UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

TEMA:

"Caracterización del grado de automedicación

en la población geriátrica de Imbabura"

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico General

Línea de investigación: Salud y Bienestar

AUTOR:

Henry Sebastián Cevallos Ortiz

DIRECTOR:

Dr. Kevin Fabricio Caraguay Jácome

ASESOR:

MSc. Kelvin Wladimir Villafuerte Ledesma

Ibarra – Ecuador

2026

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Henry Sebastián Cevallos Ortiz

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Caracterización del grado de automedicación en la población geriátrica de Imbabura.
AUTOR (ES):	Henry Sebastián Cevallos Ortiz
FECHA: DD/MM/AAAA	04/11/2026
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	■ **PREGRADO** □ **POSGRADO**
TITULO POR EL QUE OPTA:	**Médico General**
DIRECTOR /ASESOR:	**Dr. Kevin Caraguay / MSc. Wladimir Villafuerte**

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 04 días del mes de noviembre de 2026

EL AUTOR:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
HENRY SEBASTIAN CEVALLOS ORTIZ

Nombre: Henry Sebastián Cevallos Ortiz

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Ibarra, 4 de noviembre de 2026

Dr. Kevin Fabricio Caraguay Jácome

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.



Dr. Kevin Fabricio Caraguay Jacome

C.C.: 1003886726

APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificador del trabajo de Integración Curricular "Caracterización del grado de automedicación en la población geriátrica de Imbabura." elaborado por Henry Sebastián Cevallos Ortiz, previo a la obtención del título del Médico General, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
KEVIN FABRICIO CARAGUAY JACOME

Dr. Kevin Fabricio Caraguay Jacome

C.C.: 1003886726

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
KELVIN WLADIMIR VILLAFUERTE LEDESMA

MSc. Kelvin Wladimir Villafuerte Ledesma

C.C.: 0202081444

DEDICATORIA

Dedico este logro a quienes formaron parte del proceso, primeramente, a Dios, quien cada día estuvo conmigo guiándome con su amor y sabiduría, por escucharme y permitirme convertir en realidad uno de los sueños más importantes de mi vida. También a mis padres y hermanos, por ser mi apoyo incondicional, mi mayor inspiración y el motivo de muchos de mis esfuerzos. A quien ha hecho más especial este recorrido, mi querida novia, por su amor, compañía, apoyo y comprensión. Y por último a mis buenos amigos de la carrera.

A todos ellos, mi más sincero reconocimiento y gratitud por acompañarme en este camino, por formar parte de este proceso y por hacer que este logro tenga un significado aún más importante y especial.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por concederme la vida, por su guía en el transcurso de la carrera y mi vida, por brindarme fortaleza en los momentos más difíciles, sabiduría para afrontar cada desafío y la posibilidad de alcanzar una de las metas más grandes e importantes de mi vida.

A mis padres, por su amor incondicional; el sacrificio y esfuerzo que hicieron para apoyarme y permitirme culminar esta meta con éxito. Estoy muy agradecido por su confianza, consejos, enseñanzas y apoyo constante durante cada etapa de mi formación.

De manera especial, a mi amada novia, por estar a mi lado en este proceso, por cada palabra de motivación en los momentos difíciles y por compartir conmigo la felicidad de cada logro alcanzado.

A mis hermanos, amigos y seres queridos, por su compañía, cariño y palabras de ánimo.

A mi tutor de tesis y a todos los docentes que contribuyeron en mi formación, por transmitir sus conocimientos, compartir sus experiencias y brindarme las herramientas necesarias para fortalecer mis capacidades académicas y profesionales

Finalmente, extiendo mi profundo agradecimiento a quienes de una u otra manera formaron parte de este proceso y aportaron, de distintas maneras, para alcanzar esta meta. Su apoyo y confianza permanecerán como parte importante de este logro.

RESUMEN

La automedicación en personas mayores requiere información local que oriente la seguridad del uso de medicamentos. El objetivo fue determinar el grado de automedicación en la población geriátrica de Aloburo, cantón Ibarra, provincia de Imbabura. Se realizó un estudio cuantitativo transversal, descriptivo con exploración de asociaciones, mediante convocatoria por conveniencia a través del club del adulto mayor. Se incluyeron 31 de 35 registros de personas de 60 años o más con consentimiento afirmativo. Se calcularon frecuencias, intervalos de confianza de Wilson, 13 pruebas exactas del antecedente y tres comparaciones secundarias de periodicidad. Veintiocho participantes declararon consumo sin receta alguna vez: 90,3 % (IC95%: 75,1–96,7 %). Entre ellos, 17 (60,7 %) señalaron automedicación ocasional y 21 (75,0 %) mencionaron lejanía de la atención. Los AINE identificables fueron referidos por 27 de 28 (96,4 %; IC95%: 82,3–99,4 %); destacaron paracetamol y naproxeno como productos. Los 28 seleccionaron «Desconozco» sobre consecuencias negativas. Ninguna comparación original mostró $p < 0,05$. La relación secundaria entre periodicidad y lejanía fue inversa (rho = −0,509; p exacto = 0,00546; Holm para tres = 0,01637), pero no se mantuvo con el ajuste conjunto de 16 comparaciones (p = 0,08732). Se elaboró una cartilla de seis páginas vinculada con los hallazgos. La caracterización orienta educación sobre ingredientes, antiinflamatorios y comunicación del tratamiento; la relación secundaria permanece exploratoria.

Palabras clave: automedicación; adulto mayor; seguridad del paciente; educación en salud.

ABSTRACT

Self-medication among older adults requires local information to support safe medicine use. The objective was to determine the degree of self-medication in the geriatric population of Aloburo, Ibarra canton, Imbabura province. A quantitative, cross-sectional, descriptive study with exploratory association analyses used convenience recruitment through the older adults' club. Thirty-one of 35 records from people aged 60 years or older with affirmative consent were included. Frequencies, Wilson confidence intervals, 13 exact tests of self-medication history and three secondary comparisons of reported frequency were calculated. Twenty-eight participants reported medicine use without a prescription at some time: 90.3% (95% CI: 75.1–96.7%). Among them, 17 (60.7%) reported occasional self-medication and 21 (75.0%) mentioned distant healthcare. Identifiable NSAIDs were reported by 27 of 28 participants (96.4%; 95% CI: 82.3–99.4%); paracetamol and naproxen were prominent products. All 28 selected "I do not know" regarding negative consequences. None of the original comparisons yielded $p < 0.05$. The secondary relationship between reported frequency and distant healthcare was inverse (rho = −0.509; exact p = 0.00546; Holm for three comparisons = 0.01637), but did not remain significant after joint adjustment across 16 comparisons (p = 0.08732). A six-page booklet linked to the findings was developed. The description informs education on ingredients, anti-inflammatory medicines and treatment communication; the secondary relationship remains exploratory.

