

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**“FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS QUE SE
RELACIONAN CON LA AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACIÓN
RURAL DEL DISTRITO DE CHOTA – 2014”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR : Bach. Enf. Marco Antonio Díaz Silva

ASESORA : Mg. Katia Maribel Pérez Cieza

COASESORA : M.Cs. Norma Bertha Campos Chávez

Chota – Perú 2014

JURADO EVALUADOR

- **Presidente** : Dra. Martha Vicenta Abanto Villar
- **Secretaria** : M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro
- **Vocal** : Lic. Enf. Delia Mercedes Salcedo Vásquez
- **Accesitaria** : M.Cs. Luz Amparo Núñez Zambrano.

ÍNDICE

RELACIÓN DE TABLAS	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
	Pág.
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
1.3. JUSTIFICACIÓN	19
1.4. OBJETIVOS	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	21
2.2. BASE CONCEPTUAL	27
2.3. HIPÓTESIS	52
2.4. VARIABLES	53
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.	58
3.2. ÁREA DE ESTUDIO.	58
3.3. ESCENARIO DE ESTUDIO	59
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	59
3.4.1 POBLACIÓN	59
3.4.2 MUESTRA	59
3.4.3 UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN	61
3.5. TÉCNICA DE REELECCIÓN DE DATOS	61
3.6. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	62
3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	62
3.8. RIGOR ÉTICO Y CIENTÍFICO	63
3.8.1 RIGOR ÉTICO	63

CAPÍTULO IV: RESULTADOS INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS	
RESULTADOS INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS	65
CONCLUSIONES	88
RECOMENDACIONES	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXO	99

RELACIÓN DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1	Distribución de la población encuestada según práctica de automedicación. Población rural del distrito de Chota 2014	65
TABLA 2	Edad de la población rural y su relación con la automedicación. Distrito de Chota 2014	68
TABLA 3	Sexo de la población rural y su relación con la automedicación. Distrito de Chota 2014	70
TABLA 4	Religión de la población rural y su relación con la automedicación. Distrito de Chota 2014	72
TABLA 5	Estado civil de la población rural y su relación con la automedicación. Distrito de Chota 2014	74
TABLA 6	Ocupación de la población rural y su relación con la automedicación. Distrito de Chota 2014	76
TABLA 7	Grado de instrucción de la población rural y su relación con la automedicación. Distrito de Chota 2014	78
TABLA 8	Ingreso económico de la población rural y su relación con la automedicación. Distrito de Chota 2014	81
TABLA 9	Medios de comunicación de la población rural y su influencia en la automedicación. Distrito de Chota 2014	83
TABLA 10	Principal medio de comunicación de la población rural y	

su relación con la automedicación. Distrito de Chota 85
2014.

DEDICATORIA

A DIOS todopoderoso, que con su infinita bondad amorosa, me ha dado las fuerzas para poder seguir adelante y me ha salvaguardado para continuar con éxito alcanzar mi metas propuestas.

A mis padres: Isaac y María Maximila por brindarme su amor y apoyo incondicional quienes con esfuerzo, dedicación y perseverancia, contribuyeron día a día en mi formación profesional como espiritual.

A mis hermanos: Nelly, Hilda, Edwin; Luz y Noemí por ser mis amigos, mi ejemplo y motivación para salir adelante, mi alegría, mi inspiración; por su apoyo, cariño y respeto; por estar siempre a mi lado

Marco Antonio

AGRADECIMIENTO

A nuestra Casa Superior de Estudios, Universidad Nacional de Cajamarca, Alma Máter, de nuestra formación y a cada uno de los docentes de la U.N.C. Sede - Chota por su excelente enseñanza, orientación, amistad y apoyo incondicional en todo momento de mi formación y desarrollo profesional.

A la Mg. Katia Maribel Pérez Cieza, por ofrecerme sus más apreciables conocimientos, por sus buenas y sabias orientaciones, por su paciencia, apoyo, solidaridad y amistad, que contribuyeron al desarrollo de mi tesis.

A toda la población de la zona rural del distrito de Chota quienes participaron en el estudio, y facilitaron la información necesaria para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Asimismo, a todos aquellas personas, que de alguna manera estuvieron involucrados en el proceso de realización de la presente tesis, mis más sincero agradecimiento.

RESUMEN

El presente estudio: Factores Demográficos y Socioeconómicos y su relación con la Automedicación, se realizó en la población rural del distrito de Chota, tuvo como propósito describir y analizar los factores demográficos y socioeconómicos que se relacionan con la automedicación. Metodológicamente tiene enfoque cuantitativo, tipo correlacional, descriptivo y corte transversal, con una población de 384 participantes de 18 a 75 años. Se empleó la entrevista, y un cuestionario de 18 preguntas. Los resultados muestran que la población entre 18 a 35 años el 89,9% se automedican, seguidos de los pobladores de 56 a 75 años con 89,5% y los de 36 a 55 años con 78,1%. Son los hombres quienes se automedican con un 91,1% y las mujeres con 79,3%. Los de ocupación estudiante y empleados se automedican en un 100%, los comerciantes (93,8%); los agricultores (89,8%) y las amas de casa (76,5%). La automedicación por influencia de los medios de comunicación es de 89,7% frente al 68,3% que no se informan para automedicarse pero si realizan esta práctica. Se puede inferir que sí existe relación entre los factores demográficos y la automedicación, encontrándose una relación significativa entre edad y automedicación ($p= 0,008$) y entre el sexo y la automedicación ($p=0,001$). También se concluyó que no existe relación entre los factores socioeconómicos y la automedicación, sin embargo algunos factores como la ocupación y automedicación mostraron una relación altamente significativa ($p= 0,001$) y medios de comunicación con automedicación ($p=0,000$).

Palabras claves: Automedicación, factores demográficos, factores socioeconómicos.

ABSTRACT

The present study: Demographic and Socioeconomic Factors and its relation to self-medication, was held in the rural population of the district of Chota, had the purpose to describe and analyze demographic and socioeconomic factors associated with self-medication. Methodologically have quantitative approach, correlational, descriptive and cross-sectional, with a population of 384 participants 18-75 years. The interview was used, and a questionnaire of 18 questions. The results show that the population aged 18-35 years, 89.9% self-medicate, followed by the people of 56-75 years and 89.5% of 36-55 years 78.1%. It is men who self-medicate with 91.1% and 79.3% women. The student occupation and employee self-medicate by 100%, traders (93.8%); farmers (89.8%) and housewives (76.5%). Self-medication influence of the media is 89.7% versus 68.3% reported not to self-medicate but if you perform this practice. It can be inferred that there is a relationship between demographic factors and self-medication, a significant relationship between age and self-medication ($p = 0.008$) and between sex and self-medication ($p = 0.001$) was found. You can also deduce that there is no relationship between socioeconomic factors and self-medication, however some factors such as occupation and self-medication showed a highly significant relationship ($p = 0.001$) and the media with self-medication ($p = 0.000$).

Key words: Self-medication, demographic, socioeconomic factors.

INTRODUCCIÓN

La automedicación es un problema de salud de muchos años a lo largo de la historia, pues el hombre en su necesidad de aliviar alguna dolencia o enfermedad que le aqueja, incurre en el error de consumir medicamentos sin tomar en cuenta los efectos negativos que implica.

La automedicación es una conducta compleja que puede ser definida como el uso de medicamentos sin prescripción, orientación o acompañamiento médico. Esta práctica en la población ha sido asociada a factores; según estudios como los factores demográficos y socioeconómicos que contribuyen a su práctica al interior de una población como: edad, sexo, ocupación y los medios de comunicación.

En los países latinoamericanos y en el Perú en particular, el control sobre la venta de medicamentos es escaso o nulo, siendo adquiridos libremente en farmacias o boticas e incluso en las calles expandido por personal sin capacitación técnica, ignorando las consecuencias que puede generar el uso inadecuado de estas sustancias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que más del 50% de todos los medicamentos no se recetan; se dispensan o se venden en forma inadecuada; al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales, y el 50% de los pacientes los toman de forma incorrecta.

En el Perú, Dongo Zegarra V. (2010), refiere que más de la mitad de la población (55%) se automedica. En Cajamarca según Pacheco NJ (2009) la prevalencia de la automedicación fue de 85.3% y en Chota zona urbana un dato más alarmante según Asenjo J. (2011) en su estudio revela que la población se automedica en 90,5%.

En la presente investigación el objetivo fue describir y analizar los factores demográficos y socioeconómicos que se relacionan con la automedicación en la población rural del distrito de Chota. Se utilizó un método con enfoque cuantitativo de tipo correlacional, descriptivo y de corte transversal. Encontrándose que la mayoría de la población rural entre 18 y 75 años se automedica y los factores relacionados son: edad, sexo, ocupación y los medios de comunicación; con altos niveles de significancia estadística.

Estructuralmente la investigación se ha organizado en cinco capítulos: En el Capítulo I, se presenta el problema de investigación, la justificación y los objetivos. En el Capítulo II, se desarrolló el marco teórico que abarca los antecedentes de la investigación y bases teóricas asimismo las hipótesis y variables. En el Capítulo III, el diseño metodológico. En el Capítulo IV, se muestran los resultados obtenidos, el análisis y discusión, en el Capítulo V, las conclusiones y recomendaciones. Finalmente la lista de referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La automedicación es un problema de salud pública, ya que puede ocasionar graves daños a la salud individual, familiar y colectiva. Se la define como el tratamiento de una condición patológica verdadera o imaginaria con medicamentos seleccionados sin supervisión médica o de un agente calificado que incluye la adquisición de medicamentos a través de una fuente formal (farmacias/boticas), recepción de medicamentos por otras fuentes como familiares y amigos, y la utilización de sobrantes de prescripciones previas.³

Así, la automedicación implica riesgos por los posibles problemas o eventos relacionados con los medicamentos, que van desde leves hasta graves, según la droga y el usuario. Pueden ser tóxicos en casos de sobredosis, produciendo emergencias accidentales, iatrogénicas o intencionales. Las personas se automedican porque, según la cultura, los medicamentos son un elemento muy familiar para ser utilizados por iniciativa propia o por sugerencia de familiares o amigos, sin justificación real, para solucionar signos, síntomas o situaciones de la vida cotidiana.³

La comunidad no tiene en cuenta al usar fármacos que no existe sustancia química inocua. El comportamiento de la automedicación está profundamente influenciado por las condiciones socioculturales del usuario y la publicidad farmacéutica. Los principales factores que influyen en la automedicación son: la desprotección en servicios de salud de gran parte de la población; la atención en salud que depende en gran medida de la farmacoterapia tradicional, sin considerar la promoción del desarrollo humano integral y del bienestar mediante

otras alternativas; la concentración de médicos en las grandes ciudades, la falta de elementos técnico-científicos actualizados que les permitan a los usuarios no ceder a las presiones sociales y a las de la industria farmacéutica.⁴

En las últimas décadas, la automedicación es un tema que ha sido tomado como una actitud equívoca, cotidiana y habitual en la mayor parte en las personas. Esto ha hecho que se convierta en una problemática de carácter tanto nacional como mundial y que puede ocasionar riesgos no solo en su salud, sino también en sus vidas.⁵

El uso irresponsable e inapropiado de medicamentos sin receta, o prescritos con anterioridad, sin que exista la debida supervisión de un profesional de la salud. La administración de sobredosis o la dosis incorrecta que pueden no surtir efecto o causar una intoxicación, progresión de la enfermedad y fallas en la prevención secundaria, el incremento de la resistencia a los antibióticos, causarían consecuencias que podrían llegar a ser fatales ocasionando daños y peligros a la salud en muchos casos irreversibles y que conducen a la muerte.⁶

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que más del 50% de todos los medicamentos no se recetan, se dispensan o se venden en forma inadecuada, al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales, y el 50% de los pacientes los toman de forma incorrecta. Para darnos cuenta de la magnitud del problema, Schar halló en Alemania, que la automedicación se practicó entre el 60% y 80% de los casos con algún problema de salud. Por otro lado, Beske y Hanpft encontraron que el 18% de los productos vendidos en las farmacias de Alemania se hizo sin prescripción médica.⁷

En Lagos, Nigeria, se ha reportado entre niños una prevalencia de automedicación de 47.6%, con el fin de tratar síntomas como dolor abdominal, estreñimiento, fiebre y tos. A pesar del uso generalizado de la automedicación en la población infantil y el riesgo que conlleva, los datos epidemiológicos a la fecha son escasos en todo el mundo.⁸

En España, se encontró que existe un 80% de demanda de medicamentos sin receta. La federación internacional farmacéutica (FIP) reportó que debido a la automedicación mueren de 15.000 a 20.000 personas por año en este país.⁸

En Arabia Saudita, SAEED observó que el 58% de los pacientes atendidos se automedicó debido a la trivialidad de sus síntomas o para "ahorrar" tiempo y dinero. En la India, GREENHALGH halló que el 64% de los pacientes compró medicina sin prescripción médica, variando de un 30% a un 95% de una farmacia a otra. En Filipinas, HARDON encontró que el 38% de los menores fue tratado en sus casas, por enfermedades comunes (diarreas, tos, resfrío común), con medicamentos dañinos, contraindicados o combinaciones irracionales.⁸

En Norte América, la automedicación se ha convertido en la primera causa de muerte accidental entre las personas de 45 a 54 años, sobrepasando el número de muertes por accidente de tráfico. Los datos muestran que casi 7 millones de estadounidenses abusaron de medicamentos recetados en el 2007, más que de todas las sustancias ilegales juntas. En México, sólo un 39% usa atención médica y 61% se automedica. De estos, 31% lo hace con medicamentos caseros y 58% con medicamentos, tanto de libre venta, como con aquellos que necesitan receta médica.⁸

En Brasil, la automedicación en los ancianos es menor (18%) que en grupos más jóvenes (40%). Se describen algunos factores que

conducen a un uso irracional de medicamentos, tales como la venta indiscriminada, la publicidad sin restricciones en los medios de comunicación, sistemas de salud inadecuados y alto costo de las consultas de salud.⁸

Según investigaciones del Instituto Argentino de Atención Farmacéutica (IADAF) la automedicación se triplicó en los últimos cuatro años. Este problema genera 5% de los ingresos hospitalarios y ocasionó cerca de 45.000 muertes en el año 2007.⁸ Las condicionantes relacionadas a la automedicación se encuentran el sexo como condición demográfica predominando el sexo masculino. Según las recomendaciones del medicamento: se automedicaron por conocimientos propios el mayor porcentaje de la población estudiada, además en menores porcentajes por recomendación de un farmacéutico y por amigos o familiares y también por publicidad.¹¹

En una localidad de Bogotá los resultados obtenidos sobre la Automedicación, muestran cifras de automedicación/autoprescripción similares a otros estudios de países en Latinoamérica. De la misma manera los problemas de salud y los medicamentos involucrados en esta práctica no difieren de anteriores estudios sobre este tema. En general, las personas recurren a la automedicación cuando consideran que el problema de salud no es grave, por falta de dinero, por falta de tiempo o por falta de credibilidad en el sistema de salud y/o el médico. Por lo tanto los esfuerzos se deben dirigir hacia la educación de los pacientes y droguistas en el uso de medicamentos de venta libre (OTC), con el fin de optimizar la utilización de este valioso recurso terapéutico.⁹

Del mismo modo, en distintos países como en Ecuador las condicionantes que se relacionan con la automedicación son el estado civil: con mayor proporción fue los casados y convivientes. La

prevalencia encontrada en el estrato urbano fue considerablemente elevado del mismo modo se encontró en el estrato rural y los compuestos más consumidos fueron AINES seguido a de los antigripales y antibióticos respectivamente.

La principal razón o condición para incurrir en automedicación en cuanto a su aspecto económico fue falta de dinero además también predominó el tiempo para recibir atención médica y el primer lugar de obtención de los medicamentos fueron farmacias. Aunque la principal fuente de información fue la televisión en ambos estratos sociales y también se observó el papel importante del Internet.¹⁰

En el Perú más de la mitad de la población (55%) se automedica¹³, situación preocupante por las graves consecuencias en la salud, ya que el uso en muchos casos indiscriminado de medicamentos como: AINEs, antigripales, antibióticos, etc.¹⁴ se convierte en un serio problema sobre todo para un gran sector de la población, los más pobres del país. El departamento de Cajamarca presenta cifras aún mayores, pues el 85% de la población se automedica¹⁵, realidad alarmante puesto que repercute negativamente en la salud de la población.

