



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

Automedicación en adultos mayores a 65 años, de la Parroquia
Baños, Cuenca–Ecuador, Agosto 2017 – Abril 2018.

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCION DE TÍTULO ODONTOLOGO**

AUTOR: JARAMILLO MERA, JAVIER MATEO

TUTOR: SANCHEZ ZAMORA, VILMO RENE. DR. MSC

CUENCA

2018

DECLARACIÓN

Yo, **Jaramillo Mera, Javier Mateo** declaro bajo juramento que el trabajo aquí escrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.

.....

Autor: Jaramillo Mera Javier Mateo

C. I.: 0104129903

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo
CORRDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “**Automedicación en adultos mayores a 65 años, de la Parroquia Baños, Cuenca–Ecuador, Agosto 2017–Abril 2018.**”, realizado por JARAMILLO MERA, JAVIER MATEO, ha sido inscrito y es perteneciente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que esta expedito para su presentación.

Cuenca, Septiembre del 2018

.....
Dr. Ebingen Villavicencio Caparó.

DPTO. DE INVESTIGACIÓN ODONTOLOGÍA

CERTIFICACION DEL TUTOR

Sra. Dra. Liliana Encalada Verdugo.

COORDINADORA DEL DPTO. DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado **“AUTOMEDICACIÓN EN ADULTOS MAYORES A 65 AÑOS, DE LA PARROQUIA BAÑOS, CUENCA-ECUADOR, AGOSTO 2017-ABRIL 2018.”** Realizado por **JARAMILLO MERA, JAVIER MATEO**, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se ejecuta a las normas éticas de investigación, por lo que esta expedito para su sustentación.

Cuenca, Septiembre del 2018

.....
SANCHEZ ZAMORA, VILMO RENE. DR. MSC

DEDICATORIA

A mi hija Rafaela, amor de mi vida, razón que me impulsa a salir adelante.

A mi esposa Cristina, mi compañera de vida.

ΕΠΙΓΡΑΦΕ

“La genialidad es el resultado de un uno por ciento de inspiración y de un noventa y nueve por ciento de transpiración”

Thomas Alva Edison

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer a mi padre Jorge, por su total e incondicional apoyo, gracias por la paciencia y el amor total para culminar esta gran etapa de mi vida.

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

RAM: REACCIONES ADVERSAS AL MEDICAMENTO

PRM: PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA MEDICACION

INEC: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS

POT: PLAN DE DESARROLLO Y ORDENAMIENTO TERRITORIAL DEL CANTON CUENCA

UCACUE: UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

DoTS: SIGLAS INGLESAS PARA EL SISTEMA DE TRATAMIENTO POR OBSERVACIÓN DIRECTA

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	16
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	17
2. JUSTIFICACIÓN	17
3. OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo general:	18
3.2 Objetivos específicos:	18
4. MARCO TEÓRICO.....	19
4.1 Características generales:	20
4.1.2 Características para un manejo idóneo hacia la automedicación	23
4.1.2.a Accesibilidad.....	23
4.1.2.b Longitudinalidad.....	23
4.1.2.c Trabajo en equipo	23
4.1.2.d Coordinación farmacoterapéutica.....	23
4.1.2.e Conocimiento de los fármacos	23
4.1.2.f Conocimiento de las personas	24
4.1.3 Clasificación.....	24
4.1.4 Causas	24
4.1.5 Consecuencias de la Automedicación.....	25
4.1.6 Tratamiento.....	25
4.1.7 Etapas en el proceso de deprescripción	26
4.2 ANTECEDENTES	27
5 HIPÓTESIS.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	33
1. MARCO METODOLÓGICO.	34
2. POBLACIÓN Y MUESTRA	34
2.1 Criterios de selección:.....	34
a.- Criterios de inclusión	34

b.- Criterios de exclusión	34
2.2 Tipo de muestreo:	34
2.3 Tamaño de la muestra:	34
3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	37
4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.	39
4.1 Instrumentos documentales.	39
4.3 Materiales.	39
4.4 Recursos.....	39
5. PROCEDIMIENTOS PARA TOMA DE DATOS.	39
5.1 Ubicación espacial.	39
5.2 Ubicación temporal.	40
5.3 Procedimientos de la toma de datos.....	40
5.4 Método de encuesta utilizado por los examinadores.	40
6. PROCEDIMIENTOS PARA ANALIZAR DATOS.....	40
6.1 Criterios de registro de hallazgos.	40
6.2 Procedimiento para la toma de análisis de datos	40
7. Aspectos Bioéticos.....	41
CAPÍTULO III: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	42
1. RESULTADOS:	43
2. DISCUSIÓN:	52
3. CONCLUSIONES:	54
BIBLIOGRAFÍA:	55
ANEXOS	46
ANEXO 1.....	61
ANEXO 2.....	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 de distribución de acuerdo al Género.....	36
Tabla N°2 de distribución de acuerdo al Género.....	44
Tabla N°3 de distribución de acuerdo al Nivel de Instrucción.....	45
Tabla N°4 de distribución de acuerdo a la Ocupación.....	46
Tabla N°5 Prevalencia de Automedicación.....	47
Tabla N°6 Prevalencia de Automedicación de acuerdo al Género.....	48
Tabla N°7 Prevalencia de Automedicación de acuerdo al Rango de Edades.....	49
Tabla N°8 Prevalencia de Automedicación de acuerdo al Nivel de Instrucción.....	50
Tabla N°9 Prevalencia de Automedicación de acuerdo a la Ocupación.....	51

RESUMEN

OBJETIVO: el objetivo de la presente investigación tuvo como fin establecer la prevalencia de la automedicación en la población de 65 años en adelante en la Parroquia de Baños entre los meses de Agosto, 2017 - Abril, 2018 en la Ciudad de Cuenca-Ecuador. **MATERIALES Y METODOS:** Se realizó un estudio de corte transversal, el tipo de investigación fue de campo, con técnica comunicacional y transversal actual, para la toma de resultados fue necesario la utilización de encuestas que evalúan los factores asociados más comunes citados en la bibliografía. **RESULTADOS:** La práctica de automedicación fue confirmada en el 50.31% de los 318 individuos de la Parroquia de Baños indagando en preguntas sobre automedicación. Esta práctica fue más frecuente en mujeres con un 53% del total de la población. Para determinar las prevalencias en varias áreas se valoró por medio de porcentajes, referentes de su valor total. **CONCLUSIONES:** se pudo observar que existió un 74% de personas con riesgo alto (expuestas) y 26% de personas con riesgo bajo (no expuestas). De igual manera el nivel de instrucción bajo tiene mayor predisposición a la automedicación con un 86% del total. Y las personas con un rango de edad de 65 años a 74 años presentaron un 71%, seguido por las edades de 75 a 84 con un 26% y de 85 años en adelante con un 8%.

PALABRAS CLAVE: Automedicación, Prevalencia, Cuenca-Ecuador, Paciente Geriátrico, Polimedicación.

ABSTRACT

OBJECTIVE: the objective of the present investigation was the prevalence of self-medication in the population of 65 years and older in the Parroquia de Baños between the months of August, 2017 - April, 2018 in the City of Cuenca-Ecuador. **MATERIALS AND METHODS:** A cross-sectional study was conducted, the type of research was field, with current communication technology and cross-sectional, for the taking of results it was necessary to use surveys that evaluate the most common associated factors cited in the literature. **RESULTS:** The self-medication practice was confirmed in 50.31% of the 318 individuals of the Parroquia de Baños, asking questions about self-medication. This practice was more frequent in women with 53% of the total population. To determine the prevalences in several areas, it was assessed by means of percentages, references of its total value. **CONCLUSIONS:** it was observed that there were 74% of people with high risk (exposed) and 26% of people with low risk (not exposed). In this way, the low level of instruction has a greater predisposition to self-medication with 86% of the total. And people with an age range of 65 years to 74 years presenting 71%, followed by ages of 75 to 84 with 26% and 85 years with 8%.

KEYWORDS: Self-medication, Prevalence, Cuenca-Ecuador, Geriatric Patient, Polypharmacy.

INTRODUCCIÓN

La automedicación se la define como la administración de un fármaco o medicamento que no se encuentra supervisado ni prescrito por un médico u odontólogo. La OMS la define como un elemento de autocuidado referido a la acción donde la persona trata dolencias propias y condiciones con fármacos o medicamentos que se encuentran aprobados y de fácil disponibilidad sin ninguna receta médica ⁽¹⁾.

Dicha definición, es la más aceptada universalmente, dando un contexto de automedicación, es una de las muchas disponibles en la literatura especializada que trata esta problemática. Se determina que la toma o ingesta de medicamentos indiscriminada sin la supervisión de un profesional de la salud desencadena el inicio o la prevalencia de la automedicación, el cual analizaremos características, clasificación, consecuencias, causas y un posible tratamiento.