Keywords: Self Medication; Aged; Patient Safety; Health Education.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN 15

Problema de investigación 17

Justificación 19

Valor teórico científico 19

Implicaciones prácticas 19

Conveniencia 19

Relevancia social 19

Factibilidad 20

Objetivos 21

Objetivo general 21

Objetivos específicos 21

Pregunta de investigación 21

CAPÍTULO 1 MARCO TEÓRICO 22

1.1 Automedicación autocuidado y uso responsable 22

1.1.1 Definición y alcance de la automedicación 22

1.1.2 Autocuidado y condiciones del uso responsable 23

1.1.3 Medicamentos de venta libre y dispensación 23

1.2 Personas mayores y uso de medicamentos 24

1.2.1 Envejecimiento y delimitación etaria del estudio 24

1.2.2 Particularidades del uso de medicamentos con la edad 25

1.2.3 Multimorbilidad y polifarmacia como fundamentos teóricos 26

1.3 Dimensiones de la práctica de automedicación 27

1.3.1 Antecedente de consumo sin receta 27

1.3.2 Periodicidad y frecuencia declaradas 28

1.4 Factores relacionados con la automedicación 28

1.4.1 Características sociodemográficas 28

1.4.2 Dependencia económica y afiliación sanitaria 29

1.4.3 Motivos para no consultar y síntomas declarados 29

1.4.4 Recomendaciones personales y medios de comunicación 29

1.4.5 Creencias y uso de remedios caseros 30

1.5 Medicamentos y grupos farmacológicos pertinentes 30

1.5.1 Criterios de identificación y clasificación 30

1.5.2 Analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos 31

1.5.3 Antigripales y antihistamínicos 32

1.5.4 Antiespasmódicos y antihipertensivos 32

1.6 Seguridad y conocimientos declarados 33

1.6.1 Riesgos efectos adversos e interacciones 33

1.6.2 Mejoría percibida y decisiones de consumo 34

1.6.3 Conocimiento declarado de consecuencias negativas 34

1.7 Educación sanitaria y material educativo 34

1.8 Antecedentes de investigación 36

1.8.1 Antecedentes internacionales 36

1.8.2 Antecedentes nacionales 36

1.8.3 Antecedentes provinciales y pertinencia para Aloburo 37

CAPÍTULO 2 MATERIALES Y MÉTODOS 38

2.1 Diseño enfoque y tipo de investigación 38

2.2 Lugar y periodo de realización 38

2.3 Participantes y selección 38

2.3.1 Población marco de acceso y muestra obtenida 38

2.3.2 Procedimiento de selección 39

2.3.3 Criterios de inclusión y exclusión 39

2.4 Técnica e instrumento de recolección 39

2.4.1 Origen y versión documental 39

2.4.2 Estructura opciones y saltos del cuestionario 40

2.4.3 Revisión documental del instrumento 40

2.5 Definición y operacionalización de variables 41

2.5.1 Pregunta de investigación 41

2.5.2 Variables e indicadores 41

2.6 Procedimiento de recolección 41

2.7 Procesamiento y análisis de información 42

2.7.1 Codificación datos ausentes y denominadores 42

2.7.2 Análisis descriptivo 42

2.7.3 Alcance y condiciones del análisis de asociaciones 43

2.7.4 Análisis complementario de la periodicidad 44

2.8 Consideraciones éticas y documentación disponible 45

CAPÍTULO 3 RESULTADOS Y DISCUSIÓN 46

3.1 Características de los participantes 46

3.2 Antecedente y frecuencia de automedicación 47

3.3 Motivos síntomas y fuentes de orientación 49

3.4 Medicamentos y grupos farmacológicos 50

3.5 Conocimientos declarados y creencias 51

3.6 Comparaciones y asociaciones exploratorias 53

3.7 Discusión integrada de los hallazgos 55

3.8 Alcance de interpretación 59

3.9 Necesidades educativas identificadas 59

CAPÍTULO 4 PROPUESTA EDUCATIVA SOBRE SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS 60

4.1 Título de la propuesta 60

4.2 Justificación 60

4.3 Propósito y objetivos del producto 61

4.4 Destinatarios y enfoque de comunicación 61

4.5 Fundamentos y selección de contenidos 62

4.6 Matriz de correspondencia educativa 63

4.7 Formato y recursos 63

4.8 Uso previsto 64

4.9 Producto elaborado y alcance 64

CONCLUSIONES 66

RECOMENDACIONES 67

REFERENCIAS 68

ANEXOS 76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características personales y de salud de los participantes 46

Tabla 2 Antecedente de consumo sin receta y frecuencias declaradas 47

Tabla 3 Principales circunstancias y fuentes de orientación declaradas 49

Tabla 4 Productos referidos y clasificación por grupos farmacológicos 50

Tabla 5 Mejoría percibida conocimientos y disposición a repetir el consumo 51

Tabla 6 Comparaciones exploratorias del antecedente y la periodicidad 54

Tabla 7 Correspondencia entre hallazgos y contenidos educativos 63

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional plantea la necesidad de comprender cómo las personas mayores cuidan su salud y utilizan los medicamentos en la vida cotidiana. La Organización Mundial de la Salud estima que, en 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. Este cambio demográfico demanda respuestas sanitarias que reconozcan la diversidad de condiciones de salud, experiencias y necesidades de este grupo. La edad cronológica, por sí sola, no describe la autonomía de una persona ni las circunstancias en las que toma decisiones sobre su tratamiento (1).