En Chota, según estudios revelan que la automedicación en la zona urbana es del 90,5%¹⁷, realidad altamente alarmante que repercute negativamente en la salud de la población que la práctica y que puede ocasionar riesgos graves en la salud y/o muerte. Asimismo la automedicación se torna crítica pues involucra directamente el comportamiento de los consumidores o usuarios quienes ante una enfermedad o molestia, deciden consultar con personas que no son profesionales de salud sean familiares, vecinos o dispensadores de medicamentos para obtener la recomendación de algún fármaco y adquirirlo. Se puede observar que la población chotana compra

medicamentos como los antibióticos, los analgésicos, antigripales, antitusígenos, broncodilatadores, antiácidos, antidiarreicos y anticonceptivos, todos ellos sin prescripción médica y no se han reportado datos estadísticos de esta práctica frecuente en ésta población rural en estudio, por ser una población con distintos niveles demográfico, cultural, social y económico pueden conllevar a tener este tipo de prácticas. Además son muchos las condicionantes que se asocian con este tipo de conducta, destacando las sociales como la presión de grupo o de familiares que ofrecen una alternativa para la solución los problemas de salud basados en su propia experiencia empírica.

En nuestra realidad se ha podido observar que las personas que se automedican son de bajo nivel de instrucción y muchas veces ignoran el riesgo que implica la automedicación. Asimismo, dentro de los aspectos económicos que se asocian en la automedicación destacan el desempleo, las malas condiciones de trabajo y de vida de la mayoría de la población y sobre todo el bajo ingreso económico familiar que no les permite acceder a los servicios de salud, lo cual se traduce en la falta de prescripción o indicación por un profesional capacitado. Hoy en día, el consumo de medicamentos sin receta y/o prescripción médica es un fenómeno de creciente relevancia, motivada por complejas condicionantes que se asocian a valores que predominan en la sociedad moderna como el desconocimiento, la deficiente cobertura en salud, mala calidad de servicios públicos, el aumento de suministros de medicamentos alternativos, la disponibilidad, la venta sin restricciones y propaganda de productos farmacéuticos en los medios de comunicación. Se ha observado en la realidad de la zona rural del distrito de Chota que existen personas que acuden a farmacias y boticas para adquirir medicamentos sin prescripción médica, sin embargo no existen registros de ello, ni estudios en esta zona, por tal situación presentada se ha propuesto formular el presente estudio.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores demográficos y socioeconómicos que se relacionan con la automedicación en la población rural del distrito de Chota – 2014?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La automedicación es un tema que ha tomado auge en las últimas décadas, tomada como una actitud errónea, cotidiana y habitual en la mayor parte en las personas adultas de nuestra población. Esto ha hecho que se convierta en uno de los problemas de salud pública que afectan a la población en general.

El presente trabajo de investigación es importante porque permitirá al ente rector de la salud elaborar estrategias sobre promoción y prevención de automedicación, actuando en forma inmediata para evitar pérdidas humanas. La población Chotana realiza prácticas de automedicación que podría ocasionar daños graves en su salud, por lo que el personal de salud debe promocionar y prevenir los efectos de este fenómeno a través del fomento de la no automedicación.

El presente estudio contribuirá a proporcionar datos reales de la problemática de la población estudiada lo que servirá para tomar las medidas necesarias para evitar o corregir los daños que causa a la calidad de vida de toda la población que se encuentra afectada e inmersa a sufrir enfermedades por el inadecuado uso de los medicamentos.

Con el desarrollo del estudio se pretende que la población chotana pueda descubrir problemas consecuentes por la automedicación y que desde el sector educación y salud se planten estrategias y labores comunitarias de prevención en la población objeto de estudio, así como que las autoridades de salud tomen las medidas apropiadas y oportunas para evitar estos problemas de automedicación.

Se espera que esta investigación sirva de antecedente para la realización de otras investigaciones tomando como escenario la zona rural de la población, de manera que se planten cambios en el cuidado de la salud de la población chotana.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Describir y analizar los factores demográficos y socioeconómicos que se relacionan con la automedicación en la población rural del distrito de Chota – 2014.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar los factores demográficos que se relacionan con la automedicación de la población rural del distrito de Chota – 2014.
- ✓ Identificar los factores que se relacionan con la automedicación de la población rural del distrito de Chota – 2014.
- ✓ Establecer la relación que existe entre factores demográficos y socioeconómicos y la automedicación en la población rural del distrito de Chota – 2014.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En la búsqueda de literatura revisada se ha encontrado los siguientes estudios de investigación:

En España se realizó un estudio titulado: “Estudio sobre la automedicación en la comunidad Valenciana”. Se concluyó que la proporción actual de la automedicación en la población estudiada es de 80% y la mayor parte de los estudiados tienen un nivel de conocimiento medio. Por último las entrevistas permitieron conocer que el 53% de la población es influenciada por los medios de comunicación a la hora de automedicarse y a la hora de elegir un medicamento u otro para hacerlo.¹⁸

En Barcelona, se realizó un estudio sobre los factores determinantes del consumo de fármacos sin receta médica en la población adulta española. Los resultados del estudio mostraron que los individuos con un riesgo mayor de incurrir en la automedicación son los individuos jóvenes, con buena percepción de salud y ausencia de enfermedades crónicas, los consumidores habituales de alcohol, los viudos, los usuarios de un seguro privado no concertado, los residentes en las Comunidades de Madrid y Valencia, y los nacidos en un país de Europa central y del Este. Se concluye que la identificación del perfil de los consumidores de fármacos sin prescripción médica puede ayudar a las autoridades sanitarias a establecer medidas específicas para los individuos de alto riesgo a fin de cumplir con los objetivos de salud pública establecidos por la Unión Europea.¹⁹

Por otro lado en Lérida, se realizó un estudio sobre la Automedicación en Las Borges Blancas, donde se relacionó el fenómeno con diferentes variables: edad, sexo, nivel educativo, salud percibida, grado de conocimiento general sobre los fármacos, etc. Los resultados fueron que las características socioeconómicas y de automedicación de la muestra de 216 personas encuestadas, 105 declararon haber sufrido algún trastorno de salud en los últimos dos meses que trataron con la automedicación. Esta práctica no se ve modificada por el sexo, se automedican el 47,7% de mujeres totales, y el 50,8% de hombres ($p>0,05$). En relación con la edad la gente mayor es más reticente a la automedicación que la joven, un 87,8% de mayores de 65 años que no se automedican comparado con el 25% de jóvenes ($p<0,05$). Aparece también una relación significativa con los estudios, y que se puede relacionar con la edad, puesto que la población más joven es también la que tiene más nivel de estudios, y por lo tanto la automedicación es más frecuente en la población con más estudios ($p<0,009$). De la población que se automedica un 67,6 % son casados, comparado con el 26,7% de solteros, asociación significativa ($p<0,05$) y que se puede relacionar con el tamaño familiar (la población casada, normalmente con hijos, forman hogares de 2 a 4 miembros). Dónde también encontramos relación significativa es con la percepción del nivel de salud ($p<0,002$), la proporción de muestra que se automedica percibe un estado de salud regular menos frecuente que los que no se automedican (33,3% y 66,7%, respectivamente).²⁰

En México, se publicó en la Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas el estudio de "Automedicación en una farmacia comunitaria de la ciudad de Toluca"; Los resultados fueron un mayor porcentaje de automedicación en: mujeres con el 61.1% ($p< 0.05$), población adulta con un 93.40% en con respecto a los adolescentes y niños ($p< 0.05$) y población con menor acceso sanitario, los medios de comunicación que más influyen en la automedicación son la televisión,

trípticos, anuncios($p < 0.05$). Los medicamentos que más se consumieron fueron analgésicos, antibióticos, antiácidos($p < 0.05$).²¹

Asimismo en Colombia- Barranquilla, se investigó sobre Factores socioeconómicos y culturales asociados a la autoformulación en expendios de medicamentos en la ciudad de Barranquilla. Teniendo como resultados: que de los 350 individuos encuestados, 194 (55.4%) no tenían prescripción médica para adquirir el (los) medicamento(s). La autoformulación se asoció significativamente a la pertenencia a estratos sociales bajos, al no estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El nivel de desconocimiento de los efectos indeseables de los medicamentos autoformulados fue alto en la población estudiada. Las conclusiones fueron que la autoformulación es un problema de alta prevalencia en Barranquilla, la cual se muestra independiente del nivel educativo de la población, mientras que sí está relacionada con el status económico y la falta de afiliación al Sistema de Seguridad Social.²²

Del mismo modo en Chalatenango, se ha realizado una investigación sobre la caracterización de la automedicación de la población mayor de 18 años residente en el municipio de San Ignacio. Los resultados encontrados son: que la mayor parte de la población pertenece al área rural la cual corresponde al 72.2%. La mayoría de la población es de sexo femenino, siendo su relación total de 3:1 contra los hombres, no existe una relación entre el sexo y la automedicación ($p = 0.1044$). Esta población se encuentra conformada en su mayoría, por personas que viven en algún tipo de relación de convivencia 52,2%. Mientras los solteros con el 30.1%, las edades oscilaron entre 18 y 74 años. Se observó una relación de la automedicación entre el área rural y urbana de 2:1. Mientras que la no automedicación presenta una relación de 4:1. No se encontró que existe una asociación entre el área de procedencia y la automedicación, ($p = 0.1419$).²³

En Colombia, se realizó un estudio sobre automedicación en la Universidad de Antioquia, Medellín. Cuyos resultados fueron: A pesar de que la comunidad universitaria conoce las implicaciones, riesgos y desventajas del uso inapropiado de medicamentos, se halló que el 97% de las personas se automedican, a pesar de que el 88% informan que conocen el posible riesgo de este hábito. También usan las medicinas alternativas aunque consultan con frecuencia al médico.²⁴

Igualmente en Bogotá, sobre la Automedicación en una Localidad de Bogotá. Teniendo como resultados: La automedicación fue de 27.3% y la autoprescripción de 7,7%. La afiliación al sistema de beneficiarios de la seguridad social en salud está asociada con esta conducta. No se encontró asociación con otras variables. Los medicamentos más consumidos por automedicación son analgésicos, antigripales y vitaminas. Los principales problemas por los cuales las personas se automedican son dolor, fiebre y gripa. Las principales razones que se mencionan para no asistir al médico son la falta de tiempo y recursos económicos.⁹

En Ecuador, en un estudio sobre “Determinación de las razones y diferencias en automedicación entre una parroquia urbana y una parroquia rural del Distrito Metropolitano de Quito”. Se encontró que el estado civil con mayor proporción fue casados (51,3%) y convivientes (21,3%). La prevalencia encontrada en el estrato urbano fue 60.4% y 55% en el rural y los compuestos más consumidos fueron AINES (32,3%), antigripales (25,8%) y antibióticos (21,3%). La principal razón para incurrir en automedicación fue falta de dinero (59,6%) o tiempo (38,6%) para recibir atención médica y el primer lugar de compra fueron farmacias (85,4%). Aunque la principal fuente de información fue la televisión (34.7% en ambos estratos), se observó el papel importante del Internet.¹⁰

Otro estudio en Ecuador, sobre la "Determinación de los patrones de automedicación en las poblaciones amazónicas de Yacuambi y El Pangui marzo. 2009". Entre los resultados se tiene que la automedicación es un hábito común en los dos cantones (81,52%), prevalece en los adultos jóvenes (72,27%), mujeres (51,88%), mestizos (54,0%), casados (59,87%), agricultores (40,13%), población con ingresos menores al salario mínimo vital (71,62%), y personas con instrucción secundaria (65,58%). El principal motivo para automedicarse fue que la enfermedad no era grave, teniendo como principal síntoma el dolor, en especial, la cefalalgia. Los encuestados adquirieron los medicamentos principalmente en farmacias y fueron asesorados por el dependiente de la misma a la hora de elegir el tratamiento. Los antigripales son el grupo farmacológico de mayor consumo. La principal forma de afrontar una enfermedad leve, por ejemplo, un resfriado común, es acudiendo a la farmacia, ya que no creen que el consumo de medicamentos sin receta médica pueda traer consecuencias a su salud, además, desconocen los efectos adversos de los medicamentos con los que se automedican.¹²

Del mismo modo se encontró en un estudio en Loja - Ecuador sobre Análisis y descripción de los patrones de automedicación de la población del cantón Saraguro, del total de 358 personas encuestadas el 68,43% se automedican. El 43,61% señaló que el principal motivo para ejercer esta práctica es la falta de dinero para acudir a algún centro médico, mientras que un 15,10% dijo auto medicarse por comodidad. Con respecto a la edad las más frecuentes son de 25 a 31 años de edad con el 26,82%, seguido del rango entre los 32 a 38 años 18,16%, mientras que las personas que están en el rango de 39 a 45 años 13,13%, un 11,73%, se encuentran en una edad promedio que va de 18 a 24 años, además la población estudiada el 56,14% son de sexo femenino, mientras que el 43,86% son de sexo masculino. El 49,16% son casados, seguidos de los solteros 39,39%, mientras que el

7,82% manifestaron mantener una relación en unión libre. El 2,23% afirman que son divorciados; mientras que el 1,40% de la población en estudio manifestaron ser viudos este número de encuestas es apenas mínimo en relación a los mencionados anteriormente. Del total de la población un 29,61% posee estudios básicos completos, mientras que un 38,68% tiene estudios primarios incompletos, un 19,27% cuenta con estudios de ciclo básico y un 12,01% con estudios de ciclo diversificado.²⁵

En otro estudio realizado en Santiago de Chile sobre la Prevalencia de Automedicación en Consultantes a un Centro de Atención ambulatorio adosado a un hospital de una Comuna de Santiago-2012. Se obtuvo una prevalencia del 85% de automedicación, 86% en mujeres, con edades comprendidas entre los 21-30 años (27%) y residentes en sector sur de Santiago (33%).⁸

En el Perú en un estudio realizado sobre: "Factores asociados a la incidencia de la automedicación"; Los resultados encontrados fueron que la proporción de automedicación en la población estudiada fue de 43,9%. Se concluyó la existencia de una alta prevalencia de automedicación en la población estudiada a pesar que la mayor parte de los estudiados tienen un nivel de conocimiento medio acerca de este tema, mientras que un 17,3% presentó un conocimiento bajo.²⁶

En Cajamarca se realizó un estudio: "Transición fármaco-epidemiológica en Cajamarca – 2009". Los resultados mostraron que la prevalencia de automedicación fue de 85,3%. El grupo femenino comprendido entre los 25 y 35 años, es el que más realiza esta práctica, independientemente de sus costumbres, religión y tiempo de residencia en la ciudad. El creciente índice se da como resultado del cambio en los patrones conductuales de la población, influenciados por

la publicidad farmacéutica, medicalización de la salud, exclusión y maltrato en los servicios asistenciales del estado.¹⁶

En Chota se realizó un estudio sobre “Factores Sociodemográficos Asociados a la Automedicación en Familias de Zona Urbana Chota – 2011”, cuyos resultados reportan que las familias de la zona urbana de Chota, en un alto porcentaje se automedican (90,5%) y solamente unas cuantas familias no lo hacen (9,5%), el medio de comunicación que incentiva la automedicación es en primera instancia la televisión (67,8%), seguido de la radio (25,4%) y afiches e internet (6,8%); cabe mencionar que algunas familias hicieron uso de receta médica sin vigencia (31,6%). En otras ocasiones no son profesionales quienes recomiendan el consumo de medicamentos sino más bien, son personas con conocimientos empíricos, lo cual todavía es más grave.¹⁷

2.2. BASE CONCEPTUAL.

2.2.1. LA AUTOMEDICACIÓN

A. DEFINICIÓN

La automedicación es el consumo de medicamentos o fármacos por parte de un paciente y se lleva a cabo sin el consentimiento de un profesional de la salud que constata su participación en una fórmula médica. Actualmente, es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel global. Así mismo se entiende como la decisión y el uso de medicamentos por parte del usuario para el tratamiento de enfermedades o síntomas reconocidos por el mismo. Es el uso de medicamentos que no han sido prescritos por un profesional habilitado, no indicado, ni supervisado por un profesional sanitario, teóricamente se restringe a los medicamentos de libre acceso.²⁷

Además la automedicación es el tratamiento de una condición patológica verdadera o imaginaria con medicamentos, seleccionados sin supervisión médica o de un agente calificado, que incluye la adquisición de medicamentos a través de una fuente formal (farmacias /boticas), recepción de medicamentos por otras fuentes como familiares y amigos y la utilización de sobrantes de prescripciones previas. Esta es una actividad frecuente de las personas, que constituye una problemática de carácter tanto nacional como mundial y que puede ocasionar riesgos no solo en su salud, sino también en sus vidas.⁵

Por otro lado la Automedicación constituye hoy en día un hecho cotidiano y habitual en la mayoría de los hogares. La utilización por voluntad propia de algún medicamento ante la presencia de un síntoma o enfermedad, ya sea por las recomendaciones de conocidos o formulados por un médico en alguna ocasión anterior, supone un acto sanitario que puede ocasionar perjuicios o beneficios al paciente que los ingiere.⁵

La automedicación es un término que denota el uso de medicamentos de expendio bajo receta y que se utilizan sin este requisito; no se debe confundir con la autoadministración, que es el consumo de fármacos prescritos con anterioridad por el profesional y que son utilizados nuevamente ante la percepción subjetiva de síntomas similares.²⁸

También el término automedicación se refiere al uso de productos medicinales por parte del paciente para tratar desórdenes o síntomas que éste reconoce o el uso intermitente o continuado de una medicación prescrita por el médico, para enfermedades o síntomas recurrentes o crónicos. Conviene diferenciarla de la autoprescripción, que se refiere al uso ilegal de medicamentos de venta bajo receta sin la prescripción médica correspondiente.²⁹

B. CAUSAS DE LA AUTOMEDICACIÓN

La automedicación es un fenómeno de amplias implicancias sociales, dentro de sus causas más comunes tenemos:

- ✓ **El fácil acceso a los medicamentos:** Con o sin prescripción médica, en farmacias, y boticas, además de las fuentes informales como vendedores ambulantes, curanderos tradicionales y tiendas no autorizadas.
- ✓ **Una legislación laxa:** Ley de salud que favorece la proliferación de medicamentos a consecuencia de registros automáticos.
- ✓ **Influencia de la propaganda:** Trasmitida tanto a público como a profesionales de la salud, no siempre es la más objetiva, debido a su fin mercantil.

