



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Estrategias de autocuidado y consumo de medicamentos en la infancia

P. Aramburuzabala Higuera*, A. Polaino-Lorente**

*Máster en Educación Especial, Hunter College of New York. Máster en Logopedia. Licenciada en Ciencias de la Educación.
**Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense

Resumen

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

Se define el término de autocuidado y se analiza la autonomía del comportamiento infantil en el área de la medicación. Diversos estudios han puesto de manifiesto el papel activo de los niños con respecto al consumo de medicamentos. El reconocimiento de esta participación autónoma sugiere la necesidad de diseñar y llevar a cabo programas de educación que incluyan a los padres, a los profesionales de la salud, al personal escolar y a los propios niños.

Palabras clave: Autocuidado, conducta infantil, consumo de medicamentos, educación para la salud

(Act Ped Esp 1992; 50: 391-396)

Summary

The purpose of this article is to analyze the self-care behavior relating to medicine use, from the pediatrician perspective.

Several studies have suggested that children have an active role and autonomy regarding medicine use. Health education programs are necessary to educate children about appropriate use of medicines and self-care. These programs should include parents, health professionals, school personnel and the children.

Key words: Self-care, child behavior, use of medicines, health education

(Act Ped Esp 1992; 50: 391-396)

Introducción

El autocuidado, aunque es una de las formas de acción preventiva y terapéutica más comunes, ha recibido escasa atención por parte de los investigadores¹⁰. No obstante, se trata de un tema que está siendo redescubierto en la actualidad por los expertos de los países occidentales. ¿A qué se debe este renovado interés? Algunos, sin duda, lo atribuirán a razones de tipo económico, dado el elevado gasto que supone el ámbito de la salud. Otros, en cambio, invocarán el ahorro de tiempo que el empleo de estos recursos puede suponer para los médicos. Sin embargo, en nuestra opinión, la razón más relevante que debería aducirse es que conseguiría devolver a las personas la capacidad necesaria para tener confianza en sí mismos y en sus conocimientos para cuidar personalmente de su salud¹¹. De ahí la urgencia de que los educadores para la salud ayuden a las personas a desarro-

llar las destrezas necesarias para este fin. Un indicador de la importancia de este tema es la proliferación de libros y monografías que están disponibles sobre el autocuidado. El objetivo del presente artículo es analizar el autocuidado —en lo que respecta al consumo de medicamentos— desde la perspectiva del pediatra.

La ambigüedad de una definición

El autocuidado ha sido definido como el proceso por el que los individuos toman decisiones propias acerca del diagnóstico y tratamiento de ciertos síntomas en sustitución de los servicios profesionales de tratamiento¹⁰. A esta definición añade Van Der Geest (1987) que dicho funcionamiento incluye no solamente al propio paciente, sino también a los miembros de la familia.

En realidad, las dos definiciones que de autocuidado

Dibujo de J. Meruán

se han dado anteriormente, no sólo responden a la ambigüedad de una definición —que por otra parte ha sido hoy rigurosamente establecida— sino que constituye la posibilidad de que el comportamiento del sujeto caiga en el más completo descuido.

Esto significa que en vez de autocuidado de sí mismo, el niño incurriría en el descuido de sí mismo por negligencia o ignorancia en el manejo de signos y síntomas, que no tiene por qué diagnosticar ni tratar personalmente. Nadie, ni siquiera el propio médico, es buen médico para sí mismo; mucho menos lo sería cualquier paciente infantil, por mucho que sea lo que se le hubiera enseñado a través de los programas de educación.

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

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

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

La mayoría de estos repertorios comportamentales se aprende de un modo connatural, a través del aprendizaje por observación del comportamiento de los padres^{2,18}, de modelos de comportamiento ofrecidos por personas relevantes (maestros) y de la propia capacidad del niño para imitar a los adultos.

En otros muchos casos la conducta de autocuidado se aprende a través de aproximaciones sucesivas, seguimiento de consignas, instrucciones y órdenes verbales o incluso a través de modelos convencionales y formales dentro del ámbito del aprendizaje escolar²³.

