

Universidad
Dr. José Matías Delgado
Facultad de Ciencias de la Salud
Dr. Luis Edmundo Vásquez
Escuela de Medicina



TESIS DE GRADUACIÓN

Caracterización de la automedicación de la población mayor
de 18 años residente en el municipio de San Ignacio en
Chalatenango

Presentado por
Br. Carlos Eduardo Enrique Amaya Reina
Br. Samuel Alejandro Quintanilla Flores

Para optar al título de:
Doctorado en Medicina

Asesor:
Dra. Adela Bolaños

2010

Agradecimientos

- A nuestros padres, porque con su amor, comprensión y tolerancia, nos impulsaron a concluir nuestros estudios y alcanzar la meta que nos propusimos.
- A nuestras familias y amigos, que nos apoyaron durante los largos años de carrera.
- A nuestros profesores, que con su enseñanza, paciencia y tolerancia nos guiaron en el camino de esta magnífica profesión.
- A nuestra asesora de tesis, quien nos condujo durante nuestra investigación.
- A las promotoras de salud de la Unidad de Salud de San Ignacio, que con su entrega al trabajo y su valiosa colaboración, hicieron posible este estudio.
- Y a todos aquellos, que en general estuvieron involucrados con la realización de este proyecto, nuestros más sinceros agradecimientos.

Contenido

Planteamiento del problema	5
Justificación y uso de resultados	5
Marco teórico.....	6
Definición	6
Factores coadyuvantes	8
Marco Legal.....	9
Reglamentación	9
América Latina	11
Centroamérica.....	12
San Ignacio	12
Objetivo General.....	13
Objetivos Específicos	13
Metodología.....	14
Tipo de estudio.....	14
Definiciones Operacionales	14
Variables Operacionales	15
Universo, selección y tamaño de muestra.....	17
Criterios de inclusión y exclusión.....	18
Criterios de inclusión	18
Criterios de exclusión.....	19
Procedimiento de recolección de muestra e instrumentos a utilizar	19
Procedimientos utilizados en los aspectos éticos.....	19
Vaciado y análisis de datos	20
Resultados	21
Población.....	21
Automedicación	25
Automedicación por áreas	26
Automedicación por edad.....	27
Automedicación por sexo.....	28
Automedicación y nivel socioeconómico.....	29

Automedicación y nivel de estudio alcanzado.....	30
Automedicación y estado civil.....	31
Automedicación y distancia a los servicios de salud.....	32
Automedicación y disponibilidad de medicamentos.....	32
Etnopráctica.....	33
Lugar de obtención de medicamento.....	33
Causas por las cuales consumen medicamentos más frecuentemente.....	34
Asistencia a sobadores o curanderos durante el último mes.....	35
Remedio tradicional más utilizado.....	36
Grupos terapéuticos más utilizados.....	36
Enfermedad crónica.....	41
Discusión de Resultados.....	42
Conclusiones.....	50
Recomendaciones.....	51
Anexo 1.....	52
Consentimiento Informado.....	52
Anexo 2.....	53
Encuesta del Estudio de caracterización de la automedicación de la población mayor de 18 años residente en el municipio de San Ignacio en Chalatenango de julio a diciembre de 2009.....	53
Anexo 3.....	55
Medicamentos utilizados según patología estudiada.....	55
Anexo 4.....	58
Glosario.....	58
Bibliografía.....	60

Planteamiento del problema

La automedicación es establecida a nivel mundial como un problema sanitario, en primer lugar, por las consecuencias que trae la ingesta de un medicamento incorrecto para tratar alguna enfermedad, debido a la administración en dosis subóptimas o mayores de lo necesario, que pueden no surtir efecto o causar una intoxicación, y que en ambos casos, las consecuencias podrían llegar a ser fatales. En segundo lugar, permite la progresión de una enfermedad, y fallas en la prevención secundaria, al retrasar la consulta o la búsqueda de la opinión de un médico que le brinde un tratamiento adecuado a su padecimiento.

El problema de la automedicación, está inmerso dentro de un patrón cultural en muchos países; por lo tanto al abordar este tema, es necesario hablar de la conducta, educación y a la vez de las consecuencias de dicha práctica.

La falta de información e investigaciones bien documentadas sobre la automedicación en el país, no permite obtener datos confiables, objetivos y estadísticamente significativos, para respaldar el accionar médico y ejecutar programas de salud pública de ser necesario. Se puede plantear la pregunta: ¿Cuál es la caracterización de la automedicación de la población mayor de 18 años, en el municipio de San Ignacio?

Justificación y uso de resultados

Al ser la automedicación un problema a nivel mundial, nuestro país no puede ser la excepción. A diferencia de muchos otros países, el nuestro no cuenta con sistemas de información, o estudios que revelen datos en general sobre esta problemática.

Al realizar este estudio, se pretende demostrar que tanto logística como analíticamente es posible realizar una recopilación de datos a nivel nacional sobre el tema, lo cual pudiese culminar en una política de automedicación responsable, o al menos en un programa para la educación a la población en general sobre automedicación responsable, con énfasis en las zonas de mayor dificultad de acceso a los servicios de salud.

Además, para motivar a las compañías farmacéuticas, a seguir las normativas de etiquetado de los medicamentos de venta sin prescripción médica (OTC por sus siglas en inglés).

También a los legisladores, para que comprendan la necesidad urgente de una ley que regule la distribución y venta de todo tipo de medicamentos dentro de nuestro país.

Por otra parte se considera que el estudio, por la importancia y relevancia social que reviste, aportará datos útiles para la salud pública de nuestro país, ya que pudiera tomarse como referencia en un futuro, para realizar un programa integral a nivel nacional para caracterizar al resto del país.

Resumiendo, la automedicación como tal, y las mismas facilidades que brinda el mercado (incluyendo los medicamentos de venta libre), generan un problema importante y del cual existe muy poca información en la literatura latinoamericana y específicamente en la salvadoreña.

Marco teórico

Desde tiempos antiguos, el hombre ha tratado la manera de cuidar de sí mismo y de las personas que lo rodean, para ello, ha empleado una serie de métodos y formas a lo largo del tiempo, muchos de estos fueron encontrados por ensayo y error, pero la necesidad de normar estos métodos es conocida desde la época del código de Hamurabi, hacia el año 1760 A.C, el cual daba prescripciones detalladas para patologías determinadas.

Un tipo de normativa también fue el de revelar los secretos de la medicina solo a los iniciados, pero ahora, estamos regresando nuevamente al uso de medicamentos no prescritos directamente por un facultativo, lo cual ha traído muchas soluciones y/o problemas en ámbitos tales como en el cultural, social, económico y político por lo que se vuelve un tema necesario discutir.

Definición

Existen varias definiciones de automedicación:

Para la World Self-Medication Industry (Industria Internacional de Automedicación) y la International Pharmasist Federation (Federación Internacional de Farmacéuticos) en su declaración conjunta sobre automedicación la definen como: “El uso de medicamentos sin receta, por iniciativa propia de las personas” (1)

Por su parte la OMS considera que esto no debe quedarse simplemente en el hecho de la iniciativa propia del paciente, sino que tiene que ser de una manera responsable, por lo que en 1986 define a la automedicación responsable como: “El uso informado de los medicamentos, especialmente autorizados para la prevención y alivio de síntomas y problemas comunes de la salud” (2). En el año 2000 hace una redefinición del concepto: “la automedicación involucra el uso de productos medicinales, por parte del consumidor, para tratar desordenes o síntomas”, pero también añade: “O el uso de una medicación recetada por un facultativo, ya sea de forma continua o intermitente para el tratamiento de una enfermedad crónica o para el tratamiento de síntomas recurrentes. Que en la práctica, también incluye el uso de medicamentos por los miembros de la familia especialmente para tratar niños o adultos mayores” (3).

La Organización Panamericana de la Salud añade otro elemento más y la llama automedicación responsable la cual define así: “Uso de productos farmacéuticos, medicamentos o especialidades medicinales cuya dispensación o administración no requiere autorización médica, utilizados por los consumidores bajo su propia iniciativa y responsabilidad para prevenir, aliviar o tratar síntomas o enfermedades leves y que su uso, en la forma, condiciones y dosis autorizadas sean seguras para el consumidor” (4).

Como puede verse, existe la tendencia de involucrar al paciente en el conocimiento mínimo, tanto de su enfermedad como del medicamento que propiciará su alivio o cura.

Para que esto se pueda realizar de una manera eficaz, la OMS recomienda seguir las siguientes medidas siempre que se vaya a practicar la automedicación (3)

- Reconocer los síntomas
- Plantearse objetivos terapéuticos
- Selección del producto que se debe de usar
- Determinar la dosis adecuada
- Tomar en cuenta la historia clínica del consumidor
- Contraindicaciones
- Tomar en cuenta medicaciones o enfermedades concomitantes

- Monitorear el tratamiento por cualquier tipo de efecto adverso que se pueda presentar

Como se observa a simple vista, estos requisitos no pueden ser cumplidos por la mayoría de la población, al no estar familiarizada con ciertos conceptos planteados anteriormente. En algunos países, la legislación establece la obligación de elaborar una etiqueta informativa de fácil comprensión para los medicamentos de venta libre (5), la cual contenga toda la información pertinente del medicamento.

En El Salvador, actualmente las normas de etiquetado de fármacos y sus derivados se rigen a partir de la “Reglamentación de Etiquetado de Productos Farmacéuticos para consumo Humano” (6), en la cual se establecen los requisitos que deben de cumplir los etiquetados de todos los productos farmacéuticos para uso humano, bajo este concepto se incluyen tanto los fármacos restringidos como fármacos de venta libre.

Factores coadyuvantes

La automedicación como tal se ve determinada y es dependiente de una serie de factores o condicionantes como los que detallamos a continuación (7) (8):

- Sociales: ya sea en forma de presión de grupo, o bien amigos o familiares, que ofrecen una solución a los problemas de salud, basados en su propia experiencia.
- Económicos: La crisis económica, el desempleo, malas condiciones de trabajo, bajo ingreso familiar, u otras que dificultan el acceso a los centros de atención de salud.
- Culturales: entre estos podemos mencionar, bajo nivel de estudio, creencias autóctonas, poca disponibilidad de información sobre los medicamentos y las consecuencias de su uso no racional.

Estos factores son comparables en todas las regiones estudiadas, en nuestro país son factores sumamente determinantes, en especial en las zonas rurales, que tienen difícil acceso a servicios de salud, donde todavía tienen que sacar a los o las pacientes en brigadas de transporte (Hamaca) o por medio de bestias de carga.

Marco Legal

Un punto de vital importancia, aunque en muchas ocasiones, olvidado es el aspecto jurídico o legal en el cual la automedicación se desarrolla en El Salvador, ya que en la Legislación Salvadoreña la Ley de Farmacias (9) en su artículo 29 se estipula lo siguiente:

“Es prohibida la venta o expendio de drogas, medicinas, especialidades farmacéuticas de patente, y productos farmacéuticos y químicos de manipulación peligrosa o venenosos, en otro lugar que no sean las oficinas de droguería, farmacia o laboratorio químico, exceptuándose los garrapaticidas sólidos o líquidos y los insecticidas.”

Asimismo en el artículo 57 se plasma el siguiente enunciado:

“Se prohíbe a los farmacéuticos recetar particularmente o hacer indicaciones oficiosas de ninguna especie contraviniendo las del médico en las recetas que despachen”

Siendo estas leyes creadas para preservar y cuidar la salud de los usuarios, ya que al ser vendidos estos productos en lugares no autorizados, la preservación de los mismos, así como el cuidado de los mismos, podría no ser el adecuado al estar en manos de personal que no se encuentre capacitado para manejarlo, pero al observar la realidad nacional, nos damos cuenta de que este artículo de ley se encuentra al momento siendo completamente ignorado por parte de las autoridades respectivas, y por consiguiente poniendo en riesgo la salud de la población.

Reglamentación

Aún en muchos países como México, en el cual existe una ley para la venta y distribución de medicamentos, es notable que medicamentos regulados siempre puedan comprarse libremente para su uso, o sea “debajo del mostrador” (lo que en Estados Unidos se llama UTC o Under The Counter) (5). Debido a la falta de regulación, los farmacéuticos (encargados de farmacia) y la publicidad, juegan un rol influyente y muy importante dentro del consumo de ciertos medicamentos. Otro factor significativo que en nuestro país propicia la venta indiscriminada de medicamentos, es la falta de una ley que regule la producción, comercialización, venta y prescripción de los mismos.

Si bien existen leyes que regulan la venta de ciertos medicamentos, conocidos como controlados, los cuales son vigilados desde el Consejo Superior de Salud Pública, algunos de estos pueden ser adquiridos de forma lícita, ya que vienen en dosificaciones menores o mezclados con otras sustancias, como por ejemplo complejos vitamínicos.

En la actualidad se está impulsando la creación de una Política Nacional de Medicamentos, en donde se pueda disponer de un marco regulatorio actualizado, así como el fortalecimiento de la vigilancia sanitaria y el uso racional de los medicamentos, para esto se busca que todos los prescriptores, dispensadores y usuarios de medicamentos realicen un uso racional de los mismos.

La venta libre de medicamentos facilita entonces la compra sin restricción de algunos grupos terapéuticos, generalmente considerados erróneamente inofensivos como analgésicos suaves y antigripales (10). Al mismo tiempo, favorece el acceso a medicamentos con un índice terapéutico estrecho y de manejo delicado, como la mayoría de antibióticos.

Dicho problema genera una serie de riesgos para la población, algunos de los cuales se mencionan a continuación (11) (12) (13):

- Uso de un tratamiento incorrecto.
- Que el individuo haga un diagnóstico incorrecto.
- Aparecimiento de efectos adversos del fármaco que el individuo desconozca.
- Falla del individuo en reconocer contraindicaciones, interacciones, advertencias y precauciones.
- Uso de una dosis incorrecta.
- Riesgo de caer en el abuso o en la dependencia.
- Interacciones con comida u otros fármacos.
- Uso prolongado del fármaco.
- Aumento de la resistencia a antibióticos.

América Latina

En otros países se han realizado trabajos de investigación sobre la automedicación, lastimosamente sus datos o resultados no son extrapolables o aplicables a nuestra realidad, ya que estos se han realizado con poblaciones pequeñas (en ocasiones de un solo estrato social), o de un intervalo de edad muy estrecho (en una población universitaria).

También, hay que tomar en cuenta, que ninguno de estos estudios ha sido prospectivo, lo cual dificulta el conocer si hay cambios o no, en la conducta de automedicación de estas personas con el tiempo. Por tal razón no se tienen datos de la evolución de la automedicación.

En los países de Latinoamérica tales como Chile, México, Perú, Argentina, existen estudios generales que se realizan en las encuestas de salud de cada país.

Por ejemplo en Argentina se encontró que la población de nivel social medio-alto tiene el menor índice de automedicación con un 40%, además el 84% afirmó que consumió medicamentos influenciado por la publicidad (14).

Mientras que en México, el 80% de los medicamentos expendidos por las farmacias eran por automedicación (10).

