

Capítulo 5

Representaciones sociales de las droguerías en el canal tradicional y moderno en la ciudad de Bogotá

f Carlos G. Rangel Quintero, Claudia M. Padrón Mercado y Diana E. Forero

Introducción

El canal de droguerías viene evolucionando en Colombia hacia modelos más acordes con los mercados internacionales, esto se debe en gran parte a la incursión, a través de inversionistas extranjeros, de un nuevo formato denominado “moderno”, que tiene como características diferenciales un surtido más amplio y profundo de artículos relacionados con el cuidado de la salud y personal, de los cuales el consumidor puede abastecerse por sí mismo mediante la modalidad de venta libre, a diferencia del formato de droguería tradicional, en el cual el consumidor es atendido a través de un mostrador. Esto ha hecho que el canal se transforme y que con él cambien también las relaciones existentes con los consumidores.

Con la incursión en el mercado de nuevos conceptos relacionados con la comercialización de medicamentos a través de diferentes formatos se dinamiza el canal y, de alguna forma, se permite un cambio en los hábitos de compra y consumo de medicamentos, lo cual genera interrogantes respecto a las decisiones de los consumidores frente a los espacios de adquisición de dichos productos.

Al respecto, Zapata (2011) señala a que “los espacios de consumo permiten identidades socioculturales íntimamente relacionadas con las prácticas e interacciones sociales en dichos espacios. Anidados en las percepciones y preferencias de bienes y servicios, los espacios de consumo se convierten en un centro de gravedad socio-cultural” (p. 172). Por tanto, la droguería es un catalizador del consumo de medicamentos y un propiciador de las prácticas de consumo asociadas a ellos a través del *marketing*, la publicidad, la arquitectura, entre otras áreas que transforman el modo de vida poniéndolo al servicio del consumo (Ospina, 2010).

El mercado farmacéutico colombiano alcanza los 3.3 mil millones de pesos (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012), cifra que responde a las droguerías establecidas en el país, razón por la cual estas se convierten en una pieza principal para las compañías farmacéuticas. “Podría decirse que los mercados de la salud están conformados por cuatro industrias: el seguro de salud, los servicios médicos, los servicios de hospitalización y los medicamentos” (Santaerre, *et ál.*, citado por Vázquez, Gómez, & Rodríguez, 2010, p. 198), por tanto, las droguerías son un eslabón primordial en la cadena del mercado de la salud.

Entonces, es importante conocer la forma en que los consumidores de los diferentes formatos de droguerías construyen la realidad social y la forma en que aspectos como la cultura, las experiencias previas con el canal, los procesos de socialización, entre otros, influyen en la explicación, clasificación y evaluación de estos establecimientos.



Representaciones sociales

Los mercados de la salud están conformados por cuatro industrias: el seguro de salud, los servicios médicos, los servicios de hospitalización y los medicamentos

Abric (2001) define la representación social “como una visión funcional del mundo que les permite al individuo o al grupo conferir sentido a sus conductas y entender la realidad mediante su propio sistema de referencias y adaptar y definir de este modo un lugar para sí” (p. 13). Por su parte, Knapp, León, Mesa & Suárez (2002) expresan que “una representación es social si es compartida por un grupo de sujetos y si es elaborada por este, que sirve para explicar el sujeto y sus características a fin de incorporarlo a la realidad social” (p. 155), lo cual ayuda a entender que la representación social es un mecanismo que facilita la socialización de los individuos, puesto que “unos valores, nociones y creencias implican unas determinadas actitudes; y todo ello se relaciona con unos comportamientos particulares” (Candrea & Paladino, 2004, p. 58).

Abric (2001) también indica que las representaciones sociales tienen diversas funciones, entre las cuales menciona: a) permiten entender y explicar la realidad a través del sentido común, que hace más accesible el conocimiento, b) le posibilitan la creación de identidad social a un grupo, c) orientan las conductas, d) permiten tener una anticipación y una expectativa frente a la realidad y e) facultan la explicación y justificación de las conductas.

En su teoría de la representación social, Abric propuso que “toda representación está organizada alrededor de un núcleo central” (2001, p. 20), este es la génesis de la representación social, puesto que “determina la significación y la organización de la representación” (Abric, 2001, p. 20) y es común a todos los miembros del grupo social donde se escenifica, dando así sentido a la interpretación de la representación, pues “todas las interpretaciones se organizan en función del núcleo central” (Jodelet, 1984, p. 489).

En ese sentido, el núcleo es la esencia de la representación, ya que si cambia este, la naturaleza de la representación que se construye a partir de él es otra, “cualquier modificación del núcleo central ocasiona una transformación completa de la representación” (Abric, 2001, p. 21). En resumen, el núcleo tiene funciones de creador y organizador de la representación. Al respecto Abric (2001) comenta:

Este núcleo central está constituido por uno o varios elementos que en la estructura de la representación ocupan una posición privilegiada: son ellos los que dan su significación a la representación. Es determinado en parte por la naturaleza del objeto representado; por otra parte, por la relación que el sujeto – o el grupo – mantiene con dicho objeto, y finalmente por el sistema de valores y normas sociales que constituyen el entorno ideológico del momento y del grupo. (p. 22)

Adicional al núcleo existen los elementos periféricos que son propios de cada individuo del grupo, matizan la representación y “se organizan alrededor del núcleo central. Están en relación directa con él, es decir, que su presencia, su ponderación, su valor y su función están determinados por el núcleo” (Abric, 2001, p. 23) y ayudan a evolucionar la representación a través del tiempo.

Abric (2001) comenta que dentro de las funciones de los elementos periféricos están: a) la de concreción, donde anclan la representación un entorno y una realidad particular, b) la de regulación, que le permite a la representación adaptarse y evolucionar a partir de los cambios tenidos en el medio ambiente, c) la de defensa, por cuanto varían primero estos que el núcleo central, permitiendo así que la representación social se mantenga en el tiempo y no se transforme.

Así mismo, al hablar de representaciones sociales, Candreva & Paladino (2004) mencionan la influencia de estas en la conducta de los individuos, así, comentan que “los comportamientos en el cuidado de la salud están enraizados por los conocimientos acumulados por las representaciones sociales, que tienen un carácter dinámico y que se van construyendo en las diferentes etapas de la vida” (p. 56).

Bajo esta premisa, los comportamientos en los cuales el sujeto incurre para garantizar los cuidados de la salud se determinan bajo unos componentes simbólico y cultural fuertemente arraigados en el individuo: “el mundo simbólico comprende estructuras de pensamiento y marcos de referencia desde los cuales se interpretan los fenómenos que afectan a los sujetos, configurando un sistema de pensamiento lógico que es aplicado a las actividades cotidianas” (Candreva & Paladino 2004, p. 56).

Tal y como lo formula Abric (citado por Vergara, 2009), términos tales como *la paz, el amor, la violencia, la corrupción, la mentira* y las posibilidades de vivir forman parte de las representaciones sociales asociadas con la salud. En este sentido, Vergara (2009) apunta que respecto a la representación social de la salud “las fuentes de información son un condicionante que se relaciona con el contexto social, que determina en gran medida el tipo de materiales sobre los cuales se constituyen los contenidos de la representación social” (p. 122). El entorno es un condicionante en el tipo de representación que se hace: “la familia, las creencias religiosas, la etnia y los pares influyen en la formación de las creencias sobre la salud de los jóvenes y las jóvenes” (Salazar, ccitado por Vergara, p. 109).

Prácticas de consumo

Canclini (1995) expresa que la identidad del sujeto hoy se construye a través del consumo, y lo define como “el conjunto de procesos socioculturales en que se realizan la apropiación y los usos de los productos” (pp. 42-43). Añade que se expresa en actividades y en la formación de redes sociales en la cuales el individuo se siente incluido y en donde

los hombres intercambiamos objetos para satisfacer necesidades que hemos fijado culturalmente, para integrarnos con otros y para distinguirnos de ellos, para realizar deseos y para pensar nuestra situación en el mundo, para controlar el flujo errático de los deseos y darles constancia o seguridad en instituciones y ritos. (p. 53)

Conforme a lo expresado por Canclini (1995), el consumo encierra todos aquellos aspectos sociales y culturales en los cuales se dan la apropiación y el uso mismo del producto, con los cuales se puede efectuar una diferenciación de clases y de grupos de acuerdo a los bienes que se consumen. Esto permite comunicar y establecer interacciones con otros a través de los productos, que producen una satisfacción biológica y una satisfacción simbólica, y que convierten el mercado en un sitio de intercambio, de interacciones socioculturales en donde se envían y reciben mensajes que transforman el intercambio en un satisfactor de necesidades culturales, de interacción e integración con otros, lo cual habla de cómo “las mercancías sirven para pensar” (Douglas & Isherwood, citados por Canclini, 1995, p. 48).

