

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS



ESCUELA DE POSGRADO

DR. LUIS CLAUDIO CERVANTES LIÑÁN

MAESTRIA EN INVESTIGACION Y DOCENCIA UNIVERSITARIA.

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE
MEDICAMENTOS, NIVEL EDUCATIVO Y
AUTOMEDICACIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL LA
CALETA DE CHIMBOTE.**

PRESENTADO POR:

FAUSTA CERVILIA CHAVEZ ALAYO.

ARMANDO ALFONSO MENDIBURU MENDOCILLA.

2 0 1 6

DEDICATORIAS

Fausta:

A mi hija Mónica, a mis nietos Felipe, Rodrigo y Dana son mi impulso para seguir adelante.

Al recuerdo de mi madre

Armando:

A María Luz, por su estímulo permanente.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento, especial a la Dra. María Isabel Vigil Cornejo, por su colaboración, paciencia, apoyo y sobre todo por su asesoramiento para culminar esta tesis.

Al hospital La Caleta de Chimbote institución donde se nos permitió realizar la investigación.

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega nuestra Alma Mater.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.1 MARCO HISTÓRICO	10
1.1.1 Origen de los medicamentos	10
1.1.2 La Industria Farmacéutica Moderna	13
1.1.3 Fármacos industriales en el Perú	16
1.1.4 Control en la venta de medicamentos	18
1.2 MARCO TEÓRICO	20
1.2.1 Nivel de conocimientos sobre medicamentos	20
1.2.2 Nivel Educativo	23
1.3 MARCO CONCEPTUAL	40
CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES	47
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	47
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	47
2.1.2 Antecedentes teóricos	48
2.1.3 Definición del Problema	56
2.1.3.1 Problema Principal	56
2.1.3.2 Problemas Específicos	56
2.2 FINALIDAD Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	56
2.2.1 Finalidad	56
2.2.2 Objetivos	56
2.2.2.1 Objetivo General	56
2.2.2.2 Objetivos Específicos	57
2.2.3 Delimitación del Estudio	57
2.2.4 Justificación e importancia del estudio	57
2.3 HIPÓTESIS Y VARIABLES	58
2.3.1 Hipótesis de la Investigación	58
2.3.1.1 Hipótesis General	58
2.3.1.2 Hipótesis específicas	58
2.3.2 Variables e indicadores	58
CAPITULO III: MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	60
3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA	60
3.2 DISEÑO	61
3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	62
3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS	62

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	63
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	63
4.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	99
4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	102
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	108
5.2 CONCLUSIONES	108
5.2 RECOMENDACIONES	109
BIBLIOGRAFIA	110
ANEXOS	114

RESUMEN

El presente Trabajo de Investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre el Nivel de Conocimientos básicos sobre Medicamentos, el Nivel Educativo y la Automedicación en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote.

El tipo de investigación fue descriptivo y el nivel aplicado. El método y diseño de investigación fue descriptivo porque buscó la asociación entre las tres variables del estudio: Nivel de Conocimientos sobre Medicamentos, Nivel Educativo y Automedicación.

La población estuvo constituida por los pacientes atendidos en el Hospital La Caleta de Chimbote, mientras que el muestreo fue probabilístico aleatorio simple teniendo una muestra de 400 pacientes, calculados mediante fórmula para variables cualitativas y población finita porque se tuvo el dato exacto de pacientes atendidos al mes.

El instrumento para recolectar datos fue la encuesta sometida a juicio de expertos para su aprobación, antes de la aplicación. La estadística utilizada fue descriptiva e inferencial empleando la Prueba Chi-cuadrado para la comprobación de hipótesis. Los datos fueron tratados con el paquete estadístico SPSS, con un nivel de confianza de $p < 0.05$. Los resultados fueron que el nivel de conocimiento se ubica en un **nivel medio** en 62.7% de la muestra. En cuanto al **grado de instrucción**, el 50.2% posee el grado de instrucción secundaria, en lo referente a **la automedicación** encontramos que el 51.2% a veces se automedican es decir 205 pacientes y el 19.8% representado por 79 pacientes siempre se automedican. Finalmente, se concluye que a menor nivel de conocimientos sobre medicamentos mayor es la automedicación en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote, también se ha comprobado que a menor nivel educativo mayor es la automedicación en los pacientes.

Palabras clave: Conocimientos básicos sobre medicamentos, Nivel educativo, Automedicación, Pacientes.

ABSTRACT

This research aims to establish the relationship between the level of basic knowledge about drugs, education and self-medication in patients in the Hospital La Caleta de Chimbote.

The research was descriptive and applied level. The method and research design was descriptive because it sought the partnership between the three variables of the study: Level of knowledge about drugs, education and self-medication.

The population consisted of patients treated at the Hospital La Caleta de Chimbote while sampling was probabilistic Simple Random taking a sample of 400 patients calculated using formula for qualitative variables and finite population because we had the exact data of patients seen per month.

The instrument to collect data was a survey of experts on trial for approval before implementation. The statistic used was descriptive and inferential using the Chi-square test for hypothesis testing. The data were processed with the SPSS statistical package, with a confidence level of $p < 0.05$.

The results were that the level of knowledge is at an average level in 62.7% of the sample. As for the level of education, 50.2% has a high school degree; with respect to self-medication found that 51.2% sometimes self-medicate i.e. 205 patients and 19.8% represented by 79 patients always self-medicate.

Finally, it is concluded that the lower the level of knowledge about self-medication drugs is greater in patients in the Hospital La Caleta of Chimbote, it has also been found that more education is less self-medication in patients.

Keywords: Basic knowledge about drugs, Education, Self-medication, Patients

INTRODUCCIÓN

La presente tesis es una investigación que tiene por objetivo establecer la relación entre el nivel de conocimientos, básicos, sobre medicamentos, el nivel educativo y la automedicación en los pacientes que acuden a los diferentes servicios del Hospital La Caleta de Chimbote.

Según la OMS el uso la medicina tradicional está dada por las prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.

En este contexto, la automedicación es definida como un comportamiento social que se explica en base a referentes culturales, es decir a las costumbres, hábitos, creencias y valores transmitidos a través del proceso de endoculturación al que se somete cada individuo desde que nace.

Duque-Páramo María Claudia (2007) afirma que existe una idea jerarquizada de los saberes en salud, que asume que los conocimientos de la biomedicina son los verdaderos; entre tanto, los otros sistemas de conocimientos son entendidos como creencias de menor valor y como factores de riesgo negativos que se deben erradicar.

En nuestro estudio los datos se obtuvieron aplicando una encuesta a 400 pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote.

Nuestras fuentes bibliográficas provienen de investigaciones realizadas, sobre el tema, por organizaciones, universidades, Institutos y expertos a nivel internacional y nacional. La bibliografía fue contrastada con nuestra realidad en cuanto a la problemática de automedicación que existe en el país.

El trabajo de investigación consta de los siguientes capítulos:

En el capítulo I se aborda los Fundamentos Teóricos de la Investigación, el Marco Histórico, Teórico y Conceptual.

En el Capítulo II se abordan el Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables así como la Definición Operacional.

En el Capítulo III, se aborda los Métodos, Técnicas e Instrumentos que utilizamos para realizar la presente tesis.

En el Capítulo IV Presentación de los Resultados, Contrastación de las Hipótesis y Discusión de Resultados.

En el Capítulo V se presentan las Conclusiones y Recomendaciones.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Histórico:

1.1.1 Origen de los medicamentos:

El origen del medicamento está ligado al origen de los seres humanos, ya que desde los tiempos más remotos paliar la enfermedad o prevenirla fue siempre una necesidad, inclusive cuando ésta se interpretaba como un mal propiciado por los espíritus malignos y el medicamento era una estrategia para contrarrestarlos.

De esta forma se explica por qué los medicamentos más antiguos proceden de la naturaleza, son remedios vegetales, minerales o animales que el hombre iba utilizando a través de rituales donde se mezclaba la magia con la observación empírica.

La palabra medicamento que procede del griego —pharmakon; apareció casi junto al término —placebo, que son sustancias sin efectos fisiológicos reales, pero que pueden repercutir en la curación del enfermo por su fe en estar recibiendo el tratamiento adecuado.

Jácome Roca, Alfredo (2008) en su estudio **Historia de los Medicamentos**, afirma que la concepción original de la enfermedad como un castigo de los dioses hizo de los exorcismos y de los sacrificios rituales llevados a cabo por los magos tribales o los sacerdotes de una casta, la columna vertebral de los tratamientos. No es que no hubiera fármacos – los había y muchos, más que todo herbales- pero su efectividad dependía de la voluntad de los dioses. Mitos y realidades se fueron mezclando en la práctica médica.

El ejercicio de la medicina, en un inicio fue tarea de esclavos, labor de sirvientes, quienes aprendieron a preparar sus propios medicamentos.

Lluch Colomer, A; y otros (2000) en un estudio denominado **Conocimientos Básicos del Medicamento y su Utilización**, identifican cuatro épocas que determinan la evolución en el origen de los medicamentos que podríamos llamar:

-Fase mágico-religiosa, es el origen de los medicamentos, cuando la ciencia aún no había aparecido, predominó en las grandes culturas de la antigüedad como Mesopotamia, Egipto, China; en esa época se utilizaron medicamentos como la escila, mandrágora, heléboro, cáñamo, antimonio, que procedían directamente de la naturaleza.

-Fase de estudio y observación, que se desarrolló en Grecia, destacando Dioscórides y Galeno (Siglo I y II d.c.), que son los padres del medicamento; estos conocimientos fueron difundidos por árabes en la Europa Medieval.

En el Renacimiento aportó Paracelso, creador de la iatroquímica (fusión de la química con la medicina) y Vesalio; al mismo tiempo que Europa recibía las drogas procedentes de América el Sur y Mesoamérica, desconocidas en Europa; en ese tiempo (Siglos XIII-XV) que se elaboraron las primeras farmacopeas o vademécum antiguo. Es decir, verdaderos tratados que compendia de manera exhaustiva e ilustrada, los remedios utilizados legalmente, así como las normas y procedimientos elaborarlos y conservarlos y el equipo para aplicarlos.

La búsqueda y descubrimiento de nuevos medicamentos se realiza al amparo de dos teorías de la época aún vigentes:

La **alopatía** que considera que para curar se debe administrar medicamentos de acción contraria a los síntomas de la enfermedad, por ejemplo: para tratar una diarrea será necesario un medicamento astringente

La **homeopatía** que considera que para curar se deben administrar pequeñas dosis de medicamentos que provocan síntomas semejantes a

los de la enfermedad, ejemplo: para tratar una diarrea se administra un laxante.

-Fase de la Síntesis Química, se inicia en fines del Siglo XVIII, es la época en la que el medicamento procede de la síntesis química como por ejemplo los alcaloides. En esta época madura la ciencia a través de la investigación sobre la eficacia los mismos en el tratamiento de las enfermedades. Gracias a ello se crean los primeros medicamentos contra la sífilis, las hormonas, los antibióticos y avanzan otras ciencias, Biología, Química, Inmunología. El desarrollo de la inmunología inaugura una nueva práctica, la utilización de sustancias para prevenir las enfermedades, tales como las vacunas.

-Fase Moderna, (Siglos XX-XXI) se diseñan medicamentos en base a la ingeniería genética y otros medicamentos que son desarrollados y/o producidos a gran escala.

En concordancia con las fases del desarrollo de los medicamentos que hemos puntualizado, Lluch Colomer A. y otros, proponen la siguiente clasificación de los medicamentos:

I. NATURALES:

- a) De origen animal: aceite de hígado de bacalao, cantáridas, hormonas, vacunas, plasma
- b) De origen vegetal: hojas de digital, opio, aloes, etc.
- c) De origen mineral: caolín, talco, etc.

II. SEMISINTÉTICOS: Proceden de la naturaleza, aunque en su elaboración, se introducen ligeras modificaciones en su molécula para mejorar sus propiedades. Ejemplo: de la morfina (medicamento natural) podemos obtener la etil-morfina (medicamento semisintético)

III. SINTÉTICOS: Se obtienen a partir de materias primas no activas, mediante transformaciones químicas. Ejemplos metil-dopa, enalapril, etc.

IV. INGENIERÍA GENÉTICA: Se aplican los conocimientos de ingeniería genética a la industria farmacéutica. El primer medicamento obtenido por esta técnica fue la insulina, al que siguieron otros como la hormona del crecimiento, vacunas, interferones, anticuerpos, monoclonales, etc.

1.1.2 La Industria Farmacéutica Moderna:

Junta de Andalucía (2015) afirma que el surgimiento de la industria farmacéutica moderna, data del siglo XIX, época en la que los boticarios tradicionales y químicos que fabricaban sus fórmulas en base a materias primas orgánicas, empiezan a priorizar la fabricación de diversos preparados no sólo para uso de sus pacientes sino para comercializarlo a nivel local. En esta época se profundizan y patrocinan una serie de investigaciones con notables frutos como el del químico francés Joseph Pelleterier, quien en 1,820 preparó el alcaloide activo de la corteza de la quina que lo llamó quinina; entusiasmado por este hallazgo logró aislar otros alcaloides descubriendo la atropina y la estricnina.

Otros investigadores sintetizan la historia de los medicamentos modernos dentro de los que podemos referir a Morales P y Boch F., Jácome A. (2003) y Pérez R. (1997), entre otros, de los cuales hemos extraído el recuento de hechos y datos relacionados con el desarrollo de los fármacos que pasamos a describir: Los laboratorios surgen cuando se juntan varios investigadores empezando a producir medicinas en mayor cantidad; siendo la Farmacia TH Smith de Escocia una de las primeras empresas que extrajo alcaloides puros en cantidades comerciales. En 1885 se comercializa el primer fármaco sintético, la acetofenidina (del cual deriva el paracetamol) comercializada como analgésico por la empresa Bayer en Alemania. Las investigaciones científicas continuaron permitiendo que en 1889 Bayer comercialice el segundo fármaco: el ácido acetyl salicílico (aspirina) utilizada para los dolores reumáticos.

A fines del Siglo XIX también se revolucionan los equipos de laboratorio inventándose las pipetas automáticas, centrifugadoras, molinos, que permiten la preparación de medicamentos en diferentes presentaciones (inyectables, comprimidos, capsulas, ungüentos) y siguen apareciendo nuevos fármacos como la morfina, aislada por el farmacéutico Serturmer Buchner, el yodo preparado por Courtois, el cloroformo elaborado por Soubeiran; mientras que Ambrosioni descubre el azúcar en la sangre de los diabéticos, revolucionando el tratamiento de esta enfermedad. Antes de fin de siglo XIX se han posesionado algunas grandes empresas transnacionales que dominan la producción y distribución de fármacos y a través de patentes obtienen ganancias astronómicas.

En 1910 la empresa alemana Hocht AG instaura un modelo de producción y comercialización de fármacos que sigue predominando en el mundo, cuando logra crear el primer fármaco anti-infeccioso la Arsfenamina utilizada para combatir la sífilis. A partir de esta época y a lo largo del siglo XX se suceden una serie de descubrimientos e inventos en el campo de los medicamentos; por ejemplo en 1922 en Canadá gracias a las investigaciones de los científicos Banting y Charles H. Best se empieza a producir la Insulina para tratar la diabetes, comercializada en grandes cantidades por la empresa norteamericana Eli Lilly. Por otro lado, en 1928 Alexander Fleming descubrió la penicilina, que permite el tratamiento de ciertas infecciones bacterianas.

En 1935 gracias a las investigaciones del patólogo alemán Gerhard Domagk, la empresa Bayer empieza a comercializar la Sulfamida para combatir la sepsis puerperal que mataba a muchas mujeres luego del parto. En esta misma época se empiezan a fabricar un conjunto de fármacos llamados antibióticos, muy eficaces para combatir las infecciones bacterianas; dentro de ellos destaca la estreptomicina, isoniacida que se utilizaron para combatir la TBC, la estreptomicina que fue descubierta por Selan A. Waksman y desarrollada por la empresa Merck & CO de Nueva Jersey en EE.UU.

A partir de 1950 la fabricación de fármacos (industria farmacéutica), ha adquirido un enorme desarrollo, al fabricarse y comercializarse antibióticos, analgésicos, antihistamínicos y surgen las píldoras anticonceptivas gracias al aislamiento de las hormonas sexuales que realizó Adolf Butenant. De esta forma y debido a estos poderosos medicamentos mejora la esperanza de vida de millones de personas sobre todo porque los avances científicos habían descubierto que muchas enfermedades mortales eran causadas por gérmenes externos, abriéndose la posibilidad de dominarlas a través de la prevención (vacunas y medidas sanitarias); sin embargo el uso de algunos fármacos evidenciaba problemas muy serios en las personas como es el caso de la Talidomida utilizada para combatir la depresión y vómitos de las mujeres gestantes, que ocasiona malformaciones en el feto lo que obliga a retirarla del mercado y pensar en mayores controles sobre la comercialización, empaquetado, etiquetado y distribución de los medicamentos. A la par que se desarrolla la producción y comercialización de fármacos, se desarrolla, también, la medicina científica y la formación de un tipo de profesional encargado de prescribir estos medicamentos (médicos) y de expenderlos o producirlos (farmacéuticos). Un antecedente de mucha importancia para el desarrollo de la medicina ocurre en 1628 cuando William Harvey explica el sistema circulatorio y la estructura del corazón; años más tarde en 1665 John Elsholz aplica la primera inyección intravenosa, en 1796 Edward Jenner desarrolla la primera vacuna eficaz contra la viruela, en 1816 Rene Laennec inventa el estetoscopio, en 1839 Rudolf Virchow publica la teoría celular, en 1842 Crawford Long lleva a cabo la primera intervención quirúrgica con anestesia, en 1865 Gregor Mendel da inicio a los estudios sobre genética, en 1,869 Friedrich Miescher descubre el ADN, en 1895 Louis Pasteur y Robert Koch publican la teoría microbiana de las enfermedades infecciosas, mientras que Wilhelm Röntgen descubre los Rayos X, en 1896: Henri Becquerel descubre la radioactividad, en 1906 Frederick Gowland Hopkins descubre las vitaminas y propone su carencia como causa del escorbuto y del

raquitismo, en 1910 Thomas Hunt Morgan demuestra que los genes residen en los cromosomas, en 1929, Alexander Fleming da inicio a la era antibiótica, en 1933 Jean Brachet demuestra que el ADN se encuentra en los cromosomas, 1953 Francis Crick y James D. Watson descubren la estructura molecular del ADN. De esta forma la medicina que hasta la primera mitad del Siglo XIX había estado invadida de ideas religiosas, en la segunda mitad de este siglo se convierte en una ciencia experimental y natural, con un modelo biologista que aun predomina, superponiéndose a otros modelos de encarar el problema de la salud-enfermedad. Hasta ahora y en muchos aspectos el modelo medico científico ha mostrado numerosos éxitos, así como serias limitaciones para comprender que la salud no es un fenómeno puramente biológico sino un complejo fenómeno con determinantes sociales, culturales, políticos y económicos. Por ejemplo, por un lado, gracias a los fármacos y la medicina científica en 1980 La Organización Mundial de la salud (OMS) declara oficialmente erradicada a la viruela, la primera enfermedad humana en ser completamente vencida, paralelamente, millones de tuberculosos no tienen acceso a medicamentos por falta de recursos, millones de niños mueren de enfermedades diarreicas por falta de agua potable y muchas enfermedades no se curan porque a las grandes transnacionales no les conviene que se den a conocer investigaciones que pondrían en riesgo sus ganancias.

1.1.3 Fármacos industriales en el Perú

Según Sánchez J. (2010) en 1792 se inaugura el primer anfiteatro anatómico del país gestionado por Hipólito Unanue, como precedente para que en 1811 se funde el Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando, elevándose a Facultad de Medicina en 1856, siendo la institución pionera en la formación de médicos en el Perú.

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos (2013), refiere que en el año 1808 se creó el Protoboticario en dicha universidad, en 1931 se crea la Escuela de Farmacia y en 1943 se creó la Facultad de Farmacia y

Bioquímica incluyéndose la enseñanza de farmacia en la Escuela de Medicina.

Hasta los primeros años de la década de los 90, las farmacias del Perú eran negocios familiares, además la ley exigía que sólo un químico farmacéutico podría ser propietario de una farmacia; por lo tanto el expendio de medicamentos era personalizado ya que había una farmacia por barrio y no se podía abrir una farmacia a menos de 600 metros de otra y los farmacéuticos hacían guardias por turnos durante las 24 horas del día.

A mediados de los 90 se dispuso que cualquier persona natural o jurídica abriera una botica sin que la administrara un químico farmacéutico, pero tenía el mismo fin de una farmacia. Hoy la ley aún exige que las farmacias sigan comandadas por un químico farmacéutico, pero sin que necesariamente sea el propietario del negocio. Así se desarrollan las cadenas de farmacias que actualmente representan más del 70% del mercado, con la tendencia a seguir creciendo.

En el Siglo XX, las empresas que dominan la comercialización de fármacos, a nivel mundial, también lo hacen a nivel nacional. En el país han florecido grandes distribuidoras de medicamentos tales como Química Suiza, Albis, Drokasa, Richar, O'Custer, Perufarma, Alfaro y Continental.

INDECOPI (2002) afirma que Química Suiza distribuye los productos de importantes corporaciones farmacéuticas como Roche, Glaxo, Aventis, Merck, Pharmacia, Novartis, Eli Lilly, Bayer, etc. En tanto que Albis distribuye a Cipa, Merck, Medifarma, BioStrath. Finalmente, Drokasa distribuye a Farminindustria, Roemmers Pharmalab, entre otros.

A fines de los 80 del siglo XX, las autoridades sanitarias han advertido el gran problema que significa la compra de medicamentos sin receta médica que realiza la población en general y se lanza la alarma de la práctica de la automedicación como un problema de salud pública. Una serie de estudios a nivel internacional amparan dicha preocupación, como es el caso de los estudios realizados en Inglaterra a cargo de la

Asociación Europea de Especialidades Farmacéuticas los realizados por la Universidad Cardenal Herrera de España, el Instituto de Salud de Chile, el instituto Argentino de Atención Farmacéutica, la Universidad de California en EE. UU., entre otros.

1.1.4 Control en la venta de medicamentos

La OMS (1986) publicó las conclusiones de la Conferencia de Expertos de Nairobi sobre Uso Racional de Medicamentos, realizada, en 1985. La misma indicaba que el uso racional de medicamentos requiere que los pacientes reciban los medicamentos apropiados a sus necesidades clínicas, a una dosificación que satisfaga sus requerimientos individuales, por un periodo adecuado y al costo más bajo para ellos y para su comunidad.

El Decreto Legislativo N°757 publicado en 1991, elimina en el Perú el control de precios en los medicamentos, manteniendo al menos de manera formal, el control en el acceso al mercado y la calidad de los medicamentos. La regulación de los fármacos tiene cuatro aspectos: a) registro y control de medicamentos; b) compra de medicamentos—para las instituciones públicas—; c) reducción de impuestos y aranceles a los medicamentos; d) comercialización de medicamentos.

El D.S. N°010-97-SA (Artículo 120) crea la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) encargada de realizar la supervisión, a través de las inspecciones, a las instalaciones de los laboratorios y empresas de producción nacional para comprobar el cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura y de laboratorio; las inspecciones a las importadoras, droguerías, farmacias y boticas para corroborar el cumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento y dispensación; y, las pesquisas de productos registrados en laboratorios de producción, importadoras, droguerías y establecimientos dispensadores a fin de verificar su calidad a través de análisis de laboratorio.

El Ministerio de Salud (2004) aprueba la Resolución Ministerial N° 1240-2004/MINSA, en la que se establece el acceso universal a los medicamentos esenciales, regulación y calidad de medicamentos y la promoción del uso racional de medicamentos; siendo objetivo de este último —Fomentar una cultura de uso racional de medicamentos a nivel nacional—. En el marco del uso racional de medicamentos se propone: promoción de un listado nacional de medicamentos esenciales, uso de la Denominación Común Internacional (DCI) en la recetas, acceso de los profesionales de la salud a información sobre medicamentos, información y educación para los usuarios, formación de recursos humanos, promoción de buenas prácticas de prescripción y buenas prácticas de dispensación.

Miranda Juan José (2006) afirma que los controles en el país son poco efectivos porque hay una escasez de las buenas prácticas de manufactura, sólo 7 plantas farmacéuticas tienen el certificado de estas buenas prácticas y además, éstas no incluyen las pruebas de biodisponibilidad y bioequivalencia, porque nuestra legislación nacional no obliga a realizarlas.

A inicios del presente año, 2015, la Resolución Ministerial N° 006-2015-DIGEMID-DG-MINSA, aprueba el listado de productos y servicios complementarios no autorizados en las farmacias, boticas, farmacias de establecimientos de salud y botiquines; entre ellos figuran: consultas médicas, análisis clínicos, campañas médicas, ópticas, locutorios, degustaciones, venta de alimentos, salón de belleza, spa, masoterapia, etc., este dispositivo está llamado a combatir el consumo irracional de medicamentos ya que a través de estos servicios muchas veces se expenden fármacos sin el debido sustento.

Según DIGEMID (2015), en el Perú existen 2135 farmacias activas, 17110 boticas, y 2968 droguerías. En la Provincia Del Santa existen 66 farmacias y 150 boticas, en Chimbote tenemos 34 farmacias y 86 boticas y en Nuevo Chimbote hay 25 farmacias y 48 boticas.

1.2 Marco Teórico

El marco teórico que nos ampara está relacionado con el conjunto de elaboraciones que sustentan nuestras variables.

1.2.1 Nivel de conocimientos sobre medicamentos

El grado de conocimiento de los pacientes, sobre los medicamentos, es esencial para el tratamiento de la enfermedad y el cuidado de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, más del 50% de los medicamentos se prescriben o dispensan de forma inapropiada y la mitad de los pacientes no los toman correctamente.