En un estudio de automedicación en la ciudad de México, Pérez de Celis y Roa Naval encontraron que 97.7% de la población universitaria encuestada en el año 2003 (1,859 alumnos) entre 18 y 24 años de edad, practican la automedicación como una “conducta histórica en su vida”, en las conclusiones generadas dentro de este estudio se observaba la falta de conocimiento, por parte de la población encuestada, de los posibles efectos adversos de los medicamentos ingeridos, así como las dosis apropiadas o la duración de los tratamientos (15).

En Perú un estudio en 4 ciudades, reveló que la prevalencia de automedicación es del 58% (16).

En Bolivia, un estudio llevado a cabo por la OMS y el gobierno, reveló que el 72% de la población total, recurre a la automedicación y/o a la medicina natural (17).

En la mayoría de estudios se ha encontrado que la cefalea, la fiebre, la diarrea y las patologías respiratorias, son por las que más se consume medicamentos sin receta (10) (15) (18).

Entre estos medicamentos tenemos que la mayor cantidad pertenece al grupo de los antiinflamatorios no esteroideos, seguido en algunos casos por los antidiarreicos y en otros por los antitusivos (10) (15) (18).

Centroamérica

En Guatemala en el año 2005 se llevó a cabo una investigación en la universidad de San Carlos, en la cual se demostró que el 40% del total de encuestados no tiene el mínimo necesario de conocimientos sobre los medicamentos de venta libre, pero el 88% de los encuestados refirió haber comprado en más de una ocasión dichos medicamentos (19).

En Costa Rica se encontró también un solo trabajo referente a automedicación realizado en la Universidad de Costa Rica dentro de la Materia de Epidemiología, en dicho trabajo se encontró que un 75% de la población desconoce cuáles son los efectos adversos que pueden sufrir debido al medicamento que se les administró. De la muestra un 33 % sufrió efectos adversos principalmente de tipo gastrointestinal (20).

San Ignacio

El municipio de San Ignacio N14°20'; 89°11'W, se encuentra ubicado a 94 Km de la ciudad



capital, el pueblo está situado a una altura de 1010 metros sobre el nivel del mar, con una altura máxima de 2730 metros sobre el nivel del mar, de clima templado, el acceso a la villa es directamente por la carretera CA4 que lleva a la frontera El Poy, límite con Honduras. Cuenta con una Unidad del

Salud, con horario de atención de lunes a viernes de 7:30 am a

3:30 pm y un médico particular que reside en la villa. Al momento de realizar este estudio

la unidad de salud no cuenta con ambulancia. La atención de emergencias por la noche, es dada ya sea por el médico particular o en la Unidad de salud de la Palma, la cual cuenta con FOSALUD. El hospital de referencia es el hospital Nacional de Nueva Concepción que se encuentra a 47 Km. Existen 2 farmacias las cuales tienen horario de las 7 a.m. a las 9 p.m. Otro dato importante es que posee varios puntos colindantes con Honduras, en la región montañosa. En cuanto a la actividad económica, un estudio de caracterización llevado a cabo por el Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centroamérica en el año 2007 (21), refiere una PEA de 2,222, estando empleado el 92%, de estos el 29.12% se dedica a la actividad agropecuaria. El mismo estudio hace un estimado de 334 familias que reciben remesas en promedio de \$150.00 mensuales.

Objetivo General

Caracterizar la automedicación en la población adulta del municipio de San Ignacio, en Chalatenango, según sus patrones biopsicosocioculturales, económicos y educativos.

Objetivos Específicos

1. Determinar las características socioeconómicas de la población estudiada y su relación con la automedicación.
2. Determinar las características demográficas de la población estudiada y su relación con la automedicación.
3. Determinar la forma de obtención de los medicamentos, en la población.
4. Determinar la automedicación en base a la sintomatología más frecuente.
5. Determinar la existencia o no de automedicación en pacientes con patologías crónicas.
6. Determinar la influencia de los medios de comunicación en la uso de medicamentos.
7. Determinar los grupos terapéuticos y medicamentos más frecuentemente utilizados en la automedicación para determinadas patologías.

Metodología

Tipo de estudio

Descriptivo, Transversal.

Definiciones Operacionales

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Factores demográficos	Factores del entorno que pudieran influir en la automedicación	Social	Sexo Edad Nivel de estudio Estado Civil
		Económica	Servicios básicos: <ul style="list-style-type: none"> • Agua • Energía eléctrica • Tren de aseo Hacinamiento
		Cultural	Tipo de familia <ul style="list-style-type: none"> • Nuclear • Nuclear extendida Uso de medicamento sin receta Etnopráctica
		Geográfica	Distancia del hogar a los servicios de salud Dificultad de acceso al lugar de residencia Disponibilidad de medicamentos en su área
Tipo de medicamento	Sustancias químicas o naturales que son empleadas con el fin de controlar o curar una o varias enfermedades	Clasificación de medicamentos en base a su acción	<ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos • Antipiréticos • Antibióticos • Antiparasitarios • Antiinflamatorios • Antidiarreicos • Antialérgicos • Ansiolíticos

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Tipo de patología	Enfermedades por las cuales tienden a automedicarse los entrevistados	Clasificación internacional de las enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades respiratorias • Enfermedades digestivas • Enfermedades genitourinarias • Crisis de Ansiedad • Otras sintomatologías

Variables Operacionales

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Automedicación	Acción de consumir sustancia químicas con el fin de curar o controlar una patología, la cual es obtenida sin receta médica.)
Edad	Años cumplidos hasta la fecha.
Sexo	Masculino o femenino
Estado civil	Soltero, casado, viudo, divorciado
Hacinamiento	Más de tres habitantes por habitación en un hogar
Servicios básicos	Se consideran como aquellos que un hogar debe tener como mínimo para un buen desarrollo, (Agua potable, Electricidad y Recolección de desechos sólidos)
Pobreza	Todas aquellas familias que puedan ser clasificadas dentro de: Pobreza de espacio habitacional (hacinamiento) o como pobreza de servicios (que carezcan de más de 2 servicios básicos) (22)
Tipo de familia nuclear	Familia conformada por padre, madre e hijos
Tipo de familia nuclear extendida	Es aquella familia nuclear, en la cual además se añaden abuelos, tíos, primos, etc.
Nivel de escolaridad	Años de estudio cumplidos hasta el momento de la entrevista ya sea educación básica, media o superior: ninguno, primaria, secundaria, bachillerato, técnico/universitario

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Distancia a los servicios de salud	Distancia del hogar a un servicio de salud, ya sea sede de promotor de salud o unidad de salud
Dificultad de acceso al lugar de residencia	Existencia de caminos ya sean pavimentados, balastrados, de tierra o caminos vecinales.
Disponibilidad de medicamentos en el área	Tenencia de medicamentos en la vivienda del encuestado.
Analgésicos	Sustancia química utilizada para disminuir o eliminar el dolor.
Antipiréticos	Sustancia química utilizada para disminuir la temperatura corporal.
Antibióticos.	Sustancia química utilizada para contrarrestar una infección bacteriana.
Antidiarreicos	Sustancia utilizadas para disminuir o detener un proceso diarreico
Antiparasitarios	Sustancia utilizada para combatir una infección por parásitos
Ansiolíticos	Sustancia utilizada para disminuir la ansiedad, además son inductoras del sueño
Antiinflamatorios.	Sustancia química sintética utilizada para disminuir un proceso inflamatorio.
Antialérgicos	Sustancia química utilizada para disminuir o contrarrestar un proceso alérgico
Enfermedades respiratorias.	Proceso patológicos que competen al sistema respiratorio.
Enfermedades gastrointestinales	Procesos patológicos del sistema digestivo.
Enfermedades genitourinarias	Procesos patológicos de los sistemas reproductivo y/o urinario.
Trastorno de ansiedad	Tendencia a mantenerse de forma continua y persistente la ansiedad, con una preocupación constante por todo (dificultades cotidianas) y con una percepción de incapacidad para hacer frente a las actividades y acontecimientos diarios.

Universo, selección y tamaño de muestra

El universo que se utilizó para este estudio, incluye todas las casas que se encuentran directamente bajo el área geográfica de influencia de la Unidad de Salud de la Villa de San Ignacio.

En base a un método aleatorio simple no estratificado, se realizó el cálculo muestral, con la siguiente fórmula para población finita (23):

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Donde:

N = total de viviendas

Z_{α}^2 = número Z para una seguridad determinada elevado al cuadrado

p = proporción esperada

q = 1-p

d = precisión

Dando como resultado:

VARIABLES	VALORES	RESULTADO
N	1247	175
Z_{α}^2	1.96	
p	0.05	
q	0.95	
d	0.03	

Se asumió que el 15% de los entrevistados no respondería la encuesta, se realiza el cálculo el tamaño muestral ajustado a las pérdidas, con la siguiente fórmula (23):

$$Muestra\ ajustada\ a\ las\ pérdidas = n \times \frac{1}{1 - R}$$

Donde:

n = número de sujetos sin pérdidas

R = proporción esperada de pérdidas

Dando como resultado:

Variables	Valores	Resultado
N	175	206
R	0.15	

Luego, con estos datos se procede a calcular la cantidad de encuestas por área geográfica a estudiar, lo cual se calcula en base a la cantidad de viviendas de cada área, como se demuestra en la siguiente tabla:

Área	Total de viviendas	Porcentaje	Cantidad de encuestas
Villa	382	31	63
Cantón Santa Rosa	159	13	26
Cantón El Rosario	246	20	41
Cantón El Pinar	255	20	42
Cantón El Carmen	205	16	34

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres mayores de 18 años
- Que residan en el área geográfica de influencia
- Que por medio del consentimiento informado acepte participar en el estudio voluntariamente

Criterios de exclusión

- Personas con alteraciones mentales y/o psiquiátricas que no pudiesen brindar datos fidedignos.
- Personas con problemas auditivos o del habla que no permitan el desarrollo efectivo de la entrevista.

Procedimiento de recolección de muestra e instrumentos a utilizar

El instrumento de recolección de datos (Anexo 2), fue elaborado en base a las variables operacionales, estructurado en 7 partes donde se recolectaron datos sociodemográficos, económicos, culturales, conocimiento sobre medicamentos, prácticas autóctonas y enfermedades crónicas. Luego de lo cual, se realizó una prueba piloto con 25 habitantes del área urbana, eliminándose 3 preguntas, las cuales causaban confusión, y limitaban el estudio. El grupo de encuestadores estaba conformado por los dos investigadores y las 8 promotoras de la unidad de salud, quienes fueron previamente capacitadas en el manejo de la encuesta. En el área rural, fue seleccionada 1 de cada 4 casas visitadas por las promotoras, y en el área urbana 1 de cada 5 casas, elegidas al azar. La recolección de los datos fue por medio de entrevista al jefe de hogar o una persona mayor de 18 años que residiera en la vivienda y que cumplía con los criterios de inclusión. No fueron tomadas en cuentas los hogares en los cuales se negaron a participar, pasando a la siguiente casa, volviendo a comenzar la numeración.

Procedimientos utilizados en los aspectos éticos

Se garantizó el anonimato y confidencialidad de todos los pacientes que participaron en el estudio, utilizando códigos de identificación y no nombres propios. Basados en la *Guía de ética internacional para estudios epidemiológicos* (24), se elaboró el consentimiento informado (Anexo 1), el cual era presentado a las personas que se pretendía entrevistar, si éstas no podían leer se procedía a leerlo en voz alta; luego de aceptar, se le pedía a la persona que firmara o en caso de no poder hacerlo, que colocara sus huellas digitales, para lo cual hubo un testigo presencial en todos los casos.

Vaciado y análisis de datos

Se utilizó el software de Microsoft Office 2007:

- Microsoft Excel
 - Medidas de tendencia central
- GraphPad (Manejo estadístico)
 - Prueba de Chi Cuadrado en dos colas
 - Prueba de Fisher

Resultados

Se realizaron un total de 206 encuestas, de las cuales se anularon 12 por tener mal completado el formulario en más de un 30% de su contenido. Por lo que se trabajó en base a 194 encuestas, las cuales equivalen al 111% y 94.5% del cálculo muestral simple y corregido respectivamente.

Población

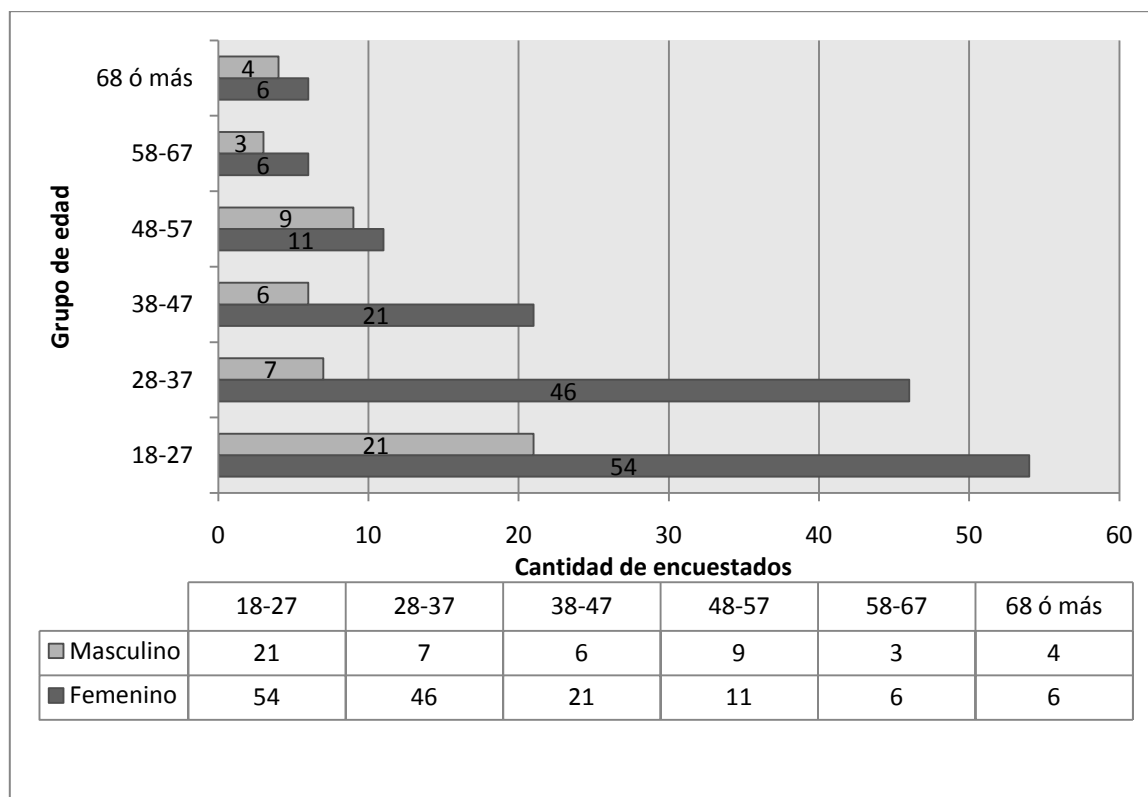
La mayor parte de la población encuestada pertenece al área rural la cual corresponde al 72.2%; siendo esta población 3:1 mayor con respecto al área urbana. Como puede apreciarse, la mayoría de la población encuestada es del sexo femenino, siendo su relación total de 3:1 contra hombres. Esta población se encuentra compuesta en su mayoría, por personas que viven en algún tipo de relación de convivencia (casados y en unión estable) 58.2%; mientras que individualmente, los solteros representan el grupo más numeroso 38.1%.(Tabla. 1).