En este trabajo investigativo profundizaremos en personas de la tercera edad, adultos mayores o pacientes geriátricos. Se lo considera un fenómeno frecuente no únicamente en el área odontológica, si no en varias áreas de la salud, es un mal que trasciende fronteras que se ha convertido en una pandemia ⁽²⁾. Varias fuentes bibliográficas y literarias plantean que la automedicación y la polifarmacia son la principal fuente de toma de medicamentos y fármacos irracionalmente, ambas prácticas son un problema de salud mundial, lo que constituye un riesgo potencial para los individuos que lo realizan.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Se determinó la prevalencia de la automedicación, así como el porcentaje de automedicación en las personas de 65 años en adelante en la Parroquia Baños de la Ciudad de Cuenca – Ecuador.

Observar el grado de automedicación en el área social de dicha Parroquia, trato del profesional de la salud, afectación personal, familiar, económica, mental y fisiológica.

La investigación automedicación en las personas de 65 años en adelante en la Parroquia Baños, para la obtención del título de odontólogo de la Carrera de Odontología, de la Universidad Católica de Cuenca.

2. JUSTIFICACIÓN

Este tema de investigación está enfocado principalmente en los individuos de 65 años en adelante en la Parroquia de Baños, evaluados entre los meses de Agosto del 2017 a Abril del 2018.

La relevancia social donde la población de la Parroquia de Baños será la beneficiada, aunque no será la única, por ser parte de un macro proyecto establecido como tesis de grado para la obtención de título de odontólogo. Es decir, se involucra muchas Parroquias de la ciudad de Cuenca. Que se benefician de la misma manera. Así mismo socialmente podremos brindar la educación y conocimiento para las poblaciones sobre la automedicación, observaremos causas y consecuencias.

La relevancia humana, nos ayuda a observar niveles de automedicación actuales y futuros. Proporcionando herramientas al profesional y ver la manera de prevenir, instruir a las personas; sabiendo que mientras más jóvenes se proporcionen dicha educación e información preventiva, mejores resultados habrán.

La relevancia científica, es la obtención de datos acerca de la automedicación a nivel provincial, y brindar una pauta para que el estudio crezca a nivel nacional.

El presente trabajo de investigación tiene un nivel de originalidad nacional, para garantizar la viabilidad del estudio se realizaran coordinaciones con las respectivas autoridades institucionales de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, con la carrera de Odontología y con el departamento de investigación de la misma.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

- Determinar la prevalencia de automedicación en la Parroquia de Baños.

3.2 Objetivos específicos:

- Determinar la automedicación en adultos de 65 años en delante de la Parroquia Baños según el género.
- Conocer la automedicación en adultos de 65 años en delante de la Parroquia Baños según el nivel de instrucción.
- Determinar la automedicación en adultos de 65 años en delante de la Parroquia Baños según la edad establecida.

4. MARCO TEÓRICO

En el medio contemporáneo y en la literatura especializada, donde la información es poca a nivel provincial y nacional, tenemos problemas derivados de la automedicación y su especificidad de cada problemática a tratar en este proyecto, de igual manera se marca un modelo sobre la información de automedicación, obtenida mediante encuestas realizadas en la Parroquia de Baños.

Dentro de la problemática existen factores personales, culturales y sociales, influidos en gran manera por el género, ingreso económico, la auto percepción de su estado de salud, el conocimiento de los fármacos, falta de acceso al sistema de salud y la gran accesibilidad para adquirir los medicamentos. Analizaremos cada uno para una mejor interpretación de la automedicación ^(3, 4).

Una razón de la automedicación, se encuentra arraigada en un proceso que ha acompañado a la humanidad desde sus orígenes, el fin de buscar el bienestar y poder reincorporarse a la actividad cotidiana, ya sea por idiosincrasia como curanderos, hechiceros, botánicos, empíricos, etc. O de manera más contemporánea por medios propios, por el nivel de instrucción (tabla N° 8), ingreso económico, ocupación (tabla N° 9) ⁽⁵⁾.

Por nombrar algunos factores condicionantes tenemos:

Influencia del farmacéutico, publicidad, familiares y amigos, percepción del problema de salud, familiaridad con el fármaco, escaso acceso al médico, facilidad de acceso a medicamentos, precios accesibles, gran sistema de suministro hacia el público en general ⁽⁶⁾.

Para ello interpretaremos automedicación en un mayor contexto que nos brinde el entendimiento necesario. Así podemos describir una clasificación conocida como la farmacovigilancia definida como “la disciplina encargada de la detección, evaluación, entendimiento y prevención de los efectos adversos y de cualquier otro problema relacionado con medicamentos” ⁽⁷⁾ donde se contempla uno o distintos Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM). Que se considera aquella situación que en el transcurso del uso de fármacos o medicamentos producen o pueden producirlo a la aparición de un resultado no favorable o negativo asociado a la medicación ⁽⁸⁾.

Donde lo asociamos a la gran incidencia de hospitalización y re ingreso por las Reacciones Adversas a los Medicamentos (RAM). Especialmente en su uso irracional e

inadecuado, donde la OMS nos da consideración a la automedicación como un factor principal para la existencia de las RAM ^(8, 9).

Como tal, la RAM puede clasificarse de manera clínica por medio de la relación que existe entre la dosis, el tiempo de presentación y la presencia o no de susceptibilidad los cuales nos pueden o no dar condiciones en la evolución de la misma ⁽¹⁰⁾, de tal forma, que una sospecha de RAM se la puede categorizar como definitiva, probable, posible o improbable que determina un factor a considerar en las características de la automedicación, así como RAM es una acción directa de la automedicación se debe definir que se la considera al menos por cumplir uno o varios de estos criterios ⁽¹¹⁾:

- Fallecimiento o puesta en riesgo la vida.
- Produzca hospitalización o la extienda.
- Genere una discapacidad permanente o pasajera.
- Trato de anomalías genéticas o cáncer.
- Ninguna respuesta hacia el tratamiento de emergencia.
- Siempre que el profesional tratante lo considere ⁽⁷⁾.

Así, se contempla un contexto más amplio sobre la automedicación sumado a las características cualitativas y cuantitativas descritas más adelante.

De igual forma tenemos las afectaciones a niveles mayores que van hacia el sector público y privado, y niveles menores con afectaciones psicológicas y personales.

Al tratarse de ser un tema amplio y de gran aceptación general, el hablar de medicación o fármacos se ha convertido en ya una costumbre en nuestro ámbito socio cultural sin distinguir estrato social, etnia, religión, etc. Se platica por conocimiento popular, porque a un familiar le hizo bien, y por qué no, de igual manera la comunicación con el farmacéutico el cual también se generaliza en proveer recetas, posologías, fármacos, etc.

4.1 Características generales:

En la automedicación existen características como cuantitativas y cualitativas.

Cualitativas representado por la fragilidad principalmente, en cada estado de salud de cada paciente, con mayor énfasis en los pacientes adultos mayores o también llamados pacientes geriátricos, esta fragilidad se ve afectada a la suma de enfermedades crónicas, fallas sistémicas y en el tema de automedicación la interacción entre fármacos ingeridos por los pacientes.

Mientras que las cuantitativas se determinan por la cantidad de pastillas o fármacos ingeridos por el paciente, el uso de cuatro o más se considera polimedicación o polifarmacia, algo muy característico en la automedicación.

La accesibilidad a los medios informativos como internet el cual es el más usado y frecuente actualmente, más el resto de medios de comunicación que nos dan información diversa sobre uno u otro medicamento sin el asesoramiento de un profesional, influye en adquirir una conducta de automedicación.

Junto con estas características, primeramente tratamos de obtener una imagen global del paciente poli medicado, lo que significa tener el conocimiento total de los medicamentos que la paciente realmente toma y que frecuentemente no se ajustan a lo que suponemos que consume ⁽¹²⁾.

Posterior podemos discernir si existen problemas cognitivos o sensoriales que nos dificultan la adherencia a los tratamientos establecidos, sin la necesidad de más fármacos que el paciente ya ingiere, de igual manera evaluar el correcto funcionamiento sistémico o de órganos esenciales.

Las consecuencias que siguen al mal de la automedicación y su notable prevalencia es la polifarmacia o polimedicación que también conllevan consecuencias específicas propias.

Según Mónica Santos y Armada Almeida en el libro “la polifarmacia geriátrica el envejecimiento es un proceso fisiológico” nos dice que pacientes mayores de 60 años ingieren de 2 a 3 veces más fármacos o medicamentos que el promedio de la población en general, por lo que es de suma importancia la medida de su uso y la racionalización de los mismos ⁽¹³⁾.

En esta problemática de automedicación no solo se ve involucrado al paciente, si no también se involucran familiares, amigos, su entorno social. Lo que lleva a otra característica, que es son las creencias del paciente sea de cualquier índole, la fe que profese y la convicción que el producto consumido le devolverá la salud. Donde se maneja un nivel subjetivo, el mental y otro objetivo a nivel sistémico, del sistema nervioso central y sus interacciones ⁽³⁾.

Lo que nos determina la característica del efecto placebo el cual es la sensación de mejoría por la acción de la psiquis, más que una acción propia de la medicación recetada. El efecto placebo se lo considera un proceso netamente mental más que un proceso fisiológico.

Una característica importante en la automedicación, sumado a la polifarmacia es el completo desconocimiento de las dosis requeridas, la farmacocinética de los productos, la biodisponibilidad de cada uno de ellos, medios de excreción para el cuidado de órganos específicos y si existe alguna enfermedad crónica con mucha más razón, lo que nos da las interacciones medicamentosas las cuales potencian o disminuyen la acción de uno u otro fármaco ingerido por el paciente automedicado ⁽²⁾.