Puig Soler, Rita y otros (2013) en una investigación realizada sobre **Establecimiento de los conocimientos, actitudes y opiniones de la población sobre el uso racional de medicamentos**, hacen mención a un estudio comparativo con datos de 2007, en el que participaban 14 países, España resultó, después de EUA el país con mayor consumo de medicamentos en DDD (dosis diarias definidas). La exposición a medicamentos y los problemas derivados de la falta de cumplimiento terapéutico, hace que el uso de medicamentos deba considerarse como un problema de salud pública.

El incumplimiento terapéutico y los errores de medicación pueden relacionarse con una escasa comprensión de la información sobre salud. Se conoce como alfabetización en salud a la capacidad que tiene un individuo para obtener, procesar y entender información básica sobre salud y servicios relacionados, necesarios para la toma de decisiones referidas a su salud. Se asocia a un bajo grado de alfabetización con un menor uso de servicios de prevención, menor conocimiento de los procesos crónicos, e incluso, con mayor número de ingresos hospitalarios. Un estudio de cohortes identificó que un tercio de la población mayor de 52 años, tiene problemas para leer y entender información básica sobre salud y lo relacionó con una mayor mortalidad.

Aunque no se ha establecido formalmente la relación entre baja alfabetización en salud y errores de medicación, en un estudio de Gazmararian (1999) el 47,5% de los participantes con bajo nivel de alfabetización decidieron incorrectamente la pauta de medicación después de leerla comparado con el 11,5% en el grupo que presentaban un nivel adecuado.

Un estudio realizado por **Jiménez Villa, Josep (2009) El conocimiento de los pacientes sobre su medicación es importante para su uso**, sostiene, que el uso de medicamentos ha llegado a convertirse actualmente en un elemento presente en la vida de muchas personas. La facilidad de su acceso y la comodidad de su ingestión hacen que los pacientes, y, lo que es peor, en muchas ocasiones también los médicos, olviden los riesgos asociados a su administración. El uso de fármacos debería realizarse optimizando al máximo la relación entre los beneficios que se espera que comporten y los riesgos que pueden suponer. Por ello, la información sobre los medicamentos es uno de los aspectos más importantes vinculados a su utilización, ya que solamente con una información adecuada es posible un tratamiento óptimo adecuado. Afirma, además, que a pesar de que diversos estudios han llamado la atención sobre el escaso conocimiento que tienen los pacientes de los medicamentos que se les ha prescrito y de que este aspecto se considera como una de las principales causas de su uso inadecuado, ha sido insuficiente e inadecuadamente evaluado. Los estudios que se han realizado hasta este momento son relativamente escasos y frecuentemente centrados en aspectos parciales como el conocimiento del nombre del fármaco, las dosis o pautas de administración o la indicación por la que se prescribió, y en grupos farmacológicos determinados. Además, los instrumentos que se han utilizado en estos estudios son heterogéneos y prácticamente nunca han sido sometidos a un proceso de validación adecuado, por lo que los resultados que aportan son difíciles de interpretar

Estos conocimientos son dependientes de las situaciones socioculturales en los cuáles ellos ocurren y constantemente son renegociados. La perspectiva teórica de la construcción social, argumenta, que los conocimientos vistos como verdad, deberían ser considerados como productos de relaciones de poder. Parte del saber, sobre medicamentos, es resultado del conocimiento hegemónico de salud, consecuencia de un proceso de profesionalización avalado por un poder político, que en su momento fue fundamental, para desconocer otros saberes del cuidado y curación de la enfermedad

La morbimortalidad relacionada con el uso de los medicamentos es un problema de salud pública. El escaso conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos es uno de los principales elementos que pueden llevar a un uso no apropiado de éstos. No importa lo efectivo o seguro que sea un producto, éste sólo puede cumplir su función si es utilizado correctamente. La adecuada información del paciente sobre el o los medicamentos que utiliza es un principio esencial para conseguir un uso adecuado.

De este modo, el empoderamiento de los individuos en temas concernientes a medicamentos podría reducir el número de errores relacionados con estos y contribuir en la mejora de la actitud y del comportamiento de los pacientes en su uso racional. Como causas que originan el uso irracional de medicamentos se consideran el concebir al medicamento como un bien comercial y no como un bien sanitario de salud pública, el deficiente conocimiento sobre su uso, escasa información independiente, prácticas inapropiadas, promoción inadecuada, entre otras. Asimismo, el uso de medicamentos está influenciado por factores culturales y económicos que son inherentes a las personas e instituciones que participan en la cadena del medicamento: comunidad, profesionales de salud, proveedores de medicamentos y al propio estado. En nuestro país se asocian a estos factores, paradigmas y creencias sobre medicamentos que influyen directamente en la decisión

final de una persona; generando de esta forma automedicación irresponsable, resistencia bacteriana, reacciones adversas a medicamentos, entre otras; lo cual crea un problema de salud pública que influye negativamente en la credibilidad de los sistemas de salud.

A esto hay que agregar que la gente escoge los medicamentos por su marca comercial. Los productos de marcas registradas con frecuencia son más caros que el medicamento genérico que contiene el mismo producto. Además, las personas desconocen que dos medicamentos con distinto nombre comercial pueden contener exactamente la misma sustancia.

Se define el conocimiento, del paciente, sobre el medicamento que utiliza como el conjunto de información adquirida para el correcto uso de los mismos, que incluye el objetivo terapéutico, el proceso de uso, la seguridad y su conservación

1.2.2 Nivel Educativo.

El fenómeno de la automedicación, que consiste en el consumo de medicamentos por cuenta propia del paciente sin supervisión médica, está ampliamente difundido en la sociedad peruana y en el mundo. Entre muchos factores que condicionan este hecho, está el **nivel educativo** de los consumidores tal como lo demuestra Mestanza (1991) en su estudio de dos farmacias en Lima; encontró diferencias, significativas, por grado de instrucción.

El porcentaje de automedicación es mayor para los grupos Analfabeto y Primaria Incompleta y Secundaria Incompleta. Alcanza sus menores valores en el grupo Secundaria Completa y Superior (solo 48,6% y 53,6%, respectivamente).

El nivel educativo, influye decididamente sobre la automedicación ya que a menor educación es más probable que existan limitantes al acceso a servicios de salud y también va a determinar su capacidad adquisitiva lo

cual es una limitante para poder adquirir medicamentos. Los pacientes que presentan estas características, generalmente, carecen de empleo, tienen baja autoestima, dificultad para interrelacionarse y para tratar sus dolencias recurren a la automedicación o a la medicina tradicional.

La Educación en el Perú está bajo la jurisdicción del Ministerio de Educación, el cual está a cargo de formular, implementar y supervisar la política nacional de educación. De acuerdo a la Constitución, la educación inicial, primaria y secundaria es obligatoria. En las Instituciones del Estado es gratuita. Las universidades públicas garantizan el derecho a educación gratuita a los estudiantes que tengan un satisfactorio rendimiento académico, sin estar condicionada al nivel socio-económico del estudiante. El sistema educativo se caracteriza por un bajo desempeño en el rendimiento escolar. La falta de políticas educativas estables y la presencia de escuelas privadas de baja calidad impiden un eficiente sistema. El sistema educativo peruano aún es excluyente y no ha cumplido con los objetivos del milenio, el de erradicar el analfabetismo. El nivel escolar en el Perú no avanza, por el contrario, parece que ha retrocedido, así lo confirma la evaluación PISA 2012 de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico) que nos coloca en el último lugar en matemática, ciencias y comprensión lectora.

En Perú, el nivel educativo se refiere a cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Los niveles del Sistema Educativo son graduales, conforme lo es el proceso educativo, con objetivos propios y en función de los diferentes estados de desarrollo de los educandos. Según el Ministerio de Educación (2005) la Educación Básica Regular está conformada por los siguientes niveles:

- Educación Inicial
- Educación Primaria
- Educación Secundaria
- Educación Superior

La Educación pre-escolar en el Perú, propiamente llamada Educación Inicial, constituye el primer nivel del sistema educativo y está destinada a brindar atención integral al niño menor de 6 años, orientación a los padres de familia y a la comunidad para lograr desarrollar en el niño, sus emociones, su dinamismo, su lenguaje, su sensibilidad social y su desarrollo afectivo; por cuanto se considera que la influencia de la familia en el niño es decisiva, se dice que en ella se socializa; se forma o se deforma su personalidad. La familia es la primera fuerza modeladora del niño. En el proceso educativo, el nivel de Educación Inicial es una etapa que juega un rol decisivo en el desarrollo del niño. El proceso de aprendizaje en este nivel no es un hecho aislado, sino que está íntimamente ligado al estado nutricional del niño. Demostrado está que cuando el niño dispone de los elementos esenciales para su normal crecimiento y desarrollo, puede obtener máximo provecho de los beneficios que le ofrece la educación. En este sentido la Educación Inicial en el Perú, dirige su atención y sus esfuerzos a la familia y a la comunidad en su conjunto, capacitándola para que proporcione al niño los estímulos y las experiencias indispensables para el desarrollo de sus potencialidades y promueve su participación en la gestión

La Educación Inicial tiene como principal objetivo atender a los niños y niñas de 0 a 5 años de edad, apoyando a las familias en su crianza y educación.

De cero a dos años se promueve que el niño experimente y explore desde su propia iniciativa con el acompañamiento de un adulto respetuoso que le brinda los cuidados de calidad (cambio de ropa, sueño, alimentación, higiene).

De tres a cinco años se potencia su curiosidad y afán de investigar, permitiéndoles aprender mediante sus propios intereses y estilo.

Los niveles de Educación Primaria y Educación Secundaria, en su aplicación y ejecución, adoptan cinco modalidades, de acuerdo a las

características del Educando y las condiciones Socio-económicas y culturales del país. Tales modalidades son las siguientes:

- De menores
- De adultos
- Especial
- Ocupacional
- A distancia

Educación inicial

La Educación Inicial es el primer nivel del sistema educativo y está destinada a los/las menores de 06 años; debe orientar a los padres de familia y comunidad para lograr el desarrollo de las capacidades y vocación del niño. Se ofrece a través de:

- Centros de Educación Inicial (CEI)
- Cunas para menores de 03 años;
- Jardines de niños de 03 a 05 años; y
- Programas especiales dirigidos a niños, familia y comunidad.

Educación primaria

La educación primaria, tiene una duración de seis años y es cursada por los niños de entre 06 y 12 años de edad, es el segundo nivel del Sistema Educativo comprende dos modalidades, la de menores y la de adultos. Se ofrece en forma escolarizada y no escolarizada. Si bien Perú está cada vez más cerca de lograr la universalización de la educación primaria, existe el consenso de que asistir a la escuela no necesariamente se está traduciendo en que los niños y niñas tengan una trayectoria escolar exitosa, en la que incorporen los conocimientos y capacidades que por derecho les corresponde.

El problema educativo más grave que afecta a las niñas y niños del Perú es el bajo nivel existente de comprensión lectora y razonamiento

matemático. Se trata de dos competencias básicas del proceso de aprendizaje sin las cuales las niñas y los niños peruanos verán limitados su desarrollo integral y sus oportunidades de llegar a la adultez como adultos productivos y ciudadanos plenos. De acuerdo con la Evaluación Censal de Estudiantes – ECE, en el año 2007, apenas el 15,9% de las niñas y niños de segundo grado de educación primaria alcanzó un nivel de desempeño suficiente en comprensión de textos, mientras que en matemáticas lo hizo el 7,2%⁴⁴. Para el año 2013, estos valores fueron de 33% en comprensión lectora y 16.8% en Matemática.

En Perú, también se observa un considerable porcentaje de niños que están asistiendo a la educación primaria, pero a un grado inferior al que le corresponde según su edad.

A nivel nacional, del total de los niños y niñas de 6 a 11 años que está matriculado en la educación primaria, 8.5% asiste a un grado inferior al que le corresponde para su edad. Si bien, no hay grandes diferencias por el sexo de los estudiantes, sí las hay por área de residencia y lengua materna. La incidencia de atraso escolar en las zonas rurales (18.9) es más del triple que la registrada en las urbanas (5.4%). Además, el atraso escolar es mayor entre los niños de lengua indígena (21.1%) que entre los que tienen al español como lengua materna (7.8%). Al observar con más detalle se encuentra que el atraso escolar llega al 18.7% en los niños que hablan quechua, 8.1% en los que hablan aymara y se encuentra alrededor del 30% en los que tienen una lengua amazónica como lengua materna, Informe, UNICEF en el Perú (2015)

Educación secundaria.

La educación secundaria dura cinco años y es cursada por jóvenes de entre 12 y 17 años de edad. Todas las asignaturas son impartidas por profesores especializados. Los colegios bilingües desarrollan algunos cursos en el idioma extranjero. Es el tercer nivel del sistema educativo, que comprende dos modalidades: la de menores y la de adultos. El

servicio que se brinda es escolarizado a través de colegios y en forma no escolarizada a través de Programas Educativos y se imparte en 5 grados. La Educación Secundaria es el tercer nivel de la Educación Básica Regular, dura cinco años y atiende a los menores de entre 12 y 17 años de edad. En este nivel educativo se desarrolla las competencias que permitan al estudiante acceder a conocimientos humanísticos, científicos y tecnológicos en permanente cambio.

Además, según el portal web oficial de la educación secundaria del Perú, ésta forma a los púberes y adolescentes para la vida, el trabajo, la convivencia democrática, el ejercicio de la ciudadanía y para acceder a niveles superiores de estudio; teniendo en cuenta sus características, necesidades y derechos.

Educación superior.

La Educación Superior se imparte en las instituciones superiores (Institutos y Universidades). Comprende la educación profesional y el cultivo de las más altas manifestaciones del arte, la ciencia, la técnica y en general la cultura.

El sistema de educación superior ha experimentado un crecimiento explosivo en las últimas cuatro décadas. Mientras la población entre 15 y 24 años de edad se duplicó a lo largo del período, el número de postulaciones a las universidades se multiplicó en veinte veces. Actualmente el número de trabajadores con educación superior representa casi el 30 % de la fuerza de trabajo en nuestro país, un stock relativo de profesionales comparable al de países asiáticos y europeos desarrollados.

Este incremento del número de profesionales no ha sido consecuencia de un comportamiento irracional de las familias y los postulantes. Estudiar una carrera superior en el Perú no sólo ha brindado oportunidades de empleo sino que ha resultado más rentable que quedarse con educación secundaria.

El derecho a la educación es otro punto importante a tocar ya que muy pocos pueden acceder a una educación superior, en las supuestas universidades públicas cobran pagos desmedidos o desmesurados por diferentes derechos como el examen de admisión, laboratorios, carpeta de ingreso, etc. Y lo peor aún la creación de los centros pre-universitarios que dan acceso directo a la universidad pero que solo los que tienen nivel económico puede acceder. Hay que defender el derecho a la educación y luchar por que ésta mejore.

Automedicación

Pineda Álvarez, Diego (2009) en su estudio sobre **La Automedicación, una Costumbre sin Control Adecuado que Atenta Contra la Salud y la Calidad de Vida de los Ciudadanos**, afirma, que son muchos los factores que influyen en la automedicación, destacando los factores sociales como la presión de grupo o de nuestros propios familiares que nos ofrecen una alternativa para la solución de nuestros problemas de salud basados en su propia experiencia. También influye el bajo nivel de instrucción de las personas, las cuales ignoran por completo el riesgo que implica la automedicación.

A lo largo de la historia de la Humanidad, el autocuidado, es decir, el propio tratamiento de los signos y síntomas de enfermedad que las personas padecen, ha sido la forma más utilizada para el mantenimiento de la salud. El ámbito familiar y/o tribal ha sido la fuente de conocimiento de las técnicas o remedios existentes en cada entorno cultural, traspasando verbalmente dichos conocimientos a las sucesivas generaciones. Desde que existe constancia escrita, siempre ha existido un —expertoll que acumulaba las habilidades y técnicas de sanar, al que se recurría cuando el propio autocuidado no era suficiente para restablecer la salud. Desde este punto de vista, con la automedicación se estaría practicando la costumbre del autocuidado, sin comprender los efectos adversos que pueden tener los fármacos por desconocimiento y baja instrucción.

En las primeras décadas del siglo XX y coincidiendo con el desarrollo de la ciencia antropológica, los expertos se pusieron de acuerdo de que la cultura es un modo de vida que se aprende, comparte y transmite.

F. Silva Santisteban (1986) afirma que la cultura comprende todos los modos de comportamiento socialmente adquiridos, abarcando la manera de pensar, sentir, actuar y creer, es decir la manera de vivir de las sociedades y de cómo éstas se adaptan al medio y logran transformarlo. De ahí que la cultura sea el principal mecanismo adaptativo de la especie humana, gracias a ella se dice que el hombre es la especie más difundida en el planeta. Nuestra indeterminación genética en lo que se refiere a formas de vida, sistema de relaciones y organización de la experiencia y el pensamiento es suplida por nuestra capacidad de crear y transmitir cultura.

Herskovitz M. (1952), propone un concepto más amplio cuando afirma que la cultura es la parte del ambiente total que comprende los objetos materiales de manufactura humana, las técnicas, las orientaciones sociales, los puntos de vista y los fines consagrados que constituyen los factores condicionantes de la conducta. En concordancia con este punto de vista, la cultura se manifiesta en actos (normas de conducta, valores, costumbres, creencias, hábitos) y artefactos (herramientas, vestidos, viviendas, utensilios, etc., los cuales son fabricados bajo determinadas costumbres, pautas, valores). En este aspecto las medicinas en general y los fármacos en particular, serían parte de la cultura, así como las actitudes y creencias sobre las mismas. Ahora bien, la cultura implica la relación entre los hombres, así como la de éstos con el mundo natural, por ello su importancia es garantizar la supervivencia del grupo. Este rol lo cumple proporcionando el conocimiento y las técnicas que permiten vivir a la humanidad tanto física como socialmente.

En la relación hombre-naturaleza, éste crea instrumentos, herramientas, infraestructura; en la relación hombre-hombre éste crea organizaciones, sentido de pertenencia, instituciones, normas, leyes, etc.; y en la relación,

del hombre consigo mismo crea identidad individual, concepto de sí mismo, conciencia, etc.

Malinowski B. (1931) destaca a la cultura como una herencia social, al constituir formas compartidas de comportamiento que se transmiten de una generación a otra. Por lo tanto debemos recalcar que sólo el hombre es capaz de crear y transmitir cultura gracias a su capacidad simbólica (lenguaje); debido a esta facultad el hombre es productor y producto de su cultura. De esta forma no hay un hombre sin cultura, tampoco puede haber una sociedad sin cultura. Por lo tanto, no podemos imaginar un hombre inculto, pues el grupo precede al individuo haciéndolo heredero de sus normas, valores, destrezas y conocimientos a través del proceso de endoculturación o socialización. Si bien existen elementos universales de la Cultura, es decir rasgos que están presentes en todas las sociedades conocidas, sin embargo, éstos se expresan de diferente modo en cada sociedad. Entre estos elementos tenemos: el lenguaje, la organización social, las herramientas e instrumentos de trabajo, las Ideas y creencias, los tratamientos para problemas de salud, la cultura de salud, los medicamentos, los adornos del cuerpo, la preparación de alimentos, las normas sobre sexo y reproducción, etc. También existen otros elementos singulares que corresponden sólo a uno o algunos grupos humanos. De tal forma que estos elementos universales expresados de manera particular en cada sociedad, unido a estos elementos singulares propios de cada pueblo, generan una **Diversidad Cultural**, que en el caso del Perú llamamos **Pluriculturalidad y** que se refiere al hecho que existe diferentes maneras de Interpretar el mundo y de estar en él; por lo tanto, cada cultura provee un modelo explicativo del mundo, es decir, así como no hay ciudadanos de primera clase y ciudadanos de segunda clase, tampoco existen culturas superiores ni culturas inferiores, este principio denominado **Relativismo Cultural**, nos salvaguarde de caer en el etnocentrismo que consiste en creer que la cultura propia es superior a las demás. Ahora bien, como ninguna sociedad está completamente aislada, por lo tanto sus culturas se encuentran en permanente influencia

surgiendo una serie de fenómenos que pasamos a resumir brevemente a través de las siguientes categorías:

ACULTURACION	Elementos de una cultura que se imponen a otra de manera violenta(guerras, invasiones) o de forma pacífica (medios de comunicación, educación, religión)
ADOPCION CULTURAL	Una sociedad toma prestado elementos culturales de otra, integrándolos como parte de su cultura.
ETNOCENTRISMO	Creer que nuestra cultura es superior a otras a las que consideramos como inferiores.
RELATIVISMO CULTURAL	Principio que considera que no hay culturas superiores ni culturas inferiores.
SINCRETISMO	Determinados patrones culturales de una sociedad se mezclan con los de otra, dando nacimiento a nuevas expresiones culturales.
DIVERSIDAD CULTURAL	Diversas culturas coexisten en un espacio o territorio determinado
INTERCULTURALIDAD	Relación horizontal, entre culturas, basada en el diálogo que implica la mutua valoración.

FUENTE: Antropología, Fernando Silva Santisteban

Cultura de salud

La OMS (1946), en su declaración de principios esgrime una definición de salud que predomina hasta la fecha, y que dice que —la salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Esta definición destaca una visión tridimensional de la salud (biológica, psicológica, sociocultural).

Langdon EJ, Wiik (2010) añade que la cultura de salud, incluye los conocimientos sobre los orígenes, causas y tratamientos de las enfermedades, las técnicas terapéuticas, sus practicantes, los papeles, patrones y agentes que intervienen. A estos, se suman las relaciones de

poder y las instituciones dedicadas a la manutención o restauración del —estado de salud—. Todas estas prácticas, interacciones e instituciones condicen con la cultura general del grupo, que a su vez, sirven para definir, clasificar y explicar los fenómenos percibidos y clasificados como enfermedad. De esta forma el sistema de atención a la salud está integrado a los otros aspectos generales de la cultura; por lo tanto, la manera a través de la cual un determinado grupo social piensa y se organiza para mantener la salud y enfrentar episodios de enfermedad, está en relación con la visión de mundo y de la experiencia del grupo. En consecuencia es a través de atender esta totalidad, que se comprenderán los conocimientos y prácticas ligados a la salud de los sujetos que integran una sociedad, dentro de ellos las prácticas de automedicación.

Duque-Páramo (2007) revalora el criterio que la salud a pesar de que hoy es un fenómeno oficialmente encarado desde la medicina científica, que ve como únicas causas biológicas, sigue siendo social cuando cita el estudio de 3 profesores norteamericanos que afirman que la salud es social, porque la distribución de la salud y la enfermedad en las poblaciones humanas reflejan dónde viven las personas; cuándo en la historia han vivido; el aire que respiran y el agua que beben; qué y qué tanto comen; el estatus que ocupan en el orden social y cómo han sido socializados para responder, identificarse o resistirse a ese estatus; con quién se casan, cuándo y si son o no casados; si ellos viven aislados socialmente y tienen muchos amigos; la cantidad y la clase de cuidado médico que reciben; y si ellos son estigmatizados cuando se enferman o si reciben cuidado de parte de su comunidad. Esto no es un descubrimiento nuevo. La indiferencia médica contemporánea hacia los modos de vida es una herencia de, entre otras cosas, los espectaculares logros de la bacteriología en la época tardía del siglo XIX, que hicieron a las causas únicas y los efectos únicos el paradigma de la teoría.

Los componentes, elementos o manifestaciones de la cultura de salud se pueden resumir en los siguientes aspectos:

- El concepto de salud-enfermedad de cada grupo humano,
- La valoración de la salud, y su ubicación en el sistema de valores de la sociedad respectiva.
- Conocimientos sobre anatomía, fisiología
- Medicina tradicional, andina, amazónica, alternativa (etnomedicina)
- Relación con otros sistemas de salud
- Costumbres y hábitos alimentarios.

Ahora bien, estos elementos son factores que pueden determinar situaciones o estados específicos de salud. Por ejemplo si hablamos de la prevención del VIH, el rechazo cultural al condón o los criterios hegemónicos de masculinidad pueden facilitar la adquisición del virus. Igualmente, el pudor de una gestante a ser examinada por un profesional de salud, puede dificultar detectar un riesgo del embarazo, el lenguaje técnico empleado por los profesionales de salud delante de sus pacientes, impiden una verdadera comunicación y empatía; los hábitos de fumar, comer alimentos chatarra y desear determinada esbeltez, criterios impuestos culturalmente a través de los medios de comunicación, originan problemas de salud muchas veces mortales e irreversibles (cáncer, diabetes, males cardíacos); los métodos de trabajo, las presiones laborales, la crisis económica, los estilos de vida (comida rápida, almuerzos de trabajo) generan males como úlceras, estrés, insomnio, daños al sistema nervioso; beber licor y manejar, genera accidentes, invalidez, muertes, incapacidad permanente o temporal.

El concepto de salud-enfermedad, es el principal elemento de la cultura de salud y se refiere a la manera como la sociedad percibe la salud-enfermedad; cada sociedad o comunidad posee diferentes conceptos sobre la salud, no solo en lo que se refiere a su integralidad o no, sino también a las causas que se atribuyen como responsables de las enfermedades.

Desentrañar la causación de la enfermedad, es tal vez, el aspecto más importante que encierra este concepto. Al respecto cabe mencionar que numerosos pueblos interpretan la génesis de la enfermedad como resultado de la intervención de fuerzas extrañas, metafísicas o sobrenaturales, así como fuerzas o fenómenos naturales como ocurre por ejemplo en comunidades quechuas de Huari(Ancash) conciben que el labio leporino se debe al rayo que cae en el vientre de la madre gestante, en Chimbote que se dice que el sarampión es producido por el calor (desequilibrio entre lo frío y lo cálido), así como que el asma es producido por los gatos. Por otro lado, gran porcentaje de la población peruana, considera que algunas enfermedades o discapacidades pueden ser ocasionadas por envidia (mala voluntad de una persona) o daño en este último caso, la persona que desea hacer el mal recurre a un —maestroll, brujo, malero, hechicero, el mismo que a través de ciertos ritos y prácticas secretas invoca a los espíritus como intermediarios para ocasionar el daño deseado, pudiendo recurrir también a hierbas y pócimas que podrían dar de comer o beber a la posible víctima.