Tabla 1. Descripción sociodemográfica.

Rural	140	Urbana	54	Total
Femenino	117	Femenino	27	144
Casado(a)	37	Casado(a)	9	46
Soltero(a)	39	Soltero(a)	12	51
Unión estable	35	Unión estable	6	41
Viudo	6			6
Masculino	23	Masculino	27	50
Casado(a)	13	Casado(a)	5	18
Soltero(a)	7	Soltero(a)	16	23
Unión estable	3	Unión estable	5	8
		Viudo	1	1

Edades

Las edades oscilaron entre los 18 y los 74 años, con una media de 31.8 años.



Gráfica 1. Distribución de edades

Nivel de estudios máximos alcanzados

Con respecto al nivel de estudio (Ver tabla 2), el 81.5% de la población ha realizado algún tipo de estudios, el 37.6% de los encuestados refiere haber cursado únicamente la primaria; el nivel de educación máximo alcanzado, es superior en el área urbana, ya que únicamente 2 de las 14 personas con estudios universitarios, pertenecen al área rural.

La mayor parte de la población entrevista es alfabeta, siendo su relación 7:1 con respecto a los analfabetas. Del 18.5% que no realizó estudios, 1 de cada 2 puede leer y escribir; En cuanto a la relación de analfabetismo por áreas, hay una relación de 2:1 analfabetas en el área rural con respecto a la urbana.

Tabla 2. Distribución del nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	Alfabetas	Analfabetas	Total
Primaria	73		73
Secundaria	31		31
Bachillerato	40		40
Universitario	14		14
Técnico	1		1
Ninguno	14	21	35
Total general	173	21	194

Distribución de servicios básicos

Los servicios básicos de agua y electricidad están presentes en más del 93% de los hogares encuestados; el tren de aseo, que también es considerado un servicio básico, solo está presente en el 21.1% de los hogares, siendo la población del área rural la que, en su mayoría, carece de este servicio. Sin embargo el 10.3% de la población encuestada, carece de dos de estos tres servicios básicos.

Tabla 3. Distribución de servicios básicos.

Servicio	Rural	Urbano	Total
Agua	131	53	184
Energía Eléctrica	129	52	181
Tren de aseo	10	31	41

Vivienda y familia

Se observa que la cantidad de habitantes por vivienda es en promedio de 5, mientras la cantidad de habitaciones de cada vivienda es en promedio de 3, lo cual nos deja una relación de 2 habitantes/habitación. El 41.7% de los hogares encuestados se encuentra por arriba del promedio de habitantes. Mientras que el 52.1% de las viviendas están por debajo del promedio de habitaciones. El 19.4% de los encuestados, vive en condiciones de hacinamiento en su hogar. La mayoría de familias son de tipo nuclear con una relación de 3:1 contra las nucleares extendidas, estas últimas se encuentran mayormente en el área rural.

Tabla 4. Distribución de habitantes en los hogares.

Habitantes/Habitaciones	1	2	3	4	5	6	Total	%
1	1						1	0.5
2	5	8	2	2	1	1	19	9.8
3	1	13	5	3	2		24	12.4
4	5	14	9	6	2		36	18.6
5	1	11	11	9		1	33	17.0
6	6	13	11	6			36	18.6
7	3	7	5	3	3	1	22	11.3
8	1	5					6	3.1
9		1	3	1	1		6	3.1
10		4	1		1		6	3.1
11		1		2			3	1.5
12			1				1	0.5
13	1						1	0.5
Total general	24	77	48	32	10	3	194	
%	12.4	39.7	24.7	16.5	5.2	1.5		

Distancia a los servicios de salud

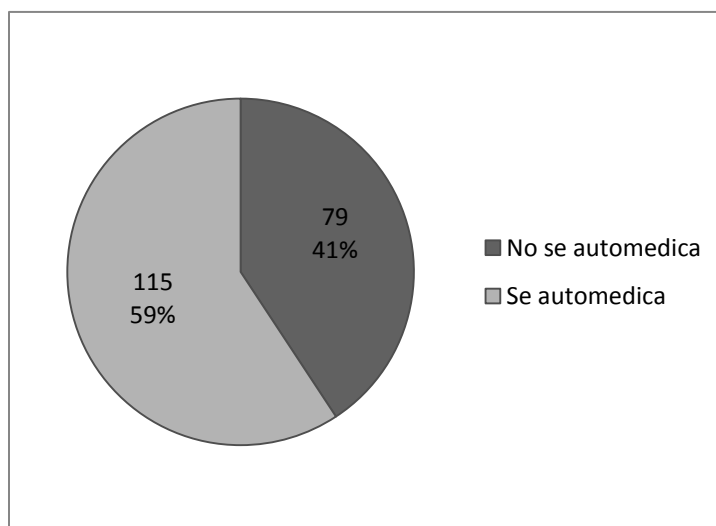
La distancia promedio a los servicios de salud, fueron de 0.35 Km y de 3.01 Km para las áreas urbana y rural respectivamente (Ver tabla 5). La dificultad de acceso, fue valorada directamente por los encuestadores al llegar a la vivienda, tomando en cuenta el tipo de terreno, calle de acceso y ubicación de la vivienda, resultando que el 91.7% de las viviendas son de fácil acceso. Las viviendas con mayor dificultad para su acceso se encontraban en el área rural, en su mayoría a distancias superiores a los 6 Km.

Tabla 5. Distancia a los servicios de salud y dificultad de acceso a la vivienda.

	Rural	Urbano	Total
Fácil	126	52	178
< 0.1 Km		7	7
0.1-0.5 Km		31	31
0.6-0.9Km		7	7
1-5 Km	120	7	127
6-10 Km	6		6
Difícil	9	2	11
1-5 Km	5	2	6
6-10 Km	3		3
> 10 Km	1		1
Muy difícil	5		5
1-5 Km	2		2
6-10 Km	2		2
> 10 Km	1		1

Automedicación

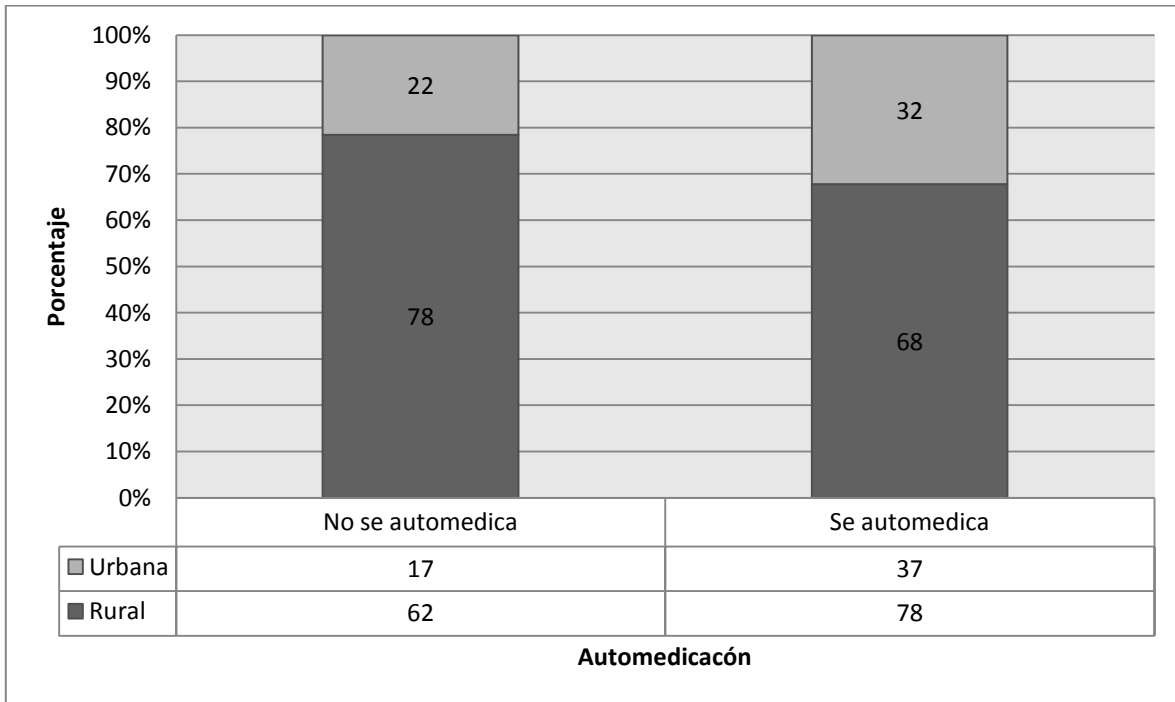
Se observa que la relación entre personas que se automedican y las que no lo hacen es de 2:1.



Gráfica 2. Automedicación en la población encuestada.

Automedicación por áreas

Se observa una relación de la automedicación entre el área rural y urbana de 2:1, mientras que la no automedicación presenta una relación de 4:1. No se encontró que exista una asociación entre el área de procedencia y la automedicación, p de 0.1419 ($\alpha = 0.05$).

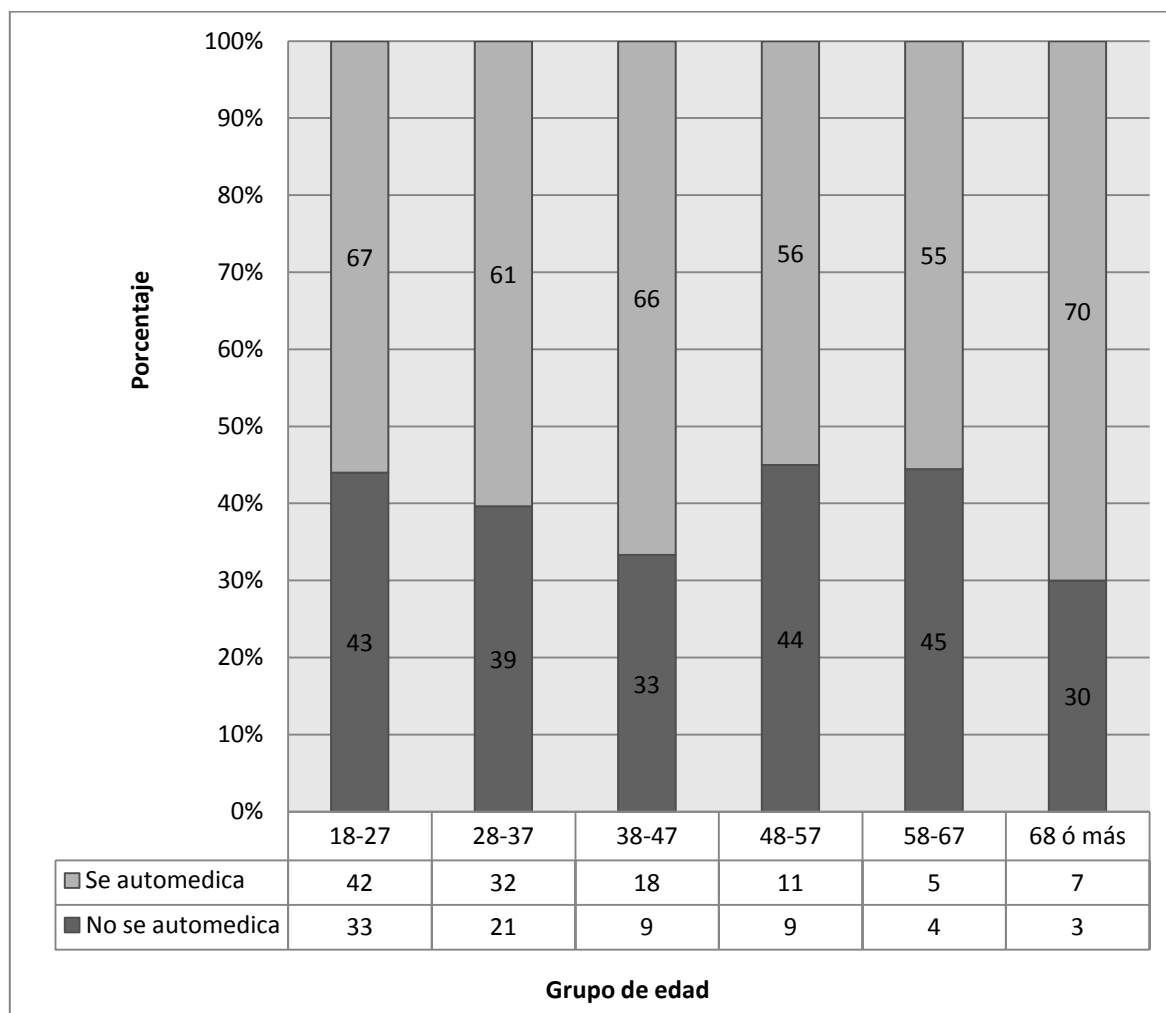


Gráfica 3. Automedicación por área de procedencia.

p no significativa >0.05

Automedicación por edad

Como puede observarse la relación de automedicación según la edad es similar en todos los grupos. No existe una asociación entre la edad y la automedicación, ya que la prueba de asociación da como resultado una p de 0.6153 ($\alpha = 0.05$).

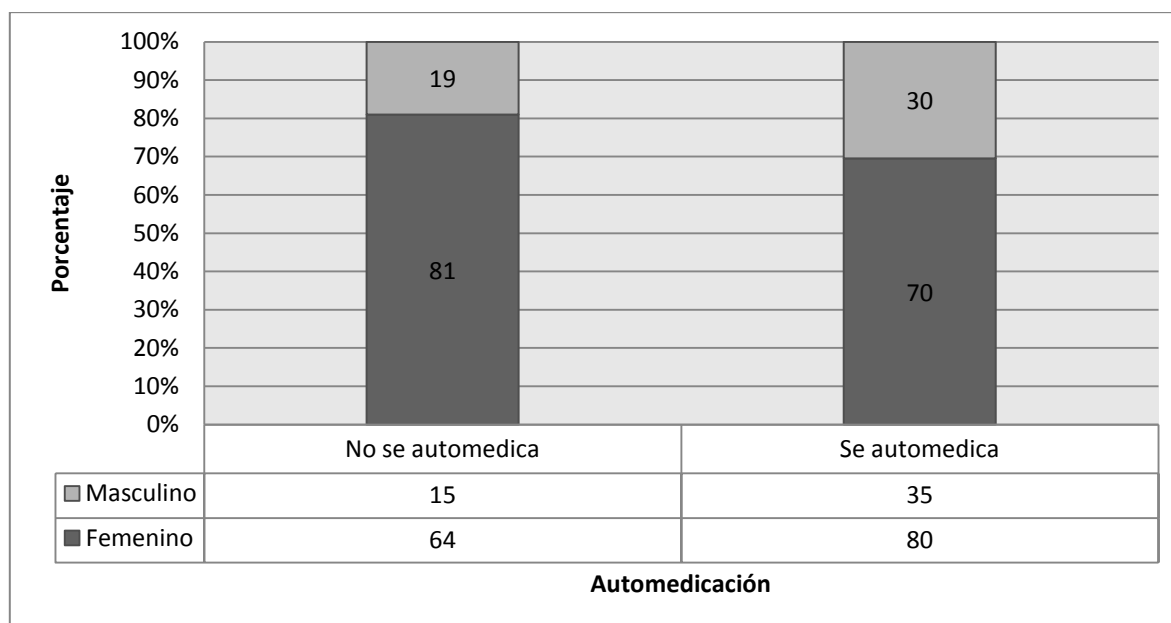


Gráfica 4. Automedicación según la edad.

p no significativa >0.05

Automedicación por sexo

Se puede observar cierta tendencia mayor a la automedicación en mujeres, pero esto puede deberse a que, como se explicó al inicio, en la mayor cantidad de casas encuestadas solo se encontraba el ama de casa a la hora de la visita, la relación de automedicación entre sexo femenino y masculino es de 2:1. La relación entre quienes se automedican y quienes no, en el sexo masculino es de 2:1; mientras que para el sexo femenino es de 1:1. No existe una asociación entre el sexo y la automedicación, siendo $p = 0.1044$ ($\alpha = 0.05$).