Bauman (2007) sostiene que el papel del consumo es el de determinar estilos de vida y el de fundamentar las relaciones sociales a través del prisma de lo cultural, por lo cual para la mayoría de personas se torna en su razón de ser, lo que implica pasar de un consumo a un consumismo. Lo define como

un tipo de acuerdo social que resulta de la reconversión de los deseos, ganas o anhelos humanos (si se quiere neutrales respecto del sistema) en la principal fuerza de impulso y de operaciones de la sociedad, una fuerza que coordina la reproducción sistémica, la integración social, la estratificación social y la formación del individuo humano. (p. 47)

Esto muestra cómo el consumo no solo construye una relación con el servicio o producto que se adquiere, sino que además ayuda a configurar un estilo de vida en el consumidor, que será legitimado a través de los bienes consumidos y validado por otros a través de los productos a los que se puede acceder. Particularmente hablando sobre consumo de medicamentos, Márquez & Meneu (2003) plantean que un mayor nivel de vida se asocia con un mayor consumo de medicamentos, pues la sociedad les ha dado a estos el poder de solucionar problemas vitales o sociales, pasando a un consumismo que rechaza la enfermedad y la muerte como aspectos inherentes a la vida y dando lugar a un proceso de medicalización donde se tiende a creer que ciertos problemas tienen solución en la esfera médica. Al respecto Kishore (citado por Márquez & Meneu, 2003) explica ese proceso como “la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas” (p. 47).

..... 
**El papel del
consumo es el de
determinar estilos
de vida y el de
fundamentar las
relaciones sociales**

Menéndez (2003) indica que un factor que genera consumo de medicamentos son las actividades de autoatención, entre ellas la automedicación, que no se refiere únicamente al consumo de medicamentos elaborados por la industria farmacéutica, sino también el de otras sustancias como infusiones de hierbas, alcohol, sustancias alucinógenas y el desarrollo de ciertas actividades tales como la aplicación de ventosas, masajes, cataplasmas, lavados, entre otros. Todos estos, procedimientos efectuados con una autonomía relativa y que están al mismo nivel de las actividades del autocuidado, en las cuales se busca, a partir de la asunción de un estilo de vida, desarrollar actividades destinadas a favorecer la buena salud.

El sistema de salud colombiano tiene un eje central que es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el cual la afiliación es obligatoria y se efectúa a través de las entidades promotoras de salud (EPS), que reciben las cotizaciones de sus afiliados, y a través de las instituciones prestadoras de salud (IPS), que ofrecen el plan obligatorio de salud (POS).

De acuerdo a lo consagrado en la Constitución Política de 1991 y en la Ley 100 de 1993, que creó el actual SGSSS, los beneficiarios de estos servicios son todos los colombianos (Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V. & Vásquez, J., 2011). Dadas las características del sistema de salud, existen dos mercados de medicamentos en el país: el institucional y el comercial.

El primero es manejado por las IPS a través de los hospitales y por las EPS a través de las farmacias adscritas. Los médicos formulan bajo el nombre genérico de la molécula y no existe posibilidad de cambio de la misma en el momento de la entrega. Entre tanto, en el mercado comercial el médico formula por marca o nombre genérico de la molécula, dependiendo de su formación y orientación, y el paciente puede efectuar cambios en el momento de la compra, dependiendo del precio y la fidelidad a una marca, entre otros aspectos (Guerrero *et ál.*, 2011).

La prescripción del medicamento es el producto final de la consulta médica, y en ella se conjugan el saber y la idoneidad del médico con la aceptación y confianza del paciente, los intereses de la industria farmacéutica y la regulación del Estado y de la entidad prestadora de salud (Ramírez, 2006).

La prescripción racional se consigue cuando un profesional bien informado, al hacer uso de su mejor criterio, prescribe al paciente un medicamento bien seleccionado, en la dosis adecuada, durante el periodo de tiempo apropiado y al menor costo

posible para ellos y para la comunidad. (Organización Mundial de la Salud, OMS, citado por Ramírez, 2006).

El 50% de los medicamentos prescritos, recetados, dispensados o vendidos en el mundo se suministran de una manera inadecuada, ocasionando un alto índice de morbilidad, mortalidad y reacciones adversas (OMS, citado por Ramírez, 2006), esto se origina en gran medida porque el médico no tiene plena libertad a la hora de formular, por cuanto existe regulación o porque los laboratorios ofrecen contraprestaciones por las mismas. También se debe a que el dependiente de la farmacia no tiene la capacitación idónea para el desempeño de su cargo o porque la promoción del medicamento está viciada por las dadas ofrecidas por la industria farmacéutica a las droguerías, pues en gran medida “el medicamento ha terminado siendo un bien de consumo y se comercializa siguiendo las técnicas de *marketing* como si fuera un cosmético o una marca de vino” (Ramírez, 2006).

Procesos de socialización

Berger & Luckman (1968) apuntan que la realidad, siendo una “cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición” (p. 11), y el conocimiento, que es la “certidumbre de que los fenómenos son reales y de que poseen características específicas” (p. 11), son los insumos que el sujeto común utiliza para afrontar su vida cotidiana. Por tanto, se puede decir que la “realidad se construye socialmente” (p. 11) y el factor más importante de socialización es el lenguaje, a partir del cual se adquiere el conocimiento cuando el sujeto interioriza las estructuras externas del mundo social haciendo que la objetividad del mundo sea la producción y construcción humana.

El hombre produce el mundo social y luego este actúa sobre el hombre. En ese proceso, la sociedad se convierte en un producto humano y en una realidad objetiva para hacer del hombre un producto social, pues “los hombres producen juntos un ambiente social” (p. 71).

En el tema específico de la salud, Menéndez (1998) sostiene que la participación social se materializa con acciones ejecutadas por el sujeto para solucionar o mejorar los quebrantos que afectan la salud colectiva. Los procesos de salud enfermedad y atención hacen parte de la vida y del imaginario de los sujetos que crean prácticas para erradicar los padecimientos o modificarlos y poder convivir con ellos. Estos se encuentran en cabeza de la mujer, principalmente, dado el desempeño de su rol de esposa y madre.

Al respecto, Muñoz (2010) indica que los procesos de socialización están influenciados por la diferencia de sexo. De esta forma, en el hombre los determinan la productividad, la iniciativa, el liderazgo y la toma de decisiones, tendientes a que asuma riesgos en salud, pues el cuidado, tanto en hombres como en mujeres, lo matizan las aptitudes y las prácticas determinadas por la estructura de la sociedad. “El cuidado de sí es un asunto construido colectivamente, en cuanto la relación social determina el contenido y la intencionalidad de las actitudes, las acciones y las prácticas que engloban este concepto” (Muñoz, 2010, p. 10).

Con respecto a los procesos de socialización específicos dentro del campo de la salud, y de acuerdo a lo manifestado por la Organización Mundial de la Salud (citada por Sánchez, 2011) en términos de influjo en el desarrollo de la atención farmacéutica, en el uso racional de los medicamentos y la prestación de atención sanitaria intervienen de manera crítica los factores socioeconómicos, así como variables como la edad, el sexo, el estado civil, la forma de convivencia, el nivel de estudios, la seguridad social, la situación laboral, los estilos de vida y salud, la presencia de enfermedades y la percepción misma del estado de salud influyen de manera decida.

Arbás, Garzón, Suárez, *et ál.*, y Valderrama, Rodríguez, Palacios, *et ál.*, (citados por Sánchez, 2011) comentan que frente a la edad, las personas mayores de 65 años, dada la tendencia a presentar enfermedades crónicas asociadas y a tener una mayor prevalencia a los factores de riesgo, son las mayores consumidoras de medicamentos. Por su parte, Ramírez, Larrubia & Escortell (citados por Sánchez, 2011) indican que el 85,4% de esta población ha consumido medicamentos durante el último año.

Los hallazgos de García, *et ál.* (2009) concuerdan con los anteriores, pues en un estudio efectuado en Cuba se concluye que dado el aumento de las expectativas de vida en la actualidad, con la edad aumenta la cantidad de medicamentos consumidos. No obstante, y de acuerdo a lo que manifestado por O’Dogherty, Morell, Molero, *et ál.* (citados por Sánchez, 2011), entre un 30% y un 50% de estos pacientes no presentan adherencia terapéutica, entre otros motivos, por olvido, por no percibir alivio respecto a los síntomas de la enfermedad, y por el desconocimiento de la evolución de la patología. Crespo (citado por Ginarte, 2011) relaciona como factores que inciden en la adherencia terapéutica la interacción del paciente con el médico, el régimen terapéutico, las características de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente.

Con respecto a la automedicación en personas jóvenes, Tobón (2002), en su investigación sobre la automedicación en estudiantes de la Universidad de Antioquia, encontró que el 97% de ellos se automedican y argumentan diferentes razones para tener este comportamiento, tales como la comodidad al no tener que solicitar cita con el médico, no hacer turno y así perder tiempo, la economía, pues hay un ahorro al no pagar la consulta, entre otras razones.