En cualquier caso, el aprendizaje del autocuidado al que aquí nos referimos es el de aquellos hábitos o repertorios comportamentales específicamente dirigidos al uso y consumo de medicamentos en la forma más conveniente para curar una determinada enfermedad, disminuir ciertas conductas deficitarias u optimizar la propia salud. El aprendizaje de muchos de estos hábitos permi-

te la generalización de ese comportamiento en situaciones y circunstancias estimulares muy distintas de aquellas que inicialmente sirvieron a la génesis y consolidación de tal hábito comportamental.

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

Si el autocuidado es una práctica generalizada, el consumo de medicamentos es una de las conductas más comunes relacionadas con la salud. El estudio de las actitudes y conductas infantiles de autocuidado relacionadas con los medicamentos es de gran importancia, puesto que es un hecho común que la adquisición y consumo de medicamentos por parte de los niños depende en cierto modo de los muchos mensajes —no todos ellos congruentes— que el niño recibe acerca de las medicinas. Este hecho es importante porque podría ser considerado como un indicador del desarrollo de las actitudes y creencias de los niños respecto a otras conductas relativas a la salud y la enfermedad³.

El comportamiento infantil y el consumo de medicamentos: de la pasividad a la actividad

Sin embargo, son escasos los estudios publicados acerca de consumo de medicamentos por parte de los niños y más escasos aún los que hacen referencia a la autonomía del comportamiento infantil en este ámbito. En la mayoría de los estudios disponibles se aportan datos de tipo cuantitativo, que responden a investigaciones realizadas en países del tercer mundo y tienen a los padres como principales informantes^{29,12,14,30,24}.

Tradicionalmente se considera a los niños como agentes pasivos en lo referente a los cuidados de salud. Por contra, se asume que son los padres los que tienen aquí el papel activo: son ellos quienes «llevan al niño al médico» y le cuidan cuando no se encuentra bien. En este contexto nada tiene de particular que los médicos y enfermeras cuando hablan a los niños tiendan a dirigirse muchas veces a los padres para obtener la necesaria información acerca del historial y de los antecedentes relativos a la salud y enfermedades del niño. Esta misma actitud suele darse respecto de las conductas de consumo de medicamentos. Sin embargo, desde hace escasamente dos décadas, puede observarse el giro que se ha producido en cuanto al concepto del papel desempeñado por los niños con respecto al tema de la salud, un hito este que es apenas un reflejo de un movimiento global más amplio en favor del reconocimiento de la infancia y de sus derechos.

Según Lewis y Lewis (1990) buena parte del cambio en el concepto del papel del niño en lo referente a la salud puede ser debido a necesidades de tiempo, tales

como las derivadas del hecho de que ambos padres trabajen fuera de casa, de modo que los niños deben tomar decisiones por sí mismos¹⁷. Estos autores proponen que se eduque a los niños en las habilidades necesarias para ser capaces de tomar decisiones por sí mismos en los temas de salud. En sus estudios hallaron diversos obstáculos para la implementación de dichos programas de educación para la toma de decisiones. Mientras los niños mostraron un alto grado de interés en tales programas, los padres y los médicos mostraron una cierta desconfianza respecto de ellos. Los autores suponen que esta desconfianza pudiera tener sus raíces en el miedo de los padres a perder control y en la falta de confianza y de habilidades de los médicos para tratar con niños, así como en el miedo a perder pacientes.

Los autores de estas líneas no pueden admitir lo afirmado más atrás por Lewis y Lewis (1990). Atribuir al miedo de los padres, en tanto que padres, a perder el control respecto de sus hijos, el hecho de que desconfíen del alto interés que puedan tener sus hijos por estos programas parece una afirmación muy radicalizada y difícil de demostrar empíricamente. Entre otras cosas, porque los padres de hoy, dada la magnitud del permisivismo, no parecen tener demasiadas aspiraciones a controlar el comportamiento de sus hijos.