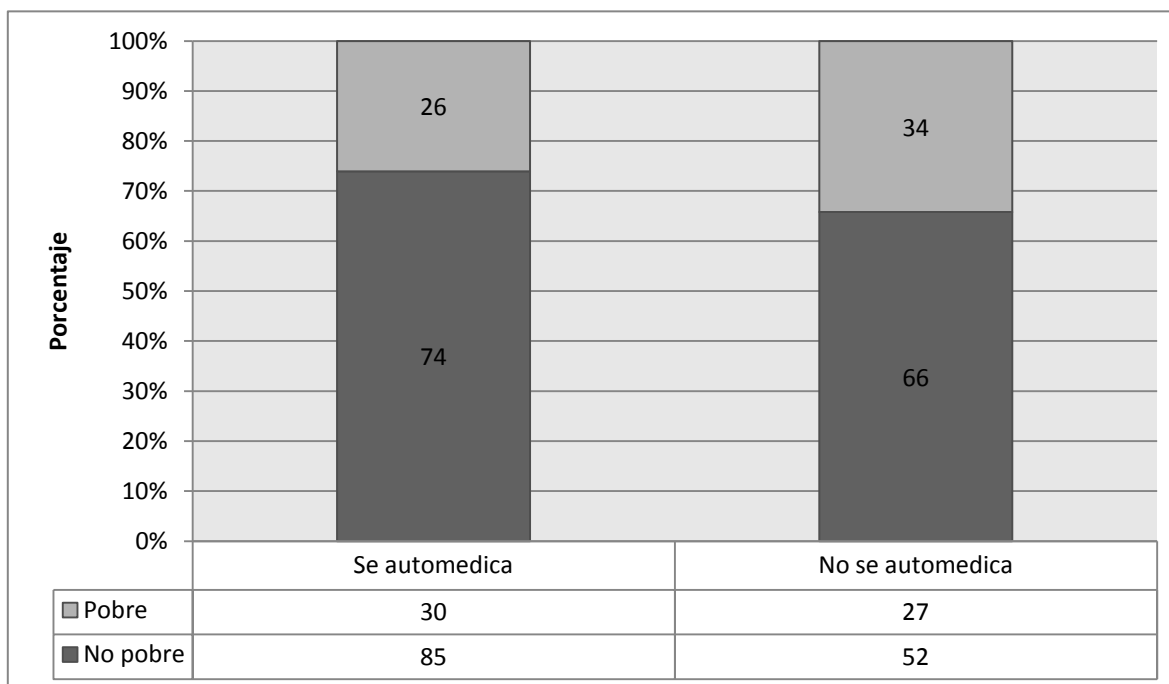


Gráfica 5. Automedicación según el sexo.

p no significativa >0.05

Automedicación y nivel socioeconómico

El 29.4% de los encuestados es clasificado como pobre, esto en base a la carencia de al menos dos servicios básicos y a la existencia de hacinamiento en el hogar, ambas variables tomadas separadamente. No existe asociación entre el nivel económico y la automedicación $p = 0.2623$ ($\alpha = 0.05$).

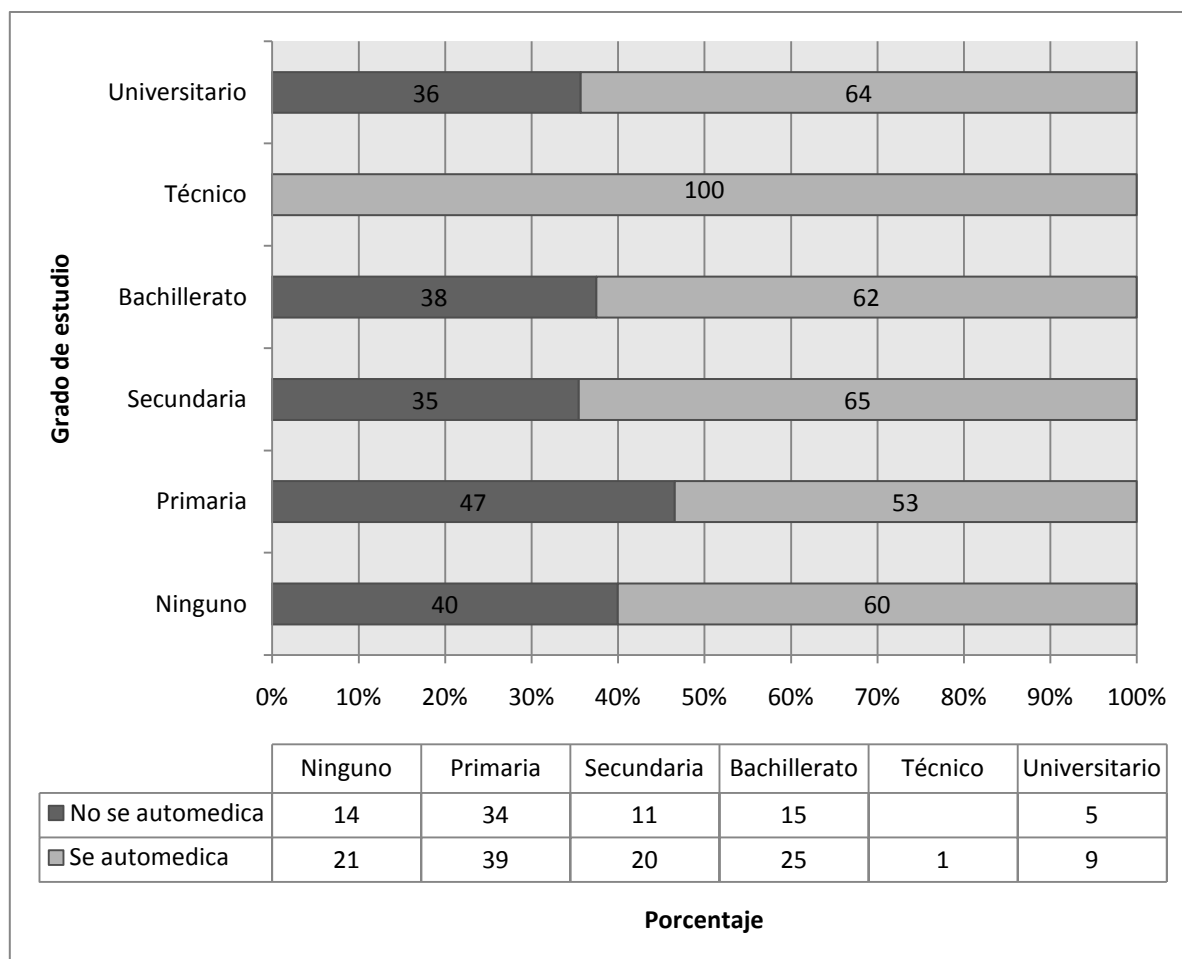


Gráfica 6. Automedicación con respecto al nivel socioeconómico.

p no significativa >0.05

Automedicación y nivel de estudio alcanzado.

Como puede observarse en la gráfica, para cualquier nivel de estudio alcanzado, existe una mayor cantidad de encuestados que se automedican, en relación a los que no lo hacen, siendo en promedio una relación de 2:1, no existe una asociación entre estas variables $p = 0.6393$ ($\alpha = 0.05$). No se encontró significancia entre el alfabetismo y la automedicación, se obtuvo una p de 0.1751 ($\alpha = 0.05$).

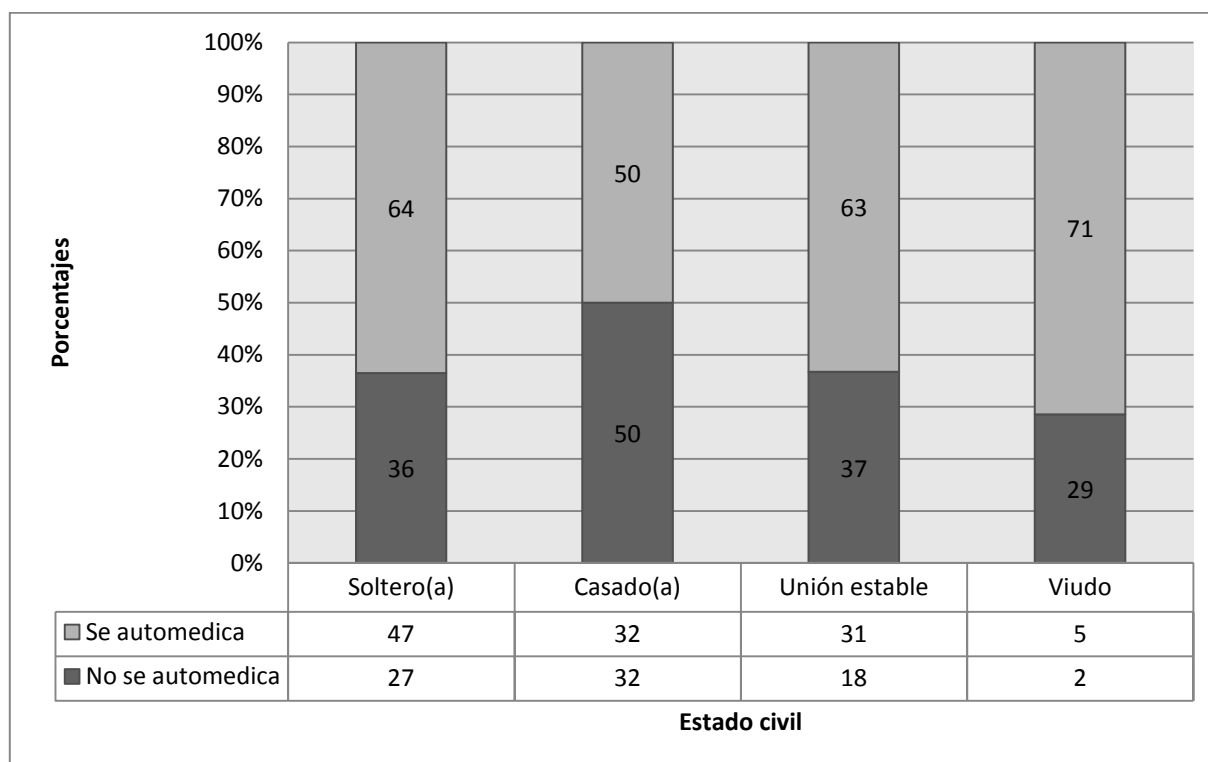


Gráfica 7. Automedicación según el nivel d estudio.

P no significativa >0.05

Automedicación y estado civil

Puede observarse que, entre la población estudiada, la mayor parte de personas que se automedican son solteras, mientras que, la mayor población que no recurre a la automedicación vive en algún tipo de relación sentimental. No existe una asociación entre la automedicación y el estado civil ya que el resultado da una $p = 0.3101$ ($\alpha=0.05$).



Gráfica 8. Automedicación según el estado civil

p no significativa >0.05

Automedicación y distancia a los servicios de salud

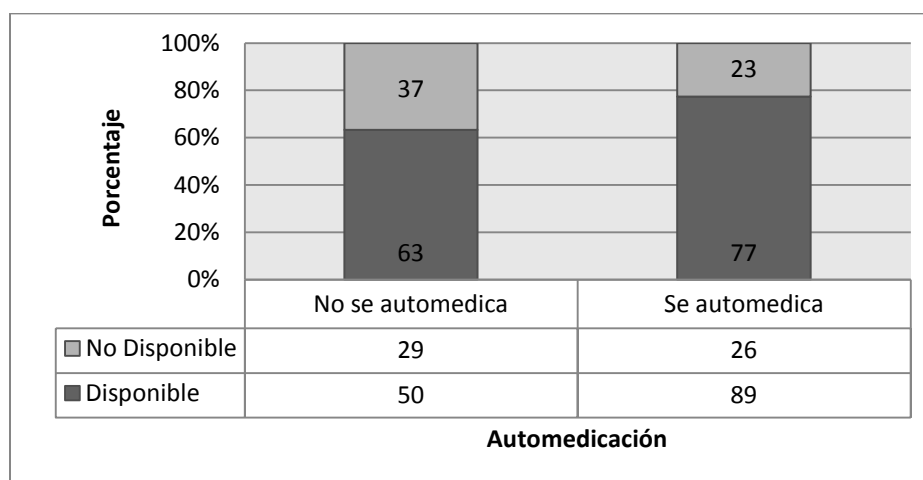
Se observa una mayor automedicación en el área rural contra la urbana en una proporción de 3:1. No existe una asociación directa entre la automedicación y la distancia a los servicios de salud $p = 1.000$ ($\alpha = 0.05$).

Tabla 6. Automedicación según área y distancia

	<0.1 Km	0.1-0.5 Km	0.6-0.9 Km	1-5 Km	6-10 Km	> 10 Km	Total general
Rural				127	11	2	140
No se automedica				57	4	1	62
Se automedica				70	7	1	78
Urbana	7	31	7	9			54
No se automedica	2	10	2	3			17
Se automedica	5	21	5	6			37
Total general	7	31	7	136	11	2	194

Automedicación y disponibilidad de medicamentos

Se pudo determinar que existe una asociación entre la automedicación y la disponibilidad de medicamentos, obteniendo una p de 0.0323 ($\phi = 0.0129$; OR 1.433; Riesgo total 64.14%; Razón de riesgo 1.14).



