

# «MEDICAMENTOS Y MAYORES: HACIA UNA GESTIÓN SOCIOEDUCATIVA DESDE LA EDUCACIÓN SOCIAL»



*GRADO EN EDUCACIÓN SOCIAL*  
**TRABAJO FIN DE GRADO (TFG)**

*Año Académico 2016-17*

**AUTOR/A: Tamara Bouzas Lampón**  
**TUTOR/A: M<sup>a</sup> del Carmen Gutiérrez Moar**  
**Julio de 2017**

**TÍTULO: «MEDICAMENTOS Y MAYORES: HACIA UNA  
GESTIÓN SOCIOEDUCATIVA DESDE LA EDUCACIÓN  
SOCIAL»**

**TÍTULO: «MEDICAMENTOS E MAIORES: CARA A UNHA  
GESTIÓN SOCIOEDUCATIVA DESDE A EDUCACIÓN  
SOCIAL»**

**TITLE: «MEDICATIONS AND OLDER: TOWARDS SOCIO-  
EDUCATIONAL MANAGEMENT FROM SOCIAL  
EDUCATION»**

# A GRADECIMIENTOS

Quiero agradecerle este Trabajo de Fin de Grado en primer lugar a mi círculo cercano. A mis padres, por estar siempre a mi lado con todo el amor del mundo y, por permitirme llegar a donde estoy. Este año ha sido muy difícil de gestionar y, sobre todo, junto a mi madre que ha sido la roca de apoyo que me enseñó a mirar para adelante sin perder de vista la ilusión por el trabajo bien hecho.

A mi hermano, aún teniendo una ligera diferencia de edad con respecto a la mía ha sabido leer partes de este trabajo y aportar ideas valiosas. La convivencia con él a lo largo de este año académico me ha dado la fuerza y motivación para ser inconformista y luchadora frente a las barreras y obstáculos que por el hecho de vivir aprendimos a sortear y solucionar llegando a la meta, con esfuerzo y dedicación.

A mi segunda madre que es mi adorable y tierna «yaya». Ella ha sabido dedicarme el cariño ilimitado y demostrarme el orgullo que siente al tener una nieta como yo. Con su cariño, sabiduría y consejos, ella me ayudó a encauzar mi vida. Te amo tanto, que no sé si te demuestro lo mucho que te quiero.

Por ella y para ella he comenzado a hacer este TFG, siendo Gelita la protagonista en todo momento. Mis conocimientos técnicos como Educadora Social para la atención socioeducativa con personas mayores se unen a las necesidades que ella manifiesta en sus actividades de la vida diaria y para con su medio sociofamiliar.

A mi tutora, M<sup>a</sup> del Carmen Gutiérrez Moar por haberme acogido desde el primer momento en el que entré por su puerta con ideas sobre este TFG. Por apoyarme y tener mucha paciencia. Gracias a la labor conjunta de las dos, fuimos moldeando y modelando cada uno de los apartados que configuran este TFG hasta que el punto de encuentro nos satisfizo a ambas. Mi experiencia hace que se muestre para mí como una persona comprensiva y emprendedora y, trabajar con ella estos meses ha sido una vivencia única y de la que me llevo muy buenos recuerdos.

A mi jefe Pedro, por transmitirme el apoyo incondicional, creer en mí y estar tan pendiente de cómo iba mi formación como Educadora Social a lo largo de estos cuatro años. Él ha sido uno de los motores que me impulsó a estudiar esta carrera e ilusionarme para reconocirme como profesional de la educación. Siempre me ha facilitado las cosas en el trabajo, lo que me permitió compaginarlo con los estudios. Sé que está muy orgulloso de mi como yo de él y que siempre seremos amigos, al margen de la relación laboral que nos une.

«MEDICAMENTOS Y MAYORES: HACIA UNA GESTIÓN SOCIOEDUCATIVA DESDE LA  
EDUCACIÓN SOCIAL»

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>I. SALUD Y MAYORES.....</b>	<b>3</b>
1.1. Introducción.....	3
1.2. Concepto de Salud.....	3
1.3. Tipología.....	4
1.4. La salud de la tercera y cuarta edad.....	5
1.4.1. El envejecimiento como un proceso normal y sus cambios en el ámbito psicológico y social.....	6
1.4.2. Algunas enfermedades presentes en la vejez: Características.....	9
1.5. Conclusiones.....	11
<b>II. GESTIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS MAYORES.....</b>	<b>12</b>
2.1. Introducción.....	12
2.2. El consumo de medicamentos.....	13
2.2.1. Tipos de fármacos y sus riesgos.....	15
2.2.2. La detección de la polifarmacia.....	15
2.2.3. El uso racional de medicamentos en la vejez.....	16
2.3. Posibles adicciones medicamentosas.....	18
2.4. Conclusiones.....	20
<b>III. LA EDUCACIÓN SOCIAL: UN PERFIL PROFESIONAL EN LA VEJEZ.....</b>	<b>20</b>
3.1. Introducción.....	20
3.2. El/La Educador/a Social en el campo farmacéutico.....	21
3.2.1. Funciones del Educador y Educadora Social en el uso responsable de la medicación.....	21
3.2.2. Competencias del Educador y Educadora Social ante el uso responsable de la medicación.....	22
3.3. Conclusiones.....	23
<b>IV. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN EXITOSA DE MEDICAMENTOS: ESTUDIO DE UN CASO.....</b>	<b>24</b>
4.1. Introducción.....	24
4.2. Definición y finalidad del Programa.....	24
4.3. Contextualización y destinatarios.....	24
4.4. Justificación.....	25
4.5. Objetivos.....	27

4.6. Metodología.....	27
4.7. Actividades.....	28
4.8. Temporalización.....	31
4.9. Recursos humanos, materiales y financieros.....	32
4.10. Evaluación.....	32
4.11. Conclusiones.....	33
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA.....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>41</b>



"Conservar algo que me ayude a recordarte  
sería admitir que te puedo olvidar"

*William Shakespeare*<sup>1</sup>

# R ESUMEN

**TÍTULO:** «Medicamentos y mayores: Hacia una gestión socioeducativa desde la Educación Social»

La educación para la salud en el colectivo de las personas mayores es una necesidad que no siempre se visibiliza adecuadamente en las actividades de la vida diaria de nuestros gerontes. Nuestros/as abuelos/as consumen una cantidad considerable de medicamentos y muchas veces, no tienen los conocimientos básicos para gestionarlos de forma autónoma. Así, desde la Educación Social abrimos camino en este campo para concienciar socialmente sobre este hecho. Por ello, el objetivo general de este TFG es adquirir la autonomía para medicarse convenientemente en edades avanzadas.

El proceso de elaboración de este TFG se estructura con una revisión bibliográfica sobre la salud en la vejez, siguiendo con la gestión medicamentosa en la tercera y cuarta edad, el papel que ocupa la Educación Social en el campo farmacéutico, para finalizar realizando una intervención socioeducativa de caso único que dé cuenta de un modelo de buena práctica para satisfacer el objetivo general.

**PALABRAS CLAVE:** Medicamentos, Personas Mayores, Educación Social, Gestión Socioeducativa, Educador/a Social y Programa de Intervención.

# R ESUMO

**TÍTULO:** «Medicamentos e maiores: Cara a unha xestión socioeducativa desde a Educación Social».

A educación para a saúde no colectivo das persoas maiores é unha necesidade que non sempre se visualiza adecuadamente nas actividades da vida diaria dos nosos xerontes. Os /as nosos/as avós e avoas consumen unha cantidade considerable de medicamentos e moitas veces, non teñen os coñecementos básicos para xestionalos de forma autónoma. Así, dende a Educación Social abrimos camiño neste campo para concienciar socialmente sobre este feito. Por iso, o obxectivo xeral deste TFG é adquirir a autonomía para medicarse convenientemente en idades avanzadas.

O proceso de elaboración deste TFG estrutúrase cunha revisión bibliográfica sobre a saúde na vellez, seguindo coa xestión medicamentosa na terceira e cuarta idade, o papel que ocupa a Educación Social no campo farmacéutico para finalizar realizando unha intervención socioeducativa de caso único que dea conta dun modelo de boa práctica para satisfacer o obxectivo xeral.

**PALABRAS CHAVE:** Medicamentos, Persoas Maiores, Educación Social, Xestión Socioeducativa, Educador/a Social e Programa de Intervención.

# ABSTRACT

**TITLE:** «Medications and older: Towards socio-educational management from Social Education»

The education for the health in the group of the major persons is a need that not always visualize adequately in the activities of the daily life of our predecessors. Our grandfathers consume a considerable quantity of medicines and often, do not have the basic knowledge to manage them of autonomous form. This way, from the Social Education we open way in this field to arouse socially on this fact. For it, the general lens of this TFG is to acquire the autonomy to take medicine suitably in advanced ages.

The process of elaboration of this TFG is structured by a bibliographical review on the health in the oldness, continuing with the management medicaments in the third and fourth age, the role that occupies the Social Education in the pharmaceutical field to finish realizing an intervention social and educational of the only case that realizes of a model of good practice to satisfy the general aim.

**KEY WORDS:** Medications, Seniors, Social Education, Socio-educational Management, Social Educator and Intervention Program.

# INTRODUCCIÓN

Este Trabajo de Fin de Grado (TFG) que se presenta, se ha desarrollado con la intención de demostrar las competencias adquiridas a lo largo de toda la titulación de Educación Social. Para su elaboración, se ha seguido las pautas de la guía y del programa del curso académico 2016/2017. Este trabajo se encuadra en la modalidad de *diseño de un proyecto de intervención* donde se pretende que el alumnado realice la planificación del mismo en un ámbito socioeducativo concreto.

Siguiendo la guía de TFG, los objetivos de este serían:

1. Integrar los conocimientos teórico-prácticos adquiridos a lo largo de la carrera: Podría poner un sin fin de materias que de un total o parcialmente se podrían vincular a este trabajo, pero para ser más ecuanímenes seleccionamos las más determinantes: Acción Socioeducativa con Personas Adultas y Mayores, Acción Socioeducativa en las Adicciones, Planificación y Diseño de Programas de Educación Social, Evaluación de Programas de Educación Social y el Prácticum II.

2. Demostrar competencias para planificar, evaluar e innovar la práctica profesional: Hecho que queda patente en la elaboración del proyecto ***¡Medicamentalízate Gelita!***.

Este TFG lleva por título *Medicamentos y mayores: Hacia una gestión socioeducativa desde la Educación Social*. Su finalidad es la de profundizar en el binomio «salud-personas mayores» que aporta la base teórica para llevar a cabo un proyecto que se centrará en un estudio de caso de una mujer mayor. Se va a trabajar con ella la autogestión de medicamentos para que alcance su autonomía sin depender de otras personas para el control y consumo de su pauta medicamentosa, esto no implica la ausencia de ayuda y supervisión de los adultos que rodean a esta persona mayor. Los objetivos programáticos son proporcionar las herramientas y habilidades necesarias para el ejercicio de una gestión responsable y, al mismo tiempo, mejorar su estado de ánimo a fin de que se sienta bien consigo misma y con los demás.

Así mismo, la idea del proyecto ***¡Medicamentalízate Gelita!*** surge a partir de un interés personal por ayudar a mi abuela a mejorar su calidad de vida. Como Educadora Social creo que soy la persona idónea para llevar a cabo este tipo de actuación con ella y al mismo tiempo, me parece que es un homenaje de obligado cumplimiento a una vida dedicada a su familia. Además, en segundo lugar, quería

enfocar el trabajo hacia un colectivo que siempre me ha fascinado, como lo es el de las personas mayores y, en el cual pude adquirir experiencia realizando el Prácticum II en un centro de día gerontológico.

3. Desarrollar de forma sistémica un trabajo original que incluye como mínimo:

- a) Delimitación del tema: Enfocado en términos concretos el área de interés y situando el problema en un contexto determinado y real.
- b) Formulación de objetivos: Serán el punto de referencia asociado a las actividades teniendo en cuenta las características del trabajo y las necesidades de la destinataria del proyecto y preferencias propias.
- c) Selección, análisis y tratamiento de información: Partiendo de una búsqueda bibliográfica y documental en libros, revistas y otros medios electrónicos que se visualizan a través del desarrollo del contenido en epígrafes y subepígrafes. Además de las fuentes documentales que permitieron la elaboración de este trabajo.
- d) Elaboración de conclusiones y propuestas de trabajo: Tras la producción del informe que configura este TFG es necesario llegar a una serie de resultados sobre la parte teórica para saber proponer ideas innovadoras que mejoren la práctica socioeducativa que se refleja en el proyecto.

En relación a la estructura metodológica enfocamos el contenido desde lo general a lo concreto, es decir, siguiendo un modelo deductivo que empieza con la especificación del marco teórico en donde se expondrán las definiciones y conceptos básicos asociados con la salud, las personas mayores y la gestión de medicamentos como fondo para comprender el panorama en el que nos movemos. Para una vez terminado, recalcar la importancia de la elaboración de una propuesta práctica en la cual, se pueda ver reflejada la relación teoría-práctica en un caso concreto.

## **I: SALUD Y MAYORES**

La salud en el colectivo de los mayores ha sido un tema muy debatido a lo largo de la historia ya que siempre se relaciona enfermedad o deterioro de la misma y dependencia con la vejez. Esta idea responde a una falsa percepción de la realidad ya que, la existencia de una buena o mala salud, dependerá del estilo (hábitos) y la calidad de vida que haya desarrollado la persona en cuestión, a lo largo de su existencia así como vinculada a los factores a los que haya estado expuesta y no, solo al hecho de cumplir años. Al mismo tiempo, se tiene tendencia a pensar que la vejez es sinónimo de dependencia, que cuando una persona llega a una cierta edad va a depender de los que la rodean y no siempre es así. Este pensamiento está culturalizado a causa de los mitos y estereotipos que hay en la sociedad y que los medios de comunicación refuerzan a diario a través de publicidad engañosa.

Por lo tanto, envejecer no supone enfermar y ser dependiente sino que es una etapa de continuos cambios a los que la persona está sometida y que tiene la obligación de adaptarse, para poder vivir dentro de su comunidad social más próxima y de la sociedad.

### **1.1. Introducción**

Según el Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO (2011) la esperanza de vida ha aumentado con el paso de los años y ante esta situación, nos encontramos con una población mayormente envejecida a nivel mundial. No es difícil encontrarse con personas de 70 años o más. Poco a poco este grupo de edad aumenta progresivamente. y es debido, en gran medida, a las mejoras sociosanitarias. En la actualidad, a causa de los factores como el entorno sociocultural, los avances en las ciencias y el ambiente, el individuo puede llegar a un buen desarrollo integral de su persona (físico, psicológico, ético, social, emocional...). Por lo que, resulta indispensable trabajar la educación sanitaria y social en la vejez.

### **1.2. Concepto de Salud**

La salud es un concepto relativo, multidimensional y cambiante. Lo mismo ocurre con el de enfermedad, a lo que se le ha dado múltiples definiciones a lo largo de la historia en función de la ideología. Hace no mucho tiempo, la salud era considerada en sentido negativo, como una situación sin enfermedad.

Será la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985), en su Constitución en 1948, quien dará un giro positivo definiéndola como un "estado de completo bienestar

físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad” (Alcántara Moreno, 2008, p. 93). Pero pronto surgieron críticas por encontrarla sucesivamente utópica y subjetiva, además de no incluir el aspecto funcional de la persona y su variabilidad con el paso del tiempo. Así mismo, la misma OMS matizó esta definición en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (1978, p. 1)<sup>2</sup> diciendo que: "la salud es el completo estado de bienestar físico, social y mental y la posibilidad para cualquier persona de aprovechar y desarrollar todas sus capacidades de orden intelectual, cultural y espiritual". Al contrario que la anterior, ésta describía con más detalle los cambios a los que se expone el ser humano en su vida.

También, Lalonde (1954) ministro de sanidad canadiense, consideró que el nivel de salud viene determinado por la interacción de cuatro variables: la biología, el medio ambiental y cultural, el estilo de vida y; el sistema sanitario. De esta forma, la salud es considerada un fenómeno que no está determinado por un único factor biológico, sino por varios que están relacionados entre sí.

Una definición más completa de salud, que unifica distintos criterios, es la realizada por Gutiérrez (2009, p. 224) al identificarla como:

“El conjunto del funcionamiento físico, psicológico, emocional, social y espiritual que hace posible que la persona lleve a cabo sus funciones y responsabilidades para que pueda dirigirse a su realización personal en situaciones diversas. Por lo tanto, hablamos de un estado biopsicosocial de los individuos como un elemento fundamental para configurar qué se entiende por «persona saludable»”<sup>3</sup>

Así mismo, la salud no tiene que ser completa, ya que existe muchos grados de salud y tampoco es para siempre. Las características del ser humano no admiten un modelo fijo de salud debido al «factor edad». Por ejemplo, el organismo vivo no se encuentra en un estado de quietud interna, en él todo está el movimiento y en constante lucha entre fuerzas que se oponen; unas tienen a descompensar y otras a mantener la estabilidad. Habitualmente se consigue el equilibrio y la salud prevalece, pero otras veces coinciden varios factores endógenos y exógenos desestabilizadores que indican la balanza hacia un lado y, los mecanismos de defensa o compensación se ven superados y aparece la enfermedad. La intervención de estos factores actúa sobre el individuo con distintos grados de intensidad y durante períodos de tiempo variable. Estos factores son los determinantes de la salud.

### **1.3. Tipología**

La salud puede estar condicionada por muchos factores en función del contexto

al que nos refiramos. Aún así, sería inabarcable definir cada uno de ellos. De este modo, nos centraremos en las clasificaciones que hace la Ley 33/2011 de General de Salud Pública, la OMS (2016), Gutiérrez (2009) y Fundación para el Desarrollo de la Salud Holística [FUNDESALUH], (2000). para poder combinarlas y conseguir una única (Ver Anexo 1. Tabla 1).

En definitiva hemos de entender el concepto de salud desde una perspectiva holística e integral cuyo sentido significa entender que el ser humano es más que la suma de las partes del yo. Es, en definitiva, un sistema integrado por elementos que interactúan entre sí de forma sistémica. En este sentido, el sistema como un todo determina cómo se comportan las partes hacia el logro de un equilibrio dinámico y armónico de los componentes orgánico, psicológico, social, espiritual y religioso del ser humano porque da cuenta la multidimensionalidad de la experiencia humana y de la complejidad de la vida.

Lo holístico es la consideración de las personas en todas sus dimensiones: física (cuerpo), intelectual (psique), social (relaciones intra e interpersonales), emocional (afecto, emociones y sentimientos), espiritual y religiosa (valores, creencias y cultura).

#### **1.4. La salud de la tercera y cuarta edad**

La salud es un elemento destacado en la persona y tiene mucho que ver con la edad que posee ésta ya que, se debilita con el proceso de envejecimiento natural y patológico. Podemos decir así que el deterioro funcional implica que "envejecer no es enfermar, aunque muchas enfermedades son más frecuentes en la vejez" (García y Martínez, 2012, p. 40). Una de las características a subrayar en estas etapas del ciclo vital es la cronicidad, la morbilidad y la mortalidad que sufre la persona mayor.

Según García, Rabadán y Sánchez (2006), las patologías aumentan con la edad debido a las características biológicas del individuo, pero no es correcto afirmar que una derive de otra ya que en cualquier otra etapa de la vida igualmente se puede enfermar. Aún así, la salud en estas etapas de la vida se debe percibir desde otra perspectiva distinta porque aunque exista la presencia de enfermedades o deterioro que se asocie a incapacidades, la persona puede disfrutar de buena salud objetiva<sup>4</sup> y subjetiva<sup>5</sup> e, incluso mejor que en edades tempranas. Esto es debido, como ya explicamos, a que la salud no se considera solo un aspecto físico sino que conlleva más matices.

Como indican Ayuso y Holzmann (2014-2015) la creciente longevidad, que normalmente se computa como el aumento de la esperanza de vida en la edad del

nacimiento o de la jubilación (envejecimiento de la población), constituye un reto para los sistemas de pensiones en el ámbito mundial, pero también para la atención sociosanitaria y educativa del colectivo.