Los consumidores poco a poco van incorporando a sus hábitos el autoservicio de fármacos. "La gente sabe mucho más de todo lo que va a consumir: conoce de medicamentos de venta libre, de vitaminas y alimentación natural".³⁰

Existen muchas causas de factores culturales, sociales y económicos para que las personas decidan automedicarse, esto quiere decir que el riesgo para que un paciente llegue a tomar la decisión de auto formularse sea demasiado alto, lo que da lugar para que esta práctica sea un problema de carácter internacional.²⁴

Es obvio que una persona que se encuentra sin trabajo o que percibe un sueldo bajo, piensa dos veces antes de decidir acudir al médico. Las consultas médicas suelen tener elevados precios y con frecuencia es necesario acudir en repetidas ocasiones a la consulta médica para

poder tener un diagnóstico correcto y luego para certificar la curación del malestar. El asunto no se detiene aquí, sino que los medicamentos suelen ser costosos.

En estos casos, aunque el médico diagnostique cierto tipo de medicamento, el paciente se automédica solicitando un medicamento parecido que tenga un menor valor económico. En nuestro país existe la atención médica gratuita. En este caso uno de los principales causales para la automedicación se basa en la alta afluencia de estos centros médicos gratuitos, que obligan al paciente a hacer largas colas durante horas para esperar el turno para ser atendido. Ante este panorama el paciente opta por la automedicación.

Existe la fantasía de que los medicamentos, mágicamente, curan todo. Por ese motivo hay un uso indiscriminado de los medicamentos, predominando la automedicación en todos los sectores sociales, con mayor incidencia en el sector subalterno, como resultado de consultas con pacientes, vecinos o amigos. Sin embargo los especialistas explican que los medicamentos no son efectivos sino se acompañan de un cambio de los hábitos cotidianos y de una indicación médica precisa.

La automedicación paso a ser parte del consumo desarrollando conductas adictivas. En el Perú los factores que condicionan la automedicación, son entre otros, el limitado acceso a servicios de salud, existencia de barreras económicas por los bajos ingresos de la población, bajos niveles de educación e información, el acceso libre a medicamentos de venta con receta médica; y la promoción y publicidad sesgada y exagerada por parte de la industria farmacéutica.⁵

C. FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL USO INCORRECTO DE LOS MEDICAMENTOS

✓ FACTORES COADYUVANTES.

La automedicación como tal se ve determinada y es dependiente de una serie de factores o condicionantes como los que se detalla a continuación:

- **Sociales:** ya sea en forma de presión de grupo o bien amigos o familiares, que ofrecen una solución a los problemas de salud, basados en su propia experiencia.
- El fácil acceso a los medicamentos está referido a la adquisición de medicamentos con o en ausencia de una receta médica, y en un establecimiento (farmacia o botica) o en forma ambulatoria.
- Otro factor es el incumplimiento o las leyes flexibles que favorece la proliferación de medicamentos a consecuencias de registros automáticos.
- Influencia de la propaganda, con la publicidad de Medicamentos, los laboratorios Farmacéuticos intentan simplemente potencializar la venta de sus productos.

La Organización Mundial de la Salud, en su publicación sobre "Criterios éticos para la promoción de medicamentos" establece que los anuncios dirigidos al público deben contribuir a que la población pueda tomar decisiones racionales sobre la utilización de medicamentos que están legalmente disponibles sin receta. Menciona también a modo de ejemplo, el tipo de información que

deben contener los anuncios destinados al público en general, habida cuenta del medio informativo utilizado:

- El (los) nombre(s) del (de los) principio(s) activo(s) utilizando la denominación común internacional (DCI) o el nombre genérico.
- El nombre comercial.
- Principales indicaciones para su uso.
- Principales precauciones, contraindicaciones y advertencias.
- El nombre y la dirección del fabricante o distribuidor.

De acuerdo a la edad, la automedicación tiene una mayor incidencia a mayor edad.

➤ **Económicos:** La crisis económica, el desempleo, malas condiciones de trabajo, bajo ingreso familiar, u otras que dificultan a los centros de atención de salud. La pobreza hace que los usuarios busquen una solución accesible para sus necesidades de salud siendo una de ellas la automedicación.³¹

El desempleo es otro motivo por cual no hay un adecuado acceso a la salud pues las prioridades de las personas cambian, siendo que el país la tasa de empleo sufra una severa contracción dando paso al trabajador informal o temporal que no tiene un salario fijo.

Adicionalmente el aumento poblacional, hace que los ya limitados recursos que hay en el campo de la salud se agoten a mayor velocidad y no se igualen al crecimiento de la pirámide demográfica

de una nación del tercer mundo, que tiene en su perfil procesos nosológicos infecciosos.

- **Culturales:** entre estos podemos mencionar, bajos niveles de estudio, creencias autóctonas, poca disponibilidad de información sobre los medicamentos y las consecuencias de su uso no racional.³¹

- **Acceso a la Información Médica**

Por mucho tiempo la información médica estuvo restringida de tal manera que sólo los profesionales tenían acceso a ella. Hoy en día el acceso a la información está al alcance de quien posea una computadora con conexión a Internet, muchas personas consultan más la Internet que al médico, se automedican y autoprescriben a partir de las sugerencias de la web.

La mayoría de la información obtenida en el internet tiene rasgos comerciales no necesariamente científicos. Se intenta vender medicamentos o procedimientos y se utilizan argumentos que convencen a los consumidores pero frecuentemente sin que éstos tengan información complementaria, de tal manera que lo que consumen es lo que mejor se publicita y no necesariamente lo que más le conviene al paciente.²⁵

El acceso libre online para la comunidad no médica-científica es un arma de doble filo, pues dificultades suficientes tenemos con los auto-diagnósticos y tratamientos. Aunque aún peor es toda aquella información disponible en internet que no es verídica pero aclamada como tal por pseudos-médicos u otras disciplinas que carecen del rigor científico, pero muy influyentes

con los cuales debemos lidiar constantemente. Lógicamente uno supone que una mejor educación permite a los pacientes estar mejor informados, pero no si son mal informados.³²

2.2.2. FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS

Los factores demográficos y socioeconómicos son peculiaridades de las poblaciones humanas en términos de edad, sexo, analfabetismo, escolaridad, estado civil, Ingresos mensuales, grado de hacinamiento, etc.³³

A. FACTORES DEMOGRÁFICOS:

A menudo nos interesa clasificar la población en subgrupos más homogéneos: estudiamos la estructura de la población. La clasificación por edades y sexo es la más utilizada puesto que gran parte del comportamiento demográfico está condicionada por estas dos dimensiones.³⁴

✓ Edad

Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Tiempo que ha vivido una persona.³⁵ Periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento y se expresa en años cumplidos.³⁶

✓ Sexo

Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos.³⁶

Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina.³⁶

✓ Lugar de residencia.

Vivir o habitar en un lugar determinado de forma permanente o durante un período considerable de tiempo.³⁷

✓ **Tiempo de residencia en la zona rural.**

Se refiere al intervalo de tiempo, medido en años cumplidos, vivido por la familia o individuo de manera ininterrumpida en la campiña donde reside habitualmente.³⁸

B. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo. Al analizar el nivel socioeconómico de una familia se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación, como también el ingreso combinado, comparado con el individual, y también son analizados los atributos personales de sus miembros.³⁹

Los factores socioeconómicos que consideramos para el presente estudio son:

- **Religión:** Es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.³⁸
- **Estado civil:** Situación de una persona en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país.⁴⁰
- **Grado de instrucción:** Es definido como el grado máximo terminado, es decir, el nivel más avanzado al que se haya asistido, de acuerdo al sistema educativo del país en el que se recibió la instrucción educativa. En relación al efecto del nivel educativo, el modelo indica que cada incremento de un nivel educativo del primario al secundario o del secundario al terciario

aumenta la probabilidad de beneficiarse de los servicios de salud.⁴¹

- **Ocupación:** Es el oficio no asalariado que desempeña un individuo, se aprende y se perfecciona interactuando directamente con una materia en particular.³⁷
- **Ingreso económico mensual:** Son los sueldos, salarios, transferencias, etc. de los integrantes de una familia en un periodo de tiempo determinado.⁴² en este caso en un mes.
- **Medios de comunicación.** Medios audiovisuales de divulgación de información.³⁹

C. OTROS FACTORES LIGADOS A LA AUTOMEDICACIÓN.

- **Factores ligados a la industria farmacéutica.** La investigación y desarrollo de sustancias experimentales que deben seguir todo el proceso por el cual se convertirán en principios activos susceptibles de ser consumidos para lograr un efecto terapéutico en los seres humanos es largo y costoso, pero esto nunca ha sido un obstáculo para que la cadena de fabricación de dichos compuestos se detenga.

En las últimas dos décadas la elaboración de sustancias activas se ha incrementado notablemente siendo que es uno de los mercados más rentables en la actualidad esto se traduce en la salida al comercio cada año para su venta, aunque en algunas circunstancias han sido retirados al poco tiempo por fallas en sus procesos de metabolismo y los efectos secundarios que pueden provocar.

Mucho del poder de la industria farmacéutica recae en los ingentes presuntos que tienen asignados a la publicidad de sus productos en todos los medios de información de los que disponen los usuarios. Se ha llegado a puntos en los cuales la publicidad de los principios activos está en todos los lugares, incluso en sitios de esparcimiento como parques o plazas.

Esta saturación de información hace que el usuario se decida por la primera sustancia que se informa o por la que recuerda en el momento de estar adquiriendo medicamentos, pudiendo ser esta la mejor o más accesible de acuerdo a su presupuesto. Este bombardeo de publicidad no es ajeno al de nuestro continente.¹⁰

- **Falta de conocimientos teóricos y prácticos.** Las dudas sobre el diagnóstico, la falta de conocimientos de los prescriptores sobre los enfoques diagnósticos óptimos, la inexistencia de información independiente, como pueden ser las directrices clínicas, y de oportunidades para efectuar un seguimiento de los pacientes o el temor a posibles pleitos son factores que contribuyen a la prescripción y dispensación inadecuadas de los medicamentos.

- **Promoción de los medicamentos inapropiada y contraria a la ética por parte de las empresas farmacéuticas.** La mayoría de los prescriptores obtienen la información sobre los medicamentos de las empresas farmacéuticas, y no de fuentes independientes, como las directrices clínicas. Esto puede conducir a menudo al uso excesivo. En algunos países está permitida la publicidad de medicamentos que necesitan receta dirigida directamente al consumidor, lo cual puede llevar a los

pacientes a presionar a los médicos pidiéndoles medicamentos innecesarios.

- **Beneficios de la venta de medicamentos.** En muchos países los minoristas prescriben y venden medicamentos sin necesidad de receta. Cuanto más vendan mayores serán sus ingresos, lo cual conduce al consumo excesivo de medicamentos, y en particular de los más caros.
- **Disponibilidad de medicamentos sin restricciones.** En muchos países la prescripción de medicamentos como los antibióticos se hace libremente, sin necesidad de receta. Esto conduce al consumo excesivo, a la automedicación inapropiada y a la inobservancia de los regímenes posológicos.
- **Sobrecarga de trabajo del personal sanitario.** Muchos prescriptores apenas tienen tiempo para dedicar a cada paciente, lo cual puede estar en el origen de diagnósticos y tratamientos deficientes. En esas circunstancias, se basan en hábitos de prescripción porque no tienen tiempo para actualizar sus conocimientos sobre los medicamentos.
- **Medicamentos inasequibles.** En lugares donde los medicamentos son inasequibles, los pacientes pueden no comprar las cantidades necesarias para un tratamiento completo o no comprar ningún medicamento en absoluto. En lugar de ello pueden buscar alternativas como los medicamentos de calidad no garantizada adquiridos a través de Internet u otras fuentes, o los medicamentos que han sido prescritos a sus familiares o amigos.
- **Inexistencia de políticas farmacéuticas nacionales coordinadas.** Las políticas básicas recomendadas por la OMS

para garantizar el uso apropiado de los medicamentos solo se aplican en menos de la mitad de los países. Dichas políticas incluyen medidas e infraestructuras apropiadas para monitorizar y reglamentar el uso de los medicamentos, y para capacitar y supervisar a los profesionales sanitarios que realizan las prescripciones.⁴³

D. MEDICAMENTOS MÁS USADOS EN AUTOMEDICACIÓN.

- **Antihistamínicos.** Sirven para el control de las reacciones alérgicas, es decir, aquellas en que el sistema inmunológico (que nos defiende de las agresiones externas) reacciona de manera exagerada cuando un elemento nocivo o alérgeno (polen, polvo o pequeñas escamas de la piel de animales, por ejemplo) se introduce al organismo a través de las vías respiratorias, tracto digestivo, piel y mucosas. Las reacciones alérgicas, como congestión y escurrimiento nasal, lagrimeo, estornudos, inflamación en la piel, ronchas, comezón, mareo, dolor de cabeza y diarrea se deben a que el organismo segrega un compuesto llamado histamina; por ello, la función de estos fármacos consiste en neutralizar, destruir o impedir la producción de aquella sustancia.

El uso de antihistamínicos debe ser vigilado por un médico ya que, además de que se requiere un tratamiento integral para evitar el factor que ocasiona la alergia, algunos de estos productos alteran al sistema nervioso y generan somnolencia, por lo que impiden la realización cabal de actividades cotidianas, como conducir un automóvil u operar maquinaria. En general, no se recomienda su uso durante el embarazo.⁴³

- **Broncodilatadores.** Son medicamentos que abren los bronquios (estructuras de los pulmones a través de las que circula el aire) y que se utilizan en el tratamiento de asma, bronquitis o enfisema (destrucción de las paredes de los alvéolos o sacos diminutos que contienen el aire); alivian síntomas como jadeo, falta de aliento o tos, y restauran la capacidad del paciente para respirar normalmente.

Algunos de estos productos, como el albuterol, influyen en la zona del sistema nervioso que regula la dilatación de los tubos bronquiales; otros, como la teofilina, interfieren en la actividad de enzimas o células pulmonares, de modo que logran la relajación de los músculos contraídos de las vías respiratorias. No se tienen conclusiones precisas sobre el efecto que tienen los broncodilatadores sobre la mujer embarazada, pero pruebas en animales señalan que se llegan a producir defectos de nacimiento cuando se administran en dosis elevadas.⁴³

- **Antitusivos.** También conocidos como antitusígenos, son fármacos que ayudan a aminorar la tos. Algunos de estos productos, como la codeína, adormecen las terminaciones nerviosas de laringe y faringe (garganta), de modo que a pesar de la irritación disminuyen el malestar.