Todo esto provoca con mucha facilidad reacciones indeseables, intoxicaciones medicamentosas y en el peor de los casos nos lleva a la muerte del individuo ⁽²⁾.

Donde entendemos a mayor número de fármacos y mayor grado de complejidad terapéutica, menor será el grado de adherencia del paciente poli medicado a cualquier tratamiento lo que determina el fracaso de la fase terapéutica y ninguna mejoría esperada a nivel clínico. Donde se cae en un círculo vicioso al aumentar la medicación para contrastar efectos adversos no deseados al interpretarlos como nuevos procesos de la patología tratada inicialmente. A este proceso se lo conoce como cascada terapéutica ⁽¹⁴⁾.

La unión de todas estas características donde ya existe el compromiso metabólico se incluyen las afecciones sistémicas del individuo. Mucho más en la población de riesgo como los adultos mayores que desencadenan reacciones desfavorables, intoxicaciones y en algunos casos el fallecimiento del individuo. Específicamente por la edad que es un factor agravante, se denota en un coctel muy desfavorable para cualquier pronóstico en cualquier cuadro clínico.

La funcionalidad en la edad geriátrica se ve comprometida por todo lo antes ya nombrado, más el uso de una mayor cantidad de fármacos, determinando un deterioro en la autopercepción del estado general de salud afectando estados anímicos, emocionales y psicológicos ⁽¹⁵⁾. Por tal motivo la población de adultos mayores, pacientes geriátricos, buscan la estabilidad y encontrar un equilibrio en su salud emocional, psicológica y fisiológica. Esto se consigue con la ayuda de todo el equipo multidisciplinario de los profesionales de la salud y estos por motivos de regresar dicha salud emplean fármacos, medicamentos, que siempre y cuando sean administrados de manera correcta consiguen su finalidad ante la regresión del estado de salud idóneo del paciente adulto mayor.

La búsqueda de salud y estabilidad es lo mejor para proporcionar un estilo de vida bueno a los adultos mayores, o personas de la tercera edad, o pacientes geriátricos, sea el

término a elección. Siempre y cuando sea bajo los márgenes establecidos por el profesional.

Claro problema que se desarrolla y evoluciona es la dependencia que puede provocarse a cierto tipo de fármacos por parte de los pacientes que nos produce un grado de adicción ya sea por motivos subjetivos o percepciones poco objetivas respecto a sus padecimientos. Donde es un desencadenante para la automedicación.

4.1.2 Características para un manejo idóneo hacia la automedicación

4.1.2.a Accesibilidad

Se refiere a la confianza del paciente en el profesional de la salud que lo evalué y con ello se dé una mejor adhesión a las recomendaciones y nuevas prescripciones, lo que nos da a deprescripción de fármacos innecesarios e ineficientes ante una patología en específico, esto reduce la incertidumbre que produce la eliminación de ciertos medicamentos ⁽¹⁶⁾.

4.1.2.b Longitudinalidad

Son cuidados por el mismo paciente por el tiempo lo que nos ayuda a una monitorización y la farmacovigilancia efectiva de efectos ya sean positivos o negativos en la utilización de los fármacos principales y los derivados en uso ⁽¹⁶⁾.

4.1.2.c Trabajo en equipo

El trabajo es multidisciplinario desde el médico de cabecera, auxiliares, sistemas de salud hospitales, y personas allegadas para la correcta monitorización y evaluación de la evolución del cuadro clínico ⁽¹⁶⁾.

4.1.2.d Coordinación farmacoterapéutica

El médico tiene que ser el coordinador de los todos los tratamientos farmacológicos del paciente evaluado, así como recomendaciones de especialistas. Así el seguimiento de las prescripciones en casos de urgencias o medicamentos de venta libre que el paciente pueda acceder ⁽¹⁶⁾.

4.1.2.e Conocimiento de los fármacos

El conocimiento farmacológico de cada uno de ellos que se prescriba es indispensable para conocer interacciones, limitaciones, posología, vida media, etc. Esto nos brinda seguridad ante la prescripción que puede ser de pocos medicamentos, pero

suministrados de forma adecuada facilita el conocimiento y contribuye a optimizar el régimen terapéutico y obtener los resultados esperados ⁽¹⁶⁾.

4.1.2.f Conocimiento de las personas

El médico familiar es el más capacitado para conocer aspectos biomédicos de cada integrante de la familia y así prescribir los mejores medicamentos para cada uno de ellos.

4.1.3 Clasificación

Ya descrito la polimedicación o polifarmacia que es el uso de cuatro o más medicamentos, lo que significa el abuso de los mismos, esto ha determinado la clasificación de estos:

- Polimedicación adecuada: prescripción necesaria y correcta de muchos fármacos
- Polimedicación inadecuada: prescripción innecesaria de muchos fármacos.
- Pseudopolimedicación: prescripción mayor a los que se prescriben ⁽¹⁶⁾.

Polimedicación:

- menor (2 o 3 fármacos)
- moderada (4 o 5 fármacos)
- mayor (más de 5 fármacos) ⁽²⁶⁾

4.1.4 Causas

La causa principal y por un gran margen es la sociedad actual en la cual hemos crecido donde la automedicación es vista como normal y cotidiano, por la gran accesibilidad a la información hacia la medicación que se puede tomar para cualquier tipo de patología o dolencia, la sintomatología es un factor más a tomar en la búsqueda de información.

Al ser un tema cotidiano donde se trata las medicaciones que hacen bien a un individuo, se trata también las que son dañinas para otros individuos, así la plática va alrededor de los medicamentos, fármacos u otro tipo de sustancias. Como casos donde la automedicación ha tenido resultados fatales. Por tal motivo la automedicación se ha ido disipando con el cambio generacional y la información que brindan acerca de los efectos adversos. Esta información se ha trabajado sin ningún tipo de especificidad, es para la población en general, sin ver estratos sociales, ni culturales, ni étnico, etc. Cada uno de ellos comprende actualmente lo malo de automedicarse. Ya que la única manera de detener el inicio del hábito o la eliminación de tal hábito es la educación.

4.1.5 Consecuencias de la Automedicación

Para determinar las verdaderas consecuencias, debemos primero entender los grados de polimedición, en cual se encuentra el paciente, su adhesión a las recomendaciones, a la deprescripción y la veracidad que pueda brindarnos el paciente respecto a todo su estado general de salud sumados al total de fármacos que se encuentra tomando.

Una vez determinado podemos evaluar las consecuencias que se estén dando en ese momento o podrían darse, como la principal causa es ocultar información de sintomatología o de la toma de medicamentos, que puede llevar que del estado inicial de la enfermedad se vea agravado y el compromiso de órganos o sistemas, que nos puede llevar a una falla multisistémica lo que desencadena problemas más graves o el deceso del individuo.

Otra consecuencia de la automedicación, es el alto porcentaje de gastos en fármacos y en medios terapéuticos a nivel del sistema de salud público al igual que el sistema privado. Esto da una tasa mayor de hospitalización y de reingreso a hospitalización, estancias más prolongadas, cuadros clínicos más complejos y porcentualmente el aumento de mortalidad hospitalaria, más la poca credibilidad y confianza en el sistema público de salud por la escasa o inexistente evaluación en la evolución de los pacientes y sus cuadros clínicos ⁽¹⁷⁾.

Un tema mucho a profundizar es la dependencia que muchos pacientes tienen a tal o cual fármaco de su elección, donde se producen consecuencias o una sobredosis medicamentosa, especialmente en la población geriátrica, desencadenando consecuencias nocivas para los ancianos, así ocurre generalmente una prescripción facultativa o de iniciativa propia, donde los psicofármacos y antibióticos son los más empleados en este grupo poblacional ⁽¹³⁾.

4.1.6 Tratamiento

Lo preventivo siempre es lo idóneo, así que lo principal es evitar la implantación de este hábito con valoraciones médicas periódicas y oportunas en cualquier edad, y siempre evaluados por profesionales capacitados.

Por las características de la automedicación no existe un tratamiento establecido o determinado, al ser un mal hábito personal y de propia educación, lo recomendable es

la correcta evaluación del caso, más interconsulta con un equipo médico tratante del paciente.

Como tal la deprescripción, una forma de tratar la automedicación, que consiste en reconsiderar la situación actual, las indicaciones, los fármacos escogidos, dosis, que da como resultado una nueva prescripción para la situación actual del paciente, en la cual se modifica cada aspecto terapéutico ya nombrados.

Existen condiciones para la realización segura y acertada de la deprescripción. Aclarando que es un proceso continuo donde actúa muy íntimamente y en gran grado de confianza la relación médico-paciente, por lo tanto prescripción y deprescripción van a la par ⁽¹⁶⁾.

