



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
ESCUELA DE POS GRADO**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA**

**TÍTULO
AUTOMEDICACIÓN EN PERSONAS CON DOLORES MÚSCULO –
ESQUELÉTICOS EN CHINCHA ALTA**

PRESENTADO POR:

Q.F. MARÍA GLORIA QUISPE TORRES

ASESORA:

DRA. GLORIA ROCHA RIVERO

CHINCHA – ICA - PERÚ, 2016

DEDICATORIA:

A mi familia y amigos por el apoyo y estímulo a mi superación profesional y personal.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la prevalencia, las características del hábito de consumo y evaluar la asociación de los factores de exposición para la automedicación en personas con dolores músculo-esqueléticos de la ciudad de Chincha Alta.

Material y métodos. Se ha desarrollado un estudio Descriptivo transversal correlacionar. La población estuvo constituida por personas que presentan problemas músculo-esqueléticos mayores de 15 años. La muestra estuvo constituida por 686 personas. Para la toma de la muestra se utilizó un plano de Chincha Alta, el cual se dividió en 4 zonas, se aplicó un muestreo en dos etapas, un muestreo aleatorio estratificado en las unidades primarias y luego un muestreo aleatorio sistemático en cada uno de los conglomerados.

Resultados. La prevalencia global de la automedicación es de 53.5%, las mujeres se automedican en un 58%, mientras que los hombres lo hacen en un 42%, los encuestados de 45 a 54 años de edad son los que en mayor proporción se automedican, los pobladores de la zona urbano-marginal son los que presentan mayor proporción de automedicación, los desocupados presentan una prevalencia de 31%, los pobladores que refieren percibir de 500 a 1500 como ingresos familiares presentan una prevalencia de 48%, el dolor de espalda es el problema músculo-esquelético más prevalente, el naproxeno y el ibuprofeno son los fármacos más consumidos, la mayoría de las personas refieren consumir un

solo medicamento al día cuando presentan este problema, los medicamentos mayormente son adquiridos en la farmacia, el 76,8% opina que la automedicación es un riesgo, la razón más frecuente que motiva la automedicación es la recomendación en la propia farmacia. Según el análisis bivariado, la edad, el lugar de residencia, la condición laboral y los ingresos económicos presentan asociación con la automedicación; mediante la regresión logística, las variables edad_dico(1), L_resid(1), L_resid(2), C_labor_dico(1), I_econ(1), I_dolor_co(1), I_dolor_co(2) presentan significatividad en el modelo.

Conclusiones. La prevalencia global de la automedicación es del 53%, el naproxeno es el medicamento más consumido en la automedicación, el dolor de espalda es el problema de salud más frecuente, los medicamentos son adquiridos mayormente en farmacias la edad mayor de 45 años, el ser desocupado. Con ingresos económicos familiares de 500 a 1500 y presentar un dolor muy severo son factores de riesgo para la automedicación.

Palabras claves: Automedicación, Problemática musculo- esquelético. Chincha
Alta

SUMMARY

Objective. Determining prevalence, the characteristics of the consumption habit and evaluating the association of the exposition factors in order to the self-medication in people with pains muscle-skeletal of the urban zone of Chinchá.

Material and methodical. It has developed a descriptive study transverse correlational the population was constituted for the people that problems show muscle-skeletal 15 years eiders. Show was constituted for 686 people. I utilized a cadastral diagram urban of Chinchá, he shared wích in 4 zones, I apply a sampling in two stages, aleatory sampling systematic in each one of the aggregates.

Results. Global prevalence of the self-medication in 53.5%, women self-medical herself °n 58%, while men did it in 42%, the polled from 45 to 54 years old are the most self-medical. Urban-marginal zone's people are introdced self-medication, the unemployed introduce principal they present 31% prevalence. People to recaive from 500 to 1500 as familiar incomes, introduce a 48% prevalent, the pain in the back is a muscle-skeletal problem more prevalence, naproxeno, and ibuprofeno, they are drugs most consumed, the people's majority they refer consuming an alone up-to-date medication, they are acquired in the pharmacy, 76.8% think that self-medication, is a risk, the reason more frecuently to motive self-medication is the warner in the pharmacy, according to analysis, the age, residence place, work condition and economic incomes to introduce an

association with self-medication; through logistic afford, edad_dico(1), L_resid(1), resid(2), C_labor_dico(1), l_econ(1), l_dolor_co(1), l_dolor_co(2).

Conclusions. The self-medication global prevalence is 53.5%, Naproxeno is the most consumed medicine in self-medication, it is pain in the back the problem becomes of health but I frequent, the medicaments they are acquired largely in the pharmacy, the bigger 45 years age, the vacant being, with economic earnings familiar of 500 to 1500 and showing risk factors in order to the self-medication are a very servere pain.

Key words. Self-medication, problems muscle-skeletal, Chinchá.

INDICE

INTRODUCCIÓN

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	.....	12
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	.....	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	.....	14
1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.	.....	15
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	.....	16
II. BASES TEÓRICAS	.....	18
2.1. ANTECEDENTES	.....	18
2.2. DEFINICIÓN DE LA AUTOMEDICACIÓN	.....	28
2. 2.1. DEFINICIÓN SEGÚN OMS	.....	29
2. 2.2. SEGÚN FEDERACIÓN FARMACÉUTICA INTERNACIONAL	.....	32
2. 2.3. LA AUTOMEDICACIÓN SEGÚN BAOS VICENTE...		33
2.3. DEFINICIÓN DE AUTOMEDICACIÓN RESPONSABLE.....		34
2.4. FARTORES QUE INFLUYEN PARA AUTOMEDICACIÓN ...		35
2.5. LOS MEDICAMENTOS Y EL HÍGADO	.....	36
2.6. LAS LESIONES MÚSCULOS ESQUELETICAS	.....	37
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	.....	41
3.1. HIPÓTESIS	.....	41
3.2. VARIABLES	.....	42
3.3. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	.....	42

IV. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	.....	45
4.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	.....	45
4.2. POBLACIÓN	.....	45
4.3. MUESTRA	.....	45
4.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN..		53
V. PROCESAMIENTO, INTERPRETACIÓN Y ANALISIS		
DE LOS RESULTADOS	.....	55
5. 1.PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN	.....	55
5. 2.ANÁLISIS	.....	83
5. 3.DISCUSIÓN	.....	85
VI. CONCLUSIONES	.....	89
VII. RECOMENDACIONES	.....	91
VIII. BIBLIOGRAFIA GENERAL	.....	92
IX. ANEXOS	.....	99

INTRODUCCIÓN

La automedicación es una conducta frecuente y desde la perspectiva de algunos de quienes financian salud, pudiera ser también deseable como una forma de traspasar parte de los costos a los usuarios.

La automedicación es en general una conducta presente en todas las sociedades, y distintos factores contribuyen a que ésta sea más o menos extendida.

En cuanto a dolor y la automedicación, en los países latinoamericanos como particularmente en el Perú, el control sobre la venta de analgésicos no narcóticos y antiinflamatorios no esteroides (AINE) es escasa o nula. Ellos pueden ser adquiridos libremente en farmacias y algunos de ellos incluso en las calles, lo que facilita el acceso de las personas a estos productos.

Los antiinflamatorios no narcóticos y especialmente los AINEs son medicamentos con un alto potencial de generar efectos adversos, siendo los principales los que se producen a nivel digestivo y cardiovascular.

Por ello su uso indiscriminado inapropiado puede generar problemas de salud adicionales, a veces bastante graves, a quien ha buscado alivio a un dolor muchas veces superficial.

Dentro de la experiencia de la práctica profesional, a menudo se ha encontrado el consumo empírico de medicamentos entre la población general; asimismo, se ha observado que el grupo que recurre con frecuencia a esta práctica es el de personas con dolores musculares y osteoarticulares.

Contrariamente a lo dispuesto en la reunión sobre la Atención Primaria a la Salud patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma-Ata en 1978 con relación a la producción, prescripción y uso de medicamentos con miras al logro del objetivo de "Salud para todos en el año 2000", las sociedades continúan hasta la fecha medicándose y haciendo un uso irracional de los medicamentos.

Ello está propiciado principalmente por el incremento desmedido en la fabricación y venta de fármacos a través de la maquinaria publicitaria, que utiliza todos los medios a su alcance, y por una práctica médica mal entendida, que ha perdido su objetivo que es la capacidad de producir salud y de modificar de una manera visible la historia natural de la enfermedad dentro de la población.

El aumento de la práctica de automedicación entre la población, justifica la necesidad de mejorar la información dirigida a los pacientes. Según la OMS, es esencial que dicha información se adecúe al nivel de educación y conocimientos de la población a la que va dirigida; y podría evitar la mayoría de los riesgos de la automedicación. La automedicación representa un severo problema de salud pública que puede ocasionar graves daños a la salud individual, familiar y

colectiva; sin embargo, esta situación ha sido escasamente explorada, razón que justifica este esfuerzo de investigación.

Con el fin de conocer mayores antecedentes de la magnitud y características del problema de la automedicación, se realiza este estudio de tipo descriptivo correlacional con el propósito de determinar la prevalencia de la automedicación en la población general mayor de 15 años afectada por síntomas músculo-esqueléticos. Este trabajo sirve como punto de partida para la comprensión del problema de la automedicación y determinar asociación entre las variables estudiadas, con ello, contribuir a la toma de conciencia por parte de las autoridades de las instituciones de salud y el público en general.

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La prevalencia de la automedicación (AU) ha aumentado considerablemente en los últimos años, favorecida por intereses diversos; aunque su concepto ha cambiado sustancialmente. Actualmente, se piensa que una información adecuada de los pacientes, puede conseguir una AU racional, segura y eficaz; y que ésta podría reconducirse como un instrumento de utilidad dentro de los sistemas sanitarios. La automedicación es una práctica mal orientada por la comercialización y sin las vigilancias permanentes de las autoridades regulatorias de los medicamentos que puede ocasionar graves daños para la salud del individuo, la familia y la comunidad.

Por otro lado, instancias internacionales como la Organización Mundial de la Salud han reconocido expresamente la automedicación responsable como fruto de la aspiración que ha acompañado al hombre en todo momento de cuidar de su salud. Este organismo hizo manifiesto este deseo en su Declaración de Alma Ata, en la que reconoció: que la gente tiene el derecho y la responsabilidad de participar individual y colectivamente del cuidado de su salud.

La automedicación responsable ha tenido una evolución muy significativa en los últimos años en los que, de una fase inicial en

la que su campo de acción estaba circunscrito al alivio de unos cuantos síntomas comunes de salud, como la tos, la acidez estomacal, el dolor de cabeza, etc. en la actualidad abarca la prevención y el alivio de problemas agudos de salud, así como algunos de tipo recurrente y de algunos síntomas de enfermedades crónicas como el dolor que acompaña a alguna enfermedad reumática. Este trascendental avance no hubiera sido posible de no haberse comprobado que muchos de los ingredientes inicialmente autorizados para su venta bajo receta médica, son lo suficientemente seguros para ser utilizados directamente por un consumidor sin necesidad de la intervención de un facultativo.

Otro factor que ha impulsado en desarrollo de la automedicación responsable es el creciente interés de los consumidores por informarse de todo aquello que tiene que ver con su salud y por desempeñar un papel cada vez más activo en el cuidado de la misma.

Estudios hechos en diversos países desde 1980, muestran que en términos generales los consumidores hacen uso de la información que se les proporciona, especialmente la que aparece en las etiquetas de libre acceso y utilizan estos productos de una manera cuidadosa y responsable.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1. 2.1. Problema General

¿En que medida la automedicación constituye un problema de salud pública en las personas con dolores músculo-esqueléticos de Chincha Alta?

1. 2.2. Problemas específicos

¿Cual será la prevalencia según los factores socio-demográficos para la automedicación en personas con dolores músculo-esqueléticos de Chincha Alta?

¿Cuáles serán las características del hábito de consumo de medicamentos en personas con dolores músculo-esqueléticos de Chincha Alta?

¿Cual será la relación entre los factores de exposición y la automedicación en personas con dolores musculo-esqueléticos de Chincha Alta?

1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.3 .1. Objetivo general

Determinar la prevalencia, las características del hábito de consumo y evaluar la asociación de los factores de exposición para la automedicación en personas con dolores músculo-esqueléticos de Chincha Alta

1.3 .2. Objetivos específicos

Determinar la tasa de prevalencia de automedicación en personas con dolores músculo-esqueléticos de Chincha Alta.

Determinar la prevalencia de los factores socio-demográficos para la automedicación en personas con dolores músculo-esqueléticos de Chincha Alta.

Determinar las características del hábito de consumo de medicamentos en personas con dolores músculo-esqueléticos de Chincha Alta.

Evaluar la asociación entre los factores de exposición y la automedicación en personas con dolores músculo-esqueléticos de la Chincha Alta.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Dentro de la experiencia de la práctica profesional, a menudo se ha encontrado el consumo de medicamentos entre la población general; asimismo, se ha observado que el grupo que recurre con frecuencia a esta práctica es el de personas con problemas músculo-esqueléticas.

Contrariamente a lo dispuesto por la Organización Mundial de la Salud con relación a la producción, prescripción y uso de medicamentos con miras al logro del objetivo de "Salud para todos en el año 2000", las sociedades continúan medicándose y haciendo un uso irracional de los medicamentos.

Ello está propiciado principalmente por el incremento desmedido en la fabricación y venta de fármacos a través de la maquinaria publicitaria, que utiliza todos los medios a su alcance, y por una práctica médica mal entendida, que ha perdido su objetivo que es la capacidad de producir salud y de modificar de una manera visible la historia natural de la enfermedad dentro de la población.

El aumento de la práctica de AU entre la población, justifica la necesidad de mejorar la información dirigida a los pacientes. Según la OMS, es esencial que dicha información se adecúe al nivel de educación y conocimientos de la población a la que va dirigida; y podría evitar la mayoría de los riesgos de la AU. El farmacéutico a

menudo constituye la única vía de información del paciente que se automedica, por lo que su intervención es esencial para que la AU se realice de forma racional segura y eficaz, así como para mejorar el cumplimiento del tratamiento.

El presente trabajo es un estudio descriptivo sobre el consumo de medicamentos entre las personas con dolores musculares y osteo-articulares de Chincha Alta. El propósito es obtener información para conocer la situación del consumo de medicamentos, como punto de partida para la comprensión del problema de la automedicación y, determinar asociación entre las variables estudiadas, con ello, contribuir a la toma de conciencia por parte de los trabajadores y las autoridades de las instituciones de salud, que puedan generar alternativas de solución intra e interinstitucional, así como comunitarias, para enfrentar esta situación.

La automedicación representa un severo problema de salud pública que puede ocasionar graves daños a la salud individual, familiar y colectiva; sin embargo, esta situación ha sido escasamente explorada, razón que justifica este esfuerzo de investigación.

