

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE FARMACIA
Y BIOQUÍMICA



Factores asociados con la automedicación en adultos mayores de la Asociación Qoriwatas del Distrito de Jesús Nazareno durante los meses de Setiembre – Noviembre 2012. Ayacucho 2012.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
QUÍMICO FARMACÉUTICO
PRESENTADO POR:

Bach. MARTINEZ CAJAMARCA, REBECA

AYACUCHO - PERÚ

2013

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**
FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS
**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE FARMACIA Y
BIOQUÍMICA**

Acta de Sustentación de Tesis

R.D. N 068-2013-FCB-D

Bach. Rebeca Martínez Cajamarca

En la ciudad de Ayacucho siendo las cuatro de la tarde del día viernes treinta y uno del año dos mil trece en el auditorio del Departamento Académico de Ciencias Biológicas, reunidos los docentes bajo la presidencia del Doctor Johnny Aldo Tinco Jayo, en representación del decano y miembros del jurado calificador y con la asistencia de los docentes Magister Maricela López Sierralta, Magister José Manuel Diez Macavilca en su calidad de miembro asesor y el Magister Edgar Cárdenas Landeo como cuarto jurado quien además actuara como secretario docente por encargo según R.D. N° 068-2013-FCB-D; para recepcionar la tesis titulada "Factores asociados con la automedicación en adultos mayores de la Asociación Qoriwatas del distrito de Jesús de Nazareno durante los meses de setiembre – noviembre 2012. Ayacucho 2012". Presentado por la bachiller en farmacia y bioquímica MARTINEZ CAJAMARCA, REBECA; de la Escuela de Formación Profesional de Farmacia y Bioquímica quien pretende aptar el título profesional de Químico Farmacéutica.

El presidente encargado inicia el acto solicitado al secretario docente encargado para la revisión de los documentos en mesa y la lectura de la R.D N° 068-2013-FCB-D, luego del cual invita a la sustentante la exposición de su trabajo de investigación en el tiempo correspondiente para proceder luego observaciones, preguntas o aclaraciones del jurado calificador.

Luego solicita a la sustentante y el público en general para que abandonen el auditorio dejando a los miembros del jurado calificador para que ellos pudieran

deliberar sobre su trabajo de investigación expuesto y las respuestas de la bachiller para preceder a la calificación correspondiente como sigue:

Miembros del jurado	Exposición	Respuesta a Preguntas	Promedio
Dr. Johnny Aldo Tinco Jayo	18.0	17.0	18.0
Mg. Maricela López Sierralta	17.0	17.0	17.0
Mg. José Manuel Diez Macavilca	17.0	17.0	17.0
Mg. Edgar Cárdenas Landeo	17.0	17.0	17.0
		Promedio Total =	17.0

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador la sustentante obtiene la nota promedio de DIESCISIETE (17) de lo cual dan fe los miembros, estampando su firma al pie de la presente.

Culmina el acto de sustentación siendo las seis y quince de la noche.



Mg. José Manuel Diez Macavilca
Miembro – Asesor



Mg. Maricela López Sierralta
Miembro



Dr. Johnny Aldo Tinco Jayo
Miembro – Presidente (e)



Mg. Edgar Cárdenas Landeo
Miembro – cuarto jurado – Secretario (c)

DEDICATORIA

A Dios, a la memoria de mi Lupita,
a mis padres y hermanos.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por brindar los conocimientos en el desarrollo profesional de sus estudiantes.

A la Facultad de Ciencias Biológicas, en especial a la Escuela de Formación Profesional de Farmacia y Bioquímica.

Al Mg. Q.F. José Manuel Diez Macavilca, asesor del presente trabajo de investigación, por su dedicación y apoyo constante.

A los adultos mayores de la Asociación Qoriwatas del distrito de Jesús Nazareno, por su participación en la presente investigación.

ÍNDICE GENERAL

	Página
DEDICATORIA.	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
ÍNDICE DE FIGURAS	v
ÍNDICE DE ANEXOS	vi
RESUMEN	vii
I. INTRODUCCIÓN	01
II. MARCO TEÓRICO	04
2.1 Antecedentes	04
2.2 Bases teóricas	07
III. MATERIALES Y MÉTODOS	18
3.1 Ubicación de la zona de estudio	18
3.2 Tipo de investigación	18
3.3 Población	18
3.4 Criterios de inclusión	18
3.5 Criterios de exclusión	18
3.6 Muestra	19
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19
3.8 Análisis de datos	19
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	30
VI. CONCLUSIONES	34
VII. RECOMENDACIONES	35
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	39

ciudad de Chiclayo encontraron una prevalencia de automedicación del 39,78 %. En Venezuela, según Boggio⁷, un 25 % de adultos mayores se automedican para inducir el sueño o consumen protectores gástricos, analgésicos y antiinflamatorios.

En Ayacucho, Montoya,⁸ describe que el 68,4 % de estudiantes de las carreras de salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga se automedican con benzodiazepinas, desconociéndose el índice de automedicación como los factores asociados en los adultos mayores.

Los adultos mayores constituyen el grupo poblacional que cada día va en aumento, y son ellos los que mayor medicación y atención médica requieren. Es por ello que la automedicación incrementa las posibilidades de reacciones adversas a los medicamentos e interacciones medicamentosas en potencia, por lo que estos constituyen la primera fuente de trastornos iatrogénicos en los adultos mayores, atribuible a que muchas veces se administran dosis muy elevadas y muchos productos medicamentosos o naturales, siendo otro aspecto que acrecienta la aparición de polimedicación, que aumenta con la edad entre los adultos mayores, y es algo que hay que seguir muy de cerca.⁹

En la Asociación Qoriwatas del distrito de Jesús de Nazareno, se observa que los adultos mayores, debido al envejecimiento, presentan diferentes dolencias que conllevan a la automedicación. De ahí, la necesidad de investigar los factores asociados con la automedicación, en la investigación de tipo descriptivo –transversal.

Objetivo general

Determinar los principales factores asociados con la automedicación en adultos mayores de la Asociación Qoriwatas del distrito Jesús Nazareno.

Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia de automedicación en adultos mayores de la Asociación Qoriwatas.
- Identificar los medicamentos con mayor demanda de automedicación en adultos mayores.
- Describir los síndromes que conllevan al consumo de medicamentos en adultos mayores.
- Identificar los factores socio-demográficos asociados al consumo de medicamentos en adultos mayores.

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Porcentaje de automedicación de adultos mayores.	21
Figura 2. Porcentaje de automedicación según el grupo de medicamento.	22
Figura 3. Porcentaje de automedicación según los síndromes.	23
Figura 4. Porcentaje de automedicación según grupo etario.	24
Figura 5. Porcentaje de automedicación según el sexo.	25
Figura 6. Porcentaje de automedicación según lugar de procedencia.	26
Figura 7. Porcentaje de automedicación según nivel de instrucción.	27
Figura 8. Porcentaje de automedicación según estado civil.	28
Figura 9. Porcentaje de automedicación según el tipo de familia.	29

ÍNDICE DE ANEXOS

		Página
Anexo 1	Ficha de consentimiento informado.	40
Anexo2	Cuestionario.	41
Anexo 3	Porcentaje de automedicación.	44
Anexo4	Medicamentos con mayor demanda de automedicación.	45
Anexo5	Síndromes que conllevan al consumo de medicamentos.	46
Anexo 6	Automedicación según la edad.	47
Anexo7	Automedicación según el sexo.	48
Anexo8	Automedicación según lugar de procedencia.	49
Anexo9	Automedicación según nivel de instrucción.	50
Anexo 10	Automedicación según estado civil.	51
Anexo 11	Automedicación según tipo de familia.	52
Anexo 12	Entrevista a adultos mayores.	53
Anexo 13	Reunión con adultos mayores.	54
Anexo 14	Charla de capacitación a adultos mayores.	55
Anexo 15	Matriz de consistencia.	56

RESUMEN

La automedicación constituye un problema de salud pública, las muertes por automedicación, en el mundo se incrementan anualmente. Según la Federación Internacional Farmacéutica (FIP), anualmente fallecen entre 15 000 y 20 000 personas producto de la automedicación. El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo - transversal, tuvo como objetivo determinar los principales factores asociados con la automedicación en adultos mayores de la Asociación Qoriwatas del distrito Jesús Nazareno, durante los meses de setiembre a noviembre del 2012. La muestra estuvo constituida por 92 adultos seleccionados al azar. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento, la guía de entrevista semi-estructurada. Los resultados de la investigación determinaron que, el 82,6 % de adultos mayores se automedica. Los medicamentos más frecuentes de automedicación constituyeron los analgésicos (50 %), seguido de los antiinflamatorios (34 %), antibióticos (9 %), multivitamínicos (5 %) y laxantes (2 %). Los síndromes que conllevaron al consumo de medicamentos fueron la mialgia (26 %), lumbalgia (25 %), gripe (16 %), enterocolitis (14 %), bronquitis (12 %) y conjuntivitis (7 %). En conclusión, el lugar de procedencia urbano o urbano-marginal ($\chi^2_c= 48,96 > \chi^2_t= 5,99$; $p < 0,05$) y el nivel de instrucción iletrada o primaria ($\chi^2_c= 6,71 > \chi^2_t= 5,99$; $p < 0,05$) estuvieron asociados con la automedicación en los adultos mayores. Las variables: edad, sexo, estado civil y tipo de familia no estuvieron relacionados con la automedicación ($p > 0,05$).

Palabras clave: Factores, automedicación.

I. INTRODUCCIÓN

En el transcurso de la historia de la humanidad, la automedicación ha sido la forma más utilizada para el tratamiento de enfermedades y con resultados diferentes. Las muertes por automedicación, en el mundo, incrementan anualmente. En España, el 80 % de la población adulta se automedica.¹

El uso de fármacos sin prescripción médica ha sido una práctica frecuente en todas las culturas y en todos los tiempos, con características propias en cada una de ellas. Esta práctica se fue convirtiendo en una habilidad por satisfacer sus propias necesidades de salud, compartir medicamentos con los miembros de la familia, amigos, vecinos, farmacéutico, la reutilización de la receta de un médico o la sugerencia de un anuncio publicitario. La automedicación se ha definido de forma clásica como: El consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico.²

El Ministerio de Salud informa que el 55 % de la población nacional se automedica y pone en riesgo su salud, ya que adquiere y consume medicamentos sin contar con una receta; es decir, sin haber acudido a un profesional médico para el diagnóstico y la prescripción respectiva.³

En Perú, Nebot y Llauger⁴ reportaron una prevalencia del 42 % de automedicación. French⁵ y Montalvo⁶ en sectores urbano-marginales de la

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Existen diversos factores que van a condicionar y a favorecer el uso de medicamentos, entre ellos están: la escasa accesibilidad a las consultas médicas, el poco tiempo libre y el incumplimiento por parte de algunas farmacias de la legislación sobre especialidades que exigen receta médica.¹⁰

Además, de la falta de conocimiento por parte del paciente, el exceso de trabajo del profesional farmacéutico y las ventas de medicamentos basadas con fines de lucro.¹¹

Boggio,⁷ realizó el estudio enmarcado en un diseño descriptivo de tipo no experimental en Venezuela; sobre “Automedicación en el adulto mayor”, con el objetivo de evaluar la automedicación en el adulto mayor, en una muestra de 20 adultos mayores de una población de 40, concluyó que el 70 % de los adultos mayores están comprendidos en las edades de 66 a 70 y de 76 y más años respectivamente. El 55 % son de sexo femenino y el 55 % viven con sus hijos. El 40 % de los adultos mayores se automedican. Un 25 % se automedica para inducir el sueño y en un 5 % efectos de exceso de sueño. En un 25 % toman protectores gástricos, analgésicos y antiinflamatorios, teniendo efectos como diarrea y estreñimiento en un 20 % y 5 %; enrojecimiento de la piel en un 5 %. Se supone que puede haber dependencia física y psicológica; y la frecuencia de

automedicación es cada 24 horas en un 15 %. Los medicamentos más consumidos son: Omeprazol en un 15 % e Ibuprofeno en un 10 %.