En ese contexto, interesa conocer cómo se decide el uso de medicamentos ante una molestia y qué información acompaña esa decisión. La National Library of Medicine define la automedicación como la administración de medicamentos sin prescripción médica o de una manera distinta de la indicada por el médico (2). Su estudio requiere diferenciar haber realizado la práctica, repetirla con cierta regularidad y reconocer los productos utilizados. Estas dimensiones permiten vincular una descripción del consumo con decisiones concretas de educación y seguridad.

La seguridad de la medicación adquiere especial relevancia cuando una persona vive con varias enfermedades y utiliza diferentes tratamientos. La OMS destaca que la atención debe centrarse en las necesidades individuales y en la pertinencia de los medicamentos, con participación del paciente y de los profesionales sanitarios (3). A su vez, la investigación en comunidades urbanas de India ha abordado conjuntamente la polifarmacia y la automedicación en personas de 60 años o más, mostrando la pertinencia de estudiar ambos fenómenos en el entorno comunitario (4).

En Ecuador, el Censo de Población de 2022 registró 1.520.590 personas de 65 años o más, equivalentes al 9% de la población nacional (5). Esta cifra sitúa el tema dentro del proceso de envejecimiento del país, aunque corresponde a un umbral etario diferente del adoptado en la

presente investigación. El estudio en Aloburo considera a personas de 60 años o más y se concentra en sus prácticas declaradas de automedicación, en concordancia con la delimitación establecida para el trabajo.

La comunidad de Aloburo, en el cantón Ibarra, provincia de Imbabura, constituye el ámbito de esta investigación. Los antecedentes publicados aportan referencias sobre automedicación, pero no describen las respuestas del grupo convocado en esta comunidad. El acercamiento mediante el club del adulto mayor permitió reunir información sobre antecedente de consumo sin receta, periodicidad, circunstancias de consulta y medicamentos. El análisis de esas dimensiones ofrece una base local para seleccionar contenidos educativos pertinentes.

La investigación articula la caracterización de las prácticas con la elaboración de material educativo sobre sus peligros, conforme a los objetivos aprobados. La herramienta de seguridad de la medicación de la OMS propone la participación de pacientes, familiares y cuidadores al utilizar y revisar los tratamientos con profesionales de salud (6). Este enfoque permite traducir los hallazgos del estudio en preguntas y acciones de comunicación que una persona pueda llevar a su consulta.

Problema de investigación

La automedicación en personas mayores presenta frecuencias diferentes entre estudios y exige una lectura atenta de las poblaciones y las formas de medición. Un metaanálisis de 38 investigaciones en personas de 60 años o más estimó una proporción combinada del 36% (IC95%: 27–45%). La elevada heterogeneidad identificada por sus autores muestra que las estimaciones proceden de contextos diversos y no constituyen un valor que pueda trasladarse directamente a cualquier comunidad (7).

En América Latina, un estudio no probabilístico desarrollado en Buenos Aires entre abril y mayo de 2024 identificó automedicación en 77 de 104 participantes de 60 a 75 años, equivalentes al 74,04% (8). El contraste con la estimación del metaanálisis ilustra la importancia de distinguir la selección de participantes, la edad y la definición de la conducta estudiada. Estas diferencias hacen necesario examinar las características de cada investigación antes de comparar sus porcentajes.

En el contexto ecuatoriano, una investigación realizada en un centro de salud de Pasaje abordó las prácticas de automedicación, sus motivos y los medicamentos utilizados en 148 adultos mayores (9). En Imbabura, una tesis de la Universidad Técnica del Norte examinó factores asociados a esta práctica mediante encuestas a 114 personas mayores de la comunidad de El Juncal (10). Ambos antecedentes muestran que el fenómeno ha sido estudiado en escenarios del país y de la provincia, con poblaciones y condiciones de recolección particulares.

El problema de investigación se concreta en la falta de una caracterización de esas dimensiones entre las personas participantes de Aloburo. Conocer únicamente si han consumido alguna vez sin receta deja pendiente la regularidad que atribuyen a la práctica, las circunstancias en que deciden no consultar y los productos que reconocen. Examinar estas dimensiones por separado permite responder a los objetivos y seleccionar mensajes educativos vinculados con la información

recogida. En este trabajo, el grado de automedicación se define operativamente mediante el antecedente y la periodicidad declarados, sin equipararlo a una escala clínica de gravedad.

Justificación

Valor teórico científico

El estudio aporta una caracterización comunitaria con indicadores explícitos de conducta y periodicidad. Su valor consiste en relacionar los objetivos con preguntas observables y en discutir los resultados junto con investigaciones que utilizan definiciones y periodos de recuerdo diferentes. Así, la información local puede interpretarse por su contenido y condiciones de obtención, en lugar de reducirse a comparar porcentajes aislados.

Implicaciones prácticas

La identificación de medicamentos, motivos y fuentes de consejo permite seleccionar situaciones reconocibles para el material educativo. La propuesta se apoya en recomendaciones de seguridad y en la participación informada del paciente que plantea la OMS (6). El producto ofrece una aplicación concreta: preparar preguntas, reconocer ingredientes y organizar la información que la persona comunicará al personal de salud.

Conveniencia

La investigación aprovecha información ya recogida para responder a una necesidad delimitada y producir un recurso utilizable. La relación entre encuesta y cartilla permite que cada contenido educativo tenga un fundamento identificable en los resultados y en las fuentes clínicas consultadas.

Relevancia social

El trabajo se dirige a personas de 60 años o más de Aloburo y contempla el apoyo de familiares o cuidadores cuando la persona lo desee. Un material comprensible y disponible en papel puede facilitar la conversación sobre medicamentos en el ámbito cotidiano y en la consulta. Su relevancia social reside en apoyar esa participación, respetando la autonomía y las experiencias previas de los destinatarios.

Factibilidad

La convocatoria mediante el club del adulto mayor y la disponibilidad del cuestionario, los registros y las fuentes bibliográficas hicieron posible el análisis. El procesamiento se organizó mediante una copia codificada, reglas documentadas y operaciones reproducibles. Estos recursos permiten completar la caracterización y elaborar el material educativo con la información de campo existente.

Objetivos

Objetivo general

Determinar el grado de automedicación en la población geriátrica de la comunidad Aloburo, situada en el cantón Ibarra, provincia de Imbabura.

