

Automedicación en zonas urbanas y urbano marginales de la provincia de Trujillo de acuerdo a los factores socioeconómicos

Self-medication in urban and marginal urban areas of Trujillo according to socioeconomic factors

RIVERA ESPINO, Miguel Alberto¹; CABREJOS PAREDES, José Elías²

RESUMEN

Este estudio tiene como finalidad determinar los principales factores de riesgo para el consumo de fármacos sin receta médica en las zonas urbanas y urbano-marginales de la provincia de Trujillo, prestando especial atención a la existencia de patrones diferenciales de automedicación por los factores socioeconómicos. Para explicar la automedicación se empleó un método prospectivo, transversal, analítico, comparativo utilizando como variables de control diversos factores socioeconómicos. Los datos proceden de la muestra de adultos de una encuesta realizada a la población adulta del Centro Materno Infantil el Milagro y Clínica Sánchez Ferrer incluyendo a 142 personas para cada grupo. Se obtuvieron datos de 284 pacientes provenientes de dos estratos, tanto de zonas urbanomarginales y zona urbana. Los grupos etarios predominantes fue de 35 – 44 años en ambos grupos ($p=0.7667$). No existió diferencia de los grupos en cuanto al sexo ($p=0.31581$). El nivel educativo predominante en zona urbano marginal fue de primaria (55.63%), mientras que en la zona urbana fue superior (50%). Los días de enfermedad predominaron de 1 a 2 días en ambas zonas. El quintil de ingreso vario notablemente en ambas zonas $p<0.0000$. El aseguramiento no fue significativo en los grupos ($p=0.49608$). El tipo de medicamento consumido difirió en ambas zonas ($p=0.0071$). Los principales factores de riesgo para la automedicación en la zona urbanomarginal y la zona marginal corresponden al nivel educativo, días de enfermedad, el quintil de ingreso.

Palabras clave: Salud pública, automedicación, factores socioeconómicos.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the main risk factors for the consumption of drugs without prescription in the adult population in marginal urban and urban areas of the province of Trujillo, with particular attention to the existence of differential patterns of self-medication by social economic factors. To explain the self-medication is used a prospective method, transverse, analytic, comparative using as control variables as socioeconomic factors. The data come from the sample of adults in a survey of the adult population of the town center and Clinic Sánchez Ferrer including 142 people for each group. Data from 284 patients from two layers, both marginal urban areas and urban areas were obtained. The predominant age group was 35-44 years in both groups ($p = 0.7667$). There was no group difference in gender ($p = 0.31581$). The predominant educational level in marginal urban area was primary (55.63%), while in urban areas was higher (50%). Sickness days predominance of 1-2 days in both areas. Income quintile in both areas varied significantly $p < 0.0000$. The assurance was not significant in both groups ($p = 0.49608$). The type of medication consumed differed in both areas ($p = 0.0071$). The main risk factors for self-medication in the marginal urban zone and the marginal zone correspond to the educational level, sick leave, income quintile.

Key words: Public health, self-medication, socioeconomic factors.

¹Sanna/Clinica Sánchez Ferrer, m_albertorivera@hotmail.com

²Docente Escuela de PostGrado Universidad Nacional de Trujillo, Director CAP III Hospital Metropolitano - EsSalud

INTRODUCCIÓN

La automedicación se basa en la propia decisión del paciente de ingerir medicamentos sin receta de un médico; pero dicha iniciativa está modulada por diversos factores relacionados principalmente con el propio paciente, con el proceso, con el entorno social, con los farmacéuticos y con los profesionales¹⁹. Por el lado de las características de los individuos, el efecto de la edad no es claro porque, a mayor edad, mayor probabilidad de requerir atención institucional especializada; sin embargo, si esta atención es costosa, se puede buscar paliativos con automedicación. A mayor nivel educativo del jefe, es de esperarse que se reduzca la automedicación y la consulta no institucional, pues las personas con mayor grado de instrucción son más conscientes de las implicancias de esta práctica según nuestro supuesto. La gravedad de la dolencia o enfermedad también influye en la decisión; si es leve, una conducta de automedicación o consulta en farmacia es de esperarse. Por otro lado, si la persona pertenece a algunos grupos culturales podría mostrarse reacia a atenderse en establecimientos institucionales; y, finalmente, si los ingresos familiares son altos y no hay restricciones de oferta de servicios institucionales -privados por ejemplo-, entonces se reduce la posibilidad de la automedicación y la consulta no institucional. Uno de los factores culturales que intervienen en el proceso de la automedicación es el lenguaje. En el lenguaje humano se hace patente de manera paradigmática un rasgo fundamental de todo proceso semiótico y que consiste en que la comunicación moviliza a todo el sistema lingüístico como condición de posibilidad de su capacidad concreta de significación¹.