Un claro ejemplo de que la salud puede ser buena en estas etapas, tercera o cuarta edad, es el aumento de la vida de este colectivo porque la mortalidad ha descendido en los últimos años a causa de la existencia de más avances médicos, farmacológicos y en el área servicios (psicológicos, sociales, sociosanitarios, educativos,...) que se ofrecen a las personas mayores. Se eleva además su calidad en relación a hace unos años. Pero al mismo tiempo esto da pie a que cada vez surjan más enfermedades neurodegenerativas (Demencia, Alzheimer, Parkinson, Esclerosis Múltiple, Esclerosis Lateral Amiotrofia [ELA],...) que los equipos interdisciplinarios de investigación se esfuerzan por aumentar los conocimientos suficientes para poder dar respuesta ajustada. Las características sociodemográficas como exponen Abellán y Pujol (2016) son, también un determinante para que se dé esta situación de prolongación de la vida y aumento del envejecimiento activo y exitoso ya que las condiciones de vida (calidad de vida) son mejores que en tiempos anteriores, la fuerte relación entre longevidad, salud y alto nivel de bienestar.

Otro respaldo de lo anteriormente mencionado se halla en los datos que presenta la Encuesta Nacional de Salud. En la última publicada en el periodo 2011-2012<sup>6</sup> y la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2014<sup>7</sup>, donde en general existe una tendencia de valoración positiva del estado de salud, más del 40% de las personas mayores de 65 años perciben su estado de salud como bueno aunque sí que reconocen tener algunos problemas de visión o de audición.

Si ponemos la mirada hacia el pasado según Bizkarra Maiztegi (2014), podemos observar que se han producido muchos cambios en relación a la salud en la tercera y cuarta edad (Ver Anexo 2). Los cambios políticos, económicos, socioculturales y educativos son sin duda, predominantes y sin embargo, influyen otros aspectos (ambientales, relación médico-paciente,...).

#### **1.4.1. El envejecimiento como un proceso normal y sus cambios en el ámbito psicológico y social**

La vejez y el envejecimiento ha sido considerado de distintas formas en función de la cultura, la religión, la sociedad, el tipo de calidad de vida, la época... y; al mismo tiempo desde una visión negativa o positiva (Gutiérrez, 2010; IMSERSO, 2009 y 2011; Limón, 2016). Lo que sí es unánime es que se considera un conjunto de cambios que se efectúan sobre la persona y que son irreversibles. También, no atañen por igual

según el género por su constitución física, los trabajos laborales desempeñados, la incidencia de las dolencias que afectan más a las mujeres que a los hombres..., etc.

Siguiendo las ideas de Rodríguez (1989), Ruipérez (1999) y Caballero (2006), el envejecimiento es un proceso complejo, universal, progresivo, dinámico, irreversible, declinante, heterogéneo e individual que se prolonga de forma indefinida a lo largo de nuestra existencia y en el que se puede hablar de cuatro «edades» distintas que se encuentran mutuamente encadenadas (Ver Anexo 3. Tabla 2).

Otros autores como García, Rabadán y Sánchez (2006) afirman que el envejecimiento se puede enfocar desde varias perspectivas: biológicamente, psicológicamente y socialmente.

Dentro del envejecimiento biológico se encuentra el tiempo físico y el cronológico. Ambos procesos afectan al individuo a medida que se va cumpliendo años y hacen que se sea más vulnerable a las enfermedades o accidentes. Pero no repercute de la misma forma en cada individuo, sino que existen diferencias en el envejecimiento que se efectúa en los órganos y sus funciones. Se manifiesta con una tendencia natural a la atrofia y la disminución de la eficacia funcional del sistema músculo esquelético, cardiovascular, cambios en la sangre y el sistema inmunitario, el sistema respiratorio, gastrointestinal, renal, nervioso, endocrino y reproductor, tegumentario (piel, pelo y uñas)<sup>8</sup>, Aun así, existen variedad de morfologías que se comparten en este colectivo, como por ejemplo a aquellas relacionadas con los parámetros homeostáticos.

La senectud es progresiva en el tiempo y multiforme a causa de las modificaciones endógenas que se producen a nivel molecular que repercuten en cambios degenerativos de la persona y; a la vez, es considerada una pisada del camino recorrido en la vida.

Por otro lado, el envejecimiento psicológico (Ballesteros Jiménez, 2007) se relaciona con el «descanso de las funciones neuronales» que trae consigo dificultades en las funciones cognitivas (atención, percepción, concentración, memoria, resolución de problemas y creatividad) y las modificaciones en la afectividad y emotividad (dar y recibir afecto, conocer, reconocer y controlar emociones, vivencia de las pérdidas, motivación, personalidad, sentido del humor, etc.). Al mismo tiempo, en esta etapa de la vida se lleva cabo la búsqueda de la integridad y la persona se pregunta sobre qué dirección a tomado su vida para poder mejorarlo o por el contrario, avanzar en su trayectoria de la misma forma sin cambios (bienestar y calidad de vida). Elementos

tratados en Ardila, (2003); Salas y Garzón (2013); Sempere, Acosta, Abdallah y Ortí (2010); Urzúa y Caqueo-Urizar (2012).

Por último, el envejecimiento social que tiene una gran repercusión en nuestro país a causa del descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida de la población (Abellán García y Pujol Rodríguez, 2016). Hablamos de un cambio de rol individual y el cambio de rol de los ancianos como grupo integrante de una sociedad (Fernández-Ballesteros, 2000, 2002). Esto crea unas expectativas de vida muy altas para la etapa posterior a la jubilación. La población una vez que se jubila, se encuentra con mucho tiempo libre y no saben cómo llenarlo. Esta situación fomenta la necesidad de profesionales que den cobertura a sus demandas y los orienten sobre el gran abanico de oportunidades que ofrece el retiro. Consiste en ofertar servicios que se adecuen a sus exigencias y los consideren interesantes.

Este envejecimiento se ve caracterizado hoy por una población básicamente feminizada por la viudez, por la nueva regulación de las pensiones en la que predominan los mayores como el principal sustento de la carga financieras (Gutiérrez, 2013) de las familias y, por la introducción de las nuevas tecnologías en sus vidas.

Además, la sociedad va a conceder a la población un papel distinto en función del colectivo del que se trate. En este caso, las personas mayores tienen unas particularidades propias y ejercen roles acordes a su rango de edad y que la propia comunidad reclama (García y Martínez, 2012).

La ancianidad en Occidente es objeto de exploración, con el paso de los años se ha intensificado su interés debido a la problemática social y financiera que conlleva. Además, se hace visible una mejor relación intergeneracional entre nietos y abuelos, existe una mayor relación de afecto y transmisión de sabiduría entre ambos; es decir, se integra en la familia para que se sienta útil. Rodríguez (1989), lo denomina «el rol del abuelo», que consiste en la participación activa del veterano en el ambiente familiar y que crea un modelo a seguir por los más jóvenes. Este tipo de relación es muy beneficiosa para establecer un buen círculo entre los distintos integrantes que conforman el hogar.

Como sugieren Blasco y Pérez (2011), en la actualidad el envejecimiento es un tema muy importante a tener en cuenta y así lo visibilizan las políticas y organismos correspondientes. Además, la inactividad laboral de los más jóvenes hace crecer un mercado en donde el punto de mira son los mayores, se buscan nuevos productos que puedan satisfacer las necesidades de este colectivo y que puedan mejorar su calidad de vida. Se crea así, una publicidad en la cual además del cuidado personal del

aspecto físico, también es fundamental el de la mente. Podemos ver ejemplos en el manejo de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TICs) y en los juegos destinados a fortalecer la capacidad cognitiva de las personas (Aldana; García y Jacobo, 2012; Agudo, Fombona y Pascual, 2013; Chueco Ramírez, 2014; Hernández y Hernández, 2014 y Villar Posada, 2001) junto a la contribución de generar una nueva armonía entre las generaciones.

Estos cambios en la sociedad, recrean un cambio de imagen sobre la vejez y se relacionan con continuas transformaciones caracterizadas por el estado afectivo-emocional de la persona y de las relaciones sociales. Así mismo, la calidad de vida y la longevidad dependerá de estas variaciones y de los factores externos a los que se exponga la población. Es, en definitiva, un desiderátum para marcar la importancia de saber envejecer una de las asignaturas más importantes en el desarrollo del ciclo vital (Franco y Sánchez, 2008; Sancho y Otros, 2007).

#### **1.4.2. Algunas enfermedades presentes en la vejez: Características**

Las enfermedades que existen en la vejez son consecuencia de los múltiples cambios a los que está sometido nuestro organismo a largo de la vida. Según Caballero (2006), con el paso del tiempo se producen modificaciones en tres niveles distintos: las células, los órganos-sistemas y, en el ámbito psicológico y social; que llevan a una disminución de la capacidad de vida y la existencia de dolencias. Aunque está demostrado que la mayoría de éstas, se deben más a las enfermedades en sí que existen (que pueden ser prevenidas) y al estilo de vida que ha tenido la persona, más que al envejecimiento en sí mismo<sup>9</sup>.

Siguiendo las recomendaciones de Rancaño Rodríguez y Otros (2015), SEGG<sup>10</sup> (2006); SEGG (2011) a continuación, se presentará de forma breve las modificaciones que afronta el colectivo y las enfermedades más importantes a tener en cuenta.

En el nivel celular, las células van envejeciendo a causa de que su función va disminuyendo y tiene menos capacidad para sobrevivir (no se alimenta y le cuesta reparar las lesiones que se producen en sus cromosomas) y, debido a factores externos.

Después, a nivel corporal se producen cambios en los distintos órganos que conforman los aparatos que hay en el cuerpo. En el aparato cardiovascular se produce un deterioro del colágeno y otros elementos de soporte y, la pared de las arterias pierde elasticidad y su tensión se hace cada vez mayor. Además, hay una disminución de la capacidad coronaria para contraerse que puede acarrear a su vez en una angina

de pecho o infarto. La mayoría de las enfermedades que se pueden encontrar son las cardiovasculares. Destacamos la *hipertensión arterial* que se produce por el aumento de presión en la sangre que puede acarrear en otras dolencias más importantes y el *ictus*, que se produce cuando la sangre no llega al cerebro debido a una oclusión o por una rotura arterial y; termina en la muerte de esa zona.

En los pulmones hay modificaciones en sus proteínas, pero que en un principio no se consideran alarmantes para la salud. La más grave que puede ocurrir en este órgano es la *neumonía*, que es la infección de éste provocando la obstrucción de su función respiratoria. A la vez en el aparato digestivo destaca la pérdida de las piezas dentales, desgaste dentario y la recesión de las encías, junto con las papilas gustativas que puede acarrear consecuencias en la percepción del sabor. Sin olvidar la disminución de la secreción de ácido clorhídrico en el estómago que afecta a la absorción de los medicamentos, del hígado y del páncreas.

En el aparato osteomuscular, hay una gran pérdida de masa muscular, una reducción de la fuerza y los tendones tienden a ser más rígidos (en concreto en aquellos/as mayores inmovilizados/as). El cartílago de las articulaciones se va degenerando y se desgastan las caras del hueso que amplía la superficie de la articulación y forma unos relieves. Al mismo tiempo, los huesos tienden a una disminución de su densidad, siendo en la mujer superior por la menopausia. En ambos casos, los huesos son frágiles y pueden producirse roturas con facilidad. Estas características dan lugar a la *artrosis* y la *osteoporosis*.

En el caso del sistema nervioso, se contempla una reducción en el peso cerebral por un descenso del número de neuronas y como consecuencia, una pérdida de memoria, dificultad para el aprendizaje y menor velocidad para el procesamiento. En la actualidad, la principal causa de la demencia y que cada vez se hace más frecuente entre la población mayor es el *Alzheimer*<sup>11</sup> (Ruipérez, 1999).

En el aparato urinario, se observa que llega una menor cantidad de sangre al riñón y que existe menos tensión en los músculos de los uréteres, la vejiga y la uretra. La *incontinencia urinaria* es una consecuencia de esta tensión, se pierde orina de forma involuntaria. La incontinencia por sí sola no supone problemas, sino que las repercusiones se ven en la salud física y en el bienestar psicológico de la persona.

En relación al aparato genital, según el sexo se darán distintos cambios. En la mujer, al terminar la menopausia, hay una deficiencia de estrógenos, la vulva y la vagina se hacen más pequeñas debido a que sus paredes se hacen más delgadas y, los ligamentos de la matriz y el útero se debilitan. Y en el hombre, aumenta el tamaño

de la próstata. Aunque existan modificaciones, en ambos sexos sigue habiendo el interés y capacidad para el coito. Las enfermedades más comunes son el *vaginitis atrófica* en donde se produce dolor en el acto sexual y al tocar las paredes vaginales, hay sangrado y tendencia a las infecciones y, el *cáncer de próstata*.

Con respecto a los sentidos se producen varios cambios pero dependen de la genética de la persona, pero a rasgos grandes: se pierde la capacidad de audición y de visión; la piel se deshidrata, pierde elasticidad, grasa y fuerza lo que conlleva a las arrugas y; el cabello se hace más fino y salen a la luz las canas. Existe la tendencia a la *presbicia* (pérdida de la capacidad ocular de cerca) y a la *hipoacusia* (sordera).

Todas las alteraciones anteriores pueden acarrear dificultades en el mantenimiento del equilibrio del organismo de la persona, provocando menor respuesta a los estímulos, alteración de la regulación de la temperatura y los vasos sanguíneos pierden elasticidad y les cuesta reaccionar ante las variaciones.

Por último, Ruipérez (1999) menciona los cambios que se producen en el área psicológica y social que varía en función de la persona. Las personas mayores tienden a adaptarse bastante bien y unos factores que favorecen esta actitud, es el hecho de sentirse en buena salud física y psicológica y, con una estabilidad económica. Pero no siempre es así, existen miedos que dificultan que su vida sea plena y feliz, como el temor a depender de los demás o a morir. Aún así, un aspecto que marcará su vida es la jubilación que puede ser entendida como algo preocupante o todo lo contrario.

Sin embargo, es necesario destacar que el hecho de envejecer no tiene que ver con un deterioro de la personalidad aunque existan situaciones que se puedan dar.

## **1.5. Conclusiones**

En este punto somos conscientes que el marco teórico de cualquier trabajo académico nos exige establecer cuáles son los conceptos básicos y la relación que deseamos establecer entre ellos para configurar el modelo paradigmático en el que, podremos asentar nuestras decisiones técnicas, el proceso de intervención más ajustado y la creación de equipos interdisciplinarios para que la atención integral de la persona mayor sea una realidad exitosa.

## II: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS MAYORES

El aumento del envejecimiento de la población, ha supuesto un incremento del consumo de medicamentos debido a que, en este rango de edad, se padecen más enfermedades. Desde los Estudios sobre la Utilización de Medicamentos (EUM)<sup>12</sup>, el gasto farmacéutico asociado con el colectivo de las personas mayores genera el triple de demanda asistencial que la media poblacional y consumen un porcentaje importante de medicamentos que genera el 75% del gasto farmacéutico (Núñez Montenegro y Otros, 2014). La EAE Business School (2015) recoge la evolución del gasto farmacéutico público en el sistema nacional de salud específico para Galicia por habitante en euros (€) entre 2006 y 2014 (Ver Anexo 4. Tabla 3)

En general, las personas mayores consumen algún tipo de fármaco<sup>13</sup> por prescripción médica e ingieren más medicamentos<sup>14</sup> que otros colectivos poblacionales porque padecen al mismo tiempo, varias enfermedades («pacientes crónicos y polimedcados»<sup>15</sup> y «polifarmacia» o «polifarmacoterapia»<sup>16</sup>). A causa de las características que conlleva envejecer, que hemos visto en el punto 1.4.2, las personas son más propensas a una alteración de la distribución de los agentes medicamentosos, es decir, a medida que se cumplen años, existe una menor tolerancia a los fármacos por motivo de los cambios que se producen en el cuerpo, especialmente en el hígado y riñón.

Este tipo de población presentan una disminución en el funcionamiento del aparato urinario que puede ocasionar una anomalía en la purificación de estas sustancias: la misma cantidad de fármaco es más difícil de deshacerse y, retrasa su procedimiento. Por este motivo, una buena gestión de los medicamentos es indispensable para controlar las posibles reacciones adversas a los fármacos porque son una causa frecuente, aunque a menudo prevenible, de otras enfermedades, discapacidad o incluso de fallecimiento. En este sentido, desde la Educación Social, somos conscientes de ello por lo que abogamos desde la Educación para la Salud por un control tanto de la cantidad como del tipo de dosis prescrita. Mantenemos igual que Rabasseda (1994), la urgente respuesta hacia un uso responsable de los fármacos y que estos sean compatibles entre sí, como la base para una buena salud.

### 2.1. Introducción

Damos un paso más en educación para la salud aproximándonos al área de la farmacología para entender cuáles son los medicamentos más utilizados en el tratamiento de las patologías predominantes entre las personas mayores.

Establecemos una clasificación básica, sus riesgos y las consecuencias (dependencia, adicción medicamentosa, efectos secundarios, reacciones adversas, interacciones, polifarmacia, etc.) así como, la relevancia que tiene el uso racional de los mismos en la vida cotidiana de nuestros mayores.

## **2.2. El consumo de medicamentos**

En la sociedad del siglo XXI, el medicamento se ha convertido en un recurso muy utilizado para dar respuesta a multitud de «problemas de salud» sin tener presente que pueden existir otras alternativas. No obstante, cabe decir que en la historia del «valor de los medicamentos» es cierto que, han provocado fuertes cambios demográficos al disminuir la mortandad y desempeñar un papel muy importante en la contribución a la mejora de la esperanza y la calidad de vida de la población (Gil, García de Vinuesa y Sánchez, 2007).

Las personas mayores son un grupo de edad que consume variedad de medicamentos para curar sus distintas enfermedades. Acuden a muchos médicos y cada uno de ellos le receta fármacos distintos, lo que puede ocasionar complicaciones en su salud. Por eso es fundamental que cada especialista clínico sea capaz de valorar el consumo farmacéutico de sus pacientes (Belandó, 2001).

Desde el último tercio del siglo XX hasta la actualidad, los cambios demográficos y el envejecimiento de la población han provocado también el aumento del consumo de recursos sanitarios donde el 30-40% pertenece al consumo total de fármacos y el 75% obedece al total de los tratamientos de carácter crónico (Núñez Montenegro y Otros, 2014).

La EAE Business School (2015) establece que en España, el gasto privado farmacéutico por persona se encuentra en los 159,23€. Después, en relación al grupo poblacional y al gasto entre Comunidades Autónomas se observan diferencias (Ver Anexo 4. Tabla 4).

La utilización de medicamentos y su relación con las patologías diagnosticadas puede significar la presencia de: Adherencia terapéutica<sup>17</sup>, reacciones adversas a medicamentos<sup>18</sup> e interacciones medicamentosas<sup>19</sup>. Estas están sujetas a diferentes tipologías que implican un consumo regular, habitual y variado de estas sustancias, por lo que, las personas toman medicamentos porque los precisan, no por capricho suyo. Se ha demostrado que existen un gran porcentaje de personas de edad que consumen diariamente medicamentos y, varias veces al día. Esta realidad requiere de una buena gestión por su parte.

El consumo de fármacos obedece a una determinada duración, a un plan de tratamiento y a una posología<sup>20</sup>. Pasado este tiempo, el paciente deberá dejar de tomarlos. Aún así, hay que destacar que existen pacientes crónicos que tienen el deber de ser medicados a lo largo de toda su vida y esta situación, puede provocar ciertas adicciones.