Por su parte, el dextrometorfano, producto más novedoso, bloquea los impulsos nerviosos desde el centro de la tos, ubicado en la médula espinal, de modo que aminora la sensibilidad a estímulos que pudieran generar este síntoma. Debido a que la tos es un mecanismo de defensa y una respuesta del organismo a una infección ocasionada por microorganismos, alergia o irritación, se deben emplearse de manera moderada, bajo prescripción médica, y sólo en casos

en que sea muy intensa. Asimismo, el uso de codeína debe ser con cuidado, ya que al ser una sustancia similar al opio puede generar adicción. Finalmente, hay que recordar que el uso de estos productos durante el embarazo siempre requerirá de asesoría médica.⁴³

- **Mucolíticos.** Se trata de medicamentos que inhiben o reducen la generación de moco, por lo que se emplean en el tratamiento de infecciones de las vías respiratorias en donde las secreciones generan dificultad para la circulación de aire, particularmente en caso de tos húmeda (con flemas), así como en enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica y enfisema).

Los mucolíticos actúan directamente en las células que generan el moco, pueden ser empleados por niños o adultos, y requieren prescripción médica. Por lo general se toman tres veces al día, y hasta el momento no se han reportado contraindicaciones por su uso. La salvedad la representan las personas alérgicas a los ingredientes de la fórmula. Muchos de estos productos están contraindicados en el embarazo, por lo que el tratamiento de la tos debe ser vigilado por un médico.⁴³

- **Expectorantes.** Los expectorantes son productos que, a diferencia de los mucolíticos, no inhiben la producción de moco, sino que facilitan la expulsión de flemas, tanto en niños como en adultos, y se encuentran disponibles en jarabe, grageas, caramelos, cápsulas, tabletas o perlas. Se clasifican en dos grupos:

-De acción directa, cuando refrescan las vías respiratorias, disminuyen la irritación en garganta y facilitan la expulsión de

flemas, como ocurre con bálsamos y esencias de tolú, eucalipto, gomenol y pino.

-De acción refleja; estimulan las glándulas mucosas bronquiales y aumentan la producción de líquido en el tracto respiratorio para hacer más fluidas las secreciones espesas; ejemplos de ellos son el cloruro amónico, guaifenesina, guayacolato de glicerilo, difenhidramina, bromhexina y ambroxol. No se aconsejan durante el embarazo.⁴³

- **Antimicóticos.** El "pie de atleta" o tiña de los pies es una infección ocasionada por hongos microscópicos que puede contraerse a través del contacto directo con una persona infectada, al compartir ropa, toallas, sábanas, fundas de almohada, jabón, peines, cepillos y, particularmente, con el uso de vestidores y baños comunes como los que se encuentran en centros deportivos.

Los molestos síntomas generados por este mal (comezón, piel cuarteada, mal olor y, en ocasiones, pequeñas ampollas) pueden ser aliviados gracias a las cremas antimicóticas, las cuales deben ser empleadas de manera responsable y constante, por lo general dos veces al día durante varias semanas, luego de limpiar y secar perfectamente la zona afectada.

El uso de estos productos requiere supervisión médica, debido a que existen varias formas de esta enfermedad y en ocasiones se necesita tratamiento particular; además, el uso incorrecto de un antimicótico puede empeorar la enfermedad, ya que los hongos invasores llegan a generar resistencia. Para mejor resultado se deben mantener los pies limpios y secos, utilizar

calcetines o medias limpias todos los días, bañarse con sandalias y emplear calzado cómodo y no ajustado (nunca de plástico) para permitir así que el aire pueda ventilar los pies.⁴³

- **Antisépticos.** Se trata de soluciones que eliminan o impiden el crecimiento de algunos tipos de bacterias que se encuentran en la piel y en las membranas mucosas; son muy útiles en el botiquín de primeros auxilios para desinfectar heridas leves, raspones y cortaduras, sobre todo ante la presencia de elementos que generan mayor riesgo, como tierra o polvo.

Los antisépticos tradicionales, como alcohol y cloruro de benzalconio en alta concentración (0.13%), se aplicarán sólo a los lados de la herida a fin de no lastimar más los tejidos, en tanto que los formulados con yodo o del mismo cloruro de benzalconio en baja dosis (0.02%) sí pueden emplearse directamente en la lesión, aunque con discreción para no interferir el trabajo de regeneración que realiza el organismo.⁴³

- **Laxantes.** Estos productos facilitan el vaciado de las heces en caso de estreñimiento, y lo hacen aumentando el contenido del intestino, estimulando los movimientos de este órgano, incrementando el volumen de agua de los residuos o actuando como lubricantes.

Deben emplearse durante períodos cortos de tiempo, tomándose antes de acostarse, hasta normalizar las evacuaciones. Debe comprenderse que los laxantes son sólo una ayuda, ya que para lograr adecuadas deposiciones se debe seguir una dieta equilibrada que incluya vegetales y fibra, consumir agua (ocho vasos al día es lo ideal) y practicar ejercicio. El uso continuo de estos medicamentos puede volver

perezoso al intestino, además de que al acelerar el funcionamiento puede impedir la absorción de otros fármacos (incluso de nutrientes) si se toman juntos. No se recomiendan para mujeres embarazadas.⁴³

- **Antidiarreicos.** Sirven para controlar las evacuaciones frecuentes y acuosas, conocidas como diarrea, las cuales pueden estar o no acompañadas de dolor, debilidad, náuseas, vómitos, espasmos abdominales (retortijones), fiebre o pérdida de apetito. Cabe destacar que la diarrea es sólo un síntoma que puede tener su origen en la dieta, infecciones gastrointestinales, uso de algunos medicamentos, enfermedades crónicas o estrés, por lo que el tratamiento fundamental dependerá del diagnóstico médico para determinar la causa que la origina y combatirla.

Los antidiarreicos, cuya acción consiste en volver más lentos los movimientos del intestino, eliminan molestias, dan mayor consistencia a las deposiciones y detienen la pérdida de agua y nutrientes; sin embargo, se deben evitar durante el embarazo y en casos de diarrea infecciosa grave o amebiasis. Se deben usar discretamente y bajo prescripción médica cuando existe enfermedad hepática de consideración, ya que estos productos son procesados por el hígado y pueden ser contraproducentes.⁴³

- **Antiácidos.** Combaten la sensación de sabor agrio (agruras) y de ardor en el estómago y zona media del pecho, debido a que neutralizan la producción excesiva de ácido clorhídrico en el estómago, hecho que comúnmente se debe al consumo de alimentos irritantes y muy condimentados, así como por nerviosismo y estrés.

Las sustancias más utilizadas con este propósito son los hidróxidos de aluminio y magnesio, que pueden encontrarse en suspensión o comprimidos que se toman después de las comidas. Otros antiácidos utilizados con frecuencia son la cimetidina, ranitidina, famotidina u omeprazol, que sirven para inhibir la producción de ácido gástrico.

Como contraindicaciones podemos señalar que los preparados de aluminio y magnesio pueden interferir con otros fármacos si se ingieren al mismo tiempo; asimismo, estos productos no se recomiendan a mujeres embarazadas.⁴³

- **Analgésicos.** Se encargan de controlar o calmar sensaciones dolorosas leves, moderadas o intensas que frecuentemente son motivo de malestar, debido a que bloquean los impulsos en las terminaciones nerviosas. Tienen la capacidad de aliviar el dolor producido por golpes, heridas, torceduras, quemaduras o enfermedades como bronquitis, gripe o resfriado, entre otros.

Existen dos tipos de analgésicos: opiáceos, que son utilizados para molestias tan intensas como las que genera el cáncer (no pueden ser automedicados) y no opiáceos o de libre acceso, como ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, dipirona y paracetamol. Hay otras sustancias que no se consideran analgésicos, pero que calman el dolor debido a que eliminan su causa, siendo las más comunes el naproxeno (antiinflamatorio), benzocaína y lidocaína (anestésicos) y cafeína (estimulante que incrementa los efectos de un analgésico). Estos medicamentos están contraindicados en personas que padecen del aparato digestivo, problemas de coagulación o insuficiencia renal. Además, se debe consultar al médico antes de dar ácido

acetilsalicílico o ibuprofeno a niños, mujeres embarazadas, personas con alergia, problemas en los riñones o trastornos estomacales.⁴³

- **Antipiréticos.** Estos productos disminuyen la fiebre o temperatura corporal mayor a 37° centígrados, debido a que activan ciertos mecanismos del hipotálamo (parte del cerebro responsable de regular la temperatura corporal); entre los más empleados se encuentran el ácido acetilsalicílico, ibuprofeno y paracetamol, que también tienen propiedades analgésicas y, en el caso de los dos primeros, antiinflamatorias.

Aunque la administración de estos productos es segura, se deben seguir algunas medidas de seguridad para evitar efectos desagradables; por ejemplo, su consumo debe ser con agua y nunca con refrescos, café o bebidas alcohólicas, ya que pueden generar daños en el hígado. Asimismo, las personas con gastritis, colitis o úlceras gástrica y duodenal deben tomar sólo aquellos que sean inofensivos con la mucosa del estómago, como el paracetamol. En todo caso, se debe consultar al médico antes de suministrar productos con ácido acetilsalicílico o ibuprofeno a mujeres embarazadas y niños.⁴³

- **Antiinflamatorios.** La inflamación es una reacción del organismo frente a golpes, heridas, sustancias químicas o infecciones generadas por microorganismos, la cual se caracteriza por la presencia de dolor, hinchazón, enrojecimiento y calentamiento en la zona afectada.

Los medicamentos utilizados para luchar contra estos síntomas son los antiinflamatorios, que se administran por vía oral o tópica (sobre la superficie de la lesión), y entre los que se

encuentran el naproxeno, meloxicam, nimesulida y diclofenaco, además de analgésicos como ibuprofeno, ácido acetilsalicílico y paracetamol. Se emplean en el tratamiento de golpes ocasionados en la práctica deportiva, lesiones ocurridas en casa o el trabajo debido a accidentes y para aliviar las molestias ocasionadas por padecimientos reumáticos.

Los de tipo oral se contraindican en personas con trastornos del aparato digestivo, con problemas de coagulación o insuficiencia renal; los de que se aplican directamente en la piel se deben evitar cuando generan reacción alérgica. Hay que recordar que antes de dar ibuprofeno o ácido acetilsalicílico a mujeres embarazadas o niños, se debe consultar al médico.⁴³

- **Antigripales.** Se trata de fármacos que contienen analgésicos, antihistamínicos, antitusivos y estimulantes en distintas combinaciones y proporciones. Su objetivo es reducir los molestos síntomas que producen los resfriados comunes y gripe. Se toman en forma oral, sea como pastilla, cápsula o gragea, o bien, disueltos en agua fría o caliente. Se consumen varias veces al día, dependiendo de su fórmula; algunos se administran cada seis horas, otros cada ocho y aquellos conocidos como "de acción prolongada" cada 12 h; ya que son una combinación de diferentes productos, su uso debe consultarse al médico, sobre todo en caso de que los requieran mujeres embarazadas o niños. También debe considerarse que algunos de estos productos pueden causar somnolencia, por lo que llegan a interferir en el desempeño laboral o escolar.⁴³

- **Antibióticos.** Son capaces de interferir los procesos vitales de bacterias causantes de infecciones. Agrupan, entre otras

sustancias, a las sulfamidas, penicilinas, cefalosporinas, aminoglucósidos y tetraciclinas.

Existen en cremas de aplicación local, pero se utilizan principalmente en inyectables o bien en presentaciones vía oral (pastillas, cápsulas, suspensión). Resulta importante para garantizar su eficacia el estricto cumplimiento de la prescripción médica, repitiendo la toma con la frecuencia, duración y dosis indicadas.

Cabe decir que en ningún caso se aconseja la automedicación de estos fármacos, ya que pueden provocar reacciones alérgicas de consideración y no son efectivos en el tratamiento de infecciones generadas por virus; tomar antibióticos sin control puede fortalecer grupos o cepas de bacterias, hacerlas inmunes y, por tanto, difíciles de controlar. Finalmente, las tetraciclinas no deben emplearse en niños menores de ocho años ni en mujeres embarazadas.⁴³

- **Ansiolíticos e hipnóticos**, siendo más comunes las benzodiazepinas, que tienen la propiedad de reducir la tensión emocional, ansiedad y nerviosismo. La administración de estos productos requiere siempre de control médico, ya que se deben utilizar en un período corto y en la dosis mínima eficaz para no provocar efectos a corto plazo, como somnolencia; además, no se debe combinar su empleo con bebidas alcohólicas ni con medicamentos que actúen sobre el sistema nervioso.

A fin de evitar accidentes, no se sugiere el uso de este tipo de medicamentos a los conductores u operadores de maquinaria; tampoco se aconseja recetar ansiolíticos e hipnóticos a mujeres embarazadas o pacientes con enfermedades respiratorias

crónicas, ya que pueden sufrir paro respiratorio, o personas con apnea (ronquidos), ya que la relajación excesiva de los tejidos de la garganta puede empeorar su problema e impedir la respiración al dormir.⁴³

E. MARCO LEGAL DE LA AUTOMEDICACIÓN.

En el Perú existe una respuesta normativa a través de la Ley N° 26842, la cual fue creada por el congreso de la República en Lima a los 9 días del mes de julio de 1997, siendo Presidente el Ing. Alberto Fujimori Fujimori; la presente ley en su artículo 26 contempla que “Sólo los médicos pueden prescribir medicamentos. Los cirujano – dentistas y las obstétricas sólo pueden prescribir medicamentos dentro del área de su profesión. Al prescribir medicamentos deben consignar obligatoriamente su Denominación Común Internacional (DCI), el nombre de marca si lo tuviere, la forma farmacéutica, posología y periodo de administración. Así mismo, están obligados a informar al paciente sobre los riesgos, contraindicaciones, reacciones adversas e interacciones que su administración puede ocasionar y sobre las precauciones que debe observar para su uso correcto y seguro”. Artículo 33; “el químico-farmacéutico es responsable de la dispensación, de la información y orientación al usuario sobre la administración, uso y dosis del producto farmacéutico, su interacción con otros medicamentos, sus reacciones adversas y sus condiciones de conservación. Asimismo, está facultado para ofrecer al usuario alternativas de medicamentos química y farmacológicamente equivalentes al prescrito en la receta, en igual forma farmacéutica y dosis” (Ley General de Salud N° 26842; Art. 26,33).

Antes de la promulgación de la Ley N° 26842, Ley General de Salud (Julio, 1997), el Perú tenía una normatividad dispersa en materia de

medicamentos. No obstante, en la Ley, se descuidaron aspectos tan importantes como el registro de medicamentos que fueron normados prevaleciendo el enfoque de bien económico sobre el de bien social, flexibilizando exageradamente los requisitos para registrar un producto y restringiendo la facultad de evaluación de la autoridad reguladora. Por esta razón, el Ministerio de Salud, como ente rector del sector y en cumplimiento de la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud – Ley 27813, asumió la iniciativa de convocar a todos los involucrados para formular una política pública de medicamentos que esté encaminada a mejorar las condiciones de salud de todos los ciudadanos y ciudadanas. Es así que en el año 2004 se establecieron los lineamientos de política nacional de medicamentos, que contempla:

- ✓ Acceso universal a los medicamentos esenciales, cuyo objetivo es asegurar el acceso universal a medicamentos esenciales como componente fundamental de la atención integral en salud. Propuestas: selección racional, precios asequibles, financiamiento sostenible, sistema de suministro y de salud confiables.
- ✓ Regulación y calidad de medicamentos, cuyo objetivo es garantizar la seguridad, eficacia y calidad, de todos los medicamentos que se comercializan en el mercado nacional, mediante el fortalecimiento de la Autoridad Reguladora. Propuestas: registro sanitario, vigilancia y control de la calidad, vigilancia de reacciones adversas, erradicación del contrabando, el comercio informal y la falsificación de productos, fortalecimiento del organismo regulador de medicamentos.

- ✓ Promoción del uso racional de medicamentos, cuyo objetivo es fomentar una cultura de uso racional de medicamentos a nivel nacional. Propuestas: promoción de un listado de medicamentos esenciales, comités farmacológicos, uso de la denominación común internacional en las recetas, acceso de los profesionales de la salud a información sobre medicamentos, información y educación para los usuarios, formación de recursos humanos, promoción de buenas prácticas de prescripción y dispensación, promoción y publicidad de medicamentos (Ministerio de Salud; 2004).