II. BASES TEÓRICAS

2.1. ANTECEDENTES

La automedicación es una conducta frecuente en personas con problemas músculo- esqueléticas que ha sido estudiada muy poco en nuestro medio, esto ocasiona una limitación en la búsqueda de la bibliografía que ha dejado como saldo una pequeña cantidad de investigaciones que se han realizado, estos trabajos sin embargo no tienen exactamente las mismas características en cuanto a población, tamaño de muestra, objetivos, y variables medidas. de modo que se ha tenido cuidado en la selección de los trabajos que sirven como antecedentes de nuestra investigación, los mismos que a continuación se exponen:

Nicasio R, Cisneros F, Barroso F, Melchor T, determinaron la prevalencia de alteraciones músculo-esqueléticas en jóvenes preparatorianos, Existe escasa información sobre la salud músculo-esquelética en jóvenes, sin embargo, la consulta médica por patologías a este nivel es muy elevada en la edad adulta y sus consecuencias económicas, sociales y laborales son muy importantes. El objetivo es evaluar el estado de salud músculo-esquelética de jóvenes preparatorianos de la Universidad de Guanajuato. Participaron 3,100 alumnos de ambos géneros, con edad promedio de 15.4 ± 4.5 años, a los que se elaboró historia clínica, exploración ortopédica, pruebas de funcionalidad y exámenes de laboratorio y gabinete. Como

resultado el 70% mostró por lo menos una anomalía. En general, los hombres fueron más afectados que las mujeres. La escoliosis 36.4%, el pie plano 19.8 % y el genu valgo 15.6% fueron las anomalías más prevalentes. El 49% presentó callosidades en dedos del pie probablemente debidos a las alteraciones.

Los resultados de esta investigación muestran una prevalencia elevada de alteraciones músculo-esqueléticas. Todos estos problemas se han reportado en la literatura como factores predisponentes de lesiones y enfermedades por sobre uso. La no detección oportuna de estas alteraciones pudieran afectar la salud, el desempeño laboral y deportivo de estos individuos y propiciar la aparición de enfermedades crónico-degenerativo a mediano y largo plazo. ¹

Sans G, Paluzie, Puiga L. Balañá I, Balaguer- Vintró describieron la prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña (España) según factores sociodemográficos y estado de salud autopercebido en la población adulta .Mediante un Examen de salud transversal del estudio CRONICAT/ MONICA-Cataluña realizado en 1994-1996 en una muestra aleatoria de la población general de 25 a 64 años. Se interrogó a 3.421 participantes (tasa de respuesta del 72%) con cuestionario abierto sobre los medicamentos consumidos durante las dos semanas previas y otros hábitos de salud. Los medicamentos se codificaron posteriormente según la clasificación ATC . Los Resultados fueron en Mayor proporción de mujeres (38%) que de varones (26%) autopercebíó peor estado de salud ($p < 0,001$).

El consumo total de medicamentos ajustado por edad fue: varones, del 57% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 55-59) y en mujeres, del 76% (IC del 95%, 74-78). Excluyendo los anticonceptivos, el consumo regular fue: varones, del 35% (IC del 95%, 33-37), y en mujeres, del 48% (IC del 95%, 46-51). Tomaron más de un medicamento el 29% de los varones y el 48% de las mujeres ($p < 0,001$). Ni el nivel educativo ni el estado civil influyeron en la toma de medicamentos. Mayor proporción de jubilados o pensionistas consumieron medicamentos (68%; IC del 95%, 62-74) que los trabajadores activos (54%; IC del 95%, 52-57) sólo en los varones. Los medicamentos más consumidos fueron para el sistema nervioso (35% en varones; 51% en mujeres; $p < 0,001$); digestivo (15%) y cardiovascular (9% en varones; 13% en mujeres; $p < 0,001$). La mayoría de la medicación consumida fue prescrita por el especialista (40%) y una cuarta parte fue autoprescrita. La prevalencia del consumo total de medicamentos en la población adulta de Cataluña es alta, especialmente entre las mujeres, quienes autoperciben peor salud. Las políticas de racionalización del gasto farmacéutico deberían considerar el patrón epidemiológico.²

Valdea E, Rodríguez F, Palacios A, Gabarre P, y Pérez del Molino Martín J, realizaron un estudio sobre el consumo de medicamentos en los ancianos en la cual evalúan la magnitud, naturaleza y cronicidad del consumo de medicamentos en ancianos no institucionalizados, así como la complejidad de su régimen terapéutico. Método: Estudio transversal a través de encuesta a domicilio de todas las personas de

65 o más años. Municipio de Villanueva de 105 Castillejo\ (Huelva). El entrevistador pedía a la persona que mostrara todos los medicamentos que usaba sin olvidar ninguno, anotaba el nombre comercial, dosis y frecuencia con que el medicamento era consumido, y el tiempo aproximado en meses o años en que lo venía utilizando. Se introducen métodos de medida para evaluar la complejidad del régimen terapéutico. Se obtuvo información de 362 sujetos (83,8% de la población de hecho). El-83,1% de ellos utilizaba uno o más medicamentos a diario, con una media (desviación estándar) de 2.6 (2.0). Los más usados fueron los antihipertensivos (41.5%). los vasodilatadores periféricos dirigidos a la circulación cerebral (31.3%), las benzodiacepinas (17.4%) y los antiinflamatorios no esteroideos (1-1,1 %). El 91.3 y 46.1% de los sujetos con consumo diario tomaba uno o más fármacos desde hacía al menos 1 y 5 años respectivamente. La medicación era consumida como promedio entre una y dos veces al día. Aproximadamente un 20% de la población estudiada tomaba medicamentos sólo cuando aparecían ciertos síntomas, y un 7,3% de los fármacos estaban prescritos de forma regular, pero no diaria. En conclusión La cantidad y cronicidad del consumo de medicamentos es elevada, aunque comparable con el de otros estudios españoles con similar metodología El régimen de prescripción parece sencillo para las personas mayores.³

Riedemann P., Illesca M, Droghetti J, realizaron un estudio sobre la automedicación en individuos de la Región de la Araucanía con

problemas músculo-esqueléticos, el estudio se desarrolló orientado a determinar la prevalencia de enfermedades reumatológicas en la población general. Se tomó una muestra aleatoria de la población general de la ciudad de Temuco, la cual fue estratificada al nivel socio-económico, usando para definirlo el valor promedio de la vivienda según sector. Para fines de este trabajo se seleccionó a los individuos participantes en el estudio anterior, que cumplían con el criterio de haber presentado problemas músculo-esqueléticos. En primer lugar se identificó a todos aquellos individuos que informaban sintomatología músculo-esquelética, la intensidad del dolor se valoró mediante una escala tipo likert de cinco puntos. Los datos fueron almacenados en una base de datos que fue analizada usando el programa estadístico STATA. Se entrevistaron a 440 individuos de ambos sexos mayores de 15 años, del total de entrevistas 21 quedaron eliminadas por mala cumplimentación. De los 419 individuos 272 señalaron presentar problemas músculo-esqueléticos. De los sintomáticos, 157 eran mujeres, y 115 hombres, con una edad promedio de 39,8 años. Del total de los que informaron síntomas, el 64% reconoció automedicarse. El promedio de edad de los que se automedicaban fue de 41 años, mientras que los que negaban la automedicación tenían un promedio de edad de 37 años. Hubo una tendencia a mayor automedicación a medida que los individuos aumentaban en edad. Se analizó la posible relación del sexo con esta conducta, encontrándose que la frecuencia de automedicación reportada por ambos sexos fue similar, con 65% (IC 56,9 a 72,4) en las mujeres y 64,3% (IC 54,9 a

73) en los hombres. Otro factor analizado fue la condición laboral. Los individuos fueron agrupados según si eran trabajadores activos o no trabajaban. Se observó una frecuencia de automedicación similar en ambos grupos, con 57,1% en los trabajadores activos y 56,3% de los que no trabajaban.

Tampoco hubo diferencia entre estos grupos respecto del tipo de medicamentos que usaban cuando se automedicaban. Quienes presentaban síntomas recientes tenían una frecuencia de automedicación levemente inferior a quienes tenían dolor músculo-esquelético previo (59,6% vs 67,4%) ($p=0,198$). En el grupo de individuos que tenían síntomas recientes (última semana previa a la entrevista, los que se automedicaban tenían una duración promedio de sus síntomas mucho mayor que los individuos que aunque sintomáticos, no se automedicaban. Se comprobó que la automedicación para combatir el dolor es un hecho frecuente, y que es aún más frecuente en los estratos socioeconómicos bajos. Creemos que esta conducta diferenciada es motivada, al menos en parte, por los factores mencionados previamente.⁴

Aguado M, realizó un estudio sobre la Alta Prevalencia de Automedicación en estudiantes universitarios, la Prevalencia de automedicación en los seis meses anteriores al estudio ascendió al 85%. Dicha conducta tuvo carácter permanente en el 6% de los casos. No se observaron diferencias significativas en relación con el sexo y

el estado civil; sin embargo, las mujeres consumieron con mayor frecuencia más de un medicamento. La prevalencia más alta de automedicación se halló en estudiantes mayores de 27 años. Los dos grupos farmacológicos predominantes en la fueron los analgésicos (agrupados como: analgésicos, antiinflamatorios, antifebriles) y los antigripales (agrupados como antigripales, medicamentos para resfríos, tos, descongestivos nasales); la frecuencia de utilización de antiácidos y digestivos ocupó el tercer lugar, con un porcentaje mucho menor. El motivo esgrimido mayoritariamente por la población encuestada para automedicarse fue la consideración de la levedad de los síntomas, entre los que figuran dolores leves, síntomas gripales y acidez, gastritis, trastornos hepáticos y digestivos. La principal fuente de información para decidir qué medicamento emplear fue el médico, dado que existía una prescripción anterior.

Por consiguiente, un cierto porcentaje de los estudiantes considerados como "automedicados" a los efectos de esta investigación, en realidad han practicado autoadministración de medicamentos. Luego, en un porcentaje bastante más alejado, aparece el consejo farmacéutico. Aun cuando no se planteó específicamente esta cuestión en el estudio, resulta enriquecedor señalar la siguiente discriminación: automedicación: 59.24% de los estudiantes; autoadministración (el médico fue la principal fuente de información porque lo había prescrito anteriormente): 37.50% de los estudiantes, y autoprescripción (emplearon medicamentos de venta bajo receta archivada,

aparentemente sin ese requisito o lo extrajeron del botiquín familiar o del de vecinos, amigos, etc.): 3.26%. La amplia mayoría de los estudiantes manifiesta no desconocer los riesgos de consumir fármacos sin control médico, factor que pareció no ser tenido en cuenta a la hora de automedicarse. La eficacia de la medicación empleada por iniciativa propia fue considerada mayoritariamente entre buena y muy buena. El acceso o la procedencia del medicamento estuvo centrado en la Farmacia y, en un porcentaje bastante más alejado, procedió del botiquín familiar. "La automedicación representa un fenómeno controvertido, con una importante repercusión social y económica, que amerita un debate por parte de organismos internacionales vinculados a la salud, de funcionarios del área salud pública, de los integrantes del equipo de la salud y de la población que practica esta conducta."⁵

Tello S y Yovera A, realizaron un estudio sobre los factores asociados a la incidencia de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en mayores de 18 años del distrito de Chiclayo-Perú en el año 2005, desarrollaron un estudio descriptivo, retrospectivo. La muestra de estudio fue 371 personas mayores de 18 años de los distintos estratos socioeconómicos del distrito de Chiclayo. Se concluyó que la proporción actual de la automedicación en la población estudiada es de 44% y la mayor parte de los estudiados tienen un nivel de conocimiento medio. La automedicación es un tipo de conducta que implica tomar medicamentos según la propia

iniciativa del paciente, por consejo del farmacéutico o de cualquier persona no médica. Son muchos los factores que influyen en este tipo de conducta, destacando los factores sociales como la presión de grupo o de nuestros propios familiares que nos ofrecen una alternativa para la solución de nuestros problemas de salud basados en su propia experiencia. También influye el bajo nivel de instrucción de personas especialmente de los padres de familia, los cuales ignoran por completo el riesgo que implica la automedicación. Dentro de los factores económicos que influyen 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 por un profesional capacitado dentro de los factores culturales influyen la falta de acceso y escasa disponibilidad de información lo que permite a las empresas farmacéuticas difundir información sesgada que incita a la población al consumo de fármacos supuestamente muy seguros, esto además se aúna a la deficiente educación sanitaria con la que contamos.⁶

Llanos L, Contreras C, Velásquez J, Mayca J, Lecca L, Reyes R, Peinado J. realizaron un estudio sobre automedicación en cinco provincias de Cajamarca, la automedicación en poblaciones de bajos recursos es uno de los principales problemas de salud pública. Ello puede incrementar las reacciones adversas, la resistencia antimicrobiana y los costos, ocasionando en la persona un riesgo

elevado, evitable, caro e ineficaz. Este estudio determinó las características de la automedicación en la zona rural de Cajamarca. Se realizó un estudio transversal analítico, entre diciembre de 1999 y enero del 2,000, aplicándose una encuesta a 384 jefes de hogar seleccionados de manera sistemática con probabilidad proporcional al tamaño; el muestreo fue probabilístico y polietápico. Se encontró automedicación en 36.19% de hogares, adquiriendo alguna medicación 66.18% de ellos en una farmacia privada. No hubo diferencia significativa en relación a las variables sexo, ocupación y grado de instrucción el jefe de hogar, así como su afiliación a un seguro familiar. Se encontró asociación entre ingreso mayor de 300 nuevos soles y automedicación. El motivo más frecuente mencionado por la población para automedicarse fue: "ya sé que recetan" (41.72%). En la cual concluyeron que la automedicación es un problema frecuente en zonas rurales de Cajamarca. Los medicamentos son comúnmente adquiridos en farmacias privadas. Sólo se encontró asociación entre automedicación y hogares que tienen un ingreso mayor de 300 nuevos soles.⁷

2.2. DEFINICIÓN DE LA AUTOMEDICACIÓN.

La automedicación constituye una de las expresiones más modernas de la siempre presente necesidad de hombres y mujeres de velar por su propia salud. Sin embargo, y a diferencia de otras expresiones de los autocuidados, la automedicación tiene, para buena parte de la población y para la mayoría de los médicos, connotaciones negativas. Contrariamente a esta visión, la OMS señala la existencia de un lugar válido para la automedicación en las sociedades desarrolladas. Este trabajo tiene como objetivos: revisar los distintos conceptos de automedicación propuestos en la literatura, y revisar los factores sociodemográficos y sociomédicos asociados a la práctica de la automedicación.

Diversos autores han reflexionado sobre la dificultad de la conceptualización de la automedicación.

Etimológicamente la palabra está compuesta por el prefijo «auto» (motupropio), y el lexema «medicación» (medicinas, fármacos). Así, el prefijo «auto» pretende indicar por propia iniciativa, sin mediar prescripción. No obstante, diversos estudios muestran cómo la decisión del individuo está influenciada significativamente por los consejos del personal sanitario. Surgen así las diferencias entre los distintos autores a la hora de considerar o no automedicación el tomar un medicamento por consejo del farmacéutico, del personal de enfermería, o incluso por haber sido prescrito por el propio médico en anteriores consultas. En este sentido, un amplio porcentaje de los

medicamentos que son consumidos por propia iniciativa han sido anteriormente recetados por el facultativo en circunstancias sintomáticas análogas.⁸

2. 2.1. DEFINICIÓN SEGÚN OMS.

Es aquella en que las personas tienen el derecho y la responsabilidad de participar individual y colectivamente en el autocuidado de su salud. Para ello, el paciente debe tener conocimientos mínimos sobre las patologías menores y crónicas. La automedicación consiste en la selección y el uso de los medicamentos, por parte de las personas, con el propósito de tratar enfermedades o síntomas que ellos mismos puedan identificar.