Todo lo anterior lleva a plantear preguntas sobre la salud, el autocuidado, la atención del sistema de salud y el acceso a los medicamentos, aspectos que son ejes de la presente investigación. Este estudio persigue como objetivos identificar las representaciones sociales asociadas a las droguerías para los habitantes de la ciudad de Bogotá mayores de 18 años de los estratos 2 al 6. Además, establecer el núcleo central y el sistema periférico de las representaciones sociales asociadas a los formatos de droguerías; describir los procesos de socialización asociados al consumo de medicamentos en los diferentes formatos de droguerías y entender los hábitos y prácticas de consumo de medicamentos, así como los aspectos demográficos y culturales que inciden en los mismos y cómo se asocian a los diferentes formatos de droguerías.

Metodología

Participantes

Para la fase cualitativa se realizó un muestreo de tipo teórico a 6 médicos generales cuya experiencia en su rol era mayor a 10 años, aspecto que soporta la representatividad teórica buscada. Para el componente cuantitativo se efectuó un muestreo aleatorio simple con una confiabilidad del 95%, un margen de error del 7% a una muestra de 196 individuos de los estratos 2 a 6, habitantes de la ciudad de Bogotá.

Los criterios de inclusión tenidos en cuenta fueron que se tratara de sujetos mayores de 18 años y habitantes de la ciudad de Bogotá, ya que todos en algún momento han sido usuarios de droguerías (independientemente del formato de la misma). Los criterios de exclusión contemplados fueron que se tratara de sujetos menores de 18 años, habitantes de una ciudad diferente a Bogotá, que hubieran participado en una investigación reciente o que no quisieran formar parte del presente estudio.

..... 

La automedicación en personas jóvenes el 97% de ellos se automedican y argumentan, la comodidad al no tener que solicitar cita con el médico, no hacer turno y así perder tiempo, la economía, pues hay un ahorro al no pagar la consulta

Diseño

El diseño del estudio para esta investigación fue de tipo mixto, pues de esta manera se puede tener una visión más global que permita , en palabras de Hernández, Fernández & Baptista (2010), “obtener una visión más comprensiva” (p. 552) de la respuesta a la pregunta de investigación. Para el componente cualitativo se efectuó un diseño emergente que busca ir construyendo la investigación a partir del acercamiento al fenómeno estudiado.

Para la fase cuantitativa se utilizó un diseño no experimental de tipo transeccional descriptivo con el cual se buscó indagar las incidencias de las variables en la población (Hernández, Fernández & Baptista, 2010) a través de un muestreo aleatorio. Adicionalmente, a través del análisis de datos textuales se emprendió el análisis de las encuestas, que tuvieron preguntas abiertas y cerradas aplicadas a 196 sujetos utilizando el software SPAD.

Definición de las categorías orientadoras

En el componente cualitativo se trabajó con tres categorías orientadoras a saber: a) *representaciones sociales*, b) *procesos de socialización* y c) *prácticas de consumo*, que fueron definidas párrafos atrás.

Instrumento

En el componente cuantitativo se integraron variables con niveles de medición nominal y textual a través de una encuesta con preguntas abiertas y cerradas, tal y como se presenta en la tabla 1:

Tabla 1. Definición de variables nominales y textuales con niveles de medición

Variable	Definición	Nivel de medición
Sexo	Condición biológica y genética que clasifica a los seres humanos en hombre o mujer	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona	Ordinal
Nivel educativo	Nivel de instrucción alcanzado por una persona	Ordinal
Estado civil	Condición jurídica de una persona y relación establecida frente a su familia de procedencia o la que se ha conformado	Nominal
Ocupación	Labor o quehacer principal que realiza una persona	Nominal
Estrato socioeconómico	Clasificación efectuada a las viviendas o predios de acuerdo a factores tales como los recursos de sus habitantes y las características de la vivienda y su entorno	Ordinal

(Continúa)

Tabla 1. Definición de variables nominales y textuales con niveles de medición (continuación)

Variable	Definición	Nivel de medición
Ingresos mensuales	Contraprestación económica que recibe una persona por el desarrollo de una actividad	Escala
Personas del núcleo familiar	Núcleo social caracterizado por una residencia en común	Escala
Número de hijos	Número total de hijos nacidos vivos	Ordinal
Horas de sueño al día	Duración del sueño nocturno	Ordinal
Frecuencia de actividad física	Ejercicio físico con el fin de mantener y / o mejorar la condición física	Escala
Consumo de cigarrillos	Cantidad de cigarrillos fumados en un periodo de tiempo	Escala
Consumo de bebidas alcohólicas	Cantidad de bebidas alcohólicas consumidas en un periodo de tiempo	Escala
Afiliación a sistemas de servicios de salud	Régimen de salud bajo el cual está afiliado el individuo	Nominal
Percepción del estado de salud	Percepción que realiza el individuo del bienestar de su cuerpo	Nominal
Sufrimiento de enfermedad crónica	Padecimiento del individuo de una enfermedad con una larga duración	Nominal
Consumo de medicamentos	Ingesta que realiza una persona de productos farmacéuticos	Nominal
Tipo de enfermedad padecida	Alteración o desarmonización del estado de salud y bienestar que padece una persona	Nominal
NC y SP de la palabra droguería	Definición central y palabras asociadas por las personas al concepto droguería	Textual
Frecuencia de la compra de productos en droguería	Periodicidad de compra de productos en el canal droguerías	Escala
Definición de tipos de droguerías	Agrupación que realiza el consumidor teniendo en cuenta las características de las droguerías	Nominal
Tipos de productos comprados en la droguería	Mercancías que son adquiridas con regularidad en las droguerías	Nominal
Procesos de socialización del medicamento	Prácticas efectuadas por el paciente en torno al consumo del medicamento a partir de la interrelación social	Textual
Prácticas de consumo del medicamento	Hábitos y comportamientos frente al consumo de medicamentos	Textual

Técnicas e instrumentos

Para el componente cualitativo se diseñó una entrevista en profundidad dirigida a médicos generales a través de la cual se indagaron aspectos de las categorías orientadoras enfatizados en el quehacer médico y en sus puntos de vista frente a las relaciones establecidas entre el paciente y la droguería. Se escogieron profesionales de la medicina porque forman parte de la cadena de servicios de salud y, tal y como lo mencionan Taylor & Bogdan (1987), realizan el papel de observadores del investigador toda vez que son sus ojos y oídos en el campo y aportan una información importante para lograr los objetivos de esta investigación.

En el componente cuantitativo se diseñó una encuesta de 125 ítems aplicada a 196 sujetos, con la cual se buscó profundizar en los aspectos de cada una de las categorías orientadoras a través de la obtención de datos producto de la interacción de los sujetos con la realidad que se investiga. Tal y como lo afirma Naranjo-Gil (2006), “el método de la encuesta es el único que les permite a los investigadores trabajar con muestras amplias y establecer comparaciones estadísticas” (p. 362). Para los dos componentes se contó con la validación de dos jurados expertos.

Procedimiento

Para el desarrollo de la investigación se partió de a) realizar una revisión de la literatura existente y pertinente respecto al problema de investigación. Se elaboró un marco teórico que aborda la psicología social a través de las *representaciones sociales* y su construcción, y se complementó con los *procesos de socialización* y las *prácticas de consumo* de medicamentos; b) se procedió a diseñar los instrumentos de recolección de la información, derrotero de entrevista en profundidad y encuesta, que fueron avalados por jurados expertos; c) se aplicaron los instrumentos y se recolectó la información. Para la fase cualitativa se consiguieron médicos referidos que a través de la técnica de bola de nieve ayudaron a contactar a nuevos participantes. Para la fase cuantitativa, las encuestas se realizaron en diferentes lugares de público concentrado y fueron aplicadas a las personas que quisieron participar en la dinámica de la encuesta verificando que cumplieran con las características de inclusión.

De otra parte, d) se analizaron los datos a través del *software* Atlas TI para el instrumento del componente cualitativo y se utilizó el *software* SPAD para el análisis cuantitativo de datos textuales de la encuesta; e) para el análisis de las variables de corte numérico se utilizó el *software* SPSS y, finalmente, f) con la información obtenida en las entrevistas se procedió a realizar la codificación abierta, axial y selectiva, para luego estructurar las redes semánticas que permitieron el análisis de la información en niveles nominal, asociativo e interpretativo.

Análisis de datos

En el componente cualitativo los datos fueron analizados bajo el método de la teoría fundamentada, que, de acuerdo a lo planteado por De la Cuesta (2006), es una estrategia de la metodología cualitativa y derivada del interaccionismo simbólico que privilegia el desarrollo de la teoría a partir de los datos sin fundamentarse en el razonamiento deductivo de marcos teóricos previos. De esa forma da “unas directrices analíticas que les permiten a los investigadores focalizar su recolección de datos y construir teorías de rango medio a través de sucesivas recolecciones de datos y desarrollos conceptuales” (Charmaz, citado por De la Cuesta, 2006).

De acuerdo con lo expresado por Strauss (citado por De la Cuesta, 2006), “la teoría fundamentada no es una teoría sino una metodología para descubrir teorías que dormitan en los datos” (p. 136). Se trabajó en un proceso de categorización en el que se relacionaron los resultados de las entrevistas a través de codificaciones en niveles abiertos, axiales y selectivos que dieron soporte a las redes semánticas generadas.