En algunos casos esta automedicación de alguna manera asegura el tratamiento donde la cobertura de salud es deficitaria y los costos de la atención médica no guardan una adecuada relación con las posibilidades de la población. Asimismo, la falta de medidas educativas e ideas erróneas comunicadas a través de medios inadecuados¹⁷, entre otros factores traen consigo patrones errados de consumo de medicamentos. Concentrando nuestra atención en países subdesarrollados como el Perú, la falta de recursos de la población para enfrentar problemas de salud cotidianos, la dificultad de acceso a servicios formales de salud, la relativa facilidad que existe para conseguir medicamentos en las farmacias sin prescripción y los bajos niveles de aseguramiento de la población condicionan a que este fenómeno tenga una gran amplitud. En el caso de nuestro país hay un riesgo potencial añadido, atribuible a un control de calidad prácticamente inexistente debido a la dación de dispositivos que reemplazan los exámenes de calidad por la simple declaración jurada emitida por el fabricante, importador o comercializador de estos productos (DL 25536, 1993). El efecto de las variables exógenas sobre la decisión del consumidor es el siguiente: la calidad de la atención puede desincentivar el deseo de una

persona de atenderse en un establecimiento institucional (público o privado) y, por lo tanto, incrementar la probabilidad de automedicarse; también se puede afirmar que mientras más tiempo se requiera en el servicio, mayor será la probabilidad de automedicarse; el acceso gratuito a medicamentos -como ocurre en EsSalud- puede reducir el incentivo a autorecetarse medicamentos y no escoger una alternativa no institucional. Asimismo, si el costo de la atención es alto (para los no asegurados), se podría desincentivar la búsqueda de una alternativa institucional e incrementar la probabilidad de automedicarse. Diversos estudios¹⁸ han abordado el consumo de antibióticos en automedicación en España. Alrededor del 25% de los 80 millones de envases anuales de antibióticos son consumidos de esta forma. Pero no solamente este hecho indica un mal uso de estos medicamentos, sino también que solamente el 6.5% de los pacientes adultos y el 30.3% de los niños cuyos médicos les han recetado un antibiótico, cumplen la Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud posología y la duración adecuada del tratamiento. Recientemente, el consumo de fármacos como automedicación se ha convertido en una práctica muy común en todo el mundo, según la OMS. Esto puede tener importantes consecuencias, tanto directas para la salud del individuo como indirectas para el nivel de salud poblacional comunitario. El estudio de Carrasco³, basado en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2003, no encontró diferencias significativas en los patrones de automedicación entre los españoles y los extranjeros. No obstante, la reducida muestra de población inmigrante contenida en la ENS de 2003 limita la robustez de las inferencias e impide un análisis más detallado entre la población autóctona y los diversos grupos de inmigrantes que refleje la heterogeneidad de este colectivo. Así, por ejemplo, el estudio de Vaananen²⁸ basado en una muestra de ciudadanos finlandeses residentes en la Costa del Sol sugiere que la automedicación con antibióticos es una práctica muy frecuente en este grupo de europeos. Aproximaciones parciales al estudio del consumo de medicamentos por la población de Lima Metropolitana han sido presentados previamente por diversos autores^{7,9,10,11,14,21,27}. Varios son los estudios realizados en el país, que han intentado evaluar el problema de la automedicación en los últimos años, utilizando fundamentalmente los resultados de encuestas aplicadas a consumidores en farmacias de diferentes ciudades del país, o estudios poblacionales. Un problema común de las encuestas realizadas en nuestro medio es la carencia de detalles que muestren los procedimientos usados para obtener las respuestas ¿Se emplearon cuestionarios normalizados? ¿Se empleó un esquema rígido? ¿Qué nivel tenía el entrevistador ¿Qué grado de iniciativa ejercía en evocar las respuestas?. Algunas de estas incógnitas no han sido despejadas en estudios