La postura de la OMS

La OMS ha propuesto considerar una serie de factores para explicar el progresivo aumento de la automedicación.

a. Factores socioeconómicos

Una mayor libertad de elección, que resulta de la mejora de los niveles de educación y de un mayor acceso a la información, combinado con un incremento de interés individual por la salud personal se traduce en una demanda creciente de participación directa en la toma de decisiones en el área salud.

b. Estilo de vida.

Se ha producido un aumento de la toma de conciencia acerca del impacto que causan determinados factores del estilo de vida, como dejar de fumar y seguir una dieta bien balanceada, como medios de preservar la salud y prevenir las enfermedades.

c. Accesibilidad.

Los consumidores prefieren la obtención rápida de los medicamentos, a las largas esperas en los centros de salud. Sin embargo, en muchos países tal disponibilidad puede significar el pago de precios más elevados.

d. Tratamiento de enfermedades agudas, crónicas y recurrentes y su rehabilitación.

En la actualidad se reconoce que determinadas afecciones con diagnóstico médico se pueden controlar en forma adecuada mediante la automedicación o sin medicación. Por cierto, en algunos países esto puede ser una necesidad más que una elección.

e. Salud pública y factores ambientales.

Una buena conducta higiénica, una alimentación adecuada, agua segura y un buen saneamiento han contribuido a la capacidad de las

personas para establecer y preservar su salud, y a prevenir las enfermedades.

f. Factores demográficos y epidemiológicos

La transición demográfica hacia poblaciones cada vez más ancianas requiere cambios en las políticas sanitarias y en su implementación. Del mismo modo, los factores epidemiológicos que surgen de los cambiantes patrones de enfermedad requieren una adaptación en la provisión de la atención primaria de la salud y de los fondos involucrados. Estos cambios y adaptaciones también permiten que las personas asuman una mayor responsabilidad en cuanto a la atención de su salud. A su vez, esto implica un incremento de la capacidad de las personas para llevar adelante su cuidado personal.

g. Reformas del sector sanitario.

En medio de una actividad económica recesiva y con escasos recursos, los gobiernos, los contribuyentes y las personas de todo el mundo, intentan resolver el problema de los altos costos de salud. Muchos países están implementando mecanismos para detener la escalada de precios y lograr una atención sanitaria más costo-efectiva. La automedicación se fomenta a escala mundial como un medio para reducir el presupuesto público en el área de la salud. También se pueden vislumbrar los cambios estructurales que incluyan una mayor confianza en la prestación del sector privado.

h. Disponibilidad de los nuevos productos.

Recientemente se han elaborado productos nuevos y más eficaces, considerados adecuados para la automedicación.⁹

2. 2.2. SEGÚN FEDERACIÓN FARMACÉUTICA INTERNACIONAL.

La automedicación es el uso de medicamentos, sin receta, por iniciativa propia de las personas. Los farmacéuticos desempeñan un papel clave en el suministro de asistencia, asesoría e información acerca de las medicinas disponibles para automedicación.

La responsabilidad del farmacéutico

1. Los farmacéuticos tienen la obligación profesional de proporcionar asesoría objetiva sobre la automedicación y las medicinas disponibles para ello
2. Los farmacéuticos tienen la obligación profesional de reportar a las autoridades reguladoras y de informar al fabricante de cualquier evento adverso con que tropiece un individuo y que pueda ser asociado con el uso de un medicamento adquirido sin receta.

3. Los farmacéuticos tienen la obligación profesional de recomendar la búsqueda de asesoría médica si el paciente reconoce que la automedicación no es apropiada.
4. Los farmacéuticos tienen la obligación profesional de alentar al público a considerar los medicamentos como productos especiales que deben ser almacenados y utilizados racionalmente y, para tal propósito, no tomar ninguna acción que pueda alentar a las personas a comprar un medicamento en cantidades excesivas.¹⁰

2. 2.3. LA AUTOMEDICACIÓN SEGÚN BAOS VICENTE.

La automedicación se ha definido de forma clásica como «el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico». El paciente ha aprendido su decisión en un ámbito más o menos próximo: familia, amigos o vecinos, farmacéutico, la reutilización de la receta de un médico o la sugerencia de un anuncio. Hoy en día, la automedicación debería ser entendida como «la voluntad y la capacidad de las personas-pacientes para participar de manera inteligente y autónoma (es decir, informada) en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen». La automedicación constituye un

hecho cotidiano y habitual en la mayoría de los hogares españoles. La utilización por voluntad propia de medicamentos conocidos o prescritos anteriormente por un médico, supone un acto sanitario que puede ocasionar perjuicios o beneficios al paciente que los ingiere. Los analgésicos y los antibióticos son dos de los grupos farmacológicos más usados en automedicación. Tanto uno como otro presentan posibles riesgos individuales y colectivos, fundamentalmente el uso de antibióticos y la generalización de las resistencias bacterianas. Para conseguir revertir este hecho y enseñar a nuestros pacientes a utilizar correctamente los medicamentos, los médicos deberemos desarrollar medidas informativas y educativas, cada vez que prescribamos un fármaco.

11

2.3. DEFINICIÓN DE AUTOMEDICACIÓN RESPONSABLE.

Se ha definido internacionalmente como el uso de los medicamentos específicamente autorizados y etiquetados para su venta sin receta médica para la prevención, alivio o tratamiento de síntomas y problemas comunes de salud, es decir aquellos padecimientos que pueden ser reconocidos y tratados por quienes los sufren, sin necesidad de recurrir, en primera instancia, a un médico.¹²

2.4. FACTORES QUE INFLUYEN PARA AUTOMEDICACIÓN.

Los factores más importantes que parecen haber desencadenado esta cultura de administración de fármacos en domicilio por parte del propio enfermo sin consulta médica previa, podrían ser los siguientes:

- Escasez de tiempo para acudir a la consulta médica en una sociedad actual dominada por las obligaciones laborales y domésticas.
- Pérdida de la credibilidad sanitaria basada en el deterioro de la relación médico-paciente (se confía más hoy en día en el desarrollo tecnológico que en las "manos" de un doctor).
- Procesos patológicos banales que por su carácter de cronicidad son poco valorados por el propio enfermo e interpretados por este como "automedicables" (resfriado común y gripe, cefaleas, trastornos gastrointestinales leves).
- Contribución actual de los medios de comunicación y mala interpretación por parte de los pacientes de la cultura sanitaria aportada: hoy en día existe mucha información y "todo el mundo entiende de medicina".
- Propagandas escritas o en la pantalla de medicamentos que muestran alivios inmediatos de síntomas, que en muchas ocasiones complican más la patología de base (tos seca nocturna y asma).
- Factores socio- culturales y económicos de nuestra población. ¹³

2.5. LOS MEDICAMENTOS Y EL HÍGADO

Muchas sustancias se calcula que cerca de 1.000 pueden dañar el hígado.

Entre ellas, se incluyen medicamentos con y sin receta, drogas ilegales y remedios a base de plantas medicinales. En el peor de los casos, la toxicidad medicamentosa puede causar insuficiencia hepática aguda, la cual requiere un trasplante de hígado y en ocasiones resulta mortal. De hecho, la toxicidad medicamentosa es la primera causa de insuficiencia hepática aguda, y la toxicidad hepática (hepatotoxicidad) es la razón más común por la que se retiran ciertos medicamentos del mercado. Aunque los casos de lesiones hepáticas graves como resultado de los fármacos son raros, el riesgo es más elevado en personas con hepatitis B ó C.

Después de ingerir los medicamentos por vía oral, éstos son transportados en el torrente sanguíneo desde los intestinos al hígado, donde se metabolizan o descomponen en sustancias químicas activas y productos derivados (metabolitos). Algunos de estos metabolitos resultan tóxicos para el hígado. Finalmente, los derivados se excretan en la bilis y se eliminan mediante las heces o la orina. Las sustancias químicas modificadas son transportadas por las enzimas hasta el hígado (estas enzimas no deben confundirse con las enzimas hepáticas, como la ALAT y la ASAT, que se determinan en las pruebas de función hepática). Una familia de enzimas, conocida como sistema

del citocromo P450 (CYP450), desempeña un importante papel en el metabolismo de los fármacos; algunas de estas enzimas—CYP3A4, CYP2D6 y C P2C9/10 procesan la mayoría de los medicamentos con receta.¹⁴

2.6. LAS LESIONES MÚSCULO ESQUELÉTICAS

Las alteraciones musculo-esqueléticas configuran uno de los grupos de enfermedades laborales de mayor relevancia, como consecuencia de del desarrollo de sus actividades. Uno de los colectivos más afectados es el profesorado. Las características de la función docente en los ámbitos de primaria y secundaria así lo indican.

La prevención es eficaz y es posible.

Cualquier parte del cuerpo es susceptible de padecer estos efectos nocivos, pero las más frecuentes se producen en la espalda (región cervical y .lumbar) y en las extremidades superiores. Aproximadamente el 80% de todas las patologías musculo-esqueléticas.

Los factores desencadenantes también son muy variados pero destacan:

- El estrés
- La tensión
- El sedentarismo laboral

- Los hábitos posturales incorrectos generalmente acompañados de movimientos repetitivos.
- Los factores psicosociales, es decir las condiciones de trabajo directamente relacionadas con la organización del centro docente y la forma en la que se realizan las tareas docentes

2.6.1. PRINCIPALES PATOLOGÍAS DEL APARATO LOCOMOTOR.

Existen una gran variedad de patologías del aparato locomotor asociadas a la docencia. Aun así no están definidas como enfermedades laborales.

- Fatiga muscular: Producida por contracciones permanentes que impiden la adecuada oxigenación, produciendo fatiga primero y dolor posteriormente.
- Lumbago: Dolor que aparece en la zona lumbar y que limita drásticamente los movimientos. Puede extenderse a las extremidades inferiores. Suelen presentarse como consecuencia de una mala postura o de un esfuerzo violento.

Principales lesiones músculo-esqueléticas

- Lordosis: Curvatura de concavidad posterior que se puede observar en la columna lumbar y cervical.
- Hiperlordosis. Las causas que pueden originar una alteración de los valores normales de esta curvatura, pueden ser

primarias o congénitas o secundarias o debidas a desequilibrios estáticos o musculares.

- Cifosis: Es una curvatura de la concavidad anterior que se produce en la zona dorsal. Cuando su valor es excesivo se denomina hipercifosis y se considera patológica cuando existen alteraciones estructurales a nivel óseo.
- Escoliosis: Alteración que se produce en el plano frontal-sagital. Desviaciones laterales en forma de "s".

Patologías reumáticas

- Artritis reumatoide: Trastorno crónico y sistemático caracterizado por la deformación de las articulaciones. Se manifiesta con dolor inflamatorio, continuo que no suele remitir con el reposo. Se intenta corregir evitando la pérdida de la fuerza muscular.
- Artrosis: Quizás la patología reumática más frecuente. Destruye el cartílago hialino que recubre las superficies articulares. El sobrepeso favorece su aparición.
- Espondilitis anquilosante: Afecta básicamente a la Columna Vertebral. Suele manifestarse con una lumbalgia inflamatoria con dolor en los muslos y continua con una degeneración de la movilidad.
- Osteoporosis: Se caracteriza por la disminución de la densidad de los huesos. Patología que afecta en un mayor porcentaje al

sexo femenino. La prevención más eficaz es la práctica moderada y adecuada de actividad física.

Patologías de origen mecánico

- Discopatías: Se producen cuando los discos intervertebrales empiezan a perder sus propiedades de amortiguación. Pueden degenerar en hernias discales.
- Espondilolistesis: Se define como un desplazamiento anterior de un cuerpo vertebral sobre el inferior.
- Cervialgia, dorsalgia y lumbalgia: Dolor que se manifiesta en las zonas mencionadas y que se debe a diferentes factores. El más frecuente suele ser un espasmo muscular que imposibilita la movilidad.

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS

3.1.1. Hipótesis general

La automedicación probablemente es un problema de preocupación creciente la salud pública en las personas con problemas Músculo-esqueléticos de Chincha Alta en el 2015.

3.1.2. Hipótesis específicas

Hipótesis específicas 1

Probablemente exista diferencia en la prevalencia de la automedicación según los factores sociodemográficos en los pobladores con problemas músculo-esqueléticos de Chincha Alta en el 2015

Hipótesis específicas 2

Los factores sociodemográficos edad, sexo, nivel de estudios, condición laboral nivel de ingresos y la intensidad del dolor probablemente presentan asociación con la automedicación en los pobladores con problemas músculo-esqueléticos de Chincha Alta en el 2015

3.2. VARIABLES

Variable independiente

- Sexo
- Edad
- Nivel de estudios
- Condición laboral
- Nivel de ingresos económicos
- Intensidad del dolor

Variable dependiente

- Automedicación

3.3. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis 1

Formulación de hipótesis para la prueba de asociación X^2

Hipótesis nula: No existe asociación entre la variable edad y la automedicación.

Hipótesis alternativa: Existe asociación entre la variable edad y la automedicación.

Nivel de significación: Nivel de significación α : 0.05

Hipótesis 2

Formulación de hipótesis para la prueba de asociación X^2

Hipótesis nula: No existe asociación entre la variable sexo y la automedicación.

Hipótesis alternativa: Existe asociación entre la variable sexo y la automedicación.

Nivel de significación: Nivel de significación α : 0.05

Hipótesis 3

Formulación de hipótesis para la prueba de asociación X^2

Hipótesis nula: No existe asociación entre la variable nivel de estudios y la automedicación.

Hipótesis alternativa: Existe asociación entre la variable nivel de estudios y la automedicación.

Nivel de significación: Nivel de significación α : 0.05

Hipótesis 4

Formulación de hipótesis para la prueba de asociación X^2

Hipótesis nula: No existe asociación entre la variable ingresos económicos y la automedicación.

Hipótesis alternativa: Existe asociación entre los ingresos económicos y la automedicación.

Nivel de significación: Nivel de significación α : 0.05

Hipótesis 5

Formulación de hipótesis para la prueba de asociación X^2

Hipótesis nula: No existe asociación entre el lugar de residencia y la automedicación.

Hipótesis alternativa: Existe asociación entre el lugar de residencia y la automedicación.

Nivel de significación: Nivel de significación α : 0.05

Hipótesis 6

Formulación de hipótesis para la prueba de asociación X^2

Hipótesis nula: No existe asociación entre la intensidad del dolor y la automedicación

Hipótesis alternativa: Existe asociación entre la intensidad del dolor y la automedicación

Nivel de significación: Nivel de significación α : 0.05

Hipótesis 7

Formulación de hipótesis para la prueba de asociación X^2

Hipótesis nula: No existe asociación entre la condición laboral y la automedicación

Hipótesis alternativa: Existe asociación entre la condición laboral y la automedicación.

Nivel de significación: Nivel de significación α : 0.05

IV. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

4.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación : Descriptiva correlacional

Diseño de investigación: Estudio epidemiológico descriptivo
transversal analítico.

4.2. POBLACIÓN

Población de estudio estuvo conformada por todos los pobladores de Chincha Alta que presentan problemas músculo-esqueléticos.