Al mismo tiempo, distintos guías e informes sobre gasto sanitario y envejecimiento (EAE Business School, 2015, Fundación BBVA, 2003, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012 y 2015) demuestran que España es un país de la Unión Europea con gran número de especialidades farmacéuticas y un porcentaje de gasto farmacéutico alto sobre el total del gasto sanitario público. Además, el consumo general de medicamentos es mayor en mujeres que en hombres y, lo convierte en un hábito diario. Pero según Jiménez-Martín y Andrea Viola (2016) en los últimos años, como consecuencia de las continuas medidas de restricción (aparición del copago en 2012 y sus distintos reajustes ya que se establece como única población exenta de copagos a los desempleados sin subsidio y beneficiarios con pensiones muy bajas) el consumo farmacéutico así como la utilización de los servicios sanitarios tanto en atención primaria, especializada como ambulatoria se han reducido. En cuanto al consumo farmacéutico estos autores establecen que existe una clara asociación entre el consumo de medicamentos y el tipo de copago que se aplica en cada una de las distintas coberturas sanitarias. Para los trabajadores adscritos al régimen general de la Seguridad Social que se jubilan, se dan una serie de peculiaridades (Ver Anexo 5).

Sánchez; Llopis y Palomo (2011, p. 5) dicen que la implantación de los copagos tienen efecto mayor y devastador “sobre las personas con pocos recursos y con mayores problemas de salud, que «no acuden o retrasan las demandas de atención sanitaria incluso cuando son necesarias», siendo así un factor importante de inequidad”. En la misma línea argumentativa va el último Informe sobre Salud en el Mundo de la OMS (2010).

En cuanto a la Farmacoeconomía y sobre medicamentos, el consumo que hace la población en general según Iñesta García (2011) indica que las medicinas cardiovasculares son las más consumidas especialmente las que tienen que ver con la regularización de la tensión arterial y del corazón. En segundo lugar, el aparato digestivo y el sistema nervioso recogen una cantidad múltiple de medicamentos para funciones varias. En general, aunque los antibióticos no predominan por su abundancia, son preparados con un consumo sobresaliente a nivel europeo. En

España el uso de antibióticos ha sido objeto de especial seguimiento desde el inicio, en 2001<sup>21</sup>.

Otros fármacos a mencionar son los tranquilizantes que se sitúan en una categoría muy elevada y, los incluidos dentro del aparato circulatorio como por ejemplo, los analgésicos. Ambos pueden alcanzar una acción conjunta porque se utilizan para tratar el dolor o la ansiedad, entre otras prescripciones.

En relación al consumo de medicamentos en función del género, aunque se ha mencionado que la mujer es la que consume más normalmente, dentro del amplio uso, los hombres tienen mayor incidencia en los fármacos relacionados con el aparato digestivo, respiratorio y antiinfeccioso. Por la contra, los analgésicos y los del aparato locomotor, sí que muestran una pauta de consumo mayor para la parte femenina. Por último, en los otros tipos de grupos farmacéuticos que se mencionarán en el punto siguiente. no hay diferencias significativas en cuanto al género.

Otra clasificación en función del consumo es la que atiende a pacientes crónicos y a pacientes que tienen dolencias puntuales (Ver Anexo 6)

### **2.2.1. Tipos de fármacos y sus riesgos**

La ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, define el medicamento de uso humano (Artículo 8a) como:

"Toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico" (Artículo 8a, pp. 11-12).

Tal y como contempla García-Moya y Turón (2009), los fármacos se pueden clasificar en cuanto al aparato u órgano sobre el que actúa. (Ver Anexo 7).

Y ante la presencia de un mal consumo de medicamentos Gil, García de Vinuesa y Sánchez (2007) recogen los riesgos asociados (Ver Anexo 7).

### **2.2.2. La detección de la polifarmacia**

La polifarmacia se produce cuando la persona consume, de forma simultánea, más de cuatro medicamentos «con» o «sin» receta médica. El médico de familia será el responsable de procurar un buen uso de los medicamentos y que todos sean beneficiosos para la salud de la persona mayor. Pero al mismo tiempo, es

indispensable que el paciente tenga unos conocimientos básicos sobre lo que se administra a diario y ejerza una conducta responsable ante la administración de los mismos (Caballero, 2006).

A su vez, la polifarmacia está íntimamente relacionada con la pluripatología creando que los mayores estén expuestos a un «cóctel» de sustancias medicamentosas, produciendo que se consuman medicamentos durante más tiempo y más cantidad. Este colectivo representa un gran riesgo a padecer serios problemas de salud (prolonga las enfermedades ante la resistencia a los efectos medicamentosos) y económicos (alto gasto de recursos farmacéuticos), por culpa de la medicación.

Aún así, existe una creciente preocupación por la «automedicación»<sup>22</sup>. Esta consiste en el uso indistinto de fármacos y medicamentos sin ninguna indicación o control facultativo. Se acentúan los casos en los que las personas se automedican con calmantes, para dolores ocasionales...y, que los propios médicos no tienen constancia de ello<sup>23</sup>

Aunque es cierto y muy importante dejar claro que la automedicación no es un tema que solo afecte a la tercera/cuarta edad, sino que existen otros colectivos de edad que sufren la polifarmacia sin ser conscientes de ello. Pero en comparación con los individuos de otros grupos de edad, se observan diferencias considerables. En ambos casos, la prevención e intervención<sup>24</sup> y la educación para la salud son importantes a tener en cuenta. Más aún, es necesario educar a la persona mayor para que sea consciente del número de fármacos que ingiere y cómo los consumen.

### **2.2.3. El uso racional de medicamentos en la vejez**

De acuerdo con lo expuesto por López (2008), desde el principio de los tiempos las personas han buscado soluciones para evitar el dolor y la enfermedad. Poco a poco, se fueron consolidando fórmulas químicas hasta establecer los hoy conocidos como los medicamentos. Al mismo tiempo que se creaban los distintos fármacos, surgía la necesidad de un control exhaustivo sobre su uso. En España, los primeros medicamentos que existieron como tal, fueron a finales del s. XVIII y, desde ese momento; su cantidad aumentó considerablemente debido a que con ellos, se tratan multitud de patologías. Podemos decir análogamente, que los medicamentos tienen un papel de gran repercusión en la sociedad actual porque ayudan a mejorar el estado de salud de la población y, en concreto del colectivo más mayor.

Simó, Fraile, Sánchez y García-Algar (2013, p. 11) indican que ya la OMS en 2010 calculaba que “más de la mitad de los medicamentos se prescriben, dispensan o

venden de forma inapropiada, y que la mitad de los pacientes no los toman correctamente”.

De este modo, el uso racional de los medicamentos es muy importante para garantizar una buena salud. La OMS (1985, p. 21) definió en la reunión de Nairobi (Kenia) en noviembre de 1985 que el Uso Racional del Medicamento (URM) es aquella realidad en la que el enfermo "recibe el medicamento apropiado a sus necesidades clínicas, a dosis adecuadas a sus requerimientos individuales, durante un período de tiempo adecuado y, al menor coste tanto para el paciente como para la comunidad".

Así mismo, lo que se trata es mejorar y promover la buena aplicación de estas sustancias y este compromiso, se expone en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios. Conocida como Ley del Medicamento y el Real Decreto-ley 9/2011 que regula la prescripción de especialidades farmacéuticas en el ámbito público y Real Decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Así pues, centrándonos en las personas mayores, como hemos hablado en un apartado anterior, muchas veces los síntomas no se relacionan con los signos y, de esta forma; hay que tener mucho cuidado con el tratamiento farmacológico. El primer paso para un uso racional, es cuando e/la médico/a prescribe una receta y, tiene el deber de informar a su paciente sobre todos los aspectos relacionados con el mismo: duración de tratamiento, posología, posibles incompatibilidades..., etc. Después, otro profesional a tener en cuenta es el personal farmacéutico (Farmacéutico Comunitario)<sup>25</sup> que al dispensar la medicación, debería contrastar la información obtenida del paciente por parte del personal médico y, ampliarla en el caso de vacíos. Pero esta idea reconocida en el ámbito de la Farmacia Comunitaria, en la práctica no siempre se ve en la atención farmacéutica cotidiana ya que por lo general, el paciente tras acudir a la farmacia, se gestiona su administración en función de lo mencionado por el/la doctor/a o, tras confirmar la información del propio fármaco (el prospecto).

Otros medios de información pueden ser la experiencia personal, la familia, los amigos, Internet... que pueden perjudicar el buen consumo del tratamiento. Y se pueden dar situaciones en las cuales, la persona toma preparados sin ser orientado previamente de su utilización porque no es consciente de su importancia o, porque delega el conocimiento de esta información a otra gente de su proximidad para que lo haga en su lugar.

Un factor a tener en cuenta es la relación entre la información obtenida y la cantidad de fármacos tomados, es decir, no todos los medicamentos tienen los mismos efectos ni las mismas dosis o ventajas. Lo que es indispensable conocer el tipo de medicación recetada para saber las posibles incompatibilidades entre las medicinas.

También el equipo sanitario debe combinar el tratamiento farmacológico con dietas, ejercicios físicos, cuidado de la higiene..., que ayudará a la persona a digerir mejor los medicamentos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989).

Después, existen múltiples condicionantes que ayudan o por el contrario, perjudican a que la persona mayor utilice los fármacos desde la coherencia y la responsabilidad. Entre ellos, en la actualidad se ha demostrado que los padres y madres que se desplazan a vivir con sus hijos/as están mejor cuidados y poseen una mejor calidad de vida que si viven solos en su casa, aunque al principio el cambio de hábitos en la etapa de la vejez se considere perjudicial, poco a poco, creando otro tipo de rutinas, el equilibrio se estabilizará.

Por supuesto, para un uso racional del medicamento desde los Sistemas Personalizados de Dispensación y Dosificación (SIDD)<sup>26</sup> se han creado sistemas personalizados (pastilleros) para favorecer y mejorar el cumplimiento de la toma del medicamento. Con estos objetos, se remedia la ingestión indebida por doblar la dosis, los olvidos de una o varias tomas, la equivocación de pastillas (forma y color),... No es raro ver que las personas mayores los utilizan en su día a día y, es la propia farmacia la que algunas veces los ofrece de forma gratuita (Gómez, 2006).

### **2.3. Posibles adicciones medicamentosas**

La conducta adictiva es definida por la OMS (2008, p. 14) como un “Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia o sustancias [...], dificultad para interrumpir voluntariamente el consumo y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio”.

La adicción es un hábito consciente que en un principio genera placer pero con el paso del tiempo, provoca la pérdida del control y de la libertad de la persona al consumir de forma constante una o varias sustancias. Se puede considerar un problema que afecte a su estado de salud hasta el punto de poder generar una enfermedad física y psicoemocional (Becoña y Cortés, 2011).

Las sustancias psicoactivas ingeridas por un individuo tienen la potencialidad de producir «intoxicación» y la persona parece que se encuentra fuera de sí, como si fuese otra, «dependencia» o patrón desadaptativo del consumo de la/s sustancia/s que conlleva un deterioro o malestar físico y/o psíquico, «tolerancia» o disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado, por lo que; la persona tiene necesidad de incrementar la ingestión de la sustancia para conseguir el mismo efecto que tenía al principio (inicio de la dosis) y, un «síndrome de abstinencia» o conjunto de signos y síntomas que aparecen al interrumpir el consumo.

La adicción medicamentosa de «medicamentos prescritos» puede provocar que la persona sea inmune a la efectividad del mismo, y que sea necesario aumentar la dosis (tolerancia al medicamento). Por este motivo, cuando se sufre una adicción, se considera que la persona tiene una dependencia hacia esa sustancia. Esta dependencia no solamente significa su consumo constante, sino que se altera la conducta y el momento en que se debe administrar así como la cantidad..., aunque no se administre la medicina de forma descontrolada.

De entre las personas que pertenecen a la población medicada, aquellos que padecen una enfermedad crónica son los que muchas veces se ven obligados a una dependencia del medicamento de forma habitual. Así mismo, la toma constante y fiel de la medicación es beneficiosa para la propia enfermedad, pero en la misma línea, puede agravar la dolencia y aumentar el número de patologías asociadas. De esta forma, el consumo abusivo de medicación puede ocasionar una insensibilidad a los beneficios de los mismos y, provocar complicaciones y problemas en su estado de salud (Bobes, Casas y Gutiérrez, 2015, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989).

Además, puede haber adicción a «medicamentos sin receta o prescripción médica o de venta libre» que pueden ser objeto de abuso por sus efectos psicoactivos. Éstos incluyen supresores de la tos o antitusivos, somníferos y antihistamínicos. Normalmente, abusar de ellos significa tomar dosis superiores a las recomendadas o combinar estos medicamentos de venta libre con alcohol, drogas ilegales o fármacos recetados. Cualquiera de estas prácticas puede tener resultados peligrosos, dependiendo de los medicamentos involucrados («con» o «sin» receta). En general, algunos contienen aspirina o acetaminofeno (Tylenol), que en dosis altas pueden ser tóxicos para el hígado. Otros, cuando se toman por sus «propiedades alucinógenas», pueden causar confusión, psicosis, coma e incluso la muerte.

La farmacodependencia, aunque en este trabajo nos centraremos en la tercera y cuarta edad, afecta a todos grupos de edad y clases sociales con sus respectivas variables y, se considera un problema muy complejo que requiere de intervención. Se encuentra explicada atendiendo a tres parámetros: la droga y sus efectos, la persona en sí que tiene la dependencia y, el medio que la rodea (Aguar, 1981).

Dentro de la dependencia farmacológica, nos podemos encontrar con la física y la psicológica (Ver Anexo 8). En la mayoría de los casos de dependencia, una persona padece ambos tipos porque están muy relacionados, pero aún así no son desencadenantes uno del otro y pueden haber signos físicos con ausencia de psicológicos. Sin embargo, esta dependencia (física) por sí sola, no genera un abuso farmacológico, es necesario el factor psicológico para potenciar y reforzar el comportamiento adictivo (Levine, 1982).

## **2.4. Conclusiones**

Tanto la normativa internacional, nacional como a nivel de comunidad autónoma e incluso, desde la administración local ponen de manifiesto que la gestión de los medicamentos es un tema relevante en la salud pública pero, partiendo de esta consideración, nuestra labor es hacerlo patente en el colectivo que nos ocupa.

## **III: LA EDUCACIÓN SOCIAL: UN PERFIL PROFESIONAL EN LA VEJEZ**

Tal y como mencionan Centeno (2005) y Vallés (2009) entre otros, la Educación Social se ha ido consolidando poco a poco en nuestra sociedad. Es considerada un especialidad educativa de intervención que lucha por el bienestar social y la integración cultural, económica y cultural de la toda la ciudadanía (por lo que abarca múltiples ámbitos). Entre sus ámbitos de intervención profesional nos encontramos con la atención especializada hacia el colectivo de las personas mayores.

### **3.1. Introducción**

En la actualidad este grupo poblacional genera mucha demanda. de atención técnica adecuada dado el cambio que se está produciendo desde el punto de vista demográfico. En España, cada vez más, aumenta el número de personas mayores. Según las Naciones Unidas, en el 2050 la fisonomía del colectivo de mayores hará que nuestro país sea uno de los más viejos del mundo, con un 30% más del total de la población<sup>27</sup>. Así pues, la evolución del envejecimiento poblacional en España y Galicia nos obligará a redefinir el perfil del colectivo y será como dice Gutiérrez y Castro

(2015) un Nuevo Yacimiento de Empleo (NYE), un territorio nuevo por descubrir para los/as profesionales de la Educación Social, con mucho trabajo especializado y específico por delante.

### **3.2. El/La Educador/a Social en el campo farmacéutico**

El Libro Blanco del Título de Grado en Pedagogía y Educación Social define al/a la Educador/a Social como “un agente de cambio social, dinamizador de grupos sociales a través de estrategias educativas que ayudan a los sujetos a comprender su entorno social, político, económico y cultural y a integrarse adecuadamente” (ANECA, 2005a, p. 127).

A partir de ANECA (2005a y b) la proyección profesional general de los Educadores Sociales hoy nos habla de:

- ✓ Favorecer la autonomía y la madurez social de las personas.
- ✓ Realizar diferentes estrategias de intervención según las demandas del contexto y de los agentes.
- ✓ Ejecutar actividades con finalidad educativa, sociocultural, lúdico-creativa...
- ✓ Promover el cambio y transformación social entre lo global y local (glocal<sup>28</sup>).

Si trasladamos esta concepción al ámbito de la salud y en concreto, a la reeducación farmacéutica y hacia una sana administración de los medicamentos, sería la figura que se encarga de analizar las conductas inadecuadas, planificar, organizar, implantar y evaluar programas de educación para la salud en el campo farmacéutico.

En los siguientes apartados, se exponen las funciones y competencias de los educadores y educadoras sociales en el uso responsable de la medicación para el colectivo de las personas mayores.

#### **3.2.1. Funciones del Educador y Educadora Social en el uso responsable de la medicación**

El/la Educador/a Social tiene mucho que ver en el uso responsable de la medicación de los mayores. Tomando como referencia al Libro Blanco del Título de Grado en Pedagogía y Educación Social (ANECA, 2005a y b); Lirio (2005); Vallés (2009); Quintana (2012), se deben desempeñar las siguientes funciones:

- ✓ Analizar y evaluar la situación de consumo de medicamentos de la persona mayor a partir de la información recogida en su ámbito.

- ✓ Elaborar y facilitar que los/as mayores sigan un Plan de Atención Individualizada (PAI), así como otro tipo de objetivos que se establezcan para el uso responsable de la medicación.
- ✓ Mantener contacto interdisciplinar con otros agentes sociales como el personal sanitario y de psicología para estar informados del desarrollo de la persona en el uso de medicamentos.
- ✓ Intervenir en todos los ámbitos de socialización de la persona: familia, amigos/as, vecinos/as, etc. y; hacerlas partícipes del proceso de intervención socioeducativa.
- ✓ Orientar a la familia en relación con la intervención llevada a cabo con los/as mayores.
- ✓ Incorporar y reforzar progresivamente comportamientos saludables encaminados a una mejora de la calidad de vida.
- ✓ Realizar acciones formativas y informativas orientadas en la adecuada utilización de la medicación gestionando los recursos disponibles.
- ✓ Acompañar al/a la mayor en el proceso de intervención.
- ✓ Ayudar y actuar de apoyo en la toma de decisiones que afecten a la persona mayor aportando el punto de vista profesional y educativo.
- ✓ Prevenir situaciones de adicción farmacológica.
- ✓ Concienciar a las personas mayores sobre las posibles adicciones a los medicamentos.
- ✓ Promover la participación del/de la mayor en la intervención, para el desarrollo de su calidad de vida.

### **3.2.2. Competencias del Educador y Educadora Social ante el uso responsable de la medicación**

La Asociación Estatal de Educación Social (ASEDES, 2007) y la Oficina Europea de la Asociación Internacional de Educadores Sociales (AIEJI, 2003) y el Colexio de Educadores y Educadoras Sociais de Galicia (CEESG 2008)<sup>29</sup> hacen referencia a las competencias del Educador y la Educadora Social. De todas aquellas propuestas, las que consideramos que tienen más relación en el uso responsable de la medicación, podemos enumerar las siguientes:

- ✓ Capacidad de poner en marcha planes, programas, y/o proyectos socioeducativos y acciones de intervención.

- ✓ Saber planificar, diseñar, organizar, evaluar y reflexionar cara una buena gestión del consumo del medicamento partiendo de la definición de objetivos generales y específicos.
- ✓ Coordinar y dirigir a los profesionales implicados en la intervención y, a los/as mayores en relación a los recursos necesarios.
- ✓ Identificar las distintas situaciones socioeducativas en el campo farmacológico y actuar directamente para dar respuesta a las necesidades del colectivo.
- ✓ Dominio de las metodologías específicas de asesoramiento, orientación y mediación para personas mayores.
- ✓ Ser capaz de trabajar en equipo interdisciplinar o multiprofesional y generar redes para planificar acciones y actividades y la intervención con los/as mayores.
- ✓ Promover la satisfacción y el bienestar personal de los/as adultos mayores mediante el trabajo directo.
- ✓ Desarrollar procesos de participación social y desarrollo comunitario para darle protagonismo a la persona mayor.
- ✓ Ser capaz de guiar y aconsejar en el manejo farmacológico, potenciando todas las características personales de los/as mayores.
- ✓ Ser capaz de comunicarse a diferentes niveles y dominar distintas herramientas de comunicación para una mejor comprensión de los/as destinatarios/as.
- ✓ Hacer perspectiva de todo el trabajo socioeducativo y sociosanitario realizado evaluando su práctica, para que los recursos sean eficientes y puedan reproducirse para la mejora del colectivo de mayores.