La ley N° 29459 en su artículo 30 (Del uso racional de medicamentos), alude que la Autoridad Nacional de Salud (ANS), sus organismos desconcentrados (OD), la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM), las Autoridades Regionales de Salud (ARS) y las Autoridades de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de nivel regional (ARM), fomentan el uso racional de medicamentos en la atención de salud, en los profesionales de la salud y en la comunidad, priorizando el uso de medicamentos esenciales en concordancia con la Política Nacional de Medicamentos (PNM). (Ley de los Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios N° 29459; Art. 30).

La ley de protección al consumidor, se refiere en términos del consumo de medicamentos en sus siguientes artículos:

- ✓ Art. 5. En los términos establecidos por el presente Decreto Legislativo, los consumidores tienen los siguientes derechos: Derecho a recibir de los proveedores toda la información necesaria para tomar una decisión o realizar una elección adecuadamente informada en la adquisición

de productos y servicios, así como para efectuar un uso o consumo adecuado de los productos o servicios.

- ✓ Art. 7°. Los proveedores están obligados a cumplir con las normas de seguridad, calidad y rotulado del producto o servicio, en lo que corresponda.

- ✓ Art. 9°. Los productos y servicios puestos a disposición del consumidor no deben conllevar riesgo injustificado o no advertido para la salud o seguridad de los consumidores o sus bienes. En caso que, por la naturaleza del producto o del servicio, el riesgo sea previsible, deberá advertirse al consumidor de dicho riesgo, así como del modo correcto de la utilización del producto o servicio. (Ley de Protección al Consumidor; Art. 5, 7,9). Según la escala de multas por infracción al Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos (Decreto Supremo N° 014-2011-SA), se considera una multa de 1 UIT por la infracción de expender los productos de venta bajo receta médica sin el respaldo de la receta o sin que esta cumpla con las formalidades de ley.⁴⁵

2.3. HIPOTESIS

- ✓ Ha. Existe relación entre los factores demográficos y socioeconómicos con la automedicación de la población rural del distrito de Chota.

- ✓ Ho.No Existe relación entre los factores demográficos y socioeconómicos con la automedicación de la población rural del distrito de Chota.

2.4. VARIABLES

- ✓ **Variable Independiente:** Factores demográficos y socioeconómicos.

- ✓ **Variable Dependiente:** Automedicación.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN
FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMI COS	Cualitativa Nominal	Los factores demográficos y socioeconómicos son peculiaridades de las poblaciones humanas en términos de edad, sexo, analfabetismo, escolaridad, estado civil, Ingresos mensuales, grado de hacinamiento, etc. ³³	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Sexo ✓ Religión ✓ Estado civil ✓ Ocupación ✓ Grado de Instrucción ✓ Ingreso económico mensual ✓ Se informa de automedicación por medios de comunicación ✓ Principal medio comunicación informante. 	Nominal

✓ Edad	Cuantitativa Continua	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. ³⁵	1) 18-35 años 2) 36-55 años 3) 56-75 años	Ordinal
✓ Sexo	Cualitativa Nominal	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos. ³⁶	1) Masculino 2) Femenino	Nominal
✓ Religión	Cualitativa Nominal	Es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural. ³⁸	1) Católico 2) No católico.	Nominal
✓ Estado civil	Cualitativa Nominal	Situación de una persona en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país. ⁴⁰	1) Casado 2) Divorciado 3) Soltero 4) Viudo 5) Conviviente.	Nominal

✓ Ocupación	Cualitativa Nominal	Es el oficio asalariado o no asalariado que desempeña un individuo, se aprende y se perfecciona interactuando directamente con una materia en particular. ³⁷	1) Ama De Casa 2) Agricultor 3) Empleada 4) Estudiante 5) Comerciante 6) Otros	Nominal
✓ Grado de Instrucción	Cualitativa Nominal	Es definido como el grado máximo alcanzado, es decir, el nivel más avanzado al que se haya asistido, de acuerdo al sistema educativo del país en el que se recibió la instrucción educativa. ⁴¹	1) Sin instrucción 2) Primaria incompleta 3) Primaria completa 4) Secundaria incompleta 5) Secundaria completa 6) Superior no universitaria 7) Superior universitaria	Nominal
✓ Ingreso económico mensual	Cuantitativa Continua	Suma de los sueldos, salarios, transferencias, etc. de los integrantes de una familia en un periodo de	1) Menor de 750 nuevos soles 2) De 751 a 1500 nuevos soles	Continua

		tiempo determinado. ⁴²	3) De 1501 nuevos soles a más	
✓ Se informa de automedicación por medios de comunicación	Cualitativa Nominal	Medios audiovisuales de divulgación de información. ³⁹	1) Si se informa. 2) No se informa.	Nominal
✓ Principal medio comunicación informante	Cuantitativa Discreta	Medios audiovisuales principales de divulgación de información. ³⁹	1) Televisión 2) Radio 3) Afiches 4) Otros	Razón
AUTOMEDICACIÓN	Cualitativa Nominal	Consumo de medicamentos o fármacos por parte de un paciente y se lleva a cabo sin el consentimiento de un profesional de la salud que constata su participación en una fórmula médica. ²⁷	1) Si se automedica 2) No se automedica	Nominal

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de estudio

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo porque se recogió datos numéricos y midió fenómenos o hechos. Es de tipo correlacional, descriptivo y de corte transversal. Es correlacional porque buscó encontrar la relación entre dos variables; es descriptivo porque se analizó y describió las variables en estudio, y es transversal porque la obtención de datos para el estudio se realizó en un determinado periodo y momento específico.⁴⁵

3.2. Área de estudio

Nuestro país se localiza en el hemisferio sur, en cuanto nos referimos a Cajamarca se encuentra más próximo a esta línea ecuatorial con una latitud de 7°12'05" y nuestra ciudad de Chota se ubica más al norte de la capital departamental, por este lugar pasa el paralelo 6°33'48". Chota está a una altitud de 2,388 msnm. Sus límites son: por el Norte, con las Provincias de Ferreñafe y Cutervo, por el Sur con las Provincias de Celendín, Hualgayoc y Santa Cruz, por el Este con el Río Marañón que es el límite con la Provincia de Luya, y por el Oeste con las Provincias de Chiclayo y Ferreñafe al Oeste.⁴⁶

El área de estudio es la zona rural del Distrito de Chota, la cual tiene un relieve accidentado con variedad en su altitud sobre el nivel del mar ubicados alrededor de la parte central de la provincia, en la región andina norte del Perú. Su capital se encuentra en la meseta de Akunta a 2,388 msnm y a 150 Km al norte de Cajamarca o a 219 Km al este de Chiclayo, Lambayeque.

3.3. Escenario de estudio

- La investigación tuvo como escenario a las comunidades de Chuyabamba, Cabracancha, Yuracyacu, San Antonio de la Iraca, la Iraca Grande, Lanchebamba, Cuyumalca, Rojaspampa, Cañafisto, Santa Rosa Bajo, Negropampa, Colpatuapampa, Colpamatara, Túnel Conchano, pertenecientes a la zona rural, todas ubicadas en el distrito de Chota, sus distancias oscilan entre un cuarto de hora el más cercano y 45 minutos el más lejano en motocicleta con distancias entre 10 km y 30 km respectivamente.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población estuvo conformada por todas las personas entre los 18 a los 75 años de edad que viven en la zona rural del distrito de Chota. Según datos de la Oficina de Estadística e informática de la Dirección de Salud de Chota para el año 2014 la población del distrito asciende a un número de 31,119 personas, de éstas el 80 % pertenecen al área rural.

3.4.2. Muestra

El tamaño de muestra en este trabajo estuvo considerado con un nivel de confianza del 95% y un error relativo de 5%. Se calculó aplicándose la fórmula para población infinita por tratarse de una población grande.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Valores de las variables, donde:

n: 31,119 personas entre 18 y 75 años.

Z: 1,96 es el porcentaje de confiabilidad del 95%.

p: 0,5 proporción (50%) de población que se automedica.

q: 0,5. Proporción de la población que no se automedica (50%).

d: 0.05 error que se prevé cometer (5%).

Calculando la muestra:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.25}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.96}{0.0025}$$

$$n = 384$$

La selección de la muestra, se realizó mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple que consiste en extraer una parte de la población o universo, donde cada uno de los elementos de la población tengan la misma probabilidad de ser seleccionados para formar parte de la muestra; asegurando de esta manera la representatividad de la muestra extraída, y se realizó teniendo en cuenta cada una de las viviendas de cada poblador de la zona rural sujeto de estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Personas de ambos sexos, que se encontraron entre las edades de 18 a 75 años.
- Personas que voluntariamente aceptaron participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Los criterios de exclusión son:

- Personas que presentaron alteraciones mentales.
- Personas con alguna discapacidad para comunicarse.

3.4.3. Unidad de Análisis y de Observación

La unidad de análisis y de observación lo constituye cada una de las personas que participaron en el estudio, y firmaron el consentimiento informado.

3.5. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la entrevista personal a cada uno de los pobladores que viven en la zona rural del distrito de Chota, visitando cada una de las viviendas de los pobladores de la zona rural en forma aleatoria, el instrumento aplicado tuvo una duración de 20 minutos aproximadamente por cada poblador habiéndose culminado en 2 semanas toda la recolección de la información.

Para iniciar la recolección de datos se explicó los objetivos y el propósito del estudio a las personas participantes, de manera que se pueda obtener la información confiable por parte de los encuestados, se estableció una relación empática, dándoles a conocer que los datos proporcionados son estrictamente confidenciales, considerando así los principios éticos y respetando los derechos humanos.

Se les explicó los objetivos del estudio solicitando su participación voluntaria la misma que una vez aceptada quedó registrada en un documento de consentimiento informado.

3.6. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento de recolección de datos utilizado fue una encuesta diseñada de 18 preguntas (algunas corresponden a preguntas de selección múltiple), por lo cual se somete a la prueba de confiabilidad o se ajusta de acuerdo a los resultados. El instrumento utilizado fue el propuesto por **Moya S.** en su estudio “Prevalencia de Automedicación en Consultantes a un Centro de Atención ambulatorio adosado a un hospital de una Comuna de Santiago; el mismo que ha sido modificado por el autor considerando las variables del estudio para su mejor confiabilidad en la recolección de la información.

El instrumento aplicado consta de dos partes, la primera contiene 9 ítems para recolectar los factores demográficos y socioeconómicos y la segunda parte consta también de 9 ítems sobre la automedicación.

Se realizó la prueba piloto para validar el instrumento considerando la aplicación de la encuesta a 38 sujetos de la zona de Llangodén Alto, quienes no participaron en el estudio. Ellos participaron de forma voluntaria y anónima respondiendo a la encuesta.

Se analizó la pertinencia de cada una de las preguntas para los fines de la investigación y se eliminaron y modificaron las preguntas que no aportaban información confiable. El instrumento para su validez, fue sometido al juicio de expertos en el tema de estudio.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó el procesamiento y análisis de los datos recolectando la información de forma manual, codificada y digitada para su procesamiento estadístico. Se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2010 y luego los datos fueron transportados al paquete estadístico

SPSS, versión 21 para la obtención de los datos finales, los mismos que son presentados en cuadros estadísticos simples y de doble entrada.

Para poder analizar los datos se utilizaron las siguientes técnicas estadísticas: Estadística Descriptiva, consistente en describir los resultados obtenidos en el estudio, contrastarlos con antecedentes y teorías; todo ello tendiente al logro de los objetivos formulados. También se utilizó la estadística inferencial, realizándose en base a técnicas estadísticas que se adecuen a nuestra investigación dentro de ellas la prueba del Chi cuadrado para probar la relación entre variables con un nivel de significancia al 5 %.

3.8. RIGOR ÉTICO Y CIENTÍFICO

La investigación cuantitativa se fundamenta en criterios que tengan como objeto asegurar la calidad y objetividad de la investigación, considerándose los siguientes criterios:

3.8.1. RIGOR ÉTICO

En relación a la ética, se tiene en cuenta los siguientes principios éticos que asegurarán la validación del trabajo de investigación:

- a) **Autonomía.** La participación es de carácter voluntario, para garantizar que la persona podrá negarse a realizarlo o retirarse en cualquier momento, si considerase que cualquiera de sus derechos pudiera verse amenazado. En este trabajo de investigación los pobladores de la zona rural de Chota decidieron participar en la investigación, los mismos que firmaron un consentimiento informado.
- b) **No maleficencia.** Principio de la bioética que afirma el deber de no hacer a los demás algo que no desean; así mismo es

simplemente abstenerse intencionalmente de acciones que pueden causar daño. Se recogió la información luego que el participante firmo el consentimiento informado. En la investigación se tuvo en cuenta los beneficios, puesto que en este estudio no hay riesgo de hacer daño a la persona ya que solo se busca obtener información, mas no realizar experimentos en dicha población en estudio.

- c) Justicia:** La población (universo) se eligió de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, por lo cual todos los pobladores que están dentro de las edades de 18 a 75 años tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos.

- d) Beneficencia:** El presente trabajo de investigación beneficia al investigador y a la población en general porque nos conlleva a establecer conclusiones claras sobre el problema de estudio que sirve de guía para el desarrollo de otros estudios en el futuro.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS.

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN PRÁCTICA DE AUTOMEDICACIÓN. POBLACIÓN RURAL DEL DISTRITO DE CHOTA – 2014

AUTOMEDICACIÓN	Nº	%
Si	327	85,2
No	57	14,8
Total	384	100,0

En la tabla 1, se puede observar que la mayoría de personas de la población rural del distrito de Chota si se automedica (85,2%); seguido de un 14,8% que no se automedica.

Estos resultados encontrados guardan relación con los encontrados por Zapata AF, quien en su estudio realizado en Barranquilla en el año 2013, mostró que el 56,1 % de los encuestados manifestó que se automedican. Es decir más de la mitad de la población estudiada. Asimismo Amaya C, Quintanilla S, (2010) también encontró que un 59% de la población de San Ignacio en Chalatenango recurre a la automedicación.

Resultados que permiten manifestar que al igual que en otras poblaciones de América Latina la mayor parte de personas recurre a la automedicación,

probablemente porque el cuidar su salud significa gasto económico por el costo alto de consultas, exámenes auxiliares y de los medicamentos prescritos por el médico, es decir no hay acceso a los medicamentos; similares estadísticas encontró Castillo LJ en un estudio realizado en Loja Ecuador donde concluyó que del total de 358 personas encuestadas el 68.43% se automedican.

Sin embargo también se observa que existe un mínimo porcentaje de personas que no recurren a la automedicación. Quizás por ello también en otras poblaciones donde se han realizado estudios como el de López JJ, en Bogotá (2009), donde encontró que la automedicación fue de 27,3 % y la autoprescripción de 7,7 %.

Por observaciones y la experiencia de mi práctica pre profesional en la zona rural, las personas adultas se automedican por voluntad propia, otro caso común es el acudir a personas mayores como abuelas maternas o paternas para consultar sobre el uso de uno u otro fármaco cuando se trata de la salud de los familiares. Otra causa que conlleva a la automedicación probablemente es la publicidad de los medios de comunicación, al respecto se puede observar que es común encontrar en el mercado central de la provincia de Chota a comerciantes informales que expenden libremente medicamentos para ser consumidos tanto por vía oral, como parenteral; asimismo los medicamentos también se venden en las bodegas de las comunidades rurales donde el acceso geográfico a un establecimiento de salud es difícil. Actualmente se puede también observar la proliferación de boticas en la ciudad de Chota y que generalmente no cuenta con un profesional químico farmacéutico de acuerdo a normas y reglamentos que regulan el expendio de los medicamentos, por lo que las expendedoras son personas generalmente sin conocimiento químico farmacéutico y que incluso llegan a recetar medicamentos, existen además los múltiples laboratorios que compiten por la demanda de consumo de medicamentos por la población, disminuyendo sus costos y posiblemente también la calidad

del medicamento. Una persona con un sueldo mínimo o que se encuentra sin trabajo o que percibe un sueldo bajo, piensa dos veces antes de decidir acudir al médico, prefiriendo el acceso a fármacos de bajo costo y efectivos siendo el camino más fácil y que le favorece el ahorro pues puede obviar la consulta y por consiguiente la prescripción.