Para el componente cuantitativo, y partiendo de la definición de análisis de datos textuales que dan Lebarc, Becué, Abascal, Franco & García (2003) como “el conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones y comprobaciones realizadas a partir de textos con el fin de extraer significado relevante para el problema de investigación” (p. 70), se busca el surgimiento de las representaciones sociales que se dan en los grupos y que den respuesta a la pregunta de investigación.

En ese sentido, Lebarc, *et ál.* (2003) señalan que “cada análisis de respuestas a una pregunta abierta en una encuesta constituye un verdadero trabajo de investigación” (p. 68) que, a partir del análisis del investigador y a través de la fundamentación teórica, da origen a la interpretación y extracción de conclusiones a través de las respuestas a las preguntas abiertas.

Estas, a su vez, se convierten en datos cuando son analizadas en su contexto, haciendo de la estadística textual una herramienta que deja hallar la significación de los textos. Estos dan pautas de las categorías de análisis que permiten establecer o confirmar hipótesis, nuevas relaciones o perspectivas sobre el problema. Así lo plantean Lebart *et ál.* (2003) al afirmar que “los métodos de estadística textual proporcionan herramientas extraordinarias para poder extraer la información contenida en las respuestas. Es el procedimiento de análisis que más se aproxima a la realidad” (p. 74).

Resultados

Con los resultados obtenidos y realizando una prueba de hipótesis con *chi cuadrado* se pueden explicar algunos aspectos del perfil de los sujetos que acuden a las droguerías. En ese proceso se encuentra que el gusto por comprar en las droguerías es más marcado en las personas de mayor edad (prueba *chi cuadrado* = 0.012) y en individuos del sexo femenino (prueba *chi cuadrado* = 0.003). Las personas con menor instrucción académica también son quienes sienten mayor satisfacción al comprar en este tipo de establecimientos (prueba *Chi cuadrado* = 0.000). Del mismo modo, este grupo de sujetos manifiesta sentir mayor confianza con las droguerías de cadena o las que están ubicadas en los supermercados (prueba *chi cuadrado* = 0.024), por su parte, las personas de mayor edad sienten más confianza en las droguerías de barrio (prueba *chi cuadrado* = 0.000).

Frente a los procesos de socialización se encuentra que los hombres son quienes más buscan consejo en otras personas para el tratamiento de sus enfermedades (prueba *chi cuadrado* = 0.008). Adicionalmente, las personas de mayores de 56 años de edad son quienes están más dispuestas a aconsejar a otros en sus quebrantos de salud y respecto a qué medicamentos deben consumir (prueba *chi cuadrado* = 0.035). Estas personas también consideran que ir a consultar en la droguería es una buena alternativa que permite adquirir conocimientos para la atención de las enfermedades (prueba *chi cuadrado* = 0.005). De la misma opinión son las personas con grado de escolaridad primaria o bachillerato (prueba *chi cuadrado* = 0.000).

De otra parte, las personas con edades superiores a los 56 años consideran que en las droguerías les explican mejor el diagnóstico de su enfermedad y entienden más las indicaciones que les dan (prueba *chi cuadrado* = 0.003).

Lo anterior puede indicar que la satisfacción y / o confianza de comprar en un determinado tipo de droguería se traduce finalmente en procesos de automedicación, pues, como se verá más adelante, la droguería se convierte en el consultorio médico del paciente, dados los procesos culturales de automedicación y las dificultades de todo tipo que implican acceder a los servicios de salud.

Los anteriores hallazgos también permiten inferir que el sujeto considera que la droguería es un buen comienzo que le permite, de una forma más práctica y expedita, encontrar una solución a sus padecimientos sin atravesar por el proceso que implica acudir a los servicios de la seguridad social en salud en cuanto a la atención médica y dispensación de medicamentos.

Los sujetos con niveles escolares bajos (primaria y bachillerato) son quienes más número de veces visitan el médico al año, mientras que los pacientes con niveles

superiores de escolaridad lo hacen menos veces (prueba *chi cuadrado* = 0.000). Por otra parte, la variable edad es crítica a la hora de decidir si ante un trastorno de salud se acude al médico. De allí que las personas de mayor edad sean quienes ante un episodio de enfermedad más lo visitan (prueba *chi cuadrado* = 0.006). No obstante, se encuentra también que, ante un evento de enfermedad, este grupo de personas acuden a la droguería (prueba *chi cuadrado* = 0.014), lo cual ayuda a entender que en primera instancia acuden a dicho establecimiento y, si no consiguen mejorar sus quebrantos de salud, entonces sí visitan al médico.

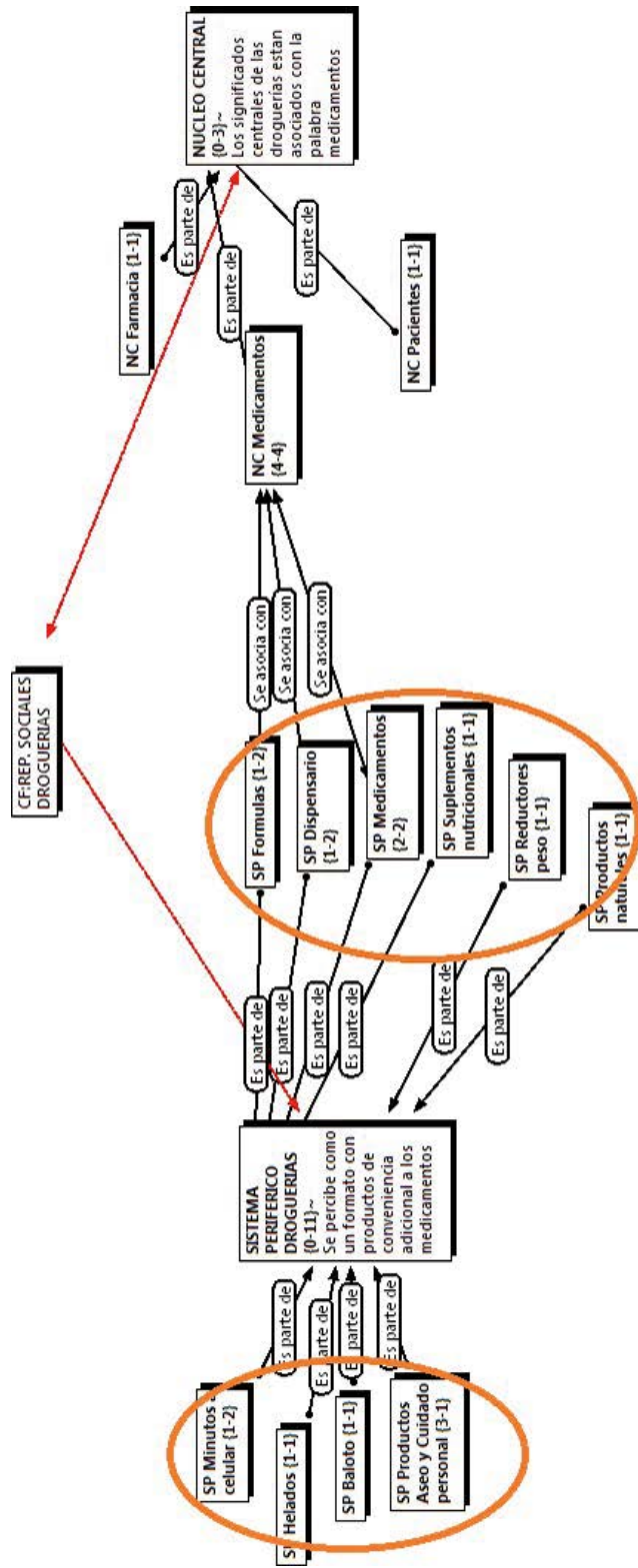
Frente a las indicaciones dadas por el médico, las mujeres son quienes más observancia tienen de las mismas (prueba *chi cuadrado* = 0.037), les siguen los sujetos mayores de 46 años (prueba *chi cuadrado* = 0.001) y los de menor grado de escolaridad (prueba *chi cuadrado* = 0.008). Las personas mayores de 46 años son quienes manifiestan culminar la totalidad del tratamiento ordenado por el médico (prueba *chi cuadrado* = 0.009), de la misma forma actúan las personas con menor instrucción educativa (prueba *chi cuadrado* = 0.009).

Por su parte, las personas con un nivel educativo primario son quienes indican acudir a tratamientos caseros ante un quebranto de salud antes de acudir a otro tipo de ayudas (prueba *chi cuadrado* = 0.031), dentro de ellos, los pensionados y las personas que no tienen actividad laboral son quienes más realizan este tipo de prácticas (prueba *chi cuadrado* = 0.048). Lo anterior puede obedecer a que, en su gran mayoría, las personas de mayor edad son personas que tienen grandes conocimientos de las prácticas de herbolaria y medicina tradicional arraigados culturalmente, los cuales constituyen, en muchos casos, la única forma de encontrar soluciones a los padecimientos en salud.