Objetivos específicos

- Definir los factores asociados a la automedicación en adultos mayores
- Identificar la frecuencia de automedicación en la población geriátrica de la comunidad
- Clasificar los medicamentos más utilizados según grupos farmacológicos
- Elaborar material educativo sobre los peligros de la automedicación en adultos mayores

Pregunta de investigación

¿Cómo se caracteriza el grado de automedicación en las personas de 60 años o más de la comunidad de Aloburo participantes del estudio?

CAPÍTULO 1 MARCO TEÓRICO

La caracterización de la automedicación requiere distinguir la conducta de consumo, las condiciones de uso de los medicamentos y las particularidades de las personas mayores. Estos fundamentos permiten comprender las dimensiones recogidas por el cuestionario y su relación con la seguridad de la medicación, la frecuencia declarada y la educación sanitaria.

1.1 Automedicación autocuidado y uso responsable

1.1.1 Definición y alcance de la automedicación

La National Library of Medicine define la automedicación como la administración de medicamentos sin prescripción médica o de una manera distinta de la indicada por el médico. Esta definición contempla tanto la decisión de iniciar un producto por cuenta propia como ciertas modificaciones de un tratamiento indicado. Por ello, la existencia de una prescripción anterior no basta, por sí sola, para describir cómo se utiliza un medicamento en un episodio posterior (2).

Las investigaciones emplean definiciones que pueden incluir la reutilización de medicamentos, las recomendaciones de otras personas y el consumo de productos conservados en el hogar. La revisión de Rafati y colaboradores muestra la diversidad de prácticas comprendidas bajo el término y de los criterios utilizados para estudiarlas (7). La delimitación conceptual resulta necesaria para diferenciar la conducta que se desea describir de otras formas de manejo de la salud.

La revisión de Jerez-Roig y colaboradores incluyó 28 estudios poblacionales en personas de 60 años o más y encontró definiciones heterogéneas del fenómeno. Identificó analgésicos y antipiréticos entre los productos más frecuentes. Este antecedente muestra que el periodo de recuerdo y el criterio de consumo forman parte del significado de cada estimación (11).

Seguir un tratamiento según una indicación vigente y reutilizarlo por decisión propia ante otra dolencia son situaciones diferentes. Para delimitar la automedicación interesa conocer el origen de la decisión de uso y su correspondencia con la indicación médica (2).

1.1.2 Autocuidado y condiciones del uso responsable

Las directrices de la OMS conciben el autocuidado como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud, prevenir enfermedades y afrontar la enfermedad o la discapacidad, con apoyo de trabajadores de salud o sin él. Su alcance incluye prácticas de promoción de la salud, búsqueda de atención y manejo de problemas de salud; por tanto, es más amplio que el uso de medicamentos (12).

El autocuidado requiere condiciones que permitan decisiones informadas y acceso a servicios cuando sean necesarios. Las directrices vinculan las intervenciones de autocuidado con la calidad de la atención, los derechos de las personas y el respaldo del sistema sanitario (12). Desde este enfoque, la autonomía personal y el acompañamiento profesional pueden formar parte de un mismo proceso de cuidado.

En el ámbito farmacológico, el uso responsable exige comprender la finalidad del medicamento, la forma de utilización y las precauciones pertinentes. La herramienta de los cinco momentos para la seguridad de la medicación promueve la participación del paciente o cuidador al iniciar, tomar, añadir, revisar y suspender medicamentos, en colaboración con profesionales sanitarios (6). Este enfoque fundamenta el componente educativo de la investigación: los mensajes deben facilitar preguntas y decisiones informadas sobre el uso de medicamentos.

1.1.3 Medicamentos de venta libre y dispensación

La condición de venta es una categoría regulatoria del producto. ARCSA define los medicamentos de venta libre como aquellos autorizados para su expendio o dispensación sin prescripción

facultativa por su composición y acción farmacológica. También distingue los medicamentos cuya modalidad de venta exige prescripción médica o receta especial (13). Esta clasificación permite separar la autorización de comercialización de las decisiones concretas de consumo.

La venta libre y el uso sin prescripción describen aspectos diferentes. La primera alude a una autorización sanitaria; el segundo, a la forma en que una persona utiliza un medicamento. De esa distinción se desprende que conseguir un producto sin presentar una receta no demuestra que esté autorizado para venta libre. Tampoco su autorización permite concluir que cualquier forma de uso sea adecuada para todas las personas (2,13).

La condición de venta informa sobre el producto; el origen de la indicación y la forma de utilizarlo informan sobre la conducta. El uso de sobrantes o el consejo de otra persona muestran por qué la investigación debe considerar ambas perspectivas al describir decisiones de consumo (2,7,13).

1.2 Personas mayores y uso de medicamentos

1.2.1 Envejecimiento y delimitación etaria del estudio

El envejecimiento comprende cambios biológicos y experiencias sociales que no ocurren de manera uniforme. La OMS destaca la diversidad de capacidades y necesidades entre las personas mayores, así como la influencia de sus entornos. Por esta razón, la edad cronológica permite delimitar una población de investigación, pero no determina por sí sola el estado funcional ni la respuesta individual a los medicamentos (1).

La presente investigación mantiene 60 años como límite inferior operativo, coherente con las categorías de edad del cuestionario. En cambio, el artículo 5 de la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores de Ecuador establece 65 años para su definición legal (14). Ambos umbrales responden a finalidades diferentes; el criterio de 60 años delimita el grupo estudiado y permite identificar con precisión a quiénes se refiere la caracterización.

1.2.2 Particularidades del uso de medicamentos con la edad

La farmacocinética describe la absorción, distribución, metabolismo y eliminación de los fármacos; la farmacodinamia se refiere a sus efectos en el organismo. Los cambios relacionados con la edad pueden modificar ambos procesos, con variación entre personas y medicamentos (15). Esta distinción explica por qué una misma dosis puede producir exposiciones o respuestas diferentes y por qué la seguridad requiere una valoración individual.

En la absorción oral no se observa una reducción general y uniforme atribuible exclusivamente a la edad. En cambio, los cambios en el agua corporal, la masa magra y la proporción de grasa modifican la distribución de determinados fármacos. Un menor volumen de distribución puede producir concentraciones mayores de un fármaco hidrosoluble ante una misma dosis; un mayor volumen para ciertos liposolubles puede prolongar su permanencia cuando las condiciones de eliminación lo favorecen. La consecuencia clínica depende de la relación entre distribución y aclaramiento, no de una alteración aislada (15).