En nuestra sociedad, las consultas médicas suelen tener precios elevados y con frecuencia es necesario acudir en repetidas ocasiones para poder tener un diagnóstico preciso y luego para certificar la curación del malestar son necesarios obtener medicamentos costosos, en los últimos años se han insertado en el mercado varias clínicas particulares en la ciudad de Chota donde se ofrece atención médica especializada incluso con médicos especialistas, en dichas instituciones el pago por la consulta y los exámenes auxiliares para muchos no es accesible, este puede ser otro motivo del elevado porcentaje de pobladores que se automedican. Los consumidores poco a poco van incorporando a sus hábitos el autoservicio de fármacos pues la gente sabe mucho más de todo lo que va a consumir, es decir conoce de medicamentos de venta libre, de vitaminas y alimentación natural, esto es evidente en muchos pobladores que padecen enfermedades crónicas y suelen reconocer los medicamentos que usan frecuentemente e incluso pueden recomendarlo a otra personas sin tener evidencia médica que respalde su recomendación.

TABLA 2: EDAD DE LA POBLACIÓN RURAL Y SU RELACIÓN CON LA AUTOMEDICACIÓN. DISTRITO DE CHOTA – 2014

Automedicación	Edad en años					
	18 – 35 años		36-55 años		56- 75años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	124	89,9	118	78,1	85	89,5
No	14	10,1	33	21,9	10	10,5
Total	138	100,0	151	100,0	95	100,0

Valor p = 0,008

Chi cuadrado: 9.682

En la tabla 2, se muestra el factor demográfico edad y su relación con la automedicación del grupo en estudio, se encontró que la población de las edades de 18 a 35 años el 89,9% se automedican frente a un 10,1% que no se automedica, seguido de los pobladores de 56 a 75 años con 89,5% que se automedican en relación al 10,5% que no lo hace y los de 36 a 55 años se automedican en 78,1% frente al 21,9% que no lo hace.

Después de aplicar el chi cuadrado se encontró un valor P de 0,008 esto demuestra que existe una relación significativa entre la edad y la automedicación, es decir que depende de la edad que tienen las personas para que decidan automedicarse o no. Según los resultados se puede decir que es la población de adultos jóvenes y los adultos mayores quienes más se automedican en relación a la población de adulto intermedio.

Los resultados encontrados en cuanto a edad son similares a los hallazgos de una investigación realizada por Moya Rodríguez S.; en Santiago de Chile (2012), donde se obtuvo una prevalencia del 85% de automedicación en edades comprendidas entre los 21-30 años (27%) y residentes en sector sur de Santiago (33%), 86% en mujeres a diferencia que en el estudio realizado en la zona rural de Chota se da más en varones. Del mismo modo en un estudio realizado por Pacheco Neyra JE., en Cajamarca (2009), los resultados mostraron la prevalencia de automedicación que fue de 85,3%; el

grupo femenino comprendido entre los 25 y 35 años, es el que más realiza esta práctica, independientemente de sus costumbres, religión y tiempo de residencia en la ciudad.

Por lo tanto, los resultados muestran que existe relación entre la variable edad y automedicación en la población rural del distrito de Chota y que los que más se automedican son los adultos jóvenes, esto se debe probablemente a que en la actualidad tienen mayor acceso a los medios de comunicación lo que les da la iniciativa de adquirir medicamentos sin receta médica, y también porque creen tener conocimiento sobre los medicamentos que usan y consideran lo que presentan como enfermedades leves como para visitar a un médico. También son las personas con edades entre 56 y 75 años debido a la experiencia que tienen sobre ciertos medicamentos antes usados, o por la recomendación de sus parientes o familiares y también por el temor de consultar con un médico. Y las personas que tienen edades entre 36 y 55 años también se automedican pero en menor porcentaje probablemente por tener familiares que conocen de los problemas que causa la automedicación entonces los impulsan a acudir al médico cuando se enferman antes de automedicarse. Tal como lo reporta Moreno PA y Apablaza CP, quienes en un estudio realizado en las poblaciones amazónicas de Yacuambi y El Pangui (2009);refieren que la automedicación prevalece en los adultos jóvenes (72,27%). De la misma forma Jiménez RD, Hernández QC., en un estudio realizado en Barcelona (2010),encontró que los individuos con un riesgo mayor de incurrir en la automedicación son los individuos jóvenes.

TABLA 3: SEXO DE LA POBLACIÓN RURAL Y SU RELACIÓN CON LA AUTOMEDICACIÓN. DISTRITO DE CHOTA 2014

Automedicación	Sexo			
	Mujer		Hombre	
	Nº	%	Nº	%
Si	153	79,3	174	91,1
No	40	20,7	17	8,9
Total	193	100,0	191	100,0

Valor p = 0,001

Chi cuadrado: 10.619

En la tabla 3, se muestra que la mayoría de población de hombres (91,1%) se automedican, mientras que la mayoría de población de mujeres también se automedican pero en un porcentaje menor (79,3%)

Después de aplicar el chi cuadrado se encontró un valor P de 0,001, que demuestra esto que existe una relación significativa entre el sexo de la población rural y la automedicación; es decir que depende del sexo de las personas sea hombre o mujer para que estas se automediquen.

Según los datos encontrados en el presente estudio se observa que los pobladores que más se automedican son los varones esto se debe probablemente a que los consideran a las enfermedades como leves y no se deciden ir a una consulta médica, también se ha observado y recepcionado las manifestaciones de los pobladores quienes refieren tener vergüenza de ir al médico para realizarse una consulta. Además hay una relación en menor porcentaje con el sexo femenino lo que nos da a entender que las mujeres acuden más al médico y por lo tanto serían las que menos se automedican, por ello en la población rural son las mujeres quienes visitan más a menudo a los centros y puestos de salud para beneficiarse de los programas de salud que brinda el estado y es allí donde quizás

adquieren conocimiento sobre la importancia de hacer una consulta médica y no practicar la automedicación.

Tal como lo sustenta Vallés CQ en Lérída (2011), quien encontró que esta práctica no se ve modificada por el sexo, se automedican el 47,7% de mujeres totales, y el 50,8% de hombres ($p>0,05$). Sin embargo para Gómez O, Leobardo M. en su estudio realizado en una farmacia Comunitaria de la Ciudad de Toluca en México (2009), encontraron que el 61,1% de la población objeto de estudio fueron mujeres. El análisis multivariado demostró que existía una asociación entre el sexo femenino y la automedicación ($p< 0,05$).

TABLA 4: RELIGIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL Y SU RELACIÓN CON LA AUTOMEDICACIÓN. DISTRITO DE CHOTA 2014

Automedicación	Religión			
	Católica		No católica	
	Nº	%	Nº	%
Si	252	85,4	75	84,3
No	43	14,6	14	15,7
Total	295	100,0	89	100,0

Valor p = 0,788

Chi cuadrado: 0.072

En la tabla 4, se muestra el factor: religión, de la población estudiada, y se puede observar que las personas de la población de la zona rural del distrito de Chota que profesan la religión católica en su mayoría se automedican con un 85,4%, asimismo los de la religión no católica también se automedican con un 84,3% y los que no se automedican en menores porcentajes están los de religión católica con un 14,6% frente a un 15,6% de los de religión no católica.

Estos resultados son similares a los presentados por el INEI (2013) donde determina que la religión católica puede identificar a la sociedad peruana, sin embargo existe un gran sincretismo entre esta y los ritos y creencias de la antigua religión incaica. Esto es un hecho en la diversidad de festividades y rituales que recogen tanto el fervor católico, así como el misticismo de las antiguas culturas indígenas. La mayor parte de la población rural se identificó como católicos, seguida en número de fieles por los pertenecientes a las Iglesias Evangélicas, Testigos de Jehová, Mormones.

Según los resultados encontrados se puede decir que la religión no se relaciona con la automedicación, pues después de aplicar el chi cuadrado se encontró un valor P de 0,788 esto significa que no existe una relación significativa entre ambas variables, es decir que no depende de la religión

que profesa la población para que indistintamente se automediquen sino que es probablemente la conducta de las personas la que tiene que ver para que estas tomen la decisión y la acción de automedicarse.

TABLA 5: ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN RURAL Y SU RELACIÓN CON LA AUTOMEDICACIÓN. DISTRITO DE CHOTA 2014

Automedicación	Estado civil									
	Casado		Divorciado		Soltero		Viudo		Conviviente	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	163	83,6	0	0,0	67	84,8	17	89,5	80	88,9
No	32	16,4	1	100,0	12	15,2	2	10,5	10	11,1
Total	195	100,0	1	100,0	79	100,0	19	100,0	90	100,0

Valor p = 0,116

Chi cuadrado: 7.395

Según la tabla 5 al relacionar la variable estado civil con la automedicación se observa que el 89,5% de la población rural con estado civil viudo si se automedica, seguido por los de estado civil conviviente con el 88,9%, posteriormente están los solteros con el 84,8% y los casado con el 83,6%, finalmente los divorciados. Las personas que no se automedican (100,0%) corresponden a la población con estado civil divorciado, seguido de los casados con el 16,4%, los solteros con el 15,2%, los convivientes con el 11,1%, y finalmente están los viudos con el 10,5% que no se automedican.

Luego de aplicar la prueba de chi cuadrado, se encontró un valor P de 0,116 esto muestra que no existe una relación significativa entre el estado civil y la automedicación, es decir que no depende de que estado civil tenga la población para que las personas se automediquen o no.

Se observa también en los resultados que el factor social estado civil de la población estudiada mayormente son los de estado civil casados, podríamos decir que el matrimonio civil es el más predominante en las familias de la zona rural del distrito de chota probablemente porque la ley exige ciertas normas y la mayoría de la población estudiada las cumple, otro porcentaje característico de esta población son aquellos que conviven con su pareja

siendo uniones de jóvenes que aun no formalizan su relación y muchas veces todavía no tiene hijos.

Según estos resultados del presente estudio se encontró similitud con los encontrados por Amaya C, Quintanilla S, realizado en San Ignacio Chalatenango (2010), donde encontró que estuvo compuesta en su mayoría por personas que viven en algún tipo de relación de convivencia (casados y en unión estable) 58.2%, mientras que individualmente, los solteros representan, el grupo más numeroso 38.1%. Cuando se evalúa la existencia de una relación entre estado civil y la automedicación, se mostró que no existe una asociación entre estas variables, pues se obtiene una $p= 0.3101$. Asimismo en un estudio realizado por Peñuela M. en Barranquilla (2012), donde la población que se automedica un 67,6 % son casados, comparado con el 26,7% de solteros, asociación significativa ($p<0,05$) y que se puede relacionar con el tamaño familiar (la población casada, normalmente con hijos, forman hogares de 2 a 4 miembros).

Los resultados encontrados muestran que no existe relación entre la variable estado civil y automedicación en la población rural del distrito de Chota, a pesar de observarse de que existen altos porcentajes de automedicación y esto probablemente se debe a que las personas de estado civil convivientes no cuentan con los recursos necesarios para realizarse una consulta médica, y/o tienen vergüenza visitar al médico, además de no conocer los efectos puede tener la automedicación; y la mayoría de veces son los mismos integrantes de familia los inducen a automedicarse ya sea por contar con una receta médica antigua o por recomendación de un vecino o familiar cercano se automedican.

TABLA 6: OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL Y SU RELACIÓN CON LA AUTOMEDICACIÓN. DISTRITO DE CHOTA 2014.

Automedicación	Ocupación											
	Ama de casa		Agricultor		Empleada		Estudiante		Comerciante		Otros	
	(o)											
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	130	76,5	132	89,8	7	100,0	29	100,0	15	93,8	14	93,3
No	40	23,5	15	10,2	0	0,0	0	0,0	1	6,2	1	6,7
Total	170	100,0	147	100,0	7	100,0	29	100,0	16	100,0	15	100,0

Valor p = 0,001

Chi cuadrado: 20.653

En la tabla 6 se observa en relación al factor social ocupación, que son los de ocupación estudiante los que se automedican en un 100%, asimismo los empleados con el mismo porcentaje, seguido de los comerciantes con un 93,8%, también se puede observar que son los de ocupación agricultor(a), los que en su mayoría se automedican con un 89,8%, frente a un 10,2% que no se automedican, seguido de la ocupación ama de casa que se automedica en un 76,5% , frente a un 23,5% que no se automedican.

Luego de aplicar la prueba estadística de chi cuadrado, se encontró un valor P de 0,001; esto significa que existe una relación significativa entre la ocupación y la automedicación, es decir que depende de la ocupación que tiene la población para que se automedique o no.

Estos resultados encontrados guardan similitud con el estudio realizado por Álvaro L, et al, en Barranquilla (2013), quien encontró que las personas que trabajan como empleados son las que más recurren a la automedicación (51,9 %), seguidas por los trabajadores independientes (25,7 %). No se

encontró asociación entre la automedicación y el estado de ocupación de las personas ($p < 0,8621$).

Según los resultados se observa que existe relación entre la variable ocupación y automedicación en la población rural del distrito de chota y los que más se automedican son los que tienen ocupaciones de empleado o estudiante porque en su mayoría probablemente no disponen de tiempo para visitar al médico y además dependen de otras personas para las que trabajan y los estudiantes dependen de sus padres respectivamente, también se observa altos porcentajes de automedicación en los comerciantes y los que tienen otras ocupaciones ya mencionadas anteriormente esto porque no permanecen en un solo lugar y están viajando, lo que no les facilita y les brinda el tiempo suficiente para visitar un médico cuando se enferman, además consideran a las enfermedades como leves para hacer una consulta médica y también se automedican por recomendación de familiares y amigos, los de ocupación agricultor se automedican por desconocimiento de los efectos de la automedicación, vergüenza de visitar al médico y por falta de recursos económicos ya que son los que en su mayoría sustentan a su familia con su trabajo el cual tiene una remuneración baja o ninguna por su trabajo, finalmente se observa que las amas de casa se automedican en menor porcentaje porque son ellas en su mayoría las que cuidan de la salud de sus familias, por lo tanto están en mayor contacto con el equipo de salud de su comunidad, para llevar a sus hijos a su control de crecimiento y desarrollo y/o para hacer uso de los programas de salud, controles prenatales, etc., que son los espacios donde reciben la orientación de parte del profesional de salud.

TABLA 7: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL Y SU RELACIÓN CON LA AUTOMEDICACIÓN. DISTRITO DE CHOTA 2014

Autome dicación	Grado de instrucción													
	Sin grado		Primaria completa		Primaria incompleta		Secundaria completa		Secundaria incompleta		Superior universitaria		Superior no universitaria	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	45	80,4	75	86,2	74	85,1	46	86,8	51	82,3	22	88,0	14	100,0
No	11	19,6	12	13,8	13	14,9	7	13,2	11	17,7	3	12,0	0	0,0
Total	56	100,0	87	100,0	87	100,0	53	100,0	62	100,0	25	100,0	14	100,0

Valor p = 0,647

Chi cuadrado: 4.222

En la presente tabla se muestra el grado instrucción de la población rural donde se observa que el 100,0% con grado superior no universitaria si se automedica, seguido por el 88,0% que corresponde a la población con superior universitaria, luego están el 86,8% y 86,2% que corresponden a la población con secundaria completa y primaria completa respectivamente, después están los pobladores con primaria completa con el 85,1% y los que tienen secundaria incompleta con el 82,3%, finalmente se encuentran los pobladores sin grado de instrucción con el 80,4%.

Se puede observar que son mayormente las personas sin grado de instrucción las que no se automedican con 19,6%, seguido de la población que tiene secundaria incompleta y primaria incompleta con 17,7% y 14,9% respectivamente, luego se encuentra los pobladores con primaria completa con el 13,8%; los pobladores con secundaria completa con 13,2% que no se automedican; los pobladores con superior universitaria con el 12,0%.

Después de aplicar el chi cuadrado, se encontró un valor P de 0,647 esto significa que no existe una relación significativa entre el grado de instrucción y la automedicación, es decir que no depende de grado de instrucción que tenga la población para que ésta se automedique o no.

Referente al grado de instrucción podemos decir que el bajo grado de instrucción de la población en estudio que alcanzó primaria incompleta y sin instrucción puede deberse entre otros factores a la inaccesibilidad geográfica donde se tenía que caminar varias horas para llegar a su centro de estudios y de otro lado los padres de familia consideraban que estudiar la primaria era suficiente , otro factor es que las mujeres hace algunas décadas tenían poco acceso a la escuela porque se pensaba que su ocupación principal debía ser las labores del hogar, probablemente estos factores sean los que reflejan estos datos alarmantes sobre el bajo grado de instrucción y que se relacionan con los altos porcentajes de automedicación.