Respecto de los medicamentos de venta libre, las personas con menor instrucción académica consideran que estos son seguros y que su consumo no representa un riesgo para la salud (prueba *chi cuadrado* = 0.028). Esta consideración es propia también de las personas de mayor edad (prueba *chi cuadrado* = 0.011). En ese sentido, se puede ver la influencia de los medios de comunicación, quienes enfatizan en su publicidad los beneficios de los medicamentos de venta libre y dejan de lado las contraindicaciones.

Respecto a las *representaciones sociales* se encontró que el núcleo central asociado a la droguería gira en torno al medicamento como elemento principal con el cual la asocia el médico. Según Méndez (2000), tanto para el médico como para el paciente, el medicamento es un símbolo porque produce efectos. Al núcleo central lo acompañan elementos periféricos que dan cuenta de la perspectiva que tiene el médico de la droguería como un establecimiento que además de ofrecer medicamentos se convierte en una tienda de conveniencia (figura 1).

Figura 1. Representación social de la droguería



Según lo expresado por Vergara (2008), “el nodo central es el sistema que da significado a la *representación social* y está constituido por aquellos elementos que son importantes no solo cuantitativamente, sino cualitativamente” (p. 68), por tanto, el valor expresivo del núcleo central de la droguería está representado en las palabras *medicamentos* y *salud* (tabla 2). Entre tanto, el sistema periférico de la droguería gira en torno a las experiencias de servicio y atención (tabla 3).

Tabla 2. Valor expresivo en palabras del núcleo central asociado a la palabra droguería

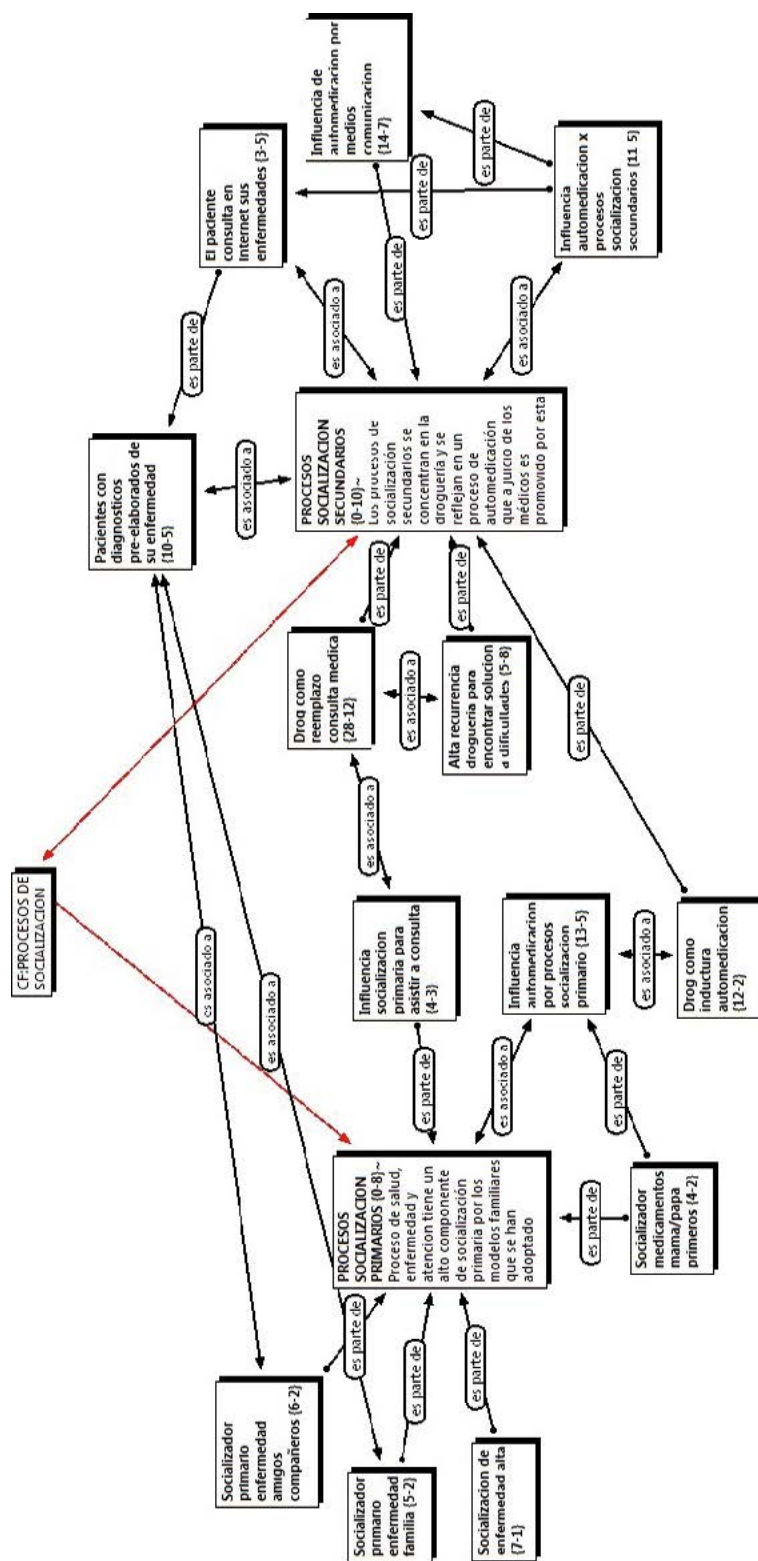
Palabra	Frecuencia	Palabra	Frecuencia
Medicamentos	96	necesidad	7
Salud	62	todo	7
Droguería	26	estado	7
Enfermedades	20	malestar	7
Enfermedad	16	ir	7
Productos	16	alguna	7
Personas	15	allí	7
Mejorar	15	algún	7
Donde	15	sustancias	6
Cuando	13	servicio	6
Medicinas	13	muchas	6
Ayudan	11	algo	6
Médico	10	siempre	6
Drogas	10	atención	6
Puede	9	tengo	6
Medicina	9	Médica	6
Tratar	9	negocio	6
Dolor	9	humano	6
Droguerías	9	bienestar	5
Curar	9	hay	5
Aliviar	8	cuerpo	5
Persona	8	diferentes	5
Elementos	8	muy	5
Ayuda	8	sirven	5
Prevenir	7	farmacia	5

Tabla 3. Valor expresivo en palabras del sistema periférico asociado a la palabra droguería

Palabra	Frecuencia	Palabra	Frecuencia
Medicamentos	51	siempre	6
Salud	34	atención	6
Productos	23	más	6
Droguería	20	ayudan	6
Estado	13	drogas	6
Persona	12	enfermedades	6
Servicio	11	inyectología	6
Enfermedad	11	necesidad	6
Bienestar	11	inyecciones	6
Venden	10	cosméticos	6
Cosas	9	tipo	6
Personas	9	cuerpo	5
Personal	9	tiene	5
Ayuda	9	todo	5
Ser	8	calidad	5
Tener	8	ir	5
Aseo	8	físico	4
Inyección	7	muchas	4
Urgencia	7	obtener	4
Dolor	7	esta	4
Lugar	7	vía	4
Cualquier	7	algunas	4
Belleza	7	medicinas	4
Comprar	6	poder	4
Fácil	5	además	4

Los médicos entrevistados comentan que el paciente socializa la enfermedad, el tratamiento a seguir y una posible visita al médico. Los procesos de socialización primarios y secundarios llevan al paciente a buscar en las droguerías, y a través de las prácticas de automedicación, alivio a sus enfermedades, esto se refleja en la figura 2. Al respecto, Menéndez (1981) indica que “son los procesos de reproducción familiar y las relaciones de eficacia establecidas con los ‘enseñadores’ los que aseguran el desarrollo de la penetración de los fármacos y de la automedicación con los mismos” (p. 8).

Figura 2. Procesos de socialización



El análisis de correspondencias simples efectuado a los datos recolectados en la encuesta para determinar procesos de socialización (figura 3) muestra que en el cuadrante inferior derecho se encuentran particularmente individuos entre los 46 y 55 años del sexo femenino con altos niveles de socialización, dado que aconsejan a otros ante un evento de enfermedad o padecimiento (74 *total acuerdo*). No obstante, no buscan en otros consejo para sus enfermedades (No 70 *Busc Cons*).

La figura 4 muestra cómo las prácticas de consumo de medicamentos tienen una fuerte connotación cultural de parte del paciente y que los procesos de automedicación están muy arraigados en la población y desembocan en la visita a la droguería como la primera alternativa para el tratamiento de los padecimientos.

Dentro de los resultados se debe resaltar que, tanto en los médicos como en los pacientes, la *representación social* de la droguería es el medicamento. Sin embargo, la salud es para el paciente otro elemento de la *representación social* de la droguería, por esto se puede pensar que la imagen de la droguería en el paciente está asociada al bienestar que esta genera al recobrar la salud con el medicamento. Lo anterior dista de los hallazgos efectuados por Álvarez, Acevedo & Durá (2008), quienes encontraron que la mayor explicación de la varianza (23,48%) sobre la salud y la enfermedad la da el componente *hábitos saludables*, que se refiere a las formas cotidianas de actuar.

