investigación como el conformado en Canadá.

Este es grupo de estudio sobre la interdisciplinariedad y las representaciones sociales de la Universidad de Montreal, Canada, liderado por Catherine Garnier, ha generado una línea de investigación, que analiza la dinámica de la cadena de los medicamentos, desde la concepción hasta el consumo, estudiando los sistemas de representaciones, de prácticas sociales y de comunicación.

Este grupo busca en general identificar las situaciones de consenso y conflicto, o de riesgo acerca de los medicamentos, explorando los campos de los saberes, de las regulaciones oficiales y no oficiales, de las interrelaciones de los grupos actores y de los usos del medicamento. Teniendo como bandera la elaboración de investigaciones de manera interdisciplinaria, con el objetivo de crear medios y principios de acción a través del cual los grupos de actores puedan hacer racionalización del uso de medicamentos y de sus costos.¹²⁰ En este sentido no se limitan a momentos en la cadena del medicamento con el fin de resolver los problemas locales, sino que abordan investigaciones sociales que surgen de los contextos en que se tiene en cuenta las relaciones individuales y sociales.¹²¹

Denominado como *Les Cahiers du GEIRSO* (grupo de tareas sobre la interdisciplinariedad y representaciones sociales), tienen proyectos de estudio de medicamentos antihipertensivo, contra el cáncer, analgésicos, antiinflamatorios, terapia hormonal, antibióticos, y medicamentos específicos como sildenafil. De modo multidisciplinario el grupo trabaja con un equipo que está representado en casi cuarenta personas con énfasis en proyecto de análisis de bancos de datos, flujo de conocimientos, reglamentación, patrones de las relaciones entre los actores claves en la cadena, uso de drogas y modelado.¹²²

¹¹⁹ **St-Jean, M., et al.** (2007). De l'expérience au monde à l'objectivation médicale : l'oubli de la douleur. In P. Scheibler-Meißner (Ed.), *Représentations sociales sur la santé, la maladie et les médicaments : Perspectives interdisciplinaires et interculturelles* (pp.126-167). Hamburg: Kovač, 291 p.

¹²⁰ **Garnier, C.** (2003). La chaîne du médicament : lieu de rencontre des systèmes de représentations sociales. *Journal International sur les Représentations Sociales (JIRSO)*, 1(1), 1-9.

¹²¹ **Serge R.** (2003). *Ibid*

¹²² **Guerreschi et al.** (2008). Les représentations sociales du dopage sportif. Étude qualitative auprès d'athlètes de haut niveau français et canadiens. *Drogues, santé et société*, 7(1) : 239-294.

De estos estudios de GEIRSO, hay que decir que son en general desarrollados en Francia y Canadá, y que no se encuentran en la literatura fácilmente, ya que en general son socializados en su mayoría en eventos de congresos o terminan como libros, con poca publicación en revistas indexadas.

No obstante frente a lo que se ha producido dentro estos estudios, se resalta el estudio de Silla M (2005), que determinó el valor predictivo de la eficacia del tratamiento antihipertensivo en relación con las representaciones sociales de la actuación del médico, concluyendo que las creencias y representaciones del médico y la motivación con que participan, parece influir en los resultados de eficacia terapéutica en el manejo de los pacientes hipertensos. En este estudio se encontró que no controlar la presión arterial estaba relacionado con el género masculino, edades mayores a 65 años, tabaquismo, abuso del alcohol y obesidad, además de periodos de actividad ocupacional, y la misma experiencia de la hipertensión. Variables que eran las fuentes de estrés y frustración, y un punto que sirve como control externo o punto terapéutico. Otro resultado fue las percepciones de los médicos generales de no controlar la tensión tiene como resultado un desconcierto ante el paciente resistente, ante las probabilidades de la enfermedad, lo que genera escepticismo sobre la adhesión del paciente y el hecho de encontrar consulta monótona.¹²³

Por su parte, un examen del papel de los medicamento en las relaciones sociales estudiado por Quesnel Martine(2005)¹²⁴, implicó un examen de los procesos de representación en que interactúan las prácticas sociales, que se constituyen un tejido social del que los grupos sociales organizan su pensamiento, para representar el entorno, actuar y comunicarse. En este sentido la autora hizo un proyecto de investigación que busco entender la relación médico-paciente, los vínculos establecidos entre los sistemas de representación relacionados con la prescripción y la adhesión en las prácticas de prescripción de tres grupos de medicamentos seleccionados, que fueron los antidepresivos, los antibióticos y los medicamentos anti-inflamatorios, y las prácticas educativas que se reportan en relación a esto, debido a su uso excesivo y su prescripción común.

Entre los resultados del estudio de Quesnel, se encontró aparentes discrepancias entre los resultados de medicamento entre médicos y pacientes. En el primer caso, el medicamento está incrustado en su materialidad y en la práctica profesional, mientras que para el segundo, se centra más en una relacionada con la visión funcional el dolor. Por lo tanto en el estudio se muestra que hay ausencia de una construcción común del concepto de medicamento, al analizar los procesos de simbolización y de anclaje, encontraron que los sistemas de representaciones difieren de acuerdo a la evocación del medicamento y el grupo de pertenencia (medico, paciente). Además para que se puedan ver los patrones de prescripción y se pueda hablar de un sistema general de la medicina que abarca

¹²³ **Silla M. et al.**(2005). Les représentations de la maladie par le médecin généraliste prédisent l'efficacité du traitement antihypertenseur. IIIème Congrès International de Psychologie de la Santé. Afpse. Aix-en-provence, 23-25 juin.

¹²⁴ **Quesnel Martine et al.**(2005). Les représentations de la maladie par le médecin généraliste prédisent l'efficacité du traitement antihypertenseur. Recherche subventionnée par le CQRS et le CRSH Programme Grands Travaux de recherche concertée sur la chaîne des médicaments. Octobre 2005, Montréal GEIRSO – Université du Québec à Montréal. 1ère impression: cap. 8: 209-226.

subsistemas específicos, en la representación la medicina social no se toma de la misma manera cuando se trata del concepto general de medicamento a cuando se trata de medicamentos en grupos específicos.

Un requisito que encontró el estudio de Quesnel, es que hay más enlaces contextuales según la experiencia, y no se habla del mismo desarrollo entre las representaciones de medicamentos y el concepto general de medicina. Confirmando dos sistemas de representación que surgen de los análisis, los pacientes y las mujeres primero, en el que el sistema varía de un medicamento a otro (antiinflamatorios, antidepresivos, antibióticos); y por otro lado la de médicos y hombres, quienes con mayor frecuencia se centra en la dimensión técnica del medicamento.

Para el sistema de representación de los antiinflamatorios parece que lo distinguen todos los otros sistemas por la estructura generacional y es una estructura más homogénea de campo, al centrarse más en la eficiencia simbólica y el alivio. Por otro lado el sistema de representación sobre el antibiótico parece más fundamental para el médico, mientras que el antiinflamatorio parece más importante para los pacientes. El concepto de sufrimiento es menor en el discurso de los pacientes, mientras los médicos sugieren una estructura de un sistema de representación mucho más compleja de sufrimiento. Aunque más compleja, sin embargo el sistema no difiere por completo de otros sistemas de representación de los medicamentos. Excepto, por supuesto en términos de antiinflamatorios. En todos los sistemas de representación, se tomó nota de que el efecto de generación (en edad), produce de acuerdo a una dimensión, la crítica parece reservada a jóvenes y no seguir el ritmo de la experiencia en cuestión de la prescripción.

Estos resultados indican que no se debe generalizar sino más bien adaptar y diversificar las estrategias de intervención relacional, de información o función formativa de los medicamentos al tipo de sistema de representación, pues varía los clientes objetivos. Cabe señalar que el lector no familiarizado con el concepto de representaciones sociales como indica la autora, debe suscribirse en el marco teórico amplio que se ha mejorado en los últimos 40 años por más de un centenar de investigadores. Pues concepto de representaciones sociales es difícil de entender porque su gran polisemia, sin embargo es un concepto particularmente rico, ya que permite "la articulación de diferentes sistemas explicativos" y cuyo resultado de dinámica general de estas realidades en vivo, reflejan "la dinámica de las relación social más amplias". La comprensión de estas dinámicas es esencial para abordar cuestiones sociales más amplias, tales como problemas de poder en el mundo occidental o sobre medicación.¹²⁵

Por otro lado desde la investigación e industria, gracias al Consejo de Investigación de Canadá y Humanidades que tiene como objetivo, entre otros, del estudio de sistemas representaciones de los actores sociales en el ciclo del medicamento, desde la concepción hasta el consumo, Ebrahimi y

¹²⁵ Quesnel Martine et al.(2005). Ibid.

Garnier¹²⁶, ha trabajado en investigación del medicamento con el Laboratorio de Oncología molecular UQAM que trabaja en colaboración con el Laboratorio de Medicina Molecular del Centro Charles-Bruneau Hospital Sainte-Justine. En esta se hizo análisis de las representaciones sociales de la investigación sobre dos moléculas blanco, y la molécula final Neovastat de catequinas del té verde. Además de reconstruir el proceso de creación y desarrollo de los conocimientos relacionados a los medicamentos antiangiogénicos y la nutra terapia, de este estudio se generaron y reprodujeron mapas cognitivos de los interesados en el desarrollo de Neovastat y catequina. Y dentro de las conclusiones del estudio esta que el análisis crítico de todos los datos recogidos permiten conocer más de los modos articulación de los componentes del sistema de las representaciones sociales, el modelo teórico de la producción bioquímicos conocimientos con el modo real de producción de conocimiento en el caso de los bioquímicos y Neovastat catequina. De este estudio, no se pudo saber más debido al difícil acceso a la información completa.

Otra investigación, acerca de las representaciones sociales de los pacientes y los médicos se enfrentan la quimioterapia fue desarrollada por Dany L. en el 2003¹²⁷, quien busco entender el universo de representación significado y la imagen, de la quimioterapia, para investigar la situación de los pacientes con cáncer tratados con quimioterapia *versus* Médicos oncólogos, y explorar las percepciones de los efectos secundarios atribuidos a quimioterapia. Además este estudio propuso formas de pensar sobre la comunicación y la identidad que se producen en la realidad social compleja la interacción paciente-médico como un apoyo especial en quimioterapia. Los resultado muestran que el estudio de las representaciones permite comprender los aspectos psicosociales implicados en relación con el objeto "quimioterapia", y también identificar las áreas de pensamiento y acción dentro de la interacción entre los cuidadores y cuidados en una perspectiva de alianza terapéutica.

La alianza terapéutica que se basa, idealmente, en una redefinición de la relación terapéutica "tradicional" y en gran medida en cambiar el estado del paciente, esta es pasar de la condición del paciente, sujeto a el paciente del estudio, que en otras palabras es para poner al individuo, no la enfermedad, en el corazón de la relación. Así el autor habla referente a la modificación de la «mirada», que no deja de tener consecuencias para los involucrados en esta relación. Se debe desarrollar una relación entre el médico y el paciente, que es más fácil y un "trabajo conjunto" orientadas hacia el mismo objetivo (que no es la curación solamente).

¹²⁶. Ebrahimi, M. Garnier, C (2005). Représentations sociales des acteurs de recherche en laboratoire de biochimie spécialisé dans le traitement du cancer. Iiie congrès international de psychologie de la santé de langue française. Afpse. Aix-en-provence, 23-25 juin.

¹²⁷ Dany L. (2003) **Patients et médecins face à la chimiothérapie. Journal International sur les Représentations Sociales. vol. 2 no1.**

Dany Leinonel, en esta investigación muestra que el trabajo "en común" tiene un corolario mejor de adherencia al tratamiento y niveles más altos de satisfacción del paciente. Mientras para el médico, se puede anticipar mejor a las necesidades y expectativas del paciente, y debe permitirle reflexionar acerca de sus métodos de acción y su grado de implicación en la relación (búsqueda de un compromiso entre la neutralidad afectiva e identificación).

Para finalizar con los aportes desarrollados por el grupo de GEIRSO, está Reuge L. debido al gran interés levantado por el sildenafil que dio lugar a hablar de nuevo sobre la disfunción eréctil y trastornos sexuales, con la introducción comercial, ya se ha renovado el habla y la representación social sobre la sexualidad. Hace una revisión de las publicaciones en últimos 15 años, especialmente los efectos secundarios sexuales del tratamiento farmacológico antihipertensivo. Encontrando que hay fármacos que generan trastornos sexuales, y otros que mejoran la respuesta sexual como efectos secundarios, pero que sin embargo se le presta poca atención a la búsqueda de los efectos sexuales secundarios de la medicación hipertensiva, en ambos sexos. Y debido a que para el médico en su práctica diaria, le es más fácil tener una opinión acerca de sus repercusiones, mediante la lectura de estudios con mención de los porcentajes de la disfunción eréctil a menudo es más baja que la prevalencia conocida en la población general. Concluye que para mejorar el cumplimiento terapéutico, casi la mitad de los pacientes hipertensos no están conformes, por lo que la solución sería mejorar la comunicación médico-paciente y la relación, y prevenir los efectos potencialmente nocivos de cada agente antihipertensivo procediendo, si es posible, a una historia de orientación sexual y examen físico antes y durante el tratamiento.¹²⁸

Por otra parte resulta importante ver que en países de Latinoamérica, ya se tenga noción de la importancia de estos estudios y este tipo de abordaje, sin embargo el trabajo de grupos multidisciplinarios al rededor de este tema tan importante como lo es los medicamentos aun no es una realidad.

Por anterior se resalta en Brasil el trabajo de Carvalho y colaboradores, quienes con el objeto de establecer mecanismos que sirvieran para mejorar las políticas de de medicamentos genéricos, muestran la importancia de entender las representaciones sociales para los distintos grupos sociales. Ellos, identificaron los sistemas centrales y periféricos en las representaciones sociales de los medicamentos genéricos por parte de los farmacéuticos y los consumidores. Encontrando respectivamente que el sistema central en las representaciones sociales para los farmacéuticos, consistía en el precio, la calidad y credibilidad, con un sistema periférico consiste en impacto social, la novedad, la accesibilidad, y de intercambio¹²⁹. Algo que contrastaba con los consumidores para quienes el núcleo central consistió en el precio, la calidad y equivalencia farmacéutica, y el sistema

¹²⁸ **Reuge L**, et al. (2000) Treatment of arterial hypertension and sexual dysfunctions. Is it a certain cause of poor treatment compliance?. Rev Med Suisse Romande. may;120(5):461-9.

¹²⁹ **Carvalho MC, et al.** (2005) Social representations of generic drugs by pharmacists: determination of the central and peripheral representational systems. Cad Saude Publica. Jan-Feb;21(1):226-34.

periférico estuvo representado por la opción de la eficacia, el gobierno, el beneficio social y la accesibilidad¹³⁰.

Estudios más recientes de Marie y colaboradores en el 2010, en Marcella, Francia. Fueron desarrollados sobre las representaciones sociales del cáncer y la quimioterapia con los pacientes en una unidad de oncología médica. En este estudio los resultados indicaron que las representaciones de los pacientes con cáncer están relacionadas con la creencia, la anticipación y expectativa vinculados a la experiencia de la enfermedad y la carga emocional, relacionado con el cáncer. Los autores resaltan la importancia de estos estudios para poner de relieve los retos psicosociales asociados a la situación terapéutica.¹³¹ Por su parte Cannone (2004), ya hablaba de la quimioterapia como un mediador en la relación médico-paciente. Y se refería a las representaciones como "guías de acción", recordando la existencia de una representación de médicos y de los pacientes nos muestra, que cambia en relación a un cambio semántico y emocional, y hasta tecnológico¹³².

En Colombia los estudios cualitativos de representaciones sociales se han elaborado en relación al embarazo en la adolescencia, embarazo en la adolescencia con bebés prematuros y en la sexualidad del adolescente en términos generales Según Gutiérrez Malaver¹³³, sin embargo hay estudios más recientes sobre la relación entre el médico y el paciente¹³⁴, y otros abordajes desde la odontología. el cual es cercano al tema, sin embargo en Colombia no se han desarrollado estudios dentro de la búsqueda que se ha realizado sobre representaciones sociales de medicamentos.

3.5.1. GRUPO FOCAL

El grupo focal o grupo de discusión es un método de recopilación de datos que involucra la reunión de un grupo de personas para hablar sobre un tema específico, realizando una discusión dirigida con el objetivo de comprender de una manera más integral actitudes, creencias, prácticas y valores respecto a aspectos seleccionados como de importancia para el observador¹³⁵.

¹³⁰ **Carvalho MC, et al** (2006). Social representations of generic drugs by consumers from Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. *Cad Saude Publica*. Mar;22(3):653-61.

¹³¹ **Marie D, et al.** (2010). Social representations of cancer and chemotherapy: some stakes to define the therapeutic situation. *Bull Cancer*. May;97(5):577-87.

¹³² **Cannone P, Dany L.** (2004) A study of the social representations in chemotherapy: a way to analyse the relations between patients and oncologists *Bull Cancer*. Mar;91(3):279-84.

¹³³ **Gutiérrez M.** (2006) Les représentations sociales d'un point de vue qualitatif-interpretatif. 8ème conférence en représentations sociales – Rome - 28 août–1 septembre. Département de Psychologie. Doctorat en Santé Publique. Université Nationale de Colombie.

¹³⁴ **Herrera M.** (2008) *Opus. cite.*

¹³⁵ **Burbano J., Becerra C.,** (1995). Grupos focales. Una herramienta poderosa en investigación evaluativo. Serie Herramientas metodológicas N° 1. Fundación CIMBER; 5.

Este tipo de técnica es comúnmente empleada en las investigaciones de carácter cualitativo. Su base se establece por la forma como se constituyen los discursos en el ámbito social, como conjunto de producciones significativas, que son los actos de habla o unidades significativas verbales de comunicación. Estos actúan no sólo como posiciones lógicas, sino como actos de sentido comunicativo tanto para quien emite como para quien recibe o escucha. Operan como reguladores de lo social, es decir, el grupo de discusión produce hablas individuales que tratan de acoplarse entre sí con sentido, lo cual lleva a un proceso para que de esta manera el grupo opere en el terreno del consenso¹³⁶. Por lo tanto, es una herramienta útil en la explicación de las representaciones sociales.

La técnica de los grupos focales es una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se procura que un grupo de individuos discutan y elaboren, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación, es un método efectivo para obtener opiniones espontáneas y puntos de vistas de los participantes.

Según Richard A. Krueger, un grupo focal es un tipo especial de grupo en términos de propósito, tamaño, composición y procedimientos. Sus componentes se pueden puntualizar como: a) gente, b) que, posee ciertas características, c) facilitan información, d) de carácter cualitativo, e) en una discusión focalizada¹³⁷.

Para el desarrollo del grupo focal se tendrá en cuenta los siguientes aspectos (Ver anexo Instrumentos):

Guía temática: Para el desarrollo del grupo focal se realizara previamente una guía temática que incluya las temáticas-preguntas que serán presentadas a los participantes durante las sesiones.

Tamaño y número de grupos: Se debe a seleccionaran a los participantes teniendo en cuenta el criterio de homogeneidad, el número de participantes puede variar desde 4 a 10 personas por grupo.

Lugar: Las reuniones de los grupos focales serán realizadas en diversos lugares, donde con anticipación se adecuaran los espacios, de modo que haya comodidad y se pueda realizar la sesión sin interrupciones.

Registro de la información: Para registrar la información obtenida durante la sesión de trabajo, se utilizaran, las notas de campo, una grabadora y videograbadora; que permitan recuperar fácilmente los aportes más importantes y los comentarios que fueron hechos durante la discusión. (Para la grabación de la sesión se debe solicitar la autorización de cada uno de los participantes).

¹³⁶ **Delgado J. Gutiérrez J.** (1995). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. De SÍNTESIS. Madrid.: P. 288-316

¹³⁷ **Haro, J.** (2004). Entrevistas grupales en la investigación del ámbito sanitario: criterios y estrategias para campo y análisis. Documento de próxima publicación en *trabajo social y salud* (Zaragoza), pág, 9

Duración de los grupos de discusión: Para el desarrollo del taller se planea un marco de tiempo no mayor a 1 hora y 20 minutos. En donde se harán las observaciones de la apertura y de cierre de la sesión.

Moderador y observador: La técnica de grupo focal incluirá la presencia de un moderador, él cual escuchara, se dará a entender claramente, sabrá interpretar las diferentes conductas de las personas, tendrá el manejo de dinámicas de grupo y control eficiente del tiempo. Un observador que se encargará de tomar nota sobre aspectos tanto de contenido como de comunicación no verbal, además se hace cargo de los aspectos técnicos de la grabación. Puede intervenir críticamente en momentos específicos para aclarar dudas o estimular la discusión.

Numero de grupos: Una regla útil para el numero de grupos focales necesarios es la de continuar realizando entrevistas hasta que se consiga poca información nueva, típicamente los primeros proporcionan bastante información y luego de una 3 o 4 la información comenzara a repetirse. Por ello se planeara con 4 grupos y se mirará la conveniencia de más.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es un estudio descriptivo, de corte transversal en mujeres embarazadas que asisten control prenatal en el Hospital del Sur, de Bogotá. Es un estudio con enfoque mixto de tipo cualitativo fenomenológico, basado en descripciones y análisis alrededor de las representaciones sociales del consumo de medicamentos en las mujeres gestantes y cuantitativo tipo encuesta poblacional, donde se analizaron variables demográficas, clínicas y farmacológicas, para caracterizar la población, el tipo de medicamentos que consumen y las creencias acerca de las medicinas BMQ.

Este enfoque investigativo busca enriquecer el proceso de la investigación científica de manera que no sea excluyente, ni sustituyente, sino complementario.¹³⁸ Por lo tanto se parte de la base de que los procesos cuantitativo y cualitativo son únicamente “posibles elecciones u opciones” para enfrentar problemas de investigación, más que paradigmas o posiciones epistemológicas.¹³⁹

3.2 RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Este estudio pasó por una fase anterior denominada **orientación y panorama general**,¹⁴⁰ en la cual se preparó y planeó todo el estudio, y donde se consideró las posibles alternativas de abordaje y captaron todos los aspectos sobresalientes relacionados con el consumo de medicamentos en mujeres gestantes.

En esta fase se tomaron asesorías con expertos, se delimitó el área problema, junto con el problema concreto de investigación, se estableció la viabilidad y se sustentó con una revisión bibliográfica y debates con el asesor, para finalmente concretar la estructura de la investigación mediante una planeación detallada y así generar la *elaboraron de las* guías de entrevista a grupos focales y los instrumentos de acuerdo con los objetivos de la investigación, con el fin de recolectar la información necesaria para la misma.

¹³⁸ **Bonilla E. Rodríguez P.** (1997) Mas allá del Dilema de los Métodos. Bogotá: Uniandes, Norma.

¹³⁹ **Orellana, D. & Sánchez, M.** (2007). Entornos virtuales: nuevos espacios para la investigación cualitativa. Sánchez, M^a & Revuelta, F. (Coords.) Metodología de Investigación Cualitativa en Internet [monográfico en línea]. Revista Electrónica de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información. Vol. 8, N° 1. Universidad de Salamanca.

¹⁴⁰ **Polít D. y Hunter B.** (2000). Investigación científica en ciencias de la salud. 6th edición. México D.F.: Mc Graw Hill Interamericana; Pp. 5-7.

3.2.2 POBLACIÓN

Está conformado por mujeres gestantes de alto y bajo riesgo que asistieron a control prenatal al hospital del sur Empresa Social del Estado, durante el periodo de estudio en la ciudad de Bogotá.

3.2.3 MUESTRA

La selección de la muestra o muestreo es de tipo no probabilístico, ya que estos puntos se seleccionaron por conveniencia, teniendo en cuenta los sitios de mayor afluencia de consulta para las encuestas. Para los grupos focales se tuvo en cuenta el lugar de igual modo.

3.2.3 PERIODO DE ESTUDIO

La información se recogió entre el 20 de septiembre a al Noviembre 20 del 2008 y se realizaron grupos focales durante el periodo del 2009

3.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN

Se realizó una encuesta poblacional a 383 mujeres y cuatro grupos focales con el criterio de saturación de la información. La información fue recolectada por el coordinador del estudio y se aplicó una encuesta poblacional en los puntos que muestra la **Tabla No 1.**, y grupos focales en los sitios señalados por asterisco.