4.1.7 Etapas en el proceso de deprescripción

Conocer, reconocer y replantear:

- Vista integral clínica y funcional
- Registro de medicamentos
- Aspectos contextuales

Replantear:

- La adherencia del paciente
- Aspectos nocivos o negativos
- Interacciones
- Aspectos a lograr de la atención, más objetivos terapéuticos
- Expectativa de resultados y de vida
- Tiempo a efectuar

Eliminar, disminuir, reemplazar:

- Primeramente por fármacos nocivos o dañinos
- Cambio del planteamiento de escenario

Recordar:

- Expectativa, creencias y actitud ante la deprescripción
- Nuevo ritmo hacia las posibilidades
- Seguimiento

- Sobresalir de las metas alcanzadas y felicitar la adherencia conseguida
- Describir peligros ante la deprescripción ⁽¹⁶⁾.

Es de gran importancia para el tratamiento de la automedicación la completa y total valoración multidisciplinaria de los profesionales responsables que traten las diferentes patologías del paciente, podemos resaltar que la comunicación entre ellos es indispensable, siendo de manera sincera y directa en la relación médico-paciente para lograr dicho objetivo, de tal manera evitar poner en riesgo la vida del paciente.

Como todo tratamiento es un proceso, hay factores importantes cuales deben evitarse o eliminarse:

- Comprar fármacos sin receta médica
- Reutilización de medicación anterior
- Obtener fármacos de familiares o círculos sociales cercanos
- Usar medicación que este en el hogar
- Alargar o cortar tratamientos médicos
- Reducir dosis prescritas⁽¹³⁾

4.2 ANTECEDENTES

Factores socioeconómicos y culturales asociados a la autoformulación en expendios de medicamentos en la ciudad de Barranquilla Martha Peñuela, Alonso de la Espriella, Eugenio Escobar, María Victoria Velásquez, Julián Sánchez, Armando Arango, Oswaldo Gómez. De los 350 individuos encuestados, 194 (55.4%) no tenían prescripción médica para adquirir el(los) medicamento(s). La autoformulación se asoció significativamente a la pertenencia a estratos sociales bajos, al no estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El nivel de desconocimiento de los efectos indeseables de los medicamentos autoformulados fue alto en la población estudiada ⁽⁴⁾.

La Farmacovigilancia en los últimos 10 años: actualización de conceptos y clasificaciones. Logros y retos para el futuro en Colombia. Carlos Alberto Calderón Ospina, Adriana del Pilar Urbina Bonilla. La frecuencia de reacciones adversas/eventos adversos en los hospitalizados estuvo entre el 1,2 y el 45% mientras que la misma frecuencia como motivo de consulta u hospitalización estuvo entre el 0,03% y el 6,8%. Estas cifras coinciden parcialmente con las de la literatura internacional y las diferencias de frecuencias encontradas se explican principalmente por el método de detección de reacciones adversas/eventos adversos empleado. Las nuevas clasificaciones clínicas y mecanísticas (DoTS y EIDOS) de las RAM parecen tener gran utilidad en la práctica y una de ellas fue empleada exitosamente en un estudio colombiano ⁽⁸⁾.

Risks of Self-Medication Practices. Ruiz, Maria E. Self-medication is defined as the selection and use of medicines by individuals (or a member of the individuals' family) to treat self-recognized or self-diagnosed conditions or symptoms. Several benefits have been linked to appropriate self-medication, among them: increased access to medication and relief for the patient, the active role of the patient in his or her own health care, better use of physicians and pharmacists skills and reduced (or at least optimized) burden of governments due to health expenditure linked to the treatment of minor health conditions. However, self-medication is far from being a completely safe practice, in particular in the case of non-responsible self-medication. Potential risks of self-medication practices include: incorrect self-diagnosis, delays in seeking medical advice when needed, infrequent but severe adverse reactions, dangerous drug interactions, incorrect manner of administration, incorrect dosage, incorrect choice of therapy, masking of a severe disease and risk of dependence and abuse. In this short review the author analyzes recent literature on some of the most important dangers related to self-medication practices, particularly: polypharmacy and drug interactions, medications abuse or

dependence, misdiagnosis and incorrect choice of treatment. The author also proposes measures that could be adopted in order to solve or improve these issues ⁽⁹⁾.

Physician-patient congruence regarding medication regimens. Bikowski RM, Ripsin CM, Lorraine VL. Congruence, defined as agreement between physician and patient regarding all prescription medications, dosages, and frequency, averaged 70% for faculty (range 53-89%) and 58% for residents (range 41-81%) ($P = .08$). Fourteen percent (7/50) demonstrated complete congruence; 74% (37/50) had at least one medication that either the physician was unaware the patient was taking or the physician thought the patient was taking but that was not part of the patient's regimen; 12% (6/50) had dose and/or frequency discrepancies ⁽¹²⁾.

Automedicación en estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario en Bogotá D. C., Colombia. Claudia Alejandra López-Cabra, Jubby Marcela Gálvez-Bermúdez, Camilo Domínguez Domínguez, Adriana del Pilar Urbina-Bonilla, Carlos Alberto Calderón-Ospina, Álvaro Vallejos-Narváez. De las 276 encuestas realizadas, se analizaron 270. La prevalencia de automedicación fue del 79,3%. El único factor con asociación estadística fue pertenecer a un semestre clínico ($p = 0,020$). Los medicamentos automedicados con mayor frecuencia son acetaminofén (10,8%), e ibuprofeno (3,9%). Entre los medicamentos automedicados, el 70,6% requiere prescripción médica. Las indicaciones más frecuentes fueron cefalea (10,6%), resfriado común (4,2%) y dismenorrea (3,4%). El 39,1% de los encuestados cumplen los criterios de automedicación responsable ⁽¹⁴⁾.

Estudio sobre Automedicación en Población Universitaria Española. Patricia Guillem Sáiz, Francesc Francès Bozal, Francisco Gimenez Fernández, Carmen Sáiz Sánchez. Un total de 501 encuestas fueron correctamente cumplimentadas y retornadas. La edad media de nuestra muestra fue $20,4 \pm 2,3$ años. Se muestran porcentajes de automedicación en función de diferentes variables registradas en el cuestionario. Es de destacar que más de las 3 cuartas partes de los estudiantes son mujeres. También es de destacar que únicamente un 9,6% de los encuestados refirieron tener un estado de salud malo o muy malo. El 90,8% de los entrevistados realizaba prácticas definidas como automedicación. Este porcentaje fue significativamente mayor en las mujeres (92,7% frente a 84,7%, $p = 0,009$). No obstante, existieron diferencias de porcentaje de

automedicación cercanas a la significación estadística en función de los estudios sanitarios o no de los progenitores, siendo los hijos de padres no sanitarios los que presentaron niveles mayores de automedicación (86,3% de automedicadores en hijos de padres sanitarios frente a 91,98% en progenitores no sanitarios, $p = 0,09$). Los analgésicos fueron el grupo de fármacos más usado, siendo consumido por el 73,8% de los automedicadores. El segundo grupo de fármacos más utilizado fueron los anticatarrales (44,1%), seguidos de los antidepresivos (13,4%) y los antibióticos (12,2%). Muchos individuos tomaban más de un medicamento simultáneamente. Así, el 25,5% tomaba únicamente un solo medicamento, el 33,9 % consumía dos medicamentos a la vez, el 21,5% tomaba tres medicamentos, el 10,5% tomaba cuatro fármacos a la vez, y el 8,8% tomaba cinco medicamentos. El número promedio de medicamentos consumidos simultáneamente fue de $2,43 \pm 1,08$. Así, el porcentaje de consumidores de antibióticos fue significativamente superior entre los hombres (22% frente a 11%; $p = 0,004$; ORa = 1,88; IC95%: 1,06-3.35; $p = 0,031$). Por otro lado, el porcentaje de consumo de anticatarrales fue superior en mujeres que en hombres (33,9% en hombres frente a 47,1% en mujeres. Los antidepresivos fueron consumidos en mayor número por las mujeres ⁽¹⁵⁾.

Polimedicación en personas mayores. Enrique Gavilán Moral, Antonio Villafaina Barroso, Laura Jiménez de Gracia. «Polimedicación» es una circunstancia definida no solo

por el consumo de un número concreto de fármacos, sino más bien por su uso no indicado o inadecuado. Resulta un creciente problema de salud pública en cuanto a seguridad en la toma de medicamentos y resultados sobre la salud, por lo que es imprescindible su abordaje integral atendiendo a todos los factores que intervienen en su génesis. Como respuesta a esta necesidad, surge el concepto de «deprescripción», definido como el proceso de análisis continuo de la prescripción con el objetivo de reconsiderar la idoneidad del uso de fármacos según la idiosincrasia específica de cada paciente. Las características de la AP y las potencialidades de la medicina de familia nos sitúan en un lugar privilegiado para poder afrontar este reto ⁽¹⁶⁾.

Deprescribing in the Last Year of Life. James E Hardy, Sarah N Hilmer. Polypharmacy and adverse drug reactions are common with ageing. Deprescribing or ceasing unnecessary or harmful medications is an important component of aged care practice, especially in the final year of life. Changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics

with ageing can affect decisions about deprescribing. Similarly, the balance between risk and benefit for medications is often altered in patients in their final year of life and needs to be taken into account. There is evidence for medicines that can be safely ceased abruptly and medicines that need to be weaned. An individualised approach is required to assess prognosis, trajectory of decline and therapeutic goals for each patient. An algorithm is provided in this review to guide safe, rational deprescribing for patients who are believed to be in their last year of life ⁽¹⁹⁾.