En algunas culturas la violación de ciertos tabúes también pueden originar enfermedades como ocurre en algunas tribus de África en las que la desnutrición infantil severa, se debe a que los padres no han respetado la prohibición de abstenerse de practicar relaciones sexuales durante los dos primeros años después del parto, por ello esconden al niño para evitar la sanción social.

Desde este punto de vista entonces hay algunas enfermedades que la medicina académica no puede curar porque no tiene un origen fenomenológico, como ocurre con el Shukake, susto, daño, mal de ojo.

En resumen podemos notar que el concepto de salud-enfermedad influye en la aparición, desarrollo y aceptación de la enfermedad, por lo que constituye un aspecto importante de la cultura de salud.

Las tendencias etnocéntricas de algunos ciudadanos les hace creer que los conceptos mágicos de la salud-enfermedad, son propios de sociedades

rurales, campesinos o grupos étnicos, sin embargo éstos también forman parte de nuestra cultura urbana, como lo demuestra el hecho que no podemos precisar cuántas personas de nuestro entorno usan amuletos para evitar el daño, cuántos choferes colocan imágenes de santos para evitar accidentes, cuántas personas acompañan al Señor de los Milagros con la esperanza de aliviar sus males o los de algún familiar, cuántos cirujanos se persignan antes de intervenir a un paciente grave, cuántas familias comen uvas en año nuevo.

Escobar Vekeman C. (2003) afirma que los protagonistas de la enfermedad, son el paciente, el médico y, para la concepción cultural de algunos pueblos, su familia y su entorno. El médico interpreta los síntomas de su paciente y los traduce a las categorías que su saber médico le ha enseñado, basado en funciones biológicas, fisiológicas, patológicas; el enfermo de su lado tiene sus propias deducciones y de acuerdo con su cultura pueden ser del orden de la explicación, de la deducción o simplemente de la observación. Podemos hablar entonces de un sistema semántico de la enfermedad, designando así el conjunto de nociones, símbolos que están asociados a la enfermedad y le dan por este sentido.

La interpretación colectiva de la enfermedad se efectúa en términos de causalidad y casi en todos los casos la sociedad juega un papel importante, sus reglas, su visión del mundo, a través de las concepciones de la enfermedad podemos también descubrir mitos, ritos y nuestra relación con el orden social. Desde su punto de vista entonces, que en muchos de los casos las concepciones de la enfermedad y la salud son independientes del saber médico. Es más bien buscar y entender como las diferentes sociedades o diferentes grupos sociales dan forma y sentido a sus experiencias orgánicas individuales, y mirar sobre esta base cómo se elabora una realidad social colectivamente compartida.

Etnomedicina

Es otro componente fundamental de la cultura de salud, su existencia es una necesidad surgida de la imperiosa urgencia de enfrentar la enfermedad y la muerte. En esa lucha dramática las diferentes culturas han elaborado complejos sistemas de salud destinados a garantizar la reproducción y sobrevivencia del grupo.

La etnomedicina representa un gran número de trayectorias de desarrollo independiente mostrando multiplicidad, diversidad y autonomía. Por esta razón podemos decir que mientras la medicina académica u occidental es una, la etnomedicina o medicinas tradicionales son varias. Esta diversidad hace difícil conceptualizarla, sin embargo la OMS logró unificar los distintos sistemas médicos tradicionales en un sólo concepto.

OMS (1978), La medicina tradicional es la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales y sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. De acuerdo a la OMS la medicina tradicional son prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.

En este contexto, la Automedicación es un comportamiento social que se explica en base a referentes culturales, es decir a las costumbres, hábitos, creencias y valores transmitidos a través del proceso de endoculturación al que se somete cada individuo desde que nace.

Duque-Páramo María Claudia (2007) dice, que existe una idea jerarquizada de los saberes en salud, que asume que los conocimientos de la biomedicina son los verdaderos; entre tanto, los otros sistemas de conocimientos son entendidos como creencias de menor valor y como

factores de riesgo negativos que se deben erradicar. En este sentido, la biomedicina adquiere el papel hegemónico que representa lo verdadero-bueno-correcto y las ideas y prácticas diferentes representan lo falso-negativo-riesgoso.

Endoculturación o socialización

Para vivir entre seres humanos necesitamos compartir ciertos valores costumbres, normas de comportamiento, conocimientos, destrezas adaptativas, etc., el proceso a través del cual la sociedad o grupo humano inculca, transmite este acervo se denomina endoculturación o socialización

Gelles (2000) dice que a través de la endoculturación se acomoda a los nuevos individuos dentro de un modo de vida organizado y en una tradición cultural establecida. En consecuencia, por medio de la interacción con otros individuos dentro de un contexto cultural, el individuo adquiere una identidad, acepta valores, ideales y aspiraciones; se hace miembro de su sociedad. Es un proceso de aprendizaje (educativo) a través del cual el ser humano asimila con más o menos éxito, el acervo de la sociedad a la que pertenece, respondiendo así a las expectativas del grupo en cuanto a pensamiento y conducta. Gracias a la endoculturación adquirimos una identidad (sentido de pertenencia familiar, grupal, cultural) y aprendemos a comportarnos de manera cómo creemos que la sociedad espera que nos comportemos. Cuando no nos comportamos como el grupo espera entonces se dan las conductas disfuncionales o desviadas.

Harris Marvin (2004) dice que el concepto de endoculturación ocupa una posición central en el punto de vista distintivo de la antropología moderna. El concepto de endoculturación es potente, pero tiene algunas limitaciones, especialmente en el nuevo contexto social de agudo desarrollo tecnológico, toda vez que en las condiciones del mundo actual no se requiere ninguna sabiduría especial para comprender que la endoculturación no puede explicar una parte considerable de los estilos de vida de los grupos sociales existentes. Está claro que la replicación de

las pautas culturales de una generación a otra nunca es completa. Las antiguas pautas no siempre se repiten con exactitud en generaciones sucesivas, y continuamente se añaden pautas nuevas. En los últimos tiempos, este fenómeno de innovación ha alcanzado tales proporciones en las sociedades industriales que los adultos, programados como estaban para la continuidad intergeneracional, se han sentido alarmados. El fenómeno en cuestión ha sido denominado «abismo generacional». Hoy en día, en ninguna parte del mundo hay ancianos que sepan lo que los niños ya saben; no importa cuán remotas y sencillas sean las sociedades en las que vivan estos niños. En el pasado siempre había ancianos que sabían más que cualquier niño en razón de su experiencia de maduración en el seno de un sistema cultural. No hay ancianos que sepan lo que saben las personas criadas en los últimos veinte años sobre el mundo en el que nacieron, evidentemente, la endoculturación no puede explicar el «abismo generacional»; más bien hay que suponer que ha habido una ruptura en el proceso de endoculturación y que un número cada vez mayor de adultos no ha sabido inducir eficazmente a sus hijos a replicar sus propias pautas de pensamiento y conducta. Por tanto, la endoculturación sólo puede explicar la continuidad de la cultura, no su evolución.

Para cubrir estas lagunas, los antropólogos reconocen hoy otro medio potente de creación y mantenimiento de una determinada cultura: La difusión, este sistema ha estado presente desde el principio de los tiempos (los contactos comerciales y de colonia a metrópoli), pero en la actualidad se ve acelerado por la infraestructura tecnológica y de comunicaciones que permite mantener contacto real o virtual con personas que residan en cualquier parte. Mientras que la endoculturación hace referencia a la transmisión de rasgos culturales por vía generacional, la difusión designa la transmisión de rasgos culturales de una cultura y sociedad a otra distinta. Este proceso es tan frecuente que cabe afirmar que la mayoría de los rasgos hallados en cualquier sociedad se han originado en otra (lengua, religión, dieta, sistemas de gobierno).

1.3 MARCO CONCEPTUAL

Nivel de conocimiento sobre medicamentos

Tener conocimientos básicos de un tema, significa poseer los mínimos conocimientos requeridos de información.

El grado de conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos está altamente asociado a la mejora de su uso racional y de los resultados de la farmacoterapia.

Nivel Educativo

Entendemos por nivel educativo el grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una Institución educativa formalizada.

La persona que no posee ningún nivel educativo se llama Analfabeto. Se entiende por analfabetismo la incapacidad que posee un ser humano para realizar las operaciones básicas de leer y escribir. El analfabetismo aparece como resultado de la falta de educación y si bien el porcentaje de la población mundial aún sumida en tales condiciones es infinitamente menor a otras épocas de la historia, todavía hay numerosas sociedades y comunidades que cuentan con gran parte de analfabetos en su población.

El analfabetismo es uno de los principales problemas y deudas de la humanidad ya que aquellas personas consideradas analfabetas no lo son por opción propia si no por la existencia de altos niveles de pobreza, miseria y falta de oportunidades educativas en el medio en el que se encuentran insertas. Tal es así que las tasas de analfabetismo se hacen claramente visibles en países en desarrollo o del Tercer Mundo, países en los cuales los sistemas educativos son deficientes o directamente no son prioridad.

MEDICAMENTO Se define como toda sustancia medicinal que sola o asociada a otras, se administra con la finalidad de diagnosticar, prevenir, aliviar, tratar, curar o detener el proceso de la enfermedad.

AUTOMEDICACIÓN

La automedicación constituye una de las expresiones más modernas de la siempre presente necesidad de hombres y mujeres de velar por su propia salud. Sin embargo, y a diferencia de otras expresiones de los autocuidados, la automedicación tiene, para buena parte de la población y para la mayoría de los médicos, connotaciones negativas.

La automedicación es el uso de medicamentos, sin receta, por iniciativa propia de las personas y el autocuidado es el conjunto de actividades realizadas por el paciente, sin la asistencia de profesionales de la salud.

Los errores habituales de la automedicación se observan en los siguientes fármacos: analgésicos, antibióticos y antihistamínicos. Se concluye que la educación sanitaria y la información al paciente deben ser las herramientas del farmacéutico, en la farmacia comunitaria, para que la automedicación responsable sea una conducta adquirida por el paciente.

FÁRMACO

Un fármaco, de acuerdo con la farmacología, es cualquier sustancia que produce efectos medibles o sensibles en los organismos vivos y que se absorbe, puede transformarse, almacenarse o eliminarse. Esta definición se acota a aquellas sustancias de interés clínico, es decir aquellas usadas para la prevención, diagnóstico, tratamiento, mitigación y cura de enfermedades, y se prefiere el nombre de tóxico para aquellas sustancias no destinadas al uso clínico pero que pueden ser absorbidas accidental o intencionalmente; y droga para aquellas sustancias de uso social que se ocupan para modificar estados del ánimo. Los fármacos pueden ser sustancias creadas por el hombre o producidas por otros organismos y utilizadas por el hombre, de esta forma, hormonas, anticuerpos, interleucinas y vacunas son considerados fármacos al ser administrados en forma farmacéutica, en resumen, para que una sustancia biológicamente activa se clasifique como fármaco, debe administrarse al cuerpo de manera exógena y con fines médicos, los fármacos se

expenden y utilizan principalmente en la forma de medicamentos, los cuales contienen el o los fármacos prescritos por un facultativo en conjunto con excipientes.

ANTIBIÓTICOS

Un antibiótico es aquella sustancia química, generalmente utilizada en la medicina animal y humana y en la horticultura, que puede haber sido producida directamente de un ser vivo o derivada sintéticamente de éste con el objetivo de matar o impedir el crecimiento de ciertos microorganismos sensibles que hayan causado una concreta infección sobre los mencionados organismos.

ANTIGRIPAL

Es un medicamento que combina varias sustancias para aliviar síntomas del resfriado, catarro o gripe común, entre ellos: estornudos, congestión y/o flujo nasal, cuerpo cortado, lagrimeo, tos y fiebre leves, molestias musculares moderadas, dolor de cabeza e irritación de garganta.

ANTIINFLAMATORIO

Son aquellos que se oponen a los procesos de la inflamación. Distinguimos los anti-inflamatorios esteroideos, derivados de la cortisona, y los antiinflamatorios no esteroideos que no la contienen. Tienen cualidades anti-inflamatorias y también analgésicas y antipiréticas. Se utilizan para tratar ciertos reumatismos inflamatorios crónicos y en ocasiones también para tratar el dolor, la fiebre y los síntomas de la gripe. Los dos antiinflamatorios más conocidos son la aspirina y el ibuprofeno. Los medicamentos antiinflamatorios pueden tener efectos secundarios, sobre todo gastrointestinales y se deben utilizar con precaución en personas que han tenido úlcera gastrointestinal o que tienen riesgo de sangrados.

ANTIPIRÉTICO

Fármaco o sustancia que rebaja la fiebre. Los antipiréticos actúan de diferentes formas: disminuyen el metabolismo general, narcotizan el sistema nervioso central, actúan sobre el sistema termo regulador o bien provocan una vasodilatación periférica general.

ANTIISTAMÍNICO

Es un medicamento que sirve para reducir o eliminar los efectos de las alergias, al actuar bloqueando los receptores de la histamina. La histamina es una sustancia química que se libera en el cuerpo durante las reacciones alérgicas. Sólo los agentes que tienen como resultado terapéutico principal la modulación negativa de los receptores de histamina son llamados antihistamínicos.

ANTIDEPRESIVO

Son medicamentos que actúan directamente en los neurotransmisores, aumentando la disponibilidad de estos en el cerebro. Lo que buscan es corregir el desequilibrio químico que ha provocado la depresión. Estos van a actuar sobre el ánimo más que las emociones de un determinado momento por lo que los resultados suelen no poder verse de manera inmediata, si no que requieren tiempo para mostrar sus efectos. Además, estos medicamentos suelen tener injerencia sólo en personas que sufren de depresión.

ANTIVIRALES

Medicamento usado para el tratamiento de infecciones producidas por virus. Tal como los antibióticos (específicos para bacteria), existen antivirales específicos para distintos tipos de virus. No sin excepciones, son relativamente inocuos para el huésped, por lo que su aplicación es relativamente segura. Deben distinguirse de los viricidas, que son compuestos químicos que destruyen las partículas virales presentes en el medio ambiente.

FARMACIA

La farmacia es una especialidad médica pero también es una ciencia. Es el estudio de la investigación, de la elaboración, de la concepción y de los efectos de los medicamentos. La farmacia implica un excelente conocimiento de las moléculas pero también de la biología y de la medicina.

La farmacia también es un comercio dónde es posible comprar, a través de una receta o no, los medicamentos y los productos paramédicos, distintos aparatos y productos de higiene.

BOTICA

Es el lugar o establecimiento donde un farmacéutico ejerce la farmacia comunitaria o proporciona servicio sanitario a un paciente ofreciéndole consejo, dispensándole medicamentos fruto de este consejo o por receta del médico y otros productos de parafarmacia como productos de cosmética, alimentos especiales, productos de higiene personal, ortopedia, etc. Popularmente a la oficina de farmacia se le suele llamar simplemente farmacia y tradicionalmente se le llama botica.

MEDICAMENTO

La palabra medicamento proviene del vocablo latino —medicamentum—. Los medicamentos son un tipo de fármaco (al igual que las drogas), de efecto curativo o terapéutico, utilizados en el hombre o en distintos tipos de animales. Son útiles para la prevención, el diagnóstico, y el tratamiento de diversos males, pudiendo curar al enfermo, o proporcionarle un alivio de los síntomas o secuelas que posee.

Existen diferentes tipos de medicamentos, y diferentes formas de presentación; podemos encontrar cremas, pomadas, medicamentos inyectables, pastillas, supositorios, jarabes, o cápsulas (todas estas son fórmulas farmacéuticas). Los medicamentos que podemos adquirir más fácilmente, sin receta, ni prescripción médica son los medicamentos de venta libre, denominados también medicamentos de venta directa.

Otros medicamentos se venden bajo receta o prescripción médica, ya que no son aptos para todo tipo de personas, y en su uso indiscriminado pueden contener mayores riesgos.

Todos los medicamentos tienen contraindicaciones, enunciadas en el prospecto, en el cual aparece también la manera y dosis de tomar el medicamento, las sustancias que posee, y sus efectos terapéuticos.

Los medicamentos son preparados por gente especializada en la medicina, en laboratorios; y para ser puestos a disposición de la gente deben ser aprobados previamente por el Ministerio de Salud correspondiente, que evalúe si el medicamento es beneficioso para la salud, y puede ser de utilidad.

Un medicamento es una sustancia con propiedades para el tratamiento o la prevención de enfermedades. También se consideran medicamentos aquellas sustancias que se utilizan o se administran con el objetivo de restaurar, corregir o modificar funciones fisiológicas del organismo o para establecer un diagnóstico médico.

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Prescripción médica es el acto profesional del médico que consiste en recetar una determinada medicación o indicar un determinado tratamiento a un paciente, luego de haberlo examinado o realizado los exámenes respectivos.

SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

La automedicación es un problema de salud pública, al cual se relacionan una serie de complicaciones tales como: mal diagnóstico de la enfermedad, aparición de los efectos adversos, prolongación o agravamiento de la enfermedad, resistencia a los medicamentos empleados. Se hace necesario conocer la verdadera magnitud de este problema.

Otro de los graves problemas que acarrea la automedicación es el uso de algunos medicamentos antes de consultar al profesional de la salud retrasa la atención médica apropiada o dificulta el diagnóstico. Esto hace que en el momento de comenzar el tratamiento el médico se enfrenta a otros padecimientos además de los que existían originalmente.

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

El Hospital La Caleta de Chimbote se fundó en 1945 y fue inaugurado por el presidente Manuel Prado Ugarteche. Este nosocomio se crea por la urgente necesidad de atender a una población cada vez mayor que crecía por la migración que generaba el nacimiento de la Corporación Peruana del Santa y luego la instalación de la industria siderúrgica y el desarrollo de la industria pesquera.

Desde sus inicios fue calificado como el —hospital de los pobresll por la gran demanda que tenía y tiene por parte de la población de los asentamientos humanos (barriadas) y sectores rurales de bajos ingresos de toda la Provincia Del Santa.

Las patologías predominantes son las enfermedades respiratorias, digestivas y del aparato circulatorio. Al respecto la historia ha registrado el papel del Hospital La Caleta en la lucha contra el Cólera que azotó Chimbote en el año 1990.

En este contexto se ha observado que un elevado número de pacientes antes y después de concurrir al Hospital la Caleta consume medicamentos por cuenta propia, es decir sin la prescripción médica correspondiente; se observa igualmente que las personas concurren a las farmacias y boticas locales para informar al dependiente que atiende sus síntomas y solicitarles la medicina correspondiente, el dependiente que la mayoría de las veces no es un profesional les expenden medicinas de diferente tipo y que las normas exigen su venta previa receta médica. Al respecto según datos de una Encuesta Nacional de Salud, la automedicación representa un 15% del consumo de medicamentos ; esto es grave porque hay peligros que generan este tipo de práctica, entre ellos tenemos: aparición de toxicidad en forma de efectos secundarios,

reacciones adversas e intoxicación, dependencia o adicción, interacciones con otros medicamentos. La asociación de medicamentos puede ser peligrosa, falta de efectividad por no estar indicados en esa enfermedad, dosis inadecuada o tiempo de administración incorrecto. Esto es especialmente preocupante con los antibióticos de los que se tiende a abusar en casos no indicados (por ejemplo una gripe), creándose mecanismos de resistencia del organismo frente a bacterias habitualmente sensibles, pueden enmascarar o alterar otra enfermedad dificultando el diagnóstico o facilitando un diagnóstico erróneo, existe un grupo de fármacos como son los antibióticos, los antiinflamatorios y los analgésicos donde existe un consumo importante y en muchas ocasiones sin una indicación adecuada.

En Chimbote no se conoce la magnitud de la automedicación pero si se atiende con frecuencia sus efectos. Por ello resulta de importancia pública generar evidencia sobre este problema a fin de orientar políticas públicas que promuevan el uso racional de medicamentos.

2.1.2 Antecedentes teóricos

Hemos hallado una serie de estudios y tesis universitarias que abordan el tema de nivel de conocimientos sobre medicamentos, nivel educativo y automedicación.

A nivel Internacional

García Delgado, Pilar; Gastelurrutia Garralda, Miguel Ángel; Baena Parejo, María Isabel; Fisac Lozano, Federico y Martínez Martínez, Fernando (2008) en la **Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos**, sostienen, que la morbilidad relacionada con el uso de los medicamentos tiene tal prevalencia que es un problema de salud pública. La falta de conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos (CPM) parece que es uno de los principales elementos que pueden llevar a un uso no apropiado de éstos. Como expone la OMS, No importa lo efectivo y

seguro que sea un producto intrínsecamente, sólo puede cumplir su función si es utilizado correctamente. La adecuada información del paciente sobre el o los medicamentos que utiliza es un principio esencial para conseguir un uso racional del medicamento, que conlleva un aumento de los resultados positivos asociados a la medicación.

Salmerón Rubio Joaquín, García-Delgado Pilar, Iglesias-Ferreira Paula, Mateus-Santos Henrique, Martínez-Martínez Fernando (2009) en el estudio, **Medida del conocimiento del paciente sobre su medicamento en farmacia comunitaria en Portugal**, consideró una muestra de conveniencia de pacientes que acuden a las farmacias comunitarias en el área Metropolitana de Lisboa denominada Gran Lisboa. La población fue todos los usuarios de medicamentos o cuidadores que acudieron a las farmacias comunitarias, a recoger uno o varios medicamentos, con o sin receta médica. Se excluyeron aquellos pacientes con dificultades de comunicación, pacientes derivados desde otros servicios cognitivos de la farmacia y aquellos que ya hubiesen participado en el estudio. Para determinar el grado de conocimiento del paciente sobre su medicación se utilizó la adaptación transcultural al portugués europeo del cuestionario CPM-PT-PT21, que mostro su validez y fiabilidad en un estudio previo de las propiedades psicométricas del cuestionario adaptado.

Los resultados obtenidos muestran una elevadísima falta de conocimiento del paciente sobre el medicamento que utiliza, a pesar de las numerosas estrategias sanitarias que se están adoptando. La utilización de este cuestionario de medida CPM-PT-PT, válido y fiable podría ser incorporado por los farmacéuticos en su práctica diaria en la cartera de servicios para ayudar a los pacientes a realizar un correcto proceso de uso de sus medicamentos, favoreciendo la consecución de resultados clínicos positivos.

Gómez, Leobardo M.; Galar Marcela M; Téllez L. Ana María; Carmona Z. Francisco A.; Amaya Ch. Araceli (2009) en el estudio de **automedicación en una farmacia comunitaria de la Ciudad de Toluca**

– **México**, encontraron la frecuencia y los factores que predisponen a la automedicación en la población. Mediante un estudio descriptivo, observacional y prospectivo, se analizaron las adquisiciones de medicamentos en la farmacia. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario, que refería información de características sociodemográficas, económicas, cobertura del sistema sanitario y de automedicación. Los resultados mostraron un mayor porcentaje de automedicación en: mujeres, población adulta y en sujetos con menor acceso a servicios sanitarios. Los medicamentos que más se consumieron fueron: analgésicos, antibióticos y antiácidos. Con este estudio se determinaron los grupos prioritarios a los que se deben dirigir programas de educación sanitaria, para mejorar la calidad de la automedicación.

Blanco, María Azucena; Olmos, Bettiana Marisabel; Quijano, María Juliana; Arizaga, Dalila Daniela (2009) en el estudio sobre **Automedicación y Autoprescripción en pacientes que concurren a centros de salud de la ciudad de Barranqueras, Provincia del Chaco, República Argentina** encontraron que la automedicación implica riesgos por los posibles problemas o eventos relacionados con los medicamentos, que van desde leves hasta graves, según la droga y el usuario.

Objetivo. Determinar la frecuencia de automedicación, y el conocimiento acerca de los riesgos que ésta implica en pacientes que concurren a un centro de salud en la ciudad de Barranqueras. Población, materiales y métodos. Estudio exploratorio, descriptivo y transversal. La población en estudio fueron personas que asistían a consultorio externo del área de clínica médica de un centro de salud en la ciudad de Barranqueras.

Se utilizó como instrumento de recolección de datos cuestionarios de selección múltiple.

Resultados, de 40 personas encuestadas 31 personas contestaron que si se han automedicado mientras que 9 personas han respondido que nunca lo han hecho. Así como también 9 personas contestaron que si es bueno

automedicarse mientras 31 personas contestaron que no es bueno automedicarse. De los 40 entrevistados 33 personas han contestado automedicarse con antiinflamatorios no esteroideos.

Discusión. Este trabajo ha demostrado que el 85% de las personas encuestadas en el centro de salud de la ciudad de Barranqueras conocen lo que es la automedicación y que el 77% se ha automedicado alguna vez en su vida a pesar de que consideran una mala conducta este hecho. El 82% de las personas encuestadas han referido que el centro de salud nunca les ha informado acerca de la automedicación y los riesgos que esta contempla.

De Pablo, María Mercedes (2011) en el estudio sobre **La automedicación en la cultura universitaria de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Instituto Pedagógico de Caracas UETD "Liceo Caracas" Venezuela** señala que la automedicación ha estado presente en la solución a los problemas de salud-enfermedad desde los comienzos de la humanidad. Sin embargo, ésta utilización por voluntad propia supone un acto sanitario que puede ocasionar perjuicios sino se hace de forma reflexiva y con el conocimiento básico. El estudio es de tipo descriptivo. La muestra fue 240 estudiantes de diversas especialidades y la recolección de datos mediante un cuestionario. Los resultados indican: (a) un alto porcentaje practica la automedicación irresponsable, (b) consumen desde vitaminas hasta antibióticos, sin prescripción, (c) desconocen reacciones fisiológicas como eventos adversos, (d) usan indistintamente medicamentos sintéticos y naturales, (e) reconocen implicaciones de EA, pero creen estar capacitados para manejar su salud, cuando se trata de procesos autocatalogados poco importantes.