Gráfica 9. Automedicación según disponibilidad de medicamento.

p significativa <0.05

Etnopráctica

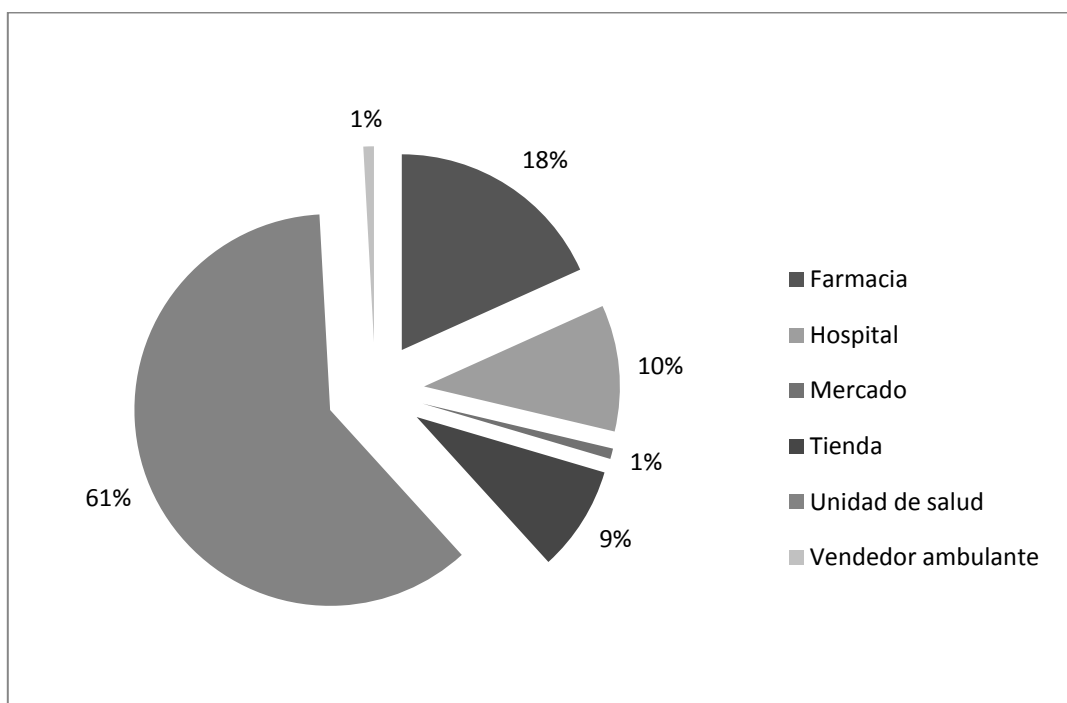
De la totalidad de los encuestados, solamente el 21.16% admite ser usuario y la relación entre el área rural y urbana es de 2:1.

Tabla 7. Etnopráctica

Rural	140
No	114
Si	26
Urbana	54
No	38
Si	16

Lugar de obtención de medicamento

La obtención de medicamento sin distinción de área o sexo, es en la mayoría de los casos se da en el sector salud (unidad de salud y hospital) 71%, mientras que los en los sectores informales (mercado, tienda y vendedor ambulante) solo lo adquiere el 11%.



Gráfica 10. Lugar de obtención de medicamento de los pacientes que se automedican.

Uso y recomendación de medicamentos.

El 67 % de los encuestados, refiere no tomar medicamentos que fueron recetados a otras personas. La relación entre el sexo femenino y el masculino que recomiendan estos medicamentos es de 2:1; la relación entre encuestados del área rural y urbana es de 2:1.

Tabla 8. Uso y recomendación de medicamento recetado a otra persona.

No usa	130
No recomienda	130
Si usa	64
No recomienda	24
Si recomienda	40

El 53% de los encuestados que admiten consumir medicamentos sin receta, recomiendan medicamentos que les fueron recetados a ellos. Se observa que, la relación de personas que no recomiendan medicamentos recetados a ellos y los que si lo hacen es de 2:1; la relación entre alfabetas y analfabetas que recomiendan medicamentos recetados a ellos es de 6.1:1.

Tabla 9. Recomendación de medicamento recetado al encuestado.

No recomienda	123
Si recomienda	71

Medio de adquisición de conocimiento sobre uso de medicamentos

El 85.6 % de los encuestados refiere que obtiene información sobre el uso de los medicamentos al ser recetados por un médico en la consulta, el 7.21% por medio de familiares o amigos, y únicamente el 3.6% refiere que el conocimiento es adquirido por algún medio de comunicación.

Causas por las cuales consumen medicamentos más frecuentemente

El 65% de los hombres y el 69% de las mujeres encuestadas, admiten que la principal causa es dolor; la segunda es la fiebre con un 32%; la tercera son los mareos con un 3% (Ver tabla 10).

Tabla 10. Causas de automedicación.

Signo/Síntoma/Patología	Cantidad	%
Dolor	128	66.0
Fiebre	42	21.6
Mareos	6	3.1
Hipertensión arterial	3	1.5
Gripe	2	1.0
Vómito	2	1.0
Diarrea	1	0.5
Alergia	1	0.5
Asma	1	0.5
Cálculos en los riñones	1	0.5
Diabetes	1	0.5
Ninguno	6	3.1

Revisión de fechas de vencimiento

El 85.6% de los encuestados refiere que revisa la fecha de vencimiento.

Asistencia a sobadores o curanderos durante el último mes

Solamente un 19% de los entrevistados admitió asistir a un sobador durante el último mes, de los cuales existe una relación de 2:1 de asistencia del área rural sobre el área urbana.

Tabla 11. Asistencia a sobadores o curanderos en el último mes

	Cantidad	%
Rural	140	
No	128	91.43
Si	12	8.57
Urbana	54	
No	48	88.9
Si	6	11.1

Causas por las cuales asistieron a un sobador o curandero

La principal causa fue el empacho (9 encuestados), el cual consiste en una distensión y dolor abdominal de tipo cólico, que en ocasiones se acompaña de vómito y diarrea; además 3 encuestados refirieron asistir por torcedura de pie; el resto por traumas en diferentes partes del cuerpo, dolor de espalda y fiebre.

Efectos adversos de Medicamentos Tradicionales

El 59% de la población opina que no existe ningún efecto adverso en los Medicamentos Tradicionales.

Remedio tradicional más utilizado

El 71.6% de los encuestados, admite utilizar remedios naturales, de los cuales los primeros 10 son mostrados en la tabla a continuación:

Tabla 12. Medicamentos tradicionales más utilizados.

Medicamento tradicional	Nombre científico	Cantidad
Manzanilla	<i>Matricaria sp.</i>	62
Eucalipto	<i>Eucalyptus globalus</i>	22
Chichipince	<i>Amelia patens</i>	8
Sábila	<i>Aloe vera</i>	4
Orégano	<i>Lippia graneolens</i>	4
Altamisa	<i>Ambrosia curametensis</i>	4
Ciprés	<i>Cupressus lusitanica</i>	3
Naranja	<i>Citrus aurantifolia</i>	3
Ajo	<i>Allium sativum</i>	2
Anís	<i>Pimpinella anisum</i>	2

Grupos terapéuticos más utilizados

Como puede verse, los antipiréticos mayormente representados por el Acetaminofén, son los medicamentos más utilizados, mientras que los antibióticos son el segundo grupo, de estos la gran mayoría de los encuestados, como se verá más adelante, utilizan la Amoxicilina.

Tabla 13. Grupos de medicamentos más utilizados

ATC (25)	Grupo de medicamento	Frecuencia
N02B	Analgésico y Antipirético	372
J01	Antibióticos	156
N/D	Sales de rehidratación oral	145
M01A	Aines	97
R60A	Antialérgicos	79
A07	Antidiarreicos	56
B03BA	Complejos vitamínicos	50
A02BA	Anti H2	49
N/D	Antigripales	34
A03F	Antieméticos	22

ATC (25)	Grupo de medicamento	Frecuencia
A07B	Antiácidos	12
N05BA	Ansiolíticos	9

Medicamento utilizado para la cefalea

Del total de encuestados, el 83.5% utiliza Acetaminofén, de los cuales un 77.32% lo utilizan en su presentación genérica, mientras que el 6.18% lo consume bajo sus nombres comerciales Panadol® y Ganol 500®; el Ibuprofeno es consumido por un 9.28%; el Ácido acetilsalicílico con un 3.6% es el tercero, bajo sus nombres comerciales Aspirina® y Dolofin®; el Diclofenac Sódico es utilizado por 0.51%. Cabe destacar que, una persona respondió que utilizaba Amoxicilina para esta sintomatología (Ver anexo 4).

Tabla 14. Medicamentos utilizados para la cefalea.

Clasificación ATC (25)	Medicamento	Frecuencia de uso	%
N02BE01	Acetaminofén	162	83.5
M01AE01	Ibuprofeno	18	9.3
N02BA01	Ácido Acetilsalicílico	7	3.6
J01CA04	Amoxicilina	1	0.5

Medicamento utilizado para odinofagia (dolor de garganta)

El 53.1% de los encuestados utiliza Amoxicilina para combatir el dolor de garganta; en segundo lugar tenemos al Acetaminofén con 18.0% de los cuales el 4.12% de encuestados, lo consume bajo sus nombres comerciales Panadol® y Tabcin®; en tercer lugar la Clorfeniramina con un 10.3%; seguida en cuarto por la Tetraciclina con un 6.70%; los Medicamentos Tradicionales son utilizados por un 1%; Un 8.8% respondió que no consumía ningún medicamento (Ver anexo 4).

Tabla 15. Medicamentos utilizados para la odinofagia

Clasificación ATC (25)	Medicamento	Frecuencia de uso	%
J01CA04	Amoxicilina	103	53.1
N02BE01	Acetaminofén	34	18.0
N/D	Clorfeniramina	20	10.3
J01AA07	Tetraciclina	13	6.7

Medicamento utilizado para la diarrea

Las sales de rehidratación oral son utilizadas por el 48.5% de los encuestados, como único medicamento para tratar la diarrea; La Intestinomicina® (Palmitato de cloranfenicol, Sulfadiazina, Sulfaguanidina, Caolin y Pectina), es utilizado por un 25.3%, colocándolo en segundo lugar; el Trimetoprim-Sulfametoxazol se encuentra en el tercer lugar con un 4.6%; el 18% de los encuestados no consume ningún medicamento. Se reporta igualmente el uso de Yodoclorina® (Furazolidona) y Alka AD® (Loperamida) ambos con un 1%. Cabe destacar que una persona encuestada, refiere utilizar pastilla de cuajo (utilizada en la preparación de lácteos), como medicamento para tratar la diarrea (Ver anexo 4).

Tabla 16. Medicamento utilizado para la diarrea.

Clasificación ATC (25)	Medicamento	Frecuencia de uso	%
N/D	Suero Oral	94	48.5
A07BC01, J01BA01, y otros	Cloranfenicol, Sulfamida y otros (Combinado)	49	25.3
J01EE01	Trimetoprim-Sulfametoxazol	9	4.6
A07DA03	Loperamida	2	1.0

Medicamento utilizado para el vómito

El 41.2% de los encuestados, refiere no utilizar ningún medicamento; el 28.9% utiliza sales de rehidratación oral como único tratamiento; el Pepto Bismol® (Subsalicilato de bismuto) es utilizado por el 9.3%; el 8.76% utiliza Dimenhidrinato; la Leche de Magnesia® (Hidróxido de magnesio) es utilizada por un 6.2%; se reporta el uso de Metoclopramida en un 3.60%, que corresponden a 7 encuestados, de estos, 6 refieren utilizarlo bajo presentación comercial Novomit®. También se reporta el uso de Alka Seltzer (Ácido Acetilsalicílico, Fosfato cálcico y Bicarbonato de sodio); el 1.2% prefiere utilizar algún tipo de Medicamento Tradicional (Ver anexo 4).

Tabla 17. Medicamento utilizado para el vómito.

Clasificación ATC (25)	Medicamento	Frecuencia de uso	%
N/D	Suero Oral	56	28.9
A07BB	Subsalicilato de bismuto	18	9.3
N/D	Dimenhidrinato	17	8.8
A02AA04	Hidróxido de Magnesio	12	6.2

Medicamento utilizado para el catarro

El 27.3% de los encuestados refiere consumir Clorfeniramina; el Acetaminofén es consumido por el 21.1% tanto en su forma genérica como en su presentación comercial Panadol®; el Ácido acetilsalicílico es utilizado por el 16 % en sus formas comerciales Aspirina®, Tabcin® y Dolofin®; el preparado antigripal Virogrip® (Acetaminofén, maleato de Clorfeniramina y Feniramina), es consumido por el 17%; la Amoxicilina es utilizada por el 8.24%; el 1.6% de los encuestados refiere utilizar algún tipo de Medicamento Tradicional para esta patología (Ver anexo 4).

Tabla 18. Medicamento utilizado para el catarro.

Clasificación ATC (25)	Medicamento	Frecuencia de uso	%
N/D	Clorfeniramina	53	27.3
N02BE01	Acetaminofén	41	21.1
N02BE01, R01BA03 y otros	Acetaminofen, fenilefrina y otros (combinado)	33	17.0
N02BE01	Ácido Acetilsalicílico	31	16.0

Medicamento utilizado para las infecciones de vías urinarias (“Mal de Orin”)

El 51% de los encuestados, refiere no tomar medicamento alguno; Urofín® (Anhidrometilencitrato de Hexametileno tetramina) es consumido por el 21.1% de los encuestados; el Trimetoprim-sulfametoxazol y la Amoxicilina son consumidos cada uno por un 7.73%; el 3.65% refiere consumir Acetaminofén; el 3.1% refiere consumir Ibuprofeno; el 3.1% de los encuestados refiere tomar algún tipo de Medicamento Tradicional (Ver anexo 4).

Tabla 19. Medicamentos utilizados para la infección de vías urinarias.

Clasificación ATC (25)	Medicamento	Frecuencia de uso	%
N/D	Urofín®	41	21.1
J01CA04	Amoxicilina	15	7.7
J01EE01	Trimetoprim-Sulfametoxazol	15	7.7
N02BE01	Acetaminofén	7	3.6

Medicamento utilizado para la ansiedad (“Nervios”)

El 54.63% refiere no consumir medicamentos para esta patología; el Neurobión® (Vitaminas B1, B6 y B12) es utilizado por el 25.8%; el 4.1% refiere tomar Diazepam; Ácido Acetilsalicílico es utilizado por el 2.6% en su presentación comercial Aspirina®; el Diazepam con complejos vitamínicos, Nervotiamin® y Ansiovit® es utilizado por el 1.5%; el Anatron® (Triclorometiazida) es utilizado por el 1%; el 0.5% refiere tomar Sicotran® (Sulpiride + Diazepam). Los Medicamentos Tradicionales son preferidos por un 8.72% (Ver anexo 4).

Tabla 20. Medicamento utilizado para la ansiedad.

Clasificación ATC (25)	Medicamento	Frecuencia de uso	%
B03BA	Vitaminas B1, B6 y B12	50	25.8
	Medicamento natural	17	8.8
N05BA01	Diazepam	8	4.1
N02BA01	Ácido Acetilsalicílico	5	2.6

Medicamento utilizado para la enfermedad ácido-péptica (gastritis)

El 53.6% refiere no consumir ningún medicamento; la Ranitidina es utilizada por el 24.7% de los encuestados; el Maalox® (Hidróxido de aluminio e Hidróxido de magnesio), es consumido por el 6.2%; el Bismuto y Pepto Bismol® (subsalicilato de bismuto), son utilizados por el 4.1%; la Leche de Magnesia Phillips® (Hidróxido de magnesio) es utilizado por el 1% ; las pastillas Tums® (Hidróxido de calcio) son utilizadas por un 0.5%; cabe destacar que se reporta el uso de Aspirina® en el 1%; Ibuprofeno en el 4.1% y Clorfeniramina en el 2% de los encuestados; el 2.6% de la población encuestada utiliza Medicamentos Tradicionales (Ver anexo 4).

Tabla 21. Medicamentos utilizados para la enfermedad ácido péptica.