Tabla. 1 Sitios de recolección de la información.

LOCALIDAD KENNEDY
UBA 65 DINDALITO*
UPA 92 PATIO *
UPA 68 BRITALIA
UPA 91 CLASS *
UBA 50 MEXICANA
UPA 30 BOMBEROS*
GERIATRICO ABASTOS 10
UPA 105 CATALINA
LOCALIDAD PUENTE ARANDA
CAMI TRINIDAD GALAN

3.3.2 DESARROLLO DEL GRUPO FOCAL

Se realizó previamente una guía temática que incluyó las temáticas de las preguntas que fueron presentadas a los participantes durante las sesiones (Ver **Anexo No1.**)

En relación con la organización se realizó un guía de observación de los grupos focales o de resumen de campo, en esta se consignó las particularidades de los grupos de acuerdo a como se desarrollaron en UPA 91CLASS, UPA 30 BOMBEROS, UBA 65 DINDALITO, UPA92 PATIO. Se realizó una concertación con la enfermera para convocar a las madres gestantes que se encontraban asistiendo a control prenatal.

El lugar de reunión fueron los 4 centros de salud, puntos de atención del Hospital del Sur, durante el periodo de estudio, en ellos se realizó una introducción al grupo focal donde se les habló de los objetivos de del grupo focal a los participantes, y se les dio el consentimiento informado al grupo, se les pidió permiso para hacer una grabación de audio y en dos grupos grabación de video. Se le indicó que el fin del grupo focal no era una evaluación de conocimiento, sino por el contrario queríamos que nos expresaran cual era la percepción que tenían frente al consumo de medicamentos en embarazo.

3.3.2. ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL, CLÍNICA Y FARMACOLÓGICA

El formato de la encuesta se realizó con base en pruebas aplicadas en investigaciones previas en el área por el grupo de farmacovigilancia de la Universidad Nacional de Colombia y el Instituto Nacional Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)¹⁴¹. La inclusión de los ítems se realizó teniendo en cuenta las los objetivos del estudio y para ello se realizó una prueba piloto en la UBA 50 “la Mexicana”, con 16 madres gestantes donde se afinó el instrumento (Ver **Anexo No 2.**)

3.3.2.1 Definición y operativización de variables de la encuesta de caracterización poblacional, clínica y farmacológica.

Para esta etapa de la metodología, como primera actividad se organizó las variables de estudio y se agruparon en cinco categorías.

¹⁴¹ López J., et al. Opus. cite.

Información socio demográfica

- Edad (años cumplidos):
- Estrato socioeconómico (1, 2, 3, 4, 5, 6):
- Nivel educativo: (primaria, secundaria, técnico, universitario): ordinal
- Afiliación a seguridad social (contributivo, subsidiado, vinculado, prepago): (Con pareja estable, Sin pareja estable)
- Raza (mestiza, negra):
- Ocupación (ama de casa, empleada, independiente)

Información clínica

- Edad gestacional (semanas cumplidas)
- Antecedentes gineco-obstétricos GPACN (Numero de gestaciones, partos, abortos, cesáreas y nacidos vivos)
- *Antecedentes tóxicos* (Tabaquismo, consumo de alcohol, psicoactivos)
- Antecedentes de consumo de fármacos (si,no)
- Co-morbilidades (otros diagnósticos)

Información sobre Medicamentos

- Medicamentos consumidos durante el último mes y en todo el embarazo (Denominación Común Internacional)
- Motivo para consumir el medicamento (CIE 10)
- Vía de administración (oral, parenteral, etc)
- Tiempo de consumo (Días, Meses, Años)
- Dosis (mg o g/d)
- Frecuencia (C/4,6,8,12,24 h)
- Persona que orienta el consumo del medicamento (médico, otro profesional de la salud, expendedor, otros)

Información sobre consumo

- Consume medicamentos prescritos y auto prescritos (si,no)
- Ha olvidado consumir su medicamento (si,no)
- Cuando esto ocurre (olvido) que hace (lo consume, no lo toma, toma el doble)
- Consume algún tipo de medicamento no prescrito (si,no)

Con estas variables se realizó un cuadro con los siguientes aspectos: Concepto, clasificación, medición e indicador de cada una de las variables de estudio. Dicho cuadro se denominó definición de variables (**Ver Anexo No 3.**).

3.3.3 EL CUESTIONARIO DE LAS CREENCIAS SOBRE MEDICINAS (BMQ)

Este es un instrumento desarrollado por Horne, R. y Weinman J., con el fin de evaluar las creencias sobre las medicinas, Surgió como una alternativa para estudiar y mejorar los mecanismos de adhesión al tratamiento farmacológico por parte de los pacientes, ya que se estima que aproximadamente 30-50% de la medicación prescrita no se la toman como es.¹⁴²

Este instrumento se basa en teorías y modelos de investigación, que tienen fundamentación en teorías de la cognición. Las teorías en las que se estructura son la Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de conducta Planeada, explican los fenómenos mediante modelos como el Modelo de Cognición Social Planeada y de Creencias de Salud¹⁴³. Dichas teorías y modelos ya se han utilizado en conjunto y solos para explicar la variación en la adhesión de la medicación, sobre todo en grupos de medicamentos utilizados en enfermedades crónicas.¹⁴⁴

Basados en varios estudios cualitativos, que han mostrado que las personas tienen creencias generales sobre las medicinas. Así como creencias sobre la medicación prescrita para enfermedades

¹⁴² **Horne, R.** Weinman,J. (1999). Opus cite.

¹⁴³ **Horne, R.** Weinman,J. (1998). Predicting treatment adherence: on overview of theoretical models. Adherence and Treatment in Medical Conditions. London : Harwood Academia;25-50

¹⁴⁴ **Mendoza SP.** (2006). Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos Rev Méd Chile; 134: 65-71

específicas como la epilepsia¹⁴⁵ e hipertensión¹⁴⁶. Es más, ciertas creencias de las medicinas parecen ser comunes para varias enfermedades y grupos culturales.^{147,148,149,150}

El instrumento que se utilizó fue el un BMQ general¹⁵¹, que evalúa las creencias en general sobre las medicinas, comprende dos factores las creencias acerca de las medicinas en cuanto a daño, adicción y las de prescripción por parte los médicos. El grupo de declaraciones que se utilizaron y que representan las creencias acerca de la medicación general son (Ver **Anexo No 4**):

1. Los médicos formulan muchos medicamentos
2. La gente que toma medicamentos debería dejar de tomarlos de vez en cuando
3. La mayoría de los medicamentos generan dependencia o adicción
4. Los remedios naturales producen menos efectos secundarios o dañinos que los medicamentos
5. Los medicamentos hacen más mal que bien
6. Todos los medicamentos son dañinos o peligrosos
7. Los médicos confían demasiado en los medicamentos
8. Si los médicos tuvieran más tiempo con los pacientes prescribirían menos medicamentos

Las contestaciones a cada declaración se da en una escala de puntuación de Likert (donde es 1 = Totalmente de Acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = en desacuerdo y 5= totalmente de acuerdo).

¹⁴⁵ **Jónsdóttir H, et al** (2009). Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2009 Jan;119(1):78-84

¹⁴⁶ **Opus. cite.**

¹⁴⁷ **Perpiñán T. et al.** (2009). Spanish asthma patients' beliefs about health and medicines: validation of 2 questionnaires] *Arch Bronconeumol.* May;45(5):218-23.

¹⁴⁸ **Kumar K et al.** (2008). Beliefs about medicines in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus: a comparison between patients of South Asian and White British origin. *Rheumatology (Oxford).* May;47(5):690-7

¹⁴⁹ **Menckeborg TT, et al.** (2008). Beliefs about medicines predict refill adherence to inhaled corticosteroids. *J Psychosom Res.* Jan;64(1):47-54.

¹⁵⁰ **Iihara N, et al.** (2010) Factorial invariance of a questionnaire assessing medication beliefs in Japanese non-adherent groups. *Pharm World Sci.* Apr 16. [Epub ahead of print]

¹⁵¹ **Horne, R. Weinman,J.** (1999) Opus. cite.

3.5 PLAN DE ANALISIS

3.5.1 GRUPO FOCAL

Para el proceso de análisis de la información se utilizó la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) de Glasser y Strauss (1969). En este, se tuvo en cuenta la organización, codificación de datos análisis descriptivo y la categorización e interpretación. Este proceso se concibió como etapas incluyentes y actividades interrelacionadas que se realizaron de modo continuo.

Proceso de categorización grupo focal

Se hizo una construcción de sentido a partir de datos cualitativos, que implicó el ejercicio de inmersión progresiva en la información escrita, que comenzó con un fraccionamiento del universo de análisis en subconjunto de datos ordenados, para luego recomponerlos inductivamente en categorías que reflejaron la visión de la representación social. En este proceso se tuvieron en cuenta, la codificación abierta y el análisis relacional o núcleo figurativo.

En el proceso de codificación abierta

Este tuvo dos partes el primero que se realizó basado en los patrones de recurrencias presentes en el universo de análisis. Se hizo como un primer paso el tratamiento de los datos brutos los cuales se compararon constantemente para asignarles un código común a los fragmentos de la entrevista que compartieron una misma idea. A estos códigos se les denominó con un código que representa un concepto dentro del análisis inicial. Luego de esto, se agruparon los códigos substantivos en subcategorías, que se refieren a la agrupación de expresiones que se transcribieron ó codificaron en base a patrones y recurrencias, de manera inductiva.

En el segundo paso de esta primer etapa se desarrolló las categorías iniciales, es decir la búsqueda sistemática de las propiedades de la categoría, de modo que se presenta el abanico de los contenidos o significados implicados en la representación (todos los conceptos). Lo que permitió identificar los principales componentes representacionales o categorías principales, y organizar los contenidos jerárquicamente.

Análisis relacional o reconstrucción del núcleo figurativo

En la segunda etapa, se incluyó la codificación axial y la codificación selectiva. Mediante el establecimiento de relaciones o conexiones entre los diferentes contenidos que arrojaron la primera etapa o resultados descriptivos. En este se utilizó la metodología que proponen los autores de la Teoría Fundamentada, que es el paradigma de codificación “en donde se tuvo en cuenta el fenómeno, los antecedentes, la variación, las interacciones y las principales consecuencias. Mediante los contrastes o diferencias entre las categorías que se formaron.

La codificación y análisis de la información se realizó con la ayuda del programa Atlas-Ti. Las discusiones periódicas del equipo de investigación dieron origen a memos analíticos y ajustes en los grupos focales. Este proceso de análisis de la información se hace a través de un proceso sistemático de clasificación por códigos sustantivos, sub-categorías, y la construcción de conceptos basados en cada una de estas, sin cambiar su sentido, para generar las categorías, que luego se contrastaron con lo expuesto en la literatura.

Dichas categorías son los núcleos que componen las representaciones sociales del medicamento en la gestación, como sustrato para la elaboración de conclusiones y resultados finales. Por ello que es importante definir estos términos “códigos sustantivos”, “sub-categorías” y “categorías”, para que el proceso de análisis sea claro.

Códigos sustantivos: Son expresiones con sentido que hacen parte de la expresión lingüística de la personas y que muestran una concepción acerca de un tema específico, manifestados por las participantes dentro del grupo focal, que son el punto de partida en el proceso de categorización y sirven para posterior análisis dentro de la investigación. En resumen son las palabras claves en el discurso de las personas, siendo la base del análisis, y que generalmente van en comillas.

Sub-categorías: Son la agrupación de las expresiones con sentido (códigos sustantivos), que son generadas dentro de una unidad de análisis por significado y denominadas según este, lo que facilita su posterior interpretación, son el segundo paso después de los códigos sustantivos dentro del proceso de categorización y análisis de dentro de la investigación.

Categorías: Es el concepto y producto final del análisis de las diferentes sub-categorías, de esta manera será un conjunto de temas macro denominados con un nombre, que explica y condensa todo el proceso de análisis, y que finalmente serán usados para el análisis y las conclusiones, al ser coherentes con los objetivos y los subproductos de los objetivos de la investigación.

Presentación de la información

Una vez categorizada y codificada la información, se inició una labor de recomposición parcial de los datos seleccionando aquellos grupos de categorías más relevantes que dio respuesta al estudio. En este sentido se partió de supuestos que generaron unos modelos o diagrama hipotéticos de entendimiento de las representaciones sociales, en donde se da una organización de las categorías. Esto se llevó a cabo mediante un proceso ordenado de descripción de resultados. Dentro de los cuales se encuentran:

Lista de conteo: Numero de veces que se repiten nombres de medicamento (palabras en el texto). Esto se realizó mediante la herramienta del programa Atlas Ti, en el cual se dio la manejo de datos, seleccionador de palabras del documento.

Modelo conceptual: representación e interpretación de datos cualitativos categorizados y descrito exhaustivamente, a través de una nueva red de relaciones entre sus componentes constituyentes para explicar el porqué de los resultados obtenidos. En este se tuvieron en cuenta todos los datos de acuerdo a su trascendencia.

3.5.2. ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN

Para las variables continuas se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana o moda) y de dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico). Para variables cualitativas se utilizó la proporción como medida de frecuencia.

Se elaboraron cuadros de salida para organizar la información, de modo que los cuadros de salida permiten establecer un orden de la información que se desea capturar y organizar la incidencia de esa variable, lo que muestra la población encuestada mediante cuadros de porcentaje.

3.5.3 EL CUESTIONARIO DE LAS CREENCIAS SOBRE MEDICINAS (BMQ)

Se realizó una distribución de frecuencia de repuestas de las diversas preguntas que tiene el cuestionario BMQ.

3.6 MANEJO DE LA INFORMACIÓN

La información fue recolectada por el coordinador del estudio.

A los datos de las encuestas y el BMQ, se asignaron códigos para cada ítem o variables, y fueron introducidos al programa Microsoft Office EXCEL, con la supervisión de dos personas para que no se fuera a alterar los datos, y se realizó el análisis estadístico mediante ESTATA 14.

La transcripción se realizó posterior a la grabación de los grupos focales, con revisión en dos ocasiones para constatar la veracidad del proceso de transcripción y no alterar los datos recogidos en primera instancia, asegurando el registro textual de lo que expresan los informantes. (Ver **Anexo No. 7**)

Se determinó saturación de la información y corte de la muestra, por decisión del grupo investigador tras no encontrar mayores variaciones entre las respuestas de una entrevista a otra.

La información cualitativa se ordenó con la ayuda del programa Atlas-Ti., en catorce subconjuntos de datos o de sub-categorías, en un primer paso, donde se partió de un análisis reflexivo, con subcategorías tentativas o insipientes fundamentadas en un marco conceptual, derivadas de las preguntas consignadas en la guía del grupo focal y la observación general. Las respuestas relativas a cada tema se agruparon identificando las fuentes de información y se ordenaron por computador en matrices. Ver **Tabla No 2**.

Tabla No 2. Esquema de matriz inicial por subcategorías insipientes

Sub-categorías Iniciales	Fuentes			
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Automedicación	-----	-----		
Características del consumo	-----	-----	-----	-----
Concepto de medicamento	-----	-----		-----
Concepto medicina	-----		-----	-----
Concepto uso del fármaco	-----	-----		-----

Sub-categorías Iniciales	Fuentes			
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Consumo de alimentos	-----	-----	-----	-----
Contradicción en la información del medicamento	-----	-----	-----	
Dependencia a los fármacos	-----	-----	-----	-----
Efectos adversos	-----	-----		-----
Relación con el medico	-----		-----	-----
Percepción del embarazo	-----	-----	-----	-----
Percepción de riesgo	-----	-----	-----	-----
Tipo de prescripciones	-----	-----	-----	-----
Utilidad del medicamento		-----	-----	-----

Se hizo lectura detallada de los datos ordenados en matrices que se denominaron códigos substantivos, para detectar patrones implícitos, no evidentes a simple vista, lo que generó nuevas sub-categorías al analizar la información de manera más precisa, mediante ATLAS. Ti (software desarrollado por GmbH), se hizo el proceso de categorización por Sub-categorías y se las codificó para hacer un análisis posterior. Lo que dio como resultado unas listas de texto que denominamos códigos substantivos, específico para cada sub-categoría o descriptor. El análisis descriptivo se realizó a partir de listas impresas, en las cuales aparece la fuente de información. (Ver **Anexo No 6**)

3.6.2 ASPECTOS ÉTICOS

Los aspectos éticos que se manejan durante la investigación son la confidencialidad de los grupos focales, la reserva de la identidad, el consentimiento informado (Ver **Anexo No 5**), y el uso exclusivamente de la información dentro de los fines de la investigación manteniendo el respeto así como la responsabilidad por ella.

Teniendo en cuenta las disposiciones consignadas en las “Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud”, según la resolución No 008430 de 1993, emanada del Ministerio de Salud de Colombia, este proyecto se clasifica en la categoría de investigación sin

riesgo, puesto que “los métodos y estrategias propuestas no involucran intervención o modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas o sociales de los individuos bajo estudio.” (título II, capítulo I, artículo 11).

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, “la investigación sin riesgo, podrá dispensar al investigador de la obtención del consentimiento informado” (título II, capítulo I, artículo 16, párrafo primero). Sin embargo a pesar de que las disposiciones legales actualmente vigentes eximen de la obtención del consentimiento informado, bien sea oral o escrito, para implementar el estudio, se considera éticamente procedente solicitar y obtener la autorización previa a las personas respondieron la encuesta y/o participar en los grupos focales, informando sobre la justificación, diseño y objetivos del estudio y señalando el compromiso de los investigadores y los mecanismos para garantizar la confidencialidad de la información. De la misma manera se puso en conocimiento a las autoridades administrativas y sanitarias de la localidad.

4. RESULTADOS

4.1 GRUPOS FOCALES

Los grupos estuvieron con formados por un grupo de 3, uno de 6 y dos de 4 personas, las personas que estuvieron en los grupos focales eran personas con edades entre los 20 y los 28 años de edad, de estratos 2 y 3, con nivel educativo primaria y secundaria. Ver **Tabla No 3**.

Tabla No 3. Hoja resumen de salidas de campo

Tipo de contacto	Lugar			
Entrevista grupos N°	Un solo encuentro			
	UPA 91 CLASS	UPA 30 BOMBEROS	UBA 65 DINDALITO	UPA 92 PATIO
Participantes N°	4	3	6	3
Observaciones	Dificultad por interferencia de sonido de máquina de odontología en la UPA 91, el número de grupo no es igual a los participantes activos debido a que en algunos casos una gestante solo se quedaba como observadora en UNBA 65 DINDALITO pues se definió no obligar a respuesta o inducirla por imposición.			
Principales temas identificados.	Medicamentos, consumo, vitaminas y riesgos.			
Preguntas de investigación	En su mayoría fueron abiertas alguna inducían la respuesta para luego generalizarla, buscando responder los tópicos o temas de discusión.			

El mayor nivel de participación de los grupos fue de UPA 30 bomberos, y del grupo que se obtuvo mayor información nueva fue el de UPA 91 CLASS lo que está relacionado con ser el primer grupo. Hubo dispersión del tema a veces, el interés, el cansancio y el aburrimiento, se presentaron en relación al tiempo, porque algunas mujeres debían salir para recibir a los hijos del colegio o ir a terminar el almuerzo. En relación a lo que hacía reír a los participantes fue recordar lo que les producían los medicamentos, cuando hablaban de tiempos anteriores o de sus familiares y su forma de llevar el embarazo.

Los temas de discusión se centraron en concepto de medicamento, Consumo, Riesgo de consumo y sobre estos se fueron perfilando otros como automedicación, adherencia, conocimiento del medicamento, efectividad del medicamento.

4.1.1 PROCESO DE CATEGORIZACIÓN

CODIFICACIÓN ABIERTA INICIAL

El primer paso o momento del análisis fue la codificación abierta, en una lectura "línea por línea" que permitió formular preguntas sobre los datos y agruparlos en sub-categorías incipientes; posteriormente se avanzó en la codificación axial y selectiva, hasta obtener una estructura más refinada de sub-categorías y relaciones, y lograr así su saturación e integración entre fenómenos, con el apoyo de la revisión teórica.

De modo que este diseño fue flexible y cada hallazgo se convirtió en punto de partida de un nuevo ciclo investigativo dentro del proceso¹⁵², con la salida de nuevas sub-categorías desde un proceso inductivo de categorización como lo muestra la **Tabla No 4**.

TABLA No 4. Proceso de categorización: Esquema de matriz para la sub-categoría insipiente automedicación (análisis de códigos sustantivos)

Sub-categorías insipientes	Grupo Focales		
	Códigos sustantivos	Sub-categorías inductivas	Códigos
AUTOMEDICACION	"...Es que si uno va a un medico es porque tiene algo o dolor, y por lo menos si le dicen a uno que no se automedique.."	Información del medico	
	"Entonces al saber uno como automedicarse, digamos tomando una aguita de tal cosa, y esto a veces son cosas que funcionan .."	Automedicación	
	"Es mejor lo formulado que no lo autorecetado..."	Automedicación	
	"...es que no debo consumir medicamentos y no cualquier clase de medicamento, ya sea que uno de los dos medicamentos tenga que ser inyectado..."	Vías de administración	
	Grupo Focales		

¹⁵² Lincoln Y, Guba E. (2000) Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. En: Denzin N, Lincoln Y. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage :163-188.

Sub-categorías insipientes	Códigos substantivos	Sub-categorías inductivas	Códigos
AUTOMEDICACION	“...Algunas veces uno se siente bien tomando un medicamento, entonces voy a seguirlo tomando y me quito el dolor; pero si a uno le recetan luego una pastilla y me quita el dolor, pero a la otra semana me dio el dolor y yo me auto medico con una pastilla para que me quite el dolor..”	Habitación de consumo por automedicación	
	“ Yo sabía que estaba embarazada y tenía gripa, y yo tomé Distarán Gripa, me tomaba uno por ahí cada seis horas y loratadina también, no sé qué consecuencias traiga”	Automedicación consecuencias	

A partir de los mismos datos lingüísticos recolectados o universo de análisis, basados en las catorce sub-categorías insipientes, se hizo exámenes de los patrones y las recurrencias presentes en ellos, para identificar subcategorías emergentes (Spradley, 1980). De lo que salieron cuarenta y un sub-categorías inductivas, los cuales se presentan en la **Tabla No 5.**, con sus codificación correspondiente.

Tabla No 5. Sub-categorías o descriptores con sus códigos para el análisis cualitativo

	Sub-categorías	Códigos substantivos	Códigos
1	Afecciones comunes en embarazo	6	Afe-CE
2	Alimentación versus consumo vitamina	16	Ali-VCV
3	Automedicación	8	Ato-PC
4	Beneficio percibido por el consumo	6	Ben-PC
5	Búsqueda de prescripción por consulta	7	Bus-PC
6	Cambio de patrón de consumo por generaciones	4	Cam-PG
7	Cambio en el patrón de consumo por embarazo	9	Cam-PE
8	Consecuencia de la mala formulación	2	Con-MF
9	Medicamentos en otra presentación	3	Med-OP
10	Representación de consumo en otros	6	Rep-CP
11	Información contradictoria del medicamento	2	Inf-CO
12	Contradicciones entre profesionales	4	Con-EP

	Sub-categorías	Códigos substantivos	Códigos
13	Designación de medicamento	6	Des-MED
14	Calificación medicamento-droga	2	Cal-MD
15	Denominación medicamento prescripción medica	4	Den-MPM
16	Efecto sobre la salud	6	Efec-MS
17	Dependencia al medicamento	2	Dep-MED
18	Efectividad de los medicamentos	9	Efec-MED
19	Percepción de Aborto	5	Pers-AB
20	Efectos adversos	9	Efe-AD
21	Efecto depende del estado de salud	3	Efec-DES
22	Religiosidad en el consumo	3	Cul-CON
23	Consumo por orden medica	2	Con- OM
24	Restricción de consumo por miedo	3	Res-CM
25	Derivación de adverso	4	Der-EA
26	Perdida de adherencia por olvido	4	Per-AO
27	Salud del bebe	5	Sal-BB
28	Polifarmacia en la gestación	4	Pol-GES
29	Forma de consumo de vitaminas	11	For-CV
30	Habitación de consumo por automedicación	4	Hab-PA
31	Impresiones de las droguerías	5	Im-pD
32	Información del médico	9	Inf-MD
33	Medicina naturista concepción	5	Med-NC
34	Medicamento como una necesidad	4	Med-NED
35	Dolor en el proceso de consumo	11	Dol-PS
36	Patrón de consumo en el embarazo	11	Pat-CE
37	Regulación por el médico	5	Reg-MED
38	Riesgo para el bebe o la madre	14	Rie-BM
39	Seguridad por prescripción médica	4	Seg-PM
40	Uso profiláctico del medicamento	4	Uso-PM
41	Descripción general vitaminas	12	Des-GV

CONSTRUCCIÓN DE CATEGORÍAS

Se concentro en la estructura interna de algunos sub-categorías, identificando algunas relaciones presentes en ellas, con mira a generar una clasificación exhaustiva que permitiera conocer la dinámica frente a los comportamientos de consumo del grupo de estudio por categorías, se chequeo la homogeneidad interna de las categorías (sub-categorías que se relacionan y pueden agruparse entre si), se determinaron como mutuamente no excluyentes, por ser categorías principales. De este modo se hizo una construcción de sub-categorías por familias para generar categorías. La información fue organizada en 7 categorías propuestas por los investigadores, para organizar los resultados de los grupos focales en donde la categoría principal contiene las subcategorías y estas contienen el numero de códigos sustantivos de cada grupo focal. Ver **tabla No 6**.