El metabolismo hepático incluye vías de fase I, entre ellas la oxidación mediada por citocromos, y vías de fase II, como la glucuronidación. Su modificación con la edad varía entre fármacos; por ello, dos productos con una finalidad semejante pueden diferir en su eliminación. La reducción del aclaramiento aumenta la exposición para una misma pauta, mientras que la eliminación de fármacos o metabolitos por el riñón depende de su función. Esta relación explica la posibilidad de acumulación sin asumir que todos los medicamentos se comporten igual (16).

La farmacodinamia permite explicar respuestas diferentes ante concentraciones semejantes. Gronich describe mayor sensibilidad al efecto sedante de las benzodiacepinas en personas mayores y la relación de estos efectos con caídas (16). Así, la seguridad comprende la respuesta funcional y no solo la cantidad de medicamento presente en el organismo. La exposición, la intensidad del

efecto y las consecuencias para la persona se relacionan, pero no son intercambiables: aliviar una molestia no demuestra por sí solo que el consumo carezca de efectos perjudiciales.

Las interacciones aparecen cuando un fármaco modifica la exposición a otro o cuando sus efectos se potencian o contrarrestan. Su importancia depende de los productos y del contexto clínico (3,17). Este fundamento vincula enfermedades declaradas y medicamentos utilizados como dimensiones complementarias del análisis de seguridad.

1.2.3 Multimorbilidad y polifarmacia como fundamentos teóricos

La multimorbilidad se refiere a la coexistencia de dos o más condiciones de salud de larga duración. La polifarmacia describe el uso concurrente de varios medicamentos; aunque no existe una definición universal, es frecuente utilizar el umbral de cinco o más. La OMS señala que el número de productos debe interpretarse junto con su necesidad y adecuación para cada paciente (3).

El uso de varios medicamentos puede responder a necesidades clínicas justificadas. Su pertinencia depende de las indicaciones, los objetivos terapéuticos y la relación entre beneficios y riesgos. La incorporación de un medicamento por cuenta propia puede aumentar la complejidad del tratamiento y exige considerar los productos que ya se utilizan (3). Esta relación fundamenta el estudio de las enfermedades declaradas y las prácticas de consumo como dimensiones vinculadas, pero diferentes.

Das y colaboradores diferencian polifarmacia y automedicación mediante criterios de número, continuidad y periodo de utilización (4). La primera describe concurrencia de tratamientos; la segunda, una forma de decidir su uso. El número de productos no identifica por sí solo la automedicación ni la adecuación del tratamiento.

Davies y colaboradores sintetizaron 26 revisiones sobre resultados asociados con polifarmacia. Encontraron evidencia variable según el desenlace y mayor consistencia para hospitalización y prescripción inapropiada. Su análisis favorece revisar indicación y contexto clínico, en lugar de atribuir el mismo riesgo a cualquier número de productos (18).

1.3 Dimensiones de la práctica de automedicación

1.3.1 Antecedente de consumo sin receta

El antecedente de consumo sin receta identifica la experiencia declarada de haber realizado esa práctica. Su significado depende de la unidad observada y del período de referencia: una compra en un establecimiento farmacéutico, un episodio reciente y una experiencia ocurrida alguna vez describen dimensiones temporales diferentes. La presencia de la conducta y su repetición tampoco son equivalentes; una respuesta afirmativa sobre alguna vez no informa, por sí sola, cuántos episodios ocurrieron ni su actualidad.

Das y colaboradores recogieron medicamentos utilizados en tres meses (4); Herrera-Añazco y colaboradores estudiaron compras en farmacias y consideraron la adquisición sin receta o sin exhibirla (19). Cada indicador tiene una unidad y un referente temporal propios, que deben explicitarse al comparar resultados.

El cuestionario de Aloburo articula el antecedente de consumo sin receta con la periodicidad declarada. Estas dimensiones permiten caracterizar la presencia y regularidad de la práctica, manteniendo la diferencia entre la experiencia acumulada y la repetición. Los motivos y los medicamentos utilizados complementan esa descripción desde otros objetivos, sin convertirse en indicadores equivalentes de frecuencia.

1.3.2 Periodicidad y frecuencia declaradas

La periodicidad expresa la regularidad con la que una persona reconoce una conducta. Categorías como siempre, casi siempre, ocasionalmente o rara vez ordenan respuestas según la percepción del participante, pero no representan intervalos numéricos equivalentes ni permiten conocer un número exacto de episodios. Su interpretación debe conservar el significado de las opciones y la formulación de la pregunta a la que responden.

La frecuencia de consumo de medicamentos constituye otra dimensión: describe intervalos como diario, semanal o mensual, según las opciones del cuestionario. Puede referirse a la utilización de productos sin que ello identifique automáticamente la periodicidad de automedicación. Diferenciar ambas preguntas permite relacionar los datos con el objetivo de identificar la frecuencia, y evita convertir el uso diario de un tratamiento en evidencia suficiente de automedicación diaria.

1.4 Factores relacionados con la automedicación

1.4.1 Características sociodemográficas

La edad, la escolaridad, la ocupación, el género y las relaciones familiares permiten examinar diferencias en las circunstancias del consumo. Su asociación no tiene una dirección universal: en un estudio tailandés con personas mayores se observaron asociaciones entre escolaridad reducida y uso inapropiado de medicamentos y productos de salud; en Macao, durante la pandemia, la automedicación fue más frecuente entre participantes con educación universitaria. Las diferencias de contexto y de definición impiden atribuir a la escolaridad un efecto uniforme (20,21).

La edad, el género, la instrucción y la ocupación permiten explorar diferencias en la práctica declarada. La identidad étnica y el estado civil aportan contexto, preservando la diversidad individual dentro de cada categoría.

1.4.2 Dependencia económica y afiliación sanitaria

Los recursos económicos pueden intervenir en la decisión de solicitar atención o reutilizar un medicamento. El estudio tailandés encontró una asociación entre insuficiencia económica y uso inapropiado; su diseño transversal permite identificar concurrencia, sin establecer causalidad (20). En este trabajo, la dependencia de familiares, del trabajo o de una pensión describe fuentes de sostenimiento; no cuantifica ingresos ni constituye una medición de pobreza.