previos, incluyendo el reporte de Mestanza¹⁴, lo que es lamentable porque implica que colectivamente la comunidad científica estaría asumiendo que esos cuestionarios no tienen problemas de sensibilidad y especificidad, y eso claramente no es tan obvio. Varias impresiones metodológicas apreciadas en el reporte de Mestanza y Pamo nos llevan a cuestionar sus resultados debidos fundamentalmente a criterios epidemiológicos y representatividad estadística. Consideremos la automedicación como una alternativa más dentro del conjunto de posibilidades de elección de atención. En este sentido, el modelo que se presenta en esta sección sigue la corriente de Gertler y otros, Li y Bartolome y Vosti, quienes establecen que la decisión por alguna alternativa de atención depende de factores individuales (socioeconómicos, demográficos y culturales) y características del proveedor de servicios médicos. Entre estos factores se encuentran el ingreso de las personas, el precio de la atención medido en dinero y en el tiempo invertido en acceder al servicio; la percepción que ellos tienen de la enfermedad, que pueda estar influida por el nivel educativo; la resistencia natural de las dolencias, que depende de factores demográficos como la edad y el sexo; la percepción de la calidad de los servicios ofrecidos por los proveedores; y también la resistencia a recibir tratamiento debido a cuestiones culturales.

El efecto del aseguramiento sobre la demanda de servicios de salud ha sido estudiado ampliamente en la literatura. En resumen, la teoría afirma que la existencia de un seguro de salud disminuye el pago efectivo que la realiza la persona por los servicios y, por lo tanto, tiende a demandar más servicios que si no estuviera asegurado. A este efecto se le conoce como el fenómeno de "riesgo moral". En este sentido, se esperaría que los asegurados prefieran atenderse o utilizar los servicios ofrecidos por sus seguros antes de escoger una alternativa de automedicación. Sin embargo, otras variables podrían tener una mayor injerencia que el efecto del menor precio monetario por los servicios y medicamentos, y por ellos es probable que un asegurado se automedique.

Para tratar de explicar la automedicación se desarrolló un modelo económico tomando como base el trabajo de Bartolome y Vosti, en el cual siguiendo la corriente de los modelos de economía en salud supondremos que la utilidad del individuo depende principalmente de dos variables: el consumo de bienes (C) y el estado de salud (H). La variable H, solo es un índice arbitrario (no observable) del estado de la salud de la persona.

En este modelo si el individuo decide automedicarse, el gasto en atenciones y el tiempo ya no son importantes en su restricción presupuestaria.

El problema de la optimización que debe resolver el individuo es el siguiente: escoger el nivel de consumo de bienes y el tipo de atención con el fin de maximizar su utilidad. Esto significa que cuando el individuo se automedica no gasta en atenciones médicas ni tiene el gasto en tiempo, ahorro que le permite un mayor consumo de otros bienes pero un menor estado de salud. En cambio, cuando elige atención institucional necesariamente consume menos bienes, pero obtiene más utilidad porque su estado de salud será mejor que cuando se automedica. Significa que para que una persona no se automedique tiene que existir un aumento en el ingreso mensual que sea significativo mediante la realización de este estudio se plantea determinar cuáles son los principales factores socioeconómicos implicados en la automedicación en diferentes zonas de Trujillo que representarán diferentes estratos económicos, y ante la presencia de un adecuado reglamento las farmacias de la zona venden indiscriminadamente los medicamentos a los pobladores que los solicitan; de esta manera se puede influir sobre dichos factores para que disminuyan los riesgos de la automedicación. Lo que nos llevó a plantear el siguiente problema:

¿Existe diferencia en la automedicación en las zonas urbanas y urbanomarginales de la provincia de Trujillo de acuerdo a sus factores socioeconómicos? La hipótesis fue:

Si existe diferencia en la automedicación en las zonas urbanas y urbanomarginales de la provincia de Trujillo de acuerdo a sus factores socioeconómicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de estudio estuvo formado por todas las personas mayores de edad que aceptaron voluntariamente participar en el estudio y que acudieron a los ambientes externos del Centro Materno Infantil El Milagro (zona urbano marginal) y ambientes externos de SANNA/Clínica Sánchez Ferrer (zona urbana). Se excluyó a pacientes con toxicodependencias o impedimentos físicos o mentales que les impidiera contestar la encuesta.