Tabla No 6. Categorías de los grupos focales.

Categorías de los grupos focales	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Total 221
Utilización de medicamentos					29
Afecciones en el embarazo	2	2	1	1	6
Patrón de consumo en el embarazo	5	4	1	1	11
Dolor en el proceso de consumo	4	3	2	3	11
Concepción del medicamento					14
Designación del medicamento	3	2	1	-	6
Consumo por orden medica y prescripción medica	3	1	1	1	6
Calificación de medicamento – droga	-	1	1	-	2
Factores sociales y culturales del consumo					50
Alimentación versus consumo de vitaminas	4	5	4	3	16
Cambios de patrón de consumo por generaciones	1	1	1	1	1
Cultura y consumo	1	-	2	-	4
Cambio de patrón por embarazo	1	2	3	3	9
Restricción del consumo por miedo	1	-	2	-	4
Representación del consumo en otros	2	4	-	-	6
Medicina naturista concepción	2	1	2	1	6
Olvido en la toma de medicamentos	1	-	1	2	4
Relación sistema de salud					32
Búsqueda de prescripción medica	2	-	1	2	5
Impresión de los droguistas	1	3	-	1	5
Información médica	3	4	-	2	9
Medicamento como necesidad	1	2	1	-	4
Seguridad por prescripción	2	1	-	1	4
Regulación medico	1	1	3	1	5

Categorías de los grupos	Grupo	Grupo	Grupo	Grupo	Total
---------------------------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

focales	1	2	3	4	221
Rechazo al medicamento					42
Contradicción en la información del medicamento y entre profesionales	2	-	-	3	6
Riesgo para el bebe o la madre	6	4	5	3	14
Percepción de aborto	3	-	-	2	5
Salud del bebe	2	1	2	-	5
Derivaciones del efecto adverso	3	4	4	3	14
Consecuencia mala formulación	-	2	-	-	2
Polifarmacia en la gestacion	-	-	1	3	4
Vitaminas y nutrientes					31
Beneficio por consumo	1	1	2	3	6
Uso profiláctico y efecto sobre la salud	2	2	3	3	10
Descripción general de las vitaminas	4	3	-	2	12
Medicamentos en otra presentación	2	-	-	-	2
Forma de consumo	3	3	3	2	11
Auto consumo					23
Responsabilidad en el consumo	2	2	3	1	8
Habitación de consumo por auto medicación y dependencia	-	3	1	2	6
Efectividad de los medicamentos	2	2	4	1	9

Dentro de las categorías creadas para el análisis de la entrevista a profundidad se encuentran:

La primera categoría se denomina “utilización de medicamentos”, la cual incluye las características que generan el uso de medicamentos. Las subcategorías que resultaron del análisis fueron:

- *Afecciones en el embarazo*: Evoca las distintos estados o proceso consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud.
- *Patrón de consumo en el embarazo*: Evoca las características que se dan como un lineamiento que sirve para crear una identificación del consumo en mujeres gestantes. En relación a los grupos terapéuticos más utilizados.
- *Dolor en el proceso de consumo*: Engloba el consumo de medicamentos en relación a la percepción de las personas de dolor, sin importar el origen.

La segunda categoría se denomina “concepción del medicamento”, la cual incluye todos los elementos o herramientas, que utilizan las personas para describir y conceptualizar el medicamento. Las subcategorías resultaron del análisis fueron:

- *Designación del medicamento:* Esta evoca el concepto de medicamento relacionado con un químico, con la forma farmacéutica, con el nombre comercial o denominación genérica, de un modo inespecífico, pero que sirve como una forma de explicación.
- *Consumo por orden médica:* se refiere a que el medicamento es un concepto que es en sí mismo está relacionado a una orden realizada por el personal de la salud. Y que se materializa en la prescripción del médico, es decir es la asociación de lo prescrito y ordenado, como referencia de lo que es el medicamento.
- *Calificación de medicamento-droga:* esta evoca la unión o sintaxis de la palabra droga con medicamento, y que se relaciona con la cotidianidad y el uso social de la palabra que está enmarcada en la explicación de su uso y de lo que se entiende en los distintos contextos.

La tercera categoría se denomina “factores sociales y culturales del consumo”, la cual incluye todos los elementos o variables que envuelven el consumo de medicamentos desde lo social y lo cultural, y que por afectan las prácticas de consumo de las mujeres en gestación. Las subcategorías resultaron del análisis fueron:

- *Alimentación versus consumo de vitaminas:* está subcategoría evoca la discusión frente al consumo de vitaminas y hierro como medicamentos principalmente prescritos por los médicos, frente al manejo de una dieta rica en este tipo de nutrientes. Lo que es un punto de justificación para el consumo o no de los medicamentos en la gestación.
- *Religiosidad y consumo:* esta evoca el aspecto sagrado que tienen los medicamentos para las personas y como lo convierten en un objeto simbólico de salud
- *Cambios de patrón de consumo por generaciones.* Esta hace referencia a la percepción que hay frente al no consumo de vitaminas en las generaciones pasadas, sin ningún efecto inicuo en la salud de estas personas. Por lo que es un referente externo en la consideración del consumo.
- *Cambio de patrón por embarazo:* hace referencia al espacio temporal por el cual se percibe una diferencia en el patrón consumo de medicamentos, justificado en el estado de gestación y su fisiología y en los determinantes sociales que este tiene, dentro de las distintas instituciones y lo que generan a nivel del sujeto, desde lo exterior y desde lo que se ha generado desde la mujer gestante.
- *Restricción del consumo por miedo.* Evoca el temor como una emoción caracterizada por un intenso sentimiento, que es habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro o daño, especialmente hacia el feto que se desarrolla dentro del útero. Teniendo presente que el niño salga con problemas de salud, incapacitado o con problemas cognitivos. Con poca referencia a lo teratogénico.
- *Representación del consumo en otros:* esta evoca como ven reflejado el consumo de medicamentos en personas cercanas o allegadas, mediante la observación o la escucha de

situaciones que se presentan frente al no consumo de medicamento por parte de otros o el consumo como obligatoriedad.

- *Olvido en la toma de medicamentos*: hace referencia la acción involuntaria de no recordar, o de guardar en la memoria, la ingesta de los medicamentos. Producido por el "aprendizaje interferente", que es el aprendizaje que sustituye a un recuerdo no consolidado en la memoria, y lo "desaparece", pero no quiere decir que no esté allí, sino que es relacionado con la importancia que se le da a la información y al ejercicio de memorización o habituación.
- *Medicina naturista concepción*. Es el campo amplio de actividades que pueden ser o no terapéuticas y que tienen como objetivo promover los procesos de salud, y que no siempre es comparable con la alopática, con la concepción que el alimento o las plantas son la medicina.

La cuarta categoría se denomina "relación sistema de salud", que es el vínculo o correlación de la gestante en el sistema de salud, con los elementos que le son determinantes dentro del sistema en relación al el consumo de medicamentos. Las subcategorías resultaron del análisis fueron:

- *Búsqueda de prescripción médica*. Esta categoría se refiere a la actividad o conducta que realizan las mujeres en gestación que está caracterizada principalmente por el propósito de de ser prescritas cuando asisten a consulta medica
- *Impresión de los droguistas*. Esta evoca la relación entre ciertas expresiones y aquello de lo cual se tenido como experiencia frente al acceso de medicamentos en las farmacias o droguerías y el uso del medicamento, como las palabras que son mencionadas por los que atienden las droguerías frente al consumo de medicamentos en embarazo.
- *Información médica*: esta evoca las características de la educación dada por el médico y relación de la comunicación, que se produce entre el paciente y el médico, en la consulta. La cual tiene una calificación.
- *Medicamento como necesidad*: este evoca una sensación de carencia del medicamento unida al deseo de satisfacerla, en las mujeres gestantes y que está relacionada también con el derecho al medicamento.
- *Seguridad por prescripción*: esta subcategoría hace referencia al consumo de medicamentos mediado por la sensación de ausencia de riesgos, cuando los medicamentos son prescritos por los médicos.
- *Regulación medica*: hace referencia al médico como un agente que regulariza el consumo de medicamentos en el estado de gestación. Al ser una figura de conocimiento de los medicamentos.

La quinta categoría se denominó "rechazo al medicamento", esta categoría engloba los elementos por los cuales las mujeres embarazadas no consumen el medicamento. subcategorías resultaron del análisis fueron:

- *Contradicción en la información del medicamento y entre profesionales:* esta evoca la afirmación de algo contrario que ya se ha dicho o la negación de lo que se da por cierto, en la información presentada por los laboratorios en etiquetas o frente a lo manifestado los médicos u otros profesionales de la salud.
- *Riesgo para el bebe o la madre:* esta subcategoría evoca la percepción de daño, que puede tener el consumo de medicamentos en las mujeres en embarazo y en los mismos fetos en desarrollo, y que es diferente para cada medicamento.
- *Percepción de aborto:* Es la idea que se genera frente a la posibilidad de aborto por consumo de medicamentos, que proviene de distintas fuentes.
- *Salud del bebe:* Hace referencia al estado completo de bienestar físico que genera el consumo o no de medicamentos en la gestación.
- *Derivaciones del efecto adverso:* la cual engloba todas aquellas circunstancias, en las cuales se presenta un efecto no deseado, y que impiden el consumo de medicamentos en la gestación.
- *Consecuencia mala formulación:* esta categoría engloba las experiencias propias o ajenas del uso del medicamento con consecuencias para el paciente.
- *Polifarmacia en la gestación.* Hace referencia a la prescripción y consumo de más de 4 medicamentos en la gestación.

La sexta categoría se denominó “vitaminas y nutrientes”, es la relación que hay entre el complemento nutricional que está en las vitaminas y la comida como fuente de estas. Las subcategorías resultaron del análisis fueron:

- *Beneficio por consumo:* Hace referencia al principio de obtener los mayores y mejores resultados por el consumo de medicamentos, por parte de las mujeres gestantes, sobre todo en lo relacionado con el aspecto de salud fetal y materna.
- *Uso profiláctico y efecto sobre la salud:* Esta subcategoría se refiere se conoce a un término utilizado por la medicina preventiva, que corresponde a la acción de consumo de medicamentos, como una acción en salud que tiene como objetivo prevenir la aparición de una enfermedad o estado "anormal" en el organismo. Y que en las mujeres se representa como una medida de precaución para no tener problemas de salud fetal o materna.
- Descripción general de las vitaminas: evoca todos los elementos que conforman la definición de las vitaminas para las mujeres gestantes.
- Forma de consumo: Es la descripción de cómo las gestantes consumen el medicamento (vitaminas), de acuerdo a lo que ha sido señalado por el médico o ha experimentado en su consumo

La sexta categoría se denomina autoconsumo, esta categoría es la reunión de factores por los cuales se estima que se presenta el consumo por parte de las personas y como esté se presenta en la gestación. Las subcategorías resultaron del análisis fueron:

- *Responsabilidad en el consumo:* evoca el compromiso u obligación, por parte de las gestantes frente al no consumo de medicamentos, con el fin de no tener consecuencias que perjudiquen al feto. Y que está relacionada con las advertencias que son realizadas por los médicos y familiares y que se intuye por el estado de embarazo.
- *Habitación de consumo por auto medicación y dependencia:* esta subcategoría evoca el proceso que se desarrolla para que se dé la adicción, que comienza por la automedicación, sigue con el hábito de consumo y finalmente la dependencia, lo que genera modificaciones en el comportamiento de las personas.
- *Efectividad de los medicamentos:* esta subcategoría hace referencia a la percepción general de los medicamentos como útiles en la curación y mejoramiento del estado de la salud, en enfermedades que no son exactamente del embarazo.

4.2 ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL, CLÍNICA Y FARMACOLÓGICA

4.2.1 Características Sociodemográficas

Se entrevistaron 382 mujeres embarazadas. La mediana de la edad materna es 23 años, el 32% de las mujeres tienen menos de 20 años y el 10.7% tienen más de 30 años. El 86.6% pertenecen al estrato 1 y 2, en la clasificación socioeconómica. El 47.1% pertenecen al régimen subsidiado, el 6.3% pertenece al régimen contributivo y el restante 46% no está afiliado y aparecen como vinculados. El 28% de las gestantes son solteras, el 24.3% tiene educación primaria y el 64.8% básica secundaria, 75.1% son amas de casa, el 3.7% es de raza negra.

En la **Tabla No 6**. se encuentra el resumen de las características sociodemográficas de la población encuestada.

Tabla No 6. Estadísticas de la edad materna y gestacional.

	Edad materna años	Edad gestacional semanas
Media	22,70	23,08
Mediana	21,00	24,00
Moda	20	24
Desviación estándar	5.69	9,26
Percentiles 5	16,00	7,00
95	34,00	35,00

4.2.2 Características Clínicas

La mediana de edad gestacional es de 24 semanas. El 73% de las gestantes acudió a la institución con el fin de realizarse el control prenatal, mientras que el restante 17% lo hizo motivada por algún problema de salud relacionado con la gestación, encontrándose que las infecciones (generalmente de vías urinarias) fueron el principal motivo de consulta.

4.2.3 Características Farmacológicas

En la población general encuestada se encontró una mediana de 3 medicamentos por gestante (incluido los micronutrientes). El 5% consumo un medicamento o menos y el 95% consume 5 medicamentos o menos. En la **Tabla No 7**. se encuentra la distribución general del número de medicamentos consumidos durante el periodo de estudio.

Tabla No 7. Frecuencia de consumo de medicamentos

Número de medicamentos	FRECUENCIA (N=382)	PORCENTAJE %	PORCENTAJE ACUMULADO %
0	82	21,5	21,5
1	41	10,7	32,2
2	25	06,5	38,7
3	176	46,1	84,8
4	38	09,9	94,8
5	14	03,7	98,4
6	1	00,3	98,7
7	4	01,0	99,7
8	1	00,3	100,0
Total	382	100,0	

Del total de medicamentos consumidos (883) por las 382 gestantes, el grupo de vitaminas y micronutrientes fue el de mayor consumo (56,8%), seguido de lejos por los analgésicos (22%) y antibióticos (10.6%). Los medicamentos clasificados por grupos farmacológicos se resumen en la **Tabla No. 10**.

Tabla No 8. Número de mujeres que consumen medicamentos consumidos según clasificación ATC (2^{do} y 5^{to} nivel químico, farmacológico y subgrupo terapéutico)

GRUPO	FARMACO	NUMERO	%	RIESGO++
ANTIBIOTICOS	Ampicilina	19	6,5	B
	Amoxicilina	4	1,3	B
	Cefalosporina	4	1,3	Bm
	oxitetraciclina	4	1,3	D
	TOTAL	31	10,6	
CARDIOVASCULAR	Alfametildopa	1	0,3	C
	Flunarizina	1	0,3	C
	Papaverina	1	0,3	C
	sulfato de mg	1	0,3	C
	TOTAL	4	1,3	
ANALGESICOS	Acetaminofen	43	14,7	B
	Butilbromuro de hiocina	10	3,4	C
	Diclofenac	5	1,7	B,D*
	Naproxeno	2	0,6	B,D*
	Ibuprofen	6	2	C
	TOTAL	66	22,6	
ANTIPARASITARIOS	Metronidazol	12	4,1	B
	TOTAL	12	4,1	
ANTIMICOTICOS	Clotrimazol	9	3	B
	Nistatina	1	0,3	B
	TOTAL	10	3,4	

Cont..Tabla No 8. No. Medicamentos consumidos según clasificación ATC (2^{do} y 5^{to} nivel químico, farmacológico y subgrupo terapéutico)

GRUPO	FARMACO	NUMERO	%	RIESGO++
GI Y METABOLISMO	Omeprazol	6	2	B,C
	metoclopramida	1	0,3	B,C
	TOTAL	7	2,3	
VITAMINAS Y RELA.	Micronutrientes	158	54,1	A
	Otras vitaminas	8	2,7	A,C
	TOTAL	166	56,8	
OTROS	Acido valproico	1	0,34	C/D
	Fenobarbital	1	0.34	
	Antihistamínicos	2	0,68	B/M
	Dexametasona	1	0,3	B/C
	Otros	3	1	
	TOTAL	8	2,7	
			292	100

++ Riesgo teratogénico según FDA

* Riesgo en el consumo del medicamento en el último trimestre de la gestación

4.1.4 Características de Consumo

El 15,4% de las mujeres consumieron medicamentos estando en embarazo, pero sin ellas saber de su estado de gestación, el consumo de medicamentos es de 46,6%. En relación al cumplimiento del tratamiento el olvido del consumo es de 39.5% y de este porcentaje el 71,75 deja de consumirlo. Como se esperaba el medicamento que se consume sin prescripción médica es el acetaminofen y resulta curioso ver el consumo de nutrientes como el Metmax®, que es para son medicamentos a base de aminoácidos, el cual se clasifico en el grupo de otro tipo de vitaminas

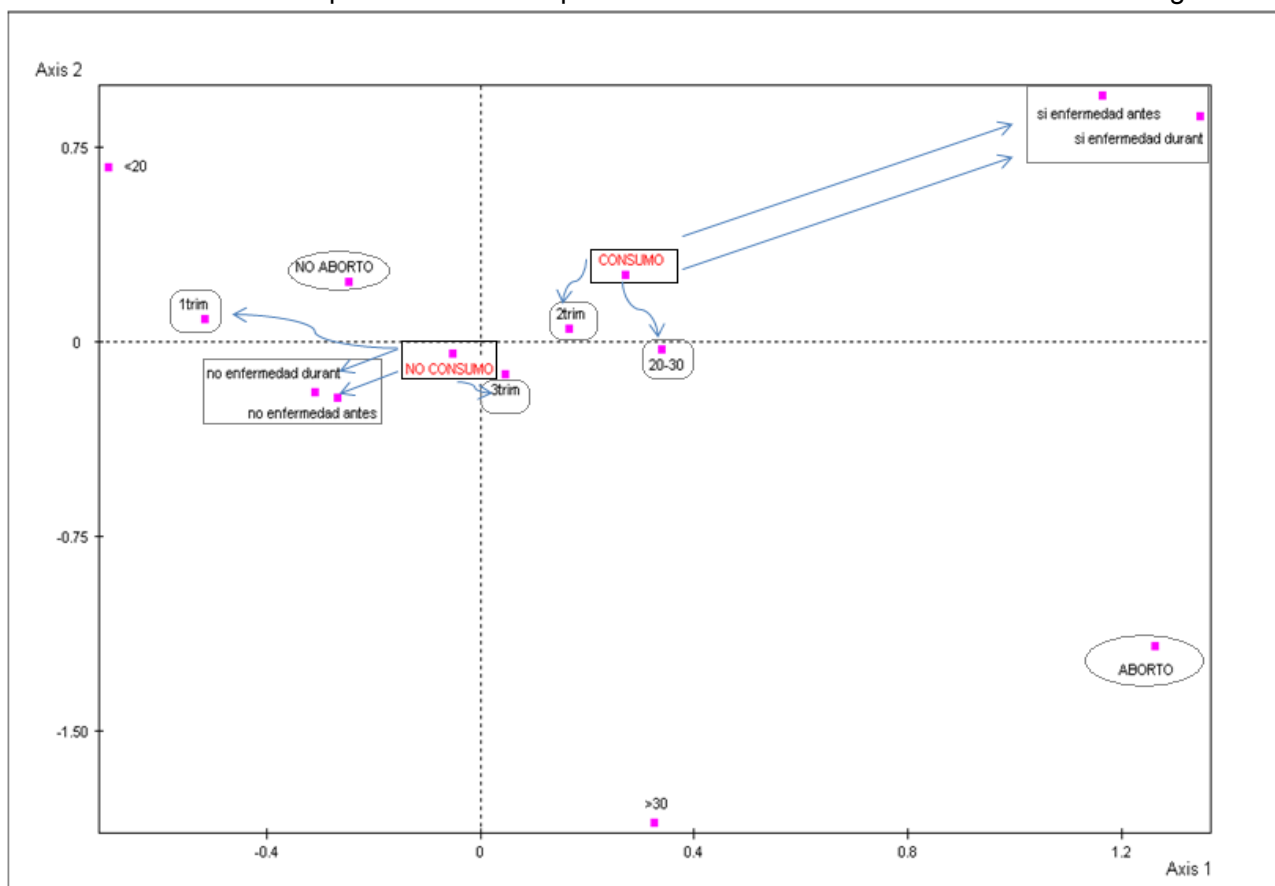
La información sobre el consumo se resumen en la Tabla No 9.

Tabla No 9. Información sobre el consumo de medicamentos en mujeres gestantes

VARIABLES		FRECUENCIA N =382	PORCENAJE %	PORCENTAJE ACUMULADO
CONSUMO	NO	204	53,4	53,4
	SI	178	46,6	100,0
OLVIDO DE CONSUMO	NO	231	60,5	60,5
	SI	151	39,5	100,0
ACCION FRENTE AL OLVIDO O DE UNA DOSIS	LO CONSUME	100	26,2	70,7
	NO LO TOMA	274	71,7	97,9
	TOMA EL DOBLE	8	2,1	100,0
CONSUMO DE MEDICAMENTOS NO PRESCRITOS	NO	367	96,1	96,1
	SI	15	3,9	100,0
TIPO DE MEDICAMENTO NO PRESCRIPTO	NINGUNO	367	96,1	96,1
	ACETAMINOFEN	9	2,4	98,4
	VITAMINAS	5	1,3	99,7
	SIBUTRAMINA	1	0,3	100,0

Se realizó una exploración de correlación para mirar relaciones de variables cualitativas consideradas en la encuesta frente al consumo de medicamentos, algo que no estaba considerado dentro del estudio, pero que nos ayuda a entender como era el comportamiento de consumo frente algunas variables, en este caso se hizo un análisis factorial de correspondencias múltiples en el cual se exploró que cercanía que tenían las variables al consumo y no consumo de medicamento. Y luego se le hizo una prueba de asociación estadística para aquellas que mostraran patrones de similares encontró que la única asociación estadísticamente significativa en las variables recolectadas y exploradas asocia al consumo de fármacos durante la gestación es tener antecedentes de alguna enfermedad. No obstante hay factores que se relacionan descriptivamente en relación al consumo o no consumo de medicamentos en embarazo como lo muestra la grafica de correlaciones múltiple (ver grafica No. 1).

Grafica No. 1. Correspondencias múltiples del consumo de medicamentos en gestación.



Así al relacionar consumo de medicamentos con antecedentes de enfermedad, nos da una asociación positiva con el consumo, como muestra la **Tabla No 12**.