Clasificación ATC (25)	Medicamento	Frecuencia de uso	%
A02BA02	Ranitidina	48	24.7
A02AD y A02AA04	Hidróxido de aluminio e hidróxido de magnesio	12	6.2
M01AE01	Ibuprofeno	8	4.1
A07BB	Bismuto	5	2.6

Medicamento utilizado para la fiebre

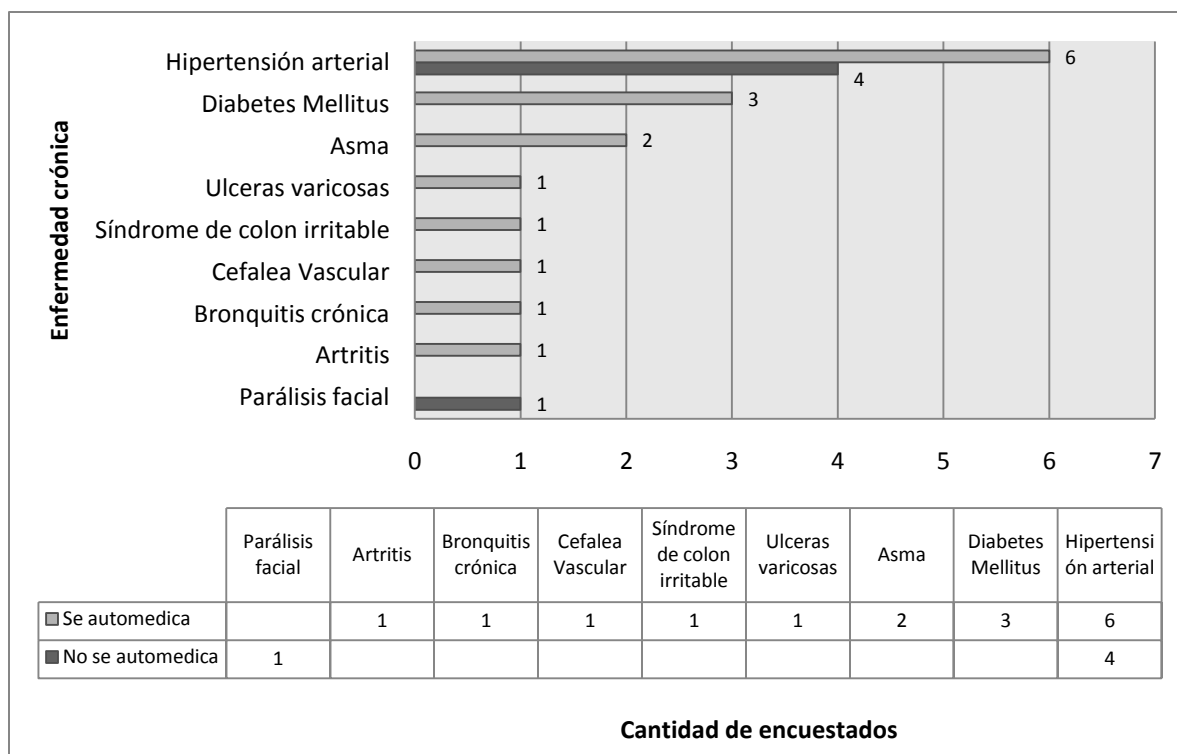
El 76.3% de los encuestados refiere utilizar Acetaminofén; el Ibuprofeno es utilizado por el 9.8%; el 5.7% utilizan Amoxicilina; cabe destacar el uso de Ranitidina, Diproona® (Metamizol) y Vicks Fórmula 44® (Dextrometorfan), para el tratamiento de los cuadros febriles (Ver anexo 4).

Tabla 22. Medicamentos utilizados para la fiebre.

Clasificación ATC (25)	Medicamento	Frecuencia de uso	%
N02BE01	Acetaminofén	148	76.3
M01AE01	Ibuprofeno	19	9.8
J01CA04	Amoxicilina	11	5.7
N02BA01	Ácido Acetilsalicílico	3	1.5

Enfermedad crónica

Únicamente 21 participantes que representan el 10.82% de los encuestados, presenta alguna enfermedad crónica, de estos 5 refieren no automedicarse. No existe asociación entre las enfermedades crónicas y la automedicación $p > 0.05$.



Gráfica 11. Enfermedad crónica entre los encuestados.

$P > 0.005$

Discusión de Resultados

Los resultados del estudio reflejan que un 59% (Grafica 2) de la población de San Ignacio, recurre a la automedicación, este dato nos da una fuente comparativa al relacionarlo con estudios que presentan porcentajes elevados de automedicación, como el llevado a cabo por Bastante T. *et al* (10), obteniendo que un 63% de la población de la Universidad Autónoma de Madrid se automedicaba, mientras que el estudio de Ortiz F, *et al* (18), refiere que el 72% de la población mayor de 18 años en Cochabamba Bolivia se automedican. Por el contrario el estudio llevado a cabo por Zabalaga L *et al* (16) en Cajamarca Perú, con población mayor de 18 años en donde únicamente el 36% de hogares se automedicaban.

Área de procedencia

El 72% población entrevistada pertenece al área rural (Tabla 1), lo cual se concuerda con el censo poblacional del 2007, donde para el municipio de San Ignacio se reporta un 85.7 % población rural (26); al realizar la prueba de asociación Chi cuadrado, se observa que no existe una asociación entre el área de procedencia y la automedicación ($p = 0.1419$), cabe destacar que el 68% de los encuestados que se automedican pertenecen al área rural, este dato es acorde al obtenido por la en el estudio de Desigualdades en Salud en El Salvador 2002, realizado por la Organización Panamericana de la Salud, PAHO (27), en donde se encontró que la población del área rural tiende a automedicarse más que en el área urbana.

Es interesante apreciar que no existe una asociación estadística entre la automedicación y la distancia a los servicios de salud (tabla 6), ya que aunque la distancia entre vivienda y servicios de salud en el área urbana, es en promedio de 0.35 Km, esto no disminuye la práctica de la automedicación.

Sexo

Un 70% de los hombres se automedican (Grafica 5), este dato es similar al encontrado en el estudio de Desigualdades en Salud en El Salvador (27), en donde se encontró que los hombres se automedicaban más que las mujeres; Asimismo este resultado no se relaciona con los obtenidos por Ortiz F, *et al* (18) y Bastante T. *et al* (10), en los cuales, las mujeres (78% y 64% respectivamente) fueron el sexo que predominantemente se automedicaban. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la automedicación ($p=0.1044$), lo cual es similar al resultado obtenido por Aguado I. *et al* (28)

con estudiantes de Farmacia en Argentina, donde se encontró que el 86% de mujeres se automedican contra el 83% de hombres.

Nuestros resultados pueden diferir debido a que, las entrevistas se llevaron a cabo durante horas laborales, cuando los hombres, en su mayoría se encuentren laborando, este hecho cobra una mayor importancia en el área rural, donde las actividades están relacionadas con la agricultura, este hecho hace que la mujer se encuentre en su mayoría en horas diurnas en el hogar, lo cual favorece el que puedan consultar de manera más frecuente y oportuna a los servicios de salud, sin olvidar que en nuestro país el sexo predominante es el femenino 52.7% (26).

Edad

El grupo de edad con mayor frecuencia de automedicación fue el grupo de 18-27 años con un 38.2%, este resultado es similar al obtenido por Tello, S; *et al* (29) en un estudio llevado a cabo en la población mayor de 18 años del distrito de Chiclayo en Perú, donde un 38.7% de los encuestados que se automedicaban, correspondían al grupo de edad de 18-28 años. No hay una asociación entre estas variables (Gráfica 4), ya que el resultado es una $p = 0.6153$, por lo que podemos concluir que la edad de las personas no influirá en el hecho de automedicarse, lo cual también es similar al estudio antes mencionado.

Estado civil

La población estudiada se encuentra compuesta en su mayoría por personas que viven en algún tipo de relación de convivencia (casados y en unión estable) 58.2%, mientras que individualmente, los solteros representan, el grupo más numeroso 38.1%. (Tabla 1). Cuando se evalúa la existencia de una relación entre estado civil y la automedicación (Gráfica 8), podemos observar que no existe una asociación entre estas variables, pues se obtiene una $p = 0.3101$, este dato es concordante con el obtenido en el estudio de Aguado M. *et al* (28), en donde encontraron que los solteros se automedican en un 85.38%, los casados en un 83.33% y los divorciados o separados en 100%, por lo que estos resultados no tienen importancia estadística.

Nivel de estudios

No se encontró una relación directa entre la automedicación y el nivel de estudio $p = 0.6393$ (Gráfica 8), aunque se encontró que las personas con mayor conocimiento

tienen mayor recurrencia a la automedicación. En cuanto al alfabetismo no se encontró relación con la automedicación.

Nivel socioeconómico

Un factor que se podría pensar que está estrechamente relacionado con la automedicación es el nivel socioeconómico de las personas (Gráfica 6), pero al evaluar la asociación entre estas variables, se encuentra no existe una asociación entre estas variables, obteniendo una ($p = 0.2623$), cabe destacar que los encuestados que pertenecen a al grupo de los no pobres, a pesar de tener quizás una mejor posibilidad de acceso a profesionales de salud, poseen una tasa de automedicación del 74 %; este dato difiere del encontrado por Tello S, *et al* (29), donde el 58% de los que se automedican pertenecen al nivel socioeconómico bajo.

Disponibilidad de medicamentos en el hogar

El 72% de los encuestados, respondió que contaba con medicamentos dentro de su hogar (Gráfica 9), lo cual al relacionarse con la automedicación, da como resultado la existencia de una asociación entre estas variables. $p = 0.0323$ ($\phi = 0.0129$; OR 1.433; Riesgo total 64.14%; Razón de riesgo 1.14), por lo cual podemos concluir que al tener los medicamentos disponibles en su hogar las personas tienden a automedicarse en una mayor proporción. Este dato no puede ser relacionado, ya que no ha sido tomado en cuenta, en los estudios usados como referencia.

Recomendación de medicamentos

El 33% de la población (Tabla 8), utiliza medicamentos recetados a otra persona, de ese porcentaje de población el 62% recomiendan los medicamentos a otras personas. El 53% que admiten consumir medicamento sin receta refiere recomendar estos a otras personas, este resultado es menor al obtenido por Soto P.*et al* (15) en donde se reporta que el 76% de la población que se automedica recomienda los medicamentos a utilizar a otras personas.

Fuentes de obtención de medicamento

El 71% de la población encuestada los obtiene en algún centro de salud (Hospital o Unidad de Salud), mientras que un 29% de la población los obtiene de fuentes que no están autorizadas, ni equipadas para la venta de medicamentos(Gráfica 10), estos resultados son similares con los obtenidos por López J. *et al* (30) en la población urbana mayor de 18 años de Bogotá, en donde el 59.7% los obtienen en centros de salud y el 20.6% en centros no

autorizados como supermercados tiendas, en donde se desconoce cuáles son las condiciones en las que se almacenan estos fármacos, su estado o aún la fuente de obtención de los mismos.

Etnopráctica

Un 21% de la población encuestada recurre a etnopráctica (Tabla 7). Este resultado contrasta con el obtenido a la pregunta del uso de remedios naturales, en donde se encontró como el 71.6% de la población los utiliza.

Asistencia a “Sobadores” o “Curanderos” y las causas que la motivaron

Un 19% de la población, refirió haber asistido en el último mes a un “Sobador” (Tabla 11), siendo las causas principales de asistencia empacho y traumas.

Medicamento tradicional más utilizado y Efectos adversos en los medicamentos tradicionales.

La manzanilla (*Matricaria* sp.) es el medicamento tradicional más consumido. El 59% de la población encuestada cree que los medicamentos tradicionales no poseen ningún tipo de efecto adverso, este resultado se compara aunque en una menor medida al encontrado por Caqueo T. (31), en una población de la tercera edad asistente al Hospital Base de Osorno en Chile, donde se reporta que el 100% de la población que utiliza remedios tradicionales desconoce los efectos adversos o las precauciones que deben de tener al ingerirlos.

Obtención del conocimiento sobre el uso de medicamentos

Un 86% de la población encuestada, afirma que obtiene el conocimiento del uso de los medicamentos directamente de las consultas médicas, puede observarse también que los medios de comunicación, no son una fuente primordial de información sobre los medicamentos, ya que solo el 3.6% de los encuestados, refiere conocer sobre el uso de un medicamento a través de un medio de comunicación; este resultado, concuerda con el estudio de Tello S, *et al* (29) donde refiere que el 61.3% de los encuestados no recibió influencia de los medios de comunicación. Estos resultados contrastan con el obtenido por Lotero, J. (14), en el cual refiere que el 80% de los encuestados, consume medicamentos influenciados por los medios de comunicación.

Causas de consumo frecuente de medicamentos

El dolor en general es la principal causa de uso de medicamento (66%), seguido de la fiebre (22%) y los mareos (3%) (Tabla 10), este resultado se relaciona con el obtenido por

Bastante T. *et al* (10) en donde la principal razón de automedicación es el dolor, con un 31.1%; estos datos contrastan con los resultados de Ortiz A *et al* (18), donde la principal causa de automedicación son los problemas respiratorios con un 40% y el dolor en segundo lugar con un 33%.

Revisión de fechas de vencimiento

Un 85.6% respondió que siempre lo hacía, este resultado también es similar al obtenido por Ramos, B. (19), en donde se describe como un 75% de su población afirmó revisar la fecha de vencimiento en los medicamentos. En nuestro estudio, es contrastante este dato ya que un 11% de la población es analfabeta, así como un 6% obtienen sus medicamentos en establecimientos que no están autorizados para la venta de medicamentos.

Uso de medicamentos en determinadas patologías o sintomatologías

En esta parte del estudio, se pretendía indagar el conocimiento que tenían los encuestados, sobre los medicamentos adecuados para tratar ciertos síntomas o patologías, los cuales se les mencionaban:

Grupos de medicamentos utilizados

El uso de analgésicos del tipo Acetaminofén, debido a su amplia difusión, son los medicamentos más utilizados ya sea, en su presentación genérica como en sus formas comerciales (Tabla 13), este resultado es similar al obtenido por Damasceno D. *et al* (32), y de Ortiz A. *et al* (18), en donde los Analgésicos son los medicamentos más utilizados.

Es preocupante que el 80% de los encuestados haga uso tan difundido de los antibióticos, ya que no son empleados para sus patologías específicas, este dato es mayor a los resultados obtenidos en los estudios de Soto P. *et al* (15) y de Bastante T *et al* (10), en donde el consumo de antibióticos sin prescripción médica se encontraba en niveles de 27% y un 17.6% respectivamente, por lo que se puede concluir que esta problemática es de tipo regional, ya que no solo nos afecta a nosotros como país, y que por lo tanto se debería de aumentar los esfuerzos para prevenir que esta práctica se continúe difundiendo.

En cuanto al uso de las sales de rehidratación oral, se puede asumir que es debido al amplio trabajo realizado por el ministerio de salud, en la capacitación de su uso.