4.3. MUESTRA

Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional. Se consideró los siguientes parámetros:

Proporción esperada:	60%
Nivel de confianza:	95%
Efecto de diseño:	2.0
Precisión (%)	5.0
Tamaño de muestra	738

Criterios de inclusión

Pobladores de ambos sexos mayores de 15 años de edad.

Pobladores que estén de acuerdo con participar voluntariamente en el estudio Pobladores que habitan permanentemente en Chincha Alta.

Criterios de exclusión

Pobladores que se niegan a participar en la encuesta.

Pobladores que se encuentran de visita en las viviendas seleccionados.

4.3. 1. Procedimiento de selección de la muestra.

Para la toma de la muestra se utilizó un plano catastral de la Chincha Alta, el cual se dividió convenientemente en tres sectores, a las que se le asignó en forma proporcional el número de encuestas correspondientes, según el número de manzanas.

Luego, mediante un muestreo aleatorio por conglomerados¹⁶ se seleccionó un conjunto de manzanas del total de manzanas en cada sector, finalmente se aplicó un muestreo sistemático en cada manzana con arranque aleatorio, donde cada vivienda

representó la unidad de muestreo, en la que se encuestó un poblador que cumplía con los criterios de inclusión.

Durante dos meses se realizó la toma de muestra con una ficha de encuesta Ad Hoc diseñada para la investigación

Se completó un total de 686 pobladores de la zona urbana, los cuales de forma voluntaria y anónima respondieron el cuestionario.

La información fue estrictamente confidencial y los encuestados han sido previamente informados de su participación en la investigación. Para la aplicación del muestreo aleatorio por conglomerados y sistemático, la población se dividió en sectores de la siguiente manera:

- Sector urbanizaciones : 216 manzanas
- Sector Centro de La ciudad : 60 manzanas
- Sector urbano-marginal : 40 manzanas

La muestra se distribuyó por afijación proporcional según el número de manzanas por sector. La tabla siguiente muestra la distribución asignada

Cuadro 1

Sector	Nº (mzns)	Asignación proporcional	Manzanas muestreadas	Tamaño de la muestra
Sector urbanización	216	68%	22	467
Sector centro de ciudad	60	19%	6	130
Sector urbano-marginal	40	13%	4	89

4.3. 2. Selección y definición de las variables.

A continuación se definen operacionalmente las variables que han sido consideradas en el estudio, y que han sido recategorizadas para dar cumplimiento a los objetivos propuestos:

Edad

La variable edad ha sido considerada inicialmente como variable continua en el momento de la recolección de datos, a continuación se ha categorizado en grupos de edades para el análisis descriptivo que a continuación se exponen:

Edades
De 15 a 24
De 25 a 34
De 35 a 44
De 45 a 54
De 55 a 64
65 a más

Finalmente, la edad ha sido recategorizada para ingresarla al análisis de regresión logística, mediante dos categorías: Menores de 45 años y los que tienen 45 a más años.

Lugar de residencia

Esta variable ha sido utilizada para agrupar a los pobladores según el sector donde residen a fin de calcular la prevalencia y su posible asociación con el problema de la automedicación. Con la ayuda de un mapa catastral de la ciudad se ha dividido en tres sectores: Sector Centro de la ciudad, Sector Urbanizaciones y Sector Urbano- marginal.

Condición laboral

La condición laboral es la variable que se ha utilizado para agrupar a los pobladores en cuatro categorías según su referencia con respecto a su ocupación actual. Las categorías consideradas inicialmente son las siguientes:

Condición laboral
Eventual
Contratado
Estable
Desocupado

Para el análisis bivariado y multivariado, se ha dicotomizado la variable en dos categorías: Trabaja actualmente y Desocupado.

Ingresos económicos

Para la medición de esta variable se ha considerado la referencia del encuestado con respecto al total de ingresos económicos familiar en conjunto de todos los miembros del hogar que perciben dinero expresado en nuevos soles. La variable ha sido categorizada en tres niveles:

Ingresos económicos
de 500
De 500 a 1500
Mas de 1500

Intensidad del dolor

Se ha utilizado la escala tipo likert para valorar la intensidad del dolor que manifiesta el encuestado, ha sido incluida en la hoja de recolección de datos. Esta escala con nivel de medición ordinal ha tenido los siguientes niveles inicialmente:

Intensidad del dolor
Sin dolor
Leve
Moderado
Severo
Muy severo

Para el análisis de regresión logística, la variable fue recategorizada en tres niveles siguientes: Sin dolor, dolor leve, dolor moderado dolor severo y muy severo.

Automedicación

Esta variable valora el uso de medicamentos sin receta médica cuando el encuestado según su propia referencia, siente algún problema músculo-esquelético que le causa dolor. El nivel de medición de la variable usado es nominal dicotómica.

Cantidad de consumo

Esta variable con nivel de medición ordinal, ha sido recogida mediante la referencia del encuestado, respecto a la cantidad de unidades del fármaco que consume cuando siente dolor. La variable se ha categorizado en tres niveles:

Cantidad de consumo
1 diaria
2 diarias
Más de dos diarias

Días de consumo

La variable días de consumo refiere según el propio encuestado, la cantidad de días que suele tomar medicamentos sin receta médica cada vez que tiene problemas músculo-esqueléticas. La variable ha tenido las siguientes categorías:

Días de consumo
1 día
2 días
Una semana
Cuando siente dolor

4.4. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El instrumento de recolección de datos contiene preguntas cerradas en su totalidad, a excepción de la edad que es una variable continua.

La encuesta ha sido aplicada por la investigadora y se ha confeccionado disponiendo las variables en dos bloques. El cuestionario es anónimo. Incluye una breve introducción de los propósitos del estudio, manejo de la información. Se ha considerado conservar un orden para la formulación de las preguntas, es decir, comienza con las preguntas de carácter general, luego las preguntas que tienen que ver con la prevalencia del problema y por último, las preguntas que sirven para la caracterización del problema de la automedicación.

En un primer bloque al que se le ha denominado **CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS** contienen las variables sexo, edad, estado civil, lugar de residencia, grado de instrucción, condición laboral e ingresos económicos, cada una de las cuales con sus respectivas categorías.

En un segundo bloque al que se le ha denominado **CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO**, contiene preguntas necesarias para la identificación de las personas que presentan

problemas músculo- esqueléticas, contiene además una escala de valoración de la intensidad del dolor tipo Likert, incluye también preguntas para determinar la prevalencia de la automedicación, medicamento más consumido, problema músculo- esquelético más frecuente, cantidad de medicamento que toma diario, lugar de obtención del medicamento y una última pregunta para determinar las razones más frecuentes por las que se automedican.

V. PROCESAMIENTO, INTERPRETACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

5.1. PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN

5.1.1. Descripción de la muestra de estudio

Tabla N°1. Distribución de la muestra según sexo			
		f	%
Sexo	Masculino	289	42.1
	Femenino	397	57.9
	Total	686	100.0

La muestra es predominantemente femenina, el 57.9% son mujeres, mientras que el 42.1% son varones.

Tabla N°2. Distribución de la muestra según grupo de edades			
		f	%
Edades	De 15 a 24	78	11.4
	De 25 a 34	107	15.6
	De 35 a 44	126	18.4
	De 45 a 54	132	19.2
	De 55 a 64	115	16.8
	65 a más	128	18.7

La tabla muestra que los pobladores del grupo de edad de 45 a 54 años, son los que han participado en mayor proporción en el estudio, en tanto que los que menos han participado en el estudio son los del grupo de edad de 15 a 24 años.

Tabla N°3. Distribución de la muestra según lugar de residencia			
		f	%
Lugar de residencia	Urbanizaciones	230	33.5
	Centro	199	29.0
	Urbano-marginal	257	37.5
	Total	686	100.0

Los pobladores de la zona Urbano –marginal son los que en mayor proporción han participado en la muestra de estudio, seguidos de los que habitan en el centro de la ciudad.

Tabla N°. 4.Distribución de la muestra según condición laboral			
		f	%
Condición Laboral	Eventual	159	23.2
	Contratado	102	14.9
	Estable	171	24.9
	Desocupado	254	37.0
	Total	686	100.0

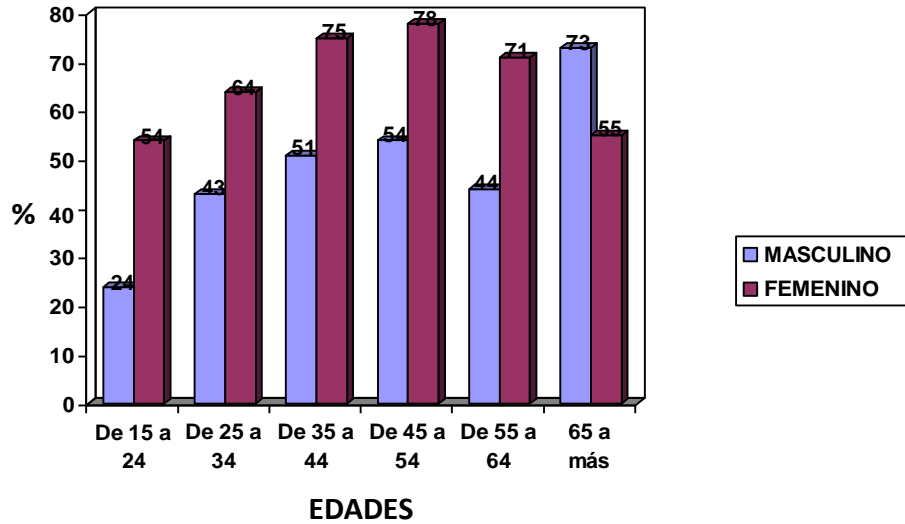
Los pobladores desocupados son los que han intervenido en mayor proporción en la muestra de estudio, los contratados son los que menos han participado en la muestra.

Tabla N°5. Distribución de la muestra según ingresos económicos			
		f	%
Ingresos económicos	Menos de 500	268	39.1
	De 500 a 1500	365	53.2
	Más de 1500	53	7.7
	Total	686	100.0

Los hogares con ingresos económicos entre 500 a 1500 son los que en mayor proporción participaron en el estudio, mientras que los hogares que están presentes en el estudio son los que refieren percibir más de 1500 soles al mes.

GRÁFICO Nº. 01

Distribución de la muestra según sexo y grupo de edades.



Se observa una mayor participación en el estudio de los pobladores de la ciudad de Chincha con edades de 35 a 54 años de edad.

5.1.2. Prevalencia de la automedicación.

		Automedicación			
			Si	No	Total
Sexo. Masculino	f		154	135	289
	%		42.0	42.3	42.1
Femenino	f		213	184	397
	%		58.0	57.7	57.9
Total	f		367	319	686
	%		53.5	46.5	100.0

p-valor 0.925(Prueba chi cuadrado)

La prevalencia de automedicación en el sexo femenino es de 58.0% mientras que los varones presentan un 42.0 % de prevalencia anual de automedicación

		Automedicación			
		Si	No	Total	
Edades	De 15 a 24	f	45	33	78
		%	12.3	10.3	11.4
	De 25 a 34	f	63	44	107
		%	17.2	13.8	15.6
	De 35 a 44	f	77	49	126
		%	21.0	15.4	18.4
	De 45 a 54	f	80	52	132
		%	21.8	16.3	19.2
	De 55 a 64	f	49	66	115
		%	13.4	20.7	16.8
	65 a más	f	53	75	128
		%	14.4	23.5	18.7
Total		f	367	319	686
		%	53.5	46.5	100.0

p-valor 0.001 (Prueba chi cuadrado)

Los pobladores del grupo de edades de 45 a 54 años, son los que en mayor proporción se automedican cuando tienen problemas músculo- esqueléticos, los que mayor prevalencia presentan son los del grupo de edades de 15 a 24 años.

		Automedicación			
		Si	No	Total	
lugar de residencia	Urbanizaciones	f	99	131	230
		%	27.0	41.1	33.5
	Centro	f	116	83	199
		%	31.6	26.0	29.0
	Urbano-Marginal	f	152	105	257
		%	41.4	32.9	37.5
Total		f	367	319	686
		%	53.5	46.5	100.0

p-valor 0.000 (Prueba chi cuadrado)

Los pobladores que presentan mayor prevalencia de automedicación son los residentes en la zona urbano-marginal, mientras que los que residentes de las urbanizaciones son los que menos se automedican cuando presentan problemas músculo- esqueléticos

Tabla Nº 09. Prevalencia de la automedicación según condición laboral					
		Automedicación			
			Si	No	Total
Condición laboral	Eventual	f	110	49	159
		%	30.0	15.4	23.2
	Contratado	f	58	44	102
		%	15.8	13.8	14.9
	Estable	f	85	86	171
		%	23.2	27.0	24.9
	Desocupado	f	114	140	254
		%	31.1	43.9	37.5
Total		f	367	319	686
		%	53.5	46.5	100.0

p-valor 0.000 (Prueba chi cuadrado)

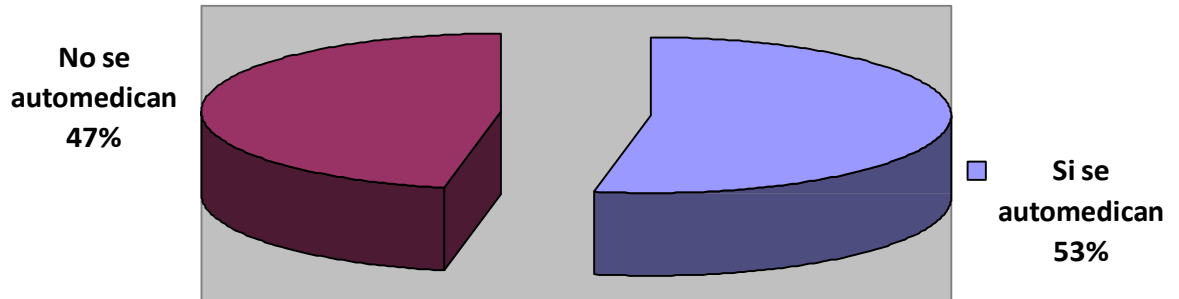
La mayor prevalencia de automedicación la presentan los pobladores que se encuentran en calidad de desocupado, mientras que los que menos se automedican son los contratados.

Tabla Nº 10. Prevalencia de la automedicación según ingreso económico					
		Automedicación			
			Si	No	Total
Ingreso económico	Menos de 500	f	159	109	268
		%	43.3	34.2	39.1
	De 500 a 1500	f	176	189	365
		%	48.0	59.2	53.2
	Más de 1500	f	32	21	53
		%	8.7	6.6	7.7
Total		f	367	319	686
		%	53.5	46.5	100.0

p-valor 0.000 (Prueba chi cuadrado)

Los pobladores que refieren percibir como total familiar un ingreso mensual de 500 a 1500 soles son los que más se automedican en la población en estudio.

GRAFICO N° 02. Prevalencia global de la automedicación.



El gráfico muestra que la prevalencia global de automedicación en las personas con problemas musculares esqueléticos alcanzan un 53% de los encuestados.