Tabla No 12. Correlación entre consumo y antecedentes de enfermedad

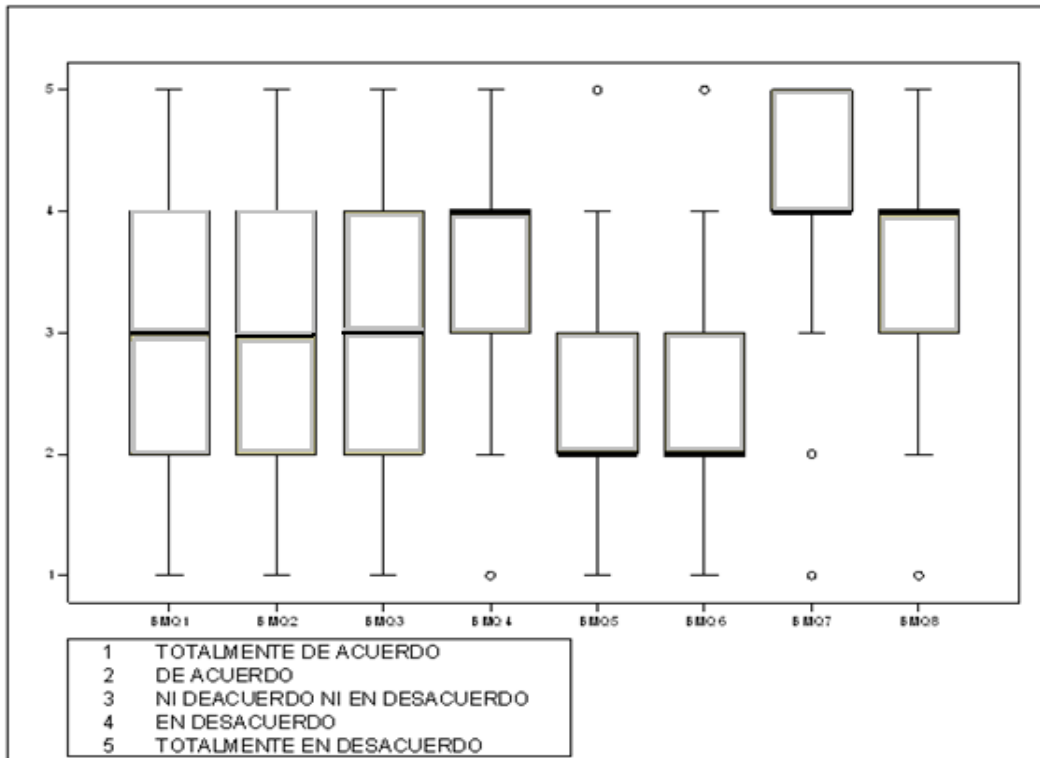
VARIABLE	NO ENFERMEDAD		SI ENFERMEDAD		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
CONSUMO	38	12,22	22	30,99	60	15,71
NO CONSUMO	273	87,78	49	69,01	322	84,29
TOTAL	311	100	71	100	382	100

Person Chi2 15,3772 P=0,000

CREENCIAS ACERCA DE LAS MEDICINAS EN MUJERES GESTANTES (BMQ)

Se procesaron un total de 382 encuestas de creencias sobre los medicamentos. Las características de la distribución de la puntuación de cada una de las preguntas de la escala se presenta en la **Grafica No. 2** .

Grafica No 2. Distribución de respuesta del cuestionario BMQ



El valor de cada una de las medias para cada una de las preguntas del cuestionario BMQ se muestra en la **Tabla No. 13** En las tres primeras preguntas no se ve una tendencia definida, es decir, las respuesta es ni de acuerdo ni en desacuerdo, en las demás preguntas se presenta una tendencia a responder por fuera del área de indefinición y con algunos datos extremos. Los remedios naturales producen menos efectos secundarios o dañinos que los medicamentos es una tendencia que se ve, reafirmación de la creencia de que las plantas hacen menos daño. Frente a las afirmaciones 5 y 6 del BMQ, se ve una contradicción entre estas apreciaciones y el elevado consumo de medicamentos en general y en este estudio específicamente en embarazo. Y por ultimo frente a las dos últimas preguntas están en desacuerdo en la confianza exagerada por parte de los médicos en los medicamentos y la prescripción de medicamentos en relación al tiempo que disponen los médicos para las consultas.

Tabla No 13. Medianas para cada una de las preguntas del cuestionario BMQ

	PREGUNTA	MEDIA
BMQ 1	Los médicos formulan muchos medicamentos	3
BMQ 2	La gente que toma medicamentos debería dejar de tomarlos de vez en cuando	3
BMQ 3	La mayoría de los medicamentos generan dependencia o adicción	3
BMQ 4	Los remedios naturales producen menos efectos secundarios o dañinos que los medicamentos	4
BMQ 5	Los medicamentos hacen más mal que bien	2
BMQ 6	Todos los medicamentos son dañinos o peligrosos	2
BMQ 7	Los médicos confían demasiado en los medicamentos	4
BMQ 8	Si los médicos tuvieran más tiempo con los pacientes prescribirían menos medicamentos	4

5. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

5.1 ANALISIS DESCRIPTIVO GRUPOS FOCALES POR CATEGORÍAS

CATEGORÍA: UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Los medicamentos utilizados durante el embarazo están estrechamente relacionados con las normas de prescripción médica, como en caso del consumo de las vitaminas y el sulfato ferroso, que es lo que se prescribe por parte del médico. El sulfato ferroso no es muy referenciado, por lo que a mi parecer en no es muy consumido por las gestantes.

Según refieren las gestantes se les manda consumir o se solo se debe consumir los nutrientes como el ácido fólico, el calcio y sulfato ferroso, aunque en menor medida este último, por los efectos adverso.

En este caso hago referencia a “nutrientes”, porque las mujeres gestantes no siempre los piensan como medicamentos.

C.S.1: Inductivo.txt.II. -1:39 [pues las treinta pastillas men..] (105:105)

“...pues las treinta pastillas mensuales de vitaminas, eso es lo único que le mandan en el embarazo, porque ni medicamentos, ni una pastilla para una cosa, nada; que si le duele algo lo único es tomar Acetaminofén. ...”

Sub-categoría 2 Patrón de consumo en el embarazo

El consumo de medicamento está relacionado con los patrones de prescripción del embarazo, en este sentido los medicamentos que se resaltan en un segundo lugar son los analgésicos, que son usados para cefaleas, que son manifestadas por las mujeres gestantes como “jaquecas”, principal motivo de consumo.

En el embarazo los médicos tratan de utilizar la menor cantidad posible de medicamentos, y por ello se percibe que el profesional de la salud principalmente prescribe acetaminofén, ibuprofeno o aspirina.

Para las migrañas del embarazo o los cólicos del embarazo producidos por los cambios hormonales y el estiramiento de los músculos y los ligamentos, respectivamente, este tratamiento no es efectivo para controlar el dolor, por lo cual es necesario acudir al médico. En estos casos las gestantes manifiestan que la pauta de tratamiento es el uso de la dipirona inyectable o uso de medicamentos inyectables. Lo cual si tiene un efecto en ellas.

De lo anterior es interesante analizar que la vía de administración también se considera como algo de suma importancia en el uso de medicamentos, y analgesia para las mujeres gestantes cuando no funciona los medicamentos orales y se debe pasar a la inyección debe ser manejada por el médico.

Otro aspecto interesante que surge frente al uso de la aspirina, es el debate que aun genera frente a su consumo en gestación por la probabilidad de riesgo de desagregación plaquetaria y anticoagulación sanguínea, lo que genera serios problemas durante el trabajo de parto y el alumbramiento. Además del peligro que genera relacionado con la tensión arterial alta¹⁵³, los estudios en relación a efectos adversos concluyen que no se asocia a efectos teratogénicos¹⁵⁴, lo que puede generar una seguridad falsa, si esta es utilizada de primera línea frente al uso del dolor en embarazo. Algo que se ve contractado con lo que refieren las gestantes en quienes no hay esa noción de riesgo frente al consumo de este tipo de antiinflamatorios no esteroideos, lo que puede estar relacionado con la falta de educación a las pacientes frente al uso de este medicamento. situación que se vuelve importante y se justifica hacer debido al alto consumo que tiene este tipo de medicamentos por ser medicamentos de venta libre.

En el discurso de las mujeres en gestación se percibe el efecto de la industria farmacéutica en el manejo publicitario, cuando las mujeres gestantes se refieren a los medicamentos que utilizan o consumen por su la denominación por la marca comercial como Dolex® o Advil ®.¹⁵⁵ Algo que es importante, si se tiene en cuenta que al consumo del medicamento por el nombre de marca se puede asumir que es el mismo principio activo, como en el caso de Dolex Forte ®, que además tiene cafeína.

En relación a lo anterior, en caso de medicamentos no pertenezcan a este grupo de medicamentos analgésicos o de venta libre, y necesite la prescripción médica para su venta, como los antibióticos u otros medicamentos, es claro según las referencias de las gestantes que se tiene presente más el nombre por denominación genérica como amoxicilina y penicilina.

C.S.6: Inductivo.txt.II. -1:240 [a mi la aspirina no me hace na..] (710:710) .

“...a mi la aspirina no me hace nada para el dolor de cabeza, en cambio el advil si es excelente, me tomo uno y me pasa el dolor de cabeza...”

Sub-categoría 2 Patrón de consumo en el embarazo

Las infecciones vaginales tienen alta incidencia en el embarazo debido al cambio hormonal, que se presenta con el aumento de la progesterona y disminución del acople del estradiol a los receptores de la vagina, ya que el estradiol tiene la función de aumentar la glucosa y hacer que los Lactobacillus disminuyan el pH como una barrera a los agentes patógenos.¹⁵⁶

¹⁵³ **Vucić N.** (2009).Thrombophilia, preeclampsia and other pregnancy complications. Acta Med Croatica. Oct;63(4):297-305.

¹⁵⁴ **Kozer E.** (2003). Efectos del consumo de aspirina durante el embarazo sobre los resultados del embarazo : meta- análisis. Defectos de Nacimiento B Res. Dev. Toxicol Reprod. Feb; 68 (1) :70-84

¹⁵⁵ **Frosch DL.** (2010) Direct-to-consumer advertising of prescription drugs. LDI Issue Brief. Mar-Apr;15(3):1-4.

¹⁵⁶ **Mitchell C et al** (2009). Changes in the vaginal microenvironment with metronidazole treatment for bacterial vaginosis in early pregnancy. J Womens Health (Larchmt). Nov;18(11):1817-24

Dentro del estudio se encontró uso de medicamentos antibióticos, en las mujeres para el tratamiento de vaginitis o infecciones vaginales, que las mujeres gestantes llaman “flujo vaginal”, en este caso el medicamento que refieren como más utilizado es el metronidazol, y aunque no todas tienen claridad del nombre del medicamento, saben con certeza que es el mismo “ovulo vaginal”, denominado de este modo por su forma farmacéutica. Ellas refieren que este medicamento si es efectivo.

Del mismo modo las infecciones urinarias son de alta incidencia en embarazo debido a la progesterona y el aumento del útero, que disminuye el movimiento de la orina por los uréteres, lo que produce un flujo residual o retrogrado, que aumenta el riesgo de infección. Por ello que el uso de antibióticos en la gestación es algo que parece común para las mujeres gestantes y saben con propiedad que medicamento es el que se utiliza para la infección y disminuir el dolor.

C.S.5: Inductivo.txt.II. -1:117 [para el problema del flujo vag..] (267:267)

“...para el problema del flujo vaginal, hay una droga que son los óvulos y se median y acaban con el problema...”

C.S.8: Inductivo.txt.II. -1:227 [Para una infección, para el do..] (650:650)

“...Para una infección, para el dolor, como un Acetaminofen o dolex o amoxicilina. ...”

Sub-categoría 2 Patrón de consumo en el embarazo

Me pareció interesante el caso particular de uso de un analgésico, para algo que las mujeres gestantes referenciaron como “pre infarto”, debido a que para este dolor se le prescribió acetaminofén y se recomendó reposo por parte del médico, lo que no dejó conforme a la gestante.

Sin embargo no es claro a que se refiere el término que es muy utilizado en el lenguaje común, y que para las personas es un término que tiene un significado de enfermedad del corazón. Pero que en términos médicos no lo es, ya que puede ser una osteocondritis, lo cual produce dolor en el pecho y es algo mucho más benévolo para las pacientes, que una enfermedad cardíaca. Por ello que algunos pacientes se molesten por que asumen que tienen una patología para la cual se debiera dar un tratamiento y que no les es suministrada. Asumiendo que es culpa del sistema de salud porque no hay acceso a los medicamentos.

C.S.10: Inductivo.txt.II. -1:235 [yo si tengo un caso, hace como..] (683:684)

“...yo si tengo un caso, hace como ocho o quince días, fui por urgencias y me dieron síntomas de pre infarto. y te mandaron pastas? ...Unas de Acetaminofen y que tuviera mucha calma, que no me estresara, que no me preocupara, eso me dijo el médico y que por eso era. ...”

Sub-categoría 2 Patrón de consumo en el embarazo

Vale la pena en este caso también señalar que el arsenal terapéutico que se tiene para enfermedades del embarazo, es muy poco y no ha cambiado mucho desde la década de los setenta,

a pesar del desarrollo de tecnologías de punta. Lo cual puede estar relacionado con el desinterés de las farmacéuticas en invertir en medicamentos para las mujeres gestantes.¹⁵⁷

CATEGORÍA: CONCEPCIÓN DEL MEDICAMENTO

El medicamento como objeto, representación y concepto, es construido por las mujeres gestantes en una relación con su entorno, este se relaciona de manera importante con la definición científica o técnica de lo que denominamos medicamento. Por ejemplo se utiliza el término compuesto químico como equivalente a fármaco, y se usa términos como “pastas” o “pastillas” que son una forma de integrar un concepto que a mi modo de ver es la forma farmacéutica, de esta manera se puede ver el concepto de anclaje, si se mira el concepto del medicamento que refieren las mujeres gestantes, en el que se integran conceptos principales que estructuran la definición de medicamento en el ámbito cotidiano y que se relacionan con el ámbito científico.

En lo que refieren las gestantes se ven las nociones de clasificación del medicamento, cuando se tiene en cuenta la forma farmacéutica como “la tableta”, el jarabe, el ovulo, la inyección”, las cuales son claramente un modo de clasificación del medicamento.

El término químico comprende no sólo al medicamento como objeto o imagen, sino como estructura del “concepto de medicamento” desde las ciencias, con aquello que estudia la materia y las sustancias que en muchos de los casos no son tan fácilmente de designar, pero que de algún modo funciona como una generalización de conceptos que no son fáciles de explicar cómo por ejemplo lo molecular, lo analítico, lo fisicoquímico.

Lo interesante de este proceso mental es que se relaciona el término químico con sustancia que es dañina para el hombre. Y a su vez es necesaria en algún momento, como un modo de tratamiento para una persona que cursa con una enfermedad o tiene una condición de salud seria o desmejorada.

C.S.2: Inductivo.txt.II. -1:106 [la medicina o el medicamento e..] (239:240) .
“...la medicina o el medicamento es algo que para tratar lo que tenga la persona...”

Sub-categoría 4 Calificación medicamento salud

Por lo tanto el medicamento es un modo de tratar a una persona por una condición de enfermedad o de salud. Lo que indica que el medicamento está dotado de propiedades benéficas que permiten

¹⁵⁷ **Fisk NM, Atun R** (2008). Market Failure and the Poverty of New Drugs in Maternal Health. PLoS Med 5(1): e22.

aliviar o mejorar las enfermedades y modificar estados fisiológicos. Llegando incluso a ser algo imprescindible en la vida de las personas como elementos que dan la vida en caso de tener enfermedades crónicas ejemplificándose con el caso de diabetes.

Algo que me pareció curioso fue la afirmación de una gestante que dijo "...es que cada síntoma de la enfermedad hay un medicamento", lo que fue explicado por la gestante en el sentido que la mayoría de medicamentos sirven para el dolor pero no curan siempre, o sólo para algunas situaciones muy específicas, dentro de las cuales está la infección; exceptuando, en este caso las enfermedades terminales o crónicas donde el medicamento solo tiene un efecto paliativo.

Por otra parte, frente al derecho de explotación de medicamentos un término utilizado en farmacología para clasificar los medicamentos, las mujeres gestantes en lo que referenciaron muestran no tener claro, la diferencia entre un medicamento equivalente y un medicamento genérico y un medicamento innovador o con patente.

C.S.6: Inductivo.txt.II. -1:226 [Por el nombre del medicamento,..] (648:648)

"...Por el nombre del medicamento, eh acetaminofen, el ibuprofeno, pues cada medicamento tiene su nombre..."

Sub-categoría 1 Designación de medicamento

En lo relacionado con los medicamentos llamados de venta libre u OTC(over the counter), por sus siglas en inglés, las mujeres gestantes tienen una particularidad y es que este grupo de medicamentos desaparece de alguna manera durante la gestación, ya que sólo los medicamentos que consumidos son aquellos que son prescritos por el médico, como ellas dicen únicamente se consumen medicamentos que sean ""ordenados" o "recetados".

Dentro de los términos utilizados en la cotidianidad frente a los tratamientos en la salud está el término de "remedio", el cual en farmacología se designa como el procedimiento empírico sin una base científica comprobada, como por ejemplo las ventosas o los emplastos. Sin embargo para las mujeres embarazadas y en general para las personas, el término es un equivalente de medicamento. Lo que es parte de una concepción cultural muy arraigada y del vestigio de los términos utilizados en la época de las boticas.

En otros casos se utiliza el término "droga", como equivalente de medicamento. No obstante hay cierta claridad para las mujeres, entre droga como estupefaciente y "droga" como medicamento que es dispensado en las farmacias o droguerías.

C.S.2: Inductivo.txt.II. -1:114 [Un medicamento es igual a una..] (256:257) .

"Un medicamento es igual a una droga, sino que droga está mal dicho..."

Dentro del concepto de medicamento, se resalta que en algunos casos se refiera al tratamiento que prescribe el médico. Y lo interesante es que el medicamento o tratamiento es concebido como la mezcla de medicamentos que son prescritos por los médicos, lo cual es una concepción que es

apropiada como “concepto” de tratamiento, de hecho esto puede estar relacionado con el ver en el médico el chaman moderno que utiliza mezcla de medicamentos (ya no de plantas) para administrarle a las personas para “curar” las enfermedades.

C.S.2: Inductivo.txt.II. -1:100 [son las mezclas que mandan los..] (222:222)
“...son las mezclas que mandan los doctores...”

C.S.4: Inductivo.txt.II. -1:112 [los que le formulan diariament..] (250:250)
“...lo que le formulan diariamente cuando uno está embarazada...”

Sub-categoría 3 Denominación medicamento prescripción médica{4}

CATEGORÍA FACTORES SOCIALES Y CULTURALES EN EL CONSUMO

El consumo de medicamentos en las mujeres gestantes ha cambiado durante las últimas cinco décadas, sobre todo en relación con las vitaminas que son los medicamentos más prescritos por los médicos con el fin de mejorar el peso al nacer y disminuir los riesgos de eventos como malformaciones, en el caso del ácido fólico. Como refieren las mujeres gestantes: “antes no se consumía las famosas vitaminas”, por lo que generaciones de antaño han hecho una transición al consumo de medicamentos como las vitaminas, según las gestantes porque antes no se utilizaban porque había una mejor nutrición.

Pero también hay que tener en cuenta que el acceso al servicio de salud no era igual y que en este caso para el embarazo como condición fisiológica, no era necesario acceder durante la gestación sino cuando el niño iba a nacer. Factor que se une a lo que refieren como surgimiento de “enfermedades nuevas” que hacen necesario el buscar el servicio y en esta medida el consumo de medicamentos en la gestación. Sin embargo, en a mi modo de ver es un punto de discusión frente a si realmente han aumentado las enfermedades emergentes o estaban sub-diagnosticadas.

C.S.3: Inductivo.txt.II. -1:22 [entonces hace cincuenta años n..] (57:57) .
“...entonces hace cincuenta años no estaba el cuento de las pastas de hierro, calcio ...”

Sub-categoría 2 Cambio de patrón de consumo por generaciones

En la mujer gestante se presenta un cambio biológico, que produce también cambio en lo social y actitudinal frente al consumo de medicamentos, haciendo que se utilice de una manera más limitada, por una condición que se vuelve importante en la gestación que es la seguridad, con la disminución de la auto prescripción.

La interacción social con otras personas es un factor que determina los patrones de consumo de medicamentos, pues desde la teoría de la cognición de cierto modo hace una adaptación de lo que se ve como conductas aprendidas, y que pueden estar ligadas a las diferentes experiencias vividas. Por consiguiente el patrón de consumo se ve influenciado por las personas o círculo social en que se desenvuelve la persona y en este caso la gestante. Ya que las experiencias ajenas o propias de

adhesión a los tratamientos en el círculo social, será un factor importante para que se consuma el medicamento.

C.S.2: Inductivo.txt.II. -1:25 [porque ella no es una de las p..] (78:79) .
“...porque ella no es una de las personas que toma frecuentemente la droga...”
Sub-categoría 6 Representación de consumo en otros

Como otro ejemplo está las experiencias previas de embarazo, que hacen que el consumo sea menor, cuando no se tuvieron en su momento dificultades en el embarazo o problemas con el niño. Razón por la cual no es necesario el consumo de medicamentos, pues no se ve al medicamento como realmente útil o necesario. Y esto en un círculo social llamado gestantes influye como un elemento propio y que afecta a otras personas, que pueden tener en cuenta este aspecto como justificación del consumo de los medicamentos.

C.S.6: Inductivo.txt.II. -1:96 [yo no sé si de pronto sea por ..] (209:209) .
“...yo no sé si de pronto sea por irresponsabilidad, pero yo digo que si yo no me las tomo, pues el bebé va a nacer bien, al igual yo ya tengo un bebé y en ese tiempo no tome nada, y él es fuerte y grande...”
Sub-categoría 3 Cambio en el patrón de consumo por embarazo

La alimentación es un factor cultural y social que esta está relacionado con el consumo de las vitaminas como medicamentos usados en la gestación, pues el consumo de alimentos sanos es una forma de no consumir las vitaminas, porque los nutrientes (vitaminas) pueden estar en los mismos alimentos, sobre todo las frutas, verduras, hortalizas, leguminosas y carnes.

De hecho, socialmente el núcleo familiar cambia en función de la mujer gestante, como figura de especial cuidado a la que tiene que darle una buena nutrición, que sirva para ella y el niño que se encuentra desarrollándose en el útero, por lo cual el consumo de alimentos que son ricos en nutrientes, como las frutas aumentan en la dieta, supliendo el consumo de las vitaminas como medicamentos.

C.S.8: Inductivo.txt.II. -1:149 [Pues yo siento que no son tan ..] (357:357) .
“...Pues yo siento que no son tan necesarias, porque eso influye mucho la alimentación, y pues para mí, para mí, no deberíamos tomárnoslas...”
Sub-categoría 1 Alimentación versus consumo vitaminas

Sin embargo en contra, está el cambio en el valor alimenticio de los mismos alimentos, debido a que ya no contienen la riqueza nutricional que si tenían los nutrientes consumidos en décadas anteriores, unido a los preservantes y químicos, que son adicionados a los alimentos, como lo refieren las mujeres gestantes. Por lo tanto hay un cambio en el patrón de consumo de nutrientes en las grandes ciudades, que desfavorece un buen nivel nutricional por parte de las mujeres gestantes.

Otro factor es que, como refirió una gestante “sí en estados de enfermedad se interviene sobre la comida, quiere decir que uno en embarazo, debe tener una dieta más rica en nutrientes”, aclarando que en este caso hay que recordar que el embarazo no es visto como un estado patológico, sino que fue una comparación de la gestante.

C.S.9: Inductivo.txt.II. -1:150 [Pues a mí me parece mejor la a..] (359:359) .

“...Pues a mí me parece mejor la alimentación, porque digamos, los jugos rojos, de mora, remolacha ayuda para los glóbulos rojos, y por ejemplo yo me tomo un juguito y sé que no me va a hacer efecto porque es natural, en cambio una pastilla sí, un advil si.”

Sub-categoría 1 Alimentación versus consumo

Las mujeres gestantes refirieron comer las vitaminas en la comida, es decir consumir alimentos ricos en estas vitaminas, y de igual modo consumir las vitaminas como medicamentos, aun cuando no sea de forma continúa.

Apropósito de las vitaminas es importante aclarar que son percibidas por las gestantes como nutrientes o suplementos alimenticios en una forma de medicamento. Aunque en sí mismas dentro de la alimentación no se consideran medicamentos sino nutrientes.