Puig Soler, Rita; Perramon Coletb, Merixtell; Zara Yahniay, Corinne; García Puigg, Anna M. (2013) en el estudio **Establecimiento de los conocimientos, actitudes y opiniones de la población sobre el uso racional de medicamentos en Barcelona España** sostienen que el

incumplimiento terapéutico y los errores de medicación pueden relacionarse con una escasa comprensión de la información sobre salud. Se conoce como alfabetización en salud, «health literacy», a la capacidad que tiene un individuo para obtener, procesar y entender información básica sobre salud y servicios relacionados, necesarios para la toma de decisiones referidas a su salud. Se asocia un bajo grado de alfabetización con un menor uso de servicios de prevención, menor conocimiento de los procesos crónicos, e incluso, con mayor número de ingresos hospitalarios.

A Nivel Nacional

Buscando información sobre automedicación, en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, encontramos las siguientes tesis:

Llanos Zavalaga Luis Fernando, Contreras Ríos Carlos Enrique, Velasquez Hurtado José Enrique, Mayca Pèrez Julio Ander, Lecca García Leonid, Reyes Lecca Roberto, Peinado Rodríguez Jesús (2001) en el estudio sobre **Automedicación en cinco provincias de Cajamarca**, sostienen que la automedicación en poblaciones de bajos recursos es uno de los principales problemas de salud pública. Ello puede incrementar las reacciones adversas, la resistencia antimicrobiana y los costos, ocasionando en la persona un riesgo elevado, evitable, caro e ineficaz. Tuvo como objetivo determinar las características de la automedicación en la zona rural de Cajamarca.

Se realizó un estudio transversal analítico, entre diciembre de 1999 y enero del 2,000, aplicándose una encuesta a 384 jefes de hogar seleccionados de manera sistemática con probabilidad proporcional al tamaño; el muestreo fue probabilístico y polietápico.

Se encontró automedicación en 36.19% de hogares, adquiriendo alguna medicación 66.18% de ellos en una farmacia privada. No hubo diferencia significativa en relación a las variables sexo, ocupación y grado de instrucción del jefe de hogar, así como su afiliación a un seguro familiar.

Se encontró asociación entre ingreso mayor de 300 nuevos soles y automedicación. El motivo más frecuente mencionado por la población para automedicarse fue: —ya sé que recetanll.

Benítes Gálvez, María del Rosario (2005) en la tesis titulada **Factores asociados a la automedicación en el centro de salud Gambeta Alta mediante análisis de regresión logística binaria**, sostiene, que la automedicación es un problema de salud pública en nuestro medio. La regresión logística binaria es un estudio multivariado que nos permite obtener los factores asociados a la automedicación de manera simultánea y analizar las posibles interacciones entre las variables. Objetivos: Determinar los factores asociados a la automedicación en el centro de salud Néstor Gambeta Alta. Establecer un modelo de regresión logística binaria. Materiales y métodos: Se desarrolló un estudio caso-control en los pacientes que acudieron a consultorio externo del centro de salud en el periodo de Mayo a Julio del 2005. La muestra fue dividida en dos grupos de edades, mayores y menores de 15 años. Se diseñó un modelo de regresión logística binaria. Resultados: Los adultos que automedican a sus menores presentan como factores asociados a la automedicación a: la ocupación de trabajador independiente (p menor 0,001; OR = 96,44; IC 95 por ciento = 26,32), desocupado (p menor 0,001; OR = 27,05; IC 95 por ciento = 8,32 - 87,93), ama de casa (p menor 0,001; OR = 21,27; IC 95 por ciento = 7,08 - 63,85); el sexo femenino (p menor 0,001; OR = 6,51; IC 95 por ciento = 2,87 - 14,80) y los síntomas como dolor (p= 0,003; OR = 11,02; IC 95 por ciento = 2,28 - 53,09), fiebre (p menor 0,001; OR = 9,65; IC95 por ciento = 2,71 - 34,34), congestión nasal (p menor 0,001; OR = 26,70; IC 95 por ciento = 4,98 - 142,90) y diarrea (p=0,009); OR = 10,45; IC 95 por ciento = 1,80 - 60,75). En personas mayores de 15 años, el único factor asociado a la automedicación fue la ocupación. El modelo de regresión logística binaria es útil para identificar los factores asociados a la automedicación. Personas con trabajo independiente, amas de casa o desocupados; de sexo femenino y en presencia de

síntomas como dolor, fiebre, congestión nasal y diarrea constituye factores de riesgo para automedicar a sus niños.

Buscando información en el Ministerio de Salud hallamos el **Estudio sobre Automedicación en el Perú realizado por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas-DIGEMID a cargo de Susana Vásquez Lezcano (2008)** sostiene, que en todo el mundo, más del 50% de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden de forma inadecuada y el 50% de los pacientes los toman de forma incorrecta. Son tipos frecuentes de uso irracional de medicamentos entre otros: el uso de demasiados medicamentos por paciente (polifarmacia); uso inadecuado de medicamentos antimicrobianos, a menudo por dosis incorrectas; prescripciones no de acuerdo con guías o protocolos clínicos basados en evidencias; automedicación inadecuada, a menudo con medicamentos que requieren receta médica.

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

Consecuencias:

La práctica inadecuada de la utilización de medicamentos autorizados para su utilización previa prescripción de un profesional médico, conlleva a un grave riesgo para la salud de la población, debido a:

- El uso de medicamentos sin receta médica puede interferir en el diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades.
- Cuando la adquisición de medicamentos se realiza en establecimientos no registrados, no existe garantía en la calidad de los mismos, ni en su

procedencia, pudiendo adquirirse productos falsificados, adulterados, vencidos o mal conservados.

- Se incrementa el riesgo de reacciones adversas, intoxicaciones e interacciones medicamentosas.

- Se Incrementa el riesgo de resistencia a los antimicrobianos, un grupo de medicamentos que debe ser utilizado en todos los casos, bajo prescripción médica.

Condicionantes; Muchos son los factores que condicionan la automedicación, pero se identifican entre otros, el limitado acceso a servicios de salud, existencia de barreras económicas por los bajos ingresos de la población, bajos niveles de educación e información, el acceso libre a medicamentos de venta con receta médica; y la promoción y publicidad sesgada y exagerada por parte de la industria farmacéutica.

Mestanza Francisco y Pamo Oscar (2013) en el **Estudio Muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana**, para determinar las características del consumo de medicamentos y la automedicación se realizó un estudio prospectivo, transversal y de tipo encuesta en dos farmacias correspondientes a los estratos socioeconómicos alto y bajo. Así, 720 personas, 360 de cada estrato, fueron encuestadas al azar. En el estrato bajo hubo una mayor proporción de menores de edad, de mujeres, de analfabetos, de escolaridad incompleta, de amas de casa y trabajadores independientes, y de dolencias agudas (infecciosas, parasitarias y dérmicas). En el estrato alto hubo una mayor proporción de consumidores geriátricos, de escolaridad completa y superior, de trabajadores dependientes y profesionales, y de dolencias subagudas y crónicas (digestivas, neuropsiquiátricas, cardiovasculares y endocrinológicas). Los medicamentos más solicitados fueron los antimicrobianos (ampicilina y cotrimoxazol). AINE's, antigripales vitaminas. La automedicación ocurrió en el 66.7% del estrato bajo y en el 40.6% del estrato alto ($p < 0.001$) y se relacionó con ser menor de edad, menor grado de escolaridad, ser estudiante o trabajador independiente, dolencias agudas

(respiratorias y dérmicas). También se demostró la existencia de prescripciones incompletas de antimicrobianos, incluyendo las de los médicos. (Rev. Med. Hered. 1992; 3: 101-108).

2.1.3 Definición del Problema

2.1.3.1 Problema Principal

¿Cómo se relaciona **el Nivel de Conocimientos sobre Medicamentos y el Nivel Educativo con la Automedicación** en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote?

2.1.3.2 Problemas Específicos

1. ¿Cómo se relaciona **el Nivel de Conocimientos sobre Medicamentos** con la Automedicación en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote?
2. ¿Cómo se relaciona **el Nivel Educativo** con la Automedicación en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación.

2.2.1. Finalidad

El presente trabajo de investigación tuvo por finalidad determinar la relación del Nivel de Conocimientos sobre los Medicamentos y el Nivel Educativo con la Automedicación que practican los pacientes adultos del Hospital La Caleta de Chimbote.

2.2.2 Objetivos

2.2.2.1 Objetivo General

- a) Establecer la relación entre el Nivel de Conocimientos básicos sobre Medicamentos, el Nivel Educativo y la Automedicación en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote.

2.2.2.2 Objetivos Específicos:

- b) Determinar la relación entre **el Nivel de Conocimientos sobre Medicamentos** con la Automedicación en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote.

- c) Determinar la relación entre **el Nivel Educativo** con la Automedicación en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote.

2.2.3. Delimitación del Estudio

Delimitación Espacial: El trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital La Caleta de Chimbote donde se atiende pacientes en los servicios de emergencia, y consultorios externos de ginecología, cirugía, medicina, odontología, medicina física y rehabilitación, cardiología, neurología, traumatología, oftalmología, psicología y neumología.

Delimitación temporal: El estudio se realizó de Junio a Agosto del 2015.

Delimitación social: La investigación se llevó a cabo con pacientes que demandan los servicios del Hospital La Caleta.

Delimitación conceptual: Los conceptos vertidos en el estudio son: conocimientos sobre medicamentos o fármacos, nivel educativo, automedicación, cultura de salud.

2.2.4. Justificación e importancia del estudio

Justificación

El desarrollo de trabajo se orientó a determinar la manera en que influye el Nivel de Conocimientos sobre Medicamentos y el Nivel Educativo en la práctica de la Automedicación; desde este punto de vista, el estudio tiende a llenar un vacío en el conocimiento del tema en la medida que ha sido escasamente investigado en la zona.

Importancia

Esperamos que al desarrollar esta investigación sirva para que los decisores de políticas orienten las mismas hacia una educación sanitaria que eleve el nivel de conocimientos de la población sobre los medicamentos modernos, adecuando los mensajes al nivel educativo de las personas.

2.3 Hipótesis y Variables.

2.3.1 Hipótesis de la Investigación

2.3.1.1 Hipótesis General

A menor nivel de conocimientos sobre medicamentos y menor nivel educativo mayor automedicación en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote.

2.3.1.2 Hipótesis específicas

1. A menor **nivel de conocimientos sobre medicamentos** mayor automedicación en los pacientes del hospital La Caleta de Chimbote.
2. A menor **nivel educativo** mayor automedicación en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote.

2.3.2 Variables e indicadores

Variables Independientes

1. Nivel de conocimientos sobre medicamentos.
2. Nivel educativo.

Variable Dependiente

Automedicación.

Definición Operacional

Variables	Dimensiones	Indicadores
Automedicación (variable dependiente)	Consumo de fármacos sin receta medica	<ul style="list-style-type: none"> • N° de Personas que consumen fármacos sin prescripción médica. • N° de Fármacos prohibidos que se venden en farmacias y boticas locales.
	Problemas ocasionados por automedicación	<ul style="list-style-type: none"> • N° de pacientes con problemas por consumo de medicinas sin prescripción médica. • N° de pacientes que no se aliviaron. • N° de pacientes que se empeoraron. • N° de pacientes que gastaron sin resultados.
Nivel de Conocimientos sobre medicamentos (variable independiente)	Concepto de salud-enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura en salud
	Conocimientos sobre medicamentos	Nivel de conocimientos sobre: <ul style="list-style-type: none"> • antibióticos. • antigripales. • anti-inflamatorios. • antipiréticos. • antidepresivos.
Nivel educativo (variable independiente)	<ul style="list-style-type: none"> - Analfabetos - Grado de instrucción alcanzado 	<ul style="list-style-type: none"> • N° de pacientes que no saben leer ni escribir. • Número de pacientes con instrucción primaria. • N° de pacientes con instrucción secundaria. • N° de pacientes con instrucción superior no universitaria • N° de pacientes con estudios universitarios.

CAPITULO III: MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1 Población y Muestra

Población: La población estuvo conformada por 3620 pacientes que se atienden, en promedio, mensualmente en el Hospital La Caleta de Chimbote hasta el mes de Junio 2015.

MORBILIDAD HOSPITAL LA CALETA - 2015		
N°	MESES	N° DE PACIENTES
1	Enero	3533
2	Febrero	3222
3	Marzo	3824
4	Abril	3521
5	Mayo	4047
6	Junio	3403
7	Julio	3549
8	Agosto	3487
9	Septiembre	3549
10	Octubre	3926
11	Noviembre	3930
12	Diciembre	3454
TOTAL		43445
Fuente: Oficina de Estadística e informática Hospital La Caleta (2015)		
PROMEDIO DE ATENCIÓN MENSUAL: 3620		

Muestra: Estuvo compuesta por 384 pacientes adultos, hallada según el procedimientos que se detalla a continuación.

Variable: **Automedicación** en pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote

Población Infinita

Datos:

$P+Q=1$

Como no se conoce cuantos se automedican entonces se tomó el siguiente criterio:

Tasa de acierto =50%

Tasa de Pérdida =50%

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot (p \cdot q)}{N \cdot E^2 + Z^2 \cdot (p \cdot q)}$$

$$n = \frac{3620 \cdot 1.96^2 \cdot (0.50 \cdot 0.50)}{3620 \cdot 0.05^2 + 1.96^2 \cdot (0.50 \cdot 0.50)}$$

n = 384 pacientes, por redondeo se tomó a 400 pacientes.

3.2 Diseño

Nivel de Investigación: El nivel de investigación corresponde a la investigación aplicada, porque se utilizaron instrumentos para medir las variables: Nivel de conocimientos sobre medicamentos, nivel educativo y automedicación y así comprobar las hipótesis de la investigación.

Método: El método utilizado fue el descriptivo, porque se buscó asociar la relación entre las tres variables: Nivel de conocimientos sobre medicamentos, nivel educativo y automedicación.

Diseño: Se representa así:

M₁: O_{x2} – O_y

Donde:

M₁: Pacientes del Hospital La Caleta.

O_{x2}: Observación de las variables: Nivel de conocimientos sobre medicamentos y nivel educativo.

O_y: observación de la variable: Automedicación

3.3 Técnica e instrumento de recolección de datos

Se utilizó la técnica denominada encuesta.

La información fue registrada mediante el instrumento de recolección de datos de los formatos de la encuesta.

El instrumento utilizado fue sometido a juicio de expertos para su aprobación, antes de la aplicación.

Fueron tres expertos que evaluaron el instrumento según los indicadores presentados en la definición operacional de variables, una vez validados se procedió a aplicar los instrumentos en los 400 pacientes de la muestra. Se adjuntan las tres fichas de validación. (anexos)

3.4 Procesamiento de datos

Una vez aplicada la encuesta se procedió a tabular toda la información mediante la creación de una base de datos utilizando para ello el SPSS versión 22. Se crearon tablas y gráficos con todos los resultados de tipo explicativo, precisando frecuencias y porcentajes, también se utilizó la estadística inferencial para la comprobación de hipótesis haciendo uso de la prueba estadística no paramétrica de chi cuadrado por tratarse de variables cualitativas medidas a través de escalas nominales.

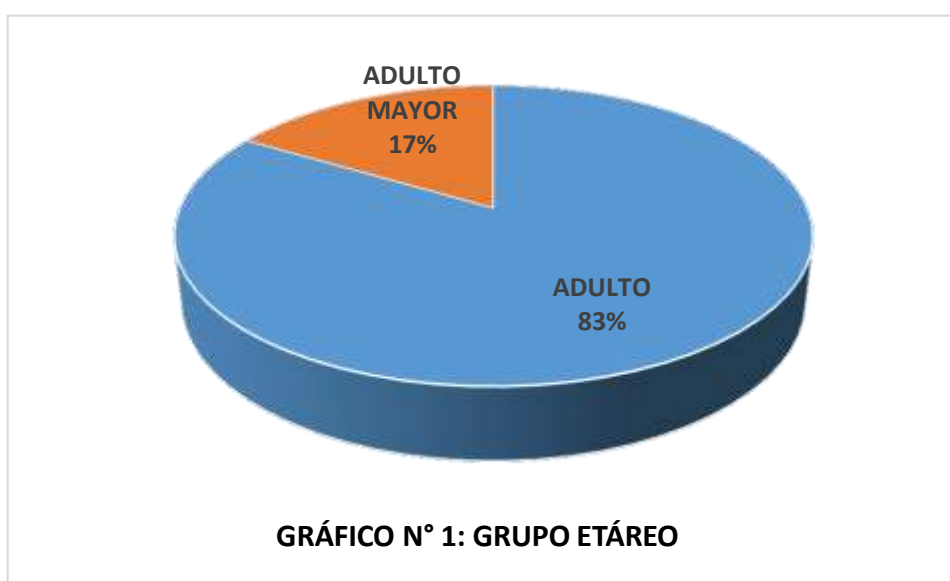
CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados.

A continuación se presentan todos los resultados obtenidos mediante las encuestas aplicadas a los 400 pacientes atendidos en el Hospital La Caleta de Chimbote para medir su nivel de conocimientos básicos, nivel educativo y la automedicación que asumen ellos.

TABLA N°.1 GRUPO ETÁREO		
Categorías	Frecuencia	Porcentaje
ADULTO	334	83,5
ADULTO MAYOR	66	16,5
Total	400	100,0

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

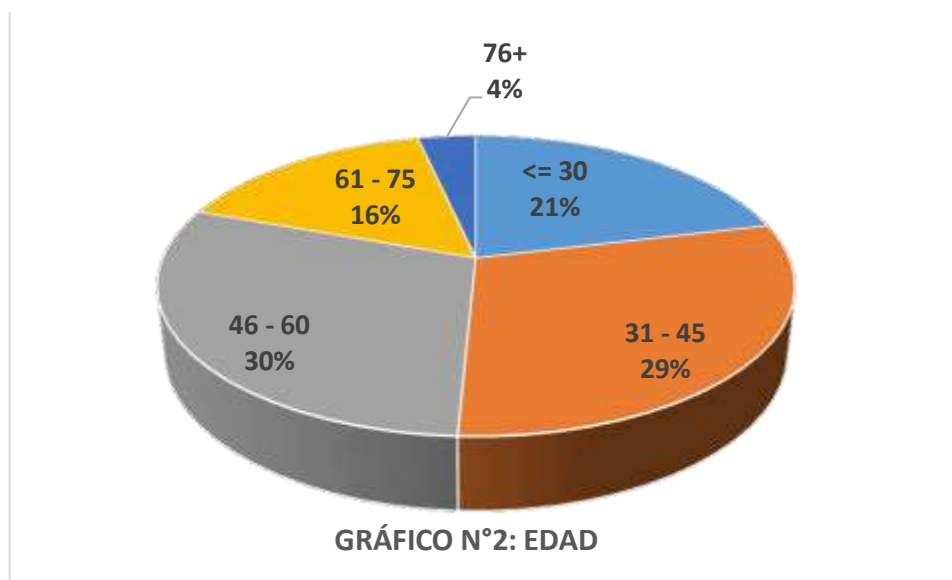


En la tabla Nro. 01 observamos que el grupo de encuestados del Hospital La Caleta de Chimbote está conformado por 334 pacientes adultos que constituyen el 83.5% y 66 pacientes adultos mayores que están representados en un 16.5%.

Estos pacientes han sido entrevistados en las áreas de medicina física, medicina general, cardiología entre otros, tal y como aparece en la tabla N°5.

TABLA N°.2 EDAD DEL ENCUESTADO		
Categorías	Frecuencia	Porcentaje
<= 30	85	21,3
31 - 45	118	29,5
46 - 60	119	29,8
61 - 75	64	16,0
76+	14	3,5
Total	400	100,0

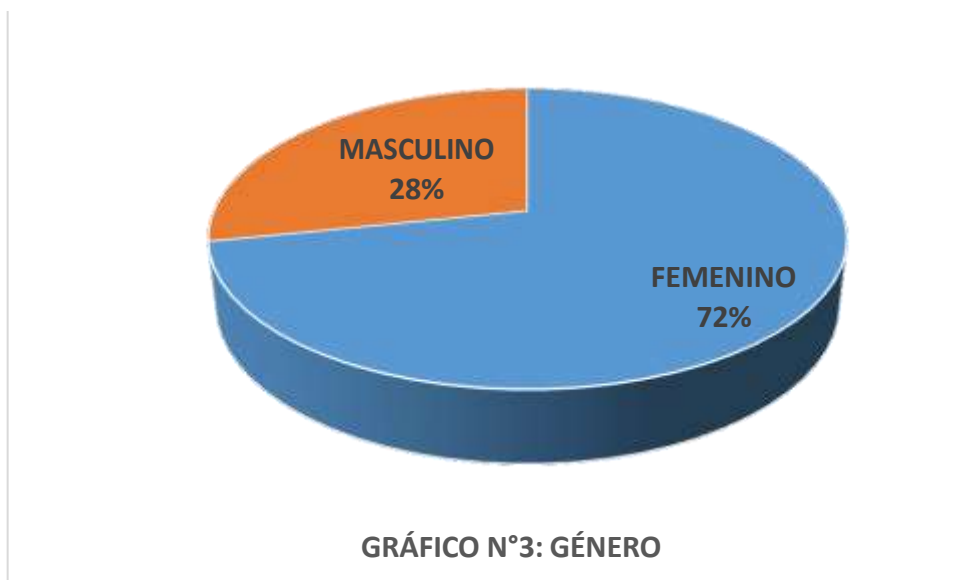
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



En la tabla Nro. 2 se observa que la edad de los pacientes encuestados fluctúa entre los 31 a 45 años en un mayor porcentaje al igual que entre 46 a 60 años, seguido de 21.3% con una edad menor de 30 años y el 19.5% con una edad mayor a 60 años.

TABLA N°.3 GÉNERO DEL ENCUESTADO		
Categorías	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	287	71,8
MASCULINO	113	28,2
Total	400	100,0

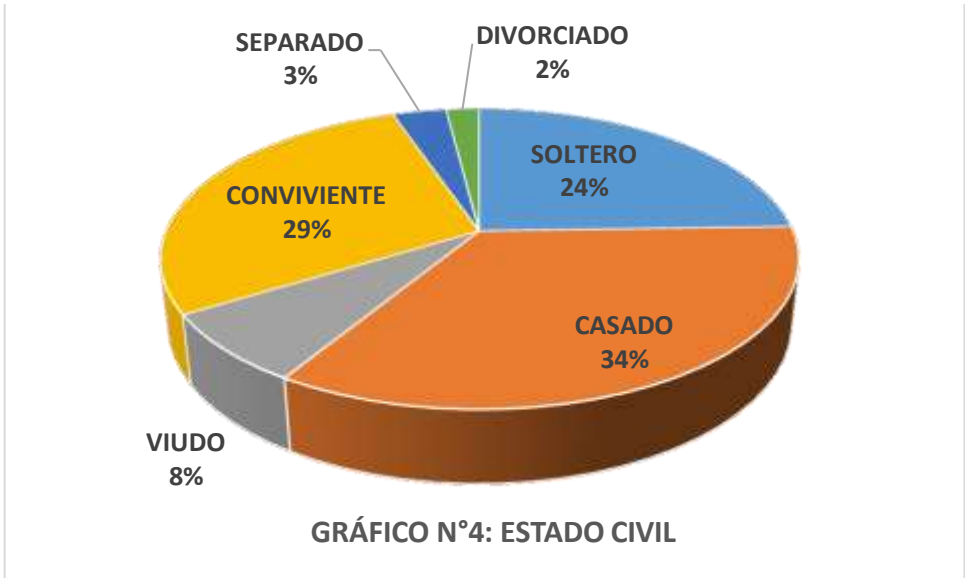
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



En la tabla Nro. 3 observamos que en cuanto al género el 72% de la muestra de pacientes es decir 287 son mujeres que han sido encuestadas y el 28% son hombres. Al parecer habría mayor preocupación por la salud en las mujeres que en los hombres que acuden al Hospital La Caleta de Chimbote.

TABLA N°.4 ESTADO CIVIL		
Categorías	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO	98	24,5
CASADO	137	34,3
VIUDO	30	7,5
CONVIVIENTE	114	28,5
SEPARADO	13	3,3
DIVORCIADO	8	2,0
Total	400	100,0

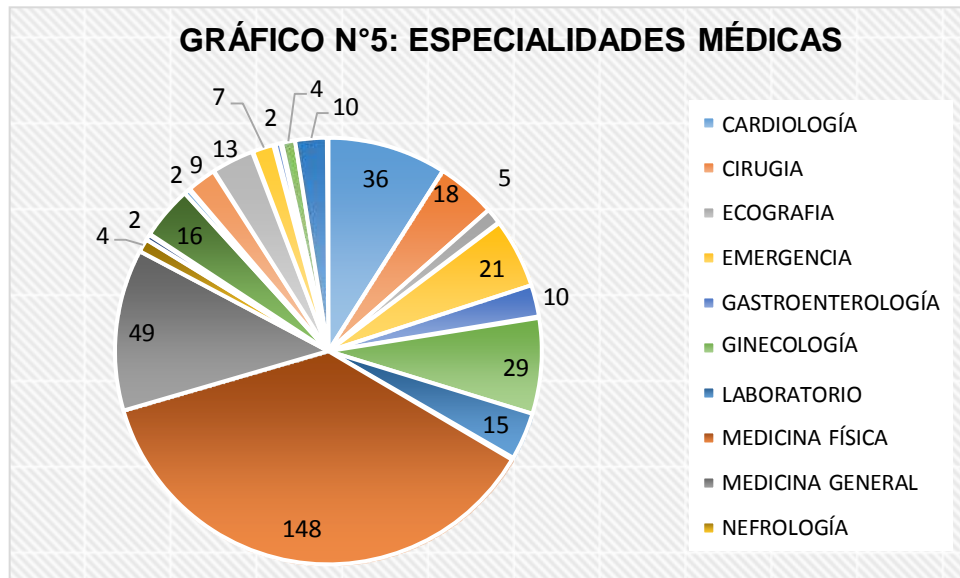
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



En cuanto al Estado Civil observamos en la tabla N°4 que el mayor porcentaje de la muestra son pacientes casados en un 34% es decir 137 del total de los 400 pacientes encuestados, seguido de los convivientes representados por el 28.5% es decir 114 pacientes, un 24.5% estarían en la categoría de solteros es decir 98 pacientes y en menores porcentajes los viudos con un 7.5%, los separados con un 3.3% y finalmente los divorciados con un 2%.