Los resultados muestran que no existe relación entre la variable nivel de instrucción de la población sujeto de estudio con la automedicación, nos indica que no existe relación significativa; pero se puede observar que si existe altos porcentajes de automedicación en todos los niveles de instrucción y que los que más se automedican son los que tienen superior no universitaria esto se debe probablemente porque creen tener conocimiento sobre los medicamentos que utilizan, luego están los participantes con superior universitaria quienes también manifiestan que creen tener conocimiento sobre los medicamentos que adquieren para consumir, además la automedicación tiene alta relación con los medios de comunicación y probablemente se debe a que este grupo poblacional por su nivel de instrucción tiene mayores facilidades para interpretar los mensajes publicitarios de medicamentos que presentan los diferentes medios de comunicación, lo que los conlleva a esta práctica por las recomendaciones por familiares o amigos, ocasionando una percepción equivocada por parte de las personas que inducen al alivio sintomático de las enfermedades y no

de su proceso fisiopatológico de la enfermedad, también por la recomendación de los trabajadores de las farmacia y el fácil acceso al medicamento; sin embargo los resultados muestran que los pobladores sin instrucción son los que se automedican en menor porcentaje porque quizá no saben qué medicamento van a comprar y mayormente este grupo poblacional está conformado por los adultos mayores quienes a su vez padecen de enfermedades más complicadas y/o crónicas, que los adultos jóvenes por lo que muchas veces requieren ser referidos a un establecimiento de salud.

Estos resultados encontrados, se sustentan en los encontrados por Paris S. (2009) quien en su estudio sobre la automedicación en la comunidad Valenciana- España; concluyó que la proporción actual de la automedicación en la población estudiada es de 80% y la mayor parte de los estudiados tienen un nivel de conocimiento medio. Del mismo modo Moreno PA y Apablaza CP en un estudio realizado en las poblaciones amazónicas de Yacuambi y El Pangui marzo- (2009); encontró que de las personas con grado de instrucción secundaria el 65,58% se automedican; también Tello VS, Yovera PA realizo un estudio en el Perú donde concluyó que la proporción de automedicación en la población estudiada fue de 43,9%. Y encontró la existencia de una alta prevalencia de automedicación en la población estudiada a pesar que la mayor parte de los estudiados tienen un nivel de conocimiento medio acerca de este tema.

TABLA 8: INGRESO ECONÓMICO DE LA POBLACIÓN RURAL Y SU RELACIÓN CON LA AUTOMEDICACIÓN. DISTRITO DE CHOTA 2014

Automedicación	Ingreso económico					
	Menor a 750		751 a 1500		1501 a mas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	296	84,3	26	92,9	5	100,0
No	55	15,7	2	7,1	0	0,0
Total	351	100,0	28	100,0	5	100,0

Valor p = 0,305

Chi cuadrado: 2.375

La tabla 8 nos indica que la población con ingreso económico mayor a 1501 nuevos soles se automedica en el 100%, seguido de la población con ingreso entre 751 a 1500 soles con el 92,9 % y finalmente el 84,3% de la población con ingreso menor a 750 soles si se automedica. Las personas que no se automedican en su mayoría (15,7%) corresponden a la población con ingreso menor de 750 soles, seguidos de la población con ingresos entre 751 a 1500 nuevos soles con el 7,1%.

Después de aplicar la prueba de chi cuadrado, se encontró un valor P de 0,305 esto significa que no existe una relación significativa entre el ingreso económico y la automedicación, es decir que no depende del ingreso económico que tenga la población para que se automedique o no.

El bajo ingreso económico de los participantes más el bajo grado de instrucción no les permite acceder en iguales oportunidades a un trabajo estable y productivo, siendo la ocupación la gran mayoría de la población rural: amas de casa, agricultores, etc. labores generalmente no remuneradas, además aquellos que se dedican a la agricultura dependen de su producción para el consumo familiar y el precio de sus productos son mínimos en el mercado.

Según los resultados de la variable ingreso económico se puede observar que no tiene relación con la automedicación en la población rural del distrito de Chota, pero sin embargo se observa altos porcentajes de automedicación en los pobladores con ingresos mayores a 1501 soles, esto se debe probablemente a que este grupo de la población rural mayormente son profesionales y consideran tener conocimiento sobre su enfermedad que padecen y sobre los medicamentos que consumen, luego están los pobladores con ingresos menores entre 750 a 1500 nuevos soles con un menor porcentaje esto se debe posiblemente a que consideran a las enfermedades que presentan como casos leves, por lo que usan las recetas médicas anteriores y además no disponen de tiempo para acudir a consulta médica. Finalmente están los pobladores con ingresos menores a 750 nuevos soles, quienes se automedican porque no cuentan con los recursos económicos suficientes para hacer consulta médica o también por que el costo de los medicamentos comerciales recetados es alto, por lo que se adaptan de acuerdo a sus ingresos económicos para adquirir medicamentos genéricos a más bajo costo y/o sin receta médica; obviándose de gastos mayores y de este modo poder asignar sus recursos económicos para cubrir otras necesidades de sobrevivencia. Estos resultados se contrastan con los hallados por Asenjo J, en Chota (2011), donde se encontró que un factor que podría estar estrechamente relacionado con la automedicación es el nivel socioeconómico de las personas, pero al evaluar la asociación entre estas variables, encontró que no existe una asociación, obteniendo un $(p=0,375)$, cabe destacar que los encuestados que pertenecen al grupo de los no pobres, a pesar de tener quizás una mejor posibilidad de acceso a la atención en los servicios de salud, poseen una tasa de automedicación mayor a los de nivel socioeconómico menor. Así mismo en Barranquilla-Colombia (2013), se halló que los estratos en los que más se realiza la automedicación son el dos y el tres (37,6 y 37,9%, respectivamente) y no se encontró asociación entre la automedicación y los estratos socioeconómicos ($p < 0,2676$).

TABLA 9: MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA AUTOMEDICACIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL. DISTRITO DE CHOTA 2014

Automedicación	Se informa por medios de comunicación			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Si	271	89,7	56	68,3
No	31	10,3	26	31,7
Total	302	100,0	82	100,0

Valor p = 0,000

Chi cuadrado: 23.457

En la tabla 9, se observa que los participantes que refieren que son los medios de comunicación que le informan sobre los medicamentos, éstos se automedican en un 89,7%, frente a un 68,3% que refieren que los medios de comunicación no le informan para automedicarse pero sin embargo realizan esta práctica. Y la población en menor porcentaje que refirieron que los medios de comunicación no le informan de los medicamentos para automedicarse y no se automedican constituyen el 31,7% y para los que manifestaron que los medios de comunicación si le informan para automedicarse pero no lo hacen son el 10,3%.

Después de aplicar la prueba estadística de chi cuadrado, se halló un valor P de 0.000, esto significa que existe una relación altamente significativa entre los medios de comunicación y la automedicación, es decir que los medios de comunicación informan a la población de los medicamentos incentivándolos a automedicarse.

No se han reportado otros estudios con esta relación de variables pero se puede observar que los medios de comunicación incentivan a la automedicación en la población rural constituyéndose en un problema de salud que puede tener consecuencias graves; esto probablemente se debe a

que es tan grande la frecuencia de la publicidad de los laboratorios de medicamentos, los que por ganar el mercado de ventas emplean grandes recursos económicos para contratar los medios de comunicación de radio, televisión etc. de manera que sus spots publicitarios se emitan en los programas más sintonizados por la población y la gran mayoría de personas a los que llega el mensaje posteriormente lo pongan en práctica.

TABLA 10: PRINCIPAL MEDIO DE COMUNICACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA AUTOMEDICACIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL. DISTRITO DE CHOTA 2014.

Automedicación	Principal medio de comunicación que le informa de los medicamentos							
	Televisión		Radio		Afiches		Otros	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	158	86,3	118	95,2	6	100,0	45	63,4
No	25	13,7	6	4,8	0	0,0	26	36,6
Total	183	100,0	124	100,0	6	100,0	71	100,0

Valor $p = 0,000$

Chi cuadrado: 37.703

La tabla 10, muestra la relación entre el principal medio de comunicación que informa sobre medicamentos y la automedicación, donde se observa que el 100% de la población que se informa por afiches sobre los medicamentos si se automedican; el 95,2% se informan por la radio sobre los medicamentos y se automedican, y el 86,3 de los que informan por la televisión y se automedican y el 63,4% de los que se informan de los medicamentos por otros medios (curanderos, vendedores ilegales en los mercados) también se automedican. Sin embargo también otros porcentajes menores de la población rural se informan por otros medios de comunicación (36,6%), por televisión (13,7%), y por la radio (4,8%) pero no se automedican.

Después de aplicar la prueba estadística de chi cuadrado, se halló un valor P de 0,000 esto significa que existe una relación significativa entre los medios de comunicación y la automedicación, es decir que depende los medios de comunicación para que la población rural se automedique o no se automedique.

Los resultados encontrados son similares a los mostrados por Gómez O, Leobardo M en México (2009), donde se halló que la televisión, folletos, trípticos y anuncios, son los medios de comunicación que más influencia tienen sobre la población automedicada confirmados con el análisis bivariado y posteriormente con la regresión logística ($p < 0.05$). El principal medio de comunicación es la TV ($p < 0.05$). Igualmente se halló en un estudio realizado por Sánchez F, en Ecuador, donde la principal fuente de información sobre consumo de medicamentos fue la televisión alcanzando el 34.7%.

Los medios de comunicación se relacionan significativamente con la automedicación según lo encontrado en el presente estudio ; son los medios de comunicación que incitan a la población rural del distrito de Chota a comprar y consumir fármacos los que son “baratos” y “buenos”, conllevando a las personas a tomar decisiones equivocadas como lo es la automedicación; además las industrias farmacéuticas parecen estar preocupadas más por su producción de ventas, que por la salud de las personas, por lo tanto muchas continúan divulgando los productos medicamentosos por diferentes medios de publicidad de forma inadecuada y mensajes no claros, estableciendo conflictos permanentes entre las compañías, el gobierno y la sociedad. Por lo tanto es necesario pensar si la regulación gubernamental se está cumpliendo en cuanto a la publicidad de medicamentos, en beneficio de la sociedad y si se están garantizando las consecuencias que puedan surgir.

Con la publicidad de los medicamentos en los diferentes medios de comunicación, los laboratorios farmacéuticos intentan simplemente potencializar la venta de sus productos. Este comportamiento no tiene como objetivo promover el bienestar de la población, por lo tanto su acercamiento principal privilegia las necesidades de la comercialización del consumo, oponiéndose en muchos casos, a las consideraciones éticas que exceden

los límites entre lo que puede hacerse en materia de propaganda y qué sería lo moralmente aceptable.

Por otro lado la legislación debería ser más precisa con respecto a los anuncios publicitarios de medicamentos; ya que si bien prohíbe la inclusión de mensajes engañosos y la incitación al consumo excesivo de los medicamentos, la publicidad siempre encuentra un lugar para escapar a la ética.

Por lo tanto es primordial que los profesionales de la salud y la población involucrada trabajen en conjunto para implementar medidas estratégicas con el fin de maximizar un aspecto positivo de la publicidad de medicamentos, y a la vez minimizar las preocupaciones sobre la seguridad y los gastos innecesarios en usos inapropiados.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio se formulan las siguientes conclusiones:

- Los factores demográficos que se relacionan con la automedicación de los pobladores de la zona rural de Chota, son la edad y el sexo. Al contrastar la hipótesis se puede inferir que si existe relación entre los factores demográficos y la automedicación de la población rural del distrito de Chota, pues se encontró una relación significativa entre la edad y la automedicación ($p= 0,008$) y entre el sexo y la automedicación ($p=0,001$). Por lo tanto se acepta la hipótesis alterna de la investigación para estos factores.
- Los factores socioeconómicos que se relacionan con la automedicación de los pobladores de la zona rural de Chota son: los medios de comunicación y la ocupación.
- Al contrastar la hipótesis se puede inferir que no existe relación entre los factores socioeconómicos y la automedicación, sin embargo se encontró que algunos factores si mostraron una relación altamente significativa como, la ocupación y la automedicación ($p= 0,001$) y los medios de comunicación y la automedicación ($p=0,000$). Por lo tanto se rechaza la hipótesis alterna de la investigación para los factores socioeconómicos y se acepta la hipótesis nula.

:

RECOMENDACIONES

Sobre la base de los resultados obtenidos; se formulan las siguientes recomendaciones:

A la Universidad Nacional de Cajamarca:

- ✓ Promover la realización de investigaciones cualitativas a través de sus docentes y estudiantes de la Escuela de Enfermería, centradas en el tema de automedicación, para encontrar el significado profundo del mismo, en la población rural del distrito de Chota.

A las autoridades y trabajadores del Sector salud:

- ✓ Elaborar estrategias de salud sobre la prevención de la automedicación, con el objetivo de reducir los altos porcentajes existentes y además adquirir un sistema de control sobre medicamentos de venta libre antes de salir al mercado.
- ✓ Publicar artículos referentes al tema en medios de comunicación local que contemple la difusión de los riesgos, peligros y consecuencias de la automedicación y la enseñanza continua y actualizada del uso racional de los medicamentos.
- ✓ Dar énfasis en el cumplimiento de la Ley General de Salud a fin de que en las farmacias exista un control estatal más estricto de todos los aspectos vinculados con el expendio de medicamentos.

A los pobladores de la zona rural:

- ✓ No realizar la práctica de automedicación en sus hogares sino promover hábitos saludables como asistir a los establecimientos de salud para realizar su atención de salud cuando lo requieran.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2006. [en línea] [fecha de acceso 13 de Diciembre de 2013]; URL disponible en: <http://www.apps.who.int/medicinedocs/pdfs/4874ss4874s.pdf>
2. Vargas ZR. La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. [En internet]. 2009. [citado el 18 de junio de 2014; vol. 33: núm. 1, pp. 155-165, Universidad de Costa Rica Costa Rica. disponible en: Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44015082010>
3. Lucas C, Vélez J. Automedicación y Efectos Colaterales en los Habitantes de 20 a 40 Años de Edad en los Arenales de la Parroquia Crucita de la Ciudad de Portoviejo Durante el Período Septiembre 2012 - Febrero 2013. Proyecto Previo A La Obtención Del Título De Licenciada En Enfermería. Portoviejo-Manabí-Ecuador : Universidad Técnica De Manabí Facultad Ciencias de la Salud Carrera de Enfermería ; 2013.
4. Blanco MA, Olmos BM, Quijano MJ, Arizaga DD, Automedicación Y Autoprescripción En Pacientes Que Concurren A Centros De Salud De La Ciudad De Barranqueras. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. [Revista en línea] 2010 [25 de mayo de 2014]; N° 201. disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista201/2_201.pdf
5. Vásquez Lezcano S. Automedicación en el Perú. Lima, Perú: DIGEMID, Equipo de uso racional de medicamentos; 2008. [en línea] [fecha de acceso 29 de Diciembre de 2013]; URL disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/daumurm/AUTOMEDICACION_junio%2020

6. Salvo RJ. "Automedicación con Medicamentos Genéricos en la Población de la Ciudad De Valdivia". Tesis de Grado presentada como parte de los requisitos para optar al Título de Químico Farmacéutico. Valdivia - Chile: Universidad Austral de Chile-Facultad de Ciencias Escuela de Química y Farmacia; 2010.
7. Mestanza F, Pamo O. Estudio muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana. Universidad Peruana Cayetano Heredia Departamento de Medicina; 2006.
8. Moya RS. Estudio - Prevalencia de Automedicación en Consultantes a un Centro de Atención ambulatorio adosado a un hospital de una Comuna de Santiago. Memoria Para Optar Al Título De Química Farmacéutica. Santiago de Chile: Universidad De Chile - Facultad De Ciencias Químicas Y Farmacéuticas- Departamento de Ciencias y Tecnología Farmacéutica; 2012.
9. López JJ, Dennis R, Moscoso SM, "Estudio sobre la Automedicación en una localidad de Bogotá". Rev. Salud pública. [Revista en línea] 2009 [Citado 25 de Diciembre de 2013]; 11(3). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n3/v11n3a12.pdf>
10. Sánchez F. Determinación De Las Razones Y Diferencias En Automedicación Entre Una Parroquia Urbana Y Una Parroquia Rural Del Distrito Metropolitano De Quito, Mayo Del 2008. Universidad San Francisco De Quito, Colegio De Posgrados. Disponible En Url: <Http://Repositorio.Usfq.Edu.Ec/Bitstream/23000/699/1/88028.Pdf>.
11. Aráoz N. La automedicación en estudiantes del internado rotatorio.

Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina. N° 197 – Enero 2010. (Acceso: 22 de mayo del 2014). Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista197/1_197.pdf.