5.1.3. Características del hábito de consumo de medicamentos

Tabla N° 11. Problema MSQ que motiva la automedicación según sexo

		Problema MSQ que motivó la automedicación						
		Dolor espalda	Ciática	Artritis reumat.	Artrosis	Dolor cintura	Otros	Total
Sexo	Masculino	f 98	6	6	5	32	7	154
		% 45.2	33.3	42.9	31.3	35.6	58.3	42.0
	Femenino	f 119	12	8	11	58	5	213
		% 54.8	66.7	57.1	68.8	64.4	41.7	58.0
Total		f 217	18	14	16	90	12	367
		% 59.1	4.9	3.8	4.4	24.5	3.3	100.0

En la tabla se observa que el dolor de espalda, la ciática, la artritis reumatoidea, la artrosis y el dolor de cintura son los problemas músculo-esqueléticos más frecuentes en las mujeres que en los varones.

		Problema MSQ que motivó la automedicación							
		Dolor espalda	Ciática	Artritis reumat.	Artrosis	Dolor cintura	Otros	Total	
Edades	De 15 a 24	f	29	1	0	1	14	0	45
		%	13.4	5.6	0.0	6.3	15.6	0.0	12.3
	De 25 a 34	f	36	2	0	1	24	0	63
		%	16.6	11.1	0.0	6.3	26.7	0.0	17.2
	De 35 a 44	f	50	5	3	2	16	1	77
		%	23.0	27.8	21.4	12.5	17.8	8.3	21.0
	De 45 a 54	f	48	4	8	4	14	2	80
		%	22.1	22.2	57.1	25.0	15.6	16.7	21.8
	De 55 a 64	f	27	4	3	3	11	1	49
		%	12.4	22.2	21.4	18.8	12.2	8.3	13.4
	65 a más	f	27	2	0	5	11	8	53
		%	12.4	11.1	0.0	31.3	12.2	66.7	14.4
Total		f	217	18	14	16	90	12	367
		%	59.1	4.9	3.8	4.4	24.5	3.3	100.0

Se observa que el dolor de espalda y ciática están más presentes en las edades de 35 a 44. La artritis reumatoidea y las artrosis son más frecuentes en las edades de 45 a 54 años, mientras que el dolor de cintura se encuentra en mayor proporción en las edades de 25 a 34 años.

		Problema MSQ que motivó la automedicación							
		Dolor espalda	Ciática	Artritis reumat.	Artrosis	Dolor cintura	Otros	Total	
LR	Urbanizaciones	f	56	5	1	4	28	5	99
		%	25.8	27.8	7.1	25.0	31.1	41.7	27.0
	Cento	f	74	5	7	8	16	6	116
		%	34.1	27.8	50.0	50.0	17.8	50.0	31.6
	Urban-marginal	f	87	8	6	4	46	1	152
		%	40.1	44.4	42.9	25.0	51.1	8.3	41.4
Total		f	217	18	14	16	90	12	367
		%	59.1	4.9	3.8	4.4	24.5	3.3	100.0

Los dolores de espalda, las ciática y los dolores de cintura son los problemas que se encuentran más presentes en las personas que residen en la zona urbano-marginal, la artritis reumatoidea y la artrosis se encuentran en mayor proporción en la zona central de la ciudad.

Tabla N° 14. Problema MSQ que motiva la automedicación según condición laboral (CL)

			Problema MSQ que motivó la automedicación						
			Dolor espalda	Ciática	Artritis reumat.	Artrosis	Dolor cintura	Otros	Total
CI	Eventual	f	72	6	6	1	19	6	110
		%	33.2	33.3	42.9	6.3	21.1	50.0	30.0
	Contratado	f	40	3	1	1	12	1	58
		%	18.4	16.7	7.1	6.3	13.3	8.3	15.8
	Estable	f	43	4	5	6	26	1	85
		%	19.8	22.2	35.7	37.5	28.9	8.3	23.2
	Desocupado	f	62	5	2	8	33	4	114
		%	28.6	27.8	14.3	50.0	36.7	33.3	31.1
Total		f	217	18	14	16	90	12	367
		%	59.1	4.9	3.8	4.4	24.5	3.3	100.0

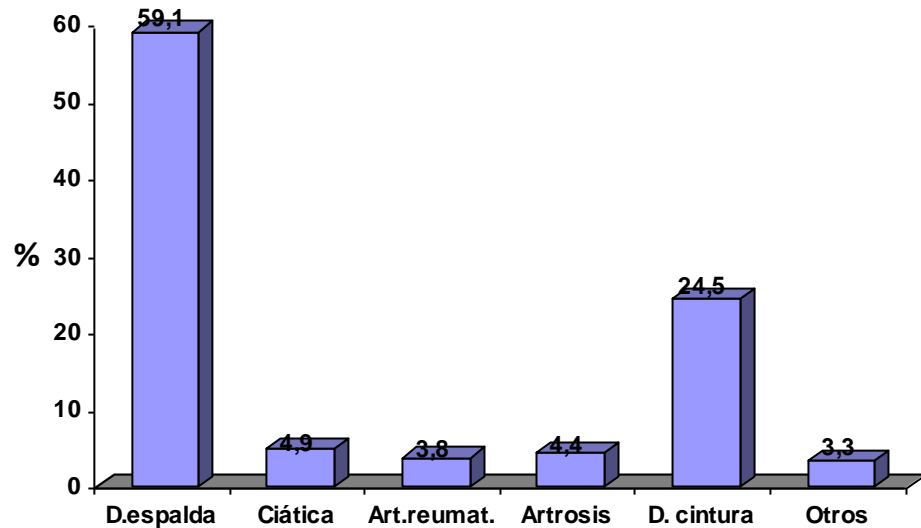
Los dolores de espalda, las ciáticas y la artritis reumatoidea son los problemas que se encuentran en mayor proporción en las personas con trabajo eventual, mientras que la artrosis y los dolores de cintura se encuentran en mayor proporción en las personas desocupadas.

Tabla N° 15. Problema MSQ que motiva la automedicación según ingresos económicos (IE)

			Problema MSQ que motivó la automedicación						
			Dolor espalda	Ciática	Artritis reumat.	Artrosis	Dolor cintura	Otros	Total
IE	Menos de 500	f	98	8	3	5	39	6	159
		%	45.2	44.4	21.4	31.3	43.3	50.0	43.3
	500 a 1500	f	102	7	11	9	41	6	176
		%	47.0	38.9	78.6	56.3	45.6	50.0	48.0
	Más de 1500	f	17	3	0	2	10	0	32
		%	7.8	16.7	0.0	12.5	11.1	0.0	8.7
Total		f	217	18	14	16	90	12	367
		%	59.1	4.9	3.8	4.4	24.5	3.3	100.0

Los dolores de espalda, las artritis reumatoideas y el dolor de cintura se encuentran en mayor proporción en hogares con ingreso familiar de 500 a 1500 soles al mes, mientras que la ciática está más frecuente en hogares con ingreso familiar menor a 500 soles al mes.

GRAFICO Nº 03. Prevalencia global de problemas músculo – esqueléticos en la población de estudio



Problemas Músculo-esquelético

Los problemas músculos – esqueléticos más frecuentes en la muestra de estudio son los dolores de espalda y de cintura.

Tabla Nº 16. Medicamentos consumidos según sexo

		Medicamentos consumidos							
		Naproxeno	Ibuprof.	Diclofen	Dolo. cord.	Meloxicam	Otros	Total	
Sexo	Masculino	f	56	51	12	27	6	2	154
		%	44.1	44.7	34.3	38.6	42.9	28.6	42.0
	Femenino	f	71	63	43	43	8	5	213
		%	55.9	55.3	61.4	61.4	57.1	71.4	58.0
Total		f	127	114	70	70	14	7	367
		%	34.6	31.1	19.1	19.1	3.8	1.9	100.0

En la tabla se observan que los fármacos como el naproxeno, ibuprofeno, diclofenaco, dolocordralan y meloxicam son más utilizados para los problemas músculos-esqueléticos por las mujeres que por los varones

Tabla Nº.17. Medicamentos consumidos según grupo de edades									
		Medicamentos consumidos							
		Naprox.	Ibuprof.	Diclof.	Dolo. Cord.	Meloxican	Otros	Total	
Edades	De 15 a 24	f	21	16	1	6	0	1	45
		%	16.5	14.0	2.9	8.6	0.0	14.3	12.3
	De 25 a 34	f	27	20	6	9	1	0	63
		%	21.3	17.5	17.1	12.9	7.1	0.0	17.2
	De 35 a 44	f	22	25	7	19	2	2	77
		%	17.3	21.9	20.0	27.1	14.3	28.6	21.0
	De 45 a 54	f	21	26	14	12	5	2	80
		%	16.5	22.8	40.0	17.1	35.7	28.6	21.8
	De 55 a 64	f	21	7	6	12	2	1	49
		%	16.5	6.1	17.1	17.1	14.3	14.3	13.4
	65 a más	f	15	20	1	12	4	1	53
		%	11.8	17.5	2.9	17.1	28.6	14.3	14.4
Total		f	127	114	35	70	14	7	367
		%	34.6	31.1	9.5	19.1	3.8	1.9	100.0

El grupo de edad que más consume naproxeno es el de 25 a 34 años, mientras que el ibuprofeno, diclofenaco y el meloxican son más consumidos en el grupo de edad de 45 a 54 años.

Tabla Nº 18. Medicamentos consumidos según Lugar de residencia									
		Medicamentos consumidos							
		Naprox.	Ibuprof.	Diclofen	Dolo. cord.	Meloxican	Otros	Total	
LR	Urbanizac	f	48	18	13	16	3	1	99
		%	37.8	15.8	37.1	22.9	21.4	14.3	27.0
	Centro	f	30	53	14	14	5	0	116
		%	23.6	46.5	40.0	20.0	35.7	0.0	31.6
	Urb-margin	f	49	43	8	40	6	6	152
		%	38.6	37.7	22.9	57.1	42.9	85.7	41.1
Total		f	127	114	35	70	14	7	367
		%	34.6	31.1	9.5	19.1	3.8	1.9	100.0

El naproxeno, el dolocordralan y el meloxican son medicamentos más consumidos en la zona urbano-marginal; mientras que el ibuprofeno y el diclofenaco son más usados para la automedicación por la zona centro de la ciudad, los que menos consumen medicamentos cuando presentan los problemas músculos esqueléticos son los que residen en la urbanizaciones.

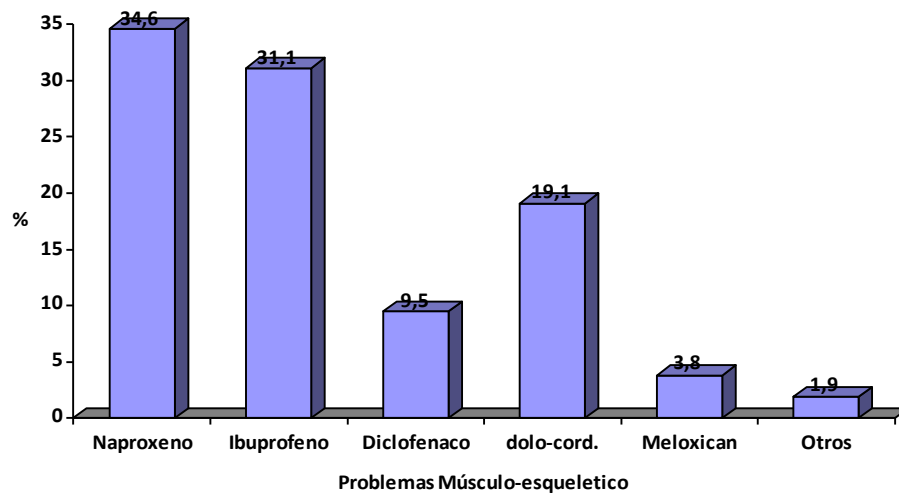
			Medicamentos consumidos						
			Naprox.	Ibuprof.	Diclofen	Dolo. cord.	Meloxicam	Otros	Total
CL	Eventual	f	36	35	8	21	5	5	110
		%	28.3	30.7	22.9	30.0	35.7	71.4	30.0
	Contratado	f	18	18	10	12	0	0	58
		%	14.2	15.8	28.6	17.1	0.0	0.0	15.8
	Estable	f	29	25	13	12	6	0	85
		%	22.8	21.9	37.1	17.1	42.9	0.0	23.2
	Desocupad	f	44	36	4	25	3	2	114
		%	34.6	31.6	11.4	35.7	21.4	28.6	31.1
Total		f	127	114	35	70	14	7	367
		%	34.6	31.1	9.5	19.1	3.8	1.9	100.0

El naproxeno, el dolocordralan son medicamentos más consumidos en el grupo de pobladores desocupados; mientras que el meloxicam y el diclofenaco son más consumidos en el grupo de los pobladores con trabajo estable.

			Medicamentos consumidos						
			Naprox.	Ibuprof.	Diclofen	Dolo. cord.	Meloxicam	Otros	Total
IE	Menos de 500	f	51	56	9	37	3	3	159
		%	40.2	49.1	25.7	52.9	21.4	42.9	43.3
	De 500 a 1500	f	64	46	21	31	10	4	176
		%	50.4	40.4	60.0	44.3	71.1	57.1	48.0
	Más de 1500	f	12	12	5	2	1	0	32
		%	9.4	10.5	14.3	2.9	7.1	0.0	8.7
Total		f	127	114	35	70	14	7	367
		%	34.6	31.1	9.5	19.1	3.8	1.9	100.0

El naproxeno, el dolocordralan y el meloxicam son medicamentos más consumidos por personas que refieren un ingreso familiar de 500 a 1500 nuevos soles mensuales, mientras que el ibuprofeno y el dolo-cordralan se consumen más consumidos en personas que refieren un ingreso familiar de menos de 500 nuevos soles mensuales.

GRÁFICO Nº 04. Distribución global del tipo de medicamento consumido.



El naproxeno y el ibuprofeno son los fármacos que más consumen las personas con problemas músculos-esqueléticos.

Tabla Nº 21. Cantidad de consumo de fármaco según sexo

			Cantidad de consumo			Total
			1 diaria	2 diarias	Más de dos al día	
Sexo	Masculino	f	86	56	12	154
		%	45.3	46.3	21.4	42.0
	Femenino	f	104	65	44	213
		%	54.7	53.7	78.6	58.0
Total		f	190	114	56	367
		%	51.8	31.1	15.3	100.0

Los pobladores que en mayor proporción toman solo una tableta diaria son los que pertenecen al sexo femenino, igualmente son las mujeres que en mayor proporción toman dos veces diarias y algunas lo hacen más de dos veces al día.

Tabla Nº.22 Cantidad de consumo de Fármaco según grupo de edades						
			Cantidad de consumo			Total
			1 diaria	2 diarias	Más de dos al día	
Edades	De 15 a 24	f	23	14	6	45
		%	12.1	11.6	14.3	12.3
	De 25 a 34	f	40	13	10	63
		%	21.1	10.7	17.9	17.2
	De 35 a 44	f	37	28	12	77
		%	19.5	23.1	21.4	21.0
	De 45 a 54	f	34	29	17	80
		%	17.9	24.0	30.4	21.8
	De 55 a 64	f	26	16	7	49
		%	13.7	13.2	12.5	13.4
	65 a más	f	30	21	2	53
		%	15.8	17.4	3.6	14.4
Total		f	190	121	56	367
		%	51.8	33.0	15.3	100.0

Los pobladores que en mayor proporción toman solo un fármaco diario son los 25 a 34 años, los que toman dos diarios y a veces más de dos veces al día son los que tiene 45 a 54

Tabla Nº 23. Cantidad de consumo de fármaco según lugar de residencia						
			Cantidad de consumo			Total
			1 diaria	2 diarias	Más de dos al día	
LR	Urbanización	f	75	19	5	99
		%	39.5	15.7	8.9	27.0
	Centro	f	50	43	23	116
		%	26.3	35.5	41.1	31.6
	Urban-marg.	f	65	59	28	152
		%	34.2	48.8	50.0	41.4
Total		f	190	121	56	367
		%	51.8	33.0	15.3	100.0

Los pobladores de las Urbanización prefieren en mayor proporción toman solo un medicamento al día, mientras que los que en las zonas Urbano –marginales son los que consumen dos fármacos al día mayormente.