La afiliación sanitaria identifica una modalidad de cobertura. Debe distinguirse de la atención efectivamente recibida: una persona afiliada puede declarar dificultades para consultar. Las respuestas sobre tiempo, distancia y demora complementan esta dimensión, sin equivaler a una evaluación integral de la calidad del servicio.

1.4.3 Motivos para no consultar y síntomas declarados

La decisión de consumir sin consulta puede relacionarse con experiencias previas, percepción de una dolencia leve o dificultades prácticas para obtener atención. La investigación de Pasaje incorpora motivos y síntomas como componentes de esta caracterización (9). Analizarlos por separado permite distinguir la necesidad percibida de la condición que facilita o desalienta acudir a un profesional.

Los síntomas declarados orientan hacia situaciones que motivan decisiones de consumo. Para interpretar un medicamento también importa conocer el origen y la vigencia de su indicación, especialmente cuando forma parte del tratamiento de una enfermedad crónica.

1.4.4 Recomendaciones personales y medios de comunicación

Las recomendaciones familiares, vecinales o farmacéuticas y la decisión propia representan vías diferentes de orientación. En Macao, las actitudes, las normas subjetivas y el control percibido se relacionaron con la intención de buscar orientación farmacéutica (21). Este antecedente permite

considerar la influencia social, sin suponer que una pregunta sobre quién recomienda reproduce aquel modelo teórico.

La exposición a radio, televisión o internet identifica canales informativos, pero no demuestra comprensión ni calidad del mensaje recibido. La OMS entiende la alfabetización en salud como la capacidad de acceder, comprender, valorar y utilizar información; esa amplitud exige distinguir exposición y capacidad para decidir (22).

1.4.5 Creencias y uso de remedios caseros

Considerar más seguros los remedios naturales y utilizarlos antes de un medicamento son dimensiones distintas: una expresa una creencia comparativa y la otra una secuencia de uso. El origen natural no garantiza inocuidad; algunos productos vegetales pueden modificar la acción de medicamentos mediante interacciones, cuya importancia depende de su composición y del tratamiento concurrente (23).

La interpretación de estas prácticas requiere conservar la identidad de las preparaciones utilizadas. Los datos sobre creencia y secuencia de uso tienen un alcance diferente del conocimiento de especies, concentraciones o interacciones clínicas.

1.5 Medicamentos y grupos farmacológicos pertinentes

1.5.1 Criterios de identificación y clasificación

El sistema de clasificación anatómica, terapéutica y química, ATC, organiza los medicamentos según el órgano o sistema sobre el que actúan y sus propiedades terapéuticas, farmacológicas y químicas. La asignación requiere identificar principios activos y considerar formulación y vía cuando corresponda; las combinaciones pueden tener códigos diferentes de los componentes aislados (24).

Por ello, la finalidad popular del producto y el nombre comercial no bastan para establecer su grupo. Un antigripal puede reunir varios principios activos; una marca puede comprender diferentes presentaciones. La clasificación técnica debe conservar la identidad del producto informado y especificar la composición comprobada, evitando adjudicar un principio activo cuando no se conoce la formulación.

1.5.2 Analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos

Ibuprofeno, diclofenaco y naproxeno pertenecen a los antiinflamatorios no esteroideos, mientras que paracetamol y metamizol se clasifican entre otros analgésicos y antipiréticos. La analgesia describe un efecto compartido por fármacos de grupos diferentes. El ácido acetilsalicílico también requiere considerar la finalidad terapéutica, pues su uso analgésico y su uso antiagregante responden a categorías distintas (24).

Las diferencias de seguridad justifican conservar esa separación. La duplicación de paracetamol, incluso mediante preparados combinados, puede ocasionar toxicidad hepática (25). Para metamizol, la EMA reconoce el riesgo de agranulocitosis, que puede aparecer aun después de usos previos sin problemas (26). Los criterios Beers advierten sobre sangrado digestivo, lesión renal y elevación de presión arterial con determinados antiinflamatorios en personas mayores; son orientaciones clínicas que requieren valoración individual (27).

El ensayo PRECISION-ABPM comparó ibuprofeno, naproxeno y celecoxib en pacientes con artritis y riesgo cardiovascular. Encontró diferencias en presión arterial ambulatoria según el tratamiento. Es evidencia sobre fármacos y pautas concretas bajo seguimiento clínico; fundamenta la valoración individual antes de añadir un antiinflamatorio, sin permitir predecir un cambio de presión a partir de una simple mención de consumo (28).

1.5.3 Antigripales y antihistamínicos

Loratadina y cetirizina son antihistamínicos H1; salbutamol es un broncodilatador agonista beta dos y la vitamina C corresponde a preparados vitamínicos. Aunque estos productos figuren reunidos bajo un rótulo amplio en el instrumento, su clasificación farmacológica debe distinguirlos. El término antigripal alude al uso sintomático o a una preparación combinada y no define un mecanismo único (24).

La seguridad también depende del principio activo. Las advertencias geriátricas sobre carga anticolinérgica de antihistamínicos de primera generación no deben trasladarse automáticamente a loratadina y cetirizina (27). En los preparados multicomponente importa reconocer cada ingrediente para evitar duplicaciones con otros productos, particularmente con paracetamol (25).

1.5.4 Antiespasmódicos y antihipertensivos

Los antiespasmódicos se utilizan para reducir espasmos de musculatura lisa. Como ejemplo, la butilescopolamina presenta acción antimuscarínica periférica sobre los tractos gastrointestinal, biliar y genitourinario; su carácter de amonio cuaternario limita el paso al sistema nervioso central (29). Una ficha técnica de una presentación concreta no permite asumir igual composición para todas las variantes de una marca. Las respuestas Sertal o Buscapina requieren comprobar la presentación antes de atribuir un principio activo.

Entre los antihipertensivos del cuestionario, nifedipino y amlodipino son bloqueadores de canales de calcio; enalapril y captopril inhiben la enzima convertidora de angiotensina, y losartán bloquea receptores de angiotensina II (24). Compartir una finalidad terapéutica no los vuelve intercambiables. Su consumo debe interpretarse junto con la existencia de una indicación vigente, según la distinción establecida en el apartado 1.1.