Riedemann y Patron¹² en Chile, en el estudio sobre automedicación en individuos de la Región de la Araucanía con problemas musculo - esqueléticos, concluyeron que del total de los que informaron síntomas, el 64,7 % (Índice de confianza de 58,7 a 70,4) reconoció automedicarse. El promedio de edad de los que se automedicaban fue de 41 años (Desviación estándar 16 años), mientras que los que negaban la automedicación tenían un promedio de edad de 37 años ($p > 0,05$). Hubo una tendencia a mayor automedicación a medida que los individuos aumentaban en edad. La frecuencia de automedicación detectada fue significativamente diferente según estrato socioeconómico. De los entrevistados en el estrato socioeconómico bajo, 72,8 % (IC 64,8 a 79,8) reconoció automedicarse. Este porcentaje fue de 55,6 % (IC 44,1 a 66,6) en el estrato medio y de sólo 20,5 % (IC 9,8 a 35,3) en el estrato alto ($p < 0,0001$).

Tabón,¹³ en la investigación acerca de la evaluación de automedicación y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de bachillerato, en Colombia, determinaron que el 98 % de los entrevistados expresó automedicarse, sin saber la causa precisa de los signos y de los síntomas de su enfermedad. El 2 % señaló que no se automedica. De la muestra consultada de jóvenes de Rio negro, sólo el 18 % contestó que conoce los efectos buenos y malos asociados a los medicamentos, mientras que el 82 % respondió que desconoce los riesgos relacionados con ellos. Esto puede ser un factor que puede dar lugar a aumentar los efectos desfavorables. En este mismo sentido, el tomar conjuntamente acetaminofén con ácido acetilsalicílico (ASA), aumenta el riesgo nefrotóxico de ambos.

Llanos, *et al.*¹⁴ en el estudio "Automedicación en cinco provincias de Cajamarca", concluyeron que la automedicación es una práctica frecuente en el 36,19 % de

hogares. De éstos, el 66,18 % adquiere las medicinas en una farmacia privada. No hubo diferencia significativa con relación a las variables sexo, ocupación y grado de instrucción, así como su afiliación a un seguro familiar. Se encontró asociación entre ingreso mayor de 300 nuevos soles y automedicación. El motivo más frecuente mencionado por la población para automedicarse fue: "ya sé que recetan" (41,72 %).

Ñahuincopa¹⁵ en su trabajo de investigación titulado "Calidad de la tableta y cápsula de Maca comercializados en Establecimientos y casa naturistas", concluye sobre la mala calidad de éstos productos que son expendidos mediante publicidad engañosa que magnifica sus efectos benéficos, pero que, sin embargo, son de mala calidad.

Bastante y De La Morena¹⁶ en el estudio sobre automedicación en población universitaria, en España, determinaron que de 341 (100 %) estudiantes encuestados, el 63 % practicaron la automedicación en el último mes. Con respecto a la práctica de automedicación en función del sexo, hubo diferencias considerables a favor del sexo femenino (66,4 % frente 56,7 %), aunque no fueron significativas ($p=0.07$). No hubo diferencias en los grupos de estudiantes de medicina/no medicina. Por síntomas que motivan automedicación la cefalea y los síntomas gripales son más frecuentes en las mujeres que en los varones, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Tello y Yovera¹⁷ en la investigación referida a factores asociados a la incidencia de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en mayores de 18 años del distrito de Chiclayo, determinó que, la proporción de personas que se automedican en la población mayor de 18 años ascendía al 44 %. El nivel de conocimientos de la mayor parte de la población fue de nivel medio (64,4 %), asociándose también con el grado de instrucción, ingresos económicos y la actitud para solucionar una enfermedad. Los principales grupos

de fármacos utilizados por las personas que se automedicaban fueron los antiinflamatorios no esteroideos y los antibióticos. Los principales síntomas que motivaron a automedicación fueron el dolor de cabeza (34,36 %) y el resfrío o gripe (31,90 %).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Definición

Es la situación en la que los pacientes consiguen y utilizan los medicamentos sin ninguna intervención del médico u otro profesional autorizado para prescribir; incluye la adquisición de medicamentos de venta con receta médica en establecimientos farmacéuticos (farmacias y boticas) sin presentación de la prescripción médica, la recepción de medicamentos a través de otras fuentes y el uso de medicamentos disponibles en el hogar que quedaron de prescripciones previas. Se reconoce la responsabilidad de los individuos por su propia salud y los beneficios sociales y económicos de una automedicación responsable, pero esta se debe limitar a los medicamentos de venta sin receta médica.¹⁴

Algunos autores consideran a la automedicación como toda compra de medicamento realizada sin tener una prescripción (receta) profesional. Sin embargo, en zonas rurales de la sierra, como la zona de estudio caracterizada por su difícil accesibilidad, donde la población está dispersa, y la relación médico habitante es baja, los prescriptores "por necesidad" vienen a ser las enfermeras, los técnicos de enfermería o los promotores, quienes desarrollan la actividad asistencial en esas zonas. Por esta razón se adaptó la definición de automedicación en la comunidad, considerando como prescriptores autorizados a los prestadores de los puestos de salud sean técnicos, promotores o enfermeras.¹⁴

2.2.2. Definiciones relacionadas con la automedicación

Según la OMS,¹¹ y Farao, *et al.*¹⁸ es necesario conocer en un inicio los principales conceptos y definiciones relacionadas con la automedicación.

2.2.2.1. Autocuidado o cuidado personal: El término autocuidado se refiere a todo aquello que las personas hacen por sí mismas, con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades. Es un término amplio que abarca a la higiene (general y personal), la nutrición (calidad de alimentos), el estilo de vida (actividades deportivas, tiempo libre), los factores ambientales (condiciones de vida, costumbres sociales), los factores socioeconómicos (nivel de ingresos, creencias culturales) y la automedicación.^{11,18}

2.2.2.2. Automedicación responsable: La automedicación responsable se refiere básicamente al consumo de medicamentos de libre acceso. La automedicación responsable, genera beneficios a nivel personal y social. Entre estos beneficios, se considera: el alivio o solución de los problemas de salud de forma autónoma y complementaria a la labor profesional de los médicos, se incrementa la autonomía y la responsabilidad de las personas en el cuidado de su salud, se evitan esperas, desplazamientos y pérdidas de tiempo y se contribuye al desahogo del sistema sanitario congestionado por dolencias susceptibles de tratarse en forma autónoma.^{11,18}

2.2.2.3. Autoprescripción: Es el uso indiscriminado de fármacos sin indicación ni supervisión médica.^{11, 18}.

2.2.3. Automedicación en el adulto mayor

La adultez mayor se caracteriza por la interrelación entre el proceso de envejecimiento y enfermedades degenerativas crónicas que con frecuencia aparecen de manera imperceptibles y sobre las cuales el uso de medicamentos puede ser nocivo.¹⁹

Cada adulto mayor, puede responder de una manera diferente a un medicamento, esta diferencia puede ser cuantitativa (lo más frecuente) o cualitativa, es decir el efecto resultante puede ser efecto insuficiente, exagerado o totalmente diferente. Los Cambios Fisiológicos: se refiere a los cambios producidos por los efectos de los medicamentos en el adulto mayor, encontrándose en estos las modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas.¹⁹

Modificaciones farmacocinéticas. El conocimiento de las transformaciones que sufre el organismo como consecuencia del proceso de envejecimiento permitirá comprender mejor las modificaciones del comportamiento farmacocinética de los medicamentos, es decir, su absorción, distribución, metabolismo y, finalmente, excreción.¹¹

Absorción: El proceso de transporte del fármaco desde su entrada al organismo hasta su llegada al plasma.¹⁹ Así mismo, se describe que no se ha podido aún determinar la influencia que tienen los cambios fisiológicos en la absorción de los fármacos por vía oral.²⁰ Por esto, actualmente hay coincidencia en la opinión de que no existen modificaciones significativas en la absorción en los adultos mayores, en comparación con los adultos jóvenes. A pesar de ello, no deben desestimarse consideraciones como la de que el adulto mayor produce menos ácido clorhídrico que las personas más jóvenes y, por tanto, el paso a través del estómago es más lento. También hay mejor cantidad de células secretoras en la membrana mucosa del conducto gastrointestinal, motivo por el cual la absorción de ciertos fármacos o alimentos, como las grasas, la glucosa, la tiamina y el hierro, pueden estar reducida.²⁰

Distribución: Una vez que el fármaco ha alcanzado la circulación sanguínea, las etapas sucesivas de su paso por el cuerpo varían según el fármaco. Las modificaciones cualitativas de la masa orgánica pueden determinar diferencias

en la distribución. La edad comporta una reducción de la proporción de agua orgánica y de la masa muscular; paralelamente, la proporción de grasa corporal tiende a aumentar. Estos cambios, que no son iguales para todos los individuos ni para ambos sexos, ya que las mujeres poseen proporcionalmente mayor cantidad de tejido adiposo, influyen en la relación entre la concentración del fármaco y su distribución en el organismo. El Metabolismo de los medicamentos en el anciano no se ha estudiado lo suficiente, a pesar de la trascendencia que tiene su conocimiento. El mayor órgano biotransformador del cuerpo es el hígado, y es por ello que los fármacos que se dan por vía gastrointestinal están expuestos a una biotransformación temprana antes de ser distribuidos, proceso que es denominado metabolismo del primer paso. Así mismo, manifiesta que incluso el plasma posee también enzimas metabolizadoras.²⁰

Modificaciones farmacodinámicas: Se define como: “El mecanismo de acción del fármaco, a su interacción con el receptor principal y los resultados (efectos) de esa acción.”¹⁹

2.2.4. Efectos adversos de los medicamentos en los adultos mayores

Se define efecto adverso como cualquier respuesta perjudicial, que no fue buscada, y que aparece a las dosis empleadas en el hombre para el tratamiento, profilaxis o diagnóstico de las enfermedades.⁹

De igual manera se describe que al ingerir más de un fármaco simultáneamente pueden producirse efectos de interacción medicamentosa, porque un fármaco puede alterar la farmacocinética del otro, disminuyendo o aumentando el resultado en los diferentes mecanismos de absorción, distribución, metabolismo o eliminación.²⁰

2.2.5. Efectos colaterales de los medicamentos en el organismo

El efecto colateral hace referencia a la acción que posee un medicamento, además de su cualidad curativa, que no es el deseado o tiene carácter negativo.

Un ejemplo conocido nos lo da el ácido acetilsalicílico, que tienen la finalidad de ayudar a eliminar dolor, fiebre e inflamación, pero que en exceso genera malestar estomacal. En efecto, estado de salud, historia clínica y antecedentes familiares pueden condicionar la efectividad y conveniencia de un tratamiento.²¹

a) Sistema nervioso

Se pueden describir algunos efectos colaterales, Los ansiolíticos, los cuales tienen efecto sedante y se emplean como tranquilizantes o inductores del sueño. El grupo más empleado son las benzodiazepinas, entre las que se encuentran diazepam, buspirona, ketazolam, lorazepam, midazolam y alprazolam, requieren receta médica. Y por lo tanto producen los siguientes efectos colaterales: la mayoría surge por la acción de estos medicamentos, que disminuye la actividad del sistema nervioso: Somnolencia, exceso de sueño, debilidad, falta de fuerza, cansancio muscular, sensación de fatiga sin haber hecho esfuerzo físico, confusión, falta de claridad en el pensamiento, cefalea, sequedad de boca, falta de producción de saliva, constipación, estreñimiento, generado por baja actividad neuronal, que desencadena baja movilidad intestinal, anorexia, pérdida de apetito; no confundir con el síndrome que se genera cuando una persona presenta miedo extremo a la obesidad y deja de alimentarse, mareos, vértigo y pérdida de equilibrio ocasional, ataxia, entorpecimiento; pérdida de coordinación de movimientos, ligero temblor de dedos, visión borrosa, dificultad para enfocar objetos, adicción, dependencia física o mental hacia el medicamento (por uso prolongado o dosis elevadas), síndrome de abstinencia, nerviosismo, ansiedad y desesperación, como consecuencia de la dependencia al fármaco.²¹