Los elementos periféricos de la representación social de la droguería, tanto en el médico como en el paciente, dan cuenta de la imagen que estos establecimientos proyectan como sitios de conveniencia, donde se pueden adquirir productos y servicios asociados al bienestar y la salud, pero también de otras categorías no asociadas.

De acuerdo con los hallazgos de la investigación, se encuentra que los procesos de socialización tanto primarios como secundarios que se dan en torno al proceso salud-enfermedad-atención conducen a que los pacientes tengan diagnósticos preelaborados de sus padecimientos y que sea una necesidad del paciente socializar su enfermedad. Dentro la socialización del proceso salud-enfermedad-atención, la mujer juega un papel protagónico, pues en ella recae culturalmente la responsabilidad de la salud y el bienestar de su grupo familiar.

Figura 3. Procesos de socialización /adquisición de conocimiento en la droguería

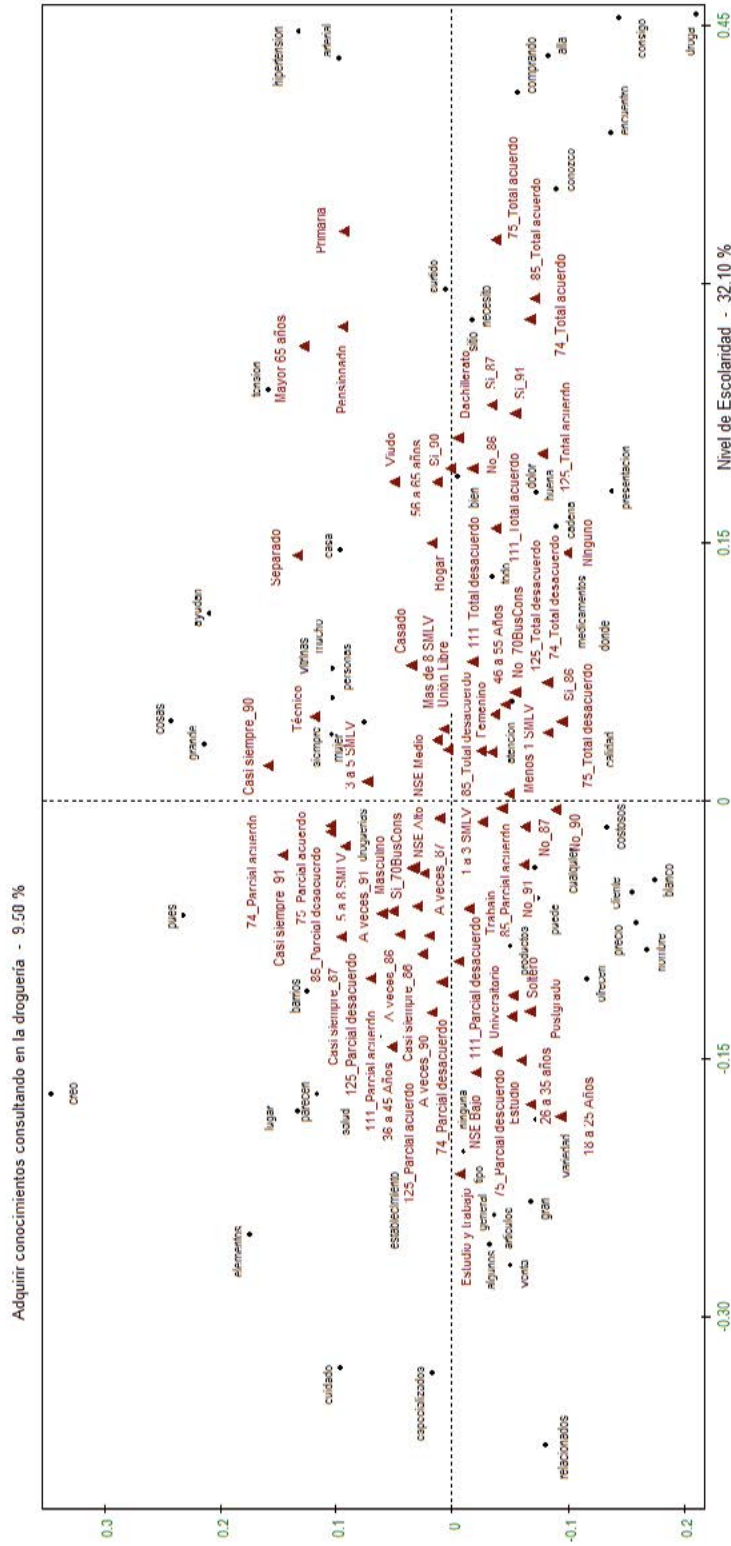
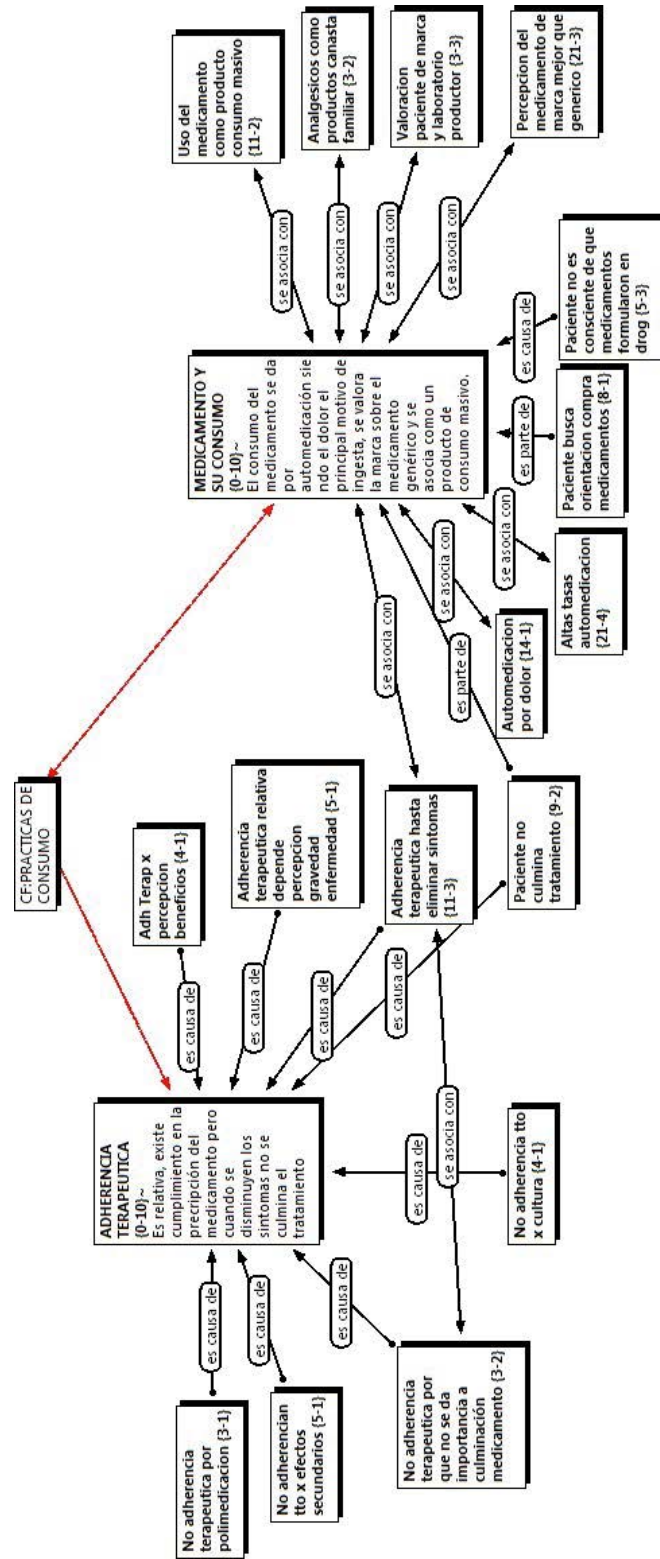


Figura 4. Prácticas de consumo y adherencia terapéutica



Frente a las prácticas de consumo se pudo apreciar que un gran porcentaje del consumo de medicamentos se da por procesos de automedicación luego de consultar al dependiente de la droguería, acudir a una antigua fórmula propia o de otra persona y / o la recomendación de familiares y allegados. Adicionalmente, se encontró que los procesos de automedicación se anclan en el medicamento y para el paciente este se convierte en el único vehículo que le devolverá la salud, entendida como la ausencia de síntomas, sin que para ello considere que deba intervenir el médico. Frente a este tema, Navas (2009) expresa que el paciente supone suficientes sus conocimientos sobre el medicamento y su prescripción, al tiempo que descarta posibles contraindicaciones de los mismos.