2.2 MEDIOS

Se utilizó un cuestionario especialmente validado para este estudio con un estudio piloto.

2.3 MÉTODOS Y TÉCNICAS

El diseño del presente trabajo es del tipo descriptivo observacional, seccional transversal, comparativo.

En forma aleatoria se escogieron dos establecimientos de la provincia de Trujillo que correspondió a zona urbana y urbano-marginal.

La muestra fue obtenida de los pacientes que acudieron a los principales centros médicos representativos de las zonas escogidas.

La encuesta fue realizada por personal capacitado quienes entrevistaron a los pacientes en los exteriores de las instituciones seleccionadas, que cumplieron con los criterios de inclusión y

exclusión.

Análisis e interpretación de los resultados:

Se construyeron tablas de frecuencia de una entrada, con valores absolutos y relativos con sus gráficos correspondientes. Para determinar si hay diferencias entre las características de los factores

socioeconómicos de la población urbana y urbanomarginales se empleara prueba de comparación de proporciones utilizando distribución normal y la distribución chi cuadrado; ambas con un nivel de significancia del 5% ($p < 0.05$).

RESULTADOS

Tabla 1. Comparación de la automedicación en zonas urbanas y urbanomarginales, según sexo. Provincia Trujillo 2014.

Edad (años)	Zona urbana marginal	%	Zona urbana	%
18 - 34	43	30.28	39	27.46
35 - 44	56	39.44	62	43.66
45 - 64	27	19.01	29	20.42
> 65	16	11.27	12	8.45
Total	142	100.00	142	100.00

$$X^2 = 1.1431 \text{ P} = 0.7667$$

Fuente: encuestas aplicada por el autor.

Tabla 2. Comparación de la automedicación en zonas urbanas y urbanomarginales, según la edad. Provincia de Trujillo 2014.

Sexo	Zona urbano marginal	%	Zona urbana	%
Masculino	63	44.37	76	53.52
Femenino	79	55.63	66	46.48
Total	142	100.00	142	100.00

$$Z = 1.003 \text{ P} = 0.31581$$

Fuente: encuestas aplicada por el autor.

Tabla 3. Comparación de la automedicación en zonas urbanas y urbanomarginales, según nivel educativo. Provincia Trujillo 2014.

Nivel Educativo	Zona urbana marginal	%	Zona urbana	%
Analfabeta	7	4.93	0	0.00
Primaria	79	55.63	12	8.45
Secundaria	44	30.99	59	41.55
Superior	12	8.45	71	50.00
Total	142	100.00	142	100.00

$$X^2 = 100.45 \text{ P} = 0.0000$$

Fuente: encuestas aplicada por el autor.

Tabla 4. Comparación de la automedicación en zonas urbanas y urbanomarginales, según días de enfermedad. Provincia de Trujillo 2014.

Días de enfermedad			Zona urbano marginal	%	Zona urbana	%
1	--	2	136	95.77	123	86.62
3	--	4	6	4.23	12	8.45
5	--	10	0	0.00	7	4.93
Total			142	100.00	142	100.00

$$X^2 = 9.6525 \quad P = 0.0080$$

Fuente: encuestas aplicada por el autor.

Tabla 5. Comparación de la automedicación en zonas urbanas y urbanomarginales, según quintil de ingreso. Trujillo 2014.

Quintil de ingreso	Zona urbano marginal	%	Zona urbana	%
Primer	29	20.42	0	0.00
Segundo	93	65.49	0	0.00
Tercer	20	14.08	6	4.23
Cuarto	0	0.00	75	52.82
Quinto	0	0.00	61	42.96
Total	142	100.00	142	100.00

$$X^2 = 265.5385 \quad P = 0.0000$$

Fuente: encuestas aplicada por el autor.

Tabla 6. Comparación de la automedicación en zonas urbanas y urbanomarginales, según aseguramiento. Provincia de Trujillo 2014.

Aseguramiento	Zona urbano marginal	%	Zona urbana	%
Sin Seguro	10	7.04	15	10.56
Con Seguro	132	92.96	127	89.44
Total	142	100.00	142	100.00

$$Z = 0.681 \quad P = 0.49608$$

Fuente: encuestas aplicada por el autor.