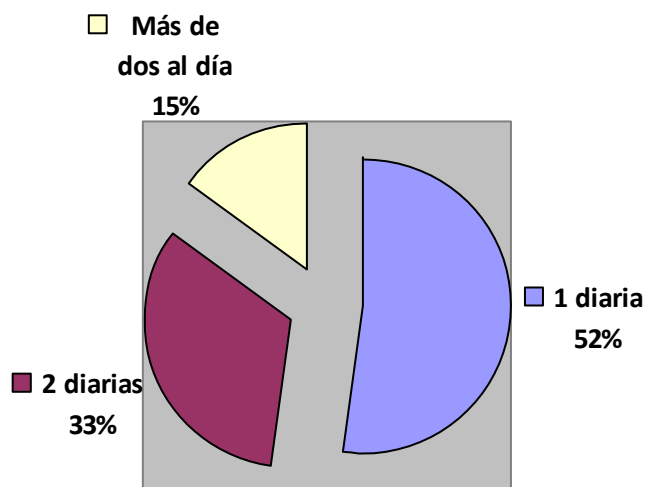
Tabla Nº 24. Cantidad de consumo de fármaco según Condición Laboral						
			Cantidad de consumo			Total
			1 diaria	2 diarias	Más de dos al día	
CL	Eventual	f	62	38	10	110
		%	32.6	31.4	17.9	30.0
	Contratado	f	28	21	9	58
		%	14.7	17.4	16.1	15.8
	Estable	f	46	21	18	85
		%	24.2	17.4	32.1	23.2
	Desocupado	f	54	41	19	114
		%	28.4	33.4	33.9	31.1
Total		f	190	121	56	367
		%	51.8	33.0	15.3	100.0

Los pobladores con trabajos eventuales son los que consumen un fármaco al día cuando tienen un problema músculos – esqueléticos, mientras que los desocupados refieren consumir en estos casos, dos diarios y a veces más de dos al día.

Tabla Nº 25. Cantidad de consumo de fármaco según Ingresos Económicos						
			Cantidad de consumo			Total
			1 diaria	2 diarias	Más de dos al día	
IE	Menos de 500	f	81	49	29	159
		%	42.6	40.9	51.8	43.3
	De 500 a 1500	f	89	64	23	176
		%	46.8	52.9	41.1	48.0
	Más de 1500	f	20	8	4	32
		%	10.5	6.6	7.1	8.7
Total		f	190	121	56	367
		%	51.8	33.0	15.3	100.0

Los pobladores de refieren percibir un ingreso económico familiar de 500 a 1500 soles son los que mayor proporción consumen solo un fármaco al día, mientras que los que consumen más de dos al día son los pobladores de refieren percibir un ingreso económico familiar más de 1500 soles

GRÁFICO Nº 5. Distribución global de la cantidad de fármaco consumido



En el gráfico se observa que en mayor proporción se consume solo un medicamento al día cuando se presentan problemas músculos esqueléticos.

Tabla Nº 26. Días de consumo de fármaco según sexo

		Días de consumo				Total	
		1 día	2 días	Una semana	Cuanto siente dolor		
Sexo	Masculino	f	23	34	17	80	154
		%	50.0	39.5	33.3	43.5	42.0
	Femenino	f	23	52	34	104	213
		%	50.0	60.5	66.7	56.5	58.0
Total		f	46	86	51	184	367
		%	12.5	23.4	13.9	50.1	100.0

Tanto la mujeres como os varones toman medicamento por un día en igual proporción cuando se presentan problemas músculos esqueléticos, toman medicamento por 2 días y por una semana en mayor proporción las mujeres.

		Días de consumo			Cuanto siente dolor	Total	
		1 día	2 días	Una semana			
Edades	De 15 a 24	f	5	13	3	24	45
		%	10.9	15.1	5.9	13.0	12.3
	De 25 a 34	f	9	14	5	35	63
		%	19.6	16.3	9.8	19.0	17.2
	De 35 a 44	f	14	19	11	33	77
		%	30.4	22.1	21.6	17.9	21.0
	De 45 a 54	f	12	20	16	32	80
		%	26.1	23.3	31.4	17.4	21.8
	De 55 a 64	f	5	16	5	23	49
		%	10.9	18.6	9.8	12.5	13.4
	65 a más	f	1	4	11	37	53
		%	2.2	4.7	21.6	20.1	14.4
Total		f	46	86	51	184	367
		%	12.5	23.4	13.9	50.1	100.0

Solo un día toman medicamento en mayor proporción los que tienen edades de 35 a 44 años, los que más lo hacen por dos días y una semana son los que tienen edades de 45 a 54 años, mientras que solo lo hacen cuando sienten dolor los que tienen de 65 a más años.

		días consumido			cuando siente dolor	Total
		1 días	2 días	una semana		
LR. Urbanización	f	19	18	6	56	99
	%	41.3	20.9	11.8	30.4	27.0
centro de la ciudad	f	11	29	27	49	116
	%	23.9	33.7	52.9	26.6	31.6
Urbano-marginal	f	16	39	18	79	152
	%	34.8	45.3	35.3	42.10	41.5
Total	f	46	86	51	184	367
	%	12.5	23.4	13.9	50.1	100.0

Los pobladores que residen en las urbanizaciones son los que más prefieren tomar medicamentos solo por un día, los que viven en centro de la ciudad refieren en mayor proporción tomar por una semana, mientras que los que viven en la zona urbano-marginal solo lo hacen cuando sienten dolor.

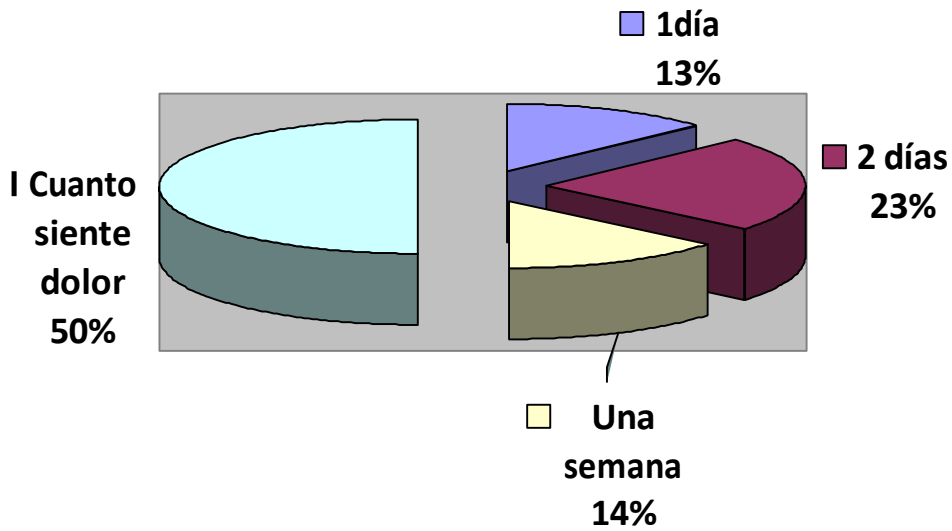
Tabla N° 29. Días de consumo de fármaco según condición laboral						
		días consumido		una semana	cuando siente dolor	Total
		1 día	2 días			
CL eventual	f	15	27	15	53	110
	%	32.6	31.4	29.4	28.8	30.0
contratado	f	10	16	5	27	58
	%	21.7	18.6	9.8	14.7	15.8
Estable	f	13	16	18	38	85
	%	28.3	18.6	35.3	20.7	23.2
Desocupado	f	8	27	18	66	114
	%	17.4	31.4	25.5	35.9	31.1
Total	f	46	86	51	184	367
	%	12.5	23.4	13.9	50.1	100.0

Los que tienen trabajo eventual prefieren en mayor proporción tomar medicamento por un día, mientras que los estables lo hacen por una semana y los desocupados prefieren hacerlo solo cuando sienten dolor.

Tabla N° 30. Días de consumo de fármaco según grupo ingreso económico						
		días consumido		una semana	cuando siente dolor	Total
		1 día	2 días			
IE menos de 500	f	21	35	21	82	159
	%	45.7	40.7	41.2	44.6	43.3
De 500 a 15000	f	17	45	25	89	176
	%	37.0	52.3	49.0	48.4	48.0
Mas de 1500	f	8	6	5	13	32
	%	17.4	7.0	9.8	7.1	8.7
Total	f	46	86	51	184	367
	%	12.5	23.4	13.9	50.1	100.0

La mayor proporción de personas que refieren automedicarse solo por un día cuando sienten dolor, son las personas que perciben ingresos familiares menos de 500 nuevos soles; las personas que refieren perciben ingreso familiar de 500 a 1500 nuevos soles toman medicamentos por dos días, por una semana o cuando sienten dolor.

GRÁFICO N°6. Proporción de días de consumo de medicamentos.



La mayor proporción de personas refieren consumir medicamentos solo cuando sienten dolor, en tanto el 13% de las personas lo hacen por un día.

		lugar de adquisición de medicamento				Total
		Hospital	Botiquin	Farmacia	Otros	
Sexo. Masculino	f	12	9	130	3	154
	%	42.9	50.0	41.4	42.9	42.0
Femenino	f	16	9	184	4	213
	%	57.1	50.0	58.6	57.1	58.0
Total	f	28	18	314	7	367
	%	7.6	4.9	85.6	1.9	100.0

Las mujeres son las más consiguen el medicamento en la farmacia o en el hospital cuando tienen problemas de músculo-esqueléticos.

Tabla Nº 32. Lugar de adquisición de fármaco según grupo de edades							
		lugar de adquisición de medicamento					
		Hospital	Botiquin	Farmacia	Otros	Total	
Edades	De 15 a 24	f	1	2	41	1	45
		%	3.6	11.1	13.1	14.3	12.3
	De 25 a 34	f	3	6	53	1	63
		%	10.7	33.3	16.9	14.3	17.2
	De 35 a 44	f	6	4	67	0	77
		%	21.4	22.2	21.3	0.0	21.0
	De 45 a 54	f	4	4	71	1	80
		%	14.3	22.2	22.6	14.3	21.8
	De 55 a 64	f	5	1	40	3	49
		%	17.9	5.6	12.7	42.9	13.4
	65 a más	f	9	1	42	1	53
		%	32.1	5.6	13.4	14.3	14.4
Total		f	28	18	31.4	7	367
		%	7.6	4.9	85.6	1.9	100.0

Los pobladores de 65 años a más refieren consumir el medicamento en mayor proporción en el hospital, los que tienen edades de 25 a 34 años refieren tomar del botiquín familiar, mientras que los de 45 a 54 años refieren conseguirlo en las farmacias.

Tabla Nº 33. Lugar de adquisición de fármaco según lugar de residencia							
		lugar de adquisición de medicamento					
		Hospital	Botiquin	Farmacia	Otros	Total	
LR	urbanizaciones	f	7	4	88	0	99
		%	25.0	22.2	28.0	0.0	27.0
	centro de la ciudad	f	6	8	100	2	116
		%	21.4	44.4	31.8	28.6	31.6
	Urbano- Marginal	f	15	6	126	5	152
		%	53.6	33.3	40.1	71.4	41.4
Total		f	28	18	31.4	7	367
		%	7.6	4.9	85.6	1.9	100.0

Las personas que residen en las zonas urbano-marginales son los que en mayor proporción consiguen el medicamento en el hospital y en la farmacia mientras que los que viven en el centro son los que refieren tomarlos del botiquín familiar.

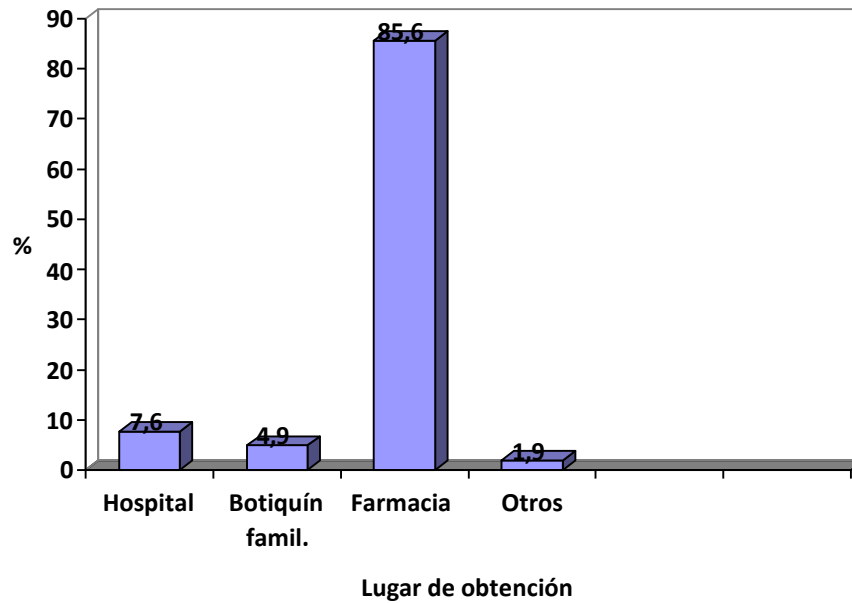
		lugar de adquisición de medicamento				
		Hospital	Botiquin	Farmacia	Otros	Total
CL eventual	f	6	8	94	2	110
	%	21.4	44.4	29.9	28.6	30.0
Contratado	f	2	0	56	0	58
	%	7.1	0.0	17.8	0.0	15.8
Estable	f	7	6	71	1	85
	%	25.0	33.3	22.6	14.3	23.2
Desocupado	f	13	4	93	4	114
	%	46.4	22.2	29.4	57.1	31.2
Total	f	28	18	31.4	7	367
	%	7.6	4.9	85.6	1.9	100.0

Las personas desocupadas son las que más acuden al hospital a conseguir el medicamento, las personas con trabajo eventual son las que toman el medicamento del botiquín familiar y de las farmacias.

		lugar de adquisición de medicamento				
		Hospital	Botiquin	Farmacia	Otros	Total
IC Menos de 500	f	10	8	138	3	159
	%	35.7	44.4	43.9	42.9	43.3
De 500 a 1500	f	17	7	148	4	176
	%	60.7	38.9	47.1	57.1	48.0
Más de 1500	f	1	3	28	0	32
	%	3.6	16.7	8.9	0.0	8.7
Total	f	28	18	31.4	7	367
	%	7.6	4.9	85.6	1.9	100.0

Las personas que refieren tener como ingreso familiar de 500 a 1500 consiguen el medicamento en el hospital y en las farmacias mayormente, los que perciben de 500 nuevos soles refieren tomarlos del botiquín familiar.

GRÁFICO N° 7. Proporción global de pobladores según lugar de adquisición de medicamentos.