b) Sistema cardiovascular

Los antihipertensivos reducen la tensión arterial cuando ésta supone riesgos para la salud, como infarto cerebral. Logran su objetivo fundamentalmente de dos maneras: favoreciendo la eliminación de líquidos (diuréticos) o dilatando

venas y arterias (vasodilatadores). Efectos colaterales en el caso de los diuréticos: deshidratación, debilidad y malestar general, alteración en los niveles de sales, trastornos cardiacos y el principal problema son las arritmias, pérdida del apetito sexual. En cuanto al segundo grupo de medicamentos o de los vasodilatadores, encontramos: mareos o náuseas, cambios en el sentido del gusto, sarpullido, prurito, debilidad, cansancio sin haber realizado esfuerzo físico, inflamación, ictericia, insomnio, anuria y arritmias.²¹

c) Sistema respiratorio

Los antigripales son utilizados en resfriados que afectan a las vías respiratorias altas, ayudan a aliviar congestión nasal, fiebre, tos y dolor de cabeza. Entre sus principios activos se encuentran analgésicos (paracetamol o ibuprofeno) y sustancias que ayudan a reducir algunas molestias: clorfenamina, pseudoefedrina o loratadina. Efectos colaterales: irritación estomacal, náuseas y hemorragias intestinales. Suceden por la elevación en el nivel de jugos gástricos, sueño la somnolencia diurna se debe a los antihistamínicos, taquicardias, hipotensión ortostática, mareo, zumbido de oídos, sensación de vértigo y aturdimiento, rash granitos por posible reacción adversa o sobredosis, ictericia. Se puede citar que los antihistamínicos se utilizan en casos de alergia, como asma, conjuntivitis, rinitis, urticaria y dermatitis. Estos fármacos impiden la liberación de histamina, sustancia que se genera en las reacciones alérgicas y que da lugar a los síntomas conocidos. Es posible encontrarlos en antigripales o productos para evitar mareo y ayudar a disminuir la tos. Efectos colaterales los antihistamínicos actúan sobre el sistema nervioso y de ahí sus efectos adversos, aunque los productos más novedosos generan menos problemas, somnolencia, confusión, mareo, mala coordinación de movimientos. Los reflejos y los desplazamientos voluntarios se vuelven lentos, taquicardias, hipotensión ortostática, insomnio.²¹

De igual manera están los antitusivos, broncodilatadores, mucolíticos y expectorantes los cuales presentan efectos colaterales: resequedad de la boca, baja producción de saliva, náuseas, ganas de volver el estómago, nerviosismo, inquietud, irritabilidad, gastritis, inflamación del estómago, falta de apetito, urticaria o rash, granitos y enrojecimiento de la piel, constipación, estreñimiento, diarrea, depresión nerviosa, baja actividad del sistema nervioso, es consecuencia del uso de altas dosis de dextrometorfano.²¹

d) Sistema digestivo

Los antiácidos se indican para acidez excesiva, gastritis y úlcera, pues neutralizan la generación de jugos digestivos o disminuyen su secreción. Contienen sustancias que anulan a los ácidos (bicarbonato de sodio e hidróxidos de aluminio y magnesio) o que bloquean su producción (cimetidina, ranitidina, famotidina). Efectos colaterales: evacuaciones tienen un efecto laxante, es decir, estimulan la movilidad intestinal, las heces pueden tener consistencia líquida, estreñimiento en altas dosis el efecto es contrario y genera dificultad para el vaciado intestinal. La segunda familia de fármacos produce, en raras ocasiones náuseas y mareos, ganas de volver el estómago, rash o erupción cutánea, granitos en la piel, cansancio, fatiga sin causa aparente, cefalea, dolor articular, hepatitis, ictericia porque se altera el funcionamiento del hígado y éste no filtra bien la sangre, confusión mental, aturdimiento.¹⁵

También encontramos los laxantes, se utilizan para aliviar el estreñimiento, ya sea porque aumentan el volumen del bolo intestinal (fibra, celulosa) y retienen agua, o porque estimulan al intestino (sen, senósidos A-B, bisacodilo y picosulfato sódico). Efectos colaterales: flatulencia, gases intestinales, retortijones es el dolor abdominal; se presenta con mayor severidad al consumir sen y senósidos A-B, estreñimiento crónico cuando se recurre con frecuencia a estos medicamentos, el estreñimiento puede aumentar puesto que el intestino se

acostumbra a estar estimulado por un agente exterior, malnutrición la estimulación constante de evacuaciones impide el aprovechamiento de los alimentos.¹⁵

e) Sistema musculo esquelético

Tenemos a los analgésicos se utilizan para disminuir inflamación, bajar la fiebre y dolor músculo-esquelético o visceral (en órganos). Las sustancias más comunes son el ácido acetilsalicílico, paracetamol, ibuprofeno y naproxeno, aunque algunos más fuertes incluyen químicos que proceden del opio (morfina y codeína). Efectos colaterales: pueden causar diversos trastornos digestivos, ante todo porque alteran el equilibrio de los ácidos digestivos y favorecen la irritación de la mucosa, hemorragias intestinales, ocasionado por lesiones derivadas del aumento de acidez, vómito, ardor, agruras o reflujo, inapetencia, constipación, estreñimiento, erupciones cutáneas, urticaria, rash, mala coagulación cuando se usa de manera continua, el ácido acetilsalicílico altera la capacidad de la sangre para detener hemorragias. En cuanto a los derivados del opio que tienen la característica de disminuir la actividad neuronal, podemos mencionar: adicción, estreñimiento. Es un problema particular de la codeína, y se debe a que esta sustancia disminuye la movilidad del intestino.¹⁵

Otros que se usan en este sistema son los antiinflamatorios bloquean a la enzima ciclooxigenasa, responsable de la inflamación de los tejidos y, por tanto, del dolor que aparece en ellos. Los más comunes son los conocidos como no esteroideos (AINES), y se emplean en problemas reumáticos, gota y dolor muscular. Los más comunes son aceclofenaco, butibufeno, diclofenaco, fenilbutazona, ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, ketoprofeno, ketoralaco, naproxeno, piroxicam y salicilato. Efectos colaterales muy similares a los mencionados en el apartado de analgésicos, aunque otros se originan porque algunos de estos productos se aplican directamente en la piel, dolor estomacal y

acidez afectan la mucosa gástrica, problemas de coagulación. El ácido acetilsalicílico ocasiona cierta propensión a sufrir hemorragias, eritema, enrojecimiento de la piel que ocurre con los productos que se aplican directamente sobre una zona dolorida (tópicos), como piroxicam, bencidamina, salicilato de metilo y diclofenaco. Es reacción adversa a los componentes de la fórmula prurito, erupción. En casos más severos aparecen comezón y granitos se eliminan suspendiendo el uso del producto. Finalmente, un buen tratamiento consisten en no combinar fármacos, pedir cualquier aclaración al médico si se tiene dudas sobre la administración del producto (dosis correcta, cada cuántas horas y durante cuántos días) y, ante todo, si se observa cualquier reacción colateral debe notificárselo de inmediato al especialista para evitar lamentables complicaciones.¹⁵

f) Dependencia

Se define la dependencia que tiene el adulto mayor a un medicamento como: "La necesidad imperiosa de consumir un medicamento para lograr una sensación de bienestar". Cada adulto mayor puede responder de una manera diferente a un medicamento, existe una parte de la alteración de la respuesta a los medicamentos que parece explicarse sólo por diferencias en la sensibilidad a los medicamentos. La sensibilidad también puede hallarse alterada por presencia de enfermedades, por el proceso fisiológico del envejecimiento o indirectamente por complicaciones asociadas de otras enfermedades adyacentes. Cuando los adultos mayores dejan de consumir o intentan abandonar un medicamento sufren alteraciones físicas reales como diarreas, temblores entre otros, así mismo, sufren alteraciones psicológicas como rabia, se sienten confusos, y muchas ganas de tomarse el medicamento que han abandonado, lo que conlleva a poder padecer de otra enfermedad asociada como la psicosis, depresión, entre otras, lo cual complicaría el estilo de vida de estos adultos mayores.¹⁵

g) Polipatología

Se define como las múltiples enfermedades que presenta el adulto mayor donde se automedica para mejorar la sintomatología que presenta.²² Este mismo autor describe que cerca del 80 % de los adultos mayores padecen alguna enfermedad crónica, como diabetes, hipertensión, artrosis, insuficiencia cardíaca, etc. Además, mucho de estos adultos mayores presentan varias patologías simultáneamente. De hecho, el 36 % de los ancianos tiene más de tres enfermedades crónicas. Muchas enfermedades como enfermedades del hígado y los pulmones, diabetes, hipo e hipertiroidismo, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal modifican por sí mismas la respuesta frente a los medicamentos.²²

Por otro lado, se menciona que: los medicamentos utilizados para su tratamiento constituyen un potencial riesgo de interacciones, pudiendo disminuir la respuesta terapéutica o potenciar la toxicidad. El consumo de medicamentos por el adulto mayor es variable de acuerdo al nivel asistencial, pero resulta alto en todos ellos. A nivel ambulatorio, el número de medicamentos consumidos es de dos a cuatro por día. En las residencias este número se incrementa hasta 6-8 fármacos por día, y en los hospitales son incluso más altas. Se han realizado pocos estudios que evalúan la calidad terapéutica farmacológica en los pacientes adulto mayor. A nivel hospitalario, la necesidad de politerapia parece justificada, En las residencias la situación parece peor. Algunos estudios señalan que el 20 % de las prescripciones no eran necesarias, mientras que otros encuentran cifras más altas, que alcanzan el 60 %. En asistencia primaria se utilizan con cierta frecuencia fármacos contraindicados, o en dosis no ajustadas para el adulto mayor.²²

2.2.6. Modelos teóricos sobre los factores asociados con la automedicación

Según Quevedo,²³ existen diferentes modelos teóricos sobre los comportamientos de protección a la salud.

2.2.6.1. Teorías sobre los comportamientos de protección de la salud:

Intentan predecir teóricamente los procesos por medio de los cuales los individuos adoptan un comportamiento dirigido a la salud, en ellas se identifican en común los conocimientos y las actitudes. Estas no tienen en cuenta factores interpersonales, interinstitucionales, demográficos, sociales, y de salud pública que pudieran intervenir en éstos comportamientos.

2.2.6.2. Modelo de creencias sobre la salud: Las creencias que el individuo tenga sobre la enfermedad, pesan significativamente en el comportamiento de buscar la salud. Tiene como premisa la susceptibilidad y gravedad que percibe el individuo a enfermarse o incapacitarse, los beneficios que el individuo percibe de realizar el comportamiento dirigido hacia la salud y las barreras para realizar los comportamientos.

2.2.6.3. Modelo del proceso de adopción de precauciones: Contempla el paso de una etapa a otra, en el proceso de adoptar comportamientos dirigidos hacia la salud, dependiendo de la creencia sobre la susceptibilidad personal que tenga el individuo y que el comportamiento surge de la creencia que el peligro o la consecuencia es desfavorable para sí mismo.

2.2.6.4. Adherencia a prescripciones médicas: Se ha observado una falta en la adherencia a las recomendaciones médicas hasta en un 50 %, siendo mayor en los casos en los que se previene una enfermedad en vez de tratarla

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ubicación de la zona de estudio

El presente trabajo de investigación se realizó en la Asociación Qoriwatas del distrito de Jesús Nazareno, provincia de Huamanga, del departamento de Ayacucho, ubicado en la municipalidad de Jesús de Nazarena.

3.2. Tipo de investigación

Descriptiva transversal.

3.3. Población

Estuvo constituida por 120 adultos mayores de la Asociación Qoriwatas del distrito de Jesús Nazareno.

3.4. Criterios de inclusión

- Adultos mayores que voluntariamente aceptaron participar en la investigación, firmando el respectivo consentimiento.
- Adultos mayores entre 60 a 85 años de edad.
- Adultos mayores usuarios de la Asociación Qoriwatas.

3.5. Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no aceptaron participar en la investigación.
- Adultos mayores de 85 años y menores de 60 años.
- Adultos mayores que no se encontraban adscritos a la Asociación Qoriwatas.