Tabla 7. Comparación de la automedicación en zonas urbanas y urbanomarginales, según medicamentos. Trujillo 2014

Medicamentos	Zona urbano marginal	%	Zona urbana	%
Aines	29	20.42	0	0.00
Analgésicos	93	65.49	0	0.00
Antihistamínicos	20	14.08	6	4.23
Antibióticos	0	0.00	75	52.82
Otros	0	0.00	61	42.96
Total	142	100.00	142	100.00

$$X^2 = 14.0764 \quad P = 0.0071$$

Fuente: encuestas aplicada por el autor.

DISCUSIÓN

En este estudio, se logró identificar factores socioeconómicos que predisponen para realizar la automedicación, que es un problema de salud pública muy importante en nuestro medio que diariamente pone en riesgo a nuestra población de todas las edades. Al evaluar la edad como factor de riesgo, no encontramos ninguna inclinación por ningún grupo etario, dando a entender que para la automedicación no se tiene ninguna edad en especial como factor de riesgo. Similares resultados encontró Barbero-González², en su estudio con un $p=0.603$. Sin embargo en el estudio de Mestanza y Pamo, se encontró que el ser menor de edad está en relación con la automedicación. En el estudio realizado por López¹¹ en Bogotá, se determinó que el grupo más frecuente fue el de los adultos jóvenes mujeres. Culquitante⁶, en su estudio observó claramente que los jóvenes acuden con mayor frecuencia a adquirir medicamentos.

Contrariamente en el estudio de Nebot¹⁶ se encontró que el grupo etario determinante en la automedicación fueron las personas adultas, sin embargo hay que considerar que este estudio fue realizado vía telefónica pudiendo producirse sesgo en la recolección de datos. Según Sánchez²³ en su estudio en Cartavio encontró que la práctica de automedicación se encontraba predominantemente en el grupo etario de 30 – 49 años con un 26.4% seguido del grupo de 18 a 29 años con un 25.4%, desde luego que este trabajo se realizó en una población predominantemente urbano marginal en donde hay que tener en cuenta que es la población joven quien en su mayoría tiene un trabajo informal y no cuenta con acceso a la Seguridad Social, lo que explica que sea la población de la tercera edad, la que menos concurre a los Establecimientos Farmacéuticos y su porcentaje en automedicación sea muy pequeño. Las características de la población fue la siguiente: el 55.63% fue de sexo femenino y el 44.37% fue de sexo masculino en la población del Centro de Salud Marterno Infaltil el Milagro correspondiente a zona urbano marginal y de 46.48% de sexo femenino y de 53.52% de sexo masculino correspondiente a clínica Sánchez Ferrer que representa a zona urbana. Cuando analizamos el sexo como un factor de riesgo para la automedicación encontramos que no hay diferencia significativa.

Lo cual se correlaciona con los estudios encontrados por Rocha²⁰; a pesar de que la proporción de hombres mujeres en el Perú es de casi cinco veces por tal por tal motivo podría influenciar este valor. Estos resultados difieren de los resultados encontrados por Barbero-González² siendo mayor en el sexo femenino. Por otra parte en los estudios realizados por Knauth¹⁰; en Chimbote identificó que en el estrato socio-económico bajo el ama de casa pareciera jugar un rol predominante en la automedicación familiar y quien adquiere los medicamentos no es necesariamente quien los usa. Importante contribución porque nos orienta sobre la

importancia del ama de casa; aunque solo se demostró en el estrato social bajo. Contrariamente a los resultados de este trabajo, Culquitante⁶; en su estudio determinaron que los hombres tienen más tendencia a acudir a farmacias o boticas; sin embargo estudio fue desarrollado en el centro cívico de Trujillo, donde el estrato socioeconómico fue variado. Asimismo al evaluar el nivel educativo, si se encuentra diferencias significativas; es decir se encontró inclinación por algún grupo según grado de instrucción en los estratos urbano marginales y urbanos. Por otro lado Llanos¹¹ en su estudio, en el cual no logró establecer una asociación entre automedicación y nivel de instrucción, pero de toda su población el 65.88% no llegaron a terminar sus estudios primarios. Sin embargo, en el estudio realizado por Mestanza¹⁴ la automedicación fue más frecuente en grados de escolaridad menor e incluso estudiantes. De la misma forma Culquitante, observando el grado de instrucción, los usuarios con nivel secundario (71,64%), son los que más acuden a los establecimientos farmacéuticos, seguidos de los de nivel superior (13,93%). Por otro lado, Centeno⁵ en su estudio evidenció una relación inversa entre la automedicación y el nivel educativo, ya que los porcentajes de automedicación fueron más altos en estratos con menor nivel de escolaridad. De la misma forma Sánchez²³ en su estudio demostró que el nivel de instrucción de las personas que se automedicaba variaba, pero el 50% de los analfabetos lo hacía comparado con 39.2% de los estudiantes universitarios o personas con instrucción superior completa. Como conclusión de estos resultados podemos decir que un nivel de escolaridad bajo va asociado con una cultura sanitaria deficiente, así como con conocimientos pobres o nulos de los riesgos que implica el uso indiscriminado de medicamentos. Contradiendo estos resultados, Mendoza¹³ en su estudio encontraron que las poblaciones con mayor grado de instrucción fueron propensas a la automedicación; presuimos que ésta actitud está relacionada al mayor poder adquisitivo. Lo cual es similar a nuestro estudio donde el 50% de la población que tiene educación superior practicaron la automedicación, relacionado probablemente al poder adquisitivo.