### **3.3. Conclusiones**

La labor de la Educación Social en la vejez y en el área farmacológica es determinante para garantizar el bienestar y la calidad de vida de las persona mayores. Tenemos un papel importante centrado en la acción multidisciplinar socioeducativa y sanitaria (profesionales de la salud, Médico y Enfermera, Farmacéutico y la Educadora Social) ya que, su formación los capacita para trabajar con la comunidad en general o por colectivos de forma individualizada, cada uno aporta los conocimientos necesarios para el desempeño profesional y, las habilidades y competencias requeridas para desarrollar intervenciones. Así mismo, se abre un nuevo ámbito de trabajo interdisciplinar para gestionar el uso racional de los medicamentos en este grupo

poblacional, un problema de educación para la salud que hasta el momento no se encuentra consolidado dentro de la prevención e intervención.

#### **IV: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN EXITOSA DE MEDICAMENTOS: ESTUDIO DE UN CASO**

Para la elaboración de esta propuesta de intervención se han tomado como referente los modelos de planificación de distintos autores como: Froufe y Sánchez (1994), Aguilar y Ander-Egg (1995), Pérez Serrano (2000) y, Feliz Murias (2010) que constituirán conjuntamente la base teórica para enfocar este proyecto.

##### **4.1. Introducción**

Tras la fundamentación teórica, es indispensable la creación de una propuesta práctica de intervención socioeducativa encaminada a trabajar la autogestión medicamentosa de un estudio de caso en la vejez. De esta forma, nace *¡Medicamentalízate, Gelita!* basado en el desarrollo de competencias farmacológicas.

##### **4.2. Definición del Proyecto**

El proyecto que se va a presentar, se denomina *¡Medicamentalízate, Gelita!* que, en líneas generales, pretende mejorar la calidad de vida de una mujer mayor mediante el uso responsable de la medicación prescrita por su médico de familia así como; la atención especializada que la anciana necesita según sus cuadros clínicos, que toma a diario.

##### **4.3. Contextualización y destinataria**

Nuestra geronte protagonista de esta historia, es una mujer de 78 años de edad que vive con su marido en el municipio de Muros, A Coruña. Brevemente y sin una finalidad clínica, vamos a describir algunos hitos importantes en el binomio salud-enfermedad en la vida de Gelita. Ha pasado por quirófano para ser intervenida en varias ocasiones: la primera fue de una *peritonitis* aguda en el año 1978, la segunda fue hace ocho años (2008) para reparar el músculo cardíaco con una *válvula aortica metálica* y, la última, en noviembre de 2016 en donde se le implantó una *prótesis de rodilla* dado a su avanzado desgaste de la articulación.

En esta última intervención, tras salir exitosa del quirófano, se le produjeron complicaciones coronarias dado que sufrió una arritmia y a los pocos días, le dio un infarto cerebral (ictus isquémico) que dejó secuelas en ambos hemisferios cerebrales pero afectando más específicamente; al área oftalmológica dejándola parcialmente

ciega. Transcurridos unos meses de este cuadro clínico, tras acudir a la consulta de neurología, la neuróloga le diagnosticó ceguera lateral y de forma intermitente al frente; ya que a veces pierde la visión totalmente pero transcurrido un breve espacio de tiempo, recupera la frontal. Además, desde el punto de vista cognitivo y del procesamiento de la información, Gelita experimenta algún que otro episodio de demencia senil transitoria por el propio proceso de envejecimiento sin estar asociado a otras enfermedades como Parkinson o Alzheimer.

En relación a su consumo farmacéutico, Gelita toma cuatro tipos: *Sintrom 4mg*, *TENORMIN 50mg*, *Pantoprazol Davur 20mg* y *Keppra 100mg/ml* (Ver Anexo 9. Tabla 5).

En cuanto a la personalidad, Gelita se muestra como una persona muy alegre, siempre con una sonrisa en la cara, abierta a las relaciones interpersonales, con ansias de aprender, con un buen sentido del humor que se manifiesta a través de las innumerables bromas que gasta a sus familiares y amigos.

En relación a la ocupación de su tiempo de ocio, está dentro de lo que suele ser común en las personas mayores: bailar y cantar, hecho social determinante de la cultura gallega de las fiestas y romerías a las que acudió desde muy jovencita.

Como es común en Galicia, las familias extensas en el ámbito rural dan muestra de un alto nivel de matriarcado<sup>30</sup> por lo que, ha creado una familia en la cual se siente muy querida y donde experimenta afecto y emociones por todos sus miembros tanto dándolo como recibéndolo. Esto conlleva a que se sienta muy cómoda en su ámbito familiar-doméstico y siga viviendo en su domicilio de toda la vida. De este modo, la intervención socioeducativa y sociosanitaria se realizará tanto en su hogar como en su comunidad social de referencia, Louro-Muros, A Coruña. Seguir viviendo en su casa a una edad avanzada, le aporta estabilidad y tranquilidad, aspectos importantes que tendremos en cuenta a la hora de intervenir técnicamente.

#### **4.4. Justificación**

La promoción racional de la medicación ha sido tema de cavilación por personal de la salud, especialistas en farmacia, desde la política sociosanitaria, empresarios/as y, hasta la misma ciudadanía; puesto que, realizar un uso coherente de los medicamentos se puede considerar una prioridad en nuestros tiempos debido al alto consumo que se existe y incluso a la automedicación que se realizada sin control.

Así mismo, *¡Medicamentalízate, Gelita!* nace para favorecer que una mujer mayor (Gelita) se autogestione de forma adecuada su medicación. Es una propuesta de orientación individualizada en la que se pretende fomentar en general su autonomía

para las actividades de la vida diaria y en concreto, a la administración de su medicación diaria. Aún así, esta situación que surge de un caso concreto se podría polarizar para que en un futuro, no muy lejano, se pudiese aplicar a cualquier persona mayor que con o sin ayuda, afronta la administración de medicamentos diarios.

La Educadora Social será la profesional responsable de introducir la práctica de hábitos saludables en la abuela Gelita, con el fin de mejorar su calidad de vida sin olvidarse de la pauta medicamentosa. Entre ambas hay una relación personal por lo que, sabemos del interés de esta mujer por aprender, elemento que ayudará a elaborar una propuesta de intervención que recoja sus conocimientos previos y se encamine, a un uso responsable y de buena gestión de los medicamentos. Para ello, se tendrá en cuenta a su familia<sup>31</sup> como, la comunidad en la que vive<sup>32</sup>.

Hasta el momento, los medicamentos que consume Gelita le eran administrados y gestionados por sus familiares más cercanos: su marido que vive junto a ella y su hija, que aunque no vive en la misma casa, tiene un papel muy importante porque es la responsable de llevarla al centro médico de forma periódica (Centro de Salud de Muros) para controlar su estado de salud (tensión, tipo de fármacos, dosis...) y para hablar con los médicos y especialistas del Complejo Hospitalario de la Universidad de Santiago de Compostela (CHUS).

Las recomendaciones de los profesionales sanitarios que la atienden aconsejan que entre las actividades de la vida diaria de Gelita, se incluya la autonomía para la prescripción de los tratamientos que le son asignados y revisados en atención primaria. Aunque buscamos la autonomía no eliminamos en su totalidad las ayudas ejercidas por la familia y la Educadora Social, con el fin de evitar que en las primeras experiencias de autonomía, esta mujer mayor no se sienta abrumada por equivocarse. La finalidad última es, autogestionar sus medicinas y pueda llevar a cabo un desarrollo vital normalizado sin depender de sus familiares para esta acción. Para ello, se ha pensado en realizar un cronograma en el que se visualicen pictogramas relacionados con los distintos tipos de fármacos que consume y en las franjas horarias en las que son consumidos.

Además con esta intervención, la destinataria mejorará y adquirirá habilidades de corte cognitivo (toma de decisiones y consecuencias asociadas a las mismas, pensamiento crítico,...), para procesar la información farmacológica básica, evitar la interacción medicamentosa y una correcta administración a lo largo de cada día. Por otra parte, las rutinas generarán actitudes adecuadas hacia una vida saludable.

#### **4.5. Objetivos**

Los objetivos de este proyecto se encaminan a dar respuesta a las necesidades que nuestra protagonista Gelita tiene para incorporar su pauta medicamentosa a las actividades de la vida diaria.

Dividimos los mismos en generales y específicos, como generales están:

- Proporcionar las herramientas y habilidades necesarias para el ejercicio de una gestión responsable de los medicamentos.
  - ✓ Modificar hábitos y actitudes que influyen de forma negativa en la salud de la persona mayor.
  - ✓ Aumentar el nivel de cultura sanitaria en la destinataria, su familia y su comunidad social de referencia («Rueiro de Campo de San Roque»).
  - ✓ Promover la salud de la persona mayor y mejorar su bienestar físico, psíquico, emocional y social.
  - ✓ Educar y sensibilizar en la prevención e intervención ante situaciones de adicción medicamentosa hacia una buena gestión del tratamiento farmacológico.
- Mejorar su calidad de vida y su capacidad de sentirse bien consigo misma y con los demás (familiares, amigos, vecinos...).
  - ✓ Mejorar y fortalecer su autoestima y el autoconcepto con el fin de valerse por sí misma dentro de su grado de dependencia (sentirse útil).
  - ✓ Favorecer la participación activa (protagonismo) y la corresponsabilidad en el proyecto de intervención (familiares, Educadora Social).

#### **4.6. Metodología**

En relación a los principios metodológicos, con este proyecto se pretende visualizar la Educación Social como puente de comunicación entre la familia de la destinataria y los profesionales sanitarios y farmacéuticos que están al cargo del cuidado de su salud y así, introducir el papel educativo por medio de la figura de una Educadora Social; es decir, trabajar de forma interdisciplinar entre todos los profesionales, con la finalidad de dar respuesta de forma global a las necesidades sanitarias y socioeducativas de la mujer mayor. Al mismo tiempo, la Educadora Social propondrá estrategias que se fundamenten en un enfoque constructivista que busque un aprendizaje significativo partiendo de la conexión entre lo nuevo y lo previo.

La metodología va orientada a que la Educadora Social le aporte a la destinataria, las herramientas necesarias para una buena gestión medicamentosa ya

que, se parte de que el seguimiento correcto del medicamento le proporcionará una mejor calidad de vida en sus quehaceres y rutinas diarias repercutiendo en su estado de salud y anímico. Lo que se trata es de desempeñar la función de acompañamiento, de asesoramiento, de formación, de refuerzo de comportamientos saludables potenciando la autonomía de Gelita y, siempre informando sobre las posibles adicciones e interacciones asociadas al consumo, de las pautas de los técnicos.

Las sesiones que se establecerán estarán adaptadas a las necesidades de la destinataria, teniendo en cuenta su edad, estado de salud, el ritmo de aprendizaje, los objetivos propuestos y; sus horarios disponibles. Igualmente, se pretende empezar por lo concreto y próximo para que poco a poco adquiera competencias (saludables, personales, interpersonales...) y autonomía. Para ello, se manejarán habilidades que favorezcan la motivación y participación activa, promoviendo un trabajo enfocado a sus particulares poniendo de relevancia la necesidad de desarrollar una actitud de escucha activa para crear una atmósfera de confianza y respeto y, dándole importancia a lo que la otra persona comparte y siente.

En las actividades, la comunicación y el feedback entre destinataria y Educadora Social serán la base para el aprendizaje. Además, se implicará a la familia y el entorno más cercano para favorecer la transferencia de lo aprendido a las actividades de su vida diaria.

Por último, para la recogida de información sobre la destinataria se ha procedido a entrevistar a los familiares y a la enfermera de atención primaria de modo informal..

#### **4.7. Actividades**

Dentro de una programación las actividades dan cuenta del logro de los objetivos propuestos con anterioridad. El esquema seguido para su configuración dentro del proyecto, se desarrollarán a través de un conjunto de sesiones en las que habrá una actividad central y otras complementarias que darán rienda de los pequeños procesos que hay que seguir para alcanzar la acción principal.

© **Presentación:** En la primera fase de este proyecto se contempla una introducción del tema: la gestión racional del medicamento. Ésta consistirá en una charla breve cuyos ejes temáticos sean la explicación del proyecto, de las actividades, (descripción) y, el rango horario en que se llevarán a cabo (cronograma). Se mantendrá un vocabulario familiar pero sin perder contenido técnico (sanitario y farmacológico) acorde a la destinataria y, alejándose de los tecnicismos extremos entre los distintos agentes implicados (personal sanitario, la Educadora Social y el

farmacéutico), abordando el contenido de una forma técnica y simple para que lo comprenda. Tera lugar en una sesión inicial.

☉ **Información y sensibilización:** Sin perder el rigor experto, buscaremos formas sencillas y amenas que vehiculicen el contenido sociosanitario y farmacéutico (concepto de salud y de medicamento, clasificación de fármacos que consume la destinataria, así como, de sus riesgos y; la modificación de las pautas dictaminadas para hacer un uso responsable de los mismos).

☉ **Taller ¡Tómame!:** Se corresponde con la actividad principal del proyecto **¡Medicamentalízate, Gelita!**. Bajo una forma de taller, integraremos las acciones que permitan a nuestra geronte experimentar el placer de gestionar sus propios medicamentos de forma semiautónoma, es decir, con supervisión hasta que sea vea la posibilidad de llegar a que lo realice sin que haya una persona al cargo de dicha tarea. Busca incorporar entre las habilidades de la destinataria, la posesión de conocimientos básicos para saber en qué momento debe tomar la dosis de su medicación y, de qué modo se debe de administrar, así como, el horario concreto de la toma.

Nos ayudaremos de la elaboración de un calendario mensual en el que se presenten las distintas tomas y la dosis, en función del día y de la parte del día de la semana. Para la creación del calendario se utilizarán cartulinas con un formato de calendario semanal.

En cuanto a los medicamentos, las dosis y la forma de administración se confeccionarán pictogramas que diseñará la Educadora Social (Ver Anexo 10. Tabla 6.). Para realizarlos, nos valdremos de un ordenador y la impresora, porque una vez impresos, se pegarán en otra cartulina de distinto color a la de los calendarios. Una vez creado todo, se plastificaran calendarios y pictogramas y, en la parte posterior, le pegaremos un velcro de doble cara para poder moverlos y colocarlos donde sea más conveniente para la destinataria.

El calendario mostrará de forma visual la medicación á tomar. Se representará cada medicamento a través de un pictograma. Para ello, se han buscado pictogramas que sean fáciles de recordar y de identificar según el tipo de medicamento que se trate, es decir, la elección de los pictogramas no ha sido de forma aleatoria sino que se han tenido en cuenta las características de los mismos y, cómo Gelita responde a ellos. Por ejemplo el medicamento **Keppra 100mg/ml** tiene un sabor desagradable y Gelita siempre lo califica como un veneno, de esta forma se

ha puesto la imagen de una botella con una calavera y así, consecutivamente para facilitar su recuerdo.

La simbología de los pictogramas y su relación con la prescripción farmacológica serán explicados el primer día del taller. Para ello, se recurrirá a una tabla en la que se pueda indicar las equivalencias entre medicamento y pictograma (Ver Anexo 11.Tabla 7).

Además, para no romper con las rutinas de la familia se le va a poner en el dispensador de las pastillas que utiliza a diario, los distintos pictogramas para que por las mañanas a Gelita le sea más fácil cogerlas de las cajas y las introduzca en sus distintos apartados. Así cuando sea la hora de la toma, mantenga una conducta mecánica. Al mismo tiempo, dentro de la gestión de su tratamiento farmacéutico, la usuaria tendrá a su disposición un calendario adaptado, dado que presenta problemas de visión, para ser consultado en caso de duda. El almanaque se pondrá en un lugar visible y accesible a Gelita, por ejemplo en la cocina que es el lugar donde tiene los medicamentos y el cual, le facilitará su consumo en las distintas ingestas de alimentación a lo largo del día (Ver Anexo 12).

Dentro de las actividades diarias de Gelita y sus rutinas, el punto horario que regula todo lo que sucede a lo largo del día es la mañana por eso, durante esta parte del día se organizará el dispensador y a través del calendario, será capaz de respetar todas las tomas del día, sus dosis y su forma de administración.

Tomando todo lo anterior en consideración, en las primeras sesiones de este taller, Gelita estará siempre acompañada por la Educadora Social hasta que ésta considere que ya no es necesario su apoyo y vea viable que la anciana es capaz de gestionar sus medicinas de forma autónoma.

Implantar esta pauta en las conductas de Gelita requerirá de un proceso riguroso y meticuloso ya que el avance se medirá a partir de los pequeños logros y progresos que consiga la destinataria. Primero con ayuda y después sin ella. De este modo, paulatinamente se dejará espacio para su autonomía.

Aun cuando la autonomía sea parcial, es decir, con ayuda esporádica (toma el medicamento con la supervisión de la Educadora Social, pero es Gelita la que prepara las dosis) o total (las primeras veces que gestione el tratamiento sin la supervisión de la Educadora Social), se mantendrá un cierto grado de supervisión externa para comprobar que toma las pastillas y el jarabe adecuadamente y que todo está bajo control. La fase siguiente se configura con el seguimiento de la usuaria, hecho que pondrá de manifiesto que ya es totalmente autónoma en su gestión

medicamentosa y por lo tanto, no será necesario que la Educadora Social observe in situ si cumple con las pautas.

La última fase del seguimiento implicará a los familiares para que, en presencia de algún olvido, dada la leve disfunción cognitiva que a veces presenta la usuaria, puedan seguir potenciando la autonomía de Gelita con un suave grado de control y un refuerzo positivo hacia los logros alcanzados.

© **Actividad de Cierre:** Es necesario llevar a cabo una sesión de clausura una vez terminado el taller central para verificar que nuestra persona mayor puede realmente consumir medicamentos de forma autónoma. Esta acción básicamente tiene como finalidad hablar con ella sobre el transcurso del proyecto y sobre los objetivos conseguidos. Será indispensable crear un clima tranquilo y acogedor para que la destinataria y su familia se sientan a gusto para expresarse sin tener la sensación de estar siendo evaluados. Para ello, se elaborará una plantilla de observación sistemática que le servirá a la Educadora Social para registrar rápidamente lo acontecido en esta fase de cierre (Ver Anexo 13. Tabla 8).

#### **4.8. Temporalización**

**¡Medicamentalízate, Gelita!**, se llevará a cabo partiendo de un cronograma (Ver Anexo 14. Cuadro 1). Esta configuración es tan solo una propuesta orientativa puesto que, la puesta en marcha del proyecto y el desarrollo de sus actividades al estar adaptadas a las capacidades físicas, mentales y emocionales de la destinataria, podrán obligarnos a reformular el mismo en función de las necesidades, logros y leves errores que puedan surgir en el transcurso del mismo.

En el proyecto, las primeras dos sesiones serán de 1h dado que corresponden con un nivel de información, presentación y sensibilización sobre la importancia de tomar adecuadamente los medicamentos.

Tras estas fases iniciales, la duración de las restantes mantendrán una dimensión temporal igual. Estas se corresponden con el taller **«¡Tómame!»** (un mínimo de 2-3 meses aproximadamente), en donde, se realizarán varias sesiones semanales, aunque el propio proceso indicará su adaptación espacio-temporal según nos lo vaya indicando la destinataria. La estimación inicial es de ejecutar tres sesiones al día en el horario correspondiente con las distintas tomas (duración de una hora y media a dos horas en cada una de las partes del día, mañana, tarde y noche). Progresivamente podremos llegar a una sesión diaria de lunes a viernes, haciendo un total de cinco a la semana. Estas últimas sesiones tendrán una duración de alrededor de una hora y media y se ejecutarán a las 09.00h de la mañana. Para ello, la

Educadora Social se acercará a la vivienda de Gelita un poco antes de iniciar este horario.