1.6 Seguridad y conocimientos declarados

1.6.1 Riesgos efectos adversos e interacciones

La seguridad depende de la relación entre producto, exposición y condición clínica. El NIDDK advierte que ibuprofeno y naproxeno pueden causar lesión renal, especialmente ante deshidratación o presión arterial baja; determinados antihipertensivos pueden intervenir en situaciones que comprometen la perfusión renal (17). Este ejemplo muestra por qué el riesgo cambia con el contexto y los tratamientos concurrentes.

La revisión de Calvo y colaboradores examinó la combinación de AINE, inhibidores del sistema renina-angiotensina y diuréticos. En cinco estudios de casos y controles encontró mayor riesgo de lesión renal aguda, con certeza baja. Su aporte es advertir que la seguridad depende del tratamiento completo; identificar esa combinación exige conocer los productos concurrentes, no solo una enfermedad declarada (30).

Los criterios Beers se dirigen principalmente a personas de 65 años o más y al contexto estadounidense; fundamentan precauciones, pero no constituyen una escala aplicable automáticamente a toda la población desde los 60 años (27). La identificación de un medicamento permite discutir riesgos conocidos; afirmar una reacción adversa o una interacción ocurrida exige información clínica adicional.

STOPP/START versión 3 reúne criterios sobre medicamentos potencialmente inapropiados y omisiones de tratamientos necesarios, mediante revisión de evidencia y consenso Delphi. Complementa el enfoque de seguridad porque considera tanto lo que se utiliza como lo que puede faltar. Su aplicación requiere historia farmacológica y clínica suficiente, por lo que sirve de fundamento y no de clasificación automática de las respuestas del cuestionario (31).

Locquet y colaboradores revisaron específicamente eventos adversos relacionados con automedicación en personas de 60 años o más. Solo cuatro estudios cumplieron sus criterios, con diseños y resultados diversos. La revisión documenta la relevancia de analgésicos y antiinflamatorios y la necesidad de separar el consumo referido de los eventos clínicos efectivamente evaluados (32).

1.6.2 Mejoría percibida y decisiones de consumo

La mejoría percibida expresa la valoración del participante después del consumo. Puede orientar la comprensión de su experiencia, pero no establece eficacia clínica ni ausencia de efectos adversos. La seguridad exige revisar el uso en su conjunto, conforme al enfoque de participación del paciente propuesto por la OMS (6).

La disposición a automedicarse nuevamente expresa una intención. Su valoración debe distinguirse de una conducta futura observada y considerar el significado de las opciones que ofrece el instrumento.

1.6.3 Conocimiento declarado de consecuencias negativas

Responder que se conocen consecuencias negativas constituye un autorreporte de reconocimiento. No permite identificar cuáles consecuencias se conocen, su exactitud o la capacidad de aplicar esa información. La alfabetización en salud comprende capacidades más amplias que el instrumento no evalúa mediante esa pregunta aislada (22). Su interpretación corresponde al conocimiento declarado, sin convertirlo en un puntaje validado ni en niveles de competencia.

1.7 Educación sanitaria y material educativo

La educación sanitaria busca favorecer decisiones informadas mediante información comprensible y pertinente para las circunstancias de las personas. La OMS destaca la responsabilidad de los

servicios de facilitar información accesible y culturalmente adecuada; entregar un texto no garantiza por sí mismo comprensión o cambio de conducta (22).

Los cinco momentos de seguridad de la medicación ofrecen un fundamento para promover preguntas al iniciar, tomar, añadir, revisar o suspender medicamentos (6). En personas mayores, ese enfoque puede apoyar el reconocimiento de ingredientes, la comunicación del tratamiento y la consulta de dudas. El material educativo se fundamenta en estas necesidades y en los objetivos aprobados. Su elaboración y una eventual evaluación de su efecto son procesos distintos; el presente marco sustenta el componente educativo cuya descripción corresponde al capítulo 4.

Marshall y colaboradores identificaron 34 estudios de intervenciones de alfabetización sanitaria en personas mayores y señalaron variación en los instrumentos y resultados. Sardareh y colaboradores reunieron 21 estudios con estrategias educativas diversas, incluidos materiales impresos y actividades presenciales. En conjunto, respaldan adaptar contenido y acompañamiento a la comprensión del destinatario y evaluar por separado acceso, comprensión y uso de la información (33,34).

La revisión de Kim y colaboradores reunió 34 estudios de educación para el manejo de medicamentos en personas de 65 años o más. Describió programas de varias sesiones y participación de profesionales, con resultados distintos según su enfoque. Una cartilla puede integrar ese proceso, pero los efectos de un programa no se atribuyen automáticamente a la entrega de un impreso (35).

La revisión Cochrane de Cole y colaboradores incluyó 38 ensayos sobre intervenciones para mejorar la polifarmacia apropiada. La certeza fue baja o muy baja para los resultados agrupados y no permitió establecer una mejoría clínica general. Por ello, la elaboración de un recurso educativo y la demostración de cambios en uso de medicamentos requieren evaluaciones diferenciadas (36).

1.8 Antecedentes de investigación

1.8.1 Antecedentes internacionales

Rafati y colaboradores integraron 38 estudios sobre automedicación en personas mayores y encontraron heterogeneidad muy elevada entre sus estimaciones (7). Este resultado respalda examinar la definición y el período de referencia antes de comparar porcentajes: una medida agrupada no constituye una estimación para una comunidad específica.

En India, Das y colaboradores estudiaron a 600 personas de 60 años o más en seis ciudades. La automedicación, referida a los tres meses previos, alcanzó el 19,7 %; el trabajo distinguió esta práctica de la polifarmacia (4). Su aporte es mostrar que varias dimensiones del uso pueden coexistir sin ser equivalentes. La medición temporal definida difiere del antecedente de consumo alguna vez recogido en Aloburo.

En Perú, Herrera-Añazco y colaboradores analizaron a 1.115 personas mayores usuarias de farmacias y boticas. La estimación ponderada de automedicación fue del 66,6 %, bajo una definición que incluyó compras sin receta o sin presentarla (19). Su contexto de adquisición aporta información sobre dispensación y selección de productos, pero no representa directamente a todas las personas mayores de una comunidad.