En el estudio, realizado por Sánchez²² en Cartavio, se observa que los usuarios que tienen nivel secundario presentan una alta tendencia a automedicarse (51,4%), seguido del nivel superior con 10%. Al centrarnos en evaluar los días que la persona estuvo enferma hasta que recurrió a la automedicación se encontró diferencia significativa entre los ambos grupos, de tal forma que los pobladores de zonas urbano marginales acudieron casi en su totalidad (95.77%) en los dos primeros días, sin embargo los pobladores de las zonas urbanas aunque en su mayoría acudieron en los primeros días (86.62%) también lo hicieron en los días posteriores. Similar resultado encontró Centeno⁵ en su estudio realizado en Cusco, en el

cual un 55% de los encuestados dio como motivo de no consulta con el médico, el haber padecido una enfermedad leve. Cuando evaluamos como factor de riesgo el quintil de ingreso encontramos que existe diferencia altamente significativa ($p < 0.00$) en donde en la población urbano marginal predominan pobladores del primer y segundo quintil mientras que en la población urbana predominan los quintiles cuarto y quinto. Estos datos se correlacionan con los obtenidos por Sánchez y col. observó un elevado porcentaje de usuarios que tienen menos ingreso económico son los que acuden a comprar medicamentos sin receta (45,7%), seguido del grupo que ganan hasta S/. 1000 (20%), por otro lado quienes más ganan son los que menos se automedican. En segundo lugar se ubican, los que tienen un ingreso medio entre S/. 1001 a 1500 con 5,4%. Iguales resultados encontró Sánchez en su estudio en donde el mayor porcentaje de los pobladores que incurrían en la automedicación tenían un ingreso menor a 500 soles mensuales. La mayoría de personas que se automedicaron en este estudio fueron de clase media y media baja cuyos gastos en general se enfocan a alimentación, vestimenta, educación de los hijos, vivienda y salud; en el reporte de las cuentas nacionales de salud de 1998 se menciona que solo el 24% de los ingresos destinados a salud son para la atención médica y que otro gran porcentaje es usado para la compra de medicamentos. Dentro de los motivos por los cuales los participantes en el estudio decidieron incurrir en la automedicación, se menciona como primera razón a la falta de recursos económicos con un 23.1% en el estrato urbano y un 36.5% en el rural, probablemente debido al mayor poder adquisitivo del grupo urbano.

Sin embargo, también observamos no diferencia significativa entre aquellas personas que no poseen un seguro o no de las zonas urbanas y urbano marginales al realizar la automedicación, a diferencia de las personas que tiene seguros de salud. Similar resultado encontró Sánchez²³ en su estudio en el cual demostró asociación significativa entre la tenencia de seguro, no usarlo y automedicarse o tener problemas de acceso y automedicarse. Señalan como factores que pueden provocar esta situación a horarios de trabajo muy absorbentes; sumado a esto el descontento de las personas por el sistema de salud en el país en el que hay largas esperas y pocos turnos para la atención y quizás a la percepción de que la enfermedad contraída no es grave y se puede esperar a su diagnóstico y tratamiento son factores que se relacionan y hacen que la automedicación se convierta en una opción atractiva para una rápida resolución del problema. A pesar de esto, Llanos⁽³⁰⁾ no encontró significancia estadística entre la automedicación y la tenencia de un seguro. Por otro lado analizamos también el tipo de medicamentos que fue consumido por ambos grupos encontramos también diferencia significativa ($p = 0.0071$), de tal forma que en la población urbano marginal