Dentro de la parte de las creencias se destaca la clasificación de los medicamentos como sustancias que pueden ser buenas o malas, entendiendo lo bueno como benéfico para el paciente y lo malo cuando el medicamento no tiene el efecto farmacológico que se esperaba o es tóxico.

De estos aspectos, frente al bien y mal que puede producir un medicamento, surge el miedo o temor al consumo, que es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento, provocado por la percepción de un peligro Y que se relaciona con los cambios en las personas, así que las mujeres refieren que mientras es común tomar un antigripal, para la congestión antes de estar embarazada, en situación de embarazo no es igual. Porque, se presentan las dudas de los efectos que se puedan presentar, con un término como el miedo.

C.S.2: Inductivo.txt.II. -1:131 [Yo no, yo no tomo nada, me da ..] (306:306) .

“...Yo no, yo no tomo nada, me da miedo ...”

Sub-categoría 8 Restricción de consumo por miedo

También es importante dentro de lo cultural, la denominación del medicamento como algo sagrado, porque desde la visión antropológica se refiere a un término que se orienta a describir los elementos que constituyen y fundamentan algunas prácticas, como el consumo. Por ello que cuando se habla del consumo como “algo sagrado” se considera como prácticas inmodificables o intocables, pues se define como un ritual bien establecido.

C.S.3: Inductivo.txt.II. -1:91 [pues si, las pastas para mí so..] (193:193) .

“...pues si, las pastas para mí son sagradas, y me estoy alimentando bien, y al igual son buenos porque son para aliviar el cuerpo de uno...”

Sub-categoría 5 Cultura en el consumo

Dentro de las afirmaciones de las mujeres en embarazo, se percibe que los médicos no hablan de uso de remedios sino de medicamentos y por eso muchos están en desacuerdo con la medicina

natural. Lo que en el fondo representa es la adhesión de los médicos hacia las medicinas alopáticas, al ser la salud solo el tratamiento de las enfermedades.

C.S.6: Inductivo.txt.II. -1:214 [al fin y al cavo son médicos..] (612:612) .
..”al fin y al cavo son médicos para eso es la medicina primordial; ellos nunca le van a decir tóme un agüita de estas si no....estas son las pastas todo para ellos siempre va a ser la medicina. ...”
Sub-categoría 7 Concepción de medicina naturista

Por ello ellas refieren que, no es prudente ingerir cualquier agua de hierbas, o remedios naturales en estado de embarazo porque el efecto sigue siendo desconocido.

CATEGORÍA FACTORES RECHAZO AL MEDICAMENTO

Dentro de los factores del no consumo o de la restricción del consumo está la percepción de riesgo a los efectos adversos que se pueden presentar. Porque es potencialmente dañino para el bebe.

C.S.6: Inductivo.txt.II. -1:121 [Pues no sé, yo tuve una cuñada..] (281:281) .
“...Pues no sé, yo tuve una cuñada que ella se tomaba varias cosas, pero ella no sabía que estaba embarazada, y tomaba muchos medicamentos y la niña le nació como enfermita y se murió a los dos añitos. ...”
Sub-categoría 9 Riesgo para el bebe o la madre

Sin embargo, a mi modo de ver no se ha estimado hasta dónde puede producirse el efecto adverso, por los medicamentos, o puede estar relacionado con factores fisiológicos en donde solo interviene los factores hereditarios o algunas enfermedades. En relación a los efectos teratogénicos.

C.S.1: Inductivo.txt.II. -1:43 [en mi caso a mi me mandaron ve..] (117:118) .
“...en mi caso a mi me mandaron veintiocho pastas de antibiótico, pero yo no me los tome todas, pues porque al igual es la salud de mi bebe, ...”
Sub-categoría 8 Salud del bebe

El efecto que pueden tener sobre el feto los medicamentos, es uno de los factores más importantes definitivamente en el consumo de los medicamentos y como ejemplo está la racionalización que hacen las gestantes acerca de los efectos adversos que se deben replicar en los fetos, porque se les presentan a ellas. Y por seguridad, como mencionan las mujeres gestantes prima la seguridad de la bebe y frente al riesgo, es preferible no tomar algunos medicamentos como en el caso de los antibióticos.

C.S.12: Inductivo.txt.II. -1:129 [¿Pero en el caso de las vitami..] (300:301) .
“...¿Pero en el caso de las vitaminas, si el bebé sale con alguna malformación y podría decir que fue eso lo que me formulo el médico, pero pues realmente uno no estaría seguro si es eso o no?”
Sub-categoría 9 Riesgo para el bebe o la madre

Otro riesgo que se presenta es el consumo de medicamentos de medicamentos, sin saber que se está en estado de gestación, lo que representa un factor de ansiedad para las gestantes porque cuando no se está en gestación se puede consumir cualquier tipo de medicamento y estar expuesto, o exponer al feto específicamente. De manera que la experiencia previa de este tipo es un factor para no consumir los medicamentos.

C.S.1: Inductivo.txt.II. -1:79 [Sí, por ejemplo, a mí al princ..] (163:163) .

..Sí, por ejemplo, a mí al principio me daban tanto medicamento, que tenía que tomar acetaminofen, que Bromuro de hiosina, que unas pastas, que unas para el vómito y aparte me tenía que tomar las vitaminas. No que eso es mucho, por más que uno lo está saciando. ...”

Sub-categoría 9 Polifarmacia en la gestación

La polifarmacia es un factor que disminuye el consumo de medicamentos, porque son noventa tabletas en un mes y en términos de volumen, se ven como una cantidad muy grande de medicamentos, como refieren las gestantes. “treinta de cada una, multiplicada por tres, entonces son como muchas pastas”. Fenómeno relacionado al rechazo en la toma de medicamentos o a la prescripción de gran cantidad de medicamentos. Lo que es un argumento utilizado por las gestantes para no consumirlos.

Otro factor de no consumir medicamentos referenciado por las gestantes es “el olvido”, que se relaciona con no tener hábitos de consumo, para lo cual las experiencias previas de consumo son importantes.

C.S.3: Inductivo.txt.II. -1:92 [si uno va el médico y le dan e..] (195:195) .

“...si uno va el médico y le dan esas pastas rojas, y a uno le causa estreñimiento, ¿al bebé porque no le puede causar? ...”

Sub-categoría 8 Salud del bebe

Dentro de los efectos adversos descritos por las mujeres gestantes que consumen medicamentos están la inducción de aborto, estreñimiento, náuseas, somnolencia, depresión y hasta nervios. El medicamento que fue en mayor medida nombrado en relación con los efectos adversos fue el sulfato ferroso, con efectos como epigastralgia.

C.S.3: Inductivo.txt.II. -1:169 [pues, si.., las vitaminas me d..] (427:427) .

“...pues, si.., las vitaminas me dan estreñimiento...”

C.S.8: Inductivo.txt.II. -1:223 [a mi me pasa a veces eso, porq..] (639:639) .

“...a mi me pasa a veces eso, porque yo tengo ardor en la boca del estomago. ...”

C.S.9: Inductivo.txt.II. -1:224 [no, por eso no tomo el sulfato..] (641:641) .

“...no, por eso no tomo el sulfato, porque si yo si me lo tomo si me da eso...”

Sub-categoría 6 Efectos adversos

Sin embargo, como mencionan las mujeres en gestación un buen estado de salud es una de los condicionantes que puede ayudar a que no haya o no se presenten efectos adversos por el consumo de medicamentos, para que se disminuyan los efectos.

Sin embargo a se debe tener en cuenta la idiosincrasia de las personas, a mi modo de ver por que las mujeres gestantes no tienen el mismo sistema inmunológico o la capacidad actuar sobre las distintas enfermedades que se presentan.

CATEGORÍA RELACIÓN CON EL SISTEMA DE SALUD

En las mujeres gestantes, un elemento importante que se observo es que asisten a consulta médica, con el fin que sean formuladas, pues es una imagen de tratamiento, para lo que puedan presentar, lo que convierte una forma retribución del sistema de salud. Algo que se ve reflejado también la exigencia de medios de diagnóstico.

C.S.1: Inductivo.txt.II. -1:82 [¿Cuándo van a consulta ustedes..] (171:171) .

“...¿Cuándo van a consulta ustedes esperan que la formulen? A sí, claro, más que uno esta embarazo, si claro, porque por algo es que uno es que va, porque uno no es que sea feliz hiendo al médico porque si, si no es porque es necesario. Y si uno no le formulan nada me voy para otro lado, porque algo tiene que calmarme el dolor, el examen o cualquier cosa...”

Sub-categoría 1 Búsqueda de prescripción por consulta

Lo que a mi modo de ver es una forma de ejercer su derecho a la salud y el acceso a los medicamentos, cuando se está afiliado al sistema. Y también es una forma de compensación económica del sistema de salud por la inversión realizada en la afiliación y el pago de impuestos realizados al estado. Que sin embargo, no es dicho directamente por las mujeres gestantes.

C.S.2: Inductivo.txt.II. -1:94 [¡No! Y los medicamentos, todos..] (201:201) .

“...¡No! Y los medicamentos, todos nos los han dado aquí, o sea lo de vitaminas y eso, no hemos tenido que comprar nada, se adquieren en las farmacias que aquí están autorizadas aquí en el seguro...”

Sub-categoría 1 Búsqueda de prescripción por consulta

La compensación económica, se relaciona también con la exigencia que se genera por parte de los pacientes para que se haga “rotación de medicamentos”, que quiere decir el cambio de los medicamentos en las formulaciones en situaciones específicas de los pacientes.

Lo que a mi modo de ver es que los pacientes esperan que se les dé un medicamento que sea mas efectivo, desde “la visión del medicamento” y como “bien de consumo” que sea costoso. Es decir buscar el más costoso porque lo debe pagar el sistema, lo que va en contravía con la característica de costos para un sistema de salud y es beneficioso para la industria farmacéutica.

C.S.3: Inductivo.txt.II. -1:207 [Pues a mí me gustaría, para su..] (571:571) .

“...Pues a mí me gustaría, para cuando yo voy al médico le diga. Yo estoy cansada de tomarme este medicamento, ¿por qué siempre me mandan lo mismo?, por qué no me dan algo u otro medicamento, eso si me gustaría a mí que me cambiara, a uno le expliquen porque lo cambian o por qué es?...”

Sub-categoría 1 Búsqueda de prescripción por consulta

De igual modo la polifarmacia como ya mencione antes es un factor y un argumento utilizado para no consumir los medicamentos y la no rotación de los medicamentos que en términos de las usuarias “...el mismo medicamento por mucho tiempo cansa”.

En cuanto a la relación con el médico, este por ser una persona con estudios profesionales y que ha salido de una universidad, es el personal idóneo para prescribir los medicamentos en el embarazo y las personas sienten mayor seguridad porque son “doctores” y hay una relación de confianza en su criterio. Como referencian ellas “Nadie más sabe mejor que el médico el cual estudio para eso”. Y en este sentido el médico tiene una figura de poder que está relacionada con el conocimiento del medicamento, con una característica especial que es un médico con mayor tiempo en la profesión tienen mayor confianza y aceptación en el paciente.

C.S.3: Inductivo.txt.II. -1:213 [pero al igual es el médico qui..] (610:610) .

“...pero al igual es el médico quien se lo receto y una se siente segura. ...”

Sub-categoría 6 Seguridad por prescripción médica

De este modo se genera una regulación del medicamento por parte del médico quien establece qué medicamento se debe consumir y cuál no, porque el consumo es dependiente de la formulación.

Algo que se ve representado en las droguerías, donde no se entregan medicamentos y mucho menos se prescribe, a menos que se tenga la fórmula médica como lo refieren las mujeres gestantes, lo que se hace necesario el uso de la prescripción para el caso de la mujer gestante. De modo que en este caso las droguerías son muy precavidas en la recomendación de medicamentos en embarazo por que el conocimiento no es bueno y el que realmente lo tiene son los especialistas.

Por otra parte la información médica que resulta clara para las gestantes es la de “no automedicación”, la obligatoriedad del consumo y la de que su cuerpo se acostumbre al consumo de medicamento (vitaminas), con un gran vacío entorno a la utilidad que tiene el consumo de medicamentos, pues las gestantes refieren que no les dicen para que sirve el medicamento, o sólo dan generalidades como por salir del paso. Lo que a mi modo de ver está relacionado con los tiempos de consulta que tienen los profesionales de la salud y por ello que se rescate en algunos casos la labor del profesional de enfermería en la consulta prenatal, como un complemento en la entrega de información acerca de la utilidad de los medicamentos.

Dentro de lo que molesta a las mujeres gestantes, en algunos casos es el trato desagradable que tienen los médicos con ellas. Lo que en general tiene importancia para que se rescate el desarrollo humanista en la profesión de medicina, hacia el trato más humano de las persona en relación con el lenguaje.

C.S.8: Inductivo.txt.II. -1:270 [yo fui el mes pasado a control..] (587:587) .
“...yo fui el mes pasado a control y le dije al médico que me dolía mucho la cabeza y que tenía dolor bajito y lo único que me dijo es: “hay será que está embarazada”, y pues no porque a veces le dicen a uno esas cosas...”

C.S.9: Inductivo.txt.II. -1:271 [“hay eso no se afane eso es la..] (589:589) .
“...“hay eso no se afane eso es la misma jaqueca, no se preocupe eso es normal. Y pues así uno queda en las mismas. ...”

Sub-categoría 3 Información del médico

Dentro de las fallas que encuentran las mujeres gestantes respecto a la información están las contradicciones, que se generan entre un medico y otro, o entre profesionales que salud como en el caso de la nutricionista y el médico.

C.S.2: Inductivo.txt.II. -1:158 [pues yo si voy al médico y me ..] (377:377) .
“...pues yo si voy al médico y me dicen que son necesarias y muchas personas me lo han dicho, pero la nutricionista dice: “que no”...”

C.S.4: Inductivo.txt.II. -1:194 [Pues algunos médicos me dicen ..] (510:510) .
“...Pues algunos médicos me dicen cuando vengo a control, o sea me mandan unos medicamentos y cuando voy allá siempre me dicen, o sea me los mandas y cuando voy a control me dicen que hay que evitarlos porque ya son demasiados...”

Sub-categoría 3 Contradicciones entre profesionales

Algo importante es que no siempre hay una vigilancia social por parte de los pacientes frente al error que pueda cometer el médico, porque si se presenta, este no siempre tiene el conocimiento frente a lo que sucede. Y solamente frente a experiencias previas con errores de medicación, seguir las recomendaciones puede ser importante. Sin embargo de alguna manera, al haber grandes redes de información ya no está solamente el médico quien tiene el conocimiento y por ello que se pueda medir si realmente sirve o no, sobre todo en la población joven.

Algo importante es la contradicción que encuentran las mujeres gestantes al leer la información que traen los medicamentos, ya que en las etiquetas dice “contraindicado en embarazo”, y por otro lado en los blísteres generalmente no hay buena información, algo que si ocurre en los empaques grandes como de los jarabes.

C.S.4: Inductivo.txt.II. 1:176 [Pero hay algunos doctores, que..] (439:440) .
“...Pero hay algunos doctores, que cuando uno ya se siente enfermo, le formulan droga que no es muy buena y, ósea uno se la toma y de una así como dicen vulgarmente: “se le sale el chinito”. ¿Qué medicamento era? era una buscapina. ...”

Sub-categoría 5 Percepción de aborto

En resumen, la información presentada a las gestantes se convierte en un factor importante en el consumo de medicamentos.

CATEGORÍA VITAMINAS Y NUTRIENTES

En lo relacionado con la función que cumplen las vitaminas en la gestación, las mujeres gestantes no tienen claro porque se consume el carbonato de calcio y el sulfato de hierro. Y por ello, que algunas gestantes llegan a pensar que el carbonato de calcio sirve para la que no haya deformación en el desarrollo del crecimiento de los huesos.

Y por el contrario el ácido fólico que es un medicamento que realmente es indicado para que no se presente la espina bífida durante las primeras semanas de gestación es útil porque aumenta las defensas. Algo que debe ser reflexionado debido a que realmente el espacio el lapso de tiempo entre la confirmación del embarazo, la asignación de cita con el gineco-obstetra y el tiempo de gestación, hace que el medicamento muchas veces no tenga la real indicación para lo cual se comenzó a prescribir.

C.S.1: Inductivo.txt.II. -1:48 [no, pues uno a veces las consu..] (121:121) .
“...no, pues uno a veces las consume, porque saben que son para uno y para el bebé, por ejemplo el ácido fólico es para activar el sistema nervioso del bebé, uno lo toma para evitar malformaciones en el bebé, pero eso yo lo escuche hasta ahora; yo fui a los controles y todo pero hasta ahora me entero...”

Sub-categoría 6 Beneficio percibido por el consumo

Cada medicamento tiene un orden en el consumo, y eso es importante para disminuir los efectos adversos del medicamento, así que a las gestantes se les recomienda el ácido fólico con agua en la mañana, al almuerzo el hierro y en la noche el calcio, siempre con las comidas. Algo que refieren las mujeres gestantes frente a este orden es que si no lo hacen de este modo se altera el efecto, lo que sería perder el efecto del medicamento.

Sin embargo, algo curioso es que la gestante tiene la posibilidad de variarlo e ir acomodándolo según se le van presentando los efectos adversos, cambiando también de algún modo los hábitos de alimentación, como lo refieren frente al no consumir jugo de guayaba, porque este aumenta el estreñimiento.

Dentro del uso de las vitaminas, se rescata el concepto de medicamentos como profilácticos, que ellas refieren como “el que no deja que le pase algo al niño o que nazca bien”, mejorando el desarrollo del niño y con un efecto benéfico especialmente en relación con el crecimiento. Así las vitaminas se vuelven importantes al ser una razón para prevenir cualquier cosa que se pueda generar.

Por último una, buena forma de consumo sugerida por las gestantes es que se prefiere el tarro en polvo de un multivitamínico que la pasta, ya que es más a fin a su estado fisiológico.

C.S.1: Inductivo.txt.II. -1:74 [Yo más bien consumo vitamina C..] (155:155) .
“...” Yo más bien consumo vitamina C en polvitos para consumir con leche...”

Sub-categoría 1 Forma de consumo de vitaminas

CATEGORÍA AUTOCONSUMO

Dentro de la automedicación, se tiene presente que es el comienzo de la habituación al consumo y que esto puede llegar a generar la adicción. Lo que no pasa en todas las personas, sin embargo para algunas personas hay el riesgo de volverse dependientes a un determinado medicamento.

C.S.1: Inductivo.txt.II. -1:1 [yo me auto medico con una past..] (14:14) .
“...yo me auto medico con una pastilla para que me quite el dolor, entonces hay se vuelve adictivo. ...”

C.S.2: Inductivo.txt.II. -1:2 [pero si a uno le recetan luego..] (16:16) .
“...pero si a uno le recetan luego una pastilla y me quita el dolor, pero a la otra semana me dio el dolor y yo me auto medico con una pastilla para que me quite el dolor, entonces hay se vuelve adictivo...”

Sub-categoría 3 Habituación de consumo por automedicación

La auto-medicación no solo es a los medicamentos, sino que está relacionada con la medicina natural o los remedios naturales, que son denominados por las gestantes como “hierbas o aguas”, de las cuales se saben algunos efectos y se tiene más confianza, sin embargo en la gestación por haber desconocimiento del medicamento como un objeto que puede producir efectos indeseables, se le tiene mayor respeto, como referencian las mujeres también a los naturales.

En este sentido la auto-prescripción es menor o casi inexistente. Y además la accesibilidad al medicamento es menor por que las droguerías son más restrictivas. Por lo que la forma de acceso al medicamento debe ser mediante la prescripción médica que solo la entrega el médico.

C.S.7: Inductivo.txt.II. -1:34 [si yo tengo una jaqueca, la ge..] (96:97) .
“... si yo tengo una jaqueca, la gente me dice: mire no se auto medique, y que uno no debe tomar esas cosas que uno sabe que no debe tomar porque le van a perjudicar a su bebe...”

C.S.3: Inductivo.txt.II. -1:18 [A veces uno debe ir donde el m..] (31:31)
“... A veces uno debe ir donde el médico, porque se siente mal y es mejor lo formulado que no lo auto recetado por uno mismo. ...”

Sub-categoría 1 Responsabilidad en automedicación

Por lo tanto el uso restringido y el poco conocimiento de los efectos que pueden tener los medicamentos, son un factor protector a la hora del autoconsumo de medicamentos.

5.2 DIAGRAMAS TAXONÓMICOS

Como resultado de la investigación se expone un modelo hipotético interpretativo, que emerge del proceso de codificación abierta y axial realizada con los datos, vale decir que son de los resultados descriptivos y relacionales ya expuestos, que es de donde surgen las inferencias establecidas en función de los modelos. Por lo tanto este modelo corresponde al proceso de codificación selectiva, que permitió identificar el fenómeno central en torno al cual se configuran las representaciones sociales del consumo de medicamentos durante el embarazo, según los datos de esta investigación.

La representación social del medicamento en este caso está representado por una cadena de conceptos que son la estructura de la representación social del medicamento, donde el núcleo central se encuentra son las dos categorías centrales, dichas categorías son la sociocultural y la de relación con el sistema de salud, en ambos casos se exponen los elementos centrales de la representación del consumo bajo estas dos grandes categorías. En este sentido, esquemas como el que aparecen en la Figura No 3 y No 4, permiten hipotetizar el consumo de medicamentos en la mujer en embarazo, ya que favorece la comprensión del fenómeno en sí mismo.

Para el primer caso Ver **Figura No 3**, vale la pena tener en cuenta que el cambio generacional, ha producido que las personas tengan patrones de consumo que de alguna manera dependen de un la cultura y de la carga social, ya que el consumo de medicamentos está relacionado con el ejemplo ancestral que se ha aprendido como modos de conducta y que se han interiorizado, pero no es el único factor.

Otro aspecto es el estado fisiológico en lo relacionado con el embarazo, pues este resulta para la mujer gestante en un cambio abrupto al que no se está preparada, lo cual se ve reflejado especialmente en las mujeres jóvenes, a las cuales se les presenta por primera vez una crisis o un cambio radical en la forma de pensar frente a muchas situaciones de la vida, lo que genera un molde de la representación del medicamento. Algo que resulta importante si se tiene en cuenta que las representaciones sociales frente ante acontecimientos de crisis cambian para el entendimiento de nuevos fenómenos y para la resolución de la misma.

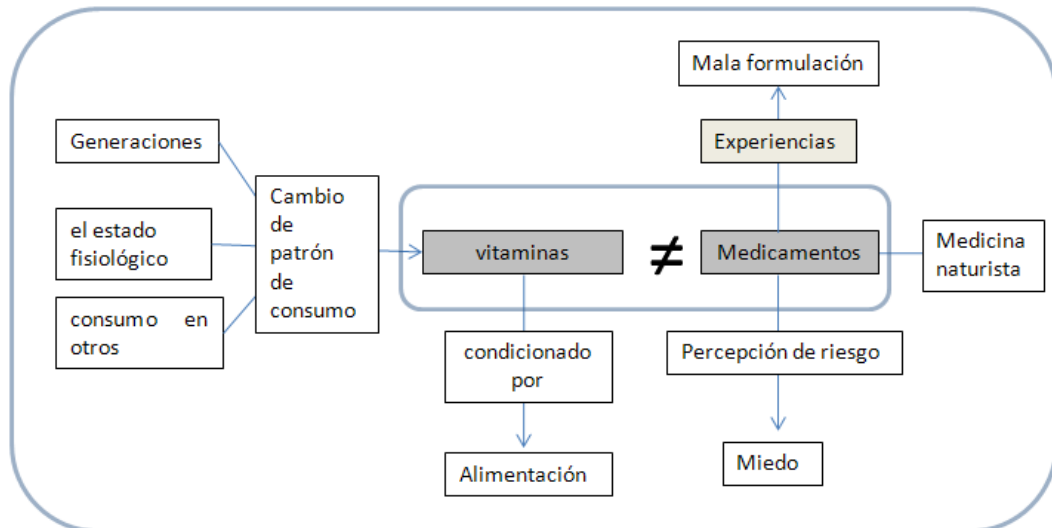
Unido a los factores anteriores se encuentra la experiencia de vida con personas que consumen medicamentos y que se puede decir que muestra a la gestantes dos aspectos importantes y es el uso del medicamento como una fórmula de la vida, sin el cual no se podría pensar en vivir y por el otro lado, la resistencia a tomar medicamentos, algo común en la cotidianidad, lo que afecta el modo de comportamiento en las personas.