Diarrea

La Intestinomicina® es usada por el 25.3% de los encuestados (Tabla 16), debido a que esta no es una fórmula racional, su combinación de medicamentos puede ser contraproducente, por lo tanto nos detendremos a analizar su formulación general, el Cloranfenicol, ha sido retirado del mercado en los países desarrollados, debido a que puede dar problemas graves como una depresión severa de la médula ósea con pancitopenia, o incluso su forma más grave de efecto adverso, la anemia aplásica, que es una reacción idiosincrática independiente de la dosis; contiene también Sulfadiazina y Sulfaguanidina, ambas con diferente grado de acción y vida media, tiene por efecto secundario común, como todas las sulfas, el provocar diarrea, malestar abdominal y náuseas; El Caolín y la Pectina, dos absorbentes con distinto mecanismo de acción los cuales están en desuso.

Infección de las vías urinarias

El Urofin® (Anhidrometilencitrato de Hexametileno tetramina) es utilizado por el 21.1% de la población (Tabla 19). Hexametileno tetramina, principal componente del Urofin®, es una amina la cual no únicamente sirve como agente antibacteriano, sino que también es utilizado como fijador del tinte, estabilizador para los aceites y el tratamiento superficial de la resina sintética, caucho de vulcanización, añadidos en polvo de desodorización, agente anticorrosivo en acero, absorción de gases venenosos, desinfectante, y estabilizador de explosivos (RDX), (HMX), (HMTA) (33).

Ansiedad

El 25.8% refiere consumir vitaminas neurotropas, el 4.6% refiere tomar Diazepam, el 1.5% de la población encuestada refiere consumir Diazepam formulado con algún complejo vitamínico (Tabla 20), este dato es comparable al obtenido por Palacios F. (34), en donde se investigó el uso de psicofármacos sin prescripción médica, en una población mayor de 15 años en Nicaragua, en donde se reportó que el 48.64% de su población se automedica con Diazepam, seguido por Alprazolam con un 21.62%. Dado que el uso de Diazepam medicamento cuya venta es restringida, por su capacidad de crear farmacodependencia, por lo que es preocupante observar que es posible conseguir este fármaco sin ningún tipo de restricción, ya que las casas farmacéuticas lo venden en cantidades menores combinándolo

con otros fármacos (Complejos vitamínicos o analgésicos), pudiendo de esta forma, ser adquiridos por la población general. Al realizar la búsqueda de información, encontramos 2 medicamentos que tienen por nombre Sicotran® siendo respectivamente Alprazolam (Labotario Solka, Nicaragua) y una combinación de Sulpride y Diazepam (Laboratorio Carosa, El Salvador), y uno con el nombre de Psicotran® Diazepam (Laboratorio Teteur, Argentina), en nuestro país se comercializa la combinación de Sulpiride y Diazepam, para la cual no es necesario una prescripción médica. Tomando en cuenta que el municipio estudiado, es colindante con Honduras, es posible que se encuentren los otros dos productos disponibles, por medio de vendedores ambulantes o contrabando. Cabe destacar que un paciente refiere utilizar Anatron®.

Enfermedad ácido-péptica

Cabe destacar que algunos pacientes utilizan tanto Aspirina como Ibuprofeno (Tabla 21), para tratar los síntomas provocados por esta enfermedad, siendo uno de sus principales efectos adversos, el aumento de la secreción gástrica, lo cual provocará una irritación en la mucosa gástrica, causando el aumento de la sintomatología.

Fiebre

Hay que destacar tres aspectos muy importantes, primero, nuevamente el uso indiscriminado de antibióticos, Amoxicilina 5.8% y Trimetoprim-Sulfametoxazol (Anexo 3); Segundo el uso de Dipirona® (Metamizol), el cual en muchos países se ha descontinuado su uso, debido a que puede causar problemas de aplasia medular y agranulocitosis; sin embargo, en un estudio llevado a cabo en Brasil por Damasceno D, *et al* (32), se informa que el principal medicamento utilizado para tratar la cefalea es la Dipirona®; tercero, hay 2 encuestados que utilizan medicamentos que en nada contribuirán al alivio del cuadro febril, como lo son la Ranitidina y la Vicks Fórmula 44® (Dextrometorfan), los cuales son un antagonista H2 y un antitusivo de acción central respectivamente.

Observaciones particulares

Amoxicilina

Si bien los antibióticos en general, son el segundo grupo de medicamentos utilizados, es particularmente interesante el uso extendido que se le da a la Amoxicilina, que es parte del cuadro básico de medicamentos del Ministerio de Salud, por ser un antibiótico barato y en cierta medida, aún eficaz en nuestro medio, pero debido a la facilidad de adquisición, y a la falta de regulación, la población utiliza este medicamento para la mayoría de patologías o sintomatología presentada.

Medicamentos tradicionales

Tanto para algunas de las sintomatologías y patologías anteriormente mencionadas hay encuestados que prefieren el uso de medicamentos tradicionales: Odínofagia 1%, vómito 1.2%, catarro 1.6%, infección de vías urinarias 3.1%, ansiedad 8.72%, enfermedad ácido-péptica 2.6%, si bien no son muchos usuarios, nos puede dar la idea de que en alguna medida estos medicamentos, tradicionales están presentes en su patrón de medicación, lo más preocupante es que el 59% de los encuestados, cree que estos medicamentos no tienen ningún efecto adverso.

Enfermedad crónica

El 10.82% de la población encuestada, sufre de algún tipo de enfermedad crónica, de los cuales el 76% se automedica, siendo los pacientes que sufren de diabetes mellitus y asma, los que recurren más frecuentemente a la automedicación, 6 de los 10 pacientes con hipertensión arterial refiere automedicarse (Gráfica 11). Es preocupante observar que los pacientes con diabetes mellitus, que debido a su patología son susceptibles, a las infecciones de vías urinarias, se automediquen con Urofin® (Anhidrometilencitrato de Hexametileno tetramina), el cual como ya se explicó no es propiamente un medicamento, y del cual al momento de este estudio, no pudimos encontrar información acerca de sus interacciones con los hipoglicemiantes o la insulina, cabe destacar también el uso por este mismo grupo de pacientes, de Ibuprofeno para tratar la enfermedad ácido-péptica.

Conclusiones

- Un alto porcentaje de la población se automedica.
- No existe una relación directa entre la automedicación y el nivel socioeconómico, siendo los encuestados no considerados pobres, los que más recurren a la automedicación.
- La disponibilidad de medicamento en el hogar es un factor clave en la decisión de automedicarse.
- En general la población obtiene los medicamentos en los establecimientos de salud.
- El dolor y la fiebre son los síntomas por los cuales se automedica mayormente la población encuestada.
- En la población encuestada, los medios de comunicación no parecen influir directamente sobre el acto de la automedicación.
- Los grupos terapéuticos más utilizados fueron los antipiréticos, los antibióticos y las sales de rehidratación oral.
- El hecho de que exista un centro de salud cercano a la vivienda, no disminuye la frecuencia de automedicación.
- Los medicamentos pueden ser obtenidos a partir de fuentes que no se encuentran autorizadas ni equipadas para la venta de los mismos.
- El recomendar los medicamentos que han sido prescritos a otras personas, desconociendo si estos son los indicados para el padecimiento de los mismos, es una práctica común entre los participantes.
- Las personas consideran que los Medicamentos Tradicionales no poseen ningún tipo de efecto adverso, por lo que los consumen de manera indiscriminada.
- Hay un desconocimiento del uso correcto de los antibióticos, ya que estos se están utilizando de una forma inadecuada por parte de la población.
- Se pueden utilizar medicamentos que son restringidos, pues estos se pueden obtener, sin la necesidad de presentar ningún tipo de prescripción médica especial, ya que existen presentaciones a dosis menores o en combinación con otros fármacos.

Recomendaciones

Debido a los resultados obtenidos podemos recomendar:

- Continuar realizando este tipo de estudios para caracterizar a la población total del país, y poder así medir el impacto de la automedicación dentro de la población, para generar leyes y estrategias dirigidas a disminuir esta práctica, o al menos, volverla responsable.
- Hacer estudios individuales de los grupos de medicamentos, más utilizados por la población para obtener una mejor perspectiva del uso particular de estos.
- Realizar estudios específicos en pacientes con patologías crónicas, debido al riesgo que estos corren al automedicarse.
- Diseñar estrategias educativas, orientadas a educar a la población sobre la automedicación responsable.
- Mejorar la supervisión y el cumplimiento de las leyes de medicamentos existentes.

Anexo 1

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes

La presente investigación es conducida por médicos en proceso de graduación, de la Universidad Dr. José Matías Delgado. La meta de este estudio es determinar las características de la automedicación en la población de San Ignacio. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo. Lo que se pregunte en estas encuestas se usará para analizar los datos y determinar las variables estudiadas. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, serán almacenadas por un período de tiempo de un año luego de finalizado el estudio y posteriormente serán destruidas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede rehusar el llenar la encuesta en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por médicos en proceso de graduación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar las características de la automedicación en la población de san Ignacio.

Me han indicado también que tendré que responder una encuesta, lo cual tomará aproximadamente 5 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Dr. Carlos Amaya al teléfono 7125-0851.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo 2

Encuesta del Estudio de caracterización de la automedicación de la población mayor de 18 años residente en el municipio de San Ignacio en Chalatenango de julio a diciembre de 2009.

Ubicación			
Villa <input type="checkbox"/> Ctn. Sta. Rosa <input type="checkbox"/> Ctn. El Pinar <input type="checkbox"/> Ctn. El Carmen <input type="checkbox"/> Ctn. El Rosario <input type="checkbox"/> Número: _____			
Información General			
1. Identificación Edad: _____ Sexo: _____	2. Alfabetismo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	3. Estado civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión estable <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>	4. Escolaridad Grado _____
Evaluación Económica			
5. Servicios básicos Energía eléctrica <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Tren de aseo <input type="checkbox"/>	6. Servicios secundarios Teléfono <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Cable <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/>	7. Número de habitaciones _____	8. Número de habitantes del hogar _____
Evaluación Geográfica			
9. Distancia del hogar a los servicios de salud <1 <input type="checkbox"/> 1-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> >10 <input type="checkbox"/> Cuadras <input type="checkbox"/> Km <input type="checkbox"/>	10. Dificultad de acceso a la vivienda Fácil <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Muy Difícil <input type="checkbox"/>	11. Disponibilidad de medicamentos Disponibles <input type="checkbox"/> No disponibles <input type="checkbox"/>	
Evaluación Cultural			
12. Tipo de familia Nuclear <input type="checkbox"/> Nuclear extendida <input type="checkbox"/>	13. Uso de medicamentos sin receta. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	14. Etnopráctica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
15. Obtención de medicamentos Hospital <input type="checkbox"/> U/S <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Tienda <input type="checkbox"/> Vendedor ambulante <input type="checkbox"/> Mercado <input type="checkbox"/>		16. ¿Ha usado medicamentos recetados a otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
17. En el caso anterior ¿Ha recomendado usted estos medicamentos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		18. ¿Ha recomendado medicamentos que le recetaron a usted? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Conocimiento sobre medicamentos y Etnopráctica			
19. ¿Cómo sabe para que se utilizan los medicamentos? TV <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Familia y/o amigos <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>			
20. ¿Por cuál de las siguientes causas consume medicamentos más frecuentemente? Dolor <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique _____		21. ¿Por cuál de las siguientes causas no consumiría medicamentos? Dolor <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/>	

Conocimiento sobre medicamentos y Etnopráctica (cont.)		
22. ¿Revisa la fecha de vencimiento de los medicamentos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	23. ¿Asistió con un sobador o curandero durante el último mes? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	24. ¿Por qué causa?
25. ¿Cree usted que los Medicamentos Tradicionales tienen efectos secundarios? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	26. ¿Cuál es el Remedio Natural que usa con mayor frecuencia?	
Conocimiento sobre uso de medicamentos		
27. Para dolor de cabeza, ¿cuál de los siguientes medicamentos consume? Acetaminofén <input type="checkbox"/> Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Panadol <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Diazepam <input type="checkbox"/> Tetraciclina <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____		
28. Para dolor de garganta, ¿cuál de los siguientes medicamentos consume? Clorfeniramina <input type="checkbox"/> Acetaminofén <input type="checkbox"/> Panadol <input type="checkbox"/> Amoxicilina <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Tabcin <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____		
29. Para la diarrea, ¿cuál de los siguientes medicamentos consume? Papel 50 <input type="checkbox"/> Suero Oral <input type="checkbox"/> Intestinomicina <input type="checkbox"/> Trimetroprim <input type="checkbox"/> Bismuto <input type="checkbox"/> Amoxicilina <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____		
30. Para el vómito, ¿cuál de los siguientes medicamentos consume? PeptoBismol <input type="checkbox"/> Metoclopramida <input type="checkbox"/> Dimenhidrinato <input type="checkbox"/> Suero oral <input type="checkbox"/> Leche de Magnesias <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____		
31. Para el catarro, ¿cuál de los siguientes medicamentos consume? Clorfeniramina <input type="checkbox"/> Acetaminofén <input type="checkbox"/> Panadol <input type="checkbox"/> Amoxicilina <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Tabcin <input type="checkbox"/> Virogrip <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____		
32. Para "el mal de orín", ¿cuál de los siguientes medicamentos consume? Trimetroprim <input type="checkbox"/> Acetaminofén <input type="checkbox"/> Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Amoxicilina <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Urofin <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____		
33. Para los "nervios", ¿cuál de los siguientes medicamentos consume? Anatran <input type="checkbox"/> Acetaminofén <input type="checkbox"/> Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Neurobion <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Diazepam <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____		
34. Para la "Gastritis", ¿cuál de los siguientes medicamentos consume? Clorfeniramina <input type="checkbox"/> Pepto bismol <input type="checkbox"/> Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Bismuto <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Leche de Magnesias <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____		
35. Para la fiebre, ¿cuál de los siguientes medicamentos consume? Trimetroprim <input type="checkbox"/> Acetaminofén <input type="checkbox"/> Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Amoxicilina <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Diazepam <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Enfermedades crónicas		
36. ¿Padece de enfermedades crónicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	37. Si 38 es Si, ¿Cuál(es)? _____	

Anexo 3

Medicamentos utilizados según patología estudiada

Tabla 23. Medicamentos utilizados según patología.