Polimedición en los ancianos y el papel de enfermería. Raquel Palacios Venero Directora, Cristina Blanco Fraile. La polifarmacia o Polimedición se refiere a la ingesta de un gran número de medicamentos, más de los apropiados, de forma continuada durante cierto periodo de tiempo, cada autor estable el límite en un número. Esta excesiva ingesta de fármacos se debe a varios factores, tanto por parte del sistema sanitario como del propio paciente. El aumento de la edad junto al aumento de enfermedades crónicas son factores intrínsecos. Además de la automedicación por parte del paciente, el sistema sanitario también influye en la excesiva, errónea y en ocasiones innecesaria prescripción farmacológica. Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica acerca del importante papel de enfermería en el abordaje de la polimedición en el adulto mayor, aportando estrategias y métodos para su disminución y control. Estas estrategias están enfocadas a la prevención de prescripciones farmacológicas mediante hábitos saludables tales como la realización de actividad física o alimentación equilibrada, así como la valoración constante de su tratamiento farmacológico ⁽²⁶⁾.

Automedicación y Abuso de Fármacos en la Tercera edad a propósito de un Caso Clínico. Maty Olmo Torres, Alfonso Cruz Lendínez. Los Resultados fueron que La frecuencia de automedicación fue del 31,2% y de herboristería 15,4%. Los fármacos más utilizados para la automedicación fueron los analgésicos (30,9%) y los fármacos para el resfriado (27,2%). La fuente más habitual fue la farmacia (49,3%). El 41,6% contenía fármacos fuera de la prescripción crónica y el 23,4% acumulaba más de tres. Las características socio demográficas de la muestra que se presentan en la siguiente. Son La media de edad fue 81,4±5,03 años. Respecto a los indicadores de salud, presenta más de tres enfermedades crónicas el 52,9%, con predominio de mujeres, y toma más de tres fármacos el 74,2%. La prevalencia de automedicación fue del 31,2% (IC del 95%, 26%–36%): farmacológica, el 22,9% (IC del 95%, 17,5%–27,6%); de

herboristería u homeopatía, el 15,4% (IC del 95%, 11,3%– 17,3%). Entre los pacientes auto medicados hay un mayor porcentaje de mujeres (62,7%) que de varones (37,3%), estadísticamente significativo ($p=0,028$)⁽²⁷⁾.

5 HIPÓTESIS

No requiere hipótesis por ser un trabajo investigativo descriptivo.

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. MARCO METODOLÓGICO.

1.1 Enfoque: El enfoque de la investigación es cuantitativo ⁽²⁰⁾.

1.2 Diseño de la Investigación: Descriptivo ⁽²¹⁾.

1.3 Nivel de investigación: Descriptivo.

1.4 Tipo de Investigación:

- **Por el ámbito:** De campo.
- **Por la técnica:** Comunicacional – Encuesta.
- **Por la temporalidad:** Transversal actual

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.1 Criterios de selección:

Baños es una Parroquia en el cantón Cuenca, provincia del Azuay, Ecuador. La Parroquia tiene una superficie de 327,3 km² y según el censo del Ecuador del INEC de 2001 tenía una población total de 16.851 habitantes ⁽²²⁾. Para la formalización de la población se tendrá en cuenta los siguientes criterios de selección:

a.- Criterios de inclusión: Se incluyó en el presente estudio, a las personas de 65 años en adelante, que corresponden a 1062 personas entre hombres y mujeres, de 65 años en adelante de la Parroquia Baños, (ver Tabla N°1) de la Ciudad de Cuenca-Ecuador.

b.- Criterios de exclusión: se excluirá del estudio que no correspondan con la respectiva edad y no brinden colaboración en las encuestas.

2.2 Tipo de muestreo:

Se realizó un muestreo proporcional.

2.3 Tamaño de la muestra:

Se calculó mediante la fórmula de conveniencia de la muestra con un total de 1062 muestra para la población finita, con un nivel de confiabilidad del 95% y un error de 5%. Se utilizó el programa Open Epi de acceso libre ⁽²³⁾.

$$N = \frac{Z^2 * P * (1 - P) * N}{Z^2 * P * (1 - P) + E^2 * (N-1)}$$

N = Total de la población 1062

Z² = 1.96 al cuadrado (si la confiabilidad es del 95%)

E² = proporción esperada (si el error es 5%= 0.05)

q = 1-p (en este caso 1- 0.5= 0.95)

P = precisión 0.5%

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 (1 - 0.5) * 1062}{1.96^2 * 0.5 (1 - 0.5) + 0.05^2 * (1062 - 1)}$$

$$n = 283$$

Tamaño de la muestra para el estudio es de 283 personas mayores de 65 años.

Tabla N° 1.- POBLACIÓN Y GÉNERO DE LA PARROQUIA DE BAÑOS.

RANGO DE EDAD	POBLACIÓN		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
De 0-4 años	878	909	1787
De 5-9 años	922	901	1823
De 10-14 años	997	1031	2028
De 15-19 años	956	991	1947
De 20-24 años	874	892	1766
De 25-29 años	598	748	1346
De 30-34 años	501	595	1096
De 35-39 años	398	527	925
De 40-44 años	345	503	848
De 45-49 años	290	410	700
De 50-54 años	268	326	594
De 55-59 años	220	291	511
De 60-64 años	191	227	418
Más de 65 años	430	632	1062
TOTALES	7.868	8.983	16.851

Fuente: INEC 2010, VII Censo de Población ⁽²²⁾

Elaborado: Municipio de Cuenca POT Rural

3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO ESTADÍSTICO	ESCALA	DATOS
Automedicación	Ingesta de fármacos o medicación por medios propios, sin supervisión de un profesional de la salud.	Valorar el nivel de automedicación.	Cualitativa	Ordinal	Si se automedica No se automedica
Edad	Es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio.	Número de años cumplidos, según fecha de nacimiento.	Cuantitativa	Continua	De 65 a 74 De 75 a 84 De 85 en adelante

Género	Características genotípicas de la persona.	Características externas que diferencian al varón de la mujer	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Nivel de Instrucción	Grados de estudio culminados o en proceso	Grado de estudio registrado en la encuesta durante la recolección de datos	Cualitativo	Nominal	Analfabeto Primaria Secundaria Superior Técnica Superior Universitaria

4. INSTRUMENTOS, MATERIALES Y RECURSOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.1 Instrumentos documentales.

Se utilizó una ficha de recolección de información digital, programa de acceso libre EPI INFO ver. 7.2; para registrar una ficha física para la toma de datos diseñada mediante el programa Microsoft Word, para el registro de información presente en las encuestas; presentado en el anexo 2.

4.2 Instrumentos mecánicos.

Se utilizó una computadora.

4.3 Materiales.

Se utilizaron materiales de escritorio: esferos (azul y negro), hojas de papel bond, tablero, etc.

4.4 Recursos.

Para llevar a cabo el estudio se necesitaron recursos institucionales (autorización UCACUE), recursos humanos (Asesor de tesis y Tutor) y recursos financieros (autofinanciados).

5. PROCEDIMIENTOS PARA TOMA DE DATOS.

5.1 Ubicación espacial.

La parroquia de Baños es una unidad de organización política administrativa dentro de la ciudad Santa Ana de los Cuatro Ríos de Cuenca, que está ubicada en el centro austral de la República del Ecuador, es la capital de la provincia del Azuay, cuenta con 270 mil habitantes. La superficie de área urbana es de 72 kilómetros cuadrados aproximadamente, es la tercera ciudad más importante de la República del Ecuador. Se encuentra a 2500 metros sobre el nivel del mar.

Baños, es una parroquia rural situada en la parte suroccidental del cantón Cuenca, provincia del Azuay; a una distancia de 8 km. de la Ciudad de Cuenca. Esta parroquia tiene una extensión de 327,34 km², tiene una altura media de 2694 m.s.n.m., con alturas que van desde los 2.580 hasta los 4.200 m.s.n.m.

5.2 Ubicación temporal.

La investigación se realizó entre los meses de Agosto 2017 a Abril 2018, mediante la recolección de datos por medio de encuestas que aportaban con los datos de automedicación.

5.3 Procedimientos de la toma de datos.

Para el registro de los datos, se tomó en cuenta las encuestas aplicadas a las personas en la Parroquia Baños, las cuales fueron ingresadas a una base de datos en el programa EPI INFO ver. 7.2, al igual en el programa Microsoft Excel, las cuales reflejan información acerca de la automedicación en adultos de 65 años en adelante en la Parroquia Baños, de la Ciudad de Cuenca.

5.4 Método de encuesta utilizado por los examinadores.

Para el llenado de las encuestas la realizaron parejas de encuestadores los que fueron a los hogares, parques y sectores de mayor concurrencia, luego de la breve explicación sobre el propósito del estudio, se procedió a llenar la encuesta, la misma que fue firmada dando consentimiento para la utilizar los datos recolectados.

6. PROCEDIMIENTOS PARA ANALIZAR DATOS.

Se utilizó el programa EPI INFO ver. 7.2 para ingresar los datos recolectados mismos que se utilizaron para analizarlos a través del programa Excel Microsoft.