TABLA N°.5 ESPECIALIDADES MÉDICAS		
Categorías	Frecuencia	Porcentaje
CARDIOLOGÍA	36	9,0
CIRUGIA	18	4,5
ECOGRAFIA	5	1,3
EMERGENCIA	21	5,3
GASTROENTEROLOGÍA	10	2,5
GINECOLOGÍA	29	7,2
LABORATORIO	15	3,8
MEDICINA FÍSICA	148	37,0
MEDICINA GENERAL	49	12,3
NEFROLOGÍA	4	1,0
NEUMOLOGÍA	2	,5
NEUROLOGÍA	16	4,0
NUTRICIÓN	2	,5
ODONTOLOGÍA	9	2,3
OFTALMOLOGÍA	13	3,3
OTROS	7	1,8
PEDIATRÍA	2	,5
PSICOLOGIA	4	1,0
RAYOS X	10	2,5
Total	400	100,0

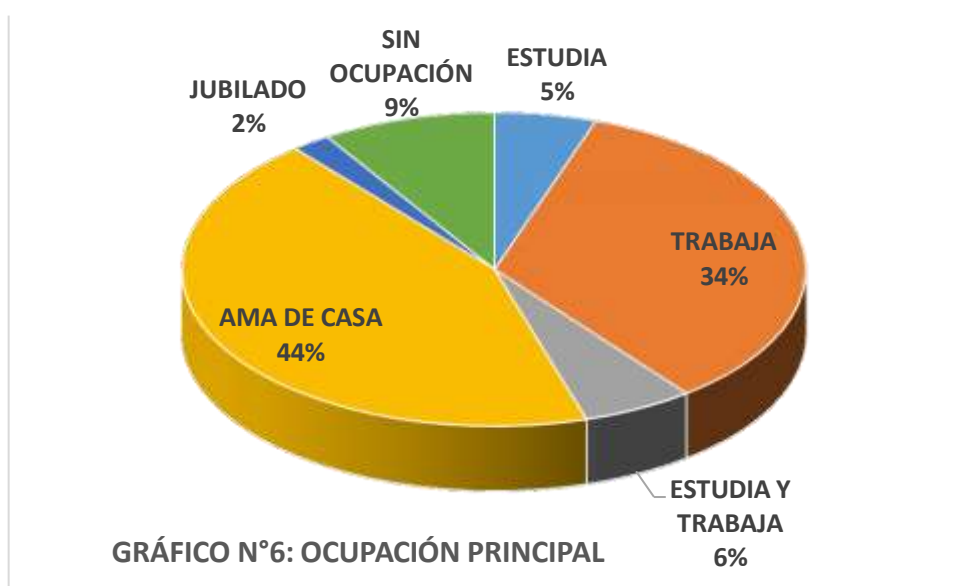
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



En la tabla N°5, observamos, las diversas especialidades por las cuales son atendidos los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote, encontramos que el mayor porcentaje se ubica en la especialidad de Medicina Física con el 37% representado por 148 pacientes seguido de Medicina General con el 12.3% es decir 49 pacientes que acuden a este servicio y el 9% de la muestra es decir 36 pacientes se atienden frecuentemente en Cardiología, seguido de otros servicios como Ginecología, Emergencia, entre otros.

TABLA N°.6 OCUPACIÓN PRINCIPAL		
Categorías	Frecuencia	Porcentaje
ESTUDIA	21	5,3
TRABAJA	137	34,3
ESTUDIA Y TRABAJA	23	5,8
AMA DE CASA	175	43,8
JUBILADO	8	2,0
SIN OCUPACIÓN	36	9,0
Total	400	100,0

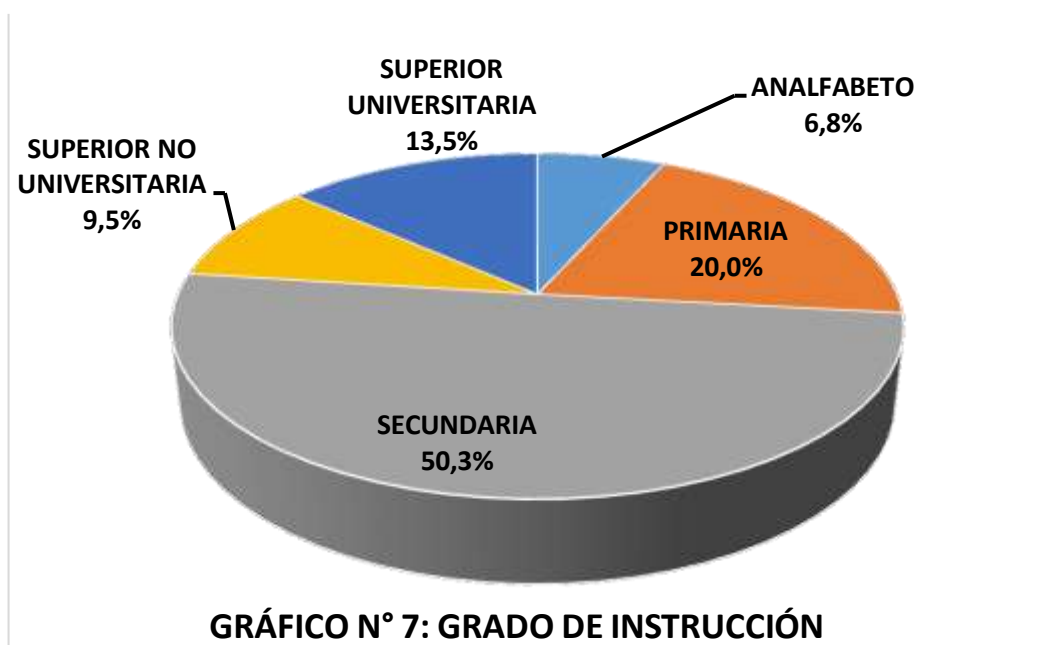
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



En la tabla N°6, observamos que la mayoría de pacientes encuestados se dedica al hogar es decir son amas de casa en un 43.8% es decir 175 personas, seguido de un 34.3% es decir 137 pacientes que trabajan y en escasos porcentajes encontramos que no tienen ocupación alguna el 9%, trabajan y estudian el 5.8%, solo estudian 5.3% y son jubilados el 2% de la muestra de los 400 pacientes.

TABLA N°.7 GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Categorías	Frecuencia	Porcentaje
ANALFABETO	27	6,8
PRIMARIA	80	20,0
SECUNDARIA	201	50,2
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	38	9,5
SUPERIOR UNIVERSITARIA	54	13,5
Total	400	100,0

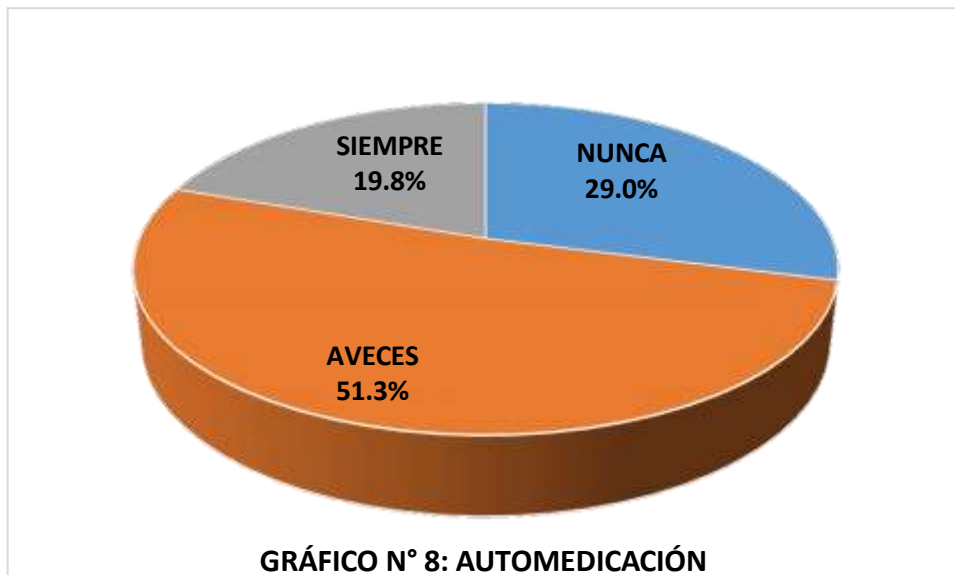
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



En cuanto al grado de instrucción encontramos que el 50.3% de la muestra poseen el grado de instrucción secundaria es decir 201 pacientes del total de encuestados seguido del 20% con nivel educativo primaria representado por 80 pacientes, el 13.5% tiene un nivel superior universitario es decir 54 personas, mientras que el 9.5% posee instrucción superior no universitaria y lamentablemente el 6.8% de la muestra encuestada es decir 27 personas son analfabetas, no saben leer ni escribir porque no tuvieron las posibilidades de acceso a la educación.

TABLA N°.8		
AUTOMEDICACIÓN		
Categorías	Frecuencias	Porcentajes
NUNCA	116	29,0
AVECES	205	51,2
SIEMPRE	79	19,8
Total	400	100,0

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



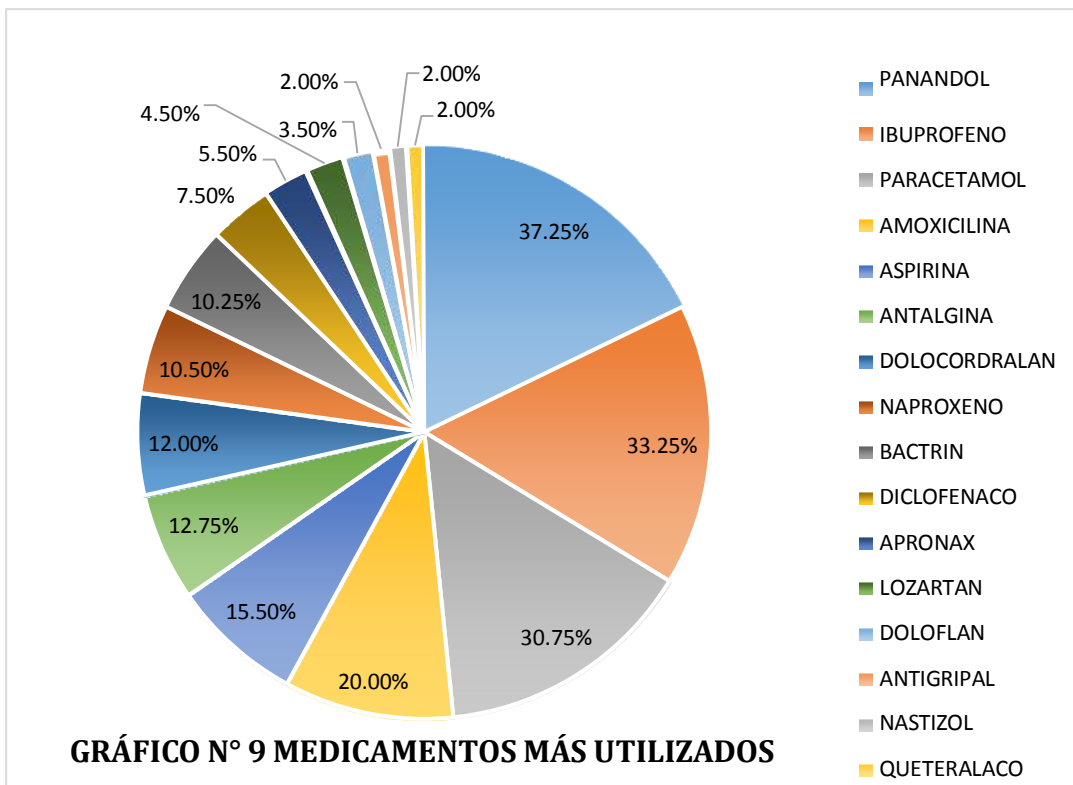
En la tabla N°8, observamos que de la muestra de 400 pacientes atendidos en el Hospital La Caleta de Chimbote, 205 de ellos es decir el 51.3% manifiesta que a veces se automedica sin embargo, 29% es decir 116 personas afirman que nunca se automedican y prefieren acudir al hospital y el 19.8% manifiesta que siempre se automedica es decir 79 personas de la muestra siendo un porcentaje significativo lo han hecho posiblemente por no haber podido asistir a la consulta médica o porque algún familiar le dio referencias de los medicamentos más comunes para las dolencias que presentaban.

Cabe mencionar que muchas personas se automedican con frecuencia porque consumen medicinas para dolores, para conciliar el sueño entre otros requerimientos.

TABLA N°.9
MEDICAMENTOS MÁS UTILIZADOS

MEDICAMENTOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
PANADOL	149	37.25%
IBUPROFENO	133	33.25%
PARACETAMOL	123	30.75%
AMOXICILINA	80	20%
ASPIRINA	62	15.5%
ANTALGINA	51	12.75%
DOLOCORDALAN	48	12.00%
NAPROXENO	42	10.50%
BACTRIN	41	10.25%
DICLOFENACO	30	7.50%
APRONAX	22	5.50%
LOZARTAN	18	4.50%
DOLOFLAN	14	3.50%
ANTIGRIPAL	8	2.00%
NASTIZOL	8	2.00%
QUETERALACO	8	2.00%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



Los pacientes que se automedican, hicieron referencia a los medicamentos que se administran con mayor frecuencia, es decir los toman sin ninguna receta médica.

Entre los medicamentos más utilizados se encuentra en primer lugar el Panadol, consumido por el 37.25%, 149, pacientes, este medicamento es utilizado para los dolores de garganta, dolores articulares, seguido del Ibuprofeno con 133 respuestas, afirmativas, que equivale al 33.25%, este fármaco es un analgésico que se administra por vía oral; 123 personas, el 30.75%, respondieron que el Paracetamol también lo administran para dolores ya que también es un analgésico. Otro de los medicamentos utilizados es la Amoxicilina que es un antibiótico que solamente se debería vender con receta médica, sin embargo, el 20%, 80, pacientes, afirman, conseguirlo sin la receta médica y se autoadministran.

Un medicamento utilizado frecuentemente para dolores y prevenir infartos según se sabe, es la Aspirina, es un analgésico, antiinflamatorio, anticoagulante y antipirético, 62 personas, el 15.5% respondieron que lo autoadministran sin prescripción médica.

Otro fármaco bastante utilizado en nuestro medio es la Antalgina que comúnmente se administra para la fiebre, sin embargo, también debe expendirse con receta médica y al parecer 51 pacientes, 12.75%, lo toman sin contar con el permiso ni sugerencia del galeno.

Encontramos que el 12%, 48, pacientes respondieron que se automedican con Dolocordralán que es un antiinflamatorio y analgésico.

El 10.50%, 42, pacientes utilizan el Naproxeno que se administra para los dolores e inflamaciones.

El 10.25%, 41, pacientes, hace uso del Bactrin, es un antibiótico utilizado para las infecciones urinarias, del oído y otras enfermedades.

EL 7.50%, 30, pacientes, usa Diclofenaco, que es un antiinflamatorio utilizado en dolores musculares y articulares.

Entre los medicamentos con menor uso tenemos: El Apronax con el 5.50%, 22, pacientes; el Lozartán con el 4.50%, 18, pacientes; el Doloflán con el 3.50%, 14, pacientes, finalmente tenemos: Antigripal, Nastizol, y Queteralaco, cada uno representa un uso del 2%

TABLA N°.10
NIVEL DE CONOCIMIENTOS

Categorías	Frecuencias	Porcentajes
BAJO	90	22,5
MEDIO	251	62,7
ALTO	59	14,8
Total	400	100,0

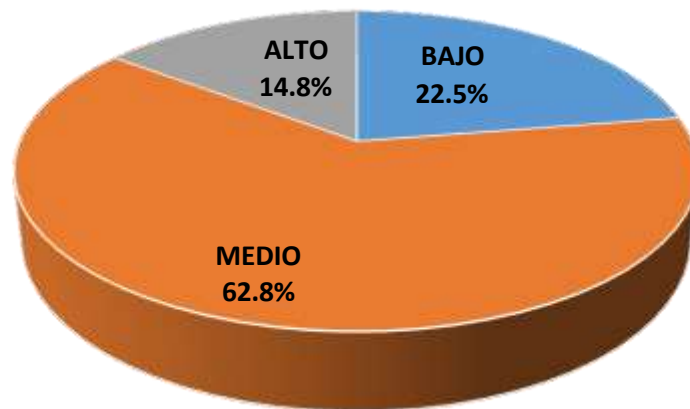


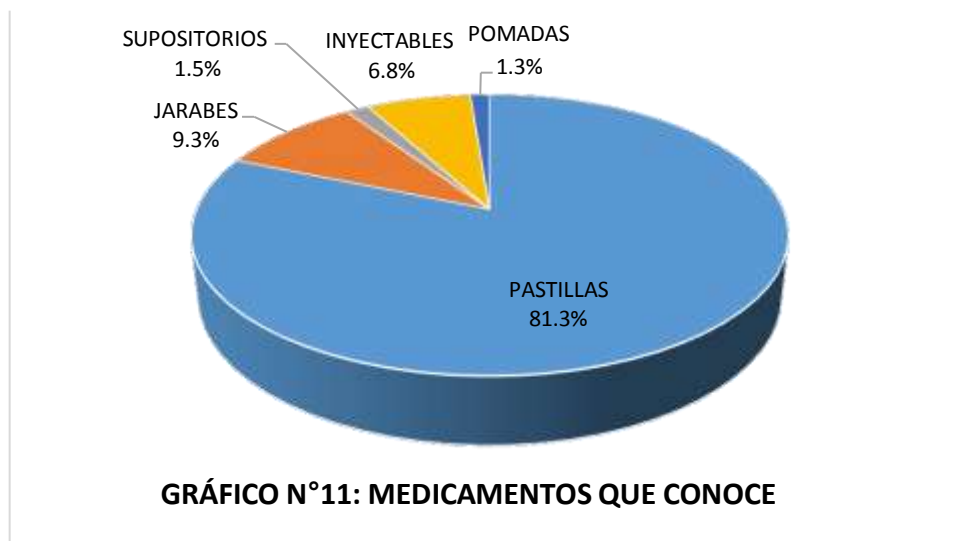
GRÁFICO N°10: NIVEL DE CONOCIMIENTOS

En la tabla N°10 observamos que el mayor porcentaje de pacientes ubica su nivel de conocimientos de los medicamentos en un nivel medio con el 62.7% es decir 251 pacientes de los 400 poseen algunos conocimientos sobre los fármacos sin embargo, los autoadministran.

El 22.5% es decir 90 pacientes tienen un nivel bajo de conocimientos y es preocupante saber que se automedican sin tener conocimientos sobre los farmacos y solo el 14.8% es decir 59 pacientes tienen un nivel alto de conocimientos sin embargo, esto no los faculta para administrar los fármacos sin la debida prescripción médica.

TABLA N°.11 MEDICAMENTOS QUE CONOCE		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
PASTILLAS	325	81,3
JARABES	37	9,3
INYECTABLES	27	6,8
SUPOSITORIOS	6	1,5
POMADAS	5	1,3
Total	400	100,0

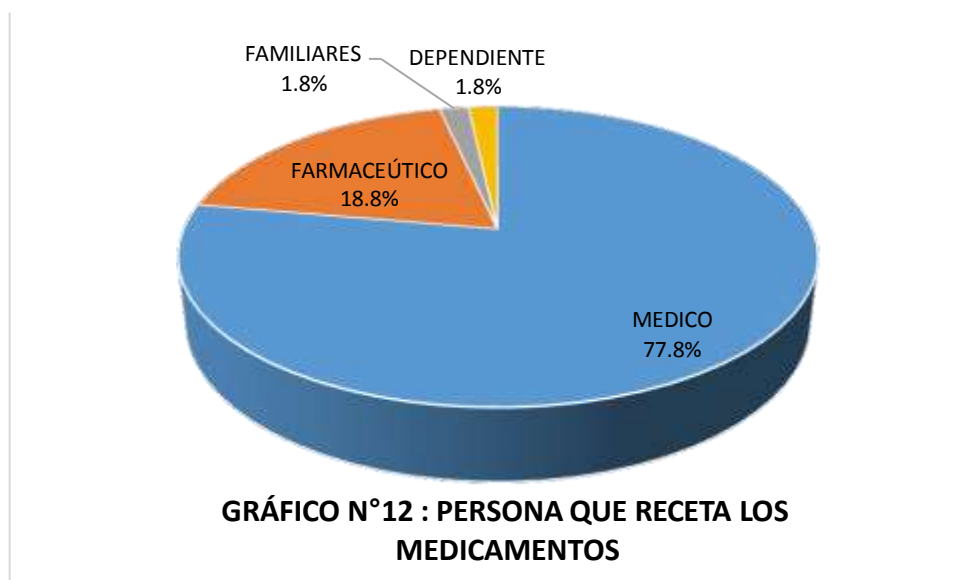
FUENTE: ELABORACION PROPIA



En la tabla N°11, observamos que el 81.3%, es decir, 325 pacientes conoce las pastillas como presentación de los medicamentos mientras que las otras presentaciones se conocen en menor porcentaje, ocupando el segundo lugar los jarabes en un 9.3%, 37, pacientes, le siguen los inyectables un 6.8%, 27, pacientes, luego los supositorios en 1.5%, 6, pacientes y finalmente las pomadas con un 1.3%, 5, pacientes

TABLA N°.12		
PERSONA QUE RECETA LOS MEDICAMENTOS		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
MEDICO	311	77,8
FARMACEÚTICO	75	18,8
FAMILIARES	7	1,8
DEPENDIENTE	7	1,8
Total	400	100,0

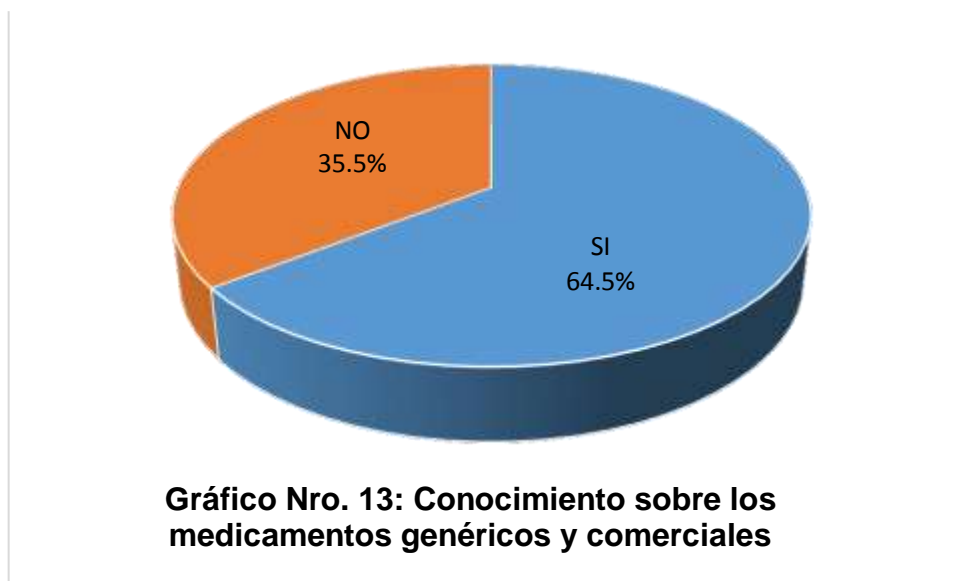
FUENTE: ELABORACION PROPIA



En la tabla N°12, observamos que el 77.8%, es decir, 311 pacientes, consume medicamentos recetado por médicos y el 18.8%, 75, pacientes consume, medicamentos, recetado por farmacéuticos, el 1.8%, 7, pacientes lo hacen por consejo de familiares y encontramos que los dependientes, o sea, los vendedores del mostrador de las farmacias y/o boticas influyen en el 1.8%, 7, pacientes. Influyen tanto como los familiares.

TABLA N°.13 CONOCIMIENTO SOBRE MEDICAMENTOS GENÉRICOS Y COMERCIALES		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	258	64,5
NO	142	35,5
Total	400	100,0

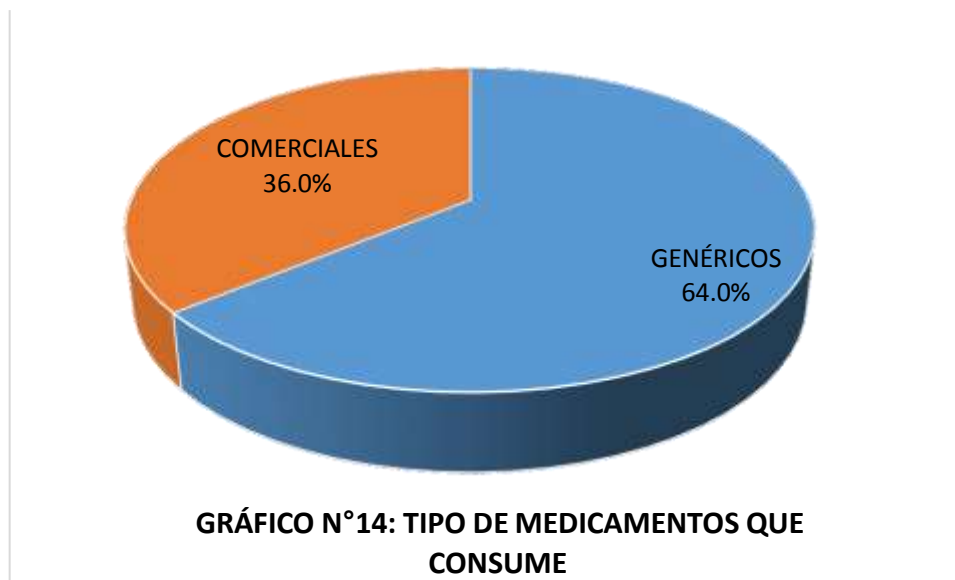
FUENTE: ELABORACION PROPIA



En la tabla N°13, sobre conocimientos de medicamentos genéricos y comerciales, la mayoría de entrevistados 64.5%, 258, pacientes conoce su existencia, sin embargo, el 35.5%, 142, de ellos manifiesta su desconocimiento acerca de ellos. Esta situación es preocupante, porque por desconocimiento, el porcentaje es elevado 35.5%, se orienta el consumo de medicamentos comerciales, lo cual perjudica su economía.