3.6. Muestra

Estuvo constituida por 92 (76,7 %) adultos mayores de la Asociación Qoriwatas del distrito de Jesús Nazareno, determinada a través de la siguiente fórmula estadística²⁴:

$$n > \frac{NZ^2pq}{\{[e^2N] + [Z^2pq]\}}$$

Donde:

n: Tamaño mínimo de muestra.

Z: Es el nivel de confianza al 95% (1,96).

P: Es la variabilidad positiva (0,50)

Q: Es la variabilidad negativa (0,50)

N: Es el tamaño de la población (120).

E: Es la precisión o el error (0,05).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento la guía de entrevista semi-estructurada (Anexo 02).

3.8. Análisis de datos

El tratamiento estadístico fue descriptivo e inferencial, mediante la utilización del paquete estadístico SPSS versión 19,0. El estadígrafo de contraste de hipótesis fue la prueba Chi Cuadrado de Pearson.

IV. RESULTADOS

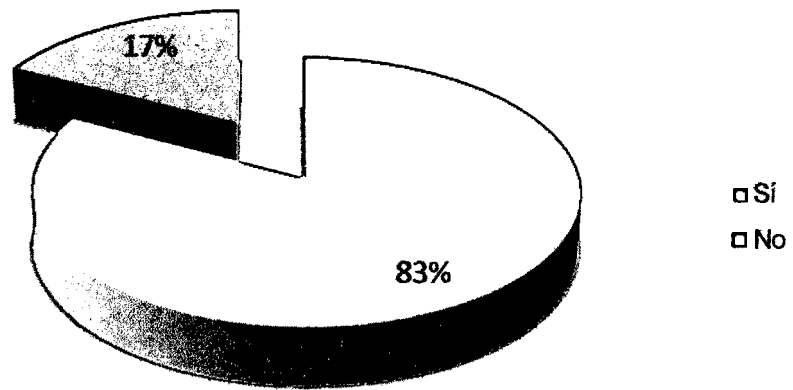


Figura 1. Porcentaje de automedicación de adultos mayores.

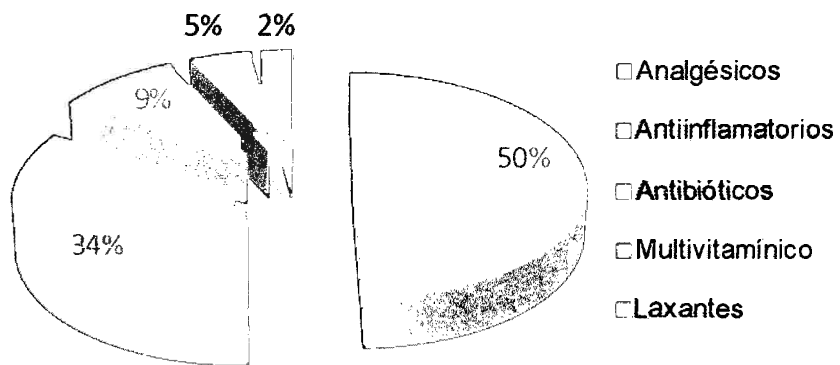


Figura 2. Porcentaje de automedicación, según grupo de medicamentos.

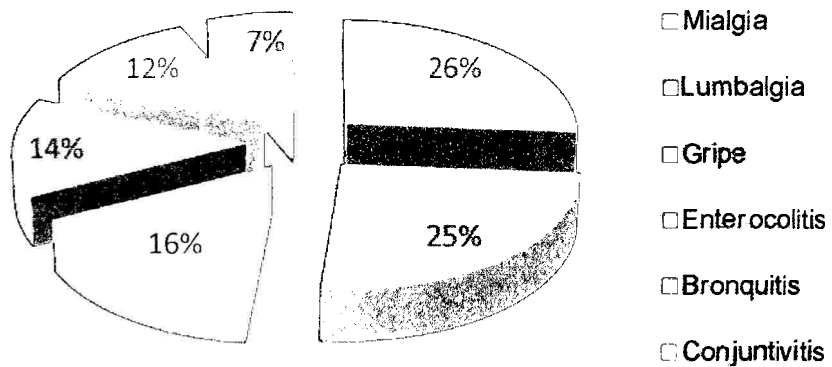
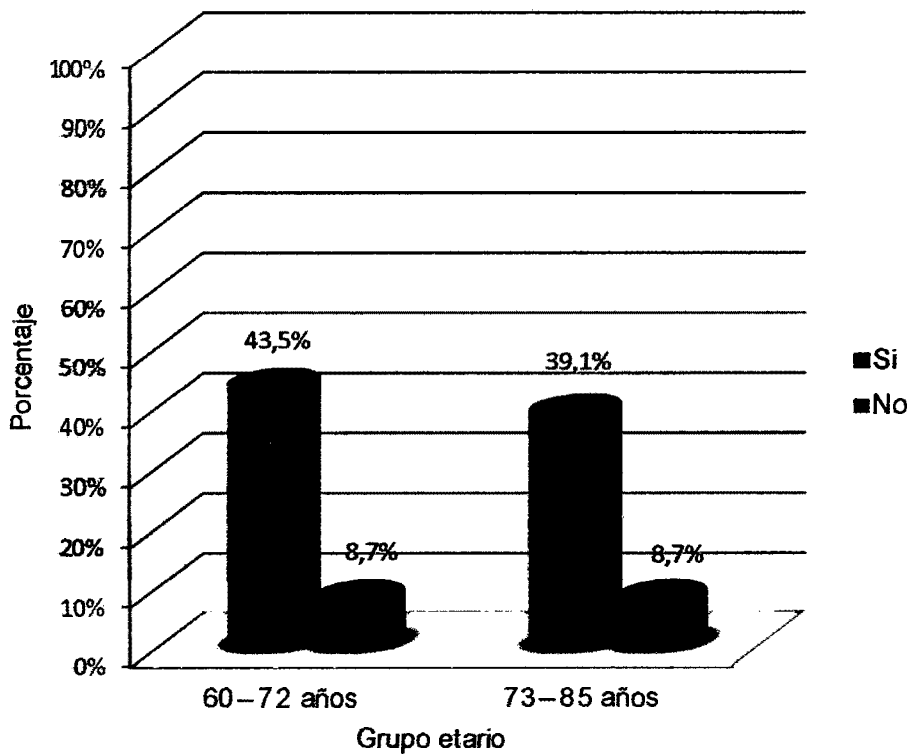
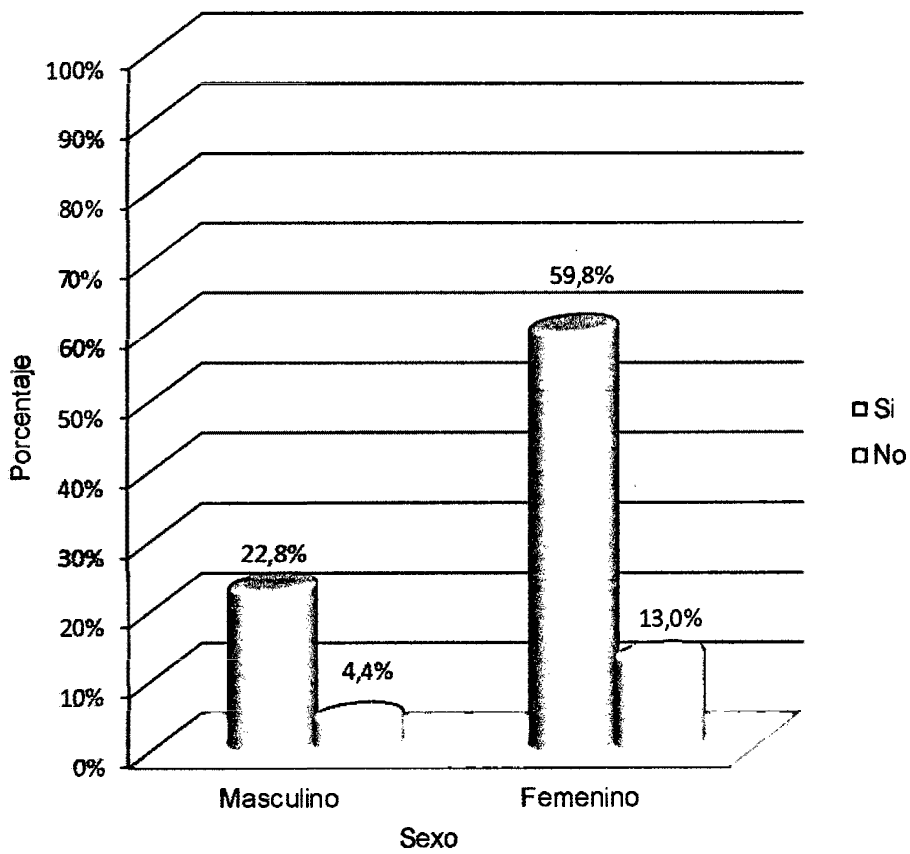


Figura 3. Porcentaje de automedicación según síndromes.



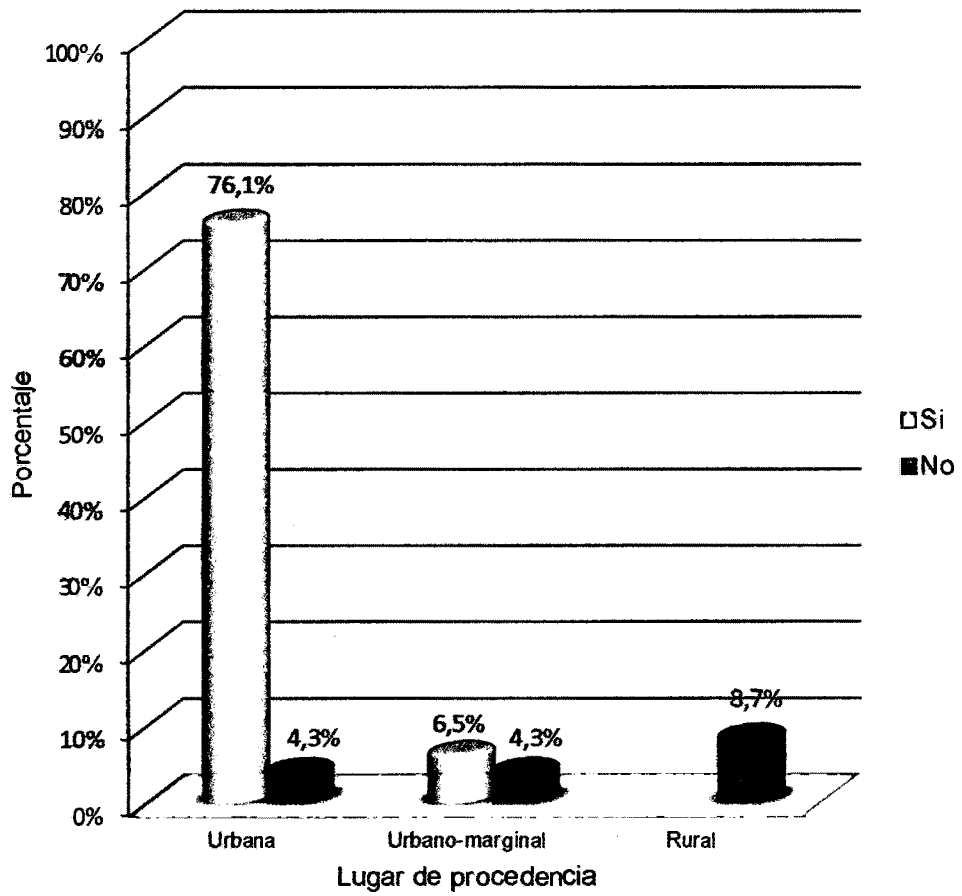
$\chi^2_c = 0,04$ GL= 1

Figura 4. Porcentaje de automedicación según grupo etario.