La farmacia es el lugar de obtención donde más acuden para conseguir los medicamentos cuando se presentan los problemas músculo- esquelético

		Es un riesgo			
			Si	No	Total
Sexo. Masculino	f		112	42	154
	%		39.7	49.4	42.0
Femenino	f		170	43	213
	%		60.3	50.6	58.0
Total	f		282	85	367
	%		76.8	23.2	100.0

Del total de encuestados, son las mujeres que presentan problemas músculo- esqueléticos. las que más consideran a la automedicación como un riesgo de salud.

Tabla N° 37. Opinión acerca de la automedicación según grupo de edades					
		Es un riesgo			
			Si	No	Total
Edades	De 15 a 24	f	34	11	45
		%	12.1	12.9	12.3
	De 25 a 34	f	50	13	63
		%	17.7	15.3	17.2
	De 35 a 44	f	64	13	77
		%	22.7	15.3	21.0
	De 45 a 54	f	60	20	80
		%	21.3	23.5	21.8
	De 55 a 64	f	40	9	49
		%	14.2	10.6	13.4
	65 a más	f	34	19	53
		%	12.1	22.4	14.4
Total		f	282	85	367
		%	76.8	23.2	100.0

Los pobladores del grupo de edad de 35 a 44 años, son más consideran la automedicación como riesgo para la salud, los que menos consideran como riesgo son los que tienen edades de 15 a 24 años y los mayores de 65 años.

Tabla N° 38. Opinión acerca de la automedicación según lugar de residencia					
		Es un riesgo			
			Si	No	Total
LR	urbanizaciones	f	90	9	99
		%	31.9	10.6	27.0
	centro de la ciudad	f	88	28	116
		%	31.2	32.9	31.6
	Urbano- Marginal	f	104	48	152
		%	36.9	56.5	41.4
Total		f	282	85	367
		%	76.8	23.2	100.0

Las personas que residen en las zonas urbano-marginales son los que en mayor proporción consideran a la automedicación como un riesgo para la salud, mientras que los que menos consideran como riesgo son los pobladores que habitan en las urbanizaciones.

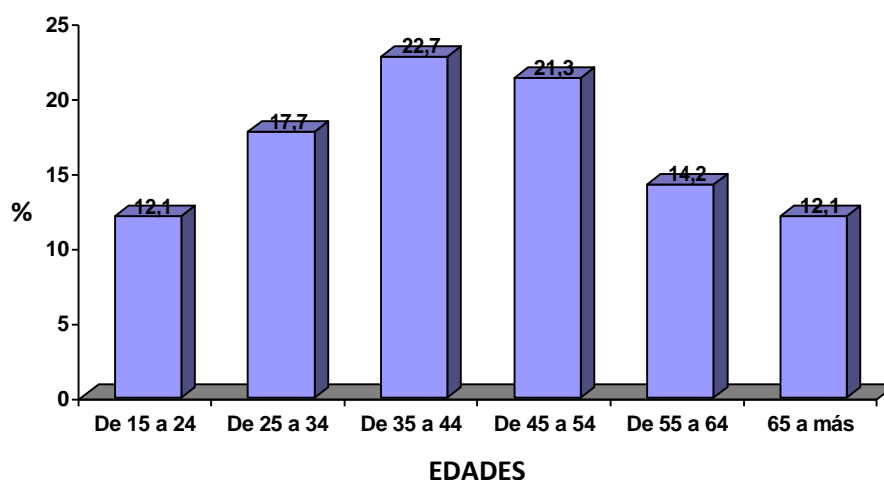
			Es un riesgo		
			Si	No	Total
C L	Eventual	f	90	20	110
		%	31.9	23.5	30.0
	Contratado	f	42	16	58
		%	14.9	18.8	15.8
	Estable	f	68	17	85
		%	24.1	20.0	23.2
	Desocupado	f	82	32	114
		%	29.1	37.6	31.2
Total		f	282	85	367
		%	76.8	23.2	100.0

Los que tienen trabajo eventual y los desocupados son los que más consideran a la automedicación como un riesgo para la salud, en tanto que los contratados son los que no consideran a la automedicación como riesgo.

			Es un riesgo		
			Si	No	Total
IC	Menos de 500	f	118	41	159
		%	41.8	48.2	43.3
	De 500 a 1500	f	134	42	176
		%	47.5	49.4	48.0
	Más de 1500	f	30	2	32
		%	10.6	2.4	8.7
Total		f	282	85	367
		%	76.8	23.2	100.0

Las pobladores que refieren tener como ingreso familiar de 500 a 1500 nuevos soles son los que más consideran que la automedicación es un o para la salud, mientras que los que perciben más 1500 nuevos soles son los que menos consideran a la automedicación como riesgo para la salud.

GRÁFICO Nº 09. Proporción de pobladores que admiten como un riesgo a la automedicación.



Los pobladores con edades de 35 a 44 años son los que más admiten a la automedicación como un riesgo, mientras que los que no creen que es un riesgo son los que tienen edades de 15 a 24 y los mayores de 65 años

		Razones					Total
		Recomend . familiar	receta antigua	recomen. Farmacia	Medios de comunicaci ón	Problema económico	
Sexo. Masculino	f	43	38	59	8	6	154
	%	48.9	34.5	43.1	47.1	40.0	42.0
Femenino	f	45	72	78	9	9	213
	%	51.1	65.5	56.9	52.9	60.0	58.0
Total	f	88	110	137	17	15	367
	%	24.0	30.0	37.3	4.6	4.1	100.0

La recomendación familiar, la receta antigua, la recomendación en la farmacia, los medios de comunicación y los problemas económicos son las razones mas presentes en las mujeres para la automedicación que en los varones.

Tabla Nº 42. Razón por la cual se automedicación según grupo de edades							
		Razones			Medios de comunicación	Problema económico	Total
		Recomend . familiar	receta antigua	recomen. Farmacia			
Edades. De 15 a 24	f	12	8	21	1	3	45
	%	13.6	7.3	15.3	5.9	20.0	12.3
De 25 a 34	f	22	14	22	4	1	63
	%	25.0	12.7	16.1	23.5	6.7	17.2
De 35 a 44	f	17	19	30	6	5	77
	%	19.3	17.3	21.9	35.3	33.3	21.0
De 45 a 54	f	16	33	28	3	0	80
	%	18.2	30.0	20.4	17.6	0.0	21.8
De 55 a 64	f	9	20	16	3	1	49
	%	10.2	18.2	11.7	17.6	6.7	13.4
65 a más	f	12	16	20	0	5	53
	%	13.6	14.5	14.6	0.0	33.3	14.4
Total	f	88	110	137	17	15	367
	%	24.0	30.0	37.3	4.6	4.1	100.0

La recomendación familiar es una razón que se encuentra más presente en las edades de 25 a 34 años. La receta antigua es una razón para la automedicación en farmacia, los medios de comunicación y los problemas económicos son razones más frecuentes en la edades de 35 a 44 años.

Tabla Nº 43. Razón por la cual se automedicación según lugar de residencia							
		Razones			Medios de comunicación	Problema económico	Total
		Recomend . familiar	receta antigua	recomen. Farmacia			
LR Urbanizaciones	f	35	23	38	3	0	99
	%	39.8	20.9	27.7	17.6	0.0	27.0
centro	f	21	40	45	4	6	116
	%	23.9	36.4	32.8	23.5	40.0	31.6
Urb.-marginal	f	32	47	54	10	9	152
	%	36.4	42.7	39.4	58.8	60.0	41.4
Total	f	88	110	137	17	15	367
	%	24.0	30.0	37.3	4.6	4.1	100.0

recomendación familiar es una razón que mayormente esta presente en los pobladores que residen en las urbanizaciones, mientras que la receta antigua, la recomendación en farmacia, los medios de comunicación y los problemas económicos son más frecuentes en las personas que residen en las zonas urbano-marginal.

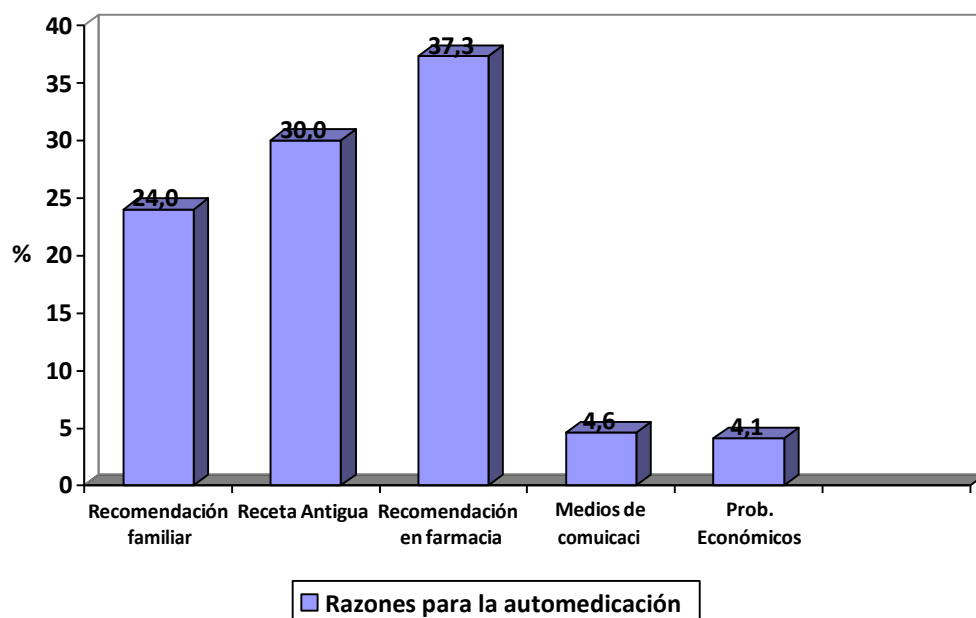
Tabla N° 44. Razón por la cual se automedicación según lugar de condición laboral							
		Razones			Medios de comunicación	Problema económico	Total
		Recomend. familiar	receta antigua	recomen. Farmacia			
CL. Eventual	f	24	30	44	3	9	110
	%	27.3	27.3	32.2	17.6	60.0	58
Contratado	f	14	9	27	7	1	58
	%	15.9	8.2	19.7	41.2	6.7	15.8
Estable	f	18	40	24	3	0	85
	%	20.5	36.4	17.5	17.6	0.0	23.2
Desocupado	f	32	31	42	4	5	114
	%	36.4	28.2	30.7	23.5	33.3	31.1
Total	f	88	110	137	17	15	367
	%	24.0	30.0	37.3	4.6	4.1	100.0

La recomendación familiar es una razón más frecuente en los pobladores desocupados, mientras que la receta antigua, la recomendación en farmacia, los medios de comunicación y los problemas económicos son más frecuentes en las personas con trabajo actual.

Tabla N° 45. Razón por la cual se automedicación según ingreso económico							
		Razones			Medios de comunicación	Problema económico	Total
		Recomend. familiar	receta antigua	recomen. Farmacia			
IE Menos de 500	f	3	43	58	5	12	159
	%	46.6	39.1	42.3	29.4	80.0	43.3
De 500 a 1500	f	39	56	68	10	3	176
	%	44.3	50.9	49.6	58.8	2	48.0
Más de 1500	f	8	11	11	2	0	32
	%	9.1	10.0	8.0	11.8	0.0	8.7
Total	f	88	110	137	17	15	367
	%	24.0	30.0	37.3	4.6	4.1	100.0

La recomendación familiar y los problemas económicos son razones más frecuentes para automedicarse donde se refiere al ingreso familiar menos de 500 nuevos soles, mientras que la receta antigua, la recomendación en farmacia y los medio de comunicación a son razones más frecuentes donde se percibe de 500 a 1500 nuevos soles.

GRÁFICO Nº 10. Proporción de razones para la automedicación en la población estudiada.



La recomendación en farmacia y la receta antigua son razones más frecuente para la automedicación en este tipo de población.

Tabla Nº 46. Análisis de regresión logística

	Coef b	p-valor	OR	95%C:l: Inf.	para OR Sup.
Edad_dico(1)	0.3874	0.0194	1.4731	1.0646	2.0385
L_resid(1)	0.4732	0.0274	0.6230	0.4091	0.9487
L_resid(2)	0.6188	0.0020	0.5386	0.3639	0.7972
C_labor_dico(1)	0.3968	0.0246	1.4870	1.0521	2.1018
l_econ(1)	0.4061	0.0173	1.5009	1.0745	2.0966
l_econ(2)	0.2774	0.4021	0.7578	0.3961	1.4498
l_dolor_co(1)	0.3531	0.0395	0.7025	0.5020	0.9831
l_dolor_co(2)	0.4140	0.2410	1.5128	0.7573	3.0221

El objetivo del uso de la regresión logística multivariada en este estudio. Es modelar como influye en la probabilidad de aparición de la automedicación como variable dicotómica, la presencia de diversos factores como el lugar de residencia, la condición laboral, los ingresos económicos, la edad (dicotomizada) y la intensidad del dolor y el valor o intensidad de los mismos. El modelo de regresión logística con la once variables predictoras incluidas proporciona un mejor ajuste a los datos que el modelo nulo según los resultados de la estadística G en el análisis.²⁰

Un primer criterio para apreciar los resultados de la regresión es ceñirse a aquellas variables par las cuales el estadístico Wald arroja significación, esto permite observar que casi todas las variables son significativas a excepción de la categoría "mas de 1500" de la variable Ingreso Económicos.

Luego para las variables que resulten significativas, podemos examinar los valores y el signo de estos coeficientes b:

El echo de residir en la zona centro de la ciudad y en la zona urbano-marginal reduce en 0.47 y 0.61 el logaritmo de la chance de automedicarse respectivamente; la presencia de hogares que perciben más de 1500 nuevos soles reduce fuertemente el chance de automedicarse; su logaritmo se reduce en un 0.27 cuando presentan algún tipo de dolor; la presencia de la intensidad del dolor " moderado severo" disminuye el chance de automedicarse, su logaritmo se reduce en 0.35.

En cambio, la presencia de un poblador con edad "Mayores de 45 años" incrementa en 0.38 la chance de automedicarse; la presencia de un poblador en calidad de desocupado aumenta el logaritmo de las probabilidades de

automedicarse; por cada poblador que refiere percibir de 500 a 1500 como ingreso familiares aumenta el logaritmo de la probabilidad de automedicarse y finalmente la presencia de un poblador con dolor muy severo aumenta la probabilidad de automedicarse en un 0.41 en la población con problemas músculos-esqueléticos.

5.2. ANÁLISIS

Los datos han sido procesados en el programa SPSS para el cálculo del tamaño de la muestra se usó el programa EPIDAT. En primer lugar se ha realizado una descripción de la muestra de estudio según las variables demográficas, a continuación se ha determinado la prevalencia de la automedicación mediante el uso de tablas de contingencia en la que se ha aplicado el estadístico chi cuadrado para probar la hipótesis de asociación o independencia de las variables categóricas¹⁷.

En un segundo análisis, se ha realizado un análisis de regresión logística para determinar la significatividad de las variables predictoras consideradas en el modelo de regresión, es necesario advertir que las variables que se han tomado en cuenta han sido las variables que presentaron asociación con la automedicación.