La idea es tener tres sesiones diarias en un primer momento para que Gelita se sienta apoyada y adaptándose a la gestión de sus medicinas. Después, pasaremos a una sesión de control que fomente su autonomía.

Tras terminar con las sesiones correspondientes al taller, se procederá a hacer una actividad de cierre que se estima que dure sobre una hora, pero variará en función de la retroalimentación o feedback que la destinataria muestre a la Educadora Social.

Evaluar esta retroalimentación, nos indicará que aunque se proponga un mínimo de sesiones para la implementación del proyecto, también es importante dejar un margen para las modificaciones oportunas sin olvidar el correcto cumplimiento de los objetivos planteados.

#### **4.9. Recursos humanos, materiales y económicos**

El agente responsable del desenvolvimiento del proyecto de intervención socioeducativa será tan solo una profesional, una Educadora Social que se encargará de diseñar, planificar, implementar y evaluar la propuesta programática. Tiene experiencia previa con este colectivo al realizar el Prácticum II en las instalaciones de un centro de día de personas mayores.

Los recursos materiales con los que se cuenta, serán creados y aportados por la profesional según el grado de ajuste que exijan los contenidos a trabajar así como, el desarrollo de las actividades mencionadas anteriormente. Para esto, debemos contar con material fungible (cartulinas, plásticos, rotuladores, iconos, etc.) y material inventariable como es el ordenador y la impresora, que facilitarán la adquisición y creación de los recursos materiales que se adaptan a la destinataria.

Finalmente, será necesario tener en cuenta un mínimo de gastos (material fungible, servicio de copistería...) que se generan a lo largo de la implementación del proyecto (Ver Anexo 15. Tabla 9).

#### **4.10. Evaluación**

Evaluar un proyecto nos obliga a preguntarnos en qué medida ha funcionado y sobre todo, si se han conseguido los objetivos que nos habíamos propuesto al inicio de la propuesta y tras su implementación. En este caso, pretendemos medir los cambios logrados en relación a la autonomía de Gelita en la gestión de su «mini farmacia particular». Al tratarse de una sola profesional la que estará al cargo de la implementación, se ve conveniente utilizar una evaluación interna estructurada

siguiendo las fases de García Antelo (2016) (Ver Anexo 16. Gráfica 1). Así mismo, el proceso de evaluación establecido a lo largo del proyecto, pretende recuperar información del todo el proceso (Diseño, planificación, formulación de objetivos, implementación, seguimiento, metodología y evaluación).

La evaluación inicial de necesidades nos permitirá conocer la situación en la que se encuentra la persona mayor. Será elaborada a partir de la observación y entrevista con ella misma y con sus familiares previamente al inicio del proyecto. Esta evaluación inicial se perfila en la pertinencia, la calidad intrínseca y técnica y la viabilidad (Ver Anexo17 ).

La evaluación de implementación, se ejecutará cada dos semanas a través de la cumplimentación de un «Protocolo de seguimiento» (Ver Anexo 13. Tabla 8). Con este modo de actuar, se tendrán en cuenta los progresos obtenidos así como, los imprevistos que vayan surgiendo para ir solventándolos progresivamente. Se fijarán criterios en las actividades, la temporalización y la adecuación de los recursos(Ver Anexo17).

Teniendo en cuenta que es un proyecto personalizado y de duración corta determinamos que la evaluación final sea sumativa como reflejo general de todos los logros parciales que la destinataria ha alcanzado. El objetivo será principalmente determinar la eficacia objetiva y subjetiva, la efectividad, la eficiencia y el impacto (Ver Anexo17).

#### **4.11. Conclusiones**

Tras la planificación del proyecto, se pone de manifiesto que la adecuada gestión de la medicación en los mayores es un tema relevante en la sociedad del siglo XXI. La implementación de *¡Medicamentalízate, Gelita!* es determinante en el área de la educación para la salud puesto que, implica una mejora en la calidad de vida de los mayores. Además, este tipo de intervenciones sociosanitarias y educativas tienen efectos positivos sobre las funciones cognitiva y emocional de los gerontes, puesto que ayuda a detener los signos de la dependencia. Se observa, así, la importancia de desarrollar programas centrados en trabajar la educación sanitaria y social en la vejez tanto en la área farmacológica como en la educativa.

# C ONCLUSIONES

Tras la elaboración de este TFG damos cuenta del grado de cumplimiento de los objetivos del mismo:

En primer lugar, verificamos seguir los requisitos y las recomendaciones de la guía y del programa de la materia, ajustándose a la modalidad elegida.

En segundo lugar, constatamos la relación teoría-práctica propia de un/a Educador/a Social en su quehacer profesional al relacionarlo con algunas de las materias cursadas.

En tercer lugar, demostramos la adquisición de competencias para planificar, evaluar e innovar la práctica profesional, elemento que queda patente en el diseño y la planificación del proyecto que da nombre al punto cuarto de este TFG.

Por último, desarrollamos de forma sistémica un trabajo original que incluye como mínimo:

- a) Delimitación del tema: El tema elegido es concreto y abarcable. Dentro de la salud en las personas mayores, se pueden trabajar multitud de enfoques socioeducativos, sin embargo; la gestión medicamentosa y educativa de las actividades de la vida diaria es algo preciso y necesario para el colectivo que nos ocupa.
- b) Formulación de objetivos: Obedece a dos momentos distintos. En primer lugar, a la identificación de los objetivos del TFG dentro de la materia en el plan de estudios y, en segundo lugar, atendiendo a los objetivos del proyecto. En este sentido se han confeccionado los objetivos en función de las necesidades de la destinataria del proyecto y preferencias propias. A partir de los objetivos propuestos, se ha podido tomar decisiones que permitan abordar la ausencia socioeducativa que teníamos presente.
- c) Selección, análisis y tratamiento de información: Para ello, se ha realizado una parte conceptual básica para iniciar el tema con la finalidad de configurar las decisiones técnicas que como Educadora Social se han llevado a cabo hacia el planteamiento del proceso de intervención.
- d) Elaboración de conclusiones y propuestas de trabajo: Se han establecido reflexiones a partir de la parte teórica y llevado a cabo un proyecto de

intervención que da respuestas de mejora a la acción socioeducativa planteada.

Además, a partir de este trabajo se ha podido establecer una relación práctica entre los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera en la realidad en la que me he visto inmersa para así, poder aplicar las competencias necesarias en la labor socioeducativa.

En relación a los objetivos del TFG, mencionados en la introducción, se ha logrado profundizar en el binomio «salud-personas mayores» y trabajar con Gelita la autogestión de medicamentos mediante el conocimiento de herramientas y habilidades necesarias para dicha gestión responsable y, por medio de los logros del primer objetivo, se ha podido llegar a la consecución de un mejor estado de ánimo de la destinataria. Este hecho, me ha permitido como Educadora Social abrir camino en un campo de la Educación Social desconocido para mí y, además, he podido ser consciente de la personalidad de mi abuela y reconocerla mejor en relación a su salud objetiva (estudios clínicos) y subjetiva (identificación de cómo ella se siente ante la enfermedad).

En torno a la temática específica de la gestión de medicamentos de forma autónoma en la ancianidad, consideramos que el aprendizaje ha sido significativo porque se han abordado todos los puntos principales a nivel teórico. Me he dado cuenta de la importancia que recae en la figura del profesional de la Educación Social y del valor tan positivo que tiene el trabajo interdisciplinar con otros profesionales para garantizar una atención integral y personalizada para cada caso en particular. Este último apartado se ve reflejado en la propuesta de proyecto de intervención ***¡Medicamentalízate Gelita!***

La autogestión de medicamentos en la vejez es un campo de trabajo emergente debido al aumento de la población mayor. Los gerontes consumen a diario medicamentos y son necesarios profesionales que cubran estas necesidades (socio-sanitarios y educativos). El papel de los/as Educadores/as Sociales en el campo farmacéutico se predice que será una meta profesional partiendo de lo redactado en el presente trabajo.

Finalmente, nos gustaría destacar que este trabajo me ha permitido adquirir y confeccionar competencias, conocimientos, habilidades destrezas, actitudes... en relación a tareas multidisciplinares e interdisciplinares en donde cada técnico pone a disposición de los demás los conocimientos especializados y específicos que posee para que el proceso de intervención sea integral y adaptado al destinatario.



# BIBLIOGRAFÍA E WEBGRAFÍA

- Abellán García, A. y; Pujol Rodríguez, R. (2016). *Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 14. [Fecha de publicación: 22/01/2016]. Recuperado en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
- Aguar, O. (1981). *Drogas y fármacos de abuso*. Madrid: Artes Gráficas COIMOFF.
- Aguilar, M. J. y Ander-Egg, E. (1995). *Cómo elaborar un proyecto: Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Buenos Aires: Lumen.
- AIEJI (2003). *Marco Conceptual de las Competencias del Educador Social*. Recuperado de: <http://aieji.net/wp-content/uploads/2010/12/Professional-competences-ES.pdf>
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Aldana González, G.; García Gómez, L.; Jacobo Mata, A. (2012). Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) como alternativa para la estimulación de los procesos cognitivos en la vejez. *CPU-e, Revista de Investigación Educativa*, 14, 153-166.
- ANECA. (2005a). *Libro Blanco del Título de Grado en Pedagogía y Educación Social*. Volumen 1. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA).
- ANECA. (2005b). *Libro Blanco del Título de Grado en Pedagogía y Educación Social*. Volumen 2. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA).
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- ASEDES (2007). *Documentos profesionalizadores. Definición de educación social; Código deontológico del educador y la educadora social; catálogo de funciones y competencias del educador y educadora social*. Barcelona, ASEDES.
- Ayuso, M. y Holzmann, R. (2014-2015). Longevidad: Un breve análisis global y actuarial. *Documentos de trabajo Instituto BBVA de Pensiones*. 1, 1-14.
- Ballesteros Jiménez, S. (Dir.) (2007). *Envejecimiento Saludable: Aspectos, Biológicos, Psicológicos y Sociales*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) y Editorial Universitas.
- Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (Coords.) (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Belando, M. (2001). *Vejez física y psicológica. Una perspectiva para la educación permanente*. Cáceres: Universidad de Extremadura.
- Bizkarra Maiztegi, K. (2014). *Historia de la Medicina*. Recuperado en <http://zuhaizpe.com/wp/wp-content/uploads/2014/05/8.historia-de-la-medicina.pdf>
- Blasco, M. y Pérez J. (2011). *Envejecimiento*. Madrid: Cataratas.
- Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. (Eds.) (2015). *Manual de Trastornos Adictivos*. (2ª Edición). Madrid: Servicios de Edición: Enfoque Editorial, S.C.
- Caballero, F. (2006). *La salud en la tercera edad*. Madrid: Cultura, SA.

- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Caplan, G. (1985). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Barcelona: Paidós.
- Centeno, C. (2005). *Pedagogía Social. Marco metodológico y profesional del educador*. Jaén: Formación Alcalá.
- Chueco Ramírez, F. J. (2014). *Revisión bibliográfica: Envejecimiento activo, personas mayores y TIC*. Trabajo Fin de Grado (TFG). Jaén: Universidad de Jaén.
- EAE Business School (2015). *El gasto farmacéutico en España en 2015. Evolución internacional y situación desde el punto de vista nacional*. Madrid: Autor.
- Encuesta Nacional de Salud España (2011/12). Informes monográficos. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Recuperado de: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/CVRS\\_adultos\\_EQ\\_5D\\_5L.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/CVRS_adultos_EQ_5D_5L.pdf)
- Feliz Murias, T. (2010). *Diseño de programas de educación social*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Envejecimiento satisfactorio*. Madrid: Pfizer.
- Froufe, S. e Sánchez Castaño, M. A. (1994). *Planificación e intervención socioeducativa*. Salamanca: Amarú Edicions.
- Fundación BBVA (2003). *Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España*. Bilbao: Autor.
- Fundación para el Desarrollo de la Salud Holística [FUNDESALUH] (2000). *Concepto de Salud Holística*. Recuperado en <http://www.saludality.com/concepto-de-salud-holistica/>
- García, A., Rabadán, J. A, y Sánchez, A. (2006). *Dependencia y vejez. Una aproximación al debate social*. Madrid: ARÁN.
- García Antelo, B. (2016). Tema 2: Avaluación de programas. Documento de trabajo de la materia Evaluación de programas en Educación Social. (Documento policopiado).
- García, M. y Martínez, R. (2012). *Enfermería y envejecimiento*. Barcelona: Foteletra SA.
- García-Moya, R. y Turón, P. (2009). *Cuidados terapéuticos de enfermería geriátrica. Técnicas y procedimientos de alimentación, administración de medicamentos y seguridad en el anciano*. Vigo: Ideaspropias.
- Gil, M., García de Vinuesa, S., y Sánchez, G. (2007). *Uso racional de medicamentos. Documentación de apoyo a las actividades de Educación para la Salud*. Mérida: Junta de Extremadura. Consello de Sanidad y Consumo.
- Gómez, A. (2006). *Ancianos y medicamentos. Para auxiliares de ayuda a domicilio*. Sevilla: MAD, SL
- Gutiérrez Moar, M. C. (2009). As emocións do enfermo versus coidador cando existe un diagnóstico de Alzheimer. En Zapico Barbeito, M<sup>a</sup>. H.; Rodríguez Rodríguez, X.; Barreiro Pérez, R.; Pena Ledo, M<sup>a</sup> del C. e Fernández Sanmamed de Santos, A. (Coords.) *O Alzheimer e outras demencias en Galicia unha visión interdisciplinaria* (pp. 75-88). A Coruña: ToxoSoutos.
- Gutiérrez Moar, M<sup>a</sup> C. (2010). Vellez. J. A. Caride Gómez y F. Trillo Alonso (Dirs.) *Dicionario Galego de Pedagogía. Guías A-Z* (pp. 562-564). Vigo: Xunta de Galicia e Editorial Galaxia.
- Gutiérrez Moar, M<sup>a</sup> C. (2013). Las arrugas de la crisis. Cambios que afrontan los mayores y los educadores sociales. En S. Torio; O. García Pérez; J. V. Peña y C. M. Fernández (Coords.) *La crisis social y el Estado de Bienestar: Las respuestas de la Pedagogía Social* (pp. 460-468). Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo.
- Gutiérrez Moar, M<sup>a</sup> C. e Castro González, M<sup>a</sup> R. (2015). Formación y nuevos yacimientos de empleo ante el envejecimiento poblacional. En M. Valcarce Fernández, M<sup>a</sup> R. Castro González e A. Rial Sánchez (Coords.) *Actas do XV*

- Congreso Internacional de Galicia e Norte de Portugal de Formación para o Traballo. "A formación, a orientación e o emprego, determinantes na vulnerabilidade social". "Cidadanía, poboación activa e sociedade inclusiva: impacto da crise no patrimonio inmaterial das persoas".* Celebrado en Ourense el 26, 27, 28 setembro 2013. (pp. 665-685). Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións e Intercambio Científico da Universidade de Santiago de Compostela. Publicado en formato CD ROM con ISBN: 978-84-16183-80-7.
- Hernández Morales, H. T. y Hernández Cardona, M. L. (2014). *El uso de las TIC en la población Mayor*. Trabajo Fin de Grado (TFG). Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira.
- Hospital Universitario de Fuenlabrada (2017). *TEAyudamos*. Madrid: Fuenlabrada. Autor. Recuperado en <http://www.hospitaldefuenlabrada.org/tea/cuidate.php>
- IMSERSO (2009). *Nuevas miradas sobre el envejecimiento*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- IMSERSO (2011). Observatorio de Personas Mayores Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELLES. Boletín sobre el envejecimiento, 50. Recuperado en <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletino/pm50.pdf>
- Iñesta García, A. (2011). *Sobre medicamentos y Farmacoeconomía*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad (ENS), Instituto de Salud Carlos III y Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Jiménez-Martín, S. y Andrea Viola, A. (2016). *Consumo de medicamentos y copago farmacéutico*. Recuperado de <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-06.pdf>
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada. Canada: Minister of Supply and Services Canada. Recuperado en <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios. BOE, 178, de 27 de julio de 2006. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-13554>
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Publicado en el BOE, 240 del 5 de octubre de 2011. Recuperado de: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-15623](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-15623)
- Levine, R. (1982). *Farmacología. Acciones y reacciones medicamentosas*. Barcelona: Salvat Editores.
- Limón Mendizábal, M<sup>a</sup>. R. (2016). Envejecimiento activo, empoderamiento y aprendizajes en la vejez. En J. M. Touriñan y S. Longueira, (Coords.). *Pedagogía y construcción de ámbitos de educación. La función de educar* (pp. 259-284). Colombia, Cali: REDIPE.
- Lirio, J. (Coord.) (2005). *La metodología en Educación Social. Recorrido por diferentes ámbitos profesionales*. Madrid: Dykinson.
- López, J. (2008). *Medicamentos, placebos y fraudes*. Jaén: Formación Alcalá.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1989). *Uso de medicamentos en la tercera edad. Situación en España*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2015*. Madrid: Autor.

- Núñez Montenegro, A. J. y Otros (2014). Adherencia al tratamiento en pacientes polimedcados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Atención Primaria*, 46(5), 238-245.
- OMS (1985). Uso racional de los medicamentos. Informe de la Conferencia de Expertos Nairobi, 25-29 de noviembre de 1985. Recuperado en <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21286es/s21286es.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006). Consultado el 23 de Noviembre de 2016. Recuperado de: <http://www.who.int/about/es/>
- OMS (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OMS (2010). *Informe sobre la salud en el mundo. La Financiación de los Sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal*. Suiza: Autor.
- Ortega Navas, M. C. (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía (REOP)*, 21(2), 462-470.
- Pérez Serrano, G. (2000). *Elaboración de proyectos sociales. Casos prácticos*. Madrid: Narcea.
- Quintana, J. (Coord.). (2012). El educador social y las personas mayores. [Vídeo (DVD)]: *experiencias de práctica profesional para educadores sociales: modelos de buenas prácticas para estudiantes de educación social*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Rabasseda, X. (1994). *Fármacos en pacientes geriátricos, insuficiencia renal o insuficiencia hepática : qué medicamentos prescribir*. Barcelona: J.R. Prous.
- Rancaño Rodríguez, M. I. y Otros (2015). *Libro del residente*. Segovia. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG).
- Real Academia Española (RAE, 2014). *Diccionario de la lengua española* (23.Ed.). Madrid: Autor.
- Real Decreto-ley 9/2011 de 20 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011. Boletín Oficial del Estado. BOE, 200 de 20 de agosto de 2011. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2011/08/20/pdfs/BOE-A-2011-14021.pdf>
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE, 98 de 24 de abril de 2012. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
- Resolución de 19 de diciembre de 2013, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el Acta del acuerdo sobre las tablas salariales para el año 2013 del VII Convenio colectivo de enseñanza y formación no reglada. BOE, 3 de enero de 2014. Recuperado en: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-201471](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-201471). Consultado en abril, 2017.
- Rodríguez Domínguez, S. (1989). *La vejez: historia y actualidad*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Ruipérez, I. (1999). *Salud y enfermedades en los mayores*. Barcelona: Glosa.
- Salas, C. y Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 36-46.
- Sánchez Bayle, M.; Llopis, E. S. y Palomo, L. (2011). *Copago Sanitario: ¿eficacia, eficiencia o negocio?*. Madrid: Fundación Primero de Mayo.
- Sancho Castiello, M. T. y Otros (2007). «Saber envejecer. Prevenir la dependencia.» Un modelo para el diseño de materiales didácticos. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 41 Suplemento 2, 2-16.
- Sempere, J.; Acosta, A.; Abdallah, S. y Ortí, M. (2010). Enfoques sobre bienestar y buen vivir. Madrid: Centro de Investigación para la Paz (CIP-Ecosocial).