Por la parte cultural los patrones de consumo están relacionados con el aspecto de creencias que se integran como valores y normas sociales. En especial para el caso de las vitaminas, las cuales no son vistas como medicamentos, sino como nutrientes o suplementos alimenticios, que se pueden asumir encontrar en una dieta adecuada, para el embarazo, por lo que se asume que el consumo está condicionado por la alimentación que tenga la mujer gestante.

Hay una diferencia grande entre la concepción de medicamento, vitaminas y medicina natural, siendo esta última la que converge en el entendimiento del medicamento como algo antinatural al ser una sustancia química pura, lo que le quita una carga de valor al medicamento que se ve como algo tóxico o dañino, especialmente en el embarazo.

Así el riesgo asociado que conlleva el uso de medicamentos, se ejemplifica en el miedo, relacionado con lo que puede producir el medicamento, las experiencias vividas por situaciones propias o ajenas, el caso de la mala formulación, entre otras.

Figura No 3. Cadena de conceptos sociocultural en el consumo de medicamentos y vitaminas



Es importante resaltar que hay elementos claves que se presentan como la ambivalencia entre la mirada integral ligada a las condiciones de vida y otra centrada en la enfermedad, entendida como lo biomédico. Y otro que es en relación con lo científico y moderno, y el reconocimiento de lo “natural” o “alternativo”. Algo que se evidenció en la subcategoría de concepción de la medicina naturista.

En relación con la cadena de conceptos del sistema de salud para el consumo de medicamentos (Ver **Figura No 4**), se observa el fenómeno del consumo en correlación con las instituciones de salud, donde el médico toma un rol primordial, al ser el representante social del sistema de la salud, con mayor respeto en torno a una jerarquía social de conocimiento.

Así, dentro de las imágenes y percepciones de las gestantes y su relación con el medicamento se resalta la palabra orden médica o el medicamento como una orden, que en el fondo son reglas no tácita que se dan pero que parecieran libres de tomar o no. También se puede ver el término como orden, significado de algo que no es imputable, porque viene de un orden jerárquico en la cual se está, que puede ser el sistema de salud, lo que le da características a las personas que hacen parte de este. Sin embargo hay muchos más factores determinantes que harán que el consumo de medicamentos no se dé, como son la cultura.

Por lo tanto dentro del rol médico, este tiene la labor de la prescripción médica, que es una de las funciones importantes para los pacientes. Ya que el consumo se ve reflejado en la prescripción, sin embargo, la prescripción de hierro y vitaminas en gestantes habitualmente no corresponde a una condición distinta a la del embarazo mismo. La otra gran característica del proceso de consumo es el nivel de información que le es transmitida a la mujer gestante por parte del profesional sobre la importancia del consumo de medicamentos y las precauciones que debe tener la mujer frente al consumo de medicamentos.

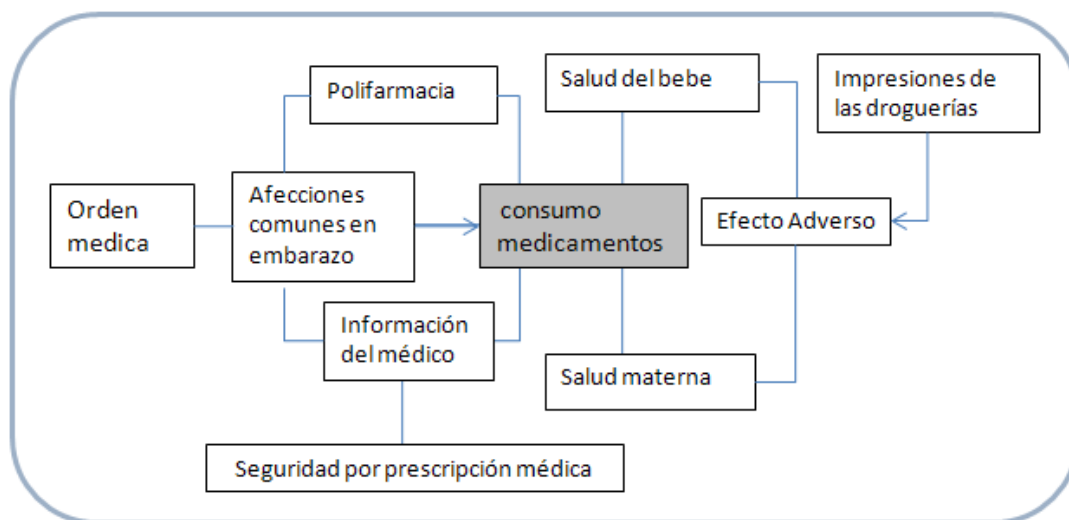
Lo social se ve reflejado en las gestantes al ser un eje articulador de la identidad femenina y por ello las mujeres adquieren reconocimiento social y las familias se construyen unas nuevas formas de relaciones alrededor de la gestación.¹⁵⁸ Así, para las gestantes se desarrollan comportamientos y prácticas orientadas al mantenimiento de la salud de ellas y de sus hijos, de acuerdo a su entorno social, por lo que las representaciones sociales se desarrollan también en la confrontación cotidiana de su núcleo familiar y social.

El consumo de medicamentos sirve para el tratamiento de la salud del bebé o de la gestante y puede tener un efecto peligroso para estos dos sujetos. Algo que se tiene muy presente las droguerías quienes solo distribuyen el medicamento por medio de prescripciones escritas médicas.

¹⁵⁸ **Hernandez M.** (2006). Significado del cuidado de sí y de su hijo por nacer para un grupo de gestantes, a partir de sus valores, creencias y prácticas. Tesis de maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Debido a que el embarazo es un estado de transición en la vida de la mujer y su familia, involucra la preparación para la maternidad y paternidad asociada con creencias y prácticas tradicionales, que son definidas por el contexto propio de su respectiva cultura¹⁵⁹. En este caso las representaciones sociales de las personas cambian al presentarse un cambio no solamente biológico, sino social y psicológico. Lo que quiere decir que las representaciones varían sin decir que cambien totalmente, por lo que podemos decir que se modifican, pues el embarazo termina siendo un periodo transitorio.

Figura No 4. Cadena de conceptos del sistema de salud para el consumo de medicamentos



En resumen el consumo de medicamentos parte de la orden medica que están relacionados con las afecciones que se presentan en el embarazo, que puede ser una patología o las condiciones fisiológicas propias por las cuales se dan los medicamentos. Esta orden medica se percibe como la principal razón de unión al consumo, en lo que respecta al contexto de salud, sin embargo por sí misma esta no tiene un efecto sino que está relacionada con factores que son internos al consumo como la información del médico, que dependiendo de cómo se de ayuda a reforzar que el medicamento sea consumido por las mujeres gestantes, al tener una base que es la seguridad, que le es dada por el hecho de ser un profesional. Sin embargo este consumo también puede estar disminuido por razones como la sensación por parte de las gestantes de sentirse poli medicadas, ya que no están acostumbradas al consumo diario de medicamentos.

Por otro lado esta dos factores importantes de que depende que se del consumo son la salud del bebe y la propia para las maternas, pues si el consumo va en detrimento de la salud propia o de su bebe no habrá consumo de medicamentos y este se ve reflejado como un efecto adverso, que es referenciado por el médico, por los que dispensan los medicamentos y en general por la gente que le

¹⁵⁹ Olds, S. London, M. (1995). Enfermería maternal infantil. México, pp. 305 -07

recomienda no consumir medicamentos. Sin embargo si no hay efectos adversos, sino se percibe beneficio para el bebe y para la materna hay un incentivo para la toma de medicamentos, que depende principalmente de la información que le es suministrada y de otros factores no tan visibles como el olvido, el miedo y las costumbres de consumo.

Estas representación social del consumo por tanto es captada más claramente cuando se hace una descripción verbal, de lo que representan el medicamento para las gestantes, como un esquema tridimensional que se manifiesta en formas lógicas, visuales y abstractas, que no quiere decir que es tal como está representada en el modelo, debido a que estas representaciones no son aspectos inmodificables, sino precisamente la representación es flexible, a pesar de tener un núcleo central que resiste al cambio de la representación social.

Estos diagramas de categorías son elaboraciones surgidas a partir de los datos y sirven para la visualización de los mismo, en este caso son una forma de resumen grafico que se genero de dos grandes categorías, la de factores sociales y culturales internos y externo que modifican el consumo y la relación con el sistema de salud. E cual funciona como unas red causal o cadenas lógicas que en este caso nos ayudaran a entender “un modelo hipotético del consumo medicamentos en la gestación”.

5.3 MODELO DE REPRESENTACION SOCIAL DEL CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Earp y Ennett¹⁶⁰ señalaron tres formas principales de uso de un modelo: como marco conceptual para organizar e integrar información, como sistema diagramático de medición y, como estructura conceptual desarrollada y aplicada para acercarnos a la realidad, y de cierto modo servir de guía a la investigación. Por ello que el modelo propuesto busque explicar las relaciones estructurales de la representación social del consumo del medicamento, centrados en las dos categorías núcleo que es este caso será lo sociocultural y la relación con los sistemas de salud, como una herramienta para entender la conducta de consumo o no consumo en mujeres gestantes. Ver **Figura No 5**.

Para comprender la representación social del medicamento en la gestación, se tiene que comenzar por lo social como una realidad objetiva, que se encuentra plasmada en aspectos determinantes, como lo son las instituciones y que hacen referencia a los mecanismos de orden social, que cooperan en procura de dar elementos de comportamiento a un grupo de individuos, dentro de las cuales está la educación, la familia entre otros., y que además serán donde se entretengan factores

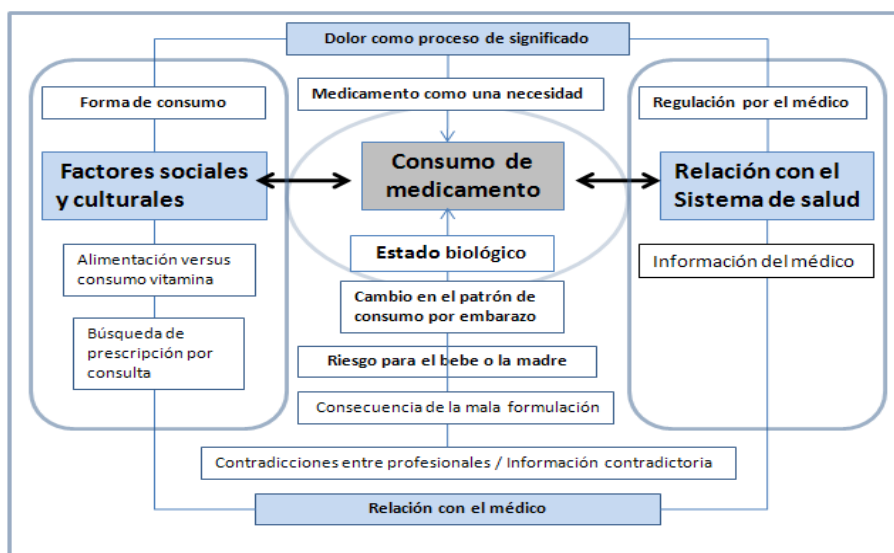
¹⁶⁰ **Earp J. Ennett S.** (1991). Conceptual models for health education research and practice. Health Education Research;6:163-71

culturales que funcionaran como pautas de comportamiento estandarizadas que son aprehendidas y sirven como guías de conducta social.

Una de las instituciones más importantes que se encontró en los resultados es sin duda el sistema de salud, y las personas que dan vida a este sistema, dentro de las que encuentra los médicos, los pacientes y las empresas prestadoras de salud (E.P.S). Los cuales están enmarcados en una políticas colombianas que se mezclan para modelar el espacio clínico que será donde converja terapeuta y paciente.

En estas instituciones las representaciones sociales se articulan mediante la consulta médica y la comunicación que se genera en ella, es decir el lenguaje y el modo en que se comunica el médico con la paciente que está establecido en lo que es ordenado y lo que es informado por parte del médico; y por el lado del paciente lo que es expresado en un lenguaje comportamental, que se visualiza en la búsqueda de prescripción por consulta y en el modo en que se realiza el consumo. De hecho como refiere Herrera M. (2008)¹⁶¹, la relación medico paciente es un fenómeno en el que confluyen diferentes esferas, que permiten o impiden en determinados momentos mejorar la calidad de la interacción clínica. Por lo que este tipo de modelo es un marco que permite actualizar el reglamento de lo social en relación entre medicamentos y su correspondencia lineal con médicos y la gestante.¹⁶²

Figura No. 5. Modelo de relación de categorías de representación social frente al medicamento



¹⁶¹ Herrera M. (2008) *Ibid.*

¹⁶² Isla. E. (2008) La salud en su contexto político, económico y social. Revista ROL de enfermería Vol. 31, Nº. 2, , pags. 34-38.

¹⁶² Álvarez R. (2006). Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca. Med Unab Vol. 9 Número 3 Diciembre.

Hay que recordar que como sistema tridimensional las representaciones tiene factores como el lenguaje, que están allí implícito como canal de vida social¹⁶³ en donde se hallan aspectos socio-culturales individuales o internos y aspectos sociales o de colectivos, en los cuales se da la representación interna y propia del grupo de gestantes frente al medicamento.

Estos aspectos, para el caso responden a la categoría construida en el estudio de factores socioculturales, en donde se encuentra elementos externos como los cambios de patrón de consumo por generaciones, un elemento de referencia que hace reflexionar a la mujer gestante frente al consumo de medicamentos (vitaminas), al ser referente externo en la consideración del consumo, ya que en las generaciones pasadas no existía el consumo de vitaminas y no se presentaban efectos inicios en la salud de sus bebés. Lo que fue descrito por las gestantes.

Y también otros elementos son la discusión frente al consumo de vitaminas y hierro como medicamentos principalmente prescritos por los médicos, o el manejo de la salud mediante una dieta rica en este tipo de nutrientes, el consumo de medicamentos en personas cercanas o allegadas, mediante la observación o la escucha de situaciones que se presentan frente al no consumo de medicamento por parte de otros o el consumo como obligatoriedad para cierto tipo de enfermedades.

La religiosidad y el consumo, con su aspecto sagrado de los medicamentos para las personas, son elementos que conforman los aspectos socio-culturales, pero que de algún modo se pueden entender como elementos individuales, pero que no dejan de tener su característica colectiva y social.

También están otros elementos que no son tan fáciles de clasificar como la restricción del consumo por miedo, provocado por la percepción de un peligro o daño, especialmente hacia el feto, lo que muestra un componente emotivo (temor o miedo) y un componente cognitivo (saber de la posibilidad que se pueda presentar reacciones adversas), los cuales están relacionados así: la posibilidad de presentar efectos adversos produce temor, lo que lleva a procurar no consumir medicamentos. Y por otro lado el olvido en la toma de medicamentos, relacionado a mi modo de ver con la importancia que se le da a la información y al ejercicio de hábitos del consumo. Así la representaciones sociales tienen dos componentes: uno cognitivo y un componente social¹⁶⁴.

Este núcleo de la representación se nutre de categorías periféricas que son significantes y que les sirven como colchón frente a las nuevas imágenes que emergen por su propia condición de cambio en el embarazo. Es decir que la representación sobre el uso del medicamento definitivamente cambia por ser en sí mismo el embarazo una situación de crisis normativa. En el que se deduce cambios a

¹⁶³ **Earp J. Ennett S.** (1991). Ibid

nivel psicológico, social y físico, pues hay una referencia temporal, en la se percibe un cambio en el patrón consumo de medicamentos, justificado en el estado de gestación y su fisiología y en los determinantes sociales que este tiene dentro de las distintas instituciones, que son generados a nivel del sujeto, desde la mujer en su condición de gestante y desde el exterior.

Otro punto importante que fue nombrado es que haya un orden social, pues se debe institucionalizar al máximo el comportamiento para que se haga predecible y por tanto controlable las conductas, en el marco de estas pautas institucionalizadas, por lo que se espera que los individuos desempeñen roles que les han sido asignados y que se fundamentan prioritariamente en patrones establecidos de división social de trabajo, parentesco y la posición en la estratificación entre otros. Y un ejemplo es la regulación médica que hace referencia al médico como un agente que tiene la función de prescripción de medicamentos y de diagnóstico de la enfermedad, pero que en el estudio se vio mas como regulador del consumo de medicamentos en el estado de gestación con el respaldo del componente institucional como lo es el sistema de salud, al ser una figura de conocimiento de los medicamentos. Y en el otro espacio la gestante con sus características propias inmersa en un componente social y cultural, que le da unas características propias.

Por tanto, una forma como se puede abordar el conocimiento de lo social es el entendimiento de la internalización de estos roles como componentes básicos, del tipo de comportamiento que espera encontrar en las personas y que se configuran alrededor del medicamento. Ya que el canal de vida social en el proceso de la creación de representaciones sociales, al igual que el lenguaje y es el paso de objetivización en las representaciones sociales.

Así, el lenguaje es importante al ser el canal de comunicación del médico, quien regula y es la expresión de la información del medicamento. Sin embargo es importante tener en cuenta lo que denominamos como lenguaje científico, que termina por no ser igual al lenguaje común, generando una brecha entre los servicios de salud y el paciente.

El lenguaje, entonces opera como canal de la vida social en este proceso de conocimiento y como una forma de conducta activa. Además, todos los sectores sociales puede ser considerados como una forma de conocimiento relacionadas con el comportamiento de los individuos^{165,166}. Que en este caso tendrán sus propias representaciones que repercutirán en el consumo o no de medicamentos, especialmente en lo relacionado con vitaminas como es el caso de tener presente que una buena alimentación suplementaria con consumo de otros nutrientes.

¹⁶⁵ **Abric JC.** (2001) Specific process of social representations. *Papers on Social Representations* . 5 : 77-81.

¹⁶⁶ **Amério P.** (2000) *Psychologie sociale et problèmes humains*. *Psychologie et Société* ; 4 : 25-56.

Como se ha señalado Quesnel *et al.*¹⁶⁷, el "tratamiento" es un concepto clave en el análisis de la relación entre médicos y pacientes. Y es un modo de comunicación bidireccional en el que juegan muchos factores. Uno de ellos es el dolor como un proceso de significado mutuo.

El dolor como elemento de la representación de consumo encontrado en la categoría de utilización de medicamentos, que es un puente de comunicación y un factor para el consumo de medicamentos, que en este caso no representa el estar en una condición desfavorable de salud para las mujeres en gestación, sino por el contrario afecciones que a pesar de ser menores impactan en el bienestar de las personas. De modo que se ve que el uso de analgésicos, como necesarios en la cotidianidad y su uso. Sin embargo, se resalta que la regulación en este caso la hace el médico, lo que es importante porque en lo que se percibió por parte de las gestantes en los grupos focales se muestra a la prescripción de medicamentos en gestantes como un medio para la relación médico-paciente, que a menudo aparece como "objeto" en torno al que se crea la comunicación entre gestante y sistema de salud. Así, se vio también en el estudio que la curación es desde la gestante depende del conocimiento médico.

En este sentido a parecen determinantes periféricos que se crean o que salen a flote, porque no estaban tenidos en cuenta como la responsabilidad en el consumo relacionada con las advertencias que son realizadas por los médicos y familiares y que se intuye por el estado de embarazo ya que se la mujer percibe que puede haber riesgo para el bebe o la madre por el consumo de medicamentos. Además de la categoría de rechazo al medicamento con todas sus subcategorías que la conforman.

Así el comportamiento o las prácticas individuales o colectivas son el producto de la interacción de múltiples factores y variables, como aspectos políticos, sociales, económicos y ambientales, y ello está relacionado con la forma como las personas se encajan o actúan como individuos sociales frente a distintas dinámicas sociales¹⁶⁸.

Cuando me refiero al aspecto político hago referencia a dos aspectos principales analizados de lo que refirieron las mujeres gestantes, uno es el médico como un miembro formalmente reconocido y activo de un sistema institucional, el cual ejerce influencia sobre el modo en como una persona debe ser manejada, por medio del conocimiento y del ejercicio del poder sobre algunas dinámicas sociales, y que en este estudio se vio reflejado en la orden medica o prescripción médica y el conocimiento de lo que es perjudicial para la salud en términos de medicamento y aquello que es benéfico, como herramientas que condicionan la dinámica de consumo del medicamento, aparentemente; sin

¹⁶⁷ **Quesnel M, Garnier C, Hall V.** (2001) Contribution à la théorisation des représentations sociales dans la compréhension du phénomène de prescription de médicaments psychotropes. In : Lebrun M, ed. Les représentations sociales : des méthodes de recherche aux problèmes de société. Ed Logiques : Outremont.

¹⁶⁸ **Coombes Y, McPherson K.** (1996). Review of models of health-related behavior change. London: Health promotion sciences unit, London School of Hygiene and tropical medicine. Citado por **Cabrera A.** et al. (2001)

embargo también se puede hablar de lo político visto como la toma de una posición frente al consumo de medicamentos en la gestación especialmente en vitaminas, ya que en el estudio se encontraron mujeres que abiertamente decían no consumir los medicamentos, o consumirlo de un modo que les parecía conveniente.

Lo económico como un factor más de consumo, es como una práctica vista por las usuarias de subvención por parte del sistema o específicamente de las instituciones prestadoras de salud. Lo que se infiere de las manifestaciones de las gestantes que asistían en busca de medicamentos, como un requisito.

El medicamento implica los distintos estados o proceso que suceden en la mujer embarazada, caracterizados por una alteración de su estado ontológico de salud y esta designado en relación con un químico, con la forma farmacéutica, con el nombre comercial o denominación genérica, de un modo inespecífico, pero que sirve como una forma de explicación. Pero más allá de esto, tiene un lugar en particular para la gestante, en el imaginario social "con sus efectos secundarios, en especial con los efectos adversos que se pueden presentar y que participan de un modo activo en el desarrollo de la estigmatización del medicamento como algo malo en la gestación.

De hecho las mujeres gestantes aunque son personas, muy disimiles entre sí, se comportan de forma relativamente homogénea en el consumo de medicamentos, específicamente aquellos que no son considerados vitaminas, porque en las vitaminas lo que se percibe es un patrón que es el consumo o el no consumo, donde parece prevalecer el consumo, que es algo que se encuentra en el estudio, lo que conduce a teorías sobre la inter-subjetividad, o un mundo de realidades común que se encuentran subyacente y explican la manera como operan aspectos objetivos de la realidad social.

Como ya se ha mencionado, el consumo en la gestación tiene determinantes que están relacionados mas al mundo interno y externo de las gestantes desde lo sociocultural como la búsqueda de una prescripción médica, la alimentación vs el consumo de medicamentos vitamínicos y el medicamento como un objeto necesario de la vida, y que en resumen acercan a las mujeres al acto del consumo del medicamento. Por otro lado están aspectos que están más cercanos a la parte institucional y que es este caso se representa en el sistema de salud con determinantes como el riesgo percibido por el discurso medico, las contradicciones entre médicos, la diferente posición frente al consumo entre profesionales de la salud, y las vivencias de malas prácticas de formulación, por terceros y propias.

Esto es precisamente lo que está leyendo en los resultados, cuando el paciente ve el objeto como un "propósito" y el médico lo ve como un "medio". Si vemos un reflejo de la realidad, también se percibe que hay una diferencia entre la información recibida por los pacientes y muestra que este último se basará en la realidad de la enfermedad, el tratamiento y su propia situación, como protagonista de un rol institucional. Por lo que se encuentra una asimetría en términos de información entre pacientes y médicos en beneficio de estos últimos de acuerdo con los resultados de la sub categoría de información médica.

Como vemos todos estos resultados, la construcción de un objeto de representación como los medicamentos depende de la participación del médico y la paciente como figuras centrales, en relación con este objeto. Por ello que se miro un poco la influencia de sociocultural y los roles de cada uno en relación con el medicamento y considerado algunas características del consumo. Estas características desempeñarán un papel importante en la interacción terapéutica y el intercambio de información. Por ello que para mejorar la medicación y consumo de medicamento se debe llevar a cabo este tipo de estudios que muestren los determinantes del consumo¹⁶⁹. Además de apoyar los métodos de comunicación con los médicos y pacientes¹⁷⁰.