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

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

La incongruencia de estos argumentos es aquí manifiesta. Se incurre así en un sofisma, por cuya virtud se generaliza una opinión en contra de lo que es manifiestamente sostenido por los actuales datos empíricos. Lo que acontece más bien —y ésta podría ser la explicación— es que profesionales como los pediatras tienen demasiada responsabilidad sobre sus espaldas, pues de ellos depende no sólo la tarea de curar al joven paciente sino también la de actuar con la necesaria prudencia exigida por la buena práctica de su profesión ya que, de lo contrario, podrían ser denunciados por negligencia o «mala práctica» en el desempeño de su comportamiento profesional. Y, sin duda alguna, incurrirían en una «mala práctica» profesional si delegaran en el niño habilidades

de autocuidado relativas al consumo de medicamentos (especialmente en el caso de la automedicación), por cuyo defecto el niño enferma, sufre un grave accidente o se intoxica.

Por otro lado, hay que mencionar la existencia de programas para la promoción del autocuidado en los niños, en los cuales los médicos tienen una participación muy activa^{31,28}, lo que desmentiría las hipótesis antes planteadas.

Según parece, el proceso de toma de decisiones por parte de los niños con respecto a la salud está influido por el estilo cognitivo y el autoconcepto¹⁵. El aprendizaje cognitivo de conceptos tales como la relación entre prevención y casualidad puede no ocurrir hasta que el niño ha alcanzado el periodo operacional de desarrollo —quizás en el tercer o cuarto curso—. Sin embargo, el aprendizaje social continuo tiene lugar durante toda la vida del niño. Los niños aprenden ciertos aspectos acerca de las conductas de salud y de enfermedad a través de la imitación, el modelado, la interacción con el ambiente y el ser reforzados por ciertas respuestas asociadas con la enfermedad y los accidentes. El modelo conceptual de Lewis y Lewis (1982) asume que un niño ante un estímulo —un accidente en el patio, una sensación denominada como «dolor de estómago» o algo que le causa malestar— debe decidir si ha de buscar o no atención y cuidado. Esa decisión puede ser reflexiva o refleja; se fundamenta en experiencias pasadas, en el conocimiento acerca de lo que aquello representa y significa, en las actitudes del niño hacia la salud y en el contexto en el que ocurre el «problema».

En la vida diaria todos los niños reciben mensajes acerca de los medicamentos, bien sea tomándolos, observando a otros miembros de la familia cómo los toman o a través de los medios de comunicación⁴. Por tanto, las creencias y expectativas acerca de los medicamentos se forman a lo largo del periodo infantil y probablemente condicionan las conductas de la persona a lo largo de toda su vida.

El papel activo de los niños respecto de los medicamentos es fácil de observar en situaciones comunes de la vida diaria. Sirva de ejemplo la madre que envía al niño a recoger medicinas a la farmacia o el niño que le recuerda a su madre que es la hora de tomarse la medicina. Pero su autonomía no se reduce a tales casos. Los niños son más competentes de lo que los adultos creen y tienen más autonomía en cuanto al consumo de medicamentos de lo que la mayoría de los adultos probablemente predecirían.

Del estudio de Bush y Davidson (1982) se desprende que los niños no se ven a sí mismos como recipientes pasivos de las medicinas, sino más bien como participantes activos en tal proceso, capaces de tomar sus propias decisiones y no simplemente observando lo que otros hacen. Estos autores señalan, además, que los datos aportados por los niños sobre la frecuencia de con-

sumo de medicamentos se corresponde con los aportados por los padres, lo cual viene a avalar la fiabilidad y la importancia de las opiniones de los propios niños sobre su consumo de medicamentos.

Por el contrario, Sachs (1990), en un estudio realizado en Suecia con cuarenta niños de seis y siete años, señala que éstos perciben la toma de medicamentos como una acción controlada por los padres, quienes «te dan las medicinas cuando estás enfermo», del mismo modo que expresan que no pueden quedarse en casa o «estar enfermos», a menos que algún adulto realmente decida que están enfermos²⁷.