- Serra Urra, M. y Germán Meliz, J. L. (2013). Polifarmacia en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(1), 142-151.
- Simó, S.; Fraile, D.; Sánchez, A.y García-Algar, O. (2013). Dispensación de medicamentos sin prescripción médica en oficinas de farmacia. *Anales de Pediatría*, 79(1), 10-14.
- Sociedad Española de Gerontología y Geriatria (SEGG) (2006). *Tratado de Geriatria para Residentes*. Madrid: Autor.
- Sociedad Española de Gerontología y Geriatria (SEGG) (2011). *Manual del residente en geriatría*. Madrid: Autor.
- TAO Control (2017). Control del INR. Recuperado en  <http://www.tao-control.com/control-inr.html>
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Vallés, J. (2009). *Manual del educador social. Intervención en Servicios Sociales*. Madrid: Pirámide.
- Villafaina Barroso, A. y Gavilán Moral, E. (2011). Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 4(35), 114-123.
- Villar Posada, F. (2001). *Personas Mayores y TIC*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya. Recuperado en  [http://www.ub.edu/dpssed/fvillar/principal/pdf/2001b\\_personas\\_mayores\\_tic.pdf](http://www.ub.edu/dpssed/fvillar/principal/pdf/2001b_personas_mayores_tic.pdf)

# A NEXOS

## Anexo 1: Tipología de Salud.

Tabla 1. Tipología siguiendo la Ley 33/2011 de General de Salud Pública, OMS (2016), Gutiérrez (2009) y [FUNDESALUH], (2000)

<b>Salud pública</b>	Abarca todas aquellas actividades estructuradas por las Administraciones pública mediante un trabajo sectorial y transversal que, junto con la colaboración de la ciudadanía, tienen el objeto de prevenir las patologías, proteger, promover y recuperar el estado de salud de la población independientemente del colectivo.
<b>Salud laboral</b>	Su finalidad es conseguir en los empleados un alto nivel de bienestar físico, psíquico y social en función de las características y riesgos que puede haber en el puesto de trabajo; así como el ambiente y el peso que tiene este sobre el individuo. Para ello, se fomentará la prevención de los riesgos, la rehabilitación, el diagnóstico de tratamiento y la adaptación, para aquellas enfermedades surgidas en el contexto.
<b>Salud ambiental</b>	Es aquella encargada de la identificación, la evaluación, la gestión y la comunicación de los peligros sanitarios que tenga la persona en relación con el medio; la vigilancia de sus agentes y de su ubicación; del reconocimiento de cualquier política que minimice el riesgo ambiental y de la prevención de enfermedades que se puedan producir por esta vía. Este tipo de salud está vinculada con los factores externos ambientales que puedan afectar a la salud de la persona.
<b>Salud mental</b>	Responde con aquellas actividades que tienen una vinculación con el área psicológica. Se corresponde con la promoción de una buena calidad de vida y con la prevención de los desordenes mentales relacionados con su tratamiento y su rehabilitación. Es decir, la salud mental alude al equilibrio y armonía existente entre el contexto que nos rodea y nosotros mismos.
<b>Salud social</b>	Se refiere a la capacidad que posee un individuo para poder interaccionar y comunicarse con el resto de la población dentro del medio en el que vive, condicionado por un contexto y una cultura concreta que la propia sociedad impone.
<b>Salud física</b>	Es aquella relacionada con el funcionamiento y desarrollo biológico de nuestro cuerpo. En esta salud influye el estilo de vida, las características personales y el medio ambiente que rodea al individuo.

**Tabla 1. Tipología siguiendo la Ley 33/2011 de General de Salud Pública, OMS (2016), Gutiérrez (2009) y [FUNDESALUH], (2000). (Continuación)**

<p><b>Salud emocional</b></p>	<p>Cuando reconocemos que la experiencia emocional es un factor determinante de nuestra salud y bienestar. Así Ortega Navas (2010) mantiene que las emociones positivas y negativas influyen en nuestra salud. En este sentido, las emociones pueden, enfermarnos o protegernos de las enfermedades.</p> <p>Una buena salud emocional se mantiene cuando el ser humano experimenta armonía entre lo que piensa (razón-cognición), lo que siente (sentir: afecto, emociones y sentimientos) y lo que hace (conducta-comportamiento). Así, para Gutiérrez (2009) la salud emocional implica dos preguntas: Una, ¿Cómo te encuentras? Y dos, ¿Cómo te sientes? Unen razón y emoción para poder actuar interdisciplinariamente desde el ámbito del autocuidado y sanitario junto al socioeducativo.</p>
<p><b>Salud holística integral o total</b></p>	<p>Se define como “Un estado armónico en equilibrio dinámico de los componentes espiritual, psíquico, orgánico, social y energético del ser humano, en su contexto determinado y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” Fundación para el Desarrollo de la Salud Holística [FUNDESALUH], (2000).</p> <p>Fundamentalmente, la salud holística posee las siguientes características<sup>33</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Positiva. Defendemos un concepto de salud desde una perspectiva positiva.</li> <li>• Bienestar. Enfatizamos el bienestar en vez de la enfermedad.</li> <li>• Unicidad. El ser humano es una unidad entera.</li> <li>• Integridad. No existe la salud integral si una dimensión no es saludable.</li> <li>• Vida saludable. Desarrollo de hábitos de vida saludable.</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración a partir de Ley 33/2011 de General de Salud Pública, OMS (2016), Gutiérrez (2009) y [FUNDESALUH], (2000).

## **Anexo 2. Cambios en la historia de la salud en la tercera y cuarta edad.**

### **Cambios en la historia de la salud en la tercera y cuarta edad**

Para Bizkarra Maiztegi (2014) ya desde la antigüedad se ha investigado para buscar las causas que llevaban a que los organismos enfermaran. Hipócrates (460 a. C.-370 a. C.)<sup>34</sup> fue uno de los intelectuales que observó con detenimiento este fenómeno en la persona mayor. Pero Aristóteles (384 A.C.-322 A.C.)<sup>35</sup> profundizará en sus pesquisas. Después, en el siglo II Galeno (130-200 d.C.)<sup>36</sup> hará avances en la medicina enfocando las características de los abuelos con cierto deterioro. Luego, durante la Edad Media, la medicina sufrió un estancamiento y la vejez fue apartada. Lo importante a destacar en esta época es la escuela de Salerno<sup>37</sup> que "se dedicó a confeccionar «regímenes de salud y de longevidad»" (Bizkarra Maiztegi, 2014, p. 25). Será en el siglo XIII cuando Roger Bacon (1214-1294)<sup>38</sup> denominara la vejez como afección que era necesario de tratar. Posteriormente las épocas que siguen, se hará hincapié en la higiene y en la anatomía para prevenir las enfermedades.

A lo largo de los siglos XIX y XX, los estudios que se realizaron sobre la vejez eran metódicos. Se descubrieron algunos trastornos cerebrales que influenciaban en este rango de edad y sus posibles curaciones y, se consolidaron ciencias como la geriatría<sup>39</sup> y la gerontología<sup>40</sup>. Desde entonces hasta nuestros días, se ha realizado multitud de investigaciones sobre la senectud y la salud debido al porcentaje de longevos que existen en el mundo.

**Anexo 3 Tabla 2.«Edades» del proceso de envejecimiento.**

**Tabla 2.«Edades» del proceso de envejecimiento**

<b><i>Edad cronológica</i></b>	Hace referencia al hecho de que la persona cumpla años cada cierto tiempo desde su nacimiento hasta la muerte. Relaciona el avance del número de años vividos del individuo con su deterioro físico-químico.
<b><i>Edad biológica o física</i></b>	Relacionada con el estado físico de la persona que va variando sus características y que afecta y, modifica al organismo en su conjunto gradualmente. Este tipo de edad se relaciona estrechamente con la siguiente.
<b><i>Edad psicológica</i></b>	Viene determinada por a la capacidad de la persona a adaptarse al medio y por sus vivencias a lo largo de su vida. Tiene que ver con las características personales de cada colectivo de edad, las competencias cognitivas, afectivas y de personalidad.
<b><i>Edad social</i></b>	Alude a los distintos roles que realiza una persona con respecto a los otros individuos de la sociedad. Además, está relacionado con la cultura, la economía, el trabajo...

**Fuente:** Elaboración a partir de Rodríguez (1989), Ruipérez (1999) y Caballero (2006).

#### Anexo 4. Gasto farmacéutico español por habitante.

**Tabla 3. Evolución del gasto farmacéutico público**

La EAE Business School (2015) recoge que la evolución del gasto farmacéutico público en el sistema nacional de salud específico para Galicia por habitante en euros (€) entre 2006 y 2014 es la que se presenta en la siguiente tabla, lo que se resume en una reducción del gasto farmacéutico del -1,11%

Año	Gastos (€)
2006	287,3€
2007	298,7€
2008	317,9€
2009	337,6€
2010	340,1€
2011	303,0€
2012	261,17€
2013	250,82€
2014	248,04€

**Fuente:** Elaboración a partir de EAE Business School (2015).

**Tabla 4. Gasto farmacéutico español por habitante entre Comunidades Autónomas**

Se destina más dinero	Se destina menos dinero
1. Extremadura (269€)	1. Melilla (131,31€)
2. Galicia (248€)	2. La Rioja (135€)
3. Asturias (239€),	3. Asturias (138,61€)
4. Valencia (223€)	4. Andalucía (139,14€)
5. Aragón (219€).	5. Canarias (148,12€).

**Fuente:** Elaboración a partir de EAE Business School (2015).

## **Anexo 5. El Copago de los jubilados adscritos al Seguridad Social.**

### **El Copago de los jubilados adscritos al Seguridad Social**

Para los trabajadores adscritos al régimen general de la Seguridad Social que se jubilan, el copago existente cuando eran activos (40 %) desaparecía totalmente en el momento de la jubilación antes de 2012 lo que aumentó la propensión a consumir medicamentos sin receta en un 13-14 % y con receta en un 16-18 %. Tras la reforma los pensionistas del Sistema Nacional de Salud deben financiar el 10 % del precio de venta de los medicamentos (con un tope mensual en función de la renta anual) mientras que los no pensionistas tienen entre un 40 a un 60 % de copago en función de la renta anual. El caso especial de un copago del 60 % es para los pensionistas con una renta anual igual o superior a 100.000€ y con un tope mensual de 60€.

**Fuente:** Elaboración a partir de Jiménez-Martín y Andrea Viola (2016).

## **Anexo 6. Clasificación: Consumo de medicamentos en pacientes crónicos y pacientes con dolencias puntuales**

### **Clasificación: Consumo de medicamentos en pacientes crónicos y pacientes con dolencias puntuales**

Los pacientes crónicos dentro del marco del abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) para la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012), para una correcta evaluación de los/as ancianos/as es necesario un correcto tratamiento del dolor ya que, dos de cada tres personas de edad avanzada padecen una patología crónica, bien única o pluripatología<sup>41</sup>. Las patologías pueden tener el foco en cualquier aparato o sistema del cuerpo. Este grupo de sujetos consumen fármacos para el dolor y para prevenir que la enfermedad empeore física o psíquicamente y no para curarse, es decir, mantener los órganos dentro de unos límites constantes para garantizar una buena calidad de vida. A su vez, estas personas, al margen de sus dolencias crónicas, están expuestas a otras patologías leves pero agudas como pueden ser: la gripe, el resfriado... Por este motivo, teniendo en cuenta su estado de salud, está demostrado que procuran seguir cuidadosamente el tratamiento médico prescrito.

Por lo que se refiere al número de patologías crónicas para la persona López (2008) menciona que no es lo mismo si se padece una única o varias. El tratamiento para los mayores, como es de lógica, será diferente desde el punto de vista farmacológico, por ejemplo, en la pluripatología los más consumidos son los vasodilatadores. Por el contrario, para el resto son los analgésicos, antidiabéticos, las vitaminas, entre otros que tienen una considerable incidencia en el mismo.

Y en segundo grupo de tratamiento, están las personas mayores que en un principio se encuentran bien y están «sanos», pero utilizan los medicamentos para combatir enfermedades puntuales, corregir trastornos o prevenir cualquier indisposición. En estos casos, mayoritariamente suelen tomar analgésicos y vitaminas. En concreto las vitaminas juegan un papel importante en la persona mayor a causa de una posible mala alimentación y/o de descuidos nutricionales, que a veces es motivado por la escasez de recursos económicos o, a otros problemas varios (no saben cocinar, no tienen suficiente movilidad física para acceder al supermercado, no son conocedores de alimentos saludables...). Así pues, se podría añadir que este colectivo en un principio, no tiene rasgos de ser dependiente, pero sí que consumen cantidades superiores que otros colectivos sociales (Ruipérez, 2009).

## Anexo 7: Clasificación de medicamentos más usados y riesgos asociados

### Clasificación según García-Moya y Turón (2009)

#### Riesgos asociados según Gil, García de Vinuesa y Sánchez (2007)

- Fármacos del sistema nervioso

Las enfermedades que se tratan con este tipo de fármacos ocupan un lugar menor en comparación con otros tipos (antiulcerosos, hipercolesterolemia, antiagregante, antidiabético...), pero igualmente con valores significativos.

*Estimulantes centrales:* Favorecen la actividad del encéfalo y de la médula espinal. Tratan de equilibrar la depresión y activan las funciones vitales en casos de shock y síncope.

*Analgésicos:* Calman el dolor, cuando es profundo se tratan de narcóticos y, tienen acción sedante y cuando no lo son; tienen acción analgésica, antiinflamatoria y antipirética.

*Anestésicos:* Ocasionan relajación del músculo, provocando el sueño.

*Hipnóticos:* Producen el sueño.

*Sedantes:* Tranquilizan y relajan sin necesidad de ocasionar el sueño calmando el estado de ansiedad y tensión.

*Antiepilépticos o anticonvulsivos:* Cancelan las convulsiones sin provocar depresiones en el sistema central.

- Fármacos del sistema endocrino

*Corticoesteroides:* Elimina las reacciones antiinflamatorias graves y poseen función inmunosupresora.

*Andrógenos y estrógenos:* Intervienen en el control del desarrollo y la conservación de los órganos sexuales del hombre y de la mujer y, en los caracteres sexuales secundarios.

*Progestágenos:* Cambian la fase endometrial proliferativa en receptora que está dispuesta para recoger el ovario fecundado.

*Insulina:* Reduce la cantidad de glucosa en la sangre.

*Hormonas tiroideas:* Regulan el metabolismo del cuerpo.

- Fármacos del aparato urinario

*Diuréticos:* Favorecen que haya un mayor volumen de orina.

*Antisépticos urinarios:* Son utilizados para el tratamiento de las posibles infecciones que son consideradas crónicas en las vías urinarias.

- Fármacos del aparato respiratorio

*Antitusígenos:* Favorece el alivio de la tos.

*Expectorantes:* Favorece la disminución del moco y fluidifican las secreciones.

*Broncodilatadores:* Son los que debilitan el escozor en las paredes de los bronquios que dificultan la respiración.

- Fármacos del aparato cardiovascular:

Quizás son los más utilizados en el colectivo de las personas mayores y juegan un papel muy importante en este rango de edad debido a las dolencias que se sufren. Se prescriben preferentemente para el aparato cardiovascular, pero muchas veces son indicados para otro tipo de patologías que son comúnmente válidos.

*Cardiotónicos:* Aumentan el ritmo muscular del corazón.

*Antirrítmicos:* Son las encargadas de controlar las arritmias, normalizar la frecuencia y el ritmo cardiaco.

*Antianginosos:* Ejercen la función de vasodilatadores del corazón, disminuyendo la solicitud del oxígeno.

*Vasodilatadores:* Incrementan el tamaño de los vasos sanguíneos cuando la sangre pasa por ellos. En nuestro país su uso es muy frecuente en estas edades.

*Coagulantes:* Beneficia el proceso de coagulación de la sangre.

*Anticoagulantes:* Alargan el funcionamiento de la coagulación sanguínea.

*Antihipertensivos:* Tienen una función diurética y vasodilatadora.

- Fármacos del aparato digestivo

*Antiácidos:* Menguan el dolor y contrarrestan la acidez que existe en el estómago.

*Antiulcerosos:* Ayudan a la cicatrización de las úlceras que se pueden formar debido a que minimizan la secreción gástrica.

*Antieméticos:* Rebajan las náuseas y los vómitos, favoreciendo el funcionamiento del aparato digestivo.

*Laxantes:* Aplacan el estreñimiento y aumentan el peristaltismo.

*Astringentes:* Aminoran la evacuación intestinal y disminuyen el peristaltismo.

Luego, existen los antibióticos y sulfamidas, ambas intervienen sobre las infecciones. Provocan que el germen se muera o que se paralice su multiplicación mediante el trabajo de las defensas del organismo.

Todos estos fármacos anteriormente mencionados se pueden presentar de distintas formas farmacológicas<sup>42</sup> en función de las características del/de la paciente, de su comodidad y de su situación clínica. Lo importante en la prescripción es facilitarles que sigan el tratamiento farmacológico de la mejor forma posible.

Así mismo, aunque se intente facilitar las cosas, existen personas que tienen un mal consumo de los medicamentos y esto trae consigo ciertos riesgos. Los más destacados son para Gil, García de Vinuesa y Sánchez (2007) los siguientes:

- Dependencia y adicción medicamentosa: La dependencia física se produce debido a las adaptaciones normales del cuerpo a la exposición crónica de una sustancia. Se experimentan «síntomas de abstinencia» al reducir o detener bruscamente el consumo del fármaco. Y la adicción, puede incluir en la dependencia física, pero se distingue de la dependencia por la búsqueda y el consumo compulsivo de la sustancia a pesar de sus consecuencias que en ocasiones pueden ser devastadoras.
- Los efectos secundarios: Son aquellas reacciones adversas y distintas a las curativas que aunque no suelen ser graves, son incómodas. Siempre van a estar expuestos en el prospecto del medicamento, aún así, la persona no está obligada a sufrir dichos efectos y en la mayoría de casos, son muy poco frecuentes. Sin embargo, si aparecen se deberán tomar las debidas precauciones. La presentación de estos efectos puede ser debida a factores como: el tipo de dosis, la edad del paciente, la vía de administración...
- Las reacciones alérgicas: Se producen cuando el sistema inmunitario del paciente y el fármaco son incompatibles y reaccionan entre sí dando lugar a síntomas alérgicos. Suelen ser visibles a través de la piel o, porque hay una dificultad respiratoria. Son imprevistas y surgen siempre que la persona consuma un medicamento concreto debido a su composición química.
- La interacción farmacológica: Se produce cuando el paciente toma más de un fármaco a la vez (polifarmacia) y los efectos/beneficios de uno modifican al resto. Pero estas interacciones también se pueden dar,

entre un fármaco y los alimentos o, entre los fármacos y el alcohol; originando así, efectos indeseados como la toxicidad y/o la ausencia de eficacia. Además la mayoría de las veces, es causa de la ausencia de un control exhaustivo del tratamiento. Al lado de las reacciones alérgicas, las interacciones son los dos riesgos más destacables.

- La falta de información: Procede de la falta de educación sanitaria. Conlleva a un mal uso e incumplimiento del tratamiento que supone peligrar la salud del paciente.

En concreto, el uso de fármacos entre los mayores puede traer consigo algún tipo de problema ocasionado por una errónea información. Tanto los médicos como los farmacéuticos muchas veces dudan de los medicamentos porque el mercado farmacológico saca continuamente nuevos productos, es decir, la información que es transmitida a estos profesionales es subjetiva y, surgen dudas sobre los riesgos que tienen.

- Los efectos tóxicos: Al mismo tiempo, a causa de que los mayores consumen más de un medicamento, puede ocasionar que se produzcan intoxicaciones que son visibles por una serie de signos como: mareos, náuseas, vómitos, diarrea, picores..., etc. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; Gómez, 2006 y; Gil, García de Vinuesa, y Sánchez, 2007).

## Anexo 8. Tipos de dependencia farmacológica

### Tipos de dependencia farmacológica

La *dependencia física* se basa en un estado fisiológico transformado a causa de la administración de una medicación duradera en el tiempo. Este tipo de dependencia se verá visible mediante el síndrome de abstinencia. En función del fármaco utilizado, el nivel de dependencia será mayor o menor y sus síntomas variarán.