Discusión

Por lo expresado anteriormente, un estudio de tipo mixto permitió contrastar en las fases cualitativa y cuantitativa la percepción que tienen médico y paciente frente al tema de la *representación social* de la droguería, pero también otros temas emergentes, como las prácticas de consumo asociadas a la salud, entre ellas la automedicación, la problemática social y el contexto legal a nivel de atención en salud que viven los pacientes y los profesionales de la medicina.

Este primer acercamiento al problema a través de una metodología cualitativa con los médicos permitió profundizar en la fase cuantitativa en aspectos relevantes para el entendimiento holístico del problema que se planteó, aspectos que inicialmente no formaban parte de los objetivos de esta investigación y que en su momento fueron planteados a partir de la revisión bibliográfica. Dichos aspectos son la automedicación, la relación médico-paciente, las prácticas de consumo y adherencia terapéutica, entre otras, que quedaron evidenciadas por parte de los médicos y que se profundizaron a través del instrumento que se aplicó en la fase cuantitativa a la muestra.

Dado que la *representación social* es utilizada por el individuo para explicar e interpretar el espacio que lo rodea, dar sentido a sus actuaciones y socializarlas con su entorno, es particularmente trascendental investigar el tema a partir de la psicología del consumidor, porque de esa forma se puede entender y abordar el entorno del sujeto a partir de sus apreciaciones de la realidad. Por su parte, las prácticas de consumo de medicamentos están enmarcadas dentro de las explicaciones que el individuo les da a estas, y que en muchos casos desembocan en prácticas de automedicación que para el individuo son válidas y útiles a la luz de las interpretaciones que les da a los procesos de salud-enfermedad-atención.

Los médicos que intervinieron en el estudio indican que los pacientes esperan la formulación en todos los eventos de consulta y, a su vez, juzgan que no habrá un proceso de recuperación del estado de salud si no existe medicación alguna, poniendo en entredicho la idoneidad del médico. No obstante lo anterior, el paciente no consume la totalidad del tratamiento formulado por el médico por varias razones, entre las cuales se destacan que se siente mejor y considera que aunque el medicamento le ayuda en la recuperación de la salud, a largo plazo están siendo afectados otros órganos y sistemas.

Otro factor a revisar es que en la droguería el paciente de alguna manera decide, en conjunto con el dependiente, el tratamiento a seguir, mientras que en el consultorio médico esta situación no se da, tal como lo indican Silva, Galeano & Correa (2005). Sin embargo, al no involucrarse al paciente en el tratamiento a seguir, no se da una adherencia al tratamiento que permita mejorar la salud del sujeto. Al respecto Jiménez de Gracia, Ruiz & Gavilán (2011) indican que “llegado el momento concreto de elaborar estrategias de actuación, en muchos casos los médicos asumen que el paciente quiere que sea el profesional quien decida” (p. 69), pero esta situación se presenta cada vez menos, pues, de acuerdo a lo expresado por Del Pozo & Ferreras (2011), “el ciudadano es, cada vez menos, un receptor pasivo de la información sobre la salud. Por el contrario, realiza comparaciones, consulta diferentes fuentes y las analiza de manera crítica, hasta conformar y formarse una opinión” (p. 111).

Por otra parte, el tratamiento a seguir por parte del paciente es una decisión complicada para él por el nivel de complejidad que puede presentar la información que maneja frente a su enfermedad y por las diferentes opciones de tratamiento a seguir. Tal y como lo plantea Heiner (citado por Hodgson, 2000), la complejidad de la información hace que exista una brecha entre la capacidad para decidir y la escogencia de una alternativa de decisión. Esta situación lleva al paciente a tomar una elección de tipo conjuntivo, que de acuerdo a lo que plantean Kotler & Keller (2006), se da cuando el paciente elige la opción que a su juicio le presenta el valor mínimo que mejor satisface cada uno de los atributos que él considera relevantes.

Al llevar esta tesis al tema que nos ocupa, observamos que el paciente busca en el medicamento el alivio a sus padecimientos, que se ajuste a su presupuesto, que sea de una marca reconocida, no un genérico, y que no demande un tiempo de consumo prolongado. Lo anterior permite concluir que la decisión del tratamiento a seguir es más de tipo emocional que racional, tal como lo indica Martín (2006), debido a la carga emocional que implica el padecimiento de una enfermedad, los trastornos de la cotidianidad que esta puede ocasionar (Gatelurritia & Casado, 2008) y la afectación que produce a la autoimagen y a la autoestima.

La información recogida en la presente investigación permitió construir la figura 5, que diagrama el proceso salud-enfermedad-atención, donde la salud se entiende como una ausencia de síntomas mientras que la enfermedad se concibe como un evento que trastorna la cotidianidad y que necesita atención, bien sea está a través de las prácticas de la medicina tradicional, la medicina alopática o la automedicación.

A través del medicamento se busca recuperar la salud en el canal natural de búsqueda del mismo, que es la droguería. Así, en la droguería de barrio priman los factores confianza y conveniencia, asociados a los procesos de automedicación. En la droguería de cadena, en donde los factores críticos son la calidad y la especialización, que responden ambos a un esquema de formulación médica, la figura también muestra los significados asociados al canal que ayudan a mantener el ciclo salud, definido como ausencia de síntomas y mediado por la costumbre arraigada de la medicación.

Así mismo, se construyó la tabla 4, que resume los aspectos más relevantes hallados con referencia a puntos como el gusto por comprar en la droguería, afinidad por el canal, procesos de socialización, prácticas de consumo y expectativas del canal, entre otros.

Siendo los procesos de salud-enfermedad-atención elementos claves que definen el bienestar y la calidad de vida de la población, desde la presente investigación se recomienda continuar profundizando en el estudio de nuevos aspectos inherentes al ciclo salud-enfermedad-atención, como la adherencia terapéutica, la resistencia a la asistencia médica, la tendencia a mantener la formulación como única estrategia de recuperación, el rol de la mujer como cuidadora de la salud y otros elementos que se plantean en el presente estudio, ya que a través de las representaciones sociales, las prácticas de consumo y los procesos de socialización se podrían obtener valiosos hallazgos que permitan entender, mejorar y complementar, así como aportar al bienestar de las comunidades a través de un tema tan sensible como lo es la salud.

También es pertinente extender este abordaje metodológico a otros contextos culturales de nuestro país para complementar y conocer las características asociadas con las representaciones sociales, prácticas de consumo y procesos de socialización del proceso salud-enfermedad-atención que permitan instaurar procesos de educación de mayor impacto, que mejoren la calidad de vida de los usuarios de droguerías y que concienticen acerca de un manejo más responsable de los procesos de automedicación.