Interacción padres-niños, convicciones, expectativas y consumo de medicamentos

Si bien es razonable esperar que las creencias de los niños y las de los padres con respecto a la salud y a sus cuidados estén relacionadas, no hay suficientes estudios que apoyen tales predicciones. Mechanic (1964) fue uno de los pioneros en el estudio de las relaciones entre las madres y los hijos en el tema de la salud²⁰. Contrariamente a las hipótesis por él propuestas halló unas correlaciones muy débiles o no significativas entre las actitudes de los niños ante los síntomas y las respuestas de las madres.

Una década más tarde los resultados de los estudios de Campbell (1975) sugirieron que las actitudes y las creencias de los niños acerca de la enfermedad son más el resultado de un aprendizaje social que va acorde con los estadios del desarrollo cognitivo que el resultado del aprendizaje interpersonal y directo dependiente de la madre⁷.

Sin embargo, los resultados de otras investigaciones^{5,15,16} sugieren que las madres tienen una influencia más decisiva de lo que se creía en las actitudes y conductas de los niños relacionadas con la salud y, en concreto, con el consumo de medicamentos y las visitas al médico. Y al parecer estas influencias se mantienen estables a lo largo de la edad escolar.

En esta misma dirección, Rossiter y Robertson (1980) indican que los padres tienen una fuerte influencia sobre las actitudes de los niños pequeños respecto al consumo de medicamentos²⁶. Sin embargo, a medida que van creciendo y tomando responsabilidad sobre el propio cuidado de su salud, la influencia de los padres desciende, a la vez que aumenta la de la publicidad de las medicinas.

En un estudio posterior realizado por Bush y Iannotti (1990) se comprueba que, aunque las creencias de los padres respecto al consumo de medicamentos son internalizadas por sus hijos, los niños muestran una considerable autonomía para formular acciones específicas. Incluso cuando los niños son pequeños, las madres proporcionan diariamente múltiples mensajes sobre la salud o manifiestan una excesiva preocupación por su parte,

con frecuencia relacionados con el consumo de medicamentos. Ahora bien, hay diferencias entre las madres en la frecuencia con que presentan estos mensajes, quienes en función del contexto, por ejemplo, pueden poner un mayor énfasis en la responsabilidad del niño con respecto al consumo de los medicamentos o en su propia responsabilidad. Estas interacciones afectan las creencias y actitudes de los niños en lo que respecta al consumo de medicamentos y, en general, a la salud, pero tienen un escaso efecto directo en lo relativo a las expectativas de sus acciones.

Los resultados de un estudio llevado a cabo por Bush, Iannotti y Davidson (citado en Bush y Hardon, 1990)⁴ resaltaron que, en general, los niños que saben más acerca de los medicamentos y que sienten que tienen más control sobre su salud son aquellos cuyas expectativas de tomar medicamentos son menores. Los niños de clase social más baja tienen más necesidad de información sobre el consumo efectivo de medicamentos, tienen más expectativas de tomar medicamentos, puntúan más alto y más bajo en el lugar de control externo en lo relativo a la salud y en conocimientos sobre los medicamentos, respectivamente y son más propensos a que se les envíe a comprar medicinas. Los niños con mayores expectativas de tener problemas corrientes de salud —resfriados, fiebre, dolor de estómago, nerviosismo y dificultades para dormir— tienen también mayores expectativas de tomar medicamentos, aunque las madres con mayores expectativas de que sus hijos tengan problemas corrientes de salud son menos propensas a tratar con medicamentos dichos problemas. Parece que las madres utilizan los medicamentos como un sustituto de las consultas médicas ante las molestias corrientes, en vez de dirigir sus expectativas de tratamiento a través de la visita médica y de los medicamentos recetados por el médico⁶.