Por el contrario, en la *dependencia psicológica*, la persona se caracteriza por un estado emocional que lleva a un consumo continuo del fármaco y en el que sus efectos, se hacen obligatorios para mantener su percepción de bienestar óptimo aunque no sea verdad, ya que sus sensaciones de la realidad pueden estar alteradas

Anexo 9. Tabla 4. Recetas farmacéuticas prescriptas.

Tabla 4. Recetas farmacéuticas prescriptas.

MEDICAMENTO	CARACTERÍSTICAS
<p><i>Sintrom 4mg</i></p>	<p><b>Farmacológicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertenece a la familia de los anticoagulantes que reducen la capacidad de coagular de la sangre, previniendo y tratando la formación de coágulos en el interior de los vasos. Solo se toma bajo prescripción médica mediante análisis de sangre.</li> <li>- Para su consumo hay que tener precauciones, controlando la ingesta alimentos con vitamina K (verduras de hoja verde) porque puede modificar los efectos del medicamento.</li> <li>- Se recomienda tomar la dosis siempre a la misma hora del día con algún tipo de líquido.</li> <li>- El comprimido es de color blanco con una marca.</li> </ul> <p><b>De la paciente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelita lo toma desde que se operó del corazón.</li> </ul>
<p><i>TENORMIN 50mg</i></p>	<p><b>Farmacológicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertenece a la familia de los betabloqueantes que actúan sobre el corazón y el sistema circulatorio para el tratamiento de la presión arterial alta, para la prevención de anginas de pecho, para favorecer los latidos cardíacos uniformes y, para la protección del propio corazón en momentos de ataques cardíacos (infartos).</li> </ul> <p><b>De la paciente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelita lo toma de forma complementaria al <i>Sintrom</i>, para el cuidado del corazón.</li> </ul>

**Tabla 4. Recetas farmacéuticas prescriptas (Continuación).**

<p><i>Pantoprazol</i> <i>Davur 20mg</i></p>	<p><b>Farmacológicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es un inhibidor selectivo que reduce la cantidad de ácido (reparador y protector) que se genera en el estómago. Trata las enfermedades pertenecientes con el estómago y el intestino: prevención de úlceras gastroduodenales producidas por fármacos antiinflamatorios, enfermedades de flujo gastroesofágico o esofagitis por reflujo.</li> <li>- El principio activo es Pantoprazol.</li> <li>- Se debe tomar los comprimidos enteros con la comida. Tienen un color amarillo, ovalada y liso.</li> </ul> <p><b>De la paciente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelita lo toma como protector para el estómago, para que no se le dañe por la administración de los medicamentos.</li> </ul>
<p><i>Kepra</i> <i>100mg/ml</i></p>	<p><b>Farmacológicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Es un fármaco para el tratamiento de las crisis de epilepsia (sistema nervioso) leves que a veces le asociaron al deterioro cognitivo. Tiene como principio activo el levetiracetam.</li> <li>-Se presenta en forma de comprimidos y en jarabe.</li> <li>-Se toma durante las comidas.</li> </ul> <p><b>De la paciente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelita lo toma, aunque no es epiléptica, para evitar los ataques epilépticos que puede sufrir de forma esporádica. No puede ingerir los comprimidos por su gran tamaño (por qué se puede atragantar) y el médico ha decidido recetárselo en jarabe.</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia.

## Anexo 10. Tabla 5. Tomas y dosis de la medicación




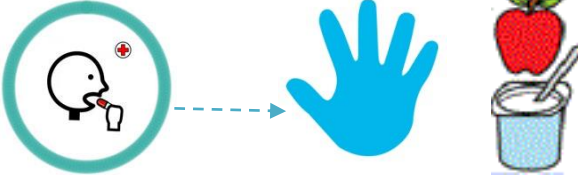







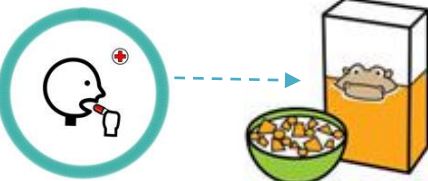


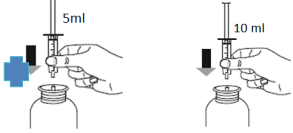

Tabla 5. Tomas y dosis de la medicación

MEDICAMENTO	TOMAS	DOSIS Y HORARIO
<i>Sintrom 4mg</i>	Una vez al día	La dosis según prescripción del médico: en función de la coagulación sanguínea ( <i>Test INR<sup>43</sup></i> ). A las 17.00h junto con la merienda.
<i>TENORMIN 50mg</i>	Una vez al día.	A la mañana en el desayuno media pastilla.
<i>Pantoprazol Davur 20mg</i>	Una vez al día.	A la mañana en el desayuno una pastilla entera.
<i>Kepra 100mg/ml</i>	Dos veces al día.	A la mañana en el desayuno (5ml) y a la noche en la cena (10ml).

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 11. Tabla 6. Equivalencias entre medicamento y pictogramas

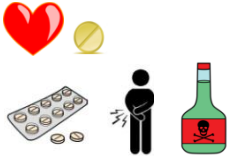
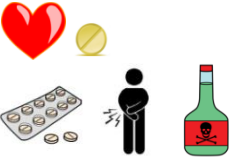

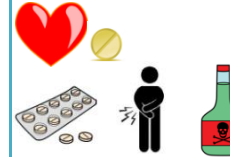
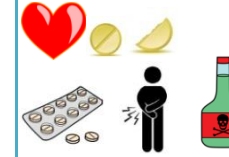


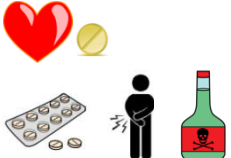

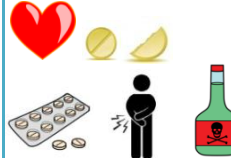



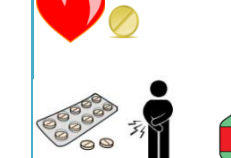

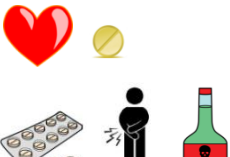


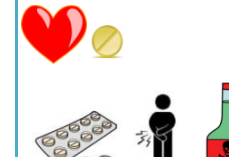

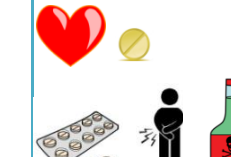







Tabla 6. Equivalencias entre medicamento y pictogramas

MEDICAMENTO	PICTOGRAMA	DOSIS	TOMAS Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN
<p><b>Sintrom 4mg</b></p> 		<p>3/4 1/2</p> 	<p>1</p> 
<p><b>TENORMIN 50mg</b></p> 			<p>1</p> 
<p><b>Pantoprazol Davur 20mg</b></p> 			<p>1</p> 
<p><b>Kepra 100mg/ml</b></p> 			<p>2</p> 

Fuente: Elaboración propia a partir de <http://www.hospitaldefuenlabrada.org/tea/pictos.php>.

Anexo 12. Calendario mensual de Abril-Mayo

Calendario mensual de Abril-Mayo

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
10 	11 	12 	13 	14 	15 	16 
17 	18 	19 	20 	21 	22 	23 
24 	25 	26 	27 	28 	29 	30 
1 	2 	3 	4 	5 	6 	7 

Fuente: Elaboración propia.

**Anexo 13. Tabla 7. Protocolo de seguimiento.**

**Tabla 7. Protocolo de seguimiento.**

**OBSERVACIÓN SISTEMÁTICA**

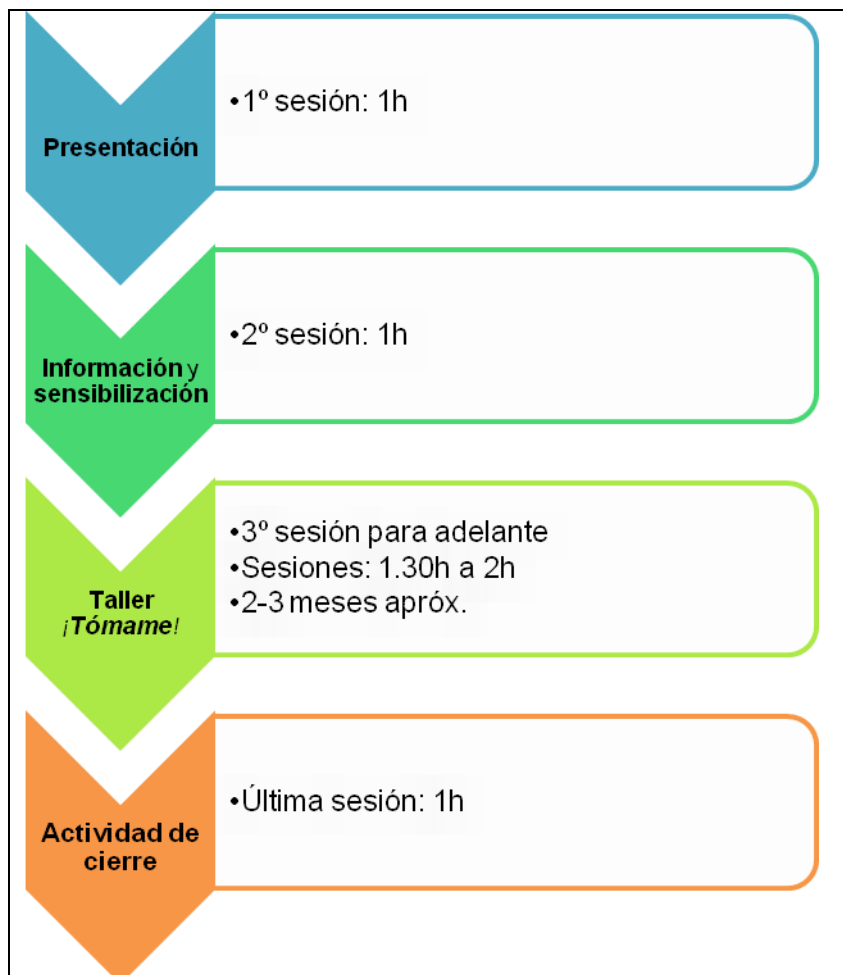
Ficha de evaluación a cubrir por la Educadora Social:

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DÍA</b>
<b>Objetivos que se han obtenido (habilidades adquiridas)</b>	
<b>Aspectos a mejorar según la Educadora social</b>	
<b>Aspectos a mejorar según los agentes externos (la familia, amigos/as, vecinos...)</b>	
<b>Tipo de conductas y actitudes</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Ante las actividades</b></li> <li>- <b>Otros factores</b></li></ul>	
<b>Ritmo de aprendizaje</b>	

**Fuente:** Elaboración propia.

## Anexo 14. Cuadro 1. Cronograma de las actividades

**Cuadro 1. Cronograma de las actividades**



**Fuente:** Elaboración propia.

## Anexo 15. Tabla 8. Clasificación de recursos y presupuesto

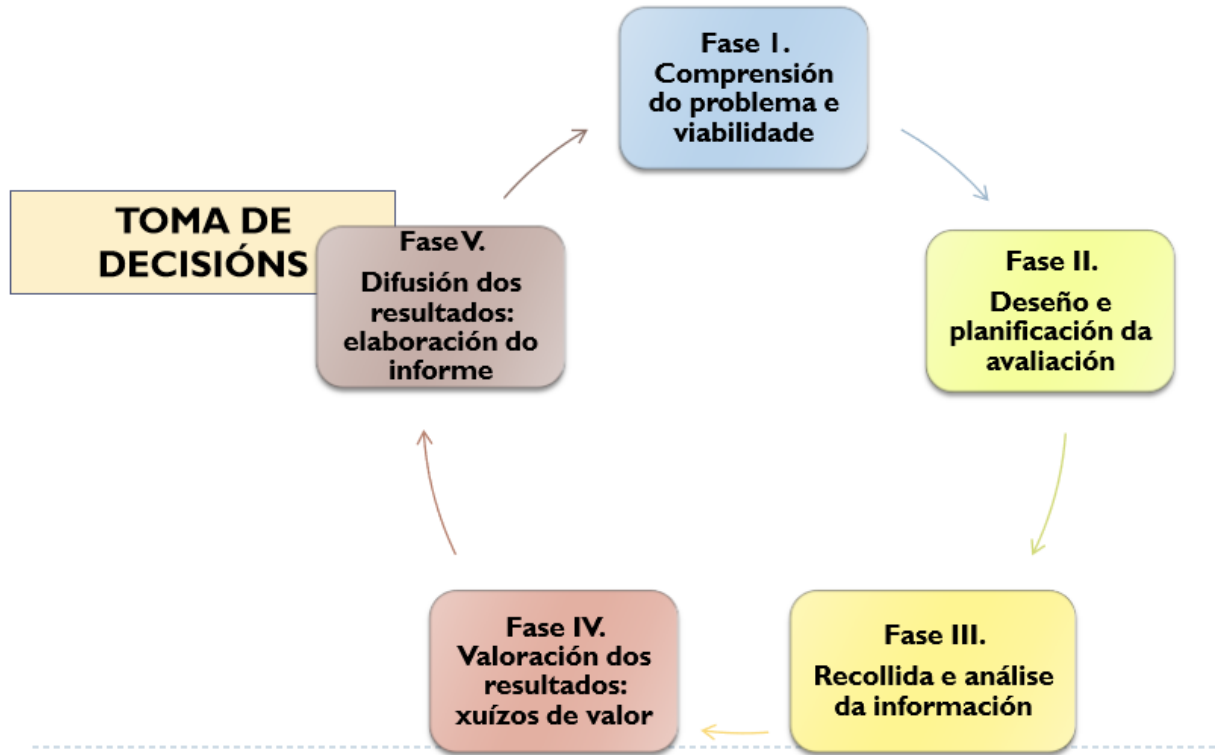
**Tabla 8. Clasificación de recursos y presupuesto**

<b>PRESUPUESTO (€)</b>	
<b>Recursos Humanos</b>	
Una Educadora Social	1140,74 €/mes <sup>44</sup>
<b>Recursos Materiales</b>	
Inventariable: Ordenador con acceso a Internet, impresora	Asignado
Estuche Dispensador farmacéutico	10 € aprox.
Fungible: Cartulinas, folios, bolígrafos, velcro, plásticos, rotuladores... Inventariable:	40 € aprox.

**Fuente:** Elaboración propia.

Anexo 16. Gráfica 1. Fases de evaluación de programas

Gráfica 1. Fases de evaluación de programas



Fuente: García Antelo (2016).

## Anexo 17. Criterios de Evaluación

### Criterios de Evaluación

#### Evaluación inicial de necesidades:

- La pertinencia: Alude a la idoneidad de los objetivos y a la adecuación de las necesidades de la realidad personal y social con la que vamos a trabajar.
- La calidad intrínseca y técnica: Hace referencia a la coherencia entre necesidades-objetivos-actividades, la suficiencia de recursos y, a la presencia de todos los elementos programáticos de modo claro e unívoco.
- La viabilidad: Valora la cantidad y calidad de los recursos (gestión y financiación aceptable), los medios y las características necesarias que certifiquen que es factible personal y socialmente (apoyos, basado en las insuficiencias expresadas).

#### Evaluación de implementación:

- En las actividades se valorará el grado de adecuación (interés e implicación), la suficiencia y la eficacia.
- Es requisito indispensable la secuenciación de las actividades de cara a la consecución de los objetivos propuestos.
- Temporalización: Adaptación de las sesiones de las actividades siguiendo el cronograma previo.
- Adecuación de los recursos: Establecemos su disponibilidad, coordinación y planificación de uso en el ciclo del proyecto.

#### Evaluación final:

- La eficacia objetiva y subjetiva: Nivel de logro de los objetivos.
- La efectividad: Grado de satisfacción de las necesidades y la aparición de otros posibles aprendizajes y resultados positivos (efectos imprevistos, aprendizajes accidentales).
- La eficiencia: Logro de la rentabilidad (relación entre los gastos/beneficios).
- El impacto: Estimación de los efectos que ha tenido el proyecto en la vida cotidiana de Gelita así como, en su entorno familiar y social. En última instancia se podría concluir si el proyecto ha alcanzado el éxito o no y si debería ser modificado parcialmente en algunos aspectos.

**Fuente:** Elaboración a partir de García Antelo (2016).

## Anexo 18. Decálogo del Farmacéutico Comunitario






### Decálogo del Farmacéutico Comunitario

1. Disponer del medicamento en **perfectas condiciones de conservación** para ser dispensado por prescripción médica (éticos) o farmacéutica (publicitarios).
2. Asegurar que el medicamento **no es inadecuado para la enfermedad** o síntoma que se pretende combatir.
3. Que **no existe duplicidad** con otros medicamentos que ya esté tomando el paciente.
4. Comprobar que ese medicamento **no es incompatible** con otros estados patológicos del paciente.
5. Comprobar que **no interacciona** con otros medicamentos que está consumiendo o pretende consumir.
6. Que la dosificación y **pauta es la correcta**.
7. Aconsejar sobre el **uso de ese medicamento, efectos secundarios**, etc., incluida su interacción con alimentos.
8. Hacer un **seguimiento del paciente** en cuanto al cumplimiento, efectividad y reacciones adversas inesperadas.
9. Exigir, a través de su colegio, que el Consejo pactara con la Administración el marco adecuado para llevar a cabo los ocho puntos, los incorporara como obligatorios en los conciertos y pactará su remuneración.
10. Crear y desarrollar una sociedad científica de farmacia comunitaria que tomase como bandera estos puntos y demostrara con estudios serios la mejora que supondría en la calidad de vida y salud de los ciudadanos y en el coste sanitario.