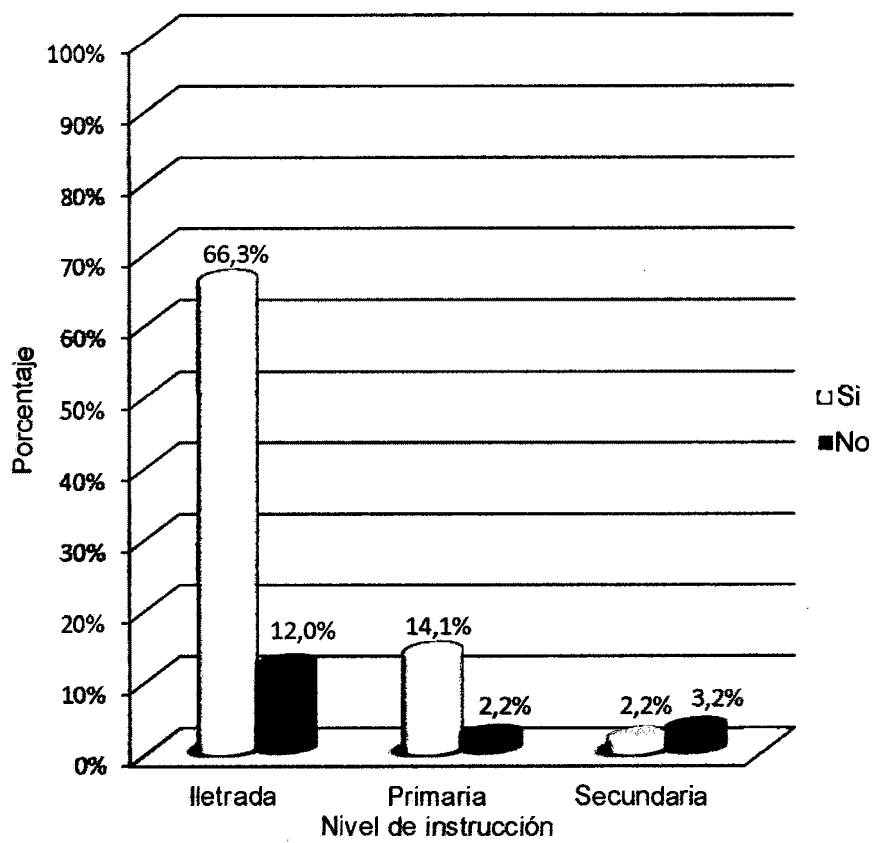
$\chi^2_c = 0,05$ GL = 1

Figura 5. Porcentaje de automedicación según sexo.



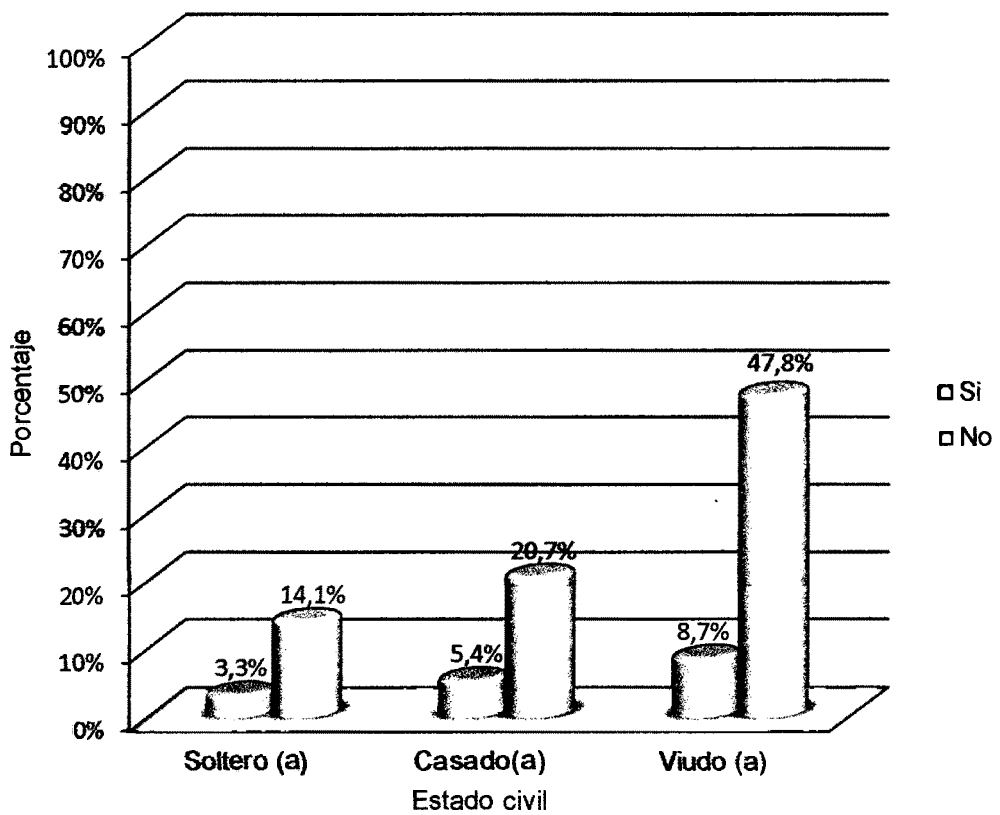
$$\chi^2_c = 48,96 \quad GL = 2$$

Figura 6. Porcentaje de automedicación según lugar de procedencia.



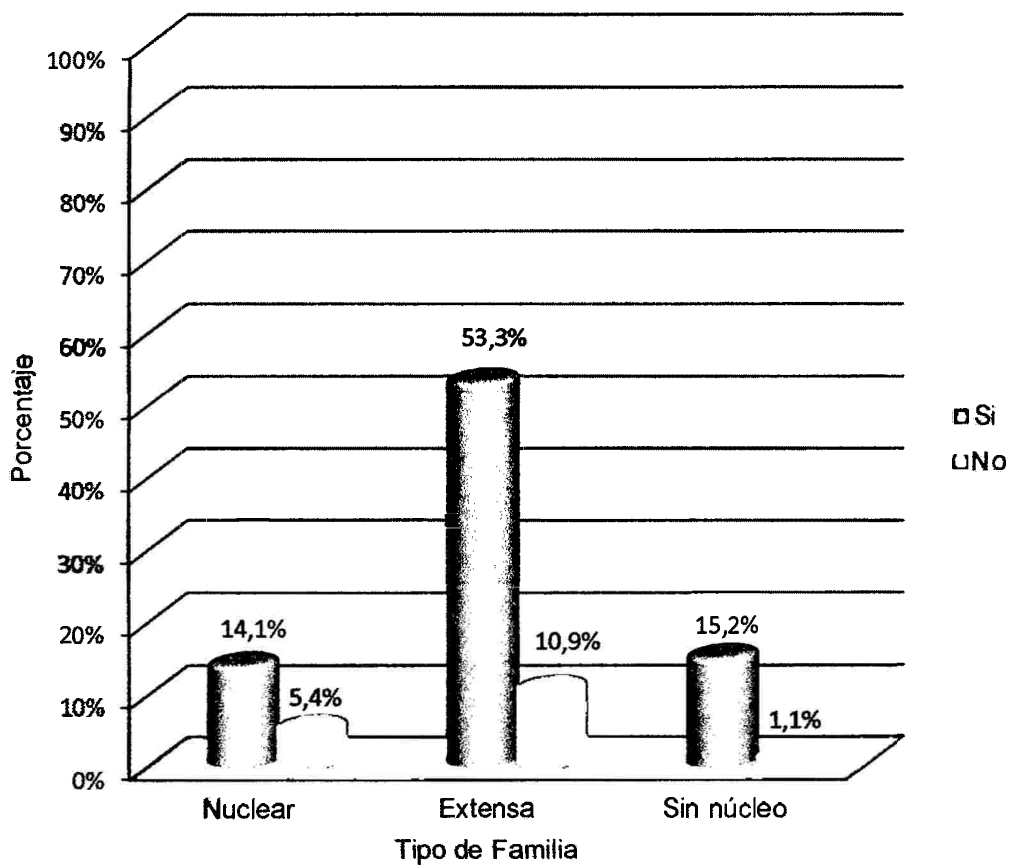
$\chi^2_c = 6,71$ $GL = 2$

Figura 7. Porcentaje de automedicación según nivel de instrucción.



$$\chi^2 = 0,36 \quad GL=2$$

Figura 8. Porcentaje de automedicación según estado civil.



$$\chi^2_c = 2,56 \quad GL = 2$$

Figura 9. Porcentaje de automedicación según tipo de familia.

V. DISCUSIÓN

García,²⁵ señala que el fenómeno de la automedicación, consiste en el consumo de medicamentos por cuenta propia del paciente sin supervisión médica y está ampliamente difundida en la sociedad peruana y en el mundo.

En la Asociación Qoriwatas del distrito de Jesús Nazareno, el 82,6 % de adultos mayores se automedican.

Llanos *et al.*¹⁴ en cinco provincias de Cajamarca, determinó que el 36,19 % de jefes de hogar entrevistados compraron medicinas sin prescripción, en los últimos tres meses, cifra similar a la observada en otros estudios latinoamericanos, donde el porcentaje de automedicación fluctúa entre 16 y 67 %.

Huamán e Hinostroza,²⁶ observaron a estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, concluyeron que el 71,1 % se automedica.

En la Figura 1, ocho de cada 10 adultos mayores recurre a la práctica de la automedicación, lo cual significa que esta mala práctica se incrementa con la edad, debido a las dolencias producto del envejecimiento, contrario a lo que propone Mestanza,²⁷ quien reporta que la automedicación es menor conforme aumenta la edad del paciente, llegando a un mínimo de 36,7 % para el grupo mayor de 64 años.

La automedicación en el adulto mayor se presenta como resultado de la facilidad para adquirir las medicinas en los establecimientos farmacéuticos que no solicitan las recetas médicas o, en su defecto, existe la mala costumbre acumular diversos tipos de medicamentos en los botiquines familiares para usarlos en momentos específicos.

Los adultos mayores que se automedican son más vulnerables a los efectos negativos de esta mala práctica sea por la selección o combinación inapropiada de los medicamentos, por la dosificación incompleta o excesiva de estos productos o por los cambios en las funciones fisiológicas referidas a modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas asociadas al envejecimiento.¹⁹

Los adultos mayores tienen de dos a tres más probabilidades de tener una reacción adversa a los fármacos, explicable por la disminución marcada de la aclaramiento renal y hepática, por la afectación de la distribución tisular, y la reducción de los niveles séricos de albúmina que provoca más droga libre. Hay una mayor respuesta ante igual nivel sérico que los jóvenes, así como una mayor posibilidad de recibir múltiples medicamentos.⁹

Los medicamentos más frecuentes de automedicación en los adultos mayores de la Asociación Qoriwatas, como muestra la Figura 2, constituyeron los analgésicos (50 %), seguido de los antiinflamatorios (34 %), antibióticos (9 %), multivitamínicos (5 %) y laxantes (2 %). Estos resultados tienen similitud con los hallazgos de León,²⁶ en pobladores adultos de área urbano-marginal de Ayacucho, quien concluyó que los principales fármacos empleados en la automedicación fueron los analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos para el tratamiento de enfermedades respiratorias y gastrointestinales.

El empleo de los medicamentos está en función al síndrome específico que padecen los adultos mayores. Es decir, al no ser diagnosticada la enfermedad

por el médico, con la automedicación sólo se alivian o aminoran los síntomas o signos que generan malestar, enmascarando el cuadro clínico real de una patología o trastorno.

Los síndromes que conllevaron al consumo de medicamentos en adultos mayores de la asociación Qoriwatas, como refleja la Figura 3, fueron la mialgia (26 %), lumbalgia (25 %), gripe (16 %), enterocolitis (14 %), bronquitis (12 %) y conjuntivitis (7 %).

Huamán e Hinojosa,²⁷ en estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, describen que los síndromes más frecuentes para la automedicación fueron los procesos gripales (82,5 %), bronquitis (41,5 %), lumbalgia (14,7 %) y enterocolitis (10,6 %).

Como se puede apreciar, los síndromes que conllevan a la automedicación están en relación con el ciclo de vida. En la población adulta mayor, los síndromes más frecuentes son las mialgias y lumbalgias, debido al proceso de envejecimiento de los tejidos y tienen relación con la utilización de analgésicos y antiinflamatorios.

De los factores estudiados, sólo el lugar de procedencia urbano o urbano-marginal y el nivel de instrucción iletrada o primaria estuvieron asociados con la automedicación en los adultos mayores. Las variables: edad, sexo, estado civil y tipo de familia no estuvieron relacionados con la automedicación.