Se procede a verificar los datos de las encuestas realizadas para luego tabular y obtener los resultados de la automedicación en los adultos mayores de 65 años en adelante, en la Parroquia Baños, en la Ciudad de Cuenca.

6.1 Criterios de registro de hallazgos.

Cuando se realiza la encuesta, los datos se marcan en la ficha física por lo que haya respondido el entrevistado.

6.2 Procedimiento para la toma de análisis de datos

Se calculó los factores asociados a la automedicación mediante la utilización de diseño de investigación de prevalencia mediante la fórmula.

$$P = \frac{\text{Número de personas que sí y no se automedican}}{\text{Total general de personas evaluadas}}$$

7. Aspectos Bioéticos

El presente proyecto investigativo denominado "Automedicación en adultos mayores de 65 años en adelante, de la Parroquia Baños, Cuenca-Ecuador, Agosto 2017 - Abril 2018" es responsabilidad del autor quien colabora de manera incondicional para obtener los resultados esperados.

El presente proyecto investigativo no implicó conflictos bioéticos, debido que las personas fueron informadas sobre que trataba la encuesta. Se indicó que existe un compromiso de confidencialidad de sus datos por parte del investigador y se solicitó que firmen el Consentimiento Informado.

CAPÍTULO III: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

1. RESULTADOS:

El presente estudio fue realizado con los datos epidemiológicos de la Parroquia Baños, que constan en el archivo del departamento de investigación de la Carrera de Odontología de la UCACUE, mostrando los siguientes resultados:

Tabla N°2 de distribución de acuerdo al género.

	NO		SI		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
Femenino	79	46,5%	91	53,5%	170	53,5%
Masculino	79	53,4%	69	46,6%	148	46,5%
Total	158	49,7%	160	50,3%	318	100,0%

Interpretación: en la muestra existen un número mayor de individuos del sexo femenino con un total de 170 individuos, la automedicación es mayor en el sexo femenino.

Tabla N°3 de distribución de acuerdo del nivel de instrucción.

	NO		SI		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
BAJO						
Analfabeto	24	48,0%	26	52,0%	50	15,7%
Primaria	65	43,9%	83	56,1%	148	46,5%
Secundaria	37	50,0%	37	50,0%	74	23,3%
ALTO						
Superior técnica	15	78,9%	4	21,1%	19	6,0%
Superior Universitaria	17	63,0%	10	37,0%	27	8,5%
Total	158	49,7%	160	50,3%	318	100,0%

Interpretación: se observa un total de 160 individuos que si se automedicación, donde los niveles bajos de instrucción poseen mayor porcentaje de automedicación a comparación de niveles altos de instrucción.

Tabla N°4 de distribución de acuerdo a la ocupación.

	NO		SI		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
EXPUESTO						
5 SERVICIOS, VENDEDORES DE COMERCIOS Y MERCADOS	28	48,3%	30	51,7%	58	18,2%
7 OFICIALES, OPERARIOS Y ARTESANOS	13	54,2%	11	45,8%	24	7,5%
9 OCUPACIONES ELEMENTALES	76	49,7%	77	50,3%	153	48,1%
NO EXPUESTO						
0 OCUPACIONES MILITARES	1	100%	0	0,0%	1	0,3%
1 DIRECTORES Y GERENTES	2	66,7%	1	33,3%	3	0,9%
2 PROFESIONALES CIENTIFICOS E INTELLECTUALES	6	60,0%	4	40,0%	10	3,1%
3 TECNICOS Y PROFESIONALES DEL NIVEL MEDIO	5	83,3%	1	16,7%	6	1,9%
4 PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO	1	50,0%	1	50,0%	2	0,6%
6 AGRICULTORES, TRABAJADORES FORESTALES Y PESQUERO	26	42,6%	35	57,4%	61	19,2%
8 OPERACIONES DE INSTALACIONES Y MAQUINAS	0	0%	0	0%	0	0,0%
Total	158		160		318	100%

Interpretación: se observa mayor porcentaje de automedicación en personas expuestas, y un mayor porcentaje de no automedicación en personas no expuestas.

Tabla N°5. Prevalencia de automedicación.

PREVALENCIA	N	%
NO	158	49,69%
SI	160	50,31%
TOTAL	318	100,00%

Interpretación: En esta tabla se evidencia que hay una mayor prevalencia en las personas que si se automedican.

TABLA No 6. Prevalencia de Automedicación de acuerdo al género.

GÉNERO	NO		SI		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
Femenino	79	46,5%	91	53,5%	170	53%
Masculino	79	53,4%	69	46,6%	148	47%
Total	158	49,69%	160	50,31%	318	100%

p= 0,21910618761845

Interpretación: En esta tabla se evidencia que el género femenino tiene más predisposición a la automedicación. No hay asociación significativa entre las variables.

TABLA N°7. Prevalencia de Automedicación de acuerdo a los Rangos de Edad.

RANGO DE EDADES	NO		SI		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
DE 65 A 74	107	48%	118	52%	225	71%
DE 76 A 84	33	49%	35	51%	68	21%
DE 85 A 90	18	72%	7	28%	25	8%
Total	158	49,69%	160	50,31%	318	100%

$p= 0,066396$

Interpretación: En esta tabla se puede evidenciar que existe una alta prevalencia de Automedicación en edades de 65 a 74 años, y una baja prevalencia de Automedicación en edades de 85 a 90 años de edad. No hay asociación significativa entre las variables.

TABLA N°8. Prevalencia de Automedicación de acuerdo al Nivel de Instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	NO		SI		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
ALTO	32	70%	14	30%	46	14%
BAJO	126	46,3%	146	53,7%	272	86%
Total	158	49,69%	160	50,31%	318	100%

p= 0.003548

Interpretación: En esta tabla se puede evidenciar que existe una alta prevalencia de Automedicación en el nivel de instrucción Bajo. No hay asociación significativa entre las variables.

TABLA N° 9. Prevalencia de Automedicación de acuerdo a la Ocupación

OCUPACION	NO		SI		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
EXPUESTO	117	50%	118	50%	235	74%
NO EXPUESTO	41	49%	42	51%	83	26%
Total	158	49,69%	160	50,31%	318	100%

$p= 0.951333$

Interpretación: En esta tabla se puede evidenciar que existe una alta prevalencia de Automedicación de acuerdo a la ocupación en expuestos. No hay asociación significativa entre las variables.

2. DISCUSIÓN:

El presente estudio fue realizado en la Parroquia Baños ubicada en la ciudad de Cuenca, donde se presenta gran prevalencia de automedicación, por el bajo nivel de instrucción, grupos expuestos por su ocupación y así presenta un alto porcentaje hacia la automedicación.

Así estadísticamente entre la automedicación y la persona quien recomienda la medicación, en este estudio se determina que el personal que trabaja en una farmacia es quien obtuvo el porcentaje más alto, seguido por un familiar o iniciativa propia esto concuerda con otros estudios realizados por Aguedo, Moreno, Montalvo y López⁷.

En el estudio se observó la gran prevalencia de automedicación en la población evaluada, pero debemos acotar el inicio de dicha problemática, la cual es la desinformación de los riesgos de la misma, la gran accesibilidad a medicamentos en el mercado y gran cantidad de medicamentos de venta libre, más aun los actores que los proporcionan como el personal de la farmacia principalmente, un familiar, por iniciativa propia o ya sea por hábito lo que coincide en los estudios de Aguedo, Moreno, Montalvo y López.⁷

Cada una de estas observaciones nos aclara la permanencia de RAM y PRM que se encuentran directamente relacionado a la automedicación.

La automedicación existe con mayor prevalencia en adultos mayores y es más frecuente en la mujer que en el hombre, y señala factores como baja escolaridad y la influencia de medios audiovisuales, pero se debe destacar relación con hábitos diferentes de comunicación y arraigos culturales¹¹.

Mónica Santos e Armando Almeida,¹³ cita un porcentaje del 62,7% en mujeres mientras el 37,3% en hombres, nos proporciona una concordancia en que la automedicación se da mayormente en el género femenino con un porcentaje de 54% mientras un 47% en hombres en este estudio, junto a la baja escolaridad en su corte estructural como en el nuestro descrito como nivel de instrucción bajo descrito en la tabla número 4 como factores condicionantes para dicha problemática.

De similar manera nos cita Guillem Saiz¹⁵ en su estudio con mayor prevalencia en el género femenino.

Pero contrasta con López-Cabra et. Al.¹⁴ en su estudio en una población de estudiantes universitarios los cuales teniendo nivel alto de instrucción poseen gran prevalencia de automedicación.

Por el contrario López-Cabra, et. Al.¹⁴ coincide en la verdadera importancia de conocer una verdadera magnitud del problema de la automedicación, mientras tanto contrasta con nuestra evaluación donde las personas con nivel de instrucción alto ya descrito pero con el dato importante de la diferencia de edad entre ambos estudios.

Sawalha²⁵ coincide plenamente con nuestro estudio la razón más prevalente de automedicación en su estudio fue el uso previo con el fármaco o medicamento, lo que podemos corroborar mucho más donde las personas evaluadas es de 65 años en adelante ya poseen amplio consumo de medicamentos a lo largo de su vida.