12. Moreno PA, Apablaza CP. Determinación de los patrones de automedicación en las poblaciones amazónicas de Yacuambi y El Pangui marzo. 2009. [Tesis Pregrado]. Loja, Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja, Escuela de Medicina Humana; 2010. [en línea] [Fecha de acceso 13 de Diciembre de 2013]; URL disponible en: <http://www.utpl.edu.ec/blogcienciasmedicawp-content/uploads2010pdf>.

13. Dongo ZV. El 55 % de peruanos se automedica: la gente se recomienda fármacos como si fueran dulces. Perú: MINSA, DIGEMID; 2010. [en línea] [fecha de acceso 29 de Mayo de 2014]; URL disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/noticiECDC080510a22.pdf>

14. Junchaya V. Uso indiscriminado de los medicamentos por falta de educación sanitaria. 2009. [en línea] [fecha de acceso 23 de diciembre de 2013]; URL disponible en: http://www.diariosalud.net/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=13025.

15. Panorama Cajamarquino. Cajamarca con déficits de químicos farmacéuticos. Perú. 2009. [en línea] [fecha de acceso 20 de Diciembre de 2013]; URL disponible <http://www.panoramacajamarquino.com/noticiacajamarca-con-deficit-de-quimicos-farmaceuticos>.

16. Pacheco NJ. Transición farmacoepidemiológica en Cajamarca – 2009. [Tesis Doctoral]. Cajamarca: Universidad San Pedro, Escuela de Postgrado, Mención: Gestión en Salud; 2009.

17. Asenjo J. "Factores Sociodemográficos Asociados A La Automedicación En Familias De Zona Urbana Chota – 2011" [tesis]. Chota, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca. Facultad de ciencias de la salud; 2012.

18. Paris S. Estudio sobre la automedicación en la Comunidad Valenciana. Valencia, España: Universidad de Valencia; 2009. [en línea] [fecha de acceso 11 de Diciembre de 2013]; URL disponible en: <http://www.mural.uv.essanpanmi%20trabajo.html>.

19. Jiménez RD, Hernández QC. Diferencias en la automedicación en la población adulta española según el país de origen. GacSanit- Barcelona 2010 [revista en la Internet] [citado 2014 Sep 26] ; 24(2): 116.e1-116.e8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02139112010000200005&lng=es

20. Vallés CQ. La Automedicación en les Borges Blanques. . Lerida Universitat Lleida Ciències Sanitàries Infermeria. 2011[en línea] [fecha de acceso 20 de Diciembre de 2013]; URL disponible en <http://www.agoradenfermeria.eu/CAST/num004/recerca02.html>.

21. Gómez O, Leobardo M. Estudio de automedicación en una farmacia Comunitaria de la Ciudad de Toluca. Rev. Mexicana de Ciencias Farmacéuticas 2009; 40 (1): 5-1. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/579/57940102.pdf> (Acceso: 12 de junio del 2014).

22. Méndez M, Molina E, Hernández F. et al. Factores socioeconómicos y culturales asociados a la autoformulación en expendios de medicamentos en la ciudad de Barranquilla. Salud Uninorte [Internet] 2012[citado 14 diciembre 2013]; 16: 30-38. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522013000200008&lng=en.

23. Amaya C, Quintanilla S, "Caracterización de la Automedicación de la Población Mayor de 18 Años Residente en el Municipio de San Ignacio en Chalatenango". [Tesis] San Salvador: Universidad Dr. Jose Matias Delgado, Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Medicina; 2010. [Citado 08 de junio De 2014] Disponible En: <Http://Webquery.Ujmd.Edu.Sv/Siab/Bvirtual/Biblioteca%20virtual/Tesis/07/Med/Adac0000833.Pdf>.

24. Tobón MF. Estudio sobre automedicación en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia [Internet]. 2013 [citado 14 enero 2014]; Disponible en: www.iatreia.udea.edu.com.

25. Castillo LJ. Análisis y descripción de los patrones de automedicación de la población del cantón Saraguro. [Tesis Pregrado]. Loja, Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja, Escuela de Medicina Humana; 2009. [en línea] [Fecha de acceso 16 de mayo de 2014]; URL disponible en: <http://www.utpl.edu.ec/blogcienciasmedicaswp-content/uploads/2009pdf>

26. Tello VS, Yovera PA. Factores asociados a la incidencia de la automedicación. Lambayeque, Perú: Universidad Pedro Ruíz Gallo. RevMed 2005; 01: 26 - 29. [en línea] [Fecha de acceso 13 de junio de 2014]; URL disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos27/automedicacion.shtml>.

27. Tizón E. Automedicación en el personal de enfermería hospitalaria. RevEnfermClin 2006; (16): 210-3 [fecha de acceso: 22 de Diciembre del 2013]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2037354>.

28. Chamorro D. Automedicación y sociedad. Colombia. 2012. [en línea]

[fecha de acceso 29 de diciembre de 2013]; URL disponible en: <http://www.automedicacionsociedad.blogspot.com>.

29. Food and Drug Administration. Los medicamentos y usted: Guía para adultos de más edad. Administración de Medicamentos de venta libre. Estados Unidos: Food and Drug Administration; 2009. p. 13-19. [en línea] [fecha de acceso 13 de abril de 2014]; URL disponible en: <http://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/ucm163963.htm>.

30. Kalazich C. El acceso a la Información Médica está enfermo: Parte 2. Nottingham, Gran Bretaña. 2012. [en línea] [fecha de acceso 29 de Diciembre de 2013]; URL disponible en: <http://www.matasanos.org/2012/07/08/el-acceso-a-la-informacion-medica-esta-enfermo-parte-2>.

31. Cortez Galindo R. Entorno de mercadotecnia. 2009. [en línea] [fecha de acceso 29 de diciembre de 2013]; URL disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos30/entorno-mercadotecnia/entorno-mercadotecnia.shtml>.

32. Martínez Coll JC. demografía en la economía de mercado, virtudes e inconvenientes: conceptos demográficos. Málaga, España: eumed.net; 2001. [en línea] [fecha de acceso 27 de diciembre de 2013]; URL disponible en: <http://www.eumed.net/curso/colaboraciones/ortega-demograf.htm>

33. RAE. Real Academia Española. [en línea]. Madrid; 2005. URL Disponible en: <http://rae2.es/edad>.

34. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: características socioeconómicas de los hogares 1971-72/2003-04. Lima, Perú: Centro de Investigación y Desarrollo (CIDE); 2007. [en línea] [Fecha de acceso 14 de

marzo de 2014]; URL disponible en:<http://www.inei.gov.pebiblioineipubbancopubEstLib0744Libro>.

35. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda: perfil sociodemográfico del Perú. 2° ed. 2008. [en línea] [fecha de acceso 22 de mayo de 2014]; URL disponible en:<http://www.inei.gov.peAnexoslibro.pdf>.

36. Vásquez A. Conceptos y definiciones de población y vivienda. Venezuela: Universidad de los Andes, Instituto de investigaciones económicas y sociales; 2000. [en línea] [fecha de acceso 28 de Diciembre de 2013]; URL disponible en: http://www.iies.faces.ula.vecenso90Conceptos_definiciones_de_poblaci%C3%B3n_vivienda.html.

37. Guzmán Miranda O, Caballero Rodríguez T. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago, Cuba: Universidad de Oriente, Facultad de Ciencias Sociales. 2012; Vol 128(2): 336-350. [en línea] [fecha de acceso 29 de abril de 2014]; URL disponible en:<http://www.ojs.uo.edu.cuindex.phpstgoarticleviewFile1451202072708>.

38. LawDictionary 2008. [citado 17 de junio de 2014]. disponible en: <http://espanol.thelawdictionary.org/religi3n/>.

39. UnitedNationsStatisticsDivision. Definiciones de nivel de instrucción, medio informativo y grado académico para los censos de población – tema básico. New York, Estados Unidos: Organización de las Naciones Unidas; 2008. [en línea] [fecha de acceso 30 de Diciembre de 2013]; URL disponible en: <http://www.mapserver.inegi.org.mxestandaresIndex.cfmLigas=ficha.cfm&idf=1210>.

40. Seinfeld JN. Mejorando el acceso al parto institucional en las poblaciones marginalizadas del Perú Lima: Fundación Canadiense para las Américas; 2011.

41. Yumbato C. Canasta familiar en el Perú mejorado. Perú: SlideShareInc; 2009. [en línea] [fecha de acceso 18 de Diciembre de 2013]; URL disponible en:<http://www.slideshare.net/francoyumbatoreynacanastafamiliar-en-el-per-mejorado>.

42. Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2013. [en línea] [fecha de acceso 13 de Diciembre de 2013]; URL disponible en: <http://www.apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4874ss4874s.pdf>

43. Salud medicinas.com.mx [Internet]. Perú: saludmedicinas; 2014 [actualizado 16 de enero del 2014; citado 20 de junio de 2014]. Disponible en:<http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/embarazo/articulos/guia-de-medicamentos-para-evitar-confusiones.html>

44. Decreto Supremo N° 014-2011-SA. Reglamento de establecimientos farmacéuticos. Perú. 2011. [en línea] [fecha de acceso 06 de junio de 2014]; URL disponible en: http://www.mail.cqfar.infopipermailcolegiados_cqfar.info/attachments/201005159c137528attachment-007.pdf

45. Hernández R, García O. Metodología en investigación clínica. Tipos de estudios. Dpto. Medicina Servicio de Hematología, HU Salamanca. 2006. disponible en: jmhr@usal.es.

46. DISA Chota - OEI. Evaluación Anual De La Gestión y Prestación De Servicios De La Red De Servicios De Salud Chota – 2009. Chota - Perú; 2010.

47. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo, Según Departamento, Provincia y Distrito, 2000 - 2015 - Boletín Especial N° 18

ANEXOS
CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: “FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS QUE SE RELACIONAN CON LA AUTOMEDICACION EN LA POBLACIÓN RURAL DEL DISTRITO DE CHOTA – 2014”.

OBJETIVO: Describir y analizar los factores demográficos y socioeconómicos que se relacionan con la automedicación en la población rural del distrito de Chota – 2014”.

Yo....., identificado (a) con DNI N°, mediante la información dada por el Bachiller en Enfermería, Díaz Silva Marco Antonio; acepto brindar la información solicitada por el investigador respondiendo con veracidad ; para ello se me ha indicado que mi participación implica la realización de una entrevista directa, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Chota,.....de.....del 2014.

Firma

ANEXO N° 2

“FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS QUE SE RELACIONAN CON LA AUTOMEDICACION EN LA POBLACIÓN RURAL DEL DISTRITO DE CHOTA – 2014”.

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: el presente cuestionario es anónimo y será utilizado sólo para fines de investigación científica. Se le ruega sea sincero (a) en sus respuestas. Gracias.

Nº de encuesta..... Fecha:
...../...../.....Lugar:.....

I. Factores demográficos y socioeconómicos:

1. Edad:

- 18-35 años ()
- 36-55 años ()
- 56-75 años ()

2. Sexo:

- Femenino ()
- Masculino ()

3. Religión:

- Católica ()
- No católico ()

4. Estado civil:

- Casado ()
- Divorciado ()
- Soltero ()
- Viudo. ()

- Conviviente. ()

5. Ocupación:

- Ama De Casa ()
- Agricultor ()
- Empleada(o) ()
- Estudiante ()
- Comerciante ()
- Otro..... ()

6. Grado de Instrucción:

- Sin instrucción ()
- Primaria incompleta ()
- Primaria completa ()
- Secundaria incompleta ()
- Secundaria completa ()
- Superior no universitaria ()
- Superior universitaria ()

7. Ingreso económico mensual:

- Menor de 750 nuevos soles ()
- De 751 a 1500 nuevos soles ()
- De 1501 nuevos soles a más ()

8. ¿Se informa por los medios de comunicación para automedicarse?

- Si se informa ()
- No se informa ()

9. ¿Cuál es el principal medio de comunicación por el que ha conocido Ud. los medicamentos que usa sin receta médica?

- a. Televisión ()

- b. Radio ()
- c. Afiches ()
- d. Otros ().....

II. Automedicación:

1. alguna vez; ¿Ha tomado medicamentos sin receta? Si la respuesta es SI continúe con la encuesta para conocer más sobre automedicación; Si es NO pase a la pregunta 9.

- SI ()
- NO ()

2. ¿Con qué frecuencia toma medicamentos sin receta médica?

- 1 vez por semana ()
- 1 vez al mes ()
- Otro _____ ()

3. Cuando Ud. enferma, ¿Cuánto tiempo consume medicamentos?

- 1 – 2 días ()
- 3 – 4 días ()
- 5 – 6 días ()
- 7 a más días ()

4. ¿Cuál/es son los principales síntomas por lo que solicita/consume el Medicamento sin receta?

- Alergias ()
- Dolor estomacal ()
- Diarrea ()
- Dolores ()
- Estreñimiento ()
- Fiebre ()
- Gripe ()

- Infecciones ()
- Tensión ()
- Ansiedad ()
- Otros: _____ ()

5. ¿Qué medicamentos consume usted frecuentemente?

Tipo:

- Analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios (AINEs) ()
- Antibióticos ()
- Antihipertensivos ()
- Antiácidos ()
- Ansiolíticos ()
- Otros..... ()

6. ¿Le han recomendado consumir medicamentos sin receta médica?

- SI (Continúe la encuesta) ()
- NO (Continúe con pregunta 7) ()

¿Quién/enes?

- Amigos. ()
- Antigua Indicación (Receta) ()
- Familiares ()
- Vecinos ()
- Personal de Farmacia/boticas ()
- Publicidad ()
- Otro _____ ()

7. ¿Qué lo motiva a usar medicamentos sin receta?

- Considera tener conocimientos ()

- Enfermedad leve (No requiere acudir al Doctor) ()
- Fácil acceso al medicamento. ()
- Falta de tiempo para consultar al médico. ()
- Lugar de atención de salud medica lejana ()
- Recursos Económicos ()
- No le gusta ir al Doctor. ()
- Otro _____ ()

8. ¿Dónde adquiere usted el medicamento que consume frecuentemente?

- Farmacia ()
- Botica. ()
- Otro _____ ()

9. En una Escala del 1 al 10 (Donde 1: Muy Malo y 10: Muy buena) ¿Cuál es su opinión frente a la Automedicación? ____.

Además:

- Es Bueno para la salud. ()
- Es Bueno para la economía. ()
- Es bueno ya que ayuda a los hospitales a no tener tanta gente ()
- Ningún efecto. ()
- No sabe qué efecto pueda tener. ()
- Puede conducir a problemas de salud. ()
- Otro _____ ()

TABLAS PARA LA AUTOMEDICACIÓN

FRECUENCIA DE LA AUTOMEDICACIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL DEL DISTRITO DE CHOTA – 2014.

Tiempo	Nº	%
De 1 – 2 días	244	74,6
De 3 – 4 días	51	15,6
De 5 – 6 días	18	5,5
De 7 a más días	14	4,3
Total	327	100,0

PRINCIPALES SÍNTOMAS POR LOS QUE SE AUTOMEDICA LA POBLACIÓN RURAL DEL DISTRITO DE CHOTA – 2014

Dolencias	Nº	%
Dolores	209	63,9
Gripe	202	61,8
Fiebre	149	45,6
dolor estomacal	94	28,7
Infecciones	39	11,9
Estreñimiento	16	4,9
Diarrea	10	3,1
Alergia	9	2,8
Tensión	9	2,8
Otras dolencias	6	1,8
Total	327	100,0

MEDICAMENTO CON LOS QUE SE AUTOMEDICA LA POBLACIÓN RURAL DEL DISTRITO DE CHOTA – 2014

Medicamentos	Nº	%
Analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios (AINEs)	299	91,4
Antibióticos	42	12,8
Antihipertensivos	10	3,1
Antiácidos	92	28,1
Ansiolíticos	6	1,8
Otros	10	3,1
Total	327	100,00

RECOMENDACIÓN PARA LA AUTOMEDICACIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL DEL DISTRITO DE CHOTA – 2014

Recomendación	Nº	%
Amigos	73	25,6
Antigua Indicación (Receta)	42	14,7
Familiares	192	67,4
Vecinos	22	7,7
Personal de farmacia/botica	144	50,5
Publicidad	14	4,9
Otro	8	2,8
Total	285	100,00

LUGAR DONDE SE ADQUIERE EL MEDICAMENTO PARA QUE LA POBLACIÓN RURAL DEL DISTRITO DE CHOTA – 2014 SE AUTOMEDIQUE.

Lugar	Nº	%
Farmacia	247	75,5
Botica	113	34,6
Otro	8	2,4
Total	327	100,00