TABLA N°.14		
TIPO DE MEDICAMENTOS QUE CONSUME		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
GENÉRICOS	256	64,0
COMERCIALES	144	36,0
Total	400	100,0

FUENTE ELABORACION PROPIA



En la tabla N°14, sobre tipo de medicamentos que consume, observamos, que el 64%, 256, pacientes consume medicamentos genéricos, en tanto que una tercera parte 36%,144, pacientes consume medicamentos comerciales. Estos datos se corresponden con los datos del cuadro N°13, porque su consumo se relaciona con el conocimiento que tienen acerca de la existencia de medicamentos genéricos y comerciales.

TABLA N°.15 LEE FECHA DE EXPIRACIÓN DEL MEDICAMENTO		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
FRECUENTEMENTE	288	72,0
A VECES	68	17,0
NUNCA	44	11,0
Total	400	100,0

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

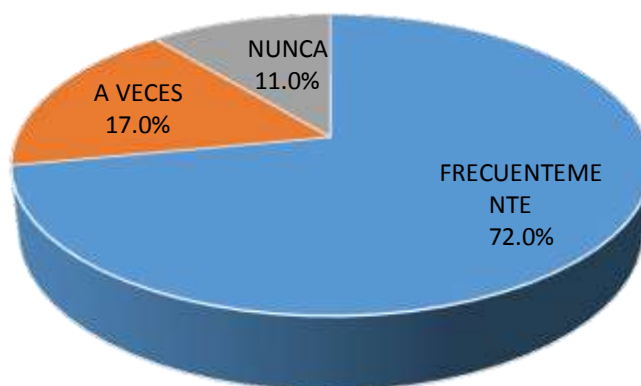
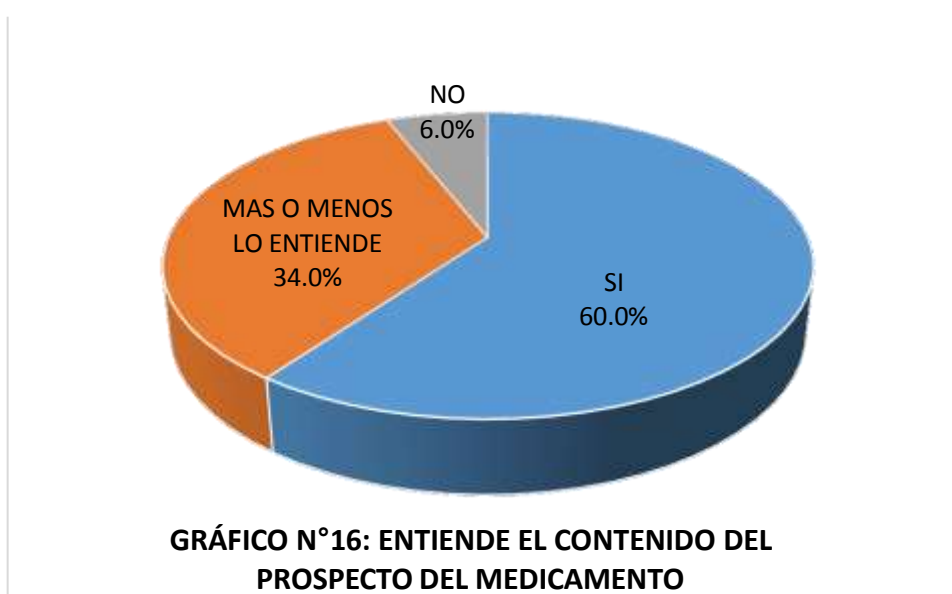


GRÁFICO N°15: LEE FECHA DE EXPIRACIÓN DEL MEDICAMENTO

En la tabla N°15, observamos que el 72%,288, pacientes lee, frecuentemente, la fecha de expiración del medicamento que consume; el 17%, 68, pacientes lo hace a veces y el 11%, 44, pacientes nunca lo lee. Estos dos últimos casos constituyen un riesgo, para la salud, ya que al leerlo a veces y no hacerlo nunca es igual de peligroso porque podrían adquirir y/o consumir medicamentos vencidos.

TABLA N°.16 ENTIENDE EL CONTENIDO DEL PROSPECTO DEL MEDICAMENTO		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	240	60,0
MAS O MENOS LO ENTIENDE	136	34,0
NO	24	6,0
Total	400	100,0

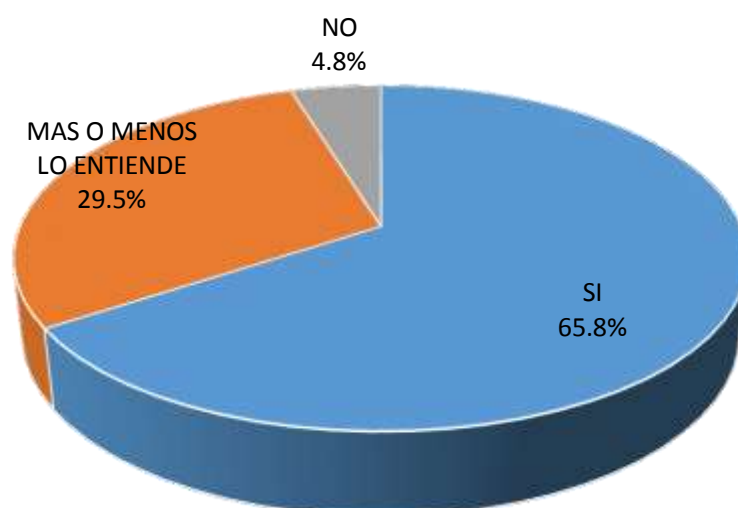
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



En la tabla N°16 observamos que el 60%, 240, pacientes sí entiende el contenido del prospecto del medicamento, mientras que el 34%, 136, pacientes, más o menos lo entiende y el 6%, 24, pacientes no entiende. Obviamente que los niveles de entendimiento son elementales, puesto que los términos usados en los prospectos difícilmente pueden comprender personas que no son especialistas; mientras que aquellas personas que no entienden o entienden muy poco sugiere la necesidad que el prescriptor informe sobre el medicamento a nivel que sea comprendido por el paciente.

TABLA N°.17 CONOCE LOS RIESGOS DEL USO INADECUADO DE MEDICAMENTOS		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	263	65,8
MAS O MENOS LO ENTIENDE	118	29,5
NO	19	4,8
Total	400	100,0

FUENTE: ELABORACION PROPIA

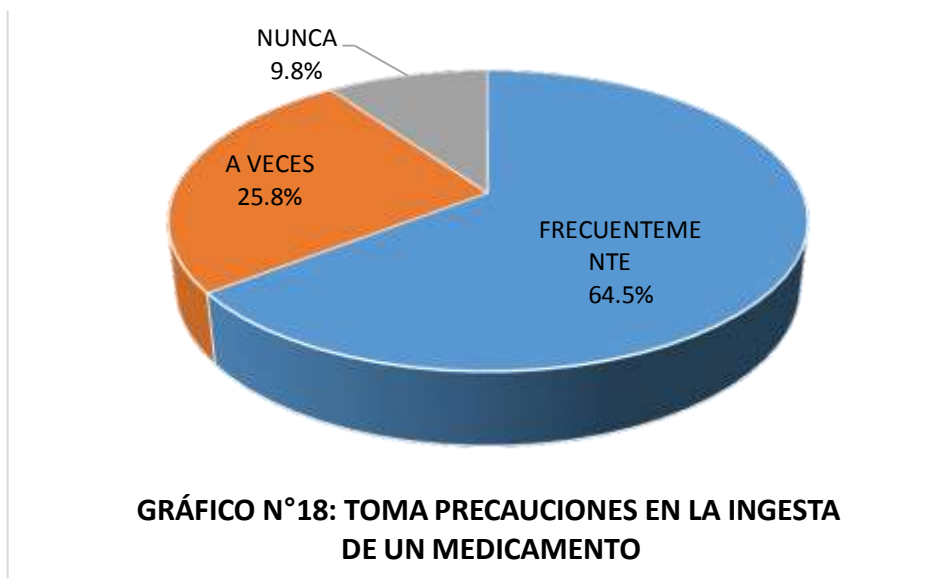


**GRÁFICO N°17: CONOCE LOS RIESGOS DEL USO
INADECUADO DE MEDICAMENTOS**

En la tabla N°17, sobre los riesgos del uso inadecuado de medicamentos, el 65.8%, 263, pacientes sí los conoce, un 29.5%, 118, pacientes más o menos los conoce, y el 4.8%, 19, pacientes no conoce. La situación de conocer más o menos y no conocer, sobre el uso inadecuado de los medicamentos, trae consigo riesgos de polimedición, polifarmacia, adicción y que el medicamento no cumpla con los efectos para lo cual es prescrito.

TABLA N°.18 TOMA PRECAUCIONES EN LA INGESTA DE UN MEDICAMENTO		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
FRECUENTEMENTE	258	64,5
A VECES	103	25,8
NUNCA	39	9,8
Total	400	100,0

FUENTE: ELABORACION PROPIA

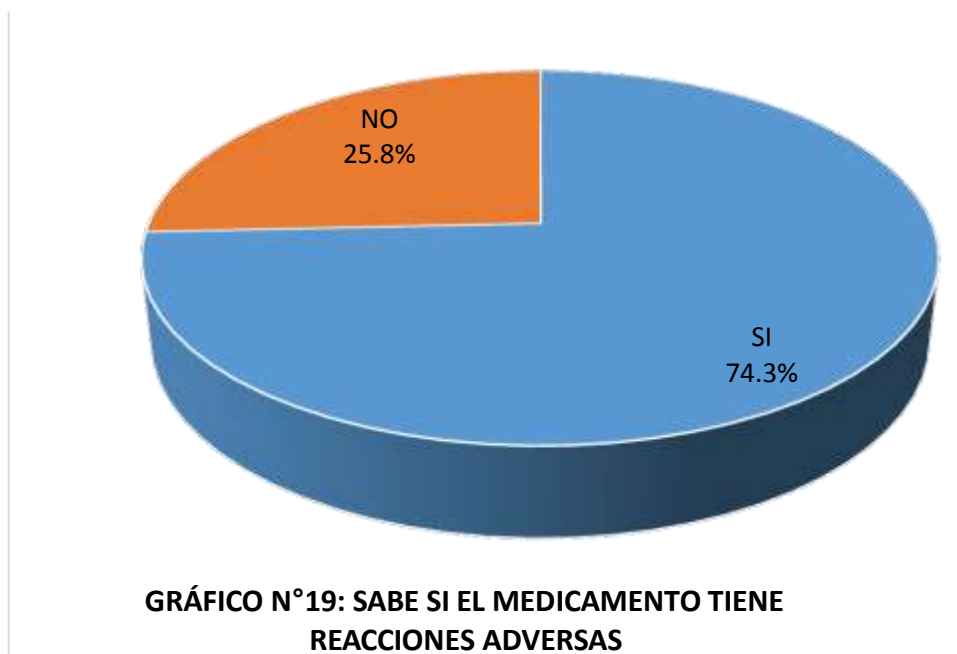


En la tabla N°18 observamos que el 64.5%, 258, pacientes, frecuentemente, toma precauciones en la ingesta de un medicamento, el 25.8%, 103, pacientes a veces y el 9.8%, 39, pacientes nunca toma precauciones.

En cuanto a la toma de precauciones en la ingesta de medicamentos, existe un elevado riesgo para la salud sobre todo en los que lo hacen a veces y nunca porque pueden enfrentar casos de alergias, colapsos, etc. porque no se estarían respetando las contraindicaciones de los medicamentos.

TABLA N°.19		
SABE SI EL MEDICAMENTO TIENE REACCIONES ADVERSAS		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	297	74,3
NO	103	25,8
Total	400	100,0

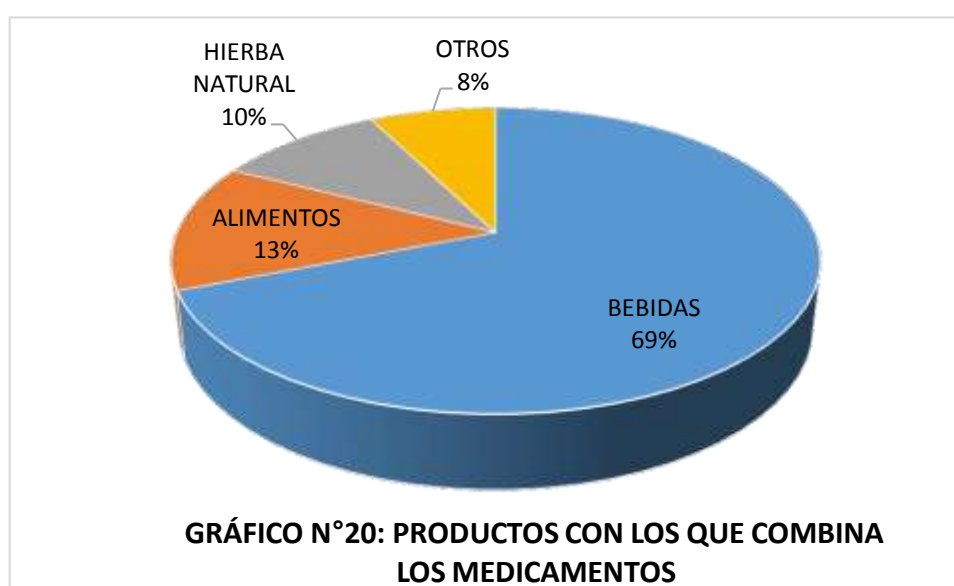
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



En la tabla N°19, sobre conocimiento de reacciones adversas de los medicamentos, el 74.3%, 297, pacientes manifestó conocer las reacciones adversas de los medicamentos y el 25.8%, 103, manifiesta que no tiene ningún conocimiento. Obviamente, que este conocimiento pasa por la información que tengan los pacientes acerca de los medicamentos, a pesar, que la mayoría tiene conocimientos existe un elevado porcentaje, 25.8%, de pacientes que aún necesitan de esta información, urge un trabajo de salud pública en este aspecto.

TABLA N°.20		
PRODUCTOS CON LOS QUE COMBINA LOS MEDICAMENTOS		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
BEBIDAS	276	69,0
ALIMENTOS	54	13,5
HIERBA NATURAL	40	10,0
OTROS	30	7,5
Total	400	100,0

FUENTE: ELABORACION PROPIA

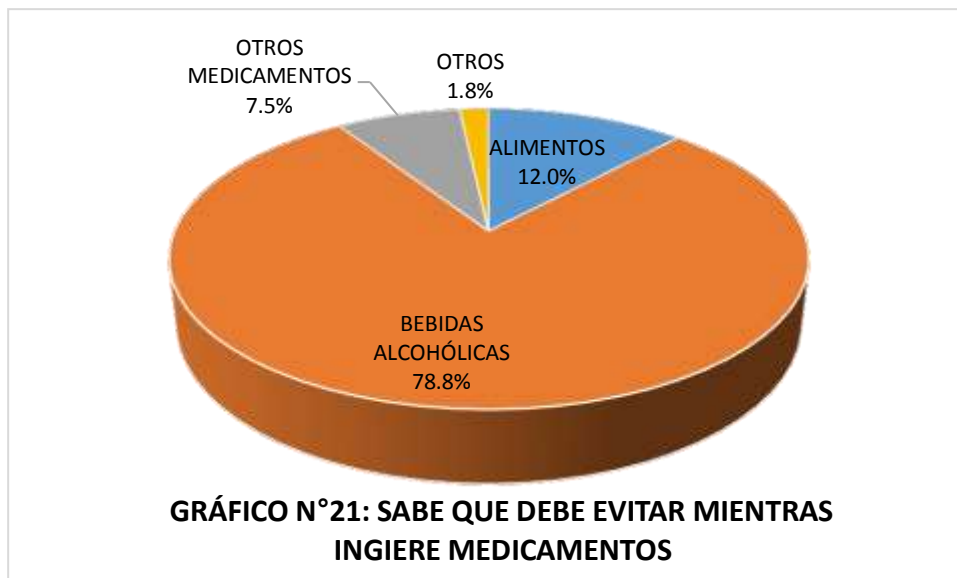


En la tabla N°20, observamos que el 69%, 276, pacientes combina los medicamentos con la ingesta de bebidas, seguido de un 13.5%, 54, pacientes que los combina con alimentos, el 10%, 40, pacientes los combina con hierbas naturales y el 7.5%, 30, pacientes los combina con otros productos.

El cuadro nos está demostrando que la mayoría de pacientes combina los medicamentos con bebidas en general. Esto no tendría nada de malo si las bebidas son inocuas, pero si son de otro tipo, la salud de los pacientes estaría en riesgo; combinar con alimentos, no es un riesgo porque los prescriptores y/o prospectos de los medicamentos nos dicen si hacerlo antes o después de consumir los alimentos; combinarlos con hierbas naturales no es un riesgo, siempre y cuando las hierbas no tengan algún elemento que produzca una reacción adversa y en, otros productos, tendríamos que conocer de qué productos se trata para especificar riesgos.

TABLA N°.21		
SABE QUE DEBE EVITAR MIENTRAS INGIERE		
MEDICAMENTOS		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
BEBIDAS ALCOHÓLICAS	315	78,8
ALIMENTOS	48	12,0
OTROS MEDICAMENTOS	30	7,5
OTROS	7	1,8
Total	400	100,0

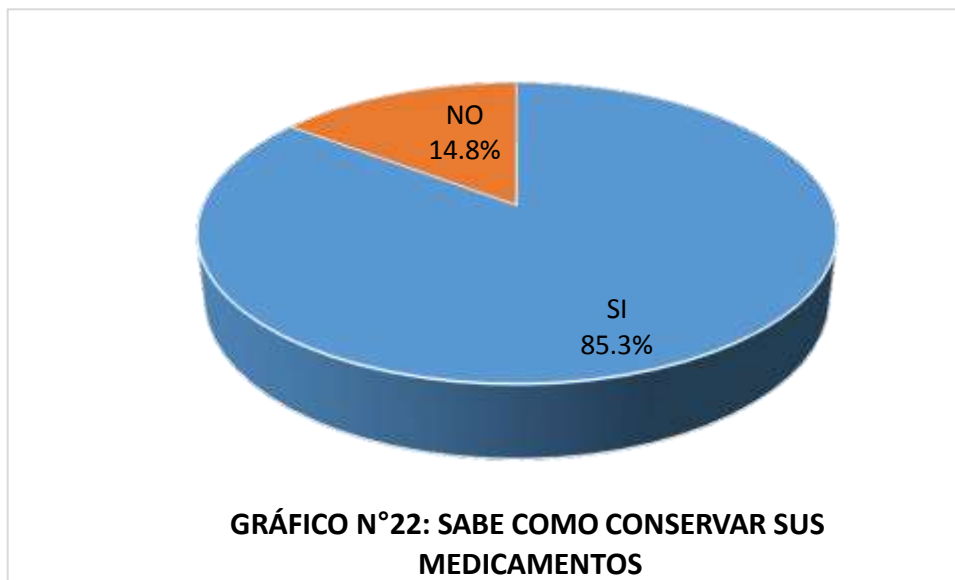
FUENTE: ELABORACION PROPIA



En la tabla N°21, respecto a saber qué evitar mientras ingiere medicamentos, observamos, que el 78.8%, 315, pacientes sabe que debe evitar bebidas alcohólicas, mientras ingiere algún medicamento; el 12%, 48, pacientes, manifiestan que no consumen alimentos contraindicados con el medicamento, un 7.5%, 30, pacientes, expresan que no ingieren otros medicamentos y finalmente el 1.8%, 7, pacientes sabe que debe evitar otras sustancias cuando ingiere medicamentos.

TABLA N°.22		
SABE COMO CONSERVAR SUS MEDICAMENTOS		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
SI	341	85,3
NO	59	14,8
Total	400	100,0

FUENTE: ELABORACION PROPIA

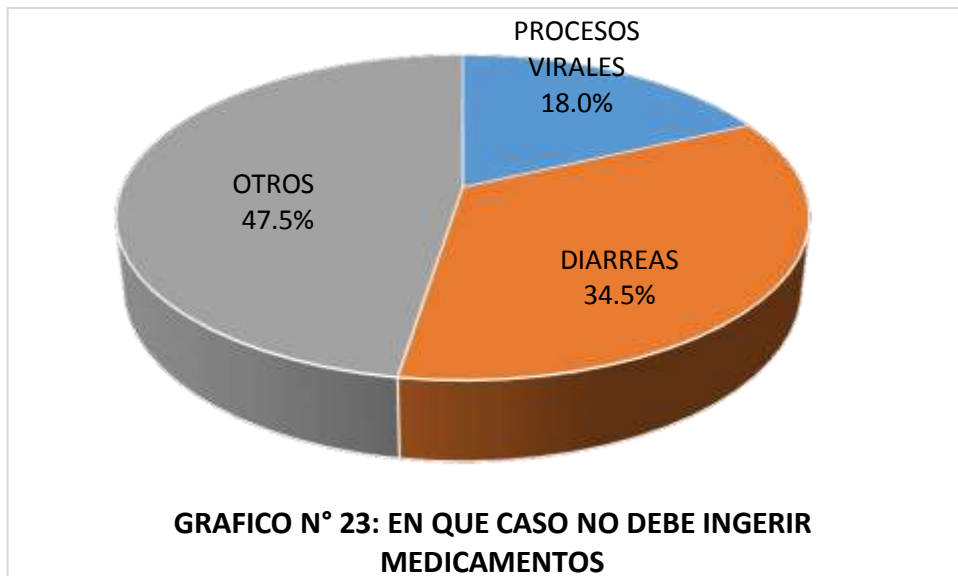


En la tabla N°22, observamos, que el 85.3%, 341, pacientes sabe cómo conservar sus medicamentos, mientras que el 14.8%, 59, pacientes aseguró que no sabe cómo conservar sus medicamentos.

La mayoría de pacientes, el 85.3%, si sabe cómo conservar sus medicamentos lo cual es muy favorable y es muy preocupante que el 14.8% no sepa como conservar sus medicamentos, porque es un indicador relativamente alto. Es urgente, el trabajo de salud pública al respecto

TABLA N° 23		
EN QUE CASO NO DEBE INGERIR MEDICAMENTOS		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
PROCESOS VIRALES	72	18,0
DIARREAS	138	34,5
OTROS	190	47,5
Total	400	100,0

FUENTE: ELABORACION PROPIA

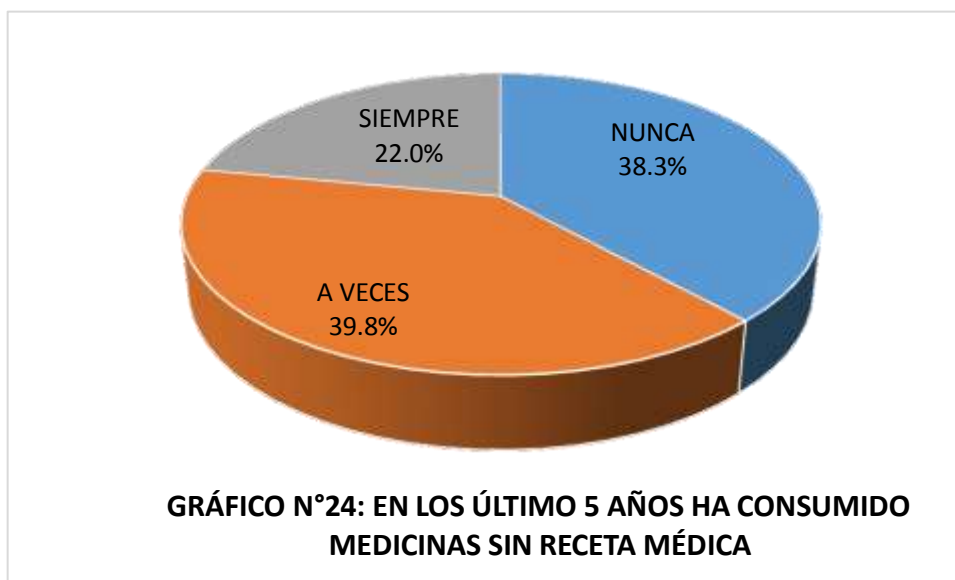


En la tabla N°. 23 observamos que el 34.5%, 138, pacientes conoce que en procesos diarreicos no debe ingerir medicamentos, el 18%, 72, pacientes sabe que en procesos virales no debe ingerir medicamentos y el 47.5%, 190, pacientes sabe que en otros procesos de enfermedad no es recomendable ingerir medicamentos.

Es importante, difundir cuando y porqué ingerir medicamentos, porque el cuadro nos demuestra que los conocimientos acerca del tema es relativamente bajo.