Este estudio al tratar la automedicación en un sitio específico como la Parroquia de Baños en la ciudad de Cuenca-Ecuador nos proporciona una pequeña pauta hacia las medidas preventivas que se pueden tomar para las futuras generaciones, donde recalamos que la educación socio-cultural, familiar es totalmente distinta entre generaciones, las cuales deben ser educadas de manera más amplia hacia los riesgos de la automedicación, y para poder conseguir de una manera disminuir la alta prevalencia de esta problemática.

3. CONCLUSIONES:

- Se determinó la prevalencia en la Parroquia de Baños en adultos mayores de 65 años en adelante obteniendo como resultado un 50,31% de respuesta positiva hacia la automedicación y un 49,69% que no se automedica.
- Se determinó que el género femenino se automedica mas con un 53%, mientras el género masculino con un 47%, en la Parroquia de Baños.
- Según el nivel de instrucción con un total de 86% en el nivel bajo que comprende analfabeto, primaria y secundaria existe automedicación, por el contrario el 14% de nivel alto que comprende superior técnico y superior universitario. Así podemos concluir que mientras más acceso a la educación, el razonamiento hacia el mal que produce la automedicación es menor.
- Por ser un grupo de especial cuidado, tratándose de ya personas adultas mayores o tercera edad conocida comúnmente determinamos que mientras más edad es menor el consumo racional de medicamentos, observamos en resultados que personas de 65 a 74 años si se automedican con mayor frecuencia, que personas de 75 a 84 años y en mucho menor porcentaje en persona de 85 en adelante.
- Ante la alza en la automedicación que se ha convertido en algo cotidiano, gracias a la gran cantidad de publicidad de medicamentos, la gran accesibilidad a los medicamentos, los mismos que no son posibles de erradicar de una manera directa, por lo que la mejor manera de erradicar la automedicación es la educación.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la Salud. Department of essential drugs and other medicines world health organization. The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication [en línea]. Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist. The Hague, The Netherlands 26-28 August 1998 [consultado 10 junio 2014]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jwhozip32e/1.html#Jwhozip32e>
2. Revista-portalesmedicos.com [Internet]. Castillo E, Naranjo D, Acosta R, Castro G, Duvergel V. Reflexiones sobre la automedicación en el adulto mayor. Artículo de revisión. 12 septiembre, 2015. Disponible en URL: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/automedicación-adulto-mayor/>
3. National Library of Medicine, Concept details [Internet], Bethesda MD: The National Center for Biotechnology Information, consultado el 15 de Julio de 2016. Disponible en URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=self+medication>,
4. M. Peñuela, A. de la Espriella, E. Escobar, M.V. Velásquez, J. Sánchez, A. Arango et al., Factores socioeconómicos y culturales asociados a la autoformulación en expendios de medicamentos en la ciudad de Barranquilla, Salud Uninorte, 16, 30 (2002). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/817/81701604.pdf>
5. sura.com [Internet]. actualización 16 de Oct de 2012; citado 23 de Ene del 2018. Los Peligros de la Automedicación. Disponible en: <https://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/peligros-automedicación.aspx>
6. Hernández GM. Torres Egea M, Ballesteros E. Enfermería del Envejecimiento. 2º Edición. Editorial Elsevier/Masson. Año 2010 Barcelona (Pp. 122-130)
7. World Health Organization, The Uppsala Monitoring Centre. The Importance of Pharmacovigilance. Uppsala: World Health Organization, The Uppsala Monitoring Centre, 2002. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4893e/5.html>
8. Carlos Alberto CO, Adriana del Pilar UB. Artículo de revisión. La Farmacovigilancia en los últimos 10 años: actualización de conceptos y clasificaciones. Logros y retos para el futuro en Colombia. Médicas Uis. Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander. Recibido febrero de 2011 y publicación abril de 2011; 57-78. Disponible en URL: <http://www.uosario.edu.co/Observatorio-del-Comportamiento-de-Automedicación/documentos/Farmacovigilancia-MedUIS.pdf>

9. Ruiz, Maria E. Risks of Self-Medication Practices. Bentham Science Publishers. Ingenta Volume 5, Number 4, October 2010, pp. 315-323(9). Disponible en URL: <https://www.ingentaconnect.com/content/ben/cds/2010/00000005/00000004/art00007>
10. Aronson JK, Ferner RE. Clarification of terminology in drug safety. Drug Saf. PubMed. 2005;28:851-70. Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16180936>
11. Meyboom RHB. Causal or Casual? The Role of Causality Assessment in Pharmacovigilance. Drug Safety 1997; 17:374-89. Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9429837>
12. Bikowski RM, Ripsin CM, Lorraine VI. Physician-patient congruence regarding medication regimens. J Am Geriatr Soc. 2001; 49:1353-7. Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11890495>
13. Mónica Santos e Armando Almeida: "La polifarmacia geriátrica Palabras" .edición Elservives. (2010) Madrid. Disponible en URL: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1293/1/TFG_OlmoTorres,Matilde.pdf
bscar libro
14. López-Cabra CA, Gálvez-Bermúdez JM, Domínguez-Domínguez C, Urbina-Bonilla AP, Calderón-Ospina CA, Vallejos-Narváez A. Automedicación en estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario en Bogotá D. C., Colombia. Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm., Vol. 45(3), 374-384, 2016. Disponible en URL: www.farmacia.unal.edu.co
15. Guillem Sáiza P, Francès Bozala F, Gimenez Fernández F, Sáiz Sánchez C. Automedicación en Población Universitaria Española. Rev Clin Med Fam vol.3 no.2 Albacete jun. 2010. Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000200008
16. Gavilan Moral E, Villafaina Barroso A, Jimenez de Gracia L. Polimedición en personas mayores. AMF [Internet]; 2012 [citado 20 dic 2016]; (8): 426-433. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Gavilan/publication/236236521_Polimedición_en_personas_mayores/links/00v7d517502cb8edfb000000.pdf?origin=publication_list
17. Enrique Gavilán M, Antonio Villafaina B, Laura Jiménez G. Polimedición en personas mayores. AMF 2012, 8 (8). 426-433. Disponible en URL: <https://www.researchgate.net/publication/236236521>

18. Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR. A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age Ageing*. 2004; 33:110-5. Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14960424>
19. Hardy JE, Hilmer SH. Deprescribing in the last year of life. *J Pharm Pract Research*. 2011; 41:146-51. Disponible en URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/j.2055-2335.2011.tb00684.x>
20. Villavicencio-Caparó E, Cuenca-Leon K, Velez-Leon M, Sayago-Heredia J, Cabrera-Duffaut A. Pasos para la planificación de una Investigación Clínica. *Oactiva.ucacue.edu.ec*. 2016. 1 (1). Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=20&path%5B%5D=22>
21. Villavicencio-Caparó E., Alvear-Córdova M., Cuenca-León K., Calderón-Curipoma M., Palacios-Vivar D., Alvarado-Cordero A. Diseños de estudios clínicos en odontología. *Revista OACTIVA UC Cuenca*. Vol. 1, No. 2, 2016. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=37&path%5B%5D=46>
22. Home- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. *Ecuadorencifras.gob.ec* 2018. Disponible en: <http://www.Ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
23. Villavicencio Caparó E, Alvear Córdova MC, Cuenca León K, y cols. El tamaño muestral para la tesis ¿Cuántas personas debo encuestar? *Revista OACTIVA UC Cuenca*. Vol. 2. No. 1, pp 59-62. 2017. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php?journal=OACTIVAUCACUE&page=article&op=view&path%5B%5D=76>
24. Villavicencio Caparó, E. Barreras Para El Acceso A servicios de Salud Bucal. *Odontología Activa Revista Científica*, Vol. 2 No. 2, p. V-VI, mar. 2018. ISSN 2588-0624. Disponible en: <http://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/184>. Fecha de acceso: 06 jul. 2018 doi: <https://doi.org/10.26871/oactiva.v2i2.184>.
25. A.F. Sawalha, A descriptive study of self-medication practices among Palestinian medical and nonmedical university students, *Res. Social Adm. Pharm.*, 4, 2 (2008). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18555969>
26. Palacios Venero R. Polimedicación en los ancianos y el papel de enfermería. 2017-02-21. Universidad de Cantabria. España. G1373 Trabajos

académicos [488]. Disponible en:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/10547>

ANEXOS

ANEXO 1

CALCULO DE LA MUESTRA MEDIANTE OPEN EPI

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	1062
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/--%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	283
80%	143
90%	216
97%	327
99%	409
99.9%	537
99.99%	625

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor

Imprimir desde el navegador con ctrl-P

o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

ANEXO 2

FICHA DE ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA.