Similares resultados fueron descritos por Mestanza,² quien no halló diferencias significativas por sexo pero sí por nivel de instrucción. El porcentaje de automedicación fue mayor para los grupos: analfabeto, primaria incompleta y secundaria incompleta. Alcanza sus menores valores en el grupo secundaria completa y superior (solo 48,6 % y 53,6 %, respectivamente).

Llanos *et al.*¹⁴ reportó la ausencia de significación entre la automedicación y las variables: sexo, edad, grado de instrucción, ocupación y pertenencia a un seguro del jefe de familia.

La automedicación fue predominante en los adultos mayores que proceden del área urbana, espacio donde la medicina moderna tiene más aceptación y se caracteriza por el empleo de fármacos. La ausencia de automedicación entre los adultos del área rural, está en relación a su concepción del proceso salud-enfermedad, donde la medicina tradicional cobra mayor preponderancia a través del uso plantas y otros recursos no convencionales.

En cuanto al nivel de instrucción, la automedicación fue más común entre los adultos mayores iletrados o con instrucción primaria. Estos hallazgos resultan particulares si se relacionan con el lugar de procedencia, pues no se halló casos de automedicación entre los adultos del área rural. Significa que en el distrito de Jesús Nazareno, parte de la población urbana no tuvo acceso al sistema educativo formal, pero por radicar en la ciudad han incorporado patrones de autocuidado propios de la medicina moderna.

La automedicación en este grupo de adultos mayores refleja su escasa preparación académica y la "minimización del riesgo" que implica para su salud, sea porque consumen medicamentos por experiencias anteriores, por consejo de familiares o amigos, pero que finalmente constituye una práctica irresponsable y riesgosa.

VI. CONCLUSIONES

- 1. En la Asociación Qoriwatas del distrito de Jesús Nazareno, el 82,6 % de adultos mayores se automedican.**
- 2. Los medicamentos más frecuentes de automedicación en los adultos mayores de la Asociación Qoriwatas constituyeron los analgésicos (50 %), seguido de los antiinflamatorios (34 %), antibióticos (9 %), multivitamínicos (5 %) y laxantes (2 %).**
- 3. Los síndromes que conllevaron al consumo de medicamentos en adultos mayores de la asociación Qoriwatas fueron la mialgia (26 %), lumbalgia (25 %), gripe (16 %), enterocolitis (14 %), bronquitis (12 %) y conjuntivitis (7 %).**
- 4. El lugar de procedencia urbano o urbano-marginal y el nivel de instrucción iletrada o primaria estuvieron asociados con la automedicación en los adultos mayores. Las variables: edad, sexo, estado civil y tipo de familia no estuvieron relacionados con la automedicación ($p < 0,05$).**

VII. RECOMENDACIONES

- 1. Continuar con investigaciones referidas a la automedicación en los adultos mayores para determinar qué otros factores conllevan al uso irracional de medicamentos.**
- 2. Realizar estudios comparativos de automedicación en adultos mayores con diferentes distritos.**

VIII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paris A. Estudio sobre la Automedicación en la Comunidad Valenciana. Diseño y presentación de trabajos e informes científicos en la Universidad de Valencia Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación [revista en Internet]* 2009. [acceso 13 de octubre de 2012]; 11(9). Disponible en: <http://mural.uv.es/sanpan/mi%20trabajo.html>.
2. Baos V. Estrategias para Reducir los Riesgos de Automedicación. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud de Madrid [revista en Internet]* 2004. [acceso 13 de octubre de 2012]; 24(6). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200006-2.pdf>
3. Ministerio De Salud. Automedicación: Cifras y Tendencias. Lima; 2006. [acceso 11 de octubre de 2012]; Disponible en: [www. Minsa. Gob. Pe.](http://www.minsa.gob.pe)
4. Nebot M, Llauger M. Autocuidado de los trastornos comunes de salud. Resultados de una encuesta telefónica en la población general. Elsevier [revista en Internet]* 2000. [acceso 15 de octubre de 2012]; 19(5).Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/articulo/autocuidados-atencion-primaria-14502>
5. French S. Automedicación en Población Urbano de Chiclayo. Revista de Salud Pública [revista en Internet]* 2001. [acceso 20 de octubre de 2012]; 9(5). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos27/automedicacion/automedicacion.shtml>
6. Montalvo J. Factores Asociados a la Automedicación en la Población Urbano- Marginal del Distrito de Chiclayo. [Tesis pregrado] Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo- Lambayeque; 1999. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos27/automedicacion/automedicacion.shtml#ixzz2iquHa3rN>
7. Boggio M. Automedicación en el adulto mayor. Portales Médicos, revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina, Enfermería Salud Integral del Adulto de la Universidad de Carabobo Venezuela. [revista en Internet]* 2010 enero. [acceso 11 de octubre de 2012]; 197. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1558/9/Automedicacion-en-el-adulto-mayor>.
8. Montoya S. Factores y nivel de consumo de benzodicepinas sin prescripción médica en los estudiantes del último año de las carreras de salud de la UNSCH [Tesis pregrado]. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho; 2011.
9. Menéndez D. Terapéutica farmacológica en el anciano. En Temas de Gerontología. En: Osvaldo Prieto Ramos, Enrique Vega García. Temas de Gerontología. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1996: 131-138. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no123/pdf/n123rev5.pdf>
10. Fuentes A. Análisis y cuantificación de los patrones de automedicación en usuarios de farmacia Salcobrand de Valdivia [Tesis pregrado]. Universidad Austral de Chile; 2006; Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/uf954a/doc/uf954a.pdf>
11. Organización Mundial Salud Ginebra. Promoción del uso racional de medicamentos: Componentes centrales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS WHO/EDM/2003.

12. Riedemann J, Illesca M, Dronghetti R. Automedicación en individuos de la Región de la Araucanía con problemas musculoesquelético. *Revista Médica Chile [revista en Internet]** 2003. [acceso 14 de octubre de 2012]; 129(6) Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872001000600008script=sci_arttext.
13. Tabón F. Evaluación acerca de automedicación y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de bachillerato. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. [revista en Internet]** 2006. [acceso 14 de octubre de 2012]; 2(155): Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista155/2_155.htm
14. Llanos L, Contreras C, Velásquez J, Mayca J, Lecca L, Peinado J, et al. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Revista Heredia de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. [revista en Internet]** 2001; [acceso 22 de octubre de 2012]; 12(4); Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000400004
15. Ñahuincopa V. Calidad de la tableta y capsula de Maca comercializados en Establecimientos y casas naturistas [Tesis pregrado]. Universidad de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho; 2004.
16. Bastante T, De La Morena F. Automedicación en población universitaria. XV Congreso de Estudiantes de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hábitos saludables en el siglo XXI [Tesis pregrado]. Madrid: Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid. España; 2002.
17. Tello S, Yovera A. Factores asociados a la incidencia de la automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en mayores de 18 años del distrito de Chiclayo-Perú [Tesis pregrado]. Universidad Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque 2005; 26-29 [acceso 14 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos277autonmedicacionm/autonmedicacionm.shtml>.
18. Farao M, Garay A, Girini S, Lestón N, Troisi M, Valerga N. Automedicación, autocuidado y autoprescripción. Asociación de médicos municipales de la CBA. Instituto para el desarrollo humano y la Salud. [Boletín científico] 2006; 50(5) [acceso 14 de octubre de 2012]; Disponible en: <http://www.medicos-municipales.org.ar/bc0706.htm#1>
19. Torres R. Farmacología para el paciente geriátrico. Publicación trimestral de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica. Editorial Cantorse. Cali- Colombia 2003; 543-548. Disponible en: <http://www.acgg.org.co>
20. García M. Enfermería Geriátrica. *Rev Clin Mex.* 2003; 202(11): 119-121.
21. Ocampo J. Aspectos farmacológicos y reacciones adversas medicamentos. *Fundamentos de medicina Geriátrica, corporación para investigaciones biológicas. [revista en Internet]** 2006 [acceso 28 de octubre de 2012]; 39(2). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/rt/printeFriendly/569/916>
22. Herrera A. Polifarmacia y Automedicación en la Población Adulta Mayor [Tesis pregrado]. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; 2007 [acceso 23 de octubre de 2012]. Disponible en: URL: <http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2007/medicina/Psiquiatri>

- a_farmacologia_en_el_paciente_Adulto_Mayor.pdf > [consulta: 14 octubre 2012].
23. Quevedo M. Factores de comportamiento hacia la foto protección. Especialización de medicina estética y aplicación de láser. Universidad de Rosario. Colombia; 2010; 1(1): Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/1961/1/52810.pdf>097
 24. Gil A, Calderón J, Alzamora L. ¿Cómo hacer una investigación epidemiológica y aplicar adecuadamente la estadística?. Revista de investigación Peruana [revista en Internet]* 2008. [acceso 23 de octubre de 2012]; 29(4). Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/rpmesp2012.v29.n4.pdf>
 25. García I. Determinantes de la automedicación en el Perú. Revista del Departamento de Economía. Pontificia Universidad Católica del Perú [revista en Internet]* 2002. [acceso 23 de octubre de 2012]; 49(18). Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/economia/article/download/944/911>
 26. León M. Frecuencia de automedicación en la población adulta urbano marginal del distrito de Ayacucho. Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho; 2003.
 27. Huamán A, Hinojosa C. Factores asociados con la automedicación de estudiantes en ciencias de la salud [Tesis pregrado]. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho; 2009.
 28. Mestanza F. Estudio del Consumo de medicamentos y automedicación en dos farmacias de estratos socioeconómicos alto y bajo en Lima Metropolitana: Libro de resúmenes de la VII Jornada Científica estudiantil de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. [revista en Internet]* 2003. [acceso 14 de octubre de 2012]; 3(1). Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/3-3/v3n3ao3.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

Tabla 1. Ficha de consentimiento informado.

Yo..... he sido informado
(a) por el Srta. Rebeca Martínez Cajamarca, egresado de la carrera de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, que desarrolla un trabajo de investigación en Factores asociados con la automedicación en adultos mayores de la asociación Qoriwatas del distrito Jesús Nazareno. Ayacucho, periodo 2012, es por ello que yo:

1. Consiento libre y voluntariamente en colaborar en su trabajo relatando cual ha sido mi comportamiento en la toma de medicamentos.
2. Permito que el Srta. Martínez utilice la información sin dar a conocer mi identidad y que la utilice con el fin que postula en su investigación.
3. Acepto que el Srta. Martínez tenga acceso a mi identidad, la que no será revelada por él manteniéndose el anonimato.
4. He sido informado que puedo retirar mi colaboración en cualquier momento sea previo o durante la entrevista.

Fecha: Firma del Participante _____

Fecha: Firma del Investigador _____

Anexo2

Tabla 2. Cuestionario

Marque con un aspa (x) la opción que considere pertinente y escriba en los espacios en blanco.

I. DATOS GENERALES

1.1. ¿Cuántos años tiene? _____ años

Masculino

1.1. ¿Cuál es su sexo?

Femenino

Urbana

1.2. ¿De donde procede Ud.?

Urbano - marginal

Rural

1.3. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

Ilustrada

Primaria

Secundaria

Superior

1.4. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera

Casado

Viudo

1.5. ¿Con quiénes vive actualmente?

Solo

Con amigos

Cónyuge

Hijos

Nietos

Parientes

II. DATOS ESPECÍFICOS

2.1. ¿En el último año, Ud. consumió medicamentos sin prescripción médica?

Sí

No

En caso de automedicarse:

2.1.1 ¿Por qué se automedica?

2.1.2 ¿Qué tipo de enfermedades presentó para decidir automedicarse?

. **Lumbalgia** :

Dolor lumbar crónico tras esfuerzo o actividad

Dificultad para sentarse o agacharse

. **Bronquitis**

< 15 días > 15 días

Dificultad para respirar

Tos seca

Tos con expectoración

. **Conjuntivitis**

Enrojecimiento de la conjuntiva

Sensación de ardor o escozor de ojo

. **Mialgia**

Dolor localizado en los miembros inferiores

Dolor localizado en los miembros superiores

. **Gripe:**

Rinorrea

Congestión nasal

Anexo3

Tabla 3. Porcentaje de automedicación.