TABLA N°24		
EN LOS ÚLTIMO 5 AÑOS HA CONSUMIDO MEDICINAS SIN RECETA MÉDICA		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	153	38,3
A VECES	159	39,8
SIEMPRE	88	22,0
Total	400	100,0

FUENTE: ELABORACION PROPIA

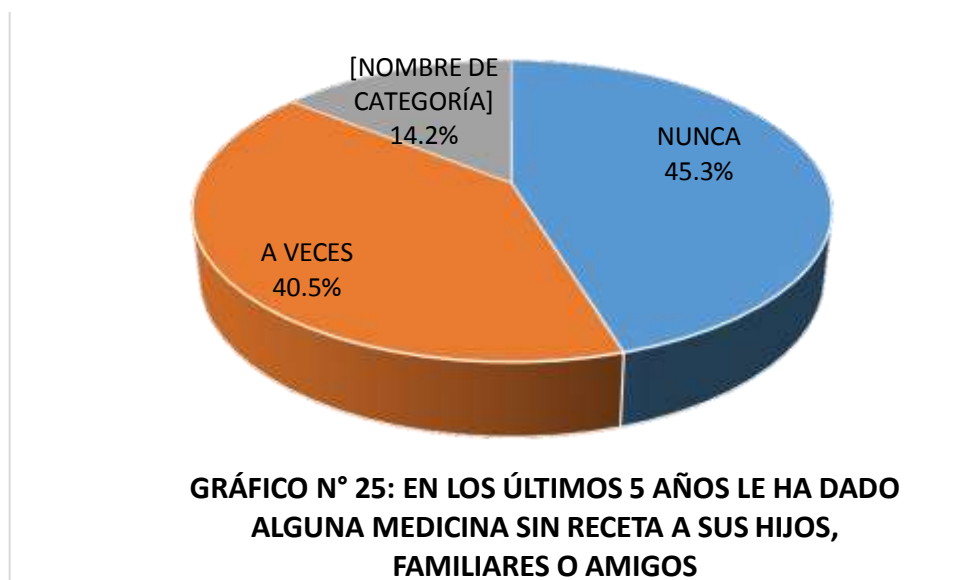


En la tabla N°24, observamos que, en los últimos cinco años, el 38.3%, nunca ha consumido medicinas sin receta médica lo cual representa a 153 pacientes, a veces 39,8% que hacen un total de 159 pacientes, siempre consumen medicinas sin receta médica el 22.0%, 88, pacientes. Si tenemos en cuenta a los pacientes que consumen a veces y siempre veremos que la mayoría consume medicinas sin receta médica, porque juntos alcanzan un porcentaje de 62%.

El consumo de medicinas sin receta médica es porcentualmente alto.

TABLA N° 25 EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS LE HA DADO ALGUNA MEDICINA SIN RECETA MÉDICA A SUS HIJOS, FAMILIARES O AMIGOS		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	181	45,3
A VECES	162	40,5
SIEMPRE	57	14,2
Total	400	100,0

FUENTE: ELABORACION PROPIA

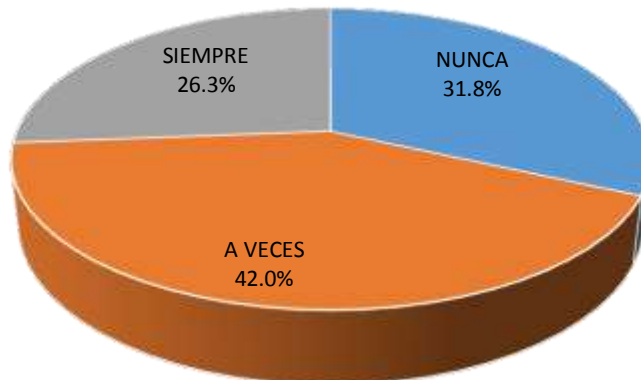


En la tabla N°25, observamos que, en los últimos cinco años, el 43.3%, 183, pacientes nunca le ha dado medicinas, sin receta médica, a sus hijos, familiares o amigos; a veces el 40.5%, 162, pacientes; mientras que el 14.2%, 57, pacientes lo hace siempre, lo cual es un problema de salud pública ya que entre los que lo hacen siempre y a veces representan el 57.7%, 219, pacientes están consumiendo medicinas sin receta médica.

**TABLA N°26
COMPRA MEDICINAS SIN RECETA MÉDICA POR
INICIATIVA PROPIA**

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	127	31,8
A VECES	168	42,0
SIEMPRE	105	26,3
Total	400	100,0

FUENTE: ELABORACION PROPIA

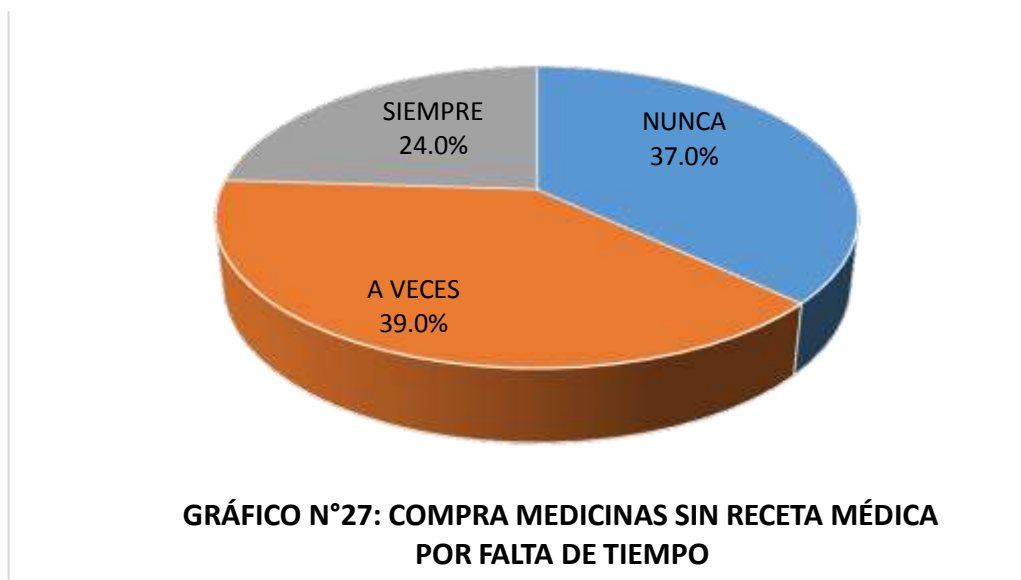


**GRÁFICO N°26 COMPRA MEDICINAS SIN RECETA
MÉDICA POR INICIATIVA PROPIA**

En la tabla N°26, respecto a la compra de medicinas, sin receta médica por iniciativa propia, observamos que, el 31.8%, 127, pacientes nunca lo hace; el 42.0%, 168, pacientes lo hace a veces; mientras que el 26.3%, 105, pacientes siempre lo hace. Como podemos apreciar la compra de medicinas, sin receta médica, por iniciativa propia es realizada por la mayoría de pacientes; si tenemos en cuenta a los que lo hacen a veces y siempre, juntos, alcanzan un porcentaje de 68% (273) lo cual se relaciona directamente con la automedicación.

<p style="text-align: center;">TABLA N° 27 COMPRA MEDICINAS SIN RECETA MÉDICA POR FALTA DE TIEMPO</p>		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	148	37,0
A VECES	156	39,0
SIEMPRE	96	24,0
Total	400	100,0

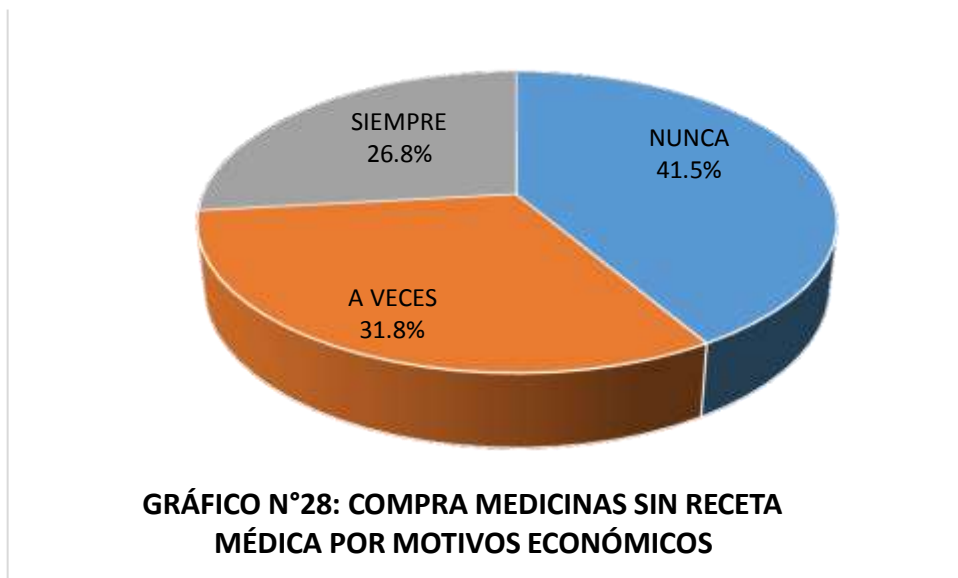
FUENTE: ELABORACION PROPIA



En la tabla N°27, observamos que, el 37%, 148, pacientes nunca compra medicinas, sin receta médica, por falta de tiempo, a veces, lo hace el 39.0%, 156, pacientes, mientras que el 24.0%, 96, pacientes siempre lo hace; podemos ver que la compra de medicinas sin, receta médica, por falta de tiempo, es realizada por la mayoría de pacientes. Si juntamos a los que lo hacen a veces y siempre el porcentaje alcanza el 63%, lo cual es un indicador de una elevada compra de medicinas, sin receta médica, relacionada con la falta de tiempo.

TABLA N° 28 COMPRA MEDICINAS SIN RECETA MÉDICA POR MOTIVOS ECONÓMICOS		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	166	41,5
A VECES	127	31,8
SIEMPRE	107	26,8
Total	400	100,0

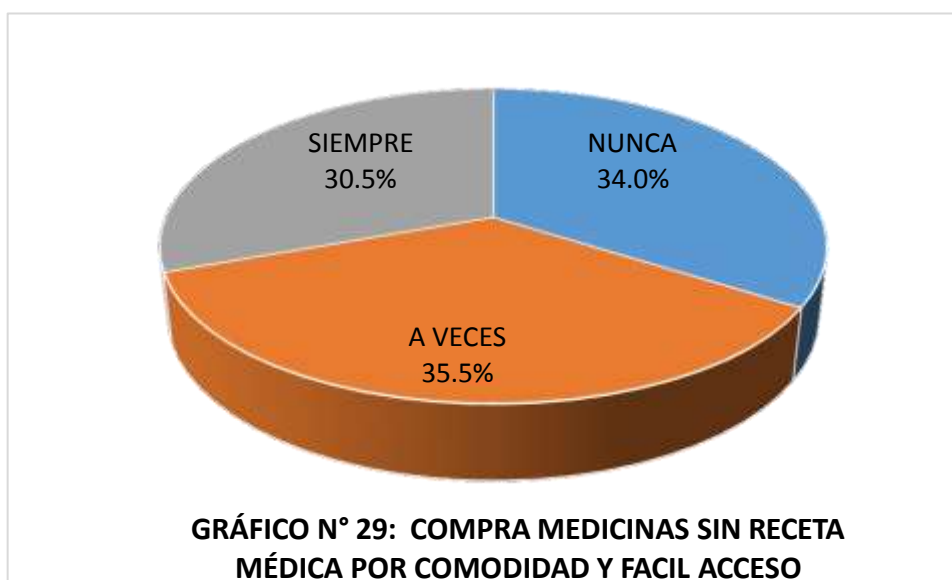
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



En la tabla N°28, observamos que, la compra de medicinas, sin receta médica, por motivos económicos, el 41.5%, 166, pacientes nunca lo hace, el 31.8%, 127, pacientes lo hace siempre, mientras que el 26.8%, 107, pacientes siempre lo hace; podemos apreciar que la compra de medicinas sin, receta médica, por motivos económicos, es realizada por la mayoría de pacientes; si juntamos a los que lo hacen a veces y siempre el porcentaje alcanza el 57%, lo cual nos indica que la compra de medicinas, sin receta médica, por motivos económicos, se relaciona con la capacidad adquisitiva de los pacientes.

TABLA N° 29 COMPRA MEDICINAS SIN RECETA MÉDICA POR COMODIDAD Y FACIL ACCESO		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	136	34,0
A VECES	142	35,5
SIEMPRE	122	30,5
Total	400	100,0

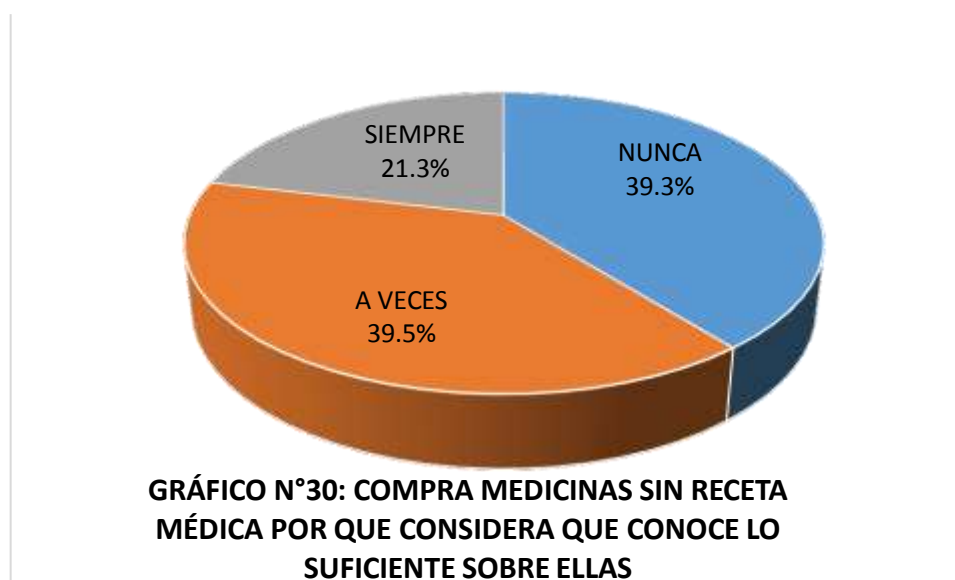
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



En la tabla N°29, observamos que, la compra de medicinas, sin receta médica, por comodidad y fácil acceso, el 34.0%, 136, pacientes, nunca, la realiza, el 35.5%, 142, pacientes lo hace a veces, mientras que el 30.5%, 122, pacientes siempre lo hace; podemos apreciar que la compra de medicinas sin, receta médica, por comodidad y fácil acceso, es realizada por la mayoría de pacientes; si juntamos a los que lo hacen a veces y siempre el porcentaje alcanza el 66%, lo cual nos indica que la compra de medicinas, sin receta médica, por comodidad y fácil acceso es realizada por 264 pacientes que representan la mayoría.

TABLA N° 30		
COMPRA MEDICINAS SIN RECETA MÉDICA POR QUE CONSIDERA QUE CONOCE LO SUFICIENTE SOBRE ELLAS		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	157	39,3
A VECES	158	39,5
SIEMPRE	85	21,3
Total	400	100,0

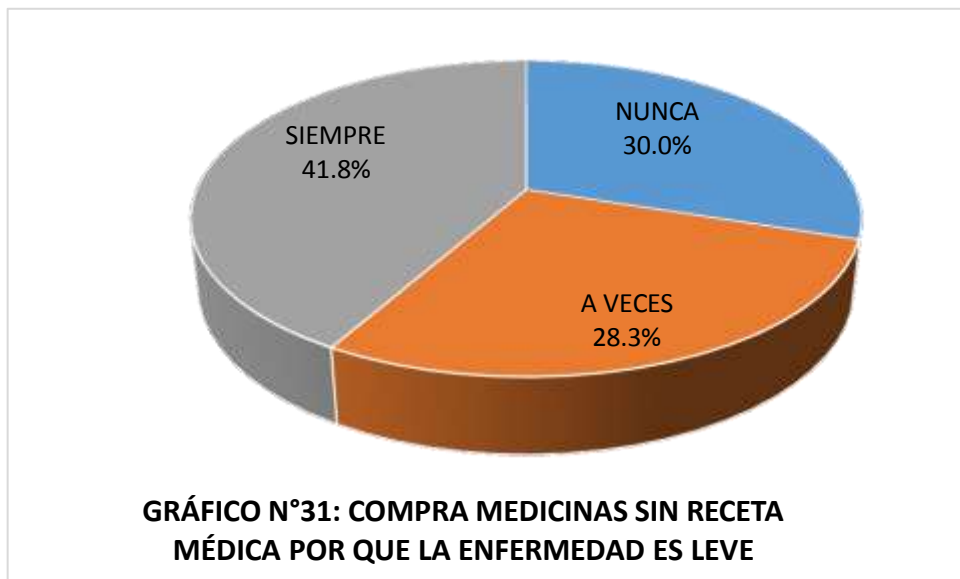
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



En la tabla N°30, observamos que, el 39.3%, 157, pacientes, nunca, compra medicinas, sin receta médica, porque considera que conoce lo suficiente sobre ellas; mientras que el 39.5., 158, pacientes, lo hace a veces y siempre, el 21.3%, 85, pacientes. El cuadro nos demuestra que la compra de medicinas, sin receta médica, por considerar que se conoce lo suficiente sobre ellas, es realizada por la mayoría de pacientes si juntamos a los que lo hacen a veces y siempre vemos que alcanzan un porcentaje de 60.8%, que hacen un total de 243 pacientes, lo cual es un indicador de automedicación.

TABLA N° 31 COMPRA MEDICINAS SIN RECETA MÉDICA POR QUE LA ENFERMEDAD ES LEVE		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	120	30,0
A VECES	113	28,2
SIEMPRE	167	41,8
Total	400	100,0

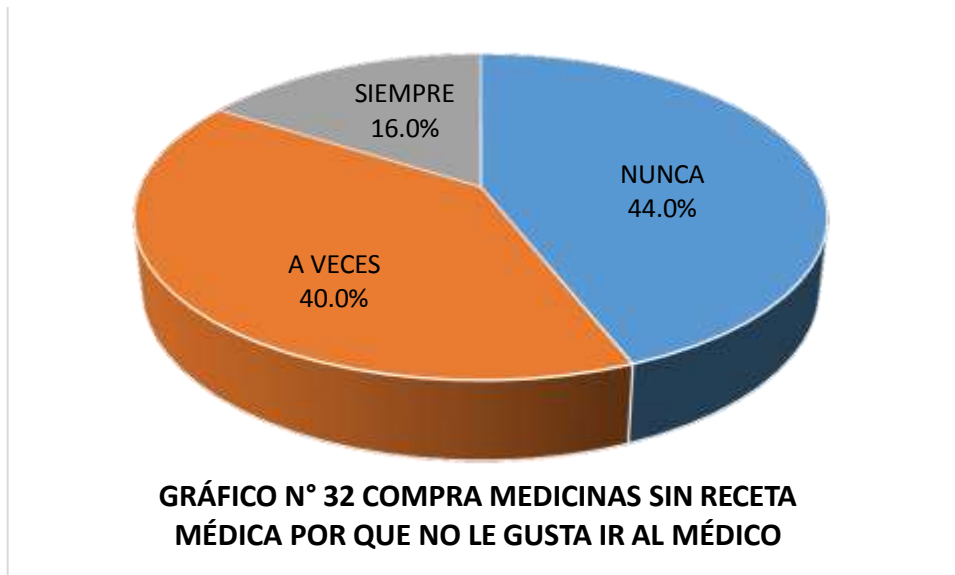
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



En la tabla N°31: Observamos, que la compra de medicinas, sin receta médica, porque la enfermedad es leve; nunca lo hace el 30.0%, 120, pacientes; a veces, el 28.3%, 113, pacientes y siempre el 41.8%, 167, pacientes. El cuadro nos demuestra que la compra de medicinas, sin receta médica, porque la enfermedad es leve, es realizada por la mayoría de pacientes si tenemos en cuenta a los que lo hacen a veces y siempre, juntos, representan el 70.1%, 280, pacientes que se están automedicando porque consideran que tienen una enfermedad leve.

TABLA N° 32 COMPRA MEDICINAS SIN RECETA MÉDICA POR QUE NO LE GUSTA IR AL MÉDICO		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	176	44,0
A VECES	160	40,0
SIEMPRE	64	16,0
Total	400	100,0

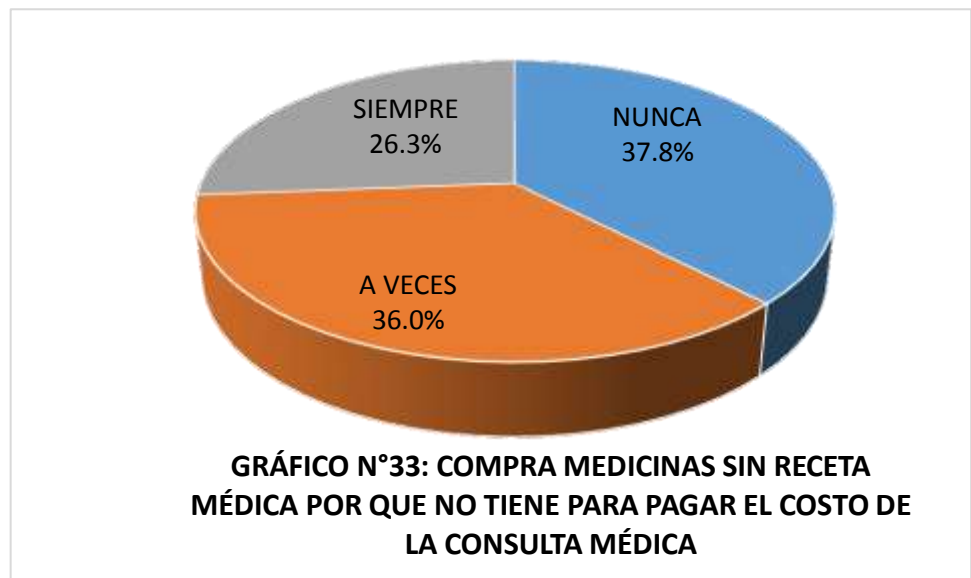
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



En la tabla N°32: Observamos, que la compra de medicinas, sin receta médica, porque no le gusta ir al médico, nunca lo hace el 44.0%, 176, pacientes; a veces, el 40.0%, 160, pacientes y siempre el 16.0%, 64, pacientes. El cuadro nos demuestra que la compra de medicinas, sin receta médica, porque no le gusta ir al médico, es practicada por 56%, pacientes, teniendo en cuenta a los que lo hacen, a veces y siempre. Esto nos demuestra que a una gran mayoría, 56%, no le gusta ir al médico, puede ser influenciado, por el trato que reciben en los establecimientos de salud, el tiempo de espera, el lenguaje y los términos empleados por los operadores de salud para comunicarse con ellos y por la asimetría existente.

TABLA N° 33		
COMPRA MEDICINAS SIN RECETA MÉDICA POR QUE NO TIENE PARA PAGAR EL COSTO DE LA CONSULTA MÉDICA		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	151	37,8
A VECES	144	36,0
SIEMPRE	105	26,3
Total	400	100,0

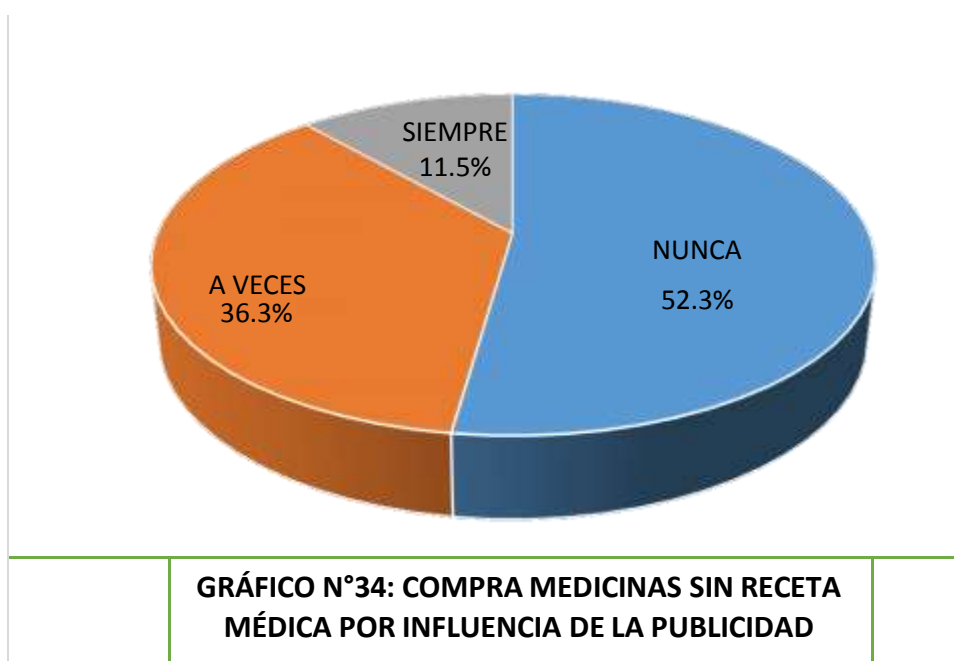
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



En la tabla N°33: Observamos, que la compra de medicinas, sin receta médica, porque no tiene para pagar el costo de la consulta médica, nunca lo hace el 37.8%, 151, pacientes; a veces, el 36.0%, 144, pacientes y siempre el 26.3%, 105, pacientes. El cuadro nos demuestra que la compra de medicinas, sin receta médica, porque no tienen para pagar el costo de la consulta médica, es realizada por 62.3%, 224, pacientes, si tenemos en cuenta a los que lo hacen, a veces y siempre, obviamente, que el costo de la consulta médica va a determinar esta práctica relacionada con la automedicación.

TABLA N° 34 COMPRA MEDICINAS SIN RECETA MÉDICA POR INFLUENCIA DE LA PUBLICIDAD		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	209	52,3
A VECES	145	36,3
SIEMPRE	46	11,5
Total	400	100,0

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



En la tabla N°34: Observamos, que la compra de medicinas, sin receta médica, por influencia de la publicidad, nunca lo hace el 52.3%, 209, pacientes; a veces, el 36.3%, 145, pacientes y siempre el 11.5%, 46, pacientes. El cuadro nos demuestra que la compra de medicinas, sin receta médica, por influencia de la publicidad, alcanza al 47.8%, 191, pacientes, casi el 50% de pacientes está comprando medicinas, sin receta médica, por influencia de la publicidad.