consumió predominantemente analgésicos y AINES; sin embargo, en la población urbana, principalmente se consumió antibióticos. En torno a los antibióticos, la mayoría de las personas tienen una gran expectativa cultural. Se espera de ellos la curación definitiva del proceso infeccioso que amenaza al paciente o a su familia. La mayor parte de los tratamientos médicos solo procuran alivio, mejoría o control, tanto en las enfermedades agudas como en las crónicas. Por esta razón, los antibióticos son valorados como el tratamiento definitivo de esa enfermedad, la máxima esperanza de curación al administrarlo, según la creencia del paciente. Los antibióticos son solicitados por los propios pacientes en la consulta, incluso a pesar de un diagnóstico médico infeccioso que no precisa de su uso. Los pacientes nos dicen: ¿y si diéramos un antibiótico, para prevenir o por si acaso? Otros reutilizan un envase previo guardado en el botiquín casero o van directamente a la farmacia, piden una marca conocida y se la auto administran ellos o a sus hijos. Diversos estudios como los de Otero¹⁸ y la Sociedad Española de Quimioterapia, han abordado el consumo de antibióticos en automedicación en España. Alrededor del 25% de los 80 millones de envases anuales de antibióticos son consumidos de esta forma. Pero no solamente este hecho indica un mal uso de estos medicamentos, sino que solamente el 6.5% de los pacientes adultos y el 30.3% de los niños cuyos médicos les han recetado un antibiótico, cumplen la posología y la duración adecuada del tratamiento. Según Sánchez²³ en su estudio realizado en el Centro Poblado Mayor Cartavio, encontró que los medicamentos más consumidos fueron los AINES con un 32.34% seguidos de los antibióticos con un 23.38%.

Estos datos nos señalan que, la mayor parte de la población se orienta a consumir antiinflamatorios no esteroideos por la amplia gama de efectos que tiene en favor del paciente y su costo económico que posee, sin tomar en cuenta el alto riesgo que conlleva, los efectos colaterales o las reacciones adversas que pueden producir este tipo de medicamentos con su uso indiscriminado, por lo que debe tomarse en cuenta factores como edad, función renal y hepática, así como antecedentes de úlcera péptica. Lo cual coincide con el estudio realizado por Mendoza¹³ en las ciudades de Chiclayo y Cajamarca en donde encontró que el consumo de AINES fue importante en ambas ciudades aunque el medicamento fue diferente. La asociación de AINE antibiótico fue considerable en ambas ciudades también. Respecto a otros medicamentos se consumieron preferentemente en zona urbana (42.96%) pero tengamos en cuenta que cualquier medicamento, independientemente de su perfil beneficio-riesgo puede tener un potencial mal uso. Los medicamentos de venta libre (EFP) tienen unas características de menor riesgo que fueron definidas en el año 1986 por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud.