Clasificación ATC (25)	Medicamento	Frecuencia de uso	%
Cefalea			
N02BE01	Acetaminofén	162	83.5
M01AE01	Ibuprofeno	18	9.3
N02BA01	Ácido Acetilsalicílico	7	3.6
J01CA04	Amoxicilina	1	0.5
M01AB05	Diclofenac	1	0.5
	Ninguno	5	2.6
Odinofagia			
J01CA04	Amoxicilina	103	53.1
N02BE01	Acetaminofén	34	18.0
N/D	Clorfeniramina	20	10.3
	Ninguno	17	8.8
J01AA07	Tetraciclina	13	6.7
	Medicamento natural	2	1.0
N02BE01	Acido Acetilsalicílico	2	1.0
M01AE01	Ibuprofeno	1	0.5
N/D	Mebocaína®	1	0.5
Diarrea			
N/D	Suero Oral	94	48.5
A07BC01, J01BA01, y otros	Cloranfenicol, Sulfamida y otros	49	25.3
	Ninguno	35	18.0
J01EE01	Trimetoprim-Sulfametoxazol	9	4.6
A07DA03	Loperamida	2	1.0
G01AX06	Furazolidona	2	1.0
J01CA04	Amoxicilina	1	0.5
A07BB	Bismuto	1	0.5
N/D	Cuajo de leche	1	0.5
Vómito			
	Ninguno	80	41.2
N/D	Suero Oral	56	28.9
A07BB	Subsalicilato de bismuto	18	9.3
N/D	Dimenhidrinato	17	8.8
A02AA04	Hidróxido de Magnesio	12	6.2
A03FA01	Metoclopramida	7	3.6
	Medicamento natural	3	1.5
N02BA01	Ácido Acetilsalicílico	1	0.5

Clasificación ATC (25)	Medicamento	Frecuencia de uso	%
Catarro			
N/D	Clorfeniramina	53	27.3
N02BE01	Acetaminofén	41	21.1
N02BE01, R01BA03 y otros	Acetaminofen, fenilefrina y otros	33	17.0
N02BE01	Ácido Acetilsalicílico	31	16.0
J01CA04	Amoxicilina	16	8.2
	Ninguno	14	7.2
	Medicamento natural	3	1.5
R06AX	Loratadina	2	1.0
M01AE01	Ibuprofeno	1	0.5
Infección de vías urinarias			
	Ninguno	99	51.0
N/D	Urofin®	41	21.1
J01CA04	Amoxicilina	15	7.7
J01EE01	Trimetoprim-Sulfametoxazol	15	7.7
N02BE01	Acetaminofén	7	3.6
M01AE01	Ibuprofeno	6	3.1
	Medicamento natural	6	3.1
J01M102	Ciprofloxacina	2	1.0
N/D	Bromuro de Hiocina	2	1.0
G04BX06	Fenazopiridina	1	0.5
Ansiedad			
	Ninguno	106	54.6
B03BA	Vitaminas B1, B6 y B12	50	25.8
	Medicamento natural	17	8.8
N05BA01	Diazepam	8	4.1
N02BA01	Ácido Acetilsalicílico	5	2.6
N02BE01	Acetaminofén	2	1.0
C03AA06	Triclorometiazida	2	1.0
N02BE01 y B03BA	Diazepam y Vitaminas B1, B6 y B12	3	1.5
N02BE01 y N05AL05	Diazepam y Sulpiride	1	0.5
Enfermedad Ácido-Péptica			
	Ninguno	104	53.6
A02BA02	Ranitidina	48	24.7
A02AD	Hidróxido de aluminio e hidróxido de magnesio	12	6.2
M01AE01	Ibuprofeno	8	4.1
A07BB	Bismuto	5	2.6
	Medicamento natural	5	2.6
N/D	Clorfeniramina	4	2.1

Clasificación ATC (25)	Medicamento	Frecuencia de uso	%
A07BB	Subsalicilato de bismuto	3	1.5
N02BA01	Ácido Acetilsalicílico	2	1.0
A02AA04	Hidróxido de magnesio	2	1.0
A02AD	Hidróxido de calcio	1	0.5
Fiebre			
N02BE01	Acetaminofén	148	76.3
M01AE01	Ibuprofeno	19	9.8
J01CA04	Amoxicilina	11	5.7
	Ninguno	7	3.6
N02BA01	Ácido Acetilsalicílico	3	1.5
N02BE01, R01BA03 y otros	Acetaminofen, fenilefrina y otros	2	1.0
N02BB02	Metamizol	1	0.5
A02BA02	Ranitidina	1	0.5
J01EE01	Trimetoprim-Sulfametoxazol	1	0.5
R05DA09	Dextrometorfan	1	0.5

Anexo 4

Glosario (35)

Dosis:

La cantidad de medicamento que se administra de una sola vez, se puede expresar como absoluta o relativa, en ese caso, en base a una característica del sujeto. Ej: peso o superficie corporal.

Efecto Secundario:

Efecto que no surge como consecuencia de la acción farmacológica primaria de un medicamento, sino que constituye una consecuencia eventual de esta acción, por ejemplo, la diarrea asociada con la alteración del equilibrio de la flora bacteriana normal que es producto de un tratamiento antibiótico. En sentido estricto, este término no debe emplearse como sinónimo de EFECTO COLATERAL o ADVERSO.

Etnopráctica:

Prácticas de medicina tradicional, que han pasado de generación en generación por tradición oral, las cuales tienen un origen empírico y son particulares de cada región

Fármaco:

Sustancia química que al introducirse al organismo produce cambios a nivel molecular, estimulando o inhibiendo funciones biológica. Términos alternativos: principio activo, medicamento.

Interacción medicamentosa:

Modificación en intensidad y/o duración del efecto de un fármaco por la concomitante administración de otra sustancia, incluyendo fármacos, productos herbarios y alimentos.

Medicamento:

Fármaco o principio activo que para su administración debe formularse.

Medicamento UTC

Medicamentos que son de uso restringido pero que pueden ser adquiridos tanto de forma legal (por ej. En presentaciones con menor dosificación) como de forma ilegal.

Medicamento tradicional:

Medicamento compuesto de sustancias natural que, por regla general, se preparan empíricamente y se producen por métodos que no se ajustan a las normas farmacéuticas modernas. Se administran en base a hallazgos empíricos muy antiguos.

Prescripción

El acto de expresar qué medicamento debe recibir el paciente, la dosificación correcta y duración del tratamiento, recomendaciones adicionales (receta).

Reacción adversa medicamentosa

Respuesta nociva y no intencionada de un fármaco, que ocurre a dosis *normalmente utilizadas* en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento de enfermedades o para modificar funciones fisiológicas. *Excluye* fallas terapéuticas, sobredosis, abuso de drogas, no cumplimiento del paciente.

Resistencia medicamentosa

Disminución o ausencia total de respuesta a medicamentos que generalmente inhiben el crecimiento celular o causan muerte celular. La resistencia medicamentosa es, por lo tanto, un fenómeno que, por definición, puede solamente estar asociado con ciertos medicamentos que se usan para eliminar especies nocivas, tales como insectos, microorganismos u otros parásitos, o para destruir células de rápido crecimiento, tales como células cancerosas en organismos superiores.

Bibliografía

1. **Federación Internacional de Farmacólogos e Industria de la Automedicación.** Automedicación Responsable. [En línea] 10 de junio de 1999. [Citado el: 22 de febrero de 2009.] [http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=244&table_id=.](http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=244&table_id=)
2. **World Health Organization Office for Europe.** *Guidelines for the medical assessment of drugs for use in self-medication.* Ginebra : Organización de las Naciones Unidas, 1986.
3. **World Health Organization.** World Health Organization. *Guidelines for the regulatory assesment of medical products for use in self medication.* [En línea] 2000. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2218e/s2218e.pdf>. WHO/EDMW/QSM/00.1.
4. **Organización Panamericana de la Salud.** IV Conferencia Panamericana para la Amonización de la Reglamenación Farmacéutica. *GT/Clasificación de medicamentos: Informe de propuesta sobre requisitos comunes para la clasificación de medicamentos.* [En línea] 2-4 de Marzo de 2005. [Citado el: 26 de Febrero de 2010.] http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/IVCONF_Clasific-Med-esp.doc.. DOC IV-6.
5. *Nuevas etiquetas de medicamentos para apoyar la automedicación en México El caso de un analgésico pediátrico.* **Gonzales de Cossio, María.** 4, Puebla : UPAP, 2008, Vol. 50. ISSN 0036-3634.
6. **Unión Aduanera Centroamericana.** Ministerio de fomento, industria y comercio de Nicaragua. [En línea] 25 de Febrero de 2009. [Citado el: 23 de Junio de 2009.] <http://www.mific.gob.ni/docushare/dsweb/Services/Document-4393>. RTCA-NTON 11.01.02:03.
7. **Olabarrieta, Eukeni.** 51, Valencia : Fundación Grupo Eroski, 2002. ISSN: 1138-3895.
8. *Automedicación un problema aún no resuelto.* **Centro Nacional de Documentación e Información de medicamentos.** 4, Lima : Ministerio de Salud, Octubre de 2006. ISSN:1990-6528.
9. **Asamblea Legislativa de El Salvador.** Corte Suprema de Justicia de El Salvador. *Centro de Documentación Judicial.* [En línea] 19 de julio de 1992. [Citado el: 21 de mayo de 2009.] <http://www.csj.gob.sv/leyes.nsf/7f5f4566f9a705d386256d48006f5ade/e41c4fb8249136c40625644f006a4da3?OpenDocument>. DO N° 220 Tomo 317 30 de noviembre de 1992.
10. **Bastante, T y De la Morena, F.** Automedicación en la población universitaria. [En línea] [Citado el: 2 de Febrero de 2009.] <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresoXV-20.html>.
11. *Prescription to over-the-counter switches: the physician perspective.* **Byrns, Patricia J.** 3, s.l. : Elsevier Inc., 1998, Vol. 20, págs. C118-123. 0149-2908.
12. **World Health Organization.** *The role of pharmacist in self-care and self medication.* Geneva : WHO, 1998. WHO/DAP/09.13.

13. *Now available without a prescription*. **Nordemberg, Tamar**. 9, Noviembre de 1996, FDA Consumer magazine, Vol. 30. Disponible en: http://www.fda.gov/Fdac/996_toc.html.
14. **Lotero, Julio**. Es alta la influencia de la publicidad en la medicación y automedicación de universitarios. *Revista CyT*. [En línea] [Citado el: 8 de Marzo de 2009.] <http://revistacyt.unne.edu.ar/salud63.html>.
15. *Patrones de automedicación y autoatención entre la población estudiantil universitaria de la ciudad de Puebla*. **Pérez de Celis, Soto y Roa Nava, Yolanda**. 55-56, Puebla : Universidad Autónoma de Puebla, 2004, Elementos, Ciencia y Cultura, Vol. 11. 0187-9073.
16. **Zabalaga, Luis Fernando, Contreras, Carlos Enrique y Velásquez, José Enrique**. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *SciELO, Perú*. [En línea] Electrónica, 2001. [Citado el: 18 de Febrero de 2009.] http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2001000400004&script=sci_abstract. ISSN 1018-130X.
17. **World Health Organization**. Nuevas directrices de la OMS para fomentar el uso adecuado de las medicinas tradicionales. *Organización Panamericana de la Salud*. [En línea] [Citado el: 7 de marzo de 2009.] <http://salud.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=4518E=SN>.
18. *Estudio sobre automedicación en población mayor de 18 años del distrito de Sarcobamba de la ciudad de Cochabamba*. **Ortiz, Fredy, y otros**. 11, Cochabamba : Universidad Mayor de San Simón, 2008, Ciencias Médicas, Vol. 10, págs. 5-9. Disponible a través de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=52038&id_seccion=3134&id_ejemplar=5271&id_revista=190.
19. **Ramos Marroquín, Blanca Adilia**. *Determinación del nivel de conocimiento del consumidor de medicamentos de venta libre expendidos en supermercados de la ciudad de Guatemala*. Guatemala : Universidad de San Carlos, 2005. Disponible en: www.biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_2305.pdf.
20. **Aburto, Daniela, y otros**. *Método Cuantitativo*. San José : Universidad de Costa Rica, 2002. Disponible en: www.ccp.ucr.ac.cr/cursos/epidemiologia/contenido/danielaaburto.doc.
21. **Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Centroamérica**. SICA. *Caracterización de la situación de seguridad alimentaria y nutricional del municipio de San Ignacio, Chalatenango, 2007*. [En línea] [Citado el: 12 de 09 de 2009.] http://www.sica.int/busqueda/busqueda_archivo.aspx?Archivo=odoc_18712_3_20092007.pdf.
22. **Gaviria, A E**. Concepto de pobreza. Antioquía , Colombia : Universidad de Antioquía, Febrero de 2008. págs. 8-9. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=63166>.
23. **Fernández, S. Pita**. *Fisterra.com. Muestreo estadístico para población finita*. [En línea] Unidad de epidemiología clínica y bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña, 03 de Junio de 2001. [Citado el: 18 de Mayo de 2009.] <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras.asp>.

24. **Council of International Organizations of Medical Sciences, World Health Organization.** *International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies.* Geneva : World Health Organization, 2009. ISBN 92 9036 081 X.
25. **WHO Collaborating Centre for Drug Statics Methodology.** WHO Collaborating Centre for Drug Statics Methodology. *ATC/DDD Index 2010.* [En línea] Norwegian Institute of Public Health, 2010. [Citado el: 17 de 01 de 2010.] http://www.whocc.no/atc_ddd_index/.
26. **Ministerio de Economía.** Dirección General de Estadísticas y Censos. *VI Censo de población y V de vivienda.* [En línea] 2007. [Citado el: 28 de 12 de 2009.] <http://www.digestyc.gob.sv/BoletinIPC/Resultados%20VI%20Censo%20de%20Poblaci%C3%B3n%20y%20Vivienda%202007.pdf>. S/N.
27. **Organización Panamericana de la Salud.** Organización Panamericana de la Salud. *Hoja resumen sobre desigualdades en salud El Salvador.* [En línea] Abril de 2002. [Citado el: 15 de Enero de 2009.] <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/salvador.pdf>.
28. *Automedicación en estudiantes de farmacia de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina.* **Aguado, María I, y otros.** 2, Buenos Aires : Acta Farmacéutica Bonaerense, 2004, Vol. 24. ISSN 0326-2383.
29. *Factores asociados a la Prevalencia 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.* **Tello, S y Yovera, A.** Chiclayo : Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo–Lambayeque, Mayo de 2005.
30. *Estudio sobre automedicación en una localidad de Bogotá.* **Lopez, J, Dennis, R y Moscoso, S.** 3, Bogotá : Instituto de Salud Publica, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia, 2009, Vol. 11. ISSN 0124-0064.
31. **Caqueo, V.** *Automedicación en Adultos Mayores con Patologías Crónicas, asistentes al Hospital Base de Osorno.* Valdivia : Universidad Austral de Chile, 2007. Tesis . Disponible en:<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmc256a/doc/fmc256a.pdf>.
32. *Automedicação entre graduandos de enfermagem, farmácia e odontologia da Universidade Federal de Alfenas.* **Damaceno, Derlys Deny, y otros.** 1, Minas Gerais : Publicação de Universidade Federal de Minas Gerais, 2007, Vol. 11. ISSN 1415-2762.
33. **Chemicalland21.com.** Hexametylentetramine. [En línea] Chemicalland21.com, 2008. [Citado el: 5 de 01 de 2010.] <http://chemicalland21.com/industrialchem/organic/HEXAMETHYLENETETRAMINE.htm>.
34. **Palacios, F.** *Automedicación psiquiátrica en una muestra del barrio Batahola norte durante agosto a octubre del año 2006.* Managua : Universidad Autónoma de Nicaragua, 2006. Tesis. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2007/psiquiatria/AUTOMEDICACION.pdf>.

35. **Organización Panamericana de la Salud.** *Glosario de Medicamentos: desarrollo, evaluación y uso.* Washington D.C. : Organización Panamericana de la Salud, 2008. ISSN 9789275323052.

36. **Natural Health Information.** Chamomile. [En línea] Natural Health Information, 2009. [Citado el: 07 de 01 de 2010.] <http://articles.directorym.com/Chamomile-a853088.html>.