ENCUESTA DE SALUD BUCAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

CI: _____

Sexo: Masculino() Femenino()

TIEMPO: _____ Min

Edad: _____ AÑOS Ocupación: _____

PARROQUIA: _____

OPCIÓN

1. Grado de Instrucción	
a) Sin estudios	f) Superior técnica incompleta
b) Primaria incompleta	g) Superior técnica completa
c) Primaria completa	h) Superior universitario incompleta
d) Secundaria incompleta	i) Superior universitario completa

Ingresos mensual familiar aproximado: _____

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: _____

Pregunta	Marcar uno a más respuestas	Puntuación
1. Usualmente usa Ud.:		
a. Un cepillo de dientes para limpiar sus dientes		Valor: 1 si ninguno o sólo el literal a está marcado
b. La seda o un cepillo especial para limpiar sus dientes		
c. Tabletas reveladoras para comprobar que sus dientes están limpios		
2. En la actualidad:		
a. Cree que hay algo mal con sus dientes, pero no es lo suficientemente malo como para ir a un dentista		Valor: 1 si el literal a o d están marcados
b. Cree que hay algo mal con sus dientes y tiene la intención de ver a un dentista pronto		
c. Va a realizarse un chequeo en el próximo año		
d. No cree que necesite ningún tratamiento por lo que no esta planeando ir a un dentista ahora		
e. Ira pronto al dentista		
3. Si pierde una calza en un diente posterior y no le dolió:		
a. De inmediato va a un dentista		Valor: 1 si el literal b o c están marcados
b. Esperaría si siente dolor o algún síntoma antes de ir a un dentista		
c. No sería un problema que no vería a un dentista por esta razón		
4. Por lo general, hace una cita para visitar a un dentista:		
a. Cuando el dentista le recuerda		Valor: 1 si el literal d está marcado
b. Al final de la última cita		
c. Cuando piensa que es tiempo de ir a otro chequeo		Valor: 1 si los literales a o c están marcados
d. Únicamente cuando piensa que esta algo malo en sus dientes		
5. Si sus encías sangran pero estas no le duelen:		
a. No es un problema, no vería a un dentista por este problema		Valor: 1 si los literales a , b o d están marcados
b. Iría inmediatamente a una cita con el dentista		
c. Esperaría a ver si se presenta dolor o algún síntoma para ir al dentista		
6. Acerca de todas sus citas dentales en los últimos 5 años marque la más cercana:		
a. No ha tenido una cita dentaria en los últimos 5 años		Valor: 1 si los literales a o d están marcados
b. Durante los 5 años ha olvidado de asistir a sus citas dentales		
c. Durante los 5 años solo ha perdido una sola cita		
d. Durante los 5 últimos años ha cancelado una cita dental debido a que el problema desapareció		
7. Si tuviera un diente muy doloroso:		
a. Preferiría que le saquen		Valor: 1 si los literales b , d o f están marcados
b. Preferiría dejarlo sin tratamiento		
c. Preferiría realizar una restauración		
8. Ud diría que la razón principal para no ir a un dentista sería:		
a. Porque piensa que el tratamiento es doloroso		Valor: Si el literal c está marcado no es un puntaje de indiferencia dental
b. Porque toma demasiado tiempo ir al dentista		
c. Porque siente preocupación o ansiedad cuando va al dentista		
d. Porque su dentista le hace sentir culpable acerca del estado de sus dientes		
e. Porque cuesta mucho		

NEGLIGENCIA DENTAL					
Califique del 1 al 5 si está de acuerdo con esta frase :	Definitivamente no			Definitivamente si	
9. Mantiene su cuidado dental en el hogar, considera que su salud dental es importante	1	2	3	4	5
10. Recibe el cuidado dental que debe	1	2	3	4	5
11. Necesita atención dental, pero la ignora	1	2	3	4	5
12. Se cepillo tan bien como debería	1	2	3	4	5
13. Controla los alimentos entre las comidas, tan bien como puede	1	2	3	4	5
14. Considera que su salud dental es importante	1	2	3	4	5

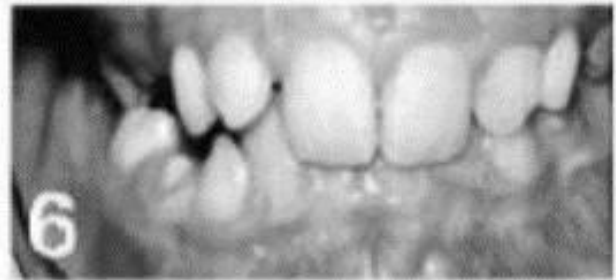
AUTOMEDICACIÓN	
15. ¿Usted se auto médica? SI () NO ()	
16. ¿Cuándo tiene una dolencia quién le recomienda la medicación?	
a) Médico	e) Familiar
b) Odontólogo	f) Amistades
c) Farmacéutico	g) Por iniciativa propia
d) Técnico en farmacia	
17. ¿En qué tipo de dolencias Usted se automedica? (tomar medicamento sin prescripción médica)	
a) Fiebre	d) Dolor de cabeza
b) Dolor de estomago	e) Gripe
c) Dolor de diente	f) Otros
18. ¿Cuándo tiene dolor de diente por qué motivos se auto medica (tomar medicamento sin prescripción médica) y no recurre al Odontólogo?	
a) Por indicación del técnico de farmacia	d) Por hábito
b) Porque es muy cara la consulta	e) Otros
c) Porque la clínica u Hospital está muy lejos de su casa	
19. ¿Por cuánto tiempo Usted se auto medica? (tomar medicamento sin prescripción médica)	
a) 1 día	c) 3 días
b) 2 días	d) O más
20. Dónde adquirió el medicamento:	
a) Farmacia	c) Bodega
b) Botica	d) Establecimiento desalud
21. ¿Qué tipos de medicamentos consume mayormente sin prescripción médica?	
a) Antiinflamatorios	d) Ansiolíticos
b) Antibiótico	e) Otros
c) Analgésicos	
22. ¿En qué forma farmacéutica consume los medicamentos sin prescripción médica?	
a) Pastillas	d) Intramuscular
b) Jarabe	e) Endovenosa
c) Suspensión	
23. ¿Cuál es el medio de comunicación que influye en su automedicación?	
a) Televisión	d) Afiches
b) Slogan	e) Radio
c) Paneles	

ANSIEDAD	
24. Comienzé a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo le invita a sentarme en la silla Si () NO ()	
25. Comienza a ponerse nervioso/a cuando el Odontólogo va a extraerle un diente, se siente realmente asustado en la sala de espera. Si () NO ()	
26. Cuando va en camino al consultorio piensa que el odontologo no le va a explicar lo que hay en sus dientes Si () NO ()	
27. Quiere irse del consultorio cuando piensa que el Odontólogo no le va a explicar lo que hay en sus dientes Si () NO ()	
28. En el momento en que el Odontólogo alista la jeringa con la inyección de anestesia, cierra los ojos fuertemente. Si () NO ()	
29. En la sala de espera suda y tiembla cuando piensa que es su turno de pasar a la consulta Si () NO ()	
30. Cuando va hacia el consultorio del odontólogo, se pone ansioso/a solo de pensar si tendrá que usar el taladro dental con Ud. Si () NO ()	
31. Cuando esta sentada en la silla de tratamiento y no sabe lo que el odontólogo esta haciendo en su boca, se pone nerviosa/o y suda Si () NO ()	
32. En su camino hacia el consultorio del odontólogo, la idea de estar sentada en la silla de tratamiento le pone nervioso/a. Si () NO ()	

RELACION PROFESIONAL/PACIENTE	
Poco =1 Lo justo = 2 Bueno=3 Muy Bueno =4 Excelente =5	
45. Le hace sentir cómodo:	1 2 3 4 5
46. Le trata con respeto:	1 2 3 4 5
47. Muestra interés en sus ideas acerca de mi salud dental:	1 2 3 4 5
48. Entiende sus preocupaciones principales	1 2 3 4 5
49. Le presta atención (escucha con cuidado)	1 2 3 4 5
50. Le deja hablar sin interrupciones	1 2 3 4 5
51. Le da toda la información que necesita	1 2 3 4 5
52. Le habla en términos que Ud entiende	1 2 3 4 5
53. Le enseña los procedimientos de higiene oral	1 2 3 4 5
54. Le demuestra el procedimiento de higiene oral	1 2 3 4 5
55. Se asegura de que entiende todo	1 2 3 4 5
54. Le alienta a hacer preguntas	1 2 3 4 5
56. Le involucra en las decisiones que toma	1 2 3 4 5
57. Discute los pasos a seguir incluyendo planes por hacer	1 2 3 4 5
58. Muestra cuidado y preocupación	1 2 3 4 5
59. Se toma el tiempo necesario con ud	1 2 3 4 5

	pocoseguro/ muyseguro
77. Que tan seguro está de que usted puede llenar una encuesta medica correctamente o necesita de otra persona	1 2 3 4 5
78. Que tan seguro está de que pueda seguir las instrucciones escritas en el finalin y aspirina	1 2 3 4 5
	pocoseguido/muyseguido
79. Que tan seguido alguien le ayuda a leer las recetas médicas que le proveen	1 2 3 4 5
80. Que tan seguido tiene problemas aprendiendo acerca de un tema de salud o de dificultad en el entendimiento de la información escrita	1 2 3 4 5

ÍNDICE ICON



PASTAS DENTALES

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

17

18

19

20

21

22

23

24

25



26



27



28



29



30



31



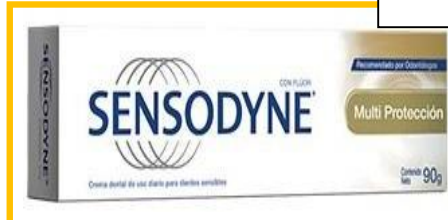
32



33



34



35



36



37

38



39



40



41