**Fuente:** Martínez Romero (2015). Recuperado de  <http://blogs.sefac.org/que-sirve-farmaceutico/decalogo-del-farmaceutico-comunitario?destination=node/410>

## Anexo 19: Fuentes bibliográficas complementarias

### Fuentes bibliográficas complementarias

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (2017). *Búsqueda de medicamentos. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS-CIMA*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado en  <https://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>
- Agudo Prado, S.; Fombona Cadavieco, J. y Pascual Sevillano, M. Á. (2013). Ventajas de la incorporación de las TIC en el envejecimiento. *Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa*, 12(2), 131-142. Recuperado en  <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4527180.pdf>
- Ceberio, M. R. (2013). *El cielo puede esperar: La cuarta edad: Ser anciano en el siglo XXI*. Madrid: Morata.
- Centros Gerontológicos Gipuzkoa (2012). *Guía farmacoterapéutica para los pacientes geriátricos*. Vitoria (Álava): Autor. Recuperado de  [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/adjuntos/guia\\_pacientes\\_geriaticos.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia_pacientes_geriaticos.pdf)
- Claramut, R., Cabildo, M<sup>a</sup>, Escolástico, C., Jiménez, J. y Santa María, D. (2015). *Fármacos y medicamentos*. Madrid: UNED.
- Comunidad de Madrid (2004). *Guía Farmacogeriátrica*. Madrid: Dirección General de Farmacia y Productos Farmacéuticos, Consejería de Sanidad y Consumo. Recuperado de  <http://semerwp.saluddigital.net/wp-content/uploads/2010/09/Farmacogeriatrica.pdf>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2013). *Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España*. Madrid: Autor. Recuperado de  [http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/10/08/buenas\\_practicas.pdf](http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/10/08/buenas_practicas.pdf)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2015). *Medicamentos y vejez*. Punto Farmacológico, N° 99. Pontevedra: Autor. Recuperado de  [https://www.cofpo.org/tl\\_files/Docus/Puntos%20Farmacologicos%20CGCOG/20150928%20INFORME%20CONSEJO%20MEDICAMENTOS%20Y%20VEJEZ.pdf](https://www.cofpo.org/tl_files/Docus/Puntos%20Farmacologicos%20CGCOG/20150928%20INFORME%20CONSEJO%20MEDICAMENTOS%20Y%20VEJEZ.pdf)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2016). *Buenas Prácticas en Farmacia Comunitaria en España*. Madrid: Autor. Recuperado de  <http://static.correofarmaceutico.com/docs/2016/03/04/bbpps.pdf>

- Corujo Rodríguez, E. y Pérez Hernández, D. de G. (2006). Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano. En SEGG *Tratado de Geriatría para Residentes* (pp. 43- 58). Madrid: Autor.
- Díaz Paradela, M., Díaz Mantis, R., Bravo Díaz, L. y Marhuenda Requena, E. (2000). Estudios de utilización de medicamentos: Revisión. *Pharmaceutical Care España*, 2 (1), 3-7. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/46565>
- Federación Farmacéutica Internacional (FFI) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *Directrices conjuntas FIP/OMS sobre buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios Farmacéuticos*. Netherlands. Autor: Recuperado de [https://www.fip.org/www/uploads/database\\_file.php?id=334&table\\_id=](https://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=334&table_id=)
- Franco Módenes, P. y Sánchez Cabaco, A. (2008). Saber envejecer: Aspectos positivos y nuevas perspectivas. *Foro de Educación*, 10, 369-383. Recuperado en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2907133.pdf>
- Fundación Grunenthal (2004). *Dolor en el paciente anciano. Reunión de expertos*. Salamanca: Universidad de Salamanca. Autor. Recuperado de [http://www.fundaciongrunenthal.es/cms/cda/file/Dolor+en+Paciente+Anciano.pdf?fileID=58100199&cacheFix=1238142819000&\\_k=6cac9b2c2cadcccf40df585358e25c40](http://www.fundaciongrunenthal.es/cms/cda/file/Dolor+en+Paciente+Anciano.pdf?fileID=58100199&cacheFix=1238142819000&_k=6cac9b2c2cadcccf40df585358e25c40)
- Galeduso (2015). Revista do Colexio de Educadores e Educadoras Sociais de Galicia (Ceessg) Nº 11. Monográfico dedicado á «Educación Social e Persoas Maiores». (pp. 1-82). Recuperado en <http://ceessg.org/publicacions/galeduso>
- García, J. C. (2003). *La vejez. El grito de los olvidados*. México: Plaza y Janes.
- Girona Brumós, L. (Coord.) (2014). *Introducción a las interacciones medicamentosas*. Madrid: Sociedad Española de Farmacología Hospitalaria (SEFH). Recuperado de [http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/interacc2014/InteraccionesFarmacologicas\\_pr.pdf](http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/interacc2014/InteraccionesFarmacologicas_pr.pdf)
- Granjel, L. (1991). *Historia de la vejez. Gerontología. Gerocultura. Geriatría*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Gutiérrez Moar, M<sup>a</sup> C. (2008). Valores y educación Integral: Una encrucijada de caminos hacia la felicidad vital. En Sociedad Española de Pedagogía, *Actas de Comunicaciones del XIV Congreso Nacional y III Iberoamericano de*

- Pedagogía. Educación Ciudadanía y Convivencia. Diversidad y Sentido Social de la Educación* (pp. 335-341). Zaragoza. Sociedad Española de Pedagogía.
- Gutiérrez Moar, M<sup>a</sup> C. e Olveira Olveira, M<sup>a</sup> E. (2012). Pedagogía gerontológica, envejecimiento activo y aprendizaje a lo largo de la vida. En C. Geraldés (Dir.) y S. Vieira (Coord.), *Livro Actas do XIV Congresso Internacional de Formação para o Trabalho Norte de Portugal/Galiza: "Construir Projectos, Empreender Carreiras". A Formação, A Orientação e o Empreendedorismo* (pp. 625-629). Porto: Instituto do Emprego e Formação Profissional Delegação Regional do Norte.
- Gutiérrez, M., Serra, E. y Zacaes, J. J. (2006). *Envejecimiento óptimo. Perspectivas desde la psicología del desarrollo*. Valencia: Promolibro.
- IMSERSO (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recuperado en  [http://www.imserso.gob.es/imserso\\_01/envejecimiento\\_activo/libro\\_blanco/index.htm](http://www.imserso.gob.es/imserso_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.htm)
- Martínez Romero, F. (2015). Decálogo del farmacéutico comunitario. Recuperado de  <http://blogs.sefac.org/que-sirve-farmaceutico/decalogo-del-farmaceutico-comunitario?destination=node/410>
- Millán Calenti, J. C. (2006). *Principios de Geriatría y Gerontología*. Madrid: Mc. Graw Hill Interamericana.
- Montiel Gámez, P.; Merino Mandly, A.; Chinchilla Minguet, J. L. y Alfonso Castillo Rodríguez, A. (Coords.) (2015). *Longevidad y Salud. Innovación en la actividad física*. Málaga: Universidad de Málaga y Área de Cultura y Deportes de la Diputación de Málaga.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002). Envejecimiento activo: Un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37, 74.
- Pérez, V. y Sierra, F (2009). Biología del envejecimiento. *Revista Médica de Chile*; 137, 296-302. Recuperado en  [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000200017](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000200017)
- Revista del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos (2012). *Directrices conjuntas FIP/OMS sobre buenas prácticas en farmacia estándares para la*

- calidad de los servicios farmacéuticos. Número Extraordinario, 374, 68-75.  
Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3959019>
- Rodríguez Martínez, A. e Outros (2003). *Intervención Pedagógica en Gerontología*. Santiago de Compostela: Segal.
- Rodríguez Martínez, A.; Mayán Santos, J. M. e Gutiérrez Moar, M<sup>a</sup> C. (2010). *Intervención Pedagógica en Gerontología*. En A. Cabedo (Ed.): *La educación permanente: la Universidad y las personas mayores*. (pp. 231-262). Castellón de la Plana, Publicaciones de la Universidad Jaume I.
- Rodríguez Martínez, A.; Gutiérrez Moar, M<sup>a</sup> C. e Seijas Rosende, B. (2012). *Envejecimiento activo, aprendizaje a lo largo de la vida y buenas prácticas en los Programas Universitarios para las Personas Mayores*. En G. Pérez Serrano (Coord.) *Envejecimiento Activo y Solidaridad Intergeneracional: Claves para un envejecimiento activo* (p. 64 e ss). Madrid: UNED. Publicado en formato CD ROM con ISBN: 978-84-695-5654-2.
- Romans, M., Petrus, A., y Trilla, J., (2000). *De profesión: educador (a) social*. Paidós Iberica.
- Sociedad Española de Gerontología y Geriatria (SEGG) (2007). *Guía Didáctica para Saber envejecer y prevenir la dependencia*. Madrid: Autor.
- Valdez García, J. E. (2004). Salerno: la primera escuela de Medicina. *Revista de Divulgación Médico Científica AVANCES*, 2(4), 37-39. Recuperado en [http://www.cmzh.com.mx/media/107019/rev\\_04\\_salerno\\_la\\_primera\\_escuela\\_de\\_medicina.pdf](http://www.cmzh.com.mx/media/107019/rev_04_salerno_la_primera_escuela_de_medicina.pdf)

---

<sup>1</sup>Recuperado en [http://www.frasecelebre.net/profesiones/escritores/william\\_shakespeare\\_3.html](http://www.frasecelebre.net/profesiones/escritores/william_shakespeare_3.html)

<sup>2</sup> Declaración de Alma-Ata (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), 6-12 de septiembre de 1978. Recuperado en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270)

<sup>3</sup> “O conxunto do funcionamento físico, psicolóxico, emocional, social e espiritual que fai posible que a persoa leve a cabo as súas funcións e responsabilidades para que poida dirixirse á súa realización persoal en situacións diversas. Polo tanto, falamos dun estado biopsicosocial dos individuos como un elemento fundamental para configurar qué se entende por «persoa saudable»” (Gutiérrez, 2009, p. 224).

<sup>4</sup> La salud que especialista sanitario determina en su consulta, una vez examinado y estudiado el paciente.

<sup>5</sup> La salud que percibe la persona en un momento determinado con independencia de que exista o no una patología de base que la justifique.

<sup>6</sup> Recuperado en <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

<sup>7</sup> Recuperado en [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc\\_Eur\\_Salud\\_en\\_Esp\\_2014.htm](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm)

<sup>8</sup> Ver Ballesteros Jiménez (2007); Ceberio (2013); Millán Calenti, (2006); Pérez y Sierra (2009),...

---

<sup>9</sup> Al contrario que en otras edades, en la vejez las enfermedades pueden tener una presentación confusa para la persona porque muchos signos y síntomas no se corresponden con lo que realmente se tiene, siendo el foco del malestar en otro lugar del cuerpo y, que no son tan alarmantes.

<sup>10</sup> Sociedad Española de Gerontología y Geriatria.

<sup>11</sup> "Es una desorganización progresiva e irreversible de una parte del cerebro" (Ruipérez, 1999, p.93).

<sup>12</sup> Estudios que analizan cómo se comercializa, distribuye, prescribe y utilizan los fármacos en una sociedad, haciendo énfasis en las consecuencias médicas, económicas y sociales.

<sup>13</sup> Fármaco o principio activo es toda sustancia capaz de interactuar con nuestro organismo que se utiliza con fines diagnósticos, terapéuticos o de prevención.

<sup>14</sup> Un medicamento contiene uno o más principios activos (fármacos), y un conjunto de sustancias (excipientes) que permiten la adecuada manipulación y administración para que el fármaco llegue a su sitio de acción en el organismo. El medicamento debe contener al principio activo para poder lograr el efecto farmacológico de prevenir, aliviar, controlar, diagnosticar o curar el organismo.

<sup>15</sup> Aquellos que toma cinco o más medicamentos, de forma continuada, durante un período igual o superior a seis meses (Villafaina y Gavilán, 2011).


<sup>16</sup> Uso simultáneo o excesivo de varios medicamentos o preparados farmacológicos prescritos o no (Serra y Germán, 2013).

<sup>17</sup> Magnitud con la que el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento.


<sup>18</sup> Se identifica como cualquier riesgo para la salud de los pacientes o para la salud pública relacionado con la calidad, seguridad y eficacia del medicamento, así como cualquier riesgo de efectos no deseados en el medio ambiente.

<sup>19</sup> Se define como cualquier modificación que sufre la acción de un medicamento por la presencia simultánea de otro/s medicamentos, sustancias fisiológicas y sustancias exógenas no medicamentosas en el organismo.

<sup>20</sup> Es la ciencia que estudia la dosis mínima y máxima en función del sexo, peso, edad, estado de salud y de la dolencia del paciente para informarnos sobre cuál es la cantidad recomendable a tomar de cada medicamento, los intervalos entre las administraciones y la duración del tratamiento (RAE, 2014).


<sup>21</sup> Recuperado de 

<https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antibioticos.pdf>

<sup>22</sup> Administración por cuenta propia de un medicamento es un hecho cotidiano y habitual en nuestra sociedad que se da en la mayoría de los hogares. Se define clásicamente como la utilización de medicamentos conocidos o prescritos anteriormente por un médico o medicamentos que no necesitan receta, hierbas y remedios caseros por iniciativa propia o por consejo de otra persona sin ninguna intervención por parte del médico. Recuperado de  <https://www.salud.mapfre.es/cuerpo-y-mente/habitos-saludables/automedicacion-y-uso-responsable-de-medicamentos/>

<sup>23</sup> En la actualidad, conseguir medicamentos no es tarea difícil y la automedicación va en aumento. Las personas no son conscientes de que el consumo de estas sustancias trae consigo al mismo tiempo beneficios/riesgos que a la larga pueden producir problemas graves como hemos mencionado en el punto anterior.

<sup>24</sup> Caplan (1964 y 1985) distinguía tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria. **Primaria:** Todavía no ha aparecido el problema en la población y queremos evitar que aparezca. Es un concepto comunitario y la verdadera prevención, porque queremos reducir el riesgo de enfermar de una población. Las personas y grupos con las que actuamos no tienen ningún problema de salud ni deseamos que lo tenga. **Secundaria:** Busca reducir la prevalencia. Esto quiere decir acortar la duración del problema (detección precoz) al intervenir en las primeras fases del problema (sujetos de riesgo) aplicando el tratamiento adecuado para que no se agrave y **Terciaria:** Busca reducir las secuelas y las consecuencias más negativas del problema de salud. Una vez que el problema ha aparecido y además se ha desarrollado se busca reducir secuelas. Hablamos de intervención, tratamiento o rehabilitación porque la intención es reducir su intensidad o duración, prevenir futuras recaídas o complicaciones, etc.


<sup>25</sup> Dispensación informada y seguimiento farmacoterapéutico. Recuperado de  [http://2011.auladelafarmacia.org/sefac/DOCUMENTOS/Como\\_implantar\\_un\\_servicio\\_de\\_ayuda\\_Modulo\\_4.pdf](http://2011.auladelafarmacia.org/sefac/DOCUMENTOS/Como_implantar_un_servicio_de_ayuda_Modulo_4.pdf)

<sup>26</sup> Recuperado de 

[http://www.portalfarma.com/profesionales/organizacioncolegial/profesionfarma/planfuturofarmaciacomunitaria/Documents/2013\\_10\\_05\\_Documento\\_Procedimiento\\_SPD.PDF](http://www.portalfarma.com/profesionales/organizacioncolegial/profesionfarma/planfuturofarmaciacomunitaria/Documents/2013_10_05_Documento_Procedimiento_SPD.PDF)

<sup>27</sup> Recuperado de  [http://www.fgcsic.es/lychnos/es\\_es/articulos/envejecimiento\\_poblacion](http://www.fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/envejecimiento_poblacion)

<sup>28</sup> La «estrategia glocal» defiende como principio "Piensa globalmente y actúa en localmente."

<sup>29</sup> Recuperado de  <http://ceesg.org/o-ceesg/colexiacion/documentos-profesionalizadores>

<sup>30</sup> La cultura gallega tradicionalmente ha sido matriarcal desde tiempos remotos. La mujer era la que llevaba las riendas de su hogar y la crianza de sus sucesores. Además, se ocupaba del cultivo de sus tierras y del cuidado de los animales para el autoconsumo y venta. Esta situación se ve modificada notablemente cuanto el varón trabajaba fuera del domicilio familiar o estaba emigrado. Cómo heredera del patrimonio familiar (hijo/a mejorado/a que casaba para casa), tenía el deber del cuidado de sus mayores.

---

<sup>31</sup> Una familia extensa en la que se relacionan tres generaciones. Cabe decir, que Gelita vive en su domicilio con su marido y en el mismo pueblo, su hija y sus nietos que diariamente la atienden en su hogar.

<sup>32</sup>Louro es un pueblo en el que, debido su pequeño tamaño, todo la población se conoce. Se divide por zonas denominadas "Rueiros", por lo tanto, todas las personas son conocidas por el "Rueiro" en el que vivan. Gelita vive en el Campo de San Roque que se encuentra en el centro de Louro. Desde su nacimiento vivió allí y no hay persona que no la conozca. Mantiene una relación muy buena con el vecindario, se podría decir que es una persona destacada en la comunidad y muy querida. Entre sus vecinos próximos a su cohorte de edad y hábitos saludables es un ejemplo a seguir debido a su coraje para saber enfrentar la vida a partir de experiencias vitales traumáticas como es la muerte de dos de sus hijos. Aunque ha pasado años de la muerte del segundo, aún hay gente que la visita para mostrar su apoyo y ánimo.

<sup>33</sup> Recuperado en <http://www.saludality.com/concepto-de-salud-holistica/>

<sup>34</sup> Médico griego de la antigüedad que fue considerado el padre de la medicina. Enseñó y practicó la medicina durante toda su vida. Separó la disciplina de la medicina de la religión, cuando indicó que la enfermedad no era un castigo divino, sino una consecuencia de factores ambientales, alimenticios y hábitos vitales. Una de sus grandes aportaciones fue basar sus afirmaciones en la observación y descripción guiándose por la razón, observando síntomas y signos de las enfermedades con mucho detenimiento.

El juramento hipocrático es un antiguo juramento que durante siglos han realizado los médicos en su ceremonia de graduación. Este juramento, es un documento fundamental para la ética y deontología de la práctica médica, fue atribuido a Hipócrates en la antigüedad, aunque investigaciones más modernas indican que podría haber sido escrito después de su muerte. Recuperado en <https://www.ecured.cu/Hip%C3%B3crates>

<sup>35</sup> En el ámbito de la medicina escribió sobre biología y anatomía, física. Su trabajo influyó el desarrollo de la ciencia y la medicina durante siglos hasta ser el fundador de la anatomía comparada. Su sistema fisiológico está centrado en el corazón como el órgano más importante. Recuperado en <http://sergio-lamedicina.blogspot.com.es/2008/06/aristoteles.html>

<sup>36</sup> Para Galeno la enfermedad era un estado del cuerpo contrario a su naturaleza por lo que el sujeto padece cambios inmediatamente en sus funciones vitales. Para que hubiese enfermedad era necesario que el dolor fuese permanente y no algo momentáneo. La enfermedad era un estado del cuerpo y por eso fuera del cuerpo no existía enfermedad alguna. La terapéutica galénica se fundamentaba en el diagnóstico científico. Recuperado en <http://anatomiadelahistoria.com/2012/12/galeno-paradigma-de-la-medicina-en-la-antigua-roma-ii/>

<sup>37</sup> Se puede considerar el punto de arranque de la profesión médica. Fue en Salerno, (1180), donde se utilizó por primera vez el título Doctor, para designar al médico. Y también, se estableció una enseñanza reglada, con programa, método docente y currículo (Valdez García, 2004).

<sup>38</sup> Héroe de la ciencia experimental (matemático, químico y astrónomo) en la Edad Media. Era un pensador avanzado para su tiempo. Uno de sus temas fue el estudio de la vejez para retardar los accidentes de la misma y conservar los sentidos. Le interesaba descubrir las leyes que gobernaban el proceso de envejecimiento.

<sup>39</sup> Rama de la Gerontología y la Medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en el estudio del binomio salud-enfermedad de las personas mayores. Es una ciencia práctica, aplicada, que se ocupa de la asistencia integral a los ancianos.

<sup>40</sup> Área de conocimiento que estudia la vejez y el envejecimiento de una población. Se ocupa, interdisciplinariamente de la promoción de salud abordando aspectos psicológicos, sociales, económicos, demográficos, educativos, legales y otros relacionados con el colectivo de los mayores.

<sup>41</sup> Se dice cuando una misma persona tiene varias enfermedades al mismo tiempo. En general, cuando se han diagnosticado 2 o más enfermedades crónicas (Núñez Montenegro y Otros, 2014).

<sup>42</sup> Las formas farmacéuticas existentes en la actualidad son: sólidas, semisólidas, líquidas y gaseosas. **Formas farmacéuticas sólidas:** Polvos (pueden estar encapsulados), papeles, oleosacaruros, granulados y cápsulas (duras, elásticas o perlas). También se incluyen sellos, tabletas o comprimidos, píldoras, extractos y los supositorios. **Formas farmacéuticas semisólidas:** Pomadas, pastas y cremas, jaleas y emplastos. **Formas farmacéuticas líquidas:** Soluciones, aguas aromáticas, inyecciones, jarabes, pociones, mucílagos (sustancia vegetal viscosa para conseguir un fármaco estable y fácilmente administrable), emulsiones, suspensiones, colirios, lociones, tinturas y extractos fluidos. También se incluyen elixires, vinos medicinales, linimentos, etc. **Formas farmacéuticas gaseosas:** Oxígeno y el óxido nítrico, gaseosas, aerosoles, dispersiones finas de un líquido o sólido en un gas en forma de niebla. Recuperado de <http://www.engenerico.com/formas-farmaceuticas/>

<sup>43</sup> Test INR (Ratio Internacional Normalizada): Los valores recomendados del INR deben de dar entre 2.0 y 3.0 porque la paciente tiene una prótesis valvular aórtica. <sup>43</sup> Recuperado de <http://www.tao-control.com/indice-inr.html>

---

<sup>44</sup> Salario calculado en función da Resolución de 19 de diciembre de 2013, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el Acta del acuerdo sobre las tablas salariales para el año 2013 del VII Convenio colectivo de enseñanza y formación no reglada. BOE, 3 de enero de 2014. Recuperado en: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-201471](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-201471). Consultado en mayo, 2017.