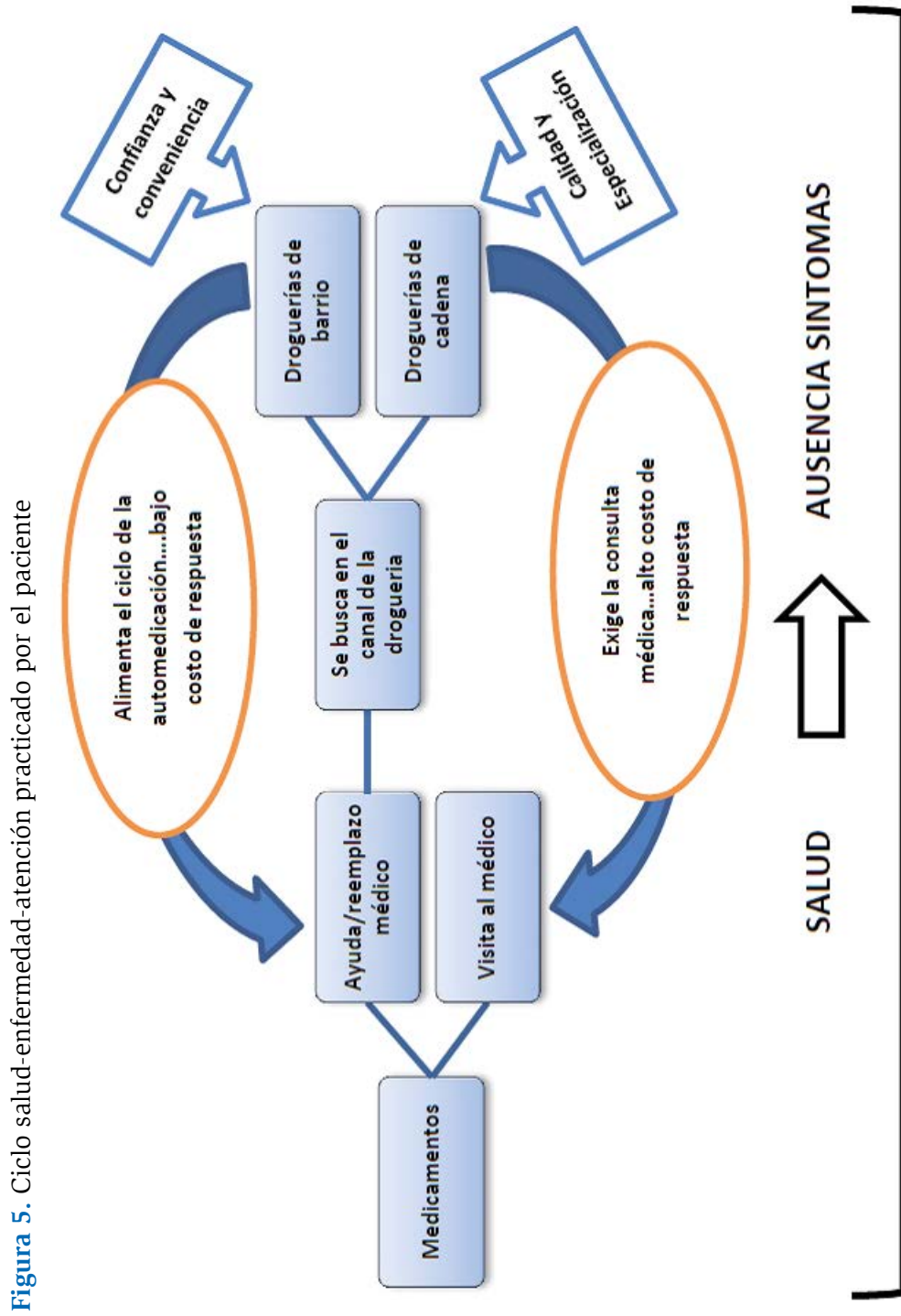


Figura 5. Ciclo salud-enfermedad-atención practicado por el paciente

Tabla 4. Tipificación usuario droguería

Tipificación usuario droguerías	
Sexo	Mujeres
Edad	Personas mayores de 56 años
Nivel educativo	Primaria y bachillerato
Afinidad por el canal	
Droguería de cadena o supermercado	Personas nivel educativo primario y bachillerato
Droguería de barrio	Mayores de 56 años
Procesos de socialización	
Búsqueda de consejo	Hombres
Ofrecer consejo	Personas mayores de 56 años
Prácticas de consumo	
Acudir a tratamientos caseros	Personas nivel educativo primario, pensionados
Usuarios droguerías	
Sexo	Mujeres
Edad	Entre 46 y 55 años
Nivel Educativo	Bachillerato
Expectativas Canal	
Entre 46 y 65 años, especialmente mujeres	Surtido que satisfaga necesidades, especialmente productos para el dolor, consideran la droguería la mejor alternativa para acudir ante un quebranto de salud, especialmente las de cadena y supermercados.
18 a 35 años	No sienten confianza por el canal, buscan asesoría, variedad de productos y bajos precios.
26 a 45 años, especialmente hombres	Consideran que no todos los productos que comercializan las droguerías son de excelente calidad, que las recomendaciones que hacen los droguistas no son del todo acertadas, buscan artículos para la salud, la belleza, y especializados y prefieren los establecimientos pequeños de barrio.
Mayores de 65 años	No comparten las recomendaciones que hacen los droguistas, acuerdo parcial frente al gusto por ir a comprar a la droguería. Buscan las droguerías de barrio donde se sienten más cómodos.

Referencias

- Abric, J. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
- Álvarez, L., Acevedo, A. & Dúran, A. (2008). Representaciones sociales de la salud y la enfermedad en pacientes hospitalizados de Bucaramanga y Floridablanca, Colombia. *Universitas Medica*, 49(3), 328-343. Recuperado el 12 de Julio de 2014, de <http://www.med.javeriana.edu.co>
- Bauman, Z. (2007). *Vida de consumo*. Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica.
- Berger, P. & Luckman, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amortou.
- Canclini, N. (1995). *Consumidores y ciudadanos*. México: Grijalbo.
- Candrea, A. & Paladino, C. (2004). Cuidado de la salud: El anclaje social de su construcción estudio cualitativo. *Universo Psychol*, 55-62.
- Colombia, Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2012). *Política Farmacéutica Nacional*. Bogotá: Compes.
- De la Cuesta, C. (2006). Teoría y método: la teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los cuidados*, 136-140.
- Del Pozo, J. & Ferreras, M. (2011). La telefonía móvil como instrumento de comunicación para la información y prevención del consumo de drogas. En U. Cuesta, T. Menéndez & A. Ugarte, *Comunicación y salud nuevos escenarios y tendencias* (pp. 111-123). Madrid: Editorial Complutense.
- García, A., Alonso, L., López, P., Yera, I., Ruiz, A. & Blanco, N. (2009). Consumo de medicamentos referidos por la población adulta de Cuba, año 2007. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 4(25), 5-16. Recuperado el 27 de marzo de 2013, de <http://scielo.sld.cu>
- Gatelurritia, M. Á. & Casado, M. J. (2008). Situación de la farmacia comunitaria: una reflexión personal. *Aula de la farmacia*, 52-57.
- Ginarte, Y. (2011). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General*, 17(5), 502-505. Recuperado el 23 de Febrero de 2013, de <http://bvs.sld.cu>

- Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V. & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública México*, 2(53), 144-155. Recuperado el 25 de Noviembre de 2012, de <http://bvs.insp.mx>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.). México: Mc Graw Hill.
- Hodgson, G. (2000). La ubicuidad de los hábitos y las reglas. *Revista de Economía Institucional* (3), 11-43.
- Jiménez de Gracia, L., Ruiz, R. & Gavilán, E. (2011). ¿Qué opinan los médicos de familia sobre la implicación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas? Resultados de un estudio cualitativo con grupos focales. En U. Cuesta, T. Menéndez & A. Ugarte, *Comunicación y salud nuevos escenarios y tendencias* (pp. 65-80). Madrid: Editorial Complutense .
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici, *Psicología Social II* (pp. 469-494). Barcelona: Paidós.
- Knapp, E., León, I., Mesa, M. & Suárez, M. (2002). Representación social de la salud humana. *Revista Cubana de Psicología*, 20, 153-164.
- Kotler, P. & Keller, K. (2006). *Dirección de marketing* (Duodécima ed.). México: Pearson Educación.
- Lebarc, L., Becué, M., Abascal, E., Franco, M. & García, E. (2003). Análisis textual de encuestas: aplicación al estudio de las motivaciones de los estudiantes en la elección de su titulación. *Metodología y Encuestas*, 1(5), 67-75.
- Márquez, S. & Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 2(5), 47-53.
- Martín, L. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública (on line)*, 32(3).
- Méndez, M. (2000). Los rostros y los efectos del medicamento. Un análisis sociocultural. *Fermentum* (29), 513-538.
- Menéndez, E. (1981). La automedicación y los medios de comunicación masiva. *Cuadernos Médico Sociales* (15), 1-9.

- Menéndez, E. (1998). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos Médico Sociales*, 73, 5-22.
- Menéndez, E. (2003). Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Saude*, 1(8), 185-207. Recuperado el 6 de Febrero de 2013, de <http://scielo.br>
- Muñoz, N. (2010). Apuntes para el debate sobre el cuidado de sí en la salud masculina como construcción sociocultural. *Revista Electrónica de Psicología Social "Poiesis"*(19), 1-11. Recuperado el 6 de Enero de 2013, de <http://www.funlam.edu.co/poiesis>
- Naranjo-Gil, D. (2006). Salvando las dificultades del uso de la encuesta en la investigación contable de gestión: una aplicación empírica. *Revista española de financiación y contabilidad*, XXXV(129), 361-385.
- Navas, T. (2009). Uso racional del medicamento. *Medicina Interna*, 25(1), 3-14.
- Ospina, C. (2010). Entre lugares del consumo y espacialidades del consumismo: transformaciones no políticas de la vida cotidiana en / desde el centro comercial. *Geopolíticas*, 1(2), 233-250. Recuperado el 24 de Febrero de 2013, de <http://www.revistas.ucm.es>
- Ramírez, M. (diciembre de 2006). La prescripción de medicamentos y su repercusión social. *Revista Cubana de Salud Médica*. Recuperado el 12 de 12 de 2012, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400016&lng=es&nrm=iso >
- Sánchez, B. (2011). Condicionantes del consumo de medicamentos: análisis de las encuestas nacionales de salud 1987-2006, (Tesis doctoral). Recuperado el 16 de marzo de 2013, de <http://dspace.usc.es>
- Silva, G., Galeano, E. & Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Básica.
- Tobón, F. (2002). Estudio sobre automedicación en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. *Revista Médica Iatreia*, 15(4), 242-247.

- Vázquez, J., Gómez, K. & Rodríguez, S. (2010). Regulación en el mercado farmacéutico colombiano. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, 197-209.
- Vergara, M. (2008). La naturaleza de las representaciones sociales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(6), 55-80.
- Vergara, M. (2009). Representaciones sociales sobre salud de algunos grupos de jóvenes de Manizalez, Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(1), 105-133. Recuperado el 6 de Enero de 2013, de <http://scielo.org.co>
- Zapata, J. (2011). Geografía cultural y consumo. *Revista de Relaciones Internacionales*, 6 (2), 163-75.