De este modo, se requiere entonces un esfuerzo para lograr que en el sistema da salud el personal que lo representa no sólo cuenten con unos sólidos conocimientos técnico-científicos¹⁷¹; sino también de los elementos que caracterizan el consumo, ya que es importante integrar la dimensión social a la práctica y reconociendo las representación social y la coexistencia de diferentes tipos de representaciones en el contexto de los servicios de salud y que para este caso se da en el encuentro entre las pacientes y los profesionales. Lo permitirá relativizar sus propios conceptos e incursionar en propuestas educativas que reconozcan las diferencias culturales, permitan un diálogo con "el otro" y construyan propuestas más ajustadas a la realidad de los sujetos sociales.

Sin embargo no hay que olvidar que la realidad social es incierta en esencia porque como producto cultural el ser humano también puede transformarla, ello supone rupturas paradigmáticas, más que esfuerzos metodológicos, para el logro de una educación fundamentada en el respeto y en la práctica de relaciones más horizontales y democráticas, que parta de reconocer al otro como sujeto responsable y actor activo. Entonces nos recuerda que el miembro de una sociedad, de una comunidad, es experto de su propio mundo, vive así, lo conoce y sabe como describirlo de manera adecuada.

¹⁶⁹ **Takayama T, Yamazaki Y, Katsumata N.**(2001) Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. *Social Science and Medicine* 53 : 1335-50.

¹⁷⁰ **Stewart MA.** (1984) What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science and Medicine* 1984 ; 19 : 167-75.

¹⁷¹ **Cannone P, Dany L.** (2004) A study of the social representations in chemotherapy: a way to analyse the relations between patients and oncologists *Bull Cancer*. Mar;91(3):279-84.

ANÁLISIS POR PLANOS DE COMPLEMENTO (TRIANGULACIÓN)

Esta investigación se orientó a describir el fenómeno de consumo de medicamentos en mujeres gestantes, se ha establecido que entre el 80% - 99% de las mujeres reciben por lo menos un medicamento de prescripción médica e incluyendo los medicamentos de venta libre, durante la gestación con una media de 3 medicamentos por gestante, lo que resulta importante teniendo en cuenta que los estudios de utilización de medicamentos sirven para mirar los patrones a lo largo de tiempo, de modo que al comparada con el estudio MUDE se ve una variación de 4,2, que quiere decir que probablemente para esta localidad el consumo es menor. Sin embargo vale la pena resaltar que el consumo de por lo menos un medicamento en el embarazo no quiere decir que se ingiera medicamentos durante todo el embarazo. Es importante agregar el medicamento como objeto, parece verse más reflejado sobre los analgésicos que sobre las vitaminas, que son más percibidas como nutrientes algo observado por los grupos focales.

Al parecer el periodo de mayor consumo tiende a ser en el segundo trimestre, porque es cuando se puede acceder a la consulta prenatal. Ya que las mujeres no están seguras sino casi cuando tienen aproximado un mes y medio. Sin embargo es algo que habría que estudiar un poco más.

Frente al consumo aun que el análisis factorial de correspondencias, tiene sus limitaciones mencionadas, y el estudio no estuvo diseñado para establecer relaciones de asociación, se encontró que estadísticamente lo único que se asocia al consumo de fármacos durante la gestación es tener antecedentes de alguna enfermedad, posiblemente por la incorporación del hábito de consumo que tienen las personas que toman medicamentos frente a los que no lo hacen. Sin embargo variables que no dieron significancia como edad gestacional y enfermedad durante el embarazo pueden tener alguna relación según este tipo de análisis.

Debido a que la muestra fue seleccionada por conveniencia y no al azar, no es posible hacer generalizaciones a la población colombiana. Sin embargo, si se puede decir que es en algún modo representativo para mujeres embarazadas que asisten a control prenatal en el Hospital del Sur de Bogotá, es decir de la localidad de Kennedy, es una población con el 80% con estratos 1 y 2.

Resulta interesante ver que el uso de multivitamínicos no es muy alto, lo que contrasta con respecto a otros estudios y a la fuerte promoción del uso de multivitamínicos, es decir, se hubiera esperado una mayor proporción de este grupo de fármacos en este tipo de estudios como lo referencia López J (2007).¹⁷² Situación que puede relacionarse con la falta de recurso por parte de las gestantes

Una situación que no queda clara es el tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud por parte de las mujeres gestantes ya que el 46% pertenecía al régimen vinculado. Pues se esperaba que la mayoría de población encuestada perteneciera al régimen subsidiado como perfil de usuarios del hospital, lo que genera menos accesibilidad a los medicamentos, sumado a que no puedan ser adquiridos por la usuaria con sus propios recursos. como lo mencionan Lopez J. y col.¹⁷³ Paradójicamente la condición socioeconómica se convierte en un factor de desprotección por no consumo de medicamentos al no haber recursos y a la vez es un factor protector para la disminución de la ingesta exagerada de multivitamínicos.

El estudio en general muestra el grupo de vitaminas y micronutrientes como el de mayor consumo (56,8%), seguido de por los analgésicos (22%) y antibióticos (10.6%), antecedentes similares encontrados en otras investigaciones y que se relacionan con la condiciones clínicas asociadas al embarazo. De igual modo hubo una correlación entre los medicamentos que más fueron señalados por parte de las gestantes en el discurso, sin embargo las vitaminas y el sulfato de hierro, no se reconocen como medicamentos.

Resulta equivalente el uso de analgésicos y antibióticos, al mirar los antibióticos como la unión de los antibacterianos, fungicidas y los antiparasitarios. En este sentido vale la pena resaltar que se observa el aumento en la infección vaginal en el mismo grupo con aumento durante el periodo de gestación, lo que está relacionado con el aumento de la progesterona y disminución de los receptores de estrógenos, los cuales son importantes para la protección de la mucosa vaginal.

En cuanto al dolor lo que se recomienda principalmente es el uso de acetaminofén, y por ello que se deba tener cuidado con el uso de antiinflamatorios, especialmente hacia el último trimestre del embarazo, por el efecto de inhibición de prostaglandinas, lo que puede repercutir en el ductus arterio-venoso y procesos más prolongados de parto y alumbramiento.

Frente al uso de los antieméticos resulta interesante ver un consumo de 0.3%, lo cual es bajo, y quizás está relacionado con el acceso al medicamento por parte de esta población. Por ello que sería interesante comparar el uso de medicamentos en mujeres gestantes que tengan medicina repagada o

¹⁷² López J, et al.(2007) Opus. cite.v

¹⁷³ López J. (2007). Opus. cite.

que asistan a una institución hospitalaria privada en estudios posteriores. También puede ser importante ver las representaciones sociales que hay entorno al embarazo y su relación con la presencia de vómito durante este, ya que diferentes representaciones del embarazo en estratos sociales distintos pueden manifestarse con diferente frecuencia de vómito, o con diferente percepción por parte del médico, es decir ante un mismo síntoma el médico puede prescribir distinto medicamento, si la mujer es de un estrato u otro. Lo que mostraría que la “baja” utilización de antieméticos puede ser más compleja de interpretar, de lo que se percibe.

Se encontró el uso de medicamentos de riesgo para el feto que estaban siendo usados en el caso de epilepsia y convulsiones, como la fenitoina y la papaverina la cual no está indicada en epilepsia, lo cual estaban siendo justificados por el médico en relación con condición clínica, para este caso la paciente estaba recibiendo el medicamento a partir de la mitad del primer trimestre. También se presentó el uso de progestágenos al parecer para tratamiento en placenta previa, algo que sin embargo no está dentro de las indicaciones aprobadas por el INVIMA. Sin embargo los progestágenos parecen no afectar al feto durante el proceso embrionario, pero si alargar el cierre de ductus arterio venoso. En cuanto al uso de tetraciclinas, no fue claro la indicación y el uso de estos medicamentos, pero lo que sí es claro es que este tipo de medicamentos no se recomiendan usar durante el embarazo. Por otro lado, hay que resaltar que a las personas que consumen más de 6 medicamentos generalmente es una combinación de antibióticos y que están relacionados con su condición clínica, pero que sin duda implica hacer el respectivo seguimiento terapéutico y farmacológico.

El 15,4% de las mujeres consumieron medicamentos estando en embarazo, pero si ellas saben de su estado de gestación, el consumo de medicamentos fue de 46,6%. Que genera riesgo en la gestante al tener el consumo de medicamentos para la gestante¹⁷⁴. Lo que puede representar un riesgo para el feto teniendo en cuenta que el grupo poblacional es joven y en general para todas las mujeres.

Algo importante en el cumplimiento del tratamiento es el olvido del consumo es con un 39.5%, debido a que es una de las manifestaciones más frecuentes y una de las variables de trabajo para mejorar la adherencia a tratamientos, pues de este porcentaje de personas que olvidan tomar el medicamento el 71,7 % deja de consumirlo.

Por último en relación al BMQ, una hipótesis de los resultados es que culturalmente se tiene la idea que las plantas son menos dañinas que los fármacos, algo que fue percibido en los grupos focales y es una tendencia que se mantiene, sin embargo para la afirmación de que los medicamentos hacen más mal que bien y que son dañinos o peligrosos, es interesante mirar cual es el origen de esta

¹⁷⁴ Lyon K, Honein A, Moo A. (2005). Sharing prescription medication among teenage girls: Potential danger to unplanned/undiagnosed pregnancies. Pediatrics. vol. 111, no. 5 ;1167.

tendencia ya que puede ser relacionada con el miedo por el consumo al generar alguna mal formación. O simplemente es el cambio en las representaciones sociales debido a cambios o sucesos científicos como el descubrimiento de la vulnerabilidad del feto debido a sustancias dañinas que pasaban la placenta, que primero cambia la mentalidad científica y luego a través de los medios, la información, los médicos, generan una representación social de medicamento, que en este caso se expresa como la creencia de que el medicamento es malo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El análisis descriptivo de la información surgido de los grupos focales produjo 7 categorías: utilización de medicamentos, concepción del medicamento, factores sociales y culturales en el consumo, el rechazo al medicamento, la relación con el sistema de salud, vitaminas y nutrientes y autoconsumo.

Al hacer el análisis relacional entre categorías y modelos hipotéticos interpretativos las categorías que explican los factores asociados al consumo o no en el embarazo, se encontró como centrales a los factores socioculturales y a la relación con el sistema de salud. Sin embargo los otros factores son elementos periféricos que soportan la estructura de la representación social y son los que se modifican o se pueden moldear con mayor facilidad. Por ello el reto es buscar encontrar caminos para modificar las categorías centrales, las cuales seguramente se podrían modificar interviniendo sobre los determinantes sociales.

Las representaciones sociales son una herramienta metodológica importante para relacionar el sujeto u objeto y analizar su entorno frente a los procesos de estructuración en relación con otro sujeto u objeto. De modo que las representaciones sociales como metodología sirven para entender al medicamento como un objeto de consumo por parte de las mujeres gestantes y una forma de visibilizar las relaciones que estructuran la representación del consumo y el porqué la conducta de consumo, observando las estructuras del objeto como símbolo y significado.

La limitación del conocimiento entre el mismo personal de salud y la sub-información (o al menos su percepción por parte de las gestantes) se hizo eco entre las gestantes con la apreciación de errores médicos y contradicciones del personal de salud. Lo que muestra que hay diferentes RS frente a un mismo objeto, una es la que se exploró en este estudio otra será la de los trabajadores de la salud, otra la de los empresarios de la salud, etc., las cuales hay que explorar en otros estudios y hacer las comparaciones y los análisis pertinentes.

Si bien este estudio, es una primera aproximación al fenómeno de consumo, representa un aporte a la caracterización del uso de medicamentos durante el embarazo en Colombia. Por lo que puede ser un punto de referencia de cualquier estudio epidemiológico sobre fenómenos relacionados

Desarrollar los modelos de representaciones sociales sobre el consumo de medicamentos puede contribuir a comprender mejor y abordar de mejor manera el problema de la adherencia a los medicamentos.

Las representaciones sociales además en relación al consumo de medicamentos también nos ayuda a entender de una manera distinta cual es la utilidad de los medicamentos desde el punto de vista del consumidor.

Se debe hacer una discusión seria acerca del uso de medicamentos en relación a los requerimientos nutricionales, para el caso de nuestro país quien goza de una cantidad de alimentos ricos en nutrientes.

En la gestación la automedicación se disminuye y por ello resulta un factor protector para las gestantes y para el bebe, lo que tiene impacto en el sistema de entrega del medicamento.

Al enfrentarnos con las representaciones sociales con énfasis en salud hay una orientación a la experiencia de la vida de las mujeres gestantes, se encuentra muchas de sus representaciones un lenguaje que discrepa con el lenguaje experto de los especialistas y las organizaciones de la salud. Lo que hace necesario por lo tanto facilitar un diálogo de saberes bajo un mismo lenguaje más claro que pueda iluminar el diseño de políticas, proyectos y programas. Saberes del sentido común, que orientan la acción, la comunicación y la comprensión de la salud.

En este estudio, los resultados entre los datos cualitativos y los datos cuantitativos son complementarios y son una fuente de mejorar el entendimiento del fenómeno.

BIBLIOGRAFÍA

- Abric JC. (2001) Specific process of social representations. Papers on Social Representations . 5 : 77-81.
- Abric Jean-Claude (1997). Pratiques sociales et représentations, sous la direction de j-c abic, puf, 1994, 2ème édition .
- Abric, J, C. (1994a). Las representaciones sociales: aspectos teóricos. En: *prácticas sociales y representaciones*. P.U.F. Paris.
- Abric, Jean – Claude (1994). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En *Pratiques sociales et Représentations*. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). Prácticas Sociales y representaciones Sociales. Ediciones Coyoacán: México.
- Abric, Jean – Claude (1994). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En *Pratiques sociales et Représentations*. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). Prácticas Sociales y representaciones Sociales. Ediciones Coyoacán: México.
- Abric, Jean – Claude (1994). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En *Pratiques sociales et Représentations*. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). Prácticas Sociales y representaciones Sociales. Ediciones Coyoacán: México.
- Abric, Jean – Claude (1994). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En *Pratiques sociales et Représentations*. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). Prácticas Sociales y representaciones Sociales. Ediciones Coyoacán: México.
- Alonso, L. (1998). Sujeto y discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En Delgado, J., Gutiérrez, J. (coord.) Métodos y técnicas cualitativas de investigación social. Madrid, España: Síntesis psicología.
- Altimiras, J., et al. (2002). "Farmacoepidemiología y Estudios de Utilización de medicamentos", Capítulo 2.9: en: "Farmacia Hospitalaria", 3ª Edición (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria), [revisada abril 2009].
- Álvarez R. (2006). Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca. Med Unab Vol. 9 Número 3 Diciembre.
- Amério P. (2000) Psychologie sociale et problèmes humains. Psychologie et Société ; 4 : 25-56.
- Andrade E. et al. (2004). Prescription drug use in pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology.191; 398-407.
- Aparici B., Taboada m. (2004). Estudio de la utilización de antibióticos de un hospital comarcal. Años 1998-2002 farm hosp (madrid). Vol. 28. N.º 6, pp. 410-418.
- Araya U. (2002) Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Sede Académica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Costa Rica. Primera edición: octubre
- Araya U.S. (2002). Las representaciones sociales: *Ejes teóricos para su discusión*. Sede Académica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Costa Rica. Primera

edición: octubre

Banchs, M. (2000). Aproximación procesales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on social representation*, (9), 1-15. Citado en Herrera M. (2008): 47-48.

Banchs, M. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on Social Representation. Threads of discussion, Electronic Version*, 8. Peer Reviewed Online Journal. 1-15. www.swp.unilinz.ac.at/content/psr/psrindex.htm

Barros J. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde Sociedad*; 11:67-84.

Berger, P., Luckmann, T. (1991). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Bergman U. et al. (1987) Abstracts of papers who drug utilization research group meeting. *Pharmacy World & Science*. miércoles, Volume 9, Number 6 / diciembre, subida 03 de agosto de 2005

Biswadeep D et al. (2003). A study of drug use during pregnancy in teaching hospital in western Nepal. *Pharmacoepidemiology And Drug Safety*; 12: 221-25

Bonati M. et al. (2000). Drug use in pregnancy: An overview of epidemiological (drug utilization) studies. *Eur J Clin Pharmacol* 38: 235-328.

Bonilla C. Rodríguez S (2004) *Más allá del dilema de los métodos*. Editorial Norma. Bogotá

Bonilla E. Rodríguez P. (1997) *Más allá del Dilema de los Métodos*. Bogotá: Uniandes, Norma.

Burbano J., Becerra C., (1995). Grupos focales. Una herramienta poderosa en investigación evaluativa. *Serie Herramientas metodológicas N° 1*. Fundación CIMBER; 5.

Camargo BV, et al. (2009). Social representations, risk behaviors and AIDS. *Span J Psychol*. Nov;12(2):565-75.

Cannone P, Dany L. (2004) A study of the social representations in chemotherapy: a way to analyse the relations between patients and oncologists *Bull Cancer*. Mar;91(3):279-84.

1Cannone P, Dany L. (2004) A study of the social representations in chemotherapy: a way to analyse the relations between patients and oncologists *Bull Cancer*. Mar;91(3):279-84. <http://sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap2-9.pdf>.

Carmo S. Nitrini O. (2004). Prescrições de medicamentos para gestantes: “um estudo fármaco epidemiológico”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jul-agst. 20(4):1004-13

Caro-Patón T, et al. (1997). Is metronidazole teratogenic? A meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* Aug;44(2): 179-82

Carvalho JB et al. (2009). Social representation of fathers regarding their premature child in the Neonatal Intensive Care Unit. *Rev Bras Enferm*. Sep-Oct;62(5):734-8.

Carvalho MC, et al (2006). Social representations of generic drugs by consumers from Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. *Cad Saude Publica*. Mar;22(3):653-61.

Carvalho MC, et al. (2005) Social representations of generic drugs by pharmacists: determination of the central and peripheral representational systems. *Cad Saude Publica*. Jan-Feb;21(1):226-34.

Coelho MS et al. (2009). Social representations of diabetic foot for people with type 2 diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. Mar;43(1):65-71.

Collaborative group on Drug Use in Pregnancy CGDUP (1992). Medication during pregnancy: an intercontinental cooperative study. Collaborative Group on Drug Use in Pregnancy (C.G.D.U.P.). *Int J Gynaecol Obstet*. 1992 Nov;39(3):185-96.

Dany L. (2003) Patients et médecins face à la chimiothérapie. *Journal International sur les Représentations Sociales*. vol. 2 no1.

Delgado J. Gutiérrez J. (1995). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. De SÍNTESIS. Madrid. P. 288-316

Devine S, et al. (2010). The identification of pregnancies within the general practice research database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. Jan;19(1):45-50.

Diav Citrino-O et al. (2005) The safety of proton pump inhibitors in pregnancy: a multicentre prospective controlled study. *Aliment Pharmacol Ther*. 1 de febrero; 21 (3) :269-75.

Earp J. Ennett S. (1991). Conceptual models for health education research and practice. *Health Education Research*;6:163-71

Ebrahimi, M. Garnier, C (2005). Représentations sociales des acteurs de recherche en laboratoire de biochimie spécialisé dans le traitement du cancer. liie congrès international de psychologie de la santé de langue française. *Afpse*. Aix-en-provence, 23-25 juin.

Elejabarrieta, F. (1991). Las representaciones sociales. En Echevarria, A. *Psicología social socio cognitiva*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A.

Escobar-Paucar G et al.(2010) [Social representations of pregnant mothers in an urban community: Medellín, Colombia] *Salud Publica Mex*. Jan-Feb;52(1):46-51.

farmacovigilancia Universidad Nacional de Colombia- INVIMA

Farr, R. (1986). Representaciones sociales. En: Moscovici, S. (Ed.), *Psicología Social II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. (pp. 494-506). España: Paidós.

Farr, R.M. & Moscovici, S. (1984). *Social representations*. Cambridge University Press. Cambridge.

Farr, R.M. y Moscovici, S. (1984). *Social representations*. Cambridge University Press. Cambridge

Figueras A. Gestal O. (2000) Metodología de los estudios en atención primaria. *Ganc Sanit.*;14 (supl.3) 3-19

Fisk NM, Atun R (2008). Market Failure and the Poverty of New Drugs in Maternal Health. *PLoS Med* 5(1): e22.

Flament, C. (1994). Estructura, dinámica y transformación de las representaciones sociales. En:

(Ed.), *Prácticas Sociales y Representaciones*. Paris: P.U.F.

Formozo GA, Oliveira DC (2010). Social representations of the care provided to HIV seropositive patients. *Rev Bras Enferm.* .Mar-Apr;63(2):230-7.

Francoise M. (1993). *Promover la Vida*. Ed. McGraw-Hill, Madrid, p. 234.

Frosch DL. (2010) Direct-to-consumer advertising of prescription drugs. *LDI Issue Brief*. Mar-Apr;15(3):1-4.

Garnier, C. (2003). La chaîne du médicament : lieu de rencontre des systèmes de représentations sociales. *Journal International sur les Représentations Sociales (JIRSO)*, 1(1), 1-9.

Group on Drug Use in Pregnancy CGDUP (1992). Opus. cite.

Guerreschi et al. (2008). Les représentations sociales du dopage sportif. Étude qualitative auprès d'athlètes de haut niveau français et canadiens. *Drogues, santé et société*, 7(1) : 239-294.

Gutiérrez M. (2006) Les représentations sociales d'un point de vue qualitatif-interpretatif. 8ème conférence en représentations sociales – Rome - 28 août–1 septembre. Département de Psychologie. Doctorat en Santé Publique. Université Nationale de Colombie.

Hamui-Sutton A, et al.(2009). Pneumonia and its social representations. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. May-Jun;47(3):341-7.

Haramburu F et al. (2000). Good and bad prescription in pregnancy. *Lancet*;356:1704.

Haro, J. (2004). Entrevistas grupales en la investigación del ámbito sanitario: criterios y estrategias para campo y análisis. Documento de próxima publicación en *trabajo social y salud* (Zaragoza), pág, 9

Hernandez M. (2006). Significado del cuidado de si y de su hijo por nacer para un grupo de gestantes, a partir de sus valores, creencias y prácticas. Tesis de maestría en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Herrera M. (2008) Representaciones sociales de la relación medico paciente, en médicos y pacientes de la ciudad de Bogotá. Tesis de Maestría en psicología. Universidad Nacional de Colombia Facultad de ciencias humanas. Departamento de Psicología. Pg 42-44.

Herzlich C. (2003). Health and social issues. *Rev Epidemiol Sante Publique*. Sep;51(4):377-80.

Herzlich Claudine, (1996). *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

Horne, R. Weinman,J. (1998). Predicting treatment adherence: on overview of theoretical models. *Adherence and Treatment in Medical Conditions*. London : Harwood Academia;25-50

Horne, R. Weinman,J. (1999) Opus. cite.

Ibáñez, T. (1994) La construcción del conocimiento desde una perspectiva socio construccionista. En Montero, M. (coord.). *Conocimiento, realidad e ideología*. Caracas, Venezuela: AVEPSO.

Isla. E. (2008) La salud en su contexto político, económico y social. Revista ROL de enfermería Vol. 31, N°. 2, , pags. 34-38.

Jaramillo E et al. (2005). Estudio sobre uso y prescripción de medicamentos en cinco ciudades colombianas. Facultad de medicina, Universidad Nacional de Colombia. ministerio de protección social. Bogotá DC. pg 4.

Jodelet, D (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Cap. 13. En Moscovici S: *Psicología social* II. Ed. Paidós.

Jodelet. D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. *Psicología social* II. Pensamiento y vida social. *Psicología social y problemas sociales*. Barcelona-Buenos-Aires-México: Paidós.

Jónsdóttir H, et al (2009). Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2009 Jan;119(1):78-84

Kaatsch P et al. (2010) Materna uso de antibióticos y el cáncer en los hijos: resultados de un estudio caso-control en Alemania. *Cancer Causes Control*. 14 de abril. [Epub ahead of print]

Kazy Z., et al. (2005). Teratogenic potential of vaginal metronidazole treatment during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. Dec 1; 123 (2) :174-8.

Koren G, Pastuszak A. (2007). Drugs in pregnancy. *The New England Journal of Medicine*.; 1128-31.