En el cuadro presentamos las variables y sus codificaciones con las cuales han sido ingresadas al análisis de regresión logística^{18,19,20}

I_dolor_co	Sin dolor –leve	I_dolor_co	(0)
Intensidad del dolor	Moderado – Severo	I_dolor_co	(1)
	Muy severo	I_dolor_co	(2)
I_econ	Menos de 500	I_econ	(0)
Ingresos económicos	De 500 a 1500	I_econ	(1)
	Más de 1500	I_econ	(2)
	Urbanizaciones	L_resid	(0)
L_resid	Centro de la ciudad	L_resid	(1)
Lugar de residencia	Urbano-Marginal	L_resid	(2)
	Trabaja actualmente	C_labor_dico	(0)
C_labor_dico	Desocupado	C_labor_dico	(1)
Condición laboral	Menores de 45	Edad _dico	(0)
Edad _dico	45 a más años	Edad _dico	(1)
Edad			

Aspectos éticos

Se ha optado por respetar la decisión del poblador de participar voluntariamente después de explicarle detalladamente el propósito de la investigación, a la respuesta afirmativa, se le ha incluido en la muestra, y se ha procedido a la aplicación de la encuesta.

5.3. DISCUSIÓN

La automedicación es un problema que parece no tener solución, a esto hay que sumar la poca importancia que le dan los gobiernos a través de sus políticas de salud, pese que este problema ocasiona en los últimos años, escándalos de magnitud nacional, que se advierten cuando ya se produjo el daño, de manera que es necesario analizar este problema para promocionar el uso racional de los medicamentos y el control en la dispensación de los mismo.

En el sistema de dispensación de medicamentos, en el cual las restricciones a la venta están limitadas a solo algunos fármacos como los psicotrópicos, antibióticos o que puedan causar adicción, permite adquirir libremente cualquier medicamento, los analgésicos y antiinflamatorios se venden libremente no sólo en los establecimientos farmacéuticos sino que también puede ser adquiridos en las tiendas de abarrotes y hasta vía pública, sobre todos en los paraderos informales de los ómnibus interprovinciales que salen de viaje a las zonas andinas de nuestro país, otro factor que puede inducir al uso del medicamento sin receta médica, es el hecho que existe en la mayoría de las farmacias vendedores que diagnostican y prescriben medicamentos.

En primer lugar, es necesario advertir algunas limitaciones encontradas en el proceso de investigación del presente trabajo como

la falta de un instrumento de medición validado para medir este problema que como se trata de una actitud, es posible elaborar un instrumento y validarlo. Considero que es necesario el concurso en el estudio de este problema de un comité de expertos para la construcción de un cuestionario a fin de darle validez y confiabilidad para investigaciones futuras. Además, es pertinente poner en claro que todo muestreo, genera error aleatorio y sistemático, en este caso es posible haber recogido información con sesgo de memoria, al preguntar a algunos pobladores acerca el consumo de medicamento que si cuando presenta dolor han consumido medicamentos sin prescripción médica, también puede hacer sesgos de memoria en la pregunta que corresponde al medicamento que han consumido cuando sintieron dolor. No hemos incluido como variable los efectos colaterales que se han presentado, ni tampoco se han podido calcular las dosis diarias definidas y dosis diarias prescritas consumidas en la población de estudio.

Es conveniente realizar en un futuro, una investigación que nos aproxime a determinar el consumo de medicamentos expresados en dosis diarias definidas, para aproximarnos al consumo mediante estos indicadores en una muestra poblacional. Si bien todos estos elementos hacían pensar que el fenómeno era de importancia y que podría haber sido estudiado en otras poblaciones, no existen evidencias publicas a nivel nacional al respecto.

Se ha encontrado un estudio en Chile⁴ en el cual se ha analizado una muestra con las características similares a este estudio que permite efectuar una comparación adecuada en el que se halló una prevalencia global de automedicación del 64.7 % del global de a población que refiere automedicarse cuando se presenta un problema músculo-esquelético, este resultado es mucho mayor que el encontrado en este estudio que alcanza una prevalencia de 53.5%. la tendencia a automedicarse con respecto a la edad, la automedicación baja considerablemente, esto defiere de la población estudiada en Chile en el cual se presenta una tendencia a aumentar progresivamente, hasta los 65 a más años, es posible que disminuya la automedicación en nuestra población mayor de 50 años, debido a que acuden más en esa edad al seguro social o tal vez a la gran cantidad de clínicas que en los últimos años se ha incrementado en nuestra ciudad, esto permite a los pobladores consumir medicamentos con receta médica.

Otro aspecto evaluado es la condición laboral, en este estudio se ha considerado que el estar en condiciones de desocupado, tiene más probabilidades automedicarse que el que tiene actividad laboral, es decir, la prevalencia en personas desocupadas es mayor que en personas que laboran, esto es diferente a lo hallado en el estudio desarrollado en Chile, en el que no se halló diferencia en la prevalencia de los desocupados como en los que tenían trabajo.

El medicamento más consumido por los pobladores cuando estos presentan Dolor, fue el naproxeno seguido del ibuprofeno, mientras que en el estudio chileno el más consumido es la dipirona y el meloxicam.

La razón más frecuente por la cual se automedican ha sido la posesión de una receta antigua, esto coincide con lo informado en el trabajo realizado en Chile.

El presente trabajo pretende describir un fenómeno con el afán de generar nuevas hipótesis a evaluar en futuras investigaciones. Se pudo comprobar que es un hecho frecuente la automedicación para combatir el dolor, y que es aún más frecuente en los estratos socioeconómicos bajos, es decir en los hogares donde perciben ingresos menos de 500 nuevos soles.

VI. CONCLUSIONES

1. La prevalencia global de automedicación en personas con problemas músculo-esqueléticos es de 53.5%. los varones presentan una prevalencia de 42%, mientras que las mujeres un 58%. Los pobladores de edades entre 45 a 54 años son los que más se automedican alcanzando una prevalencia de 21%. Los pobladores que habitan en la zona urbano-marginal son los que más se automedican, presentando una prevalencia de 41.4%. los desocupados son los que mayor prevalencia de automedicación presentan, los pobladores con secundarias completa son los que mayor proporción se automedican, mientras que los pobladores que refieren automedicarse son los que aproximadamente perciben ingresos económicos familiares entre 500 y 1500 nuevos soles.
2. El dolor de espalda y de cintura son los problemas músculo-esqueléticos que en mayor proporción se presentan en la población estudiada, el naproxeno y el ibuprofeno son los fármacos más consumidos por la población cuando estos presentan problemas músculo-esqueléticos, la población refiere consumir en mayor proporción solo un fármaco diario, el 50.1% de la población refiere automedicarse solo cuando siente dolor, el 58.6% manifiesta adquirir los

medicamentos que usa para automedicarse en la farmacia, el 76,8% opina que automedicarse es un riesgo y la razón más por los pobladores para automedicarse es la recomendaciones recibidas en la farmacia.

3. En el análisis bivariado, la edad, el lugar de residencia, la condición laboral y los ingresos económicos presentan asociación con la automedicación, la regresión logística nos indica que la edad de 45 años a más (OR: 1.47), la condición laboral desocupados (OR: 1.48), los ingresos económicos familiares de 500 a 1500 (OR: 1.50) y el dolor muy severo (OR: 1.51) son factores de riesgo para la automedicación.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomiéndala las autoridades del Ministerio de Salud tomar en consideración los resultados de este estudio para la orientación de los programas de promoción y prevención en salud en las instituciones públicas y privadas de nuestra región.
2. Se recomienda a las autoridades de nuestra universidad desarrollar acciones de proyección social, permanentes y sostenidas para la prevención y promoción de la automedicación que ponen en riesgo a nuestra sociedad, con la participación de las facultades de las ciencias de la salud.
3. Se recomienda desarrollar más investigaciones con respecto al problema de la automedicación a fin de precisar los factores de riesgo y de protección más importantes que determinan la presencia o ausencia del problema.

VIII. BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. R, Cisneros F, Barroso F, Melchor T, Prevalencia de alteraciones músculo esqueléticas en jóvenes preparatorianos. Acta Ortopédica Mexicana 2003(2).
2. Sans G, Paluzie, Puiga L. Balañá I, Balaguer-Vintró. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña-España. Instituto de Estudios de la Salud Dpto de Sanidad y Seguridad Social. Barcelona 2001.
3. Valdea E, Rodríguez F, Palacios A, Gabarre P, Pérez del Molino Martín J, Consumo de medicamentos en los ancianos: Resultados de un estudio poblacional - Huelva . Rev. Esp Salud Publica 1988;72:209-219.
4. Riedemann P, Illesca M, Droghetti J, Automedicación en individuos de la Región de la Araucanía con problemas musculo esqueléticos. Rev. Med Chile v. 129 n. 6. Santiago jun 2001.
5. Aguado M .realizo Alta Prevalencia de Automedicación en estudiantes universitarios Argentina Sociedad Iberoamericana de Información Científica editado en la Acta Farmacéutica Bonaerense 24(2):271-276 Abr, 2005.
6. Stalin Tello S y Yovera A. Estudiantes de medicina de la Universidad Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque - Perú- Factores asociados a la incidencia de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en mayores de 18 años del distrito de Chiclayo-Perú enero marzo del 2005.

7. Llanos L, Contreras C, Velásquez J, Mayca J, Lecca L, Reyes R, Peinado J. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca -Rev Med Hered v.12 n.4 Lima oct. 2001.
8. J Pablo Riedemann G, Mónica Illesca P, Jacqueline Droghetti R. Automedicación en individuos de la Región de la Araucanía con problemas musculo esqueléticos Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, Chile 2001.
9. Caamaño F, Figueiras A, Lado E , Gestal-Otero J, La automedicación: concepto y perfil de sus «usuarios» Sábado 1 Julio 2000. Volumen 14 -Número 4 p. 294 - 299.
10. Farao M, Garay A, Girini S, Lesión N, López D, Troisi M, Valerga M, Boletín Científico-Instituto para el Desarrollo Humano y la Salud. Año 11 – N°50 - Julio de 2006.
11. Kielgast P , Jamison A, . A.J.M. (Ton) Hoek Dr. Jerome A, Reinstein F I P WSMI-Fechado: 10 de Junio de 1999-Declaración conjunta por La Federación Farmacéutica Internacional.
12. BAOS V, Estrategias para reducir los riesgos de la Automedicación. Inf Ter Sist Nac Salud 2000; 24: 147-152.
13. Marsteller B, Automedicación Responsable -México/Redacción
14. Espinosa J, La automedicación -Disponible en: Consultado: 11 de julio del 2007
15. Highieyman I., Los medicamentos y el hígado, mayo 2003.
16. Federación de trabajadores de la enseñanza pág. 1-42. Enfermedades asociad
17. Enaho. Encuesta Nacional de niveles de vida 2002.

18. Sheaffer R, Mendenhall W, Ott L. Elementos de muestreo. México: Grupo Editorial Iberoamericana: 1987.
19. Daniel. Bioestadística. 4 ed. México. Limusa Wiley: 2004.
20. Catena A, ramos M. Trujillo H. Análisis multivariado. Madrid. 2003
21. Pilit.D. Bernadette H. Investigación científica en ciencia de la salud. 6 ed. México. McGraw Hill Interamerica: 2005
22. Organización Panamericana de la Salud: clasificación de los medicamentos: medicamentos bajo prescripción y medicamentos de venta libre.
23. Peña D. Análisis de datos multivariantes. España. McGraw Hill Interamericana: 2002.
24. OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Septiembre del 2002
25. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC. BOE 264: 38970, 2003.
26. Resolución Ministerial N° 1240-2004 / MINSA. Política Nacional de Medicamentos. Tercer Lineamiento: Promoción del Uso Racional de Medicamentos
27. Dirección de acceso y uso de medicamento equipo de uso racional de medicamentos indicadores de uso racional de medicamentos Lima – Perú 2009.

Lopez F. Los peligros de la automedicación (Internet).
(Citado en diciembre 2012) Disponible en:
www.lospeligrosdelaautomedicación.htm

IX. ANEXOS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ICA

ESCUELA POST GRADO

**AUTOMEDICACIÓN EN PERSONAS CON DOLORES MÚSCULO –
ESQUELÉTICOS EN CHINCHA ALTA**

Objetivo. Determinar la prevalencia, las características del hábito de consumo y evaluar la asociación de los factores de exposición para la automedicación en personas con dolores músculo-esqueléticos de la ciudad de Chincha Alta.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.

1. Sexo : 0 Masculino 1 Femenino
2. Edad :
3. Estado civil : 0 Soltero 1 Casado
4. Lugar de nacimiento : 0 Chincha 1 foraneo

5. Lugar de residencia :
0 Urbanización
1 Centro de la ciudad
2 Urbano-marginal

6. Grado de instrucción : 0 Estudio superiores
1 Secundaria completa
2 Primaria completa

7. Condición laboral : 0 Eventual 1 Contratado
2 Estable 3 Desocupado

8. Ingresos económicos familiar aproximado:
- 0 Menos de 500 nuevos soles
- 1 De 500 a 1500 nuevos soles
- 2 Mas de 1500 nuevos soles

CARACTERÍSTICA DEL CONSUMO

9. En los últimos 6 meses ¿Ha tenido Ud. Algún problema músculo-esquelético como dolor de espalda, de cintura, cadera, hombros, articulaciones, etc?

No Si







10. En el último año ¿Ha tenido Ud. Algún problema músculo-esquelético como dolor de espalda, de cintura, cadera, hombros, articulaciones, etc?

No Si

11. Alguna vez en la vida ¿Ha tenido Ud. Algún problema músculo-esquelético como dolor de espalda, de cintura, cadera, hombros, articulaciones, etc?

No Si

12. ¿Podría usted valorar la intensidad del dolor que ha sentido en esa oportunidad señalando una de estas caritas?

					
Sin dolor	Muy leve	Leve	Moderado	Severo	Muy severo

13. ¿consume medicamento sin prescripción médica cuando tiene un problema de salud de este tipo?

0 = Si 1 =No

14. ¿Cuál es el problema de salud que motivó la automedicación?

0 = Dolor de espalda 1 =Ciática 2 = Artritis reumatoideas
3 = Artrosis 4 = Osteoporosis 5 =Artritis inespecífica
6 = otros

15. ¿cuál de estos medicamentos es el que consume cuando siente este tipo de dolores?

0 =naproxeno 1 =Dipirona 2 = Ibuprofeno
3 = Diclofenaco 4 = Dolo-cordralan 5 = Meloxicam
6 = otros

16. ¿Cuánto consume usted de estos medicamentos cuando siente este tipo de dolores?

1 diario 2 diarios más de 2 diarios

17. ¿Durante cuantos días toma está cantidad de medicamento?

1 día 2 días más de 2 días

Durante el tiempo que sienta dolor

18. ¿Dónde adquiere el medicamento que toma?

0 = Hospital 1 = Botiquín familiar 2 = Farmacia
3 = tienda 4 = otros

19. ¿Cree usted que existe riesgo para su salud al automedicarse?

0= Si 1= No

20. Los medicamentos que usa para automedicarse lo hace porque:

0 = Se lo recomendó un familiar.
1 = Alguna vez lo recomendó el médico y usted siguió usándolo.
2 = Se lo recomendaron en la Farmacia.
3 = Lo vio en algún medio de comunicación como la TV/radio, etc.
4 = No tiene dinero para pagar la consulta médico
5 = Otros motivos.....