CONCLUSIONES

1. Los principales factores de riesgo para la automedicación en la zona urbano marginal y la zona marginal corresponde al nivel educativo, días de enfermedad, el quintil de ingreso.
2. Existe diferencia significativa según el nivel educativo para la automedicación entre las zonas urbano marginal y urbana en la provincia de Trujillo.
3. Existe diferencia significativa según días de enfermedad para la automedicación entre las zonas urbano marginal y urbana en la provincia de Trujillo.
4. Existe diferencia significativa según el quintil de ingresos para la automedicación entre las zonas urbano marginal y urbana en la provincia de Trujillo.
5. Los medicamentos más frecuentemente consumidos en las zonas urbano marginal corresponde a los AINES y analgésicos mientras que en la zona urbana corresponde a los antibióticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baos V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 24:6.2000
2. Barbero-González A, Pastor-Sánchez R, DEL ARCO-Ortiz J, Eyaralar-Riera T,
3. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández - Barrera C, et al. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmaco epidemiol Drug Saf.*;17:193-9.
4. Carrasco-Garrido P, Gil de Miguel A, Hernández-Barrera V, et al. Health profiles, life styles and use of health. *EurJPublicHealth.* 17:503-7. 1993
5. Centeno D. Automedicación en el Distrito del Cusco: Estudio del nivel y Factores asociados [Tesis]. Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco. Revista Peruana de Epldemología Vol 6 NQ 1 Julio
6. Culquitante H., Garrido D. Automedicación en usuarios de farmacias y boticas del centro cívico de la ciudad de Trujillo [Tesis]. Universidad Nacional de Trujillo. 2011
7. García U. 1991. Segundo comentario crítico: Calidad de la prescripción en farmacias y boticas. *Medicamentos y Salud Popular*; 5(18): 24-25.
8. Espejo-Guerrero J. Demanda de medicamentos de prescripción sin receta médica. *Aten Primaria.* 37(2):78-87. 2006
9. Jutkowitz J, Arellano R, Castro De La Mata R, Davis PB, et al. Uso y abuso de las drogas en el Perú Urbano. Monografía de Investigación #1, Cedro. Lima, Tarea: 150
10. Knauth C. El uso de medicamentos en los distritos pobres del Perú. *Boletín de Medicamentos Esenciales, Investigaciones*
11. López R, Kroeger A. Morbilidad y Medicamentos en el Perú y Bolivia: Un estudio sobre morbilidad, uso de servicios de salud, y consumo de medicamentos con una intervención educativa. Tercera Parte: La oferta y la demanda de medicamentos. Lima, Gráfica Bellido. 1990
12. McDonald H, Garg A, Haynes R. Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions: Scientific Review. *Jama*; 288(22): 2868-2879
13. Mendoza L, Salvatierra G, Frisancho O. Perfil del consumidor de antiinflamatorios no esteroideos en Chiclayo y Cajamarca, Perú. *Acta Med Per*;25(4). 2008
14. Mestanza F, Pamo O. Estudio muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana. *Rev Med Hered*;3(3):101-108.
15. Montalvo J. Factores Asociados a la Automedicación en la Población Urbano- Marginal del Distrito de Chiclayo. [Tesis] Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo-Lambayeque. 1999
16. Nebot M, Llauger M. Autocuidado de los trastornos comunes de salud: resultados de una encuesta telefónica en la población general. *Med Clin (Barc)*; 99: 420-424.1992
17. Nouchi F. Un medicamento no se toma a la ligera. Marzo-Abril 12-13.1992
18. Orero A, González J, Prieto J. Antibióticos en los hogares españoles. Implicaciones médicas y socioeconómicas. *Med Clin (Barc)* 1997;109:782-785.
19. Orueta R, Gómez-Calcerrada R, Sánchez A. Automedicación. *Semergen*;34(3):133-7
20. Rocha A, Harter R, Rotenberg L. Automedicación entre los trabajadores de enfermería de Hospitales Públicos. *Rev Latino-am Enfermagem*; 17:6
21. Ruiz J. Primer comentario crítico: Calidad de la prescripción en farmacias y boticas. *Medicamentos y Salud Popular.* 5(18): 23-24. 1991
22. Sánchez J. Encuesta de automedicación aplicada a usuarios de los establecimientos farmacéuticos del Centro Poblado Mayor Cartavio. Universidad Nacional de Trujillo. 2011
23. Sánchez F. Determinación de las razones y diferencias en automedicación entre una parroquia urbana y una parroquia rural del distrito Metropolitano de Quito [Tesis Maestría]. Universidad San Francisco de Quito.1998
24. Smith S, Catellier D, Conlisk E, Upchurh G. 2006. Effect on health outcomes of a community-based medication therapy management program for seniors with limited incomes. *Am J Heath Sys Pharm*; 63(4):372-379
25. Smith S, Catellier D, Conlisk E, Upchurh G. Effect on health outcomes of a community-based medication therapy management program for seniors with limited incomes. *Am J Heath Sys Pharm*; 63(4):372-379
26. Smith S, Catellier D, Conlisk E, Upchurh G. Effect on health outcomes of a community-based medication therapy management program for seniors with limited incomes. *Am J Heath Sys Pharm*; 63(4):372-379.2006
27. Valladares GA. Calidad de la prescripción en farmacias y boticas. *Medicamentos y Salud Popular.*; 5(18): 11-22.1991
28. Vaananen M, Pietila K, Airaksinen M. Self-medication with antibiotics—does it really happen in Europe? *HealthPolicy.*77:166-71.2006

Recibido: 10 abril 2016 | Aceptado: 25 junio 2016