4.2 Contrastación de Hipótesis

Hipótesis específica 1

A menor **nivel de conocimientos sobre medicamentos** mayor automedicación en los pacientes del hospital La Caleta de Chimbote

Hipótesis nula 1

A menor **nivel de conocimientos sobre medicamentos** **no** es mayor automedicación en los pacientes del hospital La Caleta de Chimbote

TABLA Nro.35

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y AUTOMEDICACIÓN

		NIVEL DE CONOCIMIENTOS			Total
		BAJO	MEDIO	ALTO	
AUTOMEDICACION	BAJO	34	71	11	116
	MEDIO	44	146	15	205
	ALTO	12	34	33	79
Total		90	251	59	400

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	60,614	4	,000
Razón de verosimilitud	50,149	4	,000
Asociación lineal por lineal	24,037	1	,000
N de casos válidos	400		

Aplicación de la prueba χ^2 : el resultado de la fórmula χ^2 es:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$
$$\chi^2 = 60.614$$

Margen de error: 0.05

$$g.l = (c-1) (f-1) = (2-1) (3-1) = 2 \text{ g.l.}$$

Toma de decisión: dado que, el valor de la prueba no paramétrica de chi cuadrado **60.614** es mayor al chi cuadrado crítico de valores 9.488 con 4 grados de libertad, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa es decir se comprueba que a menor **nivel de conocimientos sobre medicamentos** mayor es la automedicación en los pacientes del hospital La Caleta de Chimbote. Además, este resultado es corroborado por la prueba de significación bilateral cuyo resultado es **0.000** menor a 0.05.

Hipótesis específica 2

A mayor **nivel educativo** menor automedicación en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote

Hipótesis nula 2

A mayor **nivel educativo no** es menor automedicación en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote

TABLA Nro.36

NIVEL EDUCATIVO Y AUTOMEDICACIÓN

AUTOMEDICACION	GRADO DE INSTRUCCIÓN					Total
	ANA.	PRIM	SECUND	SUP.NO UNIV.	SUP. UNIV.	
BAJO	7	31	58	10	10	116
MEDIO	10	37	95	26	37	205
ALTO	10	12	48	2	7	79
Total	27	80	201	38	54	400

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	24,291	8	,002
Razón de verosimilitud	24,967	8	,002
Asociación lineal por lineal	,000	1	,994
N de casos válidos	400		

Aplicación de la prueba X^2 : el resultado de la fórmula X^2 es:

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

fe

$$X^2 = 24.291$$

Margen de error: 0.05

$$g.l = (c-1) (f-1) = (2-1) (5-1) = 4 \text{ g.l.}$$

Toma de decisión: dado que, el valor de la prueba no paramétrica de chi cuadrado **24.291** es mayor al chi cuadrado crítico de valores 15.507 con 8 grados de libertad, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa es decir a menor **nivel educativo** mayor es la automedicación en los pacientes del hospital La Caleta de Chimbote. Además, este resultado es corroborado por la prueba de significación bilateral cuyo resultado es **0.002** menor a 0.05.

Hipótesis general

A menor nivel de conocimientos sobre medicamentos y menor nivel educativo mayor automedicación en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote.

Hipótesis nula

A menor nivel de conocimientos sobre medicamentos y menor nivel educativo **no** es mayor la automedicación en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote.

Al haberse comprobado ambas hipótesis específicas por inferencia se aprueba la hipótesis general del estudio.

4.3 Discusión de resultados

A la luz de los resultados obtenidos podemos afirmar que el nivel de conocimiento se ubica en un **nivel medio** ya que 251 pacientes de los 400 encuestados es decir 62.7% se ubicaría en este nivel.

En cuanto al grado de instrucción solo el encontramos que el 50.2% de la muestra poseen el grado de instrucción secundaria, el 20.8% con nivel educativo primaria, el 13.5% tiene un nivel superior universitario, mientras que el 9.5% posee instrucción superior no universitaria y el 6.8% de la muestra encuestada es decir 27 personas son analfabetas.

En lo referente a la automedicación encontramos que el 51.2% se automedican esporádicamente es decir 205 pacientes de los 400 encuestados mientras que el 19.8% manifiesta que se automedica siempre dando un porcentaje alarmante del 71% de la muestra mientras que escasamente solo el 29% nunca se automedica.

Este hallazgo coincide con los estudios realizados en la Universidad Peruana Cayetano Heredia ya que Llanos Zavalaga Luis Fernando, Contreras Ríos Carlos Enrique, Velasquez Hurtado José Enrique, Mayca Pèrez Julio Ander, Lecca García Leonid, Reyes Lecca Roberto, Peinado Rodriguez Jesús (2001) en el estudio sobre **Automedicación en cinco provincias de Cajamarca**, sostienen que la automedicación en poblaciones de bajos recursos es uno de los principales problemas de salud pública. Ello puede incrementar las reacciones adversas, la resistencia antimicrobiana y los costos, ocasionando en la persona un riesgo elevado, evitable, caro e ineficaz.

Se encontró automedicación en 36.19% de hogares, adquiriendo alguna medicación 66.18% de ellos en una farmacia privada. No hubo diferencia significativa en relación a las variables sexo, ocupación y grado de instrucción del jefe de hogar, así como su afiliación a un seguro familiar. Se encontró asociación entre ingreso mayor de 300 nuevos soles y

automedicación. El motivo más frecuente mencionado por la población para automedicarse fue: —ya sé que recetanll.

En lo concerniente a la comprobación de las hipótesis se pudo comprobar que a menor **nivel de conocimientos sobre medicamentos** mayor automedicación en los pacientes del hospital La Caleta de Chimbote este resultado es corroborado por los estudios de Joaquín Salmerón Rubio, Pilar García-Delgado, Paula Iglésias-Ferreira, Henrique Mateus-Santos, Fernando Martínez-Martínez (2009) quienes consideraron una muestra de conveniencia de pacientes que acuden a las farmacias comunitarias en el área Metropolitana de Lisboa denominada Gran Lisboa- Portugal. La población fue todos los usuarios de medicamentos o cuidadores que acudieron a las farmacias comunitarias, a recoger uno o varios medicamentos, con o sin receta médica. Para determinar el grado de conocimiento del paciente sobre su medicación se utilizó la adaptación transcultural al portugués europeo del cuestionario CPM-PT-PT21, que mostro su validez y fiabilidad en un estudio previo de las propiedades psicométricas del cuestionario adaptado. Los resultados obtenidos muestran una elevadísima falta de conocimiento del paciente sobre el medicamento que utiliza, a pesar de las numerosas estrategias sanitarias que se están adoptando. La utilización de este cuestionario de medida CPM-PT-PT, válido y fiable podría ser incorporado por los farmacéuticos en su práctica diaria en la cartera de servicios para ayudar a los pacientes a realizar un correcto proceso de uso de sus medicamentos.

También coincidimos con los estudios de Leobardo M. Gómez, Marcela Galar M, Ana Ma. Téllez L. Francisco A. Carmona Z., Araceli Amaya Ch. (2009) cuyos resultados mostraron un mayor porcentaje de automedicación en: mujeres, población adulta y en sujetos con menor acceso a servicios sanitarios. Los medicamentos que más se consumieron fueron: analgésicos, antibióticos y antiácidos. De la misma forma se coincide con los estudios de María Azucena Blanco, Bettiana Marisabel Olmos, María Juliana Quijano Dra. Dalila Daniela Arizaga

(2009) en los que demuestran que el 85% de las personas encuestadas en el centro de salud de la ciudad de Barranqueras- Argentina conocen lo que es la automedicación y que el 77% se ha automedicado alguna vez en su vida a pesar de que consideran una mala conducta este hecho. El 82% de las personas encuestadas han referido que el centro de salud nunca les ha informado acerca de la automedicación y los riesgos que esta contempla.

El estudio de María Mercedes De Pablo (2011) en Venezuela indican los siguientes resultados: (a) un alto porcentaje practica la automedicación irresponsable, (b) consumen desde vitaminas hasta antibióticos, sin prescripción, (c) desconocen reacciones fisiológicas como eventos adversos, (d) usan indistintamente medicamentos sintéticos y naturales, (e) reconocen implicaciones de la automedicación.

Benítez Gálvez, María del Rosario (2005) sostiene que la automedicación es un problema de salud pública. En personas mayores de 15 años, el único factor asociado a la automedicación fue la ocupación. Personas con trabajo independiente, amas de casa o desocupados; de sexo femenino y en presencia de síntomas como dolor, fiebre, congestión nasal y diarrea constituye factores de riesgo para automedicar a sus niños.

Vásquez Lezcano, Susana (2008) sostiene que más del 50% de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden de forma inadecuada y el 50% de los pacientes los toman de forma incorrecta. Son tipos frecuentes de uso irracional de medicamentos entre otros: el uso de demasiados medicamentos por paciente (polifarmacia); uso inadecuado de medicamentos antimicrobianos, a menudo por dosis incorrectas; prescripciones no de acuerdo con guías o protocolos clínicos basados en evidencias; automedicación inadecuada, a menudo con medicamentos que requieren receta médica.

Esta es una actividad frecuente de las personas, que constituye una problemática de carácter tanto nacional como mundial y que puede

ocasionar riesgos no solo en su salud, sino también en sus vidas. Las consecuencias son:

La práctica inadecuada de la utilización de medicamentos autorizados para su utilización previa prescripción de un profesional médico, conlleva a un grave riesgo para la salud de la población, debido a:

- El uso de medicamentos sin receta médica puede interferir en el diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades.
- Cuando la adquisición de medicamentos se realiza en establecimientos no registrados, no existe garantía en la calidad de los mismos, ni en su procedencia, pudiendo adquirirse productos falsificados, adulterados, vencidos o mal conservados.
- Se incrementa el riesgo de reacciones adversas, intoxicaciones e interacciones medicamentosas.
- Se Incrementa el riesgo de resistencia a los antimicrobianos, un grupo de medicamentos que debe ser utilizado en todos los casos, bajo prescripción médica.

Condicionantes: muchos son los factores que condicionan la automedicación, pero se identifican entre otros, el limitado acceso a servicios de salud, existencia de barreras económicas por los bajos ingresos de la población, bajos niveles de educación e información, el acceso libre a medicamentos de venta con receta médica; y la promoción y publicidad sesgada y exagerada por parte de la industria farmacéutica.

También se ha comprobado que a menor **nivel educativo** mayor es la automedicación en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote resultado que concuerda de los estudios de Rita Puig Solera, Meritxell Perramon Coletb, Corinne Zara Yahnia y Anna M. García Puig (2013) en España quienes sostienen que el incumplimiento terapéutico y los errores de medicación pueden relacionarse con una escasa comprensión de la información sobre salud. Se conoce como alfabetización en salud, «health literacy», a la capacidad que tiene un individuo para obtener, procesar y entender información básica sobre salud y servicios relacionados, necesarios para la toma de decisiones referidas a su salud. Se asocia un

bajo grado de alfabetización con un menor uso de servicios de prevención, menor conocimiento de los procesos crónicos, e incluso, con mayor número de ingresos hospitalarios.

De otra parte, Mestanza Francisco y Pamo Oscar (2013) en Lima trabajó con menores de edad, mujeres, analfabetos, escolaridad incompleta, amas de casa y trabajadores independientes, y con dolencias agudas. En el estrato alto hubo una mayor proporción de consumidores geriátricos, de escolaridad completa y superior, de trabajadores dependientes y profesionales, y de dolencias subagudas y crónicas. Los medicamentos más solicitados fueron los antimicrobianos. AINE`s, antigripales vitaminas. La automedicación ocurrió en el 66.7% del estrato bajo y en el 40.6% del estrato alto ($p < 0.001$) y se relacionó con ser menor de edad, menor grado de escolaridad, ser estudiante o trabajador independiente, dolencias agudas.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.1 Conclusiones

1. En términos generales se ha encontrado que el 51.2% de la muestra de 400 pacientes se automedican con alguna frecuencia y el 19.8% se automedican siempre, y que los fármacos más comunes de administrarse son: panadol, ibuprofeno, paracetamol, amoxicilina, aspirina y antalgina.
2. En cuanto a los niveles educativos encontramos el mayor porcentaje con secundaria completa están representados por el 50.2%, seguido de un 23% con educación superior universitaria y no universitaria, 20% con primaria completa y también se encontró una cantidad significativa de analfabetos con un 6.8% de la muestra.
3. El nivel de conocimientos se ubicó en la categoría media con 62.7% es decir 251 personas que tienen escasos conocimientos básicos sobre medicamentos y el 22.5% que no tiene conocimientos sobre medicamentos sin embargo se presenta la automedicación.
4. Queda comprobado mediante el estudio que a menor nivel de conocimientos sobre medicamentos mayor es la automedicación en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote.
5. También, queda comprobado que a menor nivel educativo mayor es la automedicación en los pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote.

5.2 Recomendaciones

1. Gestionar campañas de información, sobre los peligros de la automedicación, dirigidas a los pacientes del Hospital La Caleta, teniendo en cuenta sus creencias culturales y sus condiciones sociales.
2. Concientizar a las personas que acuden al Hospital La Caleta sobre los peligros de la automedicación, las reacciones adversas y la administración de los medicamentos, sin la debida prescripción médica, porque la salud está en riesgo y en el peor de los casos traer consecuencias fatales.
3. Supervisar a las farmacias y boticas con organizaciones e instituciones que apoyen la salud pública, ya que se sabe que venden medicamentos sin la receta médica que es un requisito indispensable para expender fármacos y que finalmente podrían sancionar a quienes lo realicen.
4. Trabajar articuladamente, MINSA, MINEDU, universidades, Municipio, Defensoría del Pueblo y todas las instituciones y organismos relacionados con la Salud Pública, a fin de llegar a todo el público usuario, en todos los niveles y en todas las instancias, ya que el nivel de conocimientos, de la población, sobre medicamentos es bajo.
5. Formular políticas públicas, respecto al uso de los medicamentos, por parte de los organismos competentes (Municipio, MINSA, MINEDU, entre otros).
6. Los organismos que controlan y supervisan la salud pública, (MINSA, DIGEMID, entre otros) deben aplicar y evaluar estrategias, para controlar la venta libre de medicamentos.

BIBLIOGRAFIA

1. Benítez Gálvez, María del Rosario (2005) tesis: **Factores asociados a la automedicación en el centro de salud Gambeta Alta.** Lima – Perú.
2. Blanco, María Azucena; Olmos, Bettiana Marisabel; Quijano, María Juliana; Arizaga, Dalila Daniela (2009) **Automedicación y Autoprescripción en pacientes que concurren a centros de salud de la ciudad de Barranqueras, Provincia del Chaco, República Argentina.**
3. Centeno, Dery. (1983) Tesis **Automedicación en el distrito del Cusco: Estudio de nivel y Factores Asociados,** Universidad Nacional San Antonio Abad Del Cusco. Perú.
4. Climente, M.; Quintana, I.; Martínez, G.; Atienza, A.; Jiménez, N.V. (2001) **Prevalencia y características de la morbilidad relacionada con los medicamentos como causa de ingreso hospitalario - México**
5. De Pablo, María Mercedes (2011); **La automedicación en la cultura universitaria de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Instituto Pedagógico de Caracas UETD "Liceo Caracas" Caracas, Venezuela.**
6. Del Castillo, Martín (1992) **El mercado Único del Medicamento. Realidad o Ficción,** Jarpyo Editores Madrid – España
7. Dirección General de Medicamentos, Insumos Y Drogas-DIGEMID (2008) **Automedicación en el Perú. Lima 2008**
8. **Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas –DIGEMID (2015), estadísticas; disponible: <http://www.digemid.minsa.gob.pe>**
9. Duque-Páramo, María Claudia (2007); **Cultura y salud, elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades; disponible en, <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/articulo/viewFile/1590/1014>**
10. Escobar Vekeman, Cecilia (2003) **Antropología Médica una visión cultural de la salud; disponible en:**

http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_6.pdf

11. Farmacia de Atención Primaria (2013) **Conocimientos, opinión y actitud del ciudadano respecto a los medicamentos: experiencia en el Consorci Sanitari de Barcelona** - Blog de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. España.
12. Foster, George (1980) **Las Culturas Tradicionales y los Cambios Técnicos; Fondo de Cultura Económica, México.**
13. García Delgado, Pilar; Gastelurrutia Garralda, Miguel Angel; Fisac Lozano, Federico y Martínez Martínez, Fernando (2008) **Validación de un Cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos; Granada, España.**
14. Gazmararian, J.A.; Baker, D.W; Willams M.V. (1999) **Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organisation JAMA. Tampa – Florida, EE.UU.**
15. Gómez, Leobardo M.; Galar Marcela M; Téllez L. Ana María; Carmona Z. Francisco A.; Amaya Ch. Araceli (2009) **Estudio de automedicación en una farmacia comunitaria de la Ciudad de Toluca – México.**
16. Herskovitz, Melville (1973) **El Hombre y sus Obras; Fondo de Cultura Económica, México.**
17. **Informe PISA (2012) Nivel Educativo en el Perú.** Lima – Perú.
18. Jácome Roca, Alfredo (2008) **Historia de los Medicamentos** Segunda edición. Editorial: Academia Nacional de Medicina, Bogotá - Colombia
19. Jiménez Villa, Josep (2009) **El conocimiento de los pacientes sobre su medicación es importante para su uso correcto – Barcelona, España**
20. Junta de Andalucía; **Origen y Evolución de la Industria farmacéutica;** disponible en, <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/~29701428/salud/farma.htm>.

21. Langdon, EJ; Wiik FB. (2010) Antropología, salud y enfermedad: **una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud**. Rev. Latino, disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.
22. Llanos Zavalaga, Luis Fernando; Contreras Rìos, Carlos Enrique; Velasquez Hurtado, José Enrique; Mayca Pèrez, Julio Ander; Lecca García, Leonid; Reyes Lecca, Roberto; Peinado Rodriguez, Jesús (2001), **estudio sobre Automedicación en cinco provincias de Cajamarca – Perú**
23. Lluch Colomer, A.; García García, M.D., Montero Balosa, M.C., Gonzales Alonso, J.M. (2000) **Conocimientos Básicos del Medicamento y su Utilización- Barcelona España**.
24. Malinowski, Bronislaw (1931) **Una Teoría Científica de la Cultura**, edit. SARPE, España.
25. Mestanza, Francisco (1991) **Estudio del Consumo de medicamentos y automedicación en dos farmacias de estratos socioeconómicos alto y bajo en Lima. Perú**.
26. Mestanza Francisco y Pamo Oscar (2013) **Estudio muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana. Lima – Perú**.
27. MINEDU (2015) **Principios de la Educación Inicial en el Perú**
28. Ministerio de Educación (2005), **Diseño curricular nacional de Educación Básica Regular, MINEDU, Lima** , disponible en: <http://www.minedu.gob.pe/normatividad/reglamentos/DisenoCurricularNacional.pdf>
29. Miranda, Juan José (2006), **El Mercado de Medicamentos en el Perú: ¿libre o regulado? Documento de Trabajo N° 149 IEP** Instituto de Estudios Peruanos, Lima – Perú.
30. Morales, Paul y Boch, Felix (s.a.) **La industria farmacéutica, un poco de historia y su relación con el desarrollo de la química**; disponible en: <http://lameva.barcelona.cat/barcelonacultura/es/la-industria-farmaceutica,-un-poco-de-historia-y-su-relacion-con-el-desarrollo-de-la-quimica>. Lima – Perú.

31. Organización Mundial de la Salud (1986) **Informe Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de Medicamentos Nairobi 1985**, disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js21286es/>
32. Organización Mundial de la Salud (2004) **Cómo investigar el uso de medicamentos por parte de los consumidores.**
33. Pérez Tamayo, Ruy (1997), **De la magia primitiva a la medicina moderna**, Edit. Fondo de Cultura Económica, primera edición, México DF; disponible en: <http://es.scribd.com/doc/97939465/Perez-Tamayo-Ruy-de-La-Magia-Primitiva-a-La-Medicina-Moderna#scribd>
34. Pineda, Álvarez Diego (2009) **La Automedicación, una Costumbre sin Control Adecuado que Atenta Contra la Salud y la Calidad de Vida de los Ciudadanos; Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Medellín.** Colombia.
35. Puig Soler, Rita; Perramon Coletb, Merixtell; Zara Yahniay, Corinne; García Puigg, Anna M. (2013) **Establecimientos de los conocimientos, actitudes y opiniones de la población sobre el uso racional de medicamentos; Barcelona, España.**
36. Sánchez Castillo , Jeampieer (2010); **Historia de la medicina peruana**, disponible en: <http://historiamedicinaperuana.blogspot.pe/2010/03/san-andres-primer-hospital-del-peru-y.html>
37. Salmerón Rubio, Joaquín; García-Delgado, Pilar; Iglésias-Ferreira, Paula; Mateus-Santos, Henrique; Martínez-Martínez, Fernando (2009) **Medida del conocimiento del paciente sobre su medicamento en farmacia comunitaria en Portugal - Portugal**
38. Silva Santisteban, Fernando (1986) **Antropología Conceptos y Nociones Generales; Universidad de Lima.** Lima – Perú.
39. UNICEF en el Perú (2015) **Educación Primaria.** Lima – Perú.
40. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (2013), **Historia**, disponible en: <http://www.unmsm.edu.pe/home/inicio/historia>

ANEXOS

INSTRUMENTO ESTUDIO CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE MEDICAMENTOS, NIVEL EDUCATIVO Y AUTOMEDICACIÓN

PÚBLICO OBJETIVO: Pacientes adultos del Hospital La Caleta de Chimbote.

I. DATOS GENERALES

Código de encuesta: Fecha: ____/____/____

La persona que se va a tratar () Adulto () Adulto mayor ()

1. Edad (años cumplidos).....Sexo (F) (M)

2. Domicilio_____

Distrito_____Provincia_____Dpto_____

Responda las siguientes preguntas:

3. Cuál es su estado civil:		
(a) Soltero/a (b) Casado/a	(c) Viudo/a (d) Conviviente	(e) Separado/a (f) Divorciado/a
4. Número de personas que viven en su hogar: _____		
5. En qué servicio se va a atender? (puede indicar más de uno)		
a. Emergencia b. Cirugía c. Medicina general d. Cardiología e. Gastroenterología	f. Ginecología/ obstetricia g. Oftalmología h. Otorrinolaringología i. Neurología j. Psicología	k. Medicina Física y Rehabilitación l. Laboratorio m. Otro (aclarar)_____
6. Cuál es su ocupación principal?		
a) Estudia, b) Trabaja, c) Estudia y trabaja, d) Ama de casa, e) Jubilado(a), f) Sin ocupación		
7. Dependencia económica		
a) De mí mismo	b) De mis Hijos	c) Otros (especifique)
8. Tiene otros ingresos?		
a) SI	Monto S/_____	b) No

II. NIVEL EDUCATIVO

9. Grado de instrucción:				
a)Analfabeto	b)Primaria_____	c)Secundaria_____	d)Superior NU____	e)Superior U____

***Superior NU = Superior no universitario**

***Superior U = Superior universitario**

III. CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE MEDICAMENTOS

10. Qué medicamentos conoce?			
a) Pastillas b) Jarabes	c) supositorios d) inyectables	e) Pomadas f) Otros (especifique).....	
11. Quién le receta los medicamentos?			
a) Médico b) Farmacéutico	c) Familiares d) Amigos/as	e) Dependiente (el que atiende en la farmacia) f) Naturista	
12. Conoce sobre los medicamentos genéricos y comerciales?			
a) Si		b) No	
13. Consume usted regularmente?			
a) Medicamentos genéricos		b) Medicamentos comerciales	
14. Lee la fecha de expiración del medicamento			
a) Frecuentemente	b) A veces	c) Nunca	
15. Entiende el contenido del prospecto del medicamento			
a) Si	b) No	c) Más o menos	
16. Conoce los riesgos del uso inadecuado de los medicamentos?			
a) Si	b) No	c) Más o menos	
17. Toma precauciones cuando toma/utiliza un medicamento?			
a) Frecuentemente	b) A veces	c) Nunca	
18. Sabe si el medicamento tiene reacciones adversas?			
a) Si		b) No	
19. Combina medicamentos con?			
a) Bebidas	b) alimentos	c) hierba natural	d) otros (especifique)
20. Mientras toma medicamentos qué debe evitar?			
a. Alimentos	b. Bebidas alcohólicas	c. otros medicamentos	d. Otros (especifique)
21. Sabe cómo conservar sus medicamentos?			
a) Si		b) No	
22. Ante qué problema de salud o situación especial no debe tomar/utilizar un medicamento?			
a. Procesos virales (gripe)	b. Diarreas	c. Otras circunstancias (especifique).....	

IV. PATRONES DE AUTOMEDICACION

Escriba el número en el casillero correspondiente

1- Frecuentemente, 2- A veces, 3- Nunca

PREGUNTAS	1-Frecuentemente	2- A veces	3- Nunca
23. En los últimos 5 años ha consumido medicinas sin receta médica?			
24. En los últimos 5 años le ha dado, alguna medicina, sin receta médica a su hijo/a, o, ha sugerido a familiares, amigos/as?			
25. Cuando compra medicinas sin receta médica lo hace por iniciativa propia?			
26. Cuando compra medicinas sin receta médica lo hace por falta de tiempo?			
27. Cuando compra medicinas sin receta médica lo hace por motivos económicos?			
28. Cuando compra medicinas sin receta médica lo hace por comodidad y fácil acceso?			
29. Cuando compra medicinas sin receta médica, lo hace porque considera que conoce lo suficiente sobre ellas?			
30. Cuando compra medicinas sin receta médica lo hace porque la enfermedad es leve?			
31. Cuando compra medicinas sin receta médica lo hace porque no le gusta ir al médico?			
32. Cuando compra medicinas sin receta médica lo hace porque no tiene para pagar el costo de la consulta médica?			
33. Cuando compra medicinas sin receta médica lo hace por influencia de la publicidad?			
34. Se automedica?			

35. Mencione tres medicamentos que, con más frecuencia, utiliza sin receta médica?

...../...../.....

Observaciones _____