Automedicación	Nº	%
Sí	76	82,6
No	16	17,4
Total	92	100,0

Fuente. Boggio 7.

Anexo4

Tabla 4. Medicamentos con mayor demanda de automedicación.

Medicamentos con mayor demanda de automedicación	Nº	%
Analgésicos	46	50
Antiinflamatorios	31	34
Antibióticos	8	9
Multivitamínico	5	5
Laxantes	2	2
Total	92	100,0

Fuente. Boggio ⁷.

Nota aclaratoria. La distribución de datos corresponde a respuestas múltiples.

Anexo5

Tabla 5. Síndromes que conllevan al consumo de medicamentos.

Síndromes que conllevan al consumo de medicamentos	Nº	%
Mialgia	24	26
Lumbalgia	23	25
Gripe	15	16
Enterocolitis	13	14
Bronquitis	11	12
Conjuntivitis	6	7
Total	92	100,0

Fuente. Boggio ⁷:

Nota aclaratoria. La distribución de datos corresponde a respuestas múltiples.

Anexo 6

Tabla 6. Automedicación según edad.

Edad	Automedicación				Total	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
60 – 72 años	40	43,5	08	8,7	48	52,2
73 – 85 años	36	39,1	08	8,7	44	47,8
Total	76	82,6	16	17,4	92	100,0

Fuente. Boggio 7:

$$\chi^2_c = 0,04$$

$$\alpha = 0,05$$

$$GL = 1$$

$$\chi^2_t = 3,84$$

$$p > 0,05$$

Anexo7

Tabla 7. Automedicación según sexo.

Sexo	Automedicación				Total	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Masculino	21	22,8	04	4,4	25	27,2
Femenino	55	59,8	12	13,0	67	72,8
Total	76	82,6	16	17,4	92	100,0

Fuente. Boggio 7:

$\chi^2_c = 0,05$

$\alpha = 0,05$

GL=1

$\chi^2_t = 3,84$

$p > 0,05$

Anexo 8

Tabla 8. Automedicación según lugar de procedencia.

Lugar de procedencia	Automedicación				Total	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Urbana	70	76,1	04	4,3	74	80,4
Urbano-marginal	06	6,5	04	4,3	10	10,9
Rural	-	-	08	8,7	08	8,7
Total	76	82,6	16	17,4	92	100,0

Fuente. Boggio ⁷.

$\chi^2_c = 48,96$

$\alpha = 0,05$

GL=2

$\chi^2_t = 5,99$

$p < 0,05$

Anexo 9

Tabla 9. Automedicación según nivel de instrucción.

Nivel de instrucción	Automedicación				Total	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Letrada	61	66,3	11	12,0	72	78,3
Primaria	13	14,1	02	2,2	15	16,3
Secundaria	02	2,2	03	3,2	05	5,4
Total	76	82,6	16	17,4	92	100,0

Fuente. Boggio ⁷.

$\chi^2_c = 6,71$

$\alpha = 0,05$

GL = 2

$\chi^2_t = 5,99$

$p < 0,05$

Anexo 10

Tabla 10. Automedicación según estado civil.

Estado civil	Automedicación				Total	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Soltero (a)	03	3,3	13	14,1	16	17,4
Casado(a)	05	5,4	19	20,7	24	26,1
Viudo (a)	08	8,7	44	47,8	52	56,5
Total	76	82,6	16	17,4	92	100,0

Fuente. Boggio ⁷.

$\chi^2_c = 0,36$

$\alpha = 0,05$

GL=2

$\chi^2_t = 5,99$

$p > 0,05$

Anexo 11

Tabla 11. Automedicación según tipo de familia.

Tipo de familia	Automedicación				Total	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Nuclear	13	14,1	05	5,4	18	19,6
Extensa	49	53,3	10	10,9	59	64,1
Sin núcleo	14	15,2	01	1,1	15	13,6
Total	76	82,6	16	17,4	92	100,0

Fuente. Boggio ⁷.

$\chi^2_e = 2,56$

$\alpha = 0,05$

GL = 2

$\chi^2_t = 5,99$

$p > 0,05$

Anexo 12

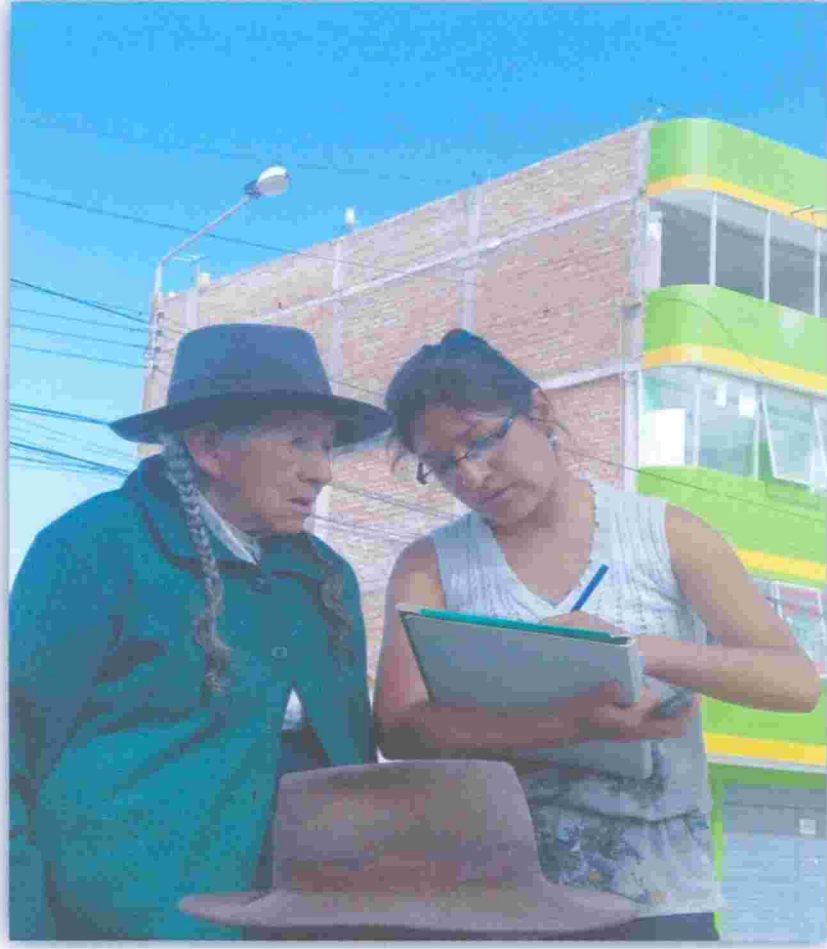


Figura 10. Entrevista a adultos mayores.

Anexo 13

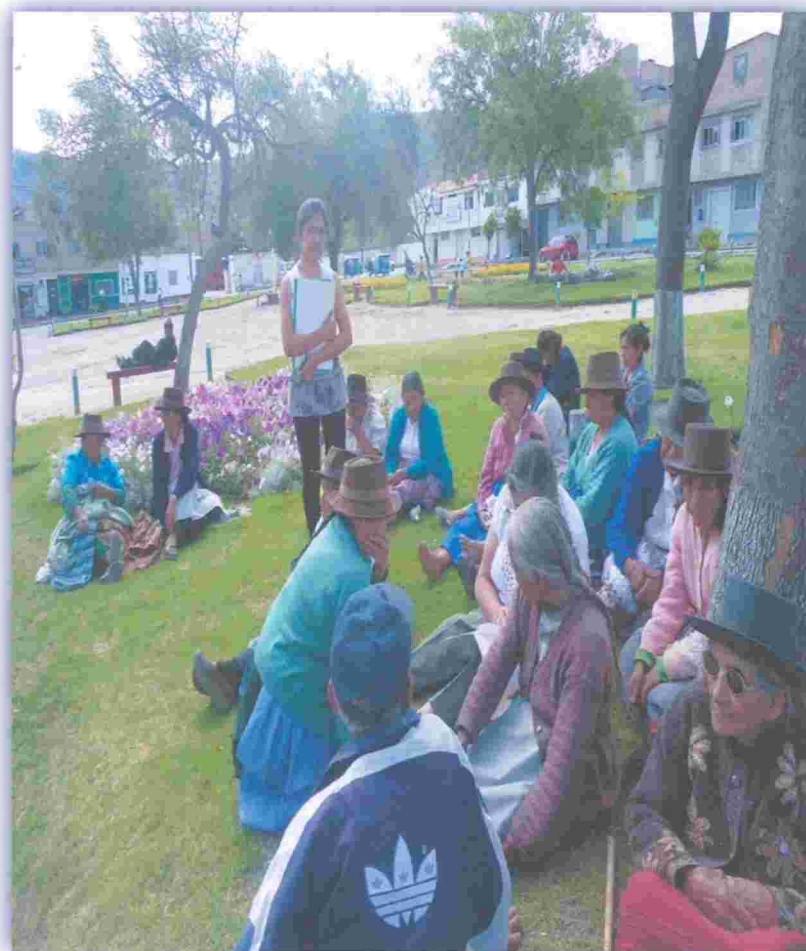


Figura 11. Reunión con adultos mayores.

Anexo 14



Figura 12. Charla de capacitación a adultos mayores.

Tabla 12. Matriz de consistencia

Título	Problema	Objetivos	Marco teórico	Variables	Metodología
"Factores asociados con la automedicación en adultos mayores de la Asociación Nazareno. Qoriwatas del Distrito Nazareno durante los meses de Setiembre y Noviembre 2012. Ayacucho Setiembre - Noviembre 2012. Ayacuchc 2012."	¿Cuáles son los principales factores asociados con la automedicación en adultos mayores de la Asociación Nazareno. Qoriwatas del Distrito Nazareno durante los meses de Setiembre y Noviembre 2012. Ayacucho Setiembre - Noviembre 2012. Ayacuchc 2012."	Objetivo general: Determinar los principales factores asociados con la automedicación en adultos mayores de la Asociación Nazareno. Qoriwatas del Distrito Nazareno. Objetivos específicos: Estimar la prevalencia de automedicación en adultos mayores de la Asociación Qoriwatas. Identificar los medicamentos con mayor demanda de automedicación en adultos mayores. Describir los síndromes que conllevan al consumo de medicamentos en adultos mayores. Identificar los factores socio - demográficos asociados al consumo de medicamentos en adultos mayores.	Antecedentes de investigación automedicación en el adulto mayor. • Modificaciones farmacocinéticas • Modificaciones farmacodinámicas Efectos adversos de los medicamentos en los adultos mayores. Efectos colaterales de los medicamentos en el organismo. • Sistema nervioso • Sistema cardiovascular • Sistema respiratorio • Sistema digestivo • Sistema musculoesquelético • Dependencia • Polipatología Modelos teóricos sobre los factores asociados con la automedicación. Teoría sobre los comportamientos de protección de la salud. Modelo de creencias sobre la salud. Modelo del proceso de adopción de precauciones. Adherencia a prescripciones médicas.	Variable Independiente Factores Dimensión: • Demográfico • Sociales Indicador: Grupo de edad Sexo Nivel de Instrucción Procedencia Estado civil Tipo de familia Variable Dependiente: Automedicación Dimensión: • Tipo de medicamentos • Síndromes que conllevan Indicador - Clasificación - Tipos	Diseño Metodológico Población: Adultos mayores de la Asociación Qoriwatas del distrito Jesús Nazareno. Muestra: Estuvo constituida por 92 adultos mayores de la Asociación Qoriwatas. Criterio de Inclusión Adultos mayores que voluntariamente aceptaron participar en la investigación, firmando el respectivo consentimiento. Adultos mayores entre 60 a 85 años de edad. Adultos mayores usuarios de la Asociación Qoriwatas. Criterio de Exclusión Adultos mayores que voluntariamente no aceptaron participar en la investigación. Adultos mayores de 85 años. Adultos mayores que no se encontraban adscritos a la Asociación Qoriwatas. TIPO DE INVESTIGACION Descriptiva - transversal

Factores asociados con la automedicación en adultos mayores de la Asociación Qoriwatas del Distrito de Jesús Nazareno durante los meses de Setiembre – Noviembre 2012. Ayacucho 2012.