Un estudio de los establecimientos en los que se venden medicamentos confirmó que los niños compran medicinas sin receta médica y recogen medicamentos con recetas. Ya desde los seis años, los niños conocen el nombre de una amplia variedad de medicamentos⁴. Los medicamentos más nombrados por los niños son los más frecuentemente autorrecetados, que son los que están relacionados con el tratamiento de problemas comunes: resfriados, fiebre, dolor de estómago, nerviosismo y dificultades para dormir⁶. Ante estos problemas comunes, los niños expresan sus expectativas de ser tratados sin acudir al médico.

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

que transmiten a sus hermanos y a los padres, de modo que puede afirmarse que la influencia entre ellos es mutua y recíproca.

El papel del farmacéutico

Los escasos estudios disponibles acerca del consumo de medicamentos en la infancia parecen confirmar, por lo general, el papel activo que juegan los niños en el consumo de medicamentos y la importancia que tiene el autocuidado. Ahora bien, se detecta una ausencia de programas que hayan sido diseñados para ayudarles a aprender cómo consumir medicamentos de forma eficaz. La educación para el consumo apropiado de medicamentos debería comenzar en la niñez, como una parte importante de las materias que configuran el currículum de educación para la salud y los médicos deberían dirigirse a los niños tanto como a los padres a la hora de recetar y aconsejar fármacos. Asimismo, el farmacéutico, como profesional entre cuyas misiones está la de dispensar medicamentos, tiene un papel de capital importancia en la automedicación¹.

Dada la flexibilidad y la naturaleza informal del contacto, el farmacéutico se convierte en una fuente importante de información para el consumo de medicamentos, especialmente de los que se dispensa sin receta médica⁹, por lo que debería dirigirse también a los niños, además de los padres. El farmacéutico puede informar, además, sobre los peligros del consumo infantil de ciertos grupos de medicamentos que se consideran «seguros», tales como las vitaminas con oligoelementos y los antipiréticos^{8,13}.

Los programas de educación y el autocuidado

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

Bush y Hardon (1990) proponen que el currículum desarrollado para los niños sea escrito por educadores para la salud que conozcan los niveles de desarrollo cognitivo de los niños. En los primeros grados, el currículum por el que se opte debería ser simple, apuntando sobre todo al tema de la seguridad, como, por ejemplo, aconsejando no tomar medicamentos, ni dárselos a hermanos más pequeños, sin la supervisión de un adulto; cuál es la forma apropiada de guardar medicamentos; qué hacer en el caso de hacerse un corte, un arañazo, una quemadura o sufrir una picadura; que la misma medicina puede tener distintos colores o formas; que las pastillas grandes no son mejores que las pequeñas y viceversa; etc.

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

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

Los programas de educación sobre el consumo de medicamentos y el autocuidado no deberían excluir a los padres. Muy al contrario, debería contarse siempre con éstos para que dichos programas fuesen realmente eficaces. Los padres raramente reciben información que les capacite para educar a sus hijos acerca de los medicamentos o de cuál es el momento más propicio para que los niños asuman la responsabilidad relativa al propio consumo de medicinas³. De este modo su participación en los programas sobre consumo de medicamentos no debe limitarse a apoyar a los hijos en aquello en que se están formando, sino que también han de recibir la suficiente información y desempeñar un papel activo en ese proceso¹⁹. En este sentido hay diversos estudios que aunque no se limitan al tema de los medicamentos demuestran lo eficaz que es dar a los padres una cierta información escrita sobre el autocuidado^{21,22,25}.

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

Referencias bibliográficas

1. J. Avila Guerrero. Consumo de medicamentos en las familias cordobesas. Córdoba: Servicio de Publicaciones, Universidad de Córdoba, 1986.
2. A. Bandura. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa Calpe, 1982.
3. P.J. Bush, F.R. Davidson. Medicines and «drugs»: What do children think? *Health Education Quarterly* 1982; 9: 113-128.
4. P.J. Bush, A.P. Hardon. Towards rational medicine use: Is there a role for children? *Social Science and Medicine* 1990; 31: 1043-1050.
5. P.J. Bush, R.J. Iannotti. Origins and stability of children's health