Kozer E. (2003). Efectos del consumo de aspirina durante el embarazo sobre los resultados del embarazo : meta- análisis. *Defectos de Nacimiento B Res. Dev. Toxicol Reprod*. Feb; 68 (1) :70-84

krause G, Borchert M. (2000). Rationality of drug prescriptions in rural health centres in burkina faso. *Health Policy and Planning*; 14(3): 291–98.

Krause, M. (1998) La reconstrucción de la estructura interna de las Representaciones Sociales a través de un análisis cualitativo descriptivo y relacional. En *Memorias de la IV Conferencia Internacional sobre Representaciones Sociales. La era de la psicología social*. México- Francia: Universidad Autónoma Metropolitana - Leps- Ehess. Citado por: Araya U. Sandra.(2002)

Kumar K et al. (2008). Beliefs about medicines in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus: a comparison between patients of South Asian and White British origin. *Rheumatology (Oxford)*. May;47(5):690-7

Lacolla Hebe (2006) "Representaciones Sociales: Una manera de entender las ideas de nuestros alumnos". Monografía creado por Lacolla Liliana. Extraído de: <http://revista.iered.org/v1n3/html/Llacolla.html>. 11 mayo 2010

Lacroix I et al. (2009). Prescription of drugs during pregnancy: a study using EFEMERIS, the new French database. *Eur J Clin Pharmacol*. 2009 Aug;65(8):839-46.

Lihara N, et al. (2010) Factorial invariance of a questionnaire assessing medication beliefs in Japanese non-adherent groups. *Pharm World Sci*. Apr 16. [Epub ahead of print]

- Lincoln Y, Guba E. (2000) Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences. En: Denzin N, Lincoln Y. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage :163-188.
- López J, et al. (2007). Medicamentos usados durante el embarazo. Proyecto MUDE. Convenio
- López, F. (1999). El profesor: su educación e imagen popular. México: Universidad Nacional Autónoma. Tesis para optar por el grado de doctor en pedagogía.
- López, F.(1996). Representaciones sociales y formación de profesores. El caso de la UAS. Revista Mexicana de Investigación Educativa (1) 2. 391-407
- Lyon K, Honein A. Moo A. (2005). Sharing prescription medication among teenage girls: Potential danger to unplanned/undiagnosed pregnancies. Pediatrics. vol. 111, no. 5 ;1167.
- MacLean AB et al. (2001) Urinary tract infection in pregnancy. Int J Antimicrob Agents. Apr; 17 (4) :273-6; discusión 276-7.
- Marie D, et al. (2010). Social representations of cancer and chemotherapy: some stakes to define the therapeutic situation. Bull Cancer. May;97(5):577-87.
- Marková, I. (1996). En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales. En Páez, D., Blanco A. *La teoría sociocultural y la psicología social actual*. Madrid, España: Aprendizaje.
- Matok I, (2010). The safety of H(2)-blockers use during pregnancy. J Clin Pharmacol. Jan; 50 (1) :81-7.
- Menckeborg TT, et al. (2008). Beliefs about medicines predict refill adherence to inhaled corticosteroids. J Psychosom Res. Jan;64(1):47-54.
- Mendoza SP. (2006). Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos Rev Méd Chile; 134: 65-71
- Mercado J. (2001). Representaciones sociales, cultura y metodología. Universidad de Guadalajara, Mexico. Agosto.
- Mintzes B. (2002). Las mujeres y la promoción del medicamento: "la esencia de la feminidad se halla ahora en forma de comprimido". OMS. Boletín de los medicamentos esenciales. No 31.
- Mitchell C et al (2009). Changes in the vaginal microenvironment with metronidazole treatment for bacterial vaginosis in early pregnancy. J Womens Health (Larchmt). Nov;18(11):1817-24
- Mora, M. (2002). "La teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici". *Rev. Athenea Digital*, N° 2, otoño: 21-25.
- Moscoso-Veloz SM, et al (2006). Adverse drug reactions in a Suba hospital of Bogotá. Rev Salud Pública (Bogota). May-Aug;8(2):209-17.
- Moscovici, S (1998). The history and actuality of social representations. En Flick, U: The psychologie of thesocial. Cambridge University press.
- Moscovici, S. (1981). On social representation. En J.P. Forgas (Comp.). Social cognition. Perspectives in everyday life. Academic Press. Londres.

Moscovici, S. (1989). Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. En D. Jodelet (ed). Les Représentations Sociales. Paris. Francia: PUF.

Olds, S. London, M. (1995). Enfermería maternal infantil. México, pp. 305 -07

Olesen C, et al. (1999). Prescribing during pregnancy and lactation with reference to the Swedish classification system: a population-based study among Danish women. *Acta Obstet Gynecol Scand*;78:686-92.

Oliveira DC, Fischer FM. (2010). Social representations at work: comparative analysis of working and non-working teens, *Cien Saude Colet*. May;15(3):763-73. Portuguese.

Oliveira JD et al. (2009). Social representations about occupational risk in the perspective of the health worker. *Rev Gaucha Enferm Mar*;30(1):99-105.

Orellana, D. & Sánchez, M. (2007). Entornos virtuales: nuevos espacios para la investigación cualitativa. Sánchez, M^a & Revuelta, F. (Coords.) Metodología de Investigación Cualitativa en Internet [monográfico en línea]. *Revista Electrónica de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*. Vol. 8, N^o 1. Universidad de Salamanca.

Osnaya A.(2003) Las representaciones sociales de las unidades sociales de las unidades de los servicios de apoyo a la educación regular. Universidad autónoma de Barcelona. Facultad de ciencias de la educación. Programa doctorado: innovación y sistema educativo. Balleterra.

Perpiñán T. et al. (2009). Spanish asthma patients' beliefs about health and medicines: validation of 2 questionnaires] *Arch Bronconeumol*. May;45(5):218-23.

Polit D. y Hunter B. (2000). Investigación científica en ciencias de la salud. 6th edición. México D.F.: Mc Graw Hill Interamericana; Pp. 5-7.

Quesnel M, Garnier C, Hall V. (2001) Contribution à la théorisation des représentations sociales dans la compréhension du phénomène de prescription de médicaments psychotropes. In : Lebrun M, ed. Les représentations sociales : des méthodes de recherche aux problèmes de société. Ed Logiques : Outremont.

Quesnel Martine et al.(2005). Les représentations de la maladie par le médecin généraliste prédisent l'efficacité du traitement antihypertenseur. Recherche subventionnée par le CQRS et le CRSH Programme Grands Travaux de recherche concertée sur la chaîne des médicaments. Octobre 2005, Montréal GEIRSO – Université du Québec à Montréal. 1ère impression: cap. 8: 209-226.

Reuge L, et al. (2000) Treatment of arterial hypertension and sexual dysfunctions. Is it a certain cause of poor treatment compliance?. *Rev Med Suisse Romande*. may;120(5):461-9.

Ritzer, G. (1997). Teoría Sociológica Contemporánea. México: Mcgraw-Hill.

Rodríguez, T. (2003). El debate de las representaciones sociales en la psicología social. *Relaciones*, 24 (93). 581—080. Citado en: Herrera M. (2008) Opus. cite

Rouquette M. Etrateau P. (1998), Introduction à l'étude des représentations sociales, Presses Universitaires de Grenoble.

Sabo A, Stanulovic M, (1997) Drug use during puerperium and pregnancy. In International Meeting on Drug Use in Pregnancy and P. Bergano,. Book of abstracts. N° 34.

Serge R. (2003). Epistemology of interdisciplinary ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES : L'EXEMPLE DU MÉDICAMENT and social representations: the example of medicine Journal International sur les Représentations Sociales (JIRSO), 1(3), 120- 14.

Silla M. et al.(2005). Les représentations de la maladie par le médecin généraliste prédisent l'efficacité du traitement antihypertenseur. IIIème Congrès International de Psychologie de la Santé. Afpse. Aix-en-provence, 23-25 juin.

Stewart MA. (1984) What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. Social Science and Medicine 1984 ; 19 : 167-75.

St-Jean, M., et al. (2007). De l'expérience au monde à l'objectivation médicale : l'oubli de la douleur. In P. Scheibler-Meißner (Ed.), Représentations sociales sur la santé, la maladie et les médicaments : Perspectives interdisciplinaires et interculturelles (pp.126-167). Hamburg: Kovač, 291 p.

Strauss, A., Corbin, J. (1990). Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park – London – New Delhi: Sage.

Taboada L, Noel et al. (2004), Uso de medicamentos durante el embarazo y su posible efecto teratogénico. Rev Cubana Med Gen Integr, Ago vol.20, no.4, p.0-0. ISSN 0864-2125

Takayama T, Yamazaki Y, Katsumata N.(2001) Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. Social Science and Medicine 53 : 1335-50.

Taylor, S., Bodgan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de los significados. Barcelona- Buenos Aires.- México: Paidós.

Vazquez JC, Villar J. (2003). Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4

Vergel R et al. (2001). Uso de medicamentos durante el embarazo en diferentes áreas de la salud. Revista Cubana de Medicina General Inte; 17(2): 121-6.

Vucić N. (2009).Thrombophilia, preeclampsia and other pregnancy complications. Acta Med Croatica. Oct;63(4):297-305.

WHO. (1997). Expert committee: selection of esencial drugs. WHO Tech rep. sev.. 615:1.

World Health Organization (WHO). (2003). Introduction to drug utilization research. Norway,

World Health Organization WHO. (2010). Collaborating Centre for Drug Statistics methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment. Oslo.

ANEXO No 1

GRUPOS FOCALES¹⁷⁵

I. GUIA DE OBSERVACIÓN GRUPOS FOCALES

Fecha _____ HORA: inicia _____
Finaliza _____
Duración _____

1. Nombre de la comunidad: _____
Breve descripción _____

2. Lugar de reunión: _____
Breve descripción: _____

3. Numero de participantes: _____
Nombre y características (edad, Sexo, etc)
a. _____
b. _____
c. _____
d. _____
e. _____

4. Dinamica de grupo:

Nivel de participación

Interés, Cansancio, Aburrimiento

Lo que hace reír a los participantes

Opiniones más generalizadas

Vocabulario Local

Sociograma

¹⁷⁵ Bonilla C. Rodríguez S (2004) Mas allá del dilema de los metodos. Editorial Norma. Bogota

II. GUIA DE ENTREVISTA GRUPOS FOCALES

Presentación de investigador

Presentación de los objetivos

Aclaración de forma de trabajo

Temas de discusión (Estimulación de la participación)

TEMA 1

Concepto de medicamento

¿algunos de ustedes han estado enfermos o conocen personas que han estado enfermas y usan medicamentos? ¿alguno de ustedes quisiera contarme algo sobre el tema?

Temas aclaratorios:

¿Con que otros nombre lo conocen?

¿Para que es un medicamento?

¿Qué pasa cuando una persona se toma un medicamento?

¿Cómo afecta el conocimiento de los miembros familiares o conocidos, su concepto de medicamento?

TEMA 2

Concepto de Consumo

En algunos momentos de nuestras vidas, hemos consumido medicamentos, en este momento de su vida en que esta en gestación ha consumido. Recuerdan ustedes que han sentido o pensado en esos momentos:

Temas aclaratorios:

¿Es distinto si se toman cuando no se es gestante que cuando es gestante?

Autoprescripción y automedicación en y sin gestación

Adherencia

TEMA 3

Riesgo de consumo

Con frecuencia nos damos cuenta de el cuidado de los medicamentos, solo cuando estamos en estados de gestación. ¿recuerdan alguna ocasión en que se hayan pensado sobre lo que signifique tomarlo en estado de la gestación? ¿Qué cosas han pensado?

Temas aclaratorios

¿Alguien le ha dicho que hacer?

¿Que tratamientos son efectivos?

¿hay un costo emocional?

Tabla 2 Modelo Hoja Resumen Salida de Campo

Tipo de contacto	Lugar	Fecha	Fecha codificación
Entrevista grupo N°			
Participantes N°			
Observaciones			
Principales temas identificados			
Preguntas de investigación que se respondieron			
Información que falta por recoger			
Nuevas hipótesis – supuestos			
Otros aspectos que sean necesarios regístralos			

ANEXO No 2

INSTRUMENTO:

CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL, CLÍNICA Y FARMACOLÓGICA

1. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Marque con una X la respuesta que corresponda :

Estrato socioeconómico 1↑ 2↑ 3↑ 4↑ 5↑

Nivel educativo primaria↑ secundaria↑ técnico↑ universitario↑

Afiliación a seguridad social contributivo↑ subsidiado↑ vinculado↑ prepago↑

Estado civil: Casada↑ Unión libre↑ Soltera↑

Raza: Mestiza↑ Negra↑ Indígena↑

2. INFORMACIÓN CLÍNICA

Por favor lea cada enunciado y responda en el espacio en blanco según su historia de vida:

Escriba el número que corresponda:

E P A C Nv

Ejemplo:

E
Nv

	Embarazos	Partos	Aborto	Cesáreas	Nacidos Vivos
P	2	1	0	0	1

A

C

Para

diligenciar

Embarazos	Partos	Aborto	Cesáreas	Nacidos Vivos

Edad GESTACIONAL (Semanas cumplidas): _____

¿Ha tenido alguna enfermedad o infección antes de la gestación?

NO↑SI↑CUAL(ES) _____

¿Tiene actualmente alguna enfermedad o durante la gestación?:

NO↑ SI↑ CUAL(ES) _____

2. INFORMACIÓN FARMACOLÓGICA:

¿Consumió medicamentos sin saber que estaba en gestación?:

NO↑ SI↑ CUAL(ES) _____

INFORMACIÓN GENERAL

Llene el cuadro con los medicamentos prescritos y auto prescritos

Hágalo teniendo en cuenta el ejemplo, utilice la(s) formula(s) médicas si las tiene:

EJEMPLO:

Medicamento	Motivo de Consumo	Vía	Tiempo de Consumo (días)	Mes de Consumo	Frecuencia	Persona que orienta el consumo	Dosis
SULFATO FERROSO	Anemia	Oral	30	Del 3 Al 5	1 Diaria	Medico	300mg
PENICILINA	Infección Vaginal	Oral	16	El 2	Cada 8 Horas	Medico	500mg

Diligencie el cuadro:

Medicamento	Motivo de Consumo	Vía	Tiempo de Consumo (días)	Mes de Consumo	Frecuencia	Persona que orienta el consumo	Dosis

*En caso de tener no alcance el cuadro escribirlos al inicio del formato.

INFORMACIÓN SOBRE CONSUMO

Consume medicamentos SI NO

Ha olvidado consumir algún medicamento: SI NO

Cuando esto lo olvida que hace: Lo consume no lo toma toma el doble

Consume algún tipo de medicamento no prescrito? SI NO

QUE TIPO? _____

INFORMACIÓN SOBRE EFECTOS ADVERSOS

Ha presentado molestias (efectos indeseables) por el consumo de medicamentos:

SI NO ¿CUAL(ES)? _____

Con que medicamento relaciona el efecto indeseable? _____

Ha suspendido el consumo de medicamentos a causa de la molestia: SI NO

Por cuanto tiempo (días cumplidos): _____

ANEXO 3.

**CUADRO DE DEFINICIÓN Y OPERATIVIZACIÓN DE VARIABLES
TABLA INFORMACIÓN SOCIO DEMOGRÁFICA**

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL OPERATIVO	INDICADOR
EDAD	Número de años cumplidos	Cuantitativa nominal	Nº de años cumplidos	Rango y promedio
ESTRATO SOCIO-ECONOMICO	Nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida, determinada de manera indirecta mediante las condiciones físicas de las viviendas y su localización	Cualitativa ordinal	1, 2,3, 4, 5, 6	Distribución proporcional según estrato
NIVEL EDUCATIVO	Máximo nivel escolar alcanzado.	Cualitativa Ordinal	Sin educación formal primaria Bachillerato Universitaria	Distribución porcentual Según nivel alcanzado
AFILIACION A SEGURIDAD SOCIAL	Establecimiento de la afiliación de una persona al sistema de seguridad social para obtener servicios	Cualitativo Nominal	Contributivo Subsidiado Vinculado Prepago	Distribución porcentual de el tipo de afiliación
EESTADO CIVIL	Es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia	Cualitativo Nominal	Con pareja estable Sin pareja estable	Distribución porcentual
RAZA	Diferenciación de los seres humanos por sus características físicas	Cualitativo Nominal	Mestiza Negra	Distribución porcentual
OCUPACIÓN	Este el tipo de contratación laboral	Cualitativa nominal	Ama de casa Empleada Independiente	Distribución porcentual

TABLA INFORMACIÓN CLÍNICA

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL OPERATIVO	INDICADOR
Edad gestacional	Edad de un embrión, un feto desde el primer día de la última regla	Cuantitativa discreta	N° de semanas cumplidas	Rango y promedio
Antecedente gineco-obstétricos	Es la confirmación de haber estado en estado de gravidez , procesos de parto, abortos y confirmación de niños nacidos vivo	Cuantitativa discreta	N° de gestaciones N° de partos N° de Abortos N° de niños nacidos vivos	Distribución porcentual
Antecedentes patológicos	Es la confirmación de haber presentado una enfermedad antes de la gestación	Cualitativa nominal	SI / NO Abierta	Distribución porcentual Los mencionados por la persona se utilizara la clasificación CIE-10
Diagnostico de enfermedad o infección en gestación	Es la confirmación de haber presentado una enfermedad antes de la gestación	Cualitativa nominal	SI / NO Abierta	Distribución porcentual Los mencionados por la persona se utilizara la clasificación CIE-10
Antecedentes de consumo de fármacos	Es la confirmación de consumo de medicamentos por parte de la persona	Cualitativa nominal	SI / NO	Distribución porcentual
Antecedentes toxicológicos	Es la confirmación de haber consumo por parte de la persona de sustancias toxicas	Cualitativa nominal	Cigarrillo Alcohol Psicoactivos	Distribución porcentual frecuencia

TABLA INFORMACIÓN FARMACOLÓGICA

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL OPERATIVO	INDICADOR
Consumo de medicamentos sin saber de embarazo	Confirmación de consumo de medicamentos en gestación	Cualitativa	SI / NO	Distribución porcentual
Medicamentos consumidos	Son los medicamentos que la persona está consumiendo en el hogar y que han sido prescritos o automedicados	Cualitativa Nominal	Los mencionados por las gestantes. Denominación común internacional Clasificación ATC (anatomía terapéutica y química) de los medicamentos según OMS)	Distribución proporcional según tipo de medicamentos.
Motivo para consumir el medicamento	Razón por la cual sea necesario el consumo por parte de la gestante	Cualitativa (nominal)	Los mencionados por las gestantes. Se utilizará la clasificación CIE-10	Distribución proporcional según los grupos y por enfermedades individuales
Vía de administración	Es la vía por la cual el medicamento es administrado	Cualitativa nominal	Vía Oral Vía Intravenosa Vía Intramuscular Vía Vaginal	Distribución porcentual
Tiempo de consumo	Es el tiempo desde el cual se está consumiendo el medicamento	Cuantitativa Ordinal	Días Semanas Meses	Distribución porcentual
Dosis del medicamento	Cantidad del fármaco administrado	Cuantitativa discreta)	Dosis en mg	Distribución porcentual
Frecuencia de consumo del medicamento	Es el tiempo que existe entre el consumo o administración del medicamento	Cuantitativa Discreta	4,6,8,12,24 h	Distribución porcentual

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL OPERATIVO	INDICADOR
Tipo de dificultades con la sonda enteral en la administración de medicamentos	Inconveniente, contrariedad o obstáculo que tiene la enfermera(o) con la sonda enteral en la administración de medicamentos	Cualitativa (nominal)	Respuesta Abierta	Distribución porcentual
Persona que orienta el consumo	Es el tipo de persona que recomienda el consumo del medicamento	Cualitativa Nominal	Medico Otro profesional Expendedor de farmacia	Distribución porcentual

TABLA INFORMACIÓN DE CONSUMO

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	NATURALEZA	NIVEL OPERATIVO	INDICADOR
Consumo de medicamentos prescrito y auto prescritos	Consumo por parte de la gestante de medicamentos prescritos y autoprescritos	Cualitativa nominal	SI / NO	Distribución porcentual
No consumo por olvido	Dejar de consumir un medicamento por olvido	Cualitativa nominal	SI / NO	Distribución porcentual
Cuando deja de consumirlo que acciones realiza	La persona que hace después de olvidar consumir el medicamento	Cualitativa nominal	Lo consume No lo toma Consume el doble de la dosis	Distribución porcentual
Consume medicamentos no prescritos	La persona consume medicamentos que son autoprescritos	Cualitativa Nominal	SI / NO Abierta	Distribución porcentual Los mencionados por la persona se utilizara la clasificación

TABLA INFORMACIÓN SOBRE EFECTOS ADVERSOS

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	NATURALEZA	NIVEL OPERATIVO	INDICADOR
Efectos advesos por consumo de medicamentos	Efectos indeseables que se presenta en las gestantes relacionados con el consumo de medicamentos	Cualitativa nominal	SI / NO Abierta	Distribución porcentual Categorización por los mas prevalentes
Medicamento con el que relaciona la moslestia	Es la afirmación que tienen las personas frente a la causa del efecto adverso en relación con el medicamento	Cualitativa Nominal	Abierta	Distribución porcentual Categorización por los más prevalentes
Ha suspendido el medicamentos	La persona ha dejado de consumir el medicamento	Cualitativa nominal	SI / NO	Distribución porcentual
Tiempo de suspensión del medicamento	Tiempo dese el cual la gestante ha dejado de consumir el medicamento	Cuantitativa Discreta	Días Semanas Meses	Distribución porcentual

ANEXO No. 4.

INSTRUMENTO.

CUESTIONARIO DE CREENCIAS ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS BMQ

Quisiéramos preguntarle su opinión acerca de los medicamentos en general. Estas son afirmaciones que han hecho otras personas acerca de los medicamentos en general. Señale con una X qué tanto está usted de acuerdo o en desacuerdo con esas afirmaciones. No hay respuestas correctas o incorrectas. Nos interesa conocer su visión acerca de los medicamentos en general.

1. Los médicos formulan muchos Medicamentos

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

2. La gente que toma medicamentos debería dejar de tomarlos de vez en cuando

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

3. La mayoría de los medicamentos generan dependencia o adicción

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

4. Los remedios naturales producen menos efectos secundarios o dañinos que los medicamentos

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

5. Los medicamentos hacen más mal que bien

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

6. Todos los medicamentos son dañinos o Peligrosos

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

7. Los médicos confían demasiado en los medicamentos

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

8. Si los médicos tuvieran más tiempo con los pacientes prescribirían menos medicamentos

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

ANEXO No 5.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente es un estudio que se está desarrollado con el objetivo de describir el consumo de medicamentos y las creencias asociadas al medicamento por parte de las mujeres gestantes que asisten control prenatal en el Hospital del Sur de Bogotá, pues es de gran importancia mirar la percepción que las mujeres tienen dentro de su contexto. Ya que las mujeres desde su experiencia de vida, tienen unas creencias a cerca de los medicamentos en la gestación y de la importancia de ellos, por lo que se hace indispensable contar con la información que ellas puedan proporcionar. siendo estos elementos dos realidades incluyentes y complementarias, que nos ayudan a entender mejor el fenómeno y así diseñar pautas de apoyo en términos de uso adecuado de medicamentos en las mujeres gestantes.

Para ello le solicitamos llenar dos cuestionarios; El primero es Cuestionario General sobre Creencias de las Medicinas (BMQ), Con el fin de evaluar las representaciones cognitivas de los medicamentos. El segundo corresponde a un cuestionario donde se analizaran variables demográficas, clínicas y farmacológicas, para caracterizar la población y el tipo de medicamentos que consumen.

La información será recolectada. Y se analizara por parte del el coordinador del estudio, Se utilizará los formatos dispuestos para tal fin el cual contiene las variables. Los investigadores nos comprometeremos a garantizar la confidencialidad de la información.

Si usted está de acuerdo, para comenzar por favor llene los siguientes datos:

Fecha_____

Centro de atención (lugar donde responde)_____

DATOS PERSONALES

Nombre*:_____ **Firma:**_____

Edad _____ **Ocupación:** _____ **Numero telefónico*:**_____

*El nombre y el teléfono se tendrán en cuenta únicamente en caso de verificación de datos.