Rebeca Martínez Cajamarca.¹ José Manuel Díez Macavilca²

¹IQFARMA

²Farmacia y Bioquímica: UNSCH

RESUMEN

La automedicación constituye un problema de salud pública, las muertes por automedicación, en el mundo se incrementan anualmente. Según la Federación Internacional Farmacéutica (FIP), anualmente fallecen entre 15 000 y 20 000 personas producto de la automedicación. El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo - transversal, tuvo como objetivo determinar los principales factores asociados con la automedicación en adultos mayores de la Asociación Qoriwatas del distrito Jesús Nazareno, durante los meses de setiembre a noviembre del 2012. La muestra estuvo constituida por 92 adultos seleccionados al azar. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento, la guía de entrevista semi-estructurada. Los resultados de la investigación determinaron que, el 82,6 % de adultos mayores se automedica. Los medicamentos más frecuentes de automedicación constituyeron los analgésicos (50 %), seguido de los antiinflamatorios (34 %), antibióticos (9 %), multivitamínicos (5 %) y laxantes (2 %). Los síndromes que conllevaron al consumo de medicamentos fueron la mialgia (26 %), lumbalgia (25 %), gripe (16 %), enterocolitis (14 %), bronquitis (12 %) y conjuntivitis (7 %). En conclusión, el lugar de procedencia urbano o urbano-marginal ($\chi^2_c = 48,96 > \chi^2_i = 5,99$; $p < 0,05$) y el nivel de instrucción iletrada o primaria ($\chi^2_c = 6,71 > \chi^2_i = 5,99$; $p < 0,05$) estuvieron asociados con la automedicación en los adultos mayores. Las variables: edad, sexo, estado civil y tipo de familia no estuvieron relacionados con la automedicación ($p > 0,05$).

Palabras clave: Factores, automedicación.

SUMMARY

Self-medication is a public health problem; deaths from self-medication in the world will increase annually. According to the International Pharmaceutical Federation (FIP), die annually between 15 000 and 20 000 self-medication product. The present research is a descriptive-cross aimed to determine the main factors associated with self-medication in older adults Qoriwatas Association Nazarene district during the months of September to November 2012. The sample consisted of 92 randomly selected adults. The technique of data collection was the interview and the instrument guide semi-structured interview. The research results found that 82,6 % of older adults self-medicate. Frequently drugs analgesics formed self-medication (50 %), followed by anti-inflammatory (34 %), antibiotics (9 %), multivitamin (5 %), laxatives (2 %). The syndromes that led to the consumption of drugs were myalgia (26 %), back pain (25 %), influenza (16 %), enterocolitis (14 %), bronchitis (12 %) and conjunctivitis (7 %). In conclusion in conclusion, the place of origin urban or urban fringe ($\chi^2_c = 48,96 > \chi^2_i = 5,99$; $p < 0,05$) and the level of illiterate or primary instruction ($\chi^2_c = 6,71 > \chi^2_i = 5,99$; $p < 0,05$) were associated with self-medication in older adults. Variables: age, sex, marital status and family type were not related to self-medication ($p > 0,05$).

Keywords: factors, self-medication.

INTRODUCCIÓN

En el transcurso de la historia de la humanidad, la automedicación ha sido la forma más utilizada para el tratamiento de enfermedades y con resultados diferentes. Las muertes por automedicación, en el mundo, incrementan anualmente. En España, el 80 % de la población adulta se automedica.¹

El uso de fármacos sin prescripción médica ha sido una práctica frecuente en todas las culturas y en todos los tiempos, con características propias en cada una de ellas. Esta práctica se fue convirtiendo en una habilidad por satisfacer sus propias necesidades de salud, compartir medicamentos con los miembros de la familia, amigos, vecinos, farmacéutico, la reutilización de la receta de un médico o la sugerencia de un anuncio publicitario. La automedicación se ha definido de forma clásica como: El consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico.²

El Ministerio de Salud informa que el 55 % de la población nacional se automedica y pone en riesgo su salud, ya que adquiere y consume medicamentos sin contar con una receta; es decir, sin haber acudido a un profesional médico para el diagnóstico y la prescripción respectiva.³

En Perú, Nebot y Llauger⁴ reportaron una prevalencia del 42 % de automedicación. French⁵ y Montalvo⁶ en sectores urbano-marginales de la ciudad de Chiclayo encontraron una prevalencia de automedicación del 39,78 %. En Venezuela, según Boggio⁷, un 25 % de adultos mayores se automedican para inducir el sueño o consumen protectores gástricos, analgésicos y antiinflamatorios.

En Ayacucho, Montoya,⁸ describe que el 68,4 % de estudiantes de las carreras de salud de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga se automedican con benzodiacepinas, descociendo el índice de automedicación como los factores asociados en los adultos mayores.

Los adultos mayores constituyen el grupo poblacional que cada día va en aumento, y son ellos los que mayor medicación y atención médica requieren. Es por ello que la automedicación incrementa las posibilidades de reacciones adversas a los medicamentos e interacciones medicamentosas en potencia, por lo que estos constituyen la primera

fente de trastornos iatrogénicos en los adultos mayores, atribuible a que muchas veces se administran dosis muy elevadas y muchos productos medicamentosos o naturales, siendo otro aspecto que acrecienta la aparición de polimedición, que aumenta con la edad y entre los adultos mayores, y es algo que hay que seguir muy de cerca.⁹

En la Asociación Qoriwatas del distrito de Jesús de Nazareno, se observa que los adultos mayores, debido al envejecimiento, presentan diferentes dolencias que conllevan a la automedicación. De ahí, la necesidad de investigar los factores asociados con la automedicación, en la investigación de tipo descriptivo – transversal.

Objetivo general

- Determinar los principales factores asociados con la automedicación en adultos mayores de la Asociación Qoriwatas del distrito Jesús Nazareno.

Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia de automedicación en adultos mayores de la Asociación Qoriwatas.
- Identificar los medicamentos con mayor demanda de automedicación en adultos mayores.
- Describir los síndromes que conllevan al consumo de medicamentos en adultos mayores.
- Identificar los factores socio-demográficos asociados al consumo de medicamentos en adultos mayores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ubicación de la zona de estudio

El presente trabajo de investigación se realizó en la Asociación Qoriwatas del distrito de Jesús Nazareno, provincia de Huamanga, del departamento de Ayacucho, ubicado en la municipalidad de Jesús de Nazareno.

Tipo de investigación

Descriptiva transversal.

Población

Estuvo constituida por 120 adultos mayores de la Asociación Qoriwatas del distrito de Jesús Nazareno.

Criterios de inclusión

Adultos mayores que voluntariamente aceptaron participar en la investigación, firmando el respectivo consentimiento.

Adultos mayores entre 60 a 85 años de edad.
 Adultos mayores usuarios de la Asociación Qoriwatas.

Criterios de exclusión

Adultos mayores que no aceptaron participar en la investigación.

Adultos mayores de 85 años y menores de 60 años.

Adultos mayores que no se encontraban adscritos a la Asociación Qoriwatas.

Muestra

Estuvo constituida por 92 (76,7 %) adultos mayores de la Asociación Qoriwatas del distrito de Jesús Nazareno, determinada a través de la siguiente fórmula estadística¹⁰:

$$n \geq \frac{NZ^2pq}{\{[e^2N] + [Z^2pq]\}}$$

Donde:

- n: Tamaño mínimo de muestra.
- Z: Es el nivel de confianza al 95% (1,96).
- P: Es la variabilidad positiva (0,50)
- Q: Es la variabilidad negativa (0,50)
- N: Es el tamaño de la población (120).
- E: Es la precisión o el error (0,05).

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento la guía de entrevista semi-estructurada.

Análisis de datos

El tratamiento estadístico fue descriptivo e inferencial mediante la utilización del paquete estadístico SPSS versión 19,0. El estadígrafo de contraste de hipótesis fue la prueba Chi Cuadrado de Pearson.

RESULTADOS

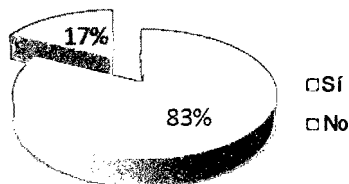


Figura 1. Porcentaje de automedicación de adultos mayores.

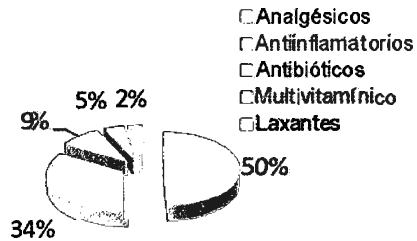


Figura 2. Porcentaje de automedicación, según grupo de medicamentos.

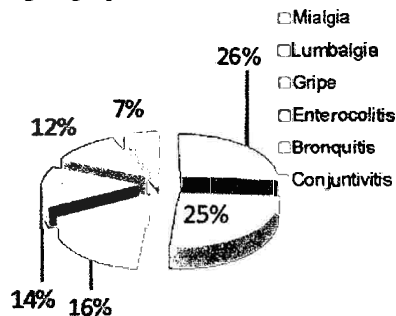
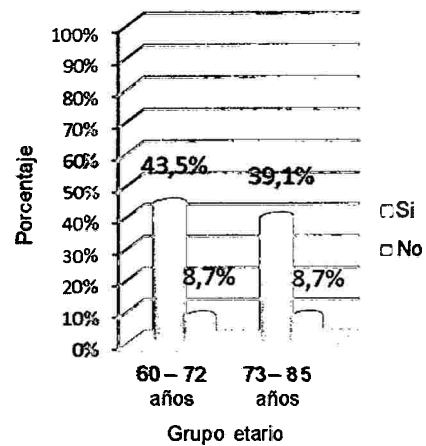


Figura 3. Porcentaje de automedicación según síndromes.



$\chi^2 = 0,04$ GL=1

Figura 4. Porcentaje de automedicación según grupo etario.

- ciones/articulos/1558/9/Automedicacion-en-el-adulto-mayor.
8. Montoya S. Factores y nivel de consumo de benzodiazepinas sin prescripción médica en los estudiantes del último año de las carreras de salud de la UNSCH [Tesis pregrado]. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho; 2011.
 9. Menéndez D. Terapéutica farmacológica en el anciano. En Temas de Gerontología. En: Osvaldo Prieto Ramos, Enrique Vega García. Temas de Gerontología. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1996: 131-138. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/nol23/pdf/nl23rev5.pdf>
 10. Gil A, Calderón J, Alzamora L. ¿Cómo hacer una investigación epidemiológica y aplicar adecuadamente la estadística?. Revista de investigación Peruana [revista en Internet]* 2008. [acceso 23 de octubre de 2012]; 29(4). Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/rpmesp2012.v29.n4.pdf>
 11. García I. Determinantes de la automedicación en el Perú. Revista del Departamento de Economía. Pontificia Universidad Católica del Perú [revista en Internet]* 2002. [acceso 23 de octubre de 2012]; 49(18). Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/economia/article/download/944/911>
 12. Llanos L, Contreras C, Velásquez J, Mayca J, Lecca L, Peinado J, et al. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. Revista Heredia de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. [revista en Internet]* 2001; [acceso 22 de octubre de 2012]; 12(4); Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000400004
 13. Huamán A, Hinojosa C. Factores asociados con la automedicación de estudiantes en ciencias de la salud [Tesis pregrado]. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Ayacucho; 2009.
 14. Mestanza F. Estudio del Consumo de medicamentos y automedicación en dos farmacias de estratos socioeconómicos alto y bajo en Lima Metropolitana: Libro de resúmenes de la VII Jornada Científica estudiantil de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. [revista en Internet]* 2003. [acceso 14 de octubre de 2012]; 3(1). Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/3-3/v3n3ao3.pdf>
 15. Torres R. Farmacología para el paciente geriátrico. Publicación trimestral de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Editorial Cantorse. Cali - Colombia 2003; 543-548. Disponible en: <http://www.acgg.org.co>
 16. León M. Frecuencia de automedicación en la población adulta urbano marginal del distrito de Ayacucho. Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho; 2003.