1.8.2 Antecedentes nacionales

En Pasaje, Paida Ontaneda y colaboradores trabajaron con 148 adultos mayores atendidos en un centro de salud. El estudio consideró medicamentos, motivos y percepciones relacionadas con el consumo (9). Su cercanía temática permite seleccionar dimensiones relevantes para la caracterización, teniendo presente que la captación en un servicio sanitario difiere de una convocatoria comunitaria.

Bermeo-Merino examinó la automedicación en 760 usuarios de farmacias de parroquias urbanas y rurales de Ambato durante 2020, con edades de 15 a 70 años. Encontró una frecuencia del 45,7 % (37). La inclusión de población rural aporta contexto sobre formas de acceso; la amplitud etaria y el escenario de pandemia impiden tratar esa cifra como prevalencia geriátrica comparable de manera directa.

1.8.3 Antecedentes provinciales y pertinencia para Aloburo

La tesis de Chalá Delgado, desarrollada en Juncal, Imbabura, en 2022, estudió a 114 participantes mediante muestreo por conveniencia y criterios de inclusión de 55 a 85 años. Abordó frecuencia, motivos, recomendaciones y medicamentos (10). Constituye un antecedente comunitario cercano y aporta dimensiones de análisis; su delimitación etaria no coincide plenamente con el umbral de 60 años de este estudio.

Patajalo Villalta y colaboradores investigaron usuarios mayores de 18 años de farmacias de la región interandina norte, incluyendo Ibarra y Otavalo (38). Su contribución es contextualizar la automedicación en el entorno provincial, sin aportar una estimación exclusiva para personas mayores de Aloburo. En conjunto, los antecedentes justifican una caracterización local que conserve las diferencias entre población, conducta y período de referencia, y proporcione fundamento para un material educativo pertinente.

CAPÍTULO 2 MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Diseño enfoque y tipo de investigación

Se desarrolló un estudio cuantitativo, observacional y transversal, de alcance descriptivo con exploración de asociaciones. La información se obtuvo mediante una encuesta sin seguimiento longitudinal; las experiencias anteriores se recogieron por autorreporte (39).

La estructura del reporte se revisó con los componentes pertinentes de STROBE para estudios transversales: selección, variables, fuentes de información y procedimientos analíticos (40).

2.2 Lugar y periodo de realización

La investigación se realizó en la comunidad de Aloburo, cantón Ibarra, provincia de Imbabura. El documento metodológico del estudio sitúa la recolección entre abril y agosto de 2025. La exportación conserva marcas temporales de ingreso entre el 16 y el 21 de julio de 2025; estas no acreditan por sí solas todas las fechas de aplicación. El periodo de campo se distingue del tiempo al que alude cada pregunta: el antecedente de consumo alguna vez no se limita a esos meses.

2.3 Participantes y selección

2.3.1 Población marco de acceso y muestra obtenida

La población de interés estuvo constituida por personas de 60 años o más residentes en Aloburo. El acceso se realizó mediante el club del adulto mayor, que contaba con 42 inscritos según la información del investigador. Esta cifra corresponde al marco de acceso y no al total de personas mayores de la comunidad.

La exportación recibida contiene 35 registros. Tras verificar aceptación y edad por intervalos, se incluyeron 31 cuestionarios con consentimiento afirmativo. Los cuatro registros con respuesta negativa a la participación quedaron fuera del conjunto analítico. Se distinguieron los inscritos en

el club, los registros exportados y los cuestionarios incluidos, sin calcular una tasa de respuesta a partir de cifras de convocatoria no documentadas.

2.3.2 Procedimiento de selección

La selección fue no probabilística por conveniencia, mediante convocatoria a través del club y participación voluntaria de las personas a las que se pudo acceder. El tamaño obtenido respondió al acceso efectivo durante la recolección. La descripción se circunscribe a los participantes incluidos, conservando la delimitación comunitaria establecida en los objetivos.

2.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Para conformar el conjunto analítico se verificaron la aceptación afirmativa y la edad de 60 años o más mediante las categorías del instrumento. La pertenencia a la población residente definida para el estudio se sustenta en la captación comunitaria informada; el cuestionario no contiene una pregunta específica de residencia. El intervalo «75 y más» se conservó sin inferir edad exacta ni aplicar un límite superior no verificable.

Se excluyeron los cuatro registros sin aceptación afirmativa. No se identificaron marcas temporales repetidas ni perfiles completos con consentimiento idénticos; no se retiraron registros por estos criterios. Esta comprobación no demuestra por sí sola la identidad única de las personas. La ausencia de respuestas particulares se trató por ítem, sin eliminar automáticamente cuestionarios completos.

2.4 Técnica e instrumento de recolección

2.4.1 Origen y versión documental

Se utilizó la técnica de encuesta mediante un cuestionario estructurado sobre automedicación, disponible en formato Google Forms. La versión documental aportada contiene 27 preguntas: una de consentimiento y 26 de caracterización y prácticas. Incluye selección única, selección múltiple

y opciones de otros productos o situaciones. Estas últimas no constituyen por sí mismas un componente cualitativo del diseño.

2.4.2 Estructura opciones y saltos del cuestionario

Las preguntas 2 a 10 recogieron características personales, enfermedades declaradas, dependencia económica y afiliación sanitaria. Las preguntas 11 a 16 abordaron antecedente, periodicidad, motivos, dolencias, recomendaciones y medios de comunicación. Las preguntas 17 a 21 registraron medicamentos; la 22, frecuencia de consumo; y las preguntas 23 a 27, mejoría percibida, conocimiento declarado, creencias, remedios caseros e intención de repetir la práctica.

En la exportación, tres cuestionarios incluidos respondieron No en P11 y dejaron vacío el bloque P12–P27; los 28 con respuesta afirmativa completaron ese bloque. Se conservaron esas ausencias como compatibles con un filtro, sin convertirlas en respuestas negativas ni en frecuencia cero.

2.4.3 Revisión documental del instrumento

La revisión documental identificó coincidencias de contenido con el cuestionario de Chalá Delgado en Juncal, cuya metodología describe 21 preguntas y un piloto con 20 personas de Carpuela (10). La versión de Aloburo modifica preguntas y opciones; la similitud no confirma su procedencia ni transfiere aquel respaldo. No se aportaron soportes de pilotaje o validación de la versión aplicada. La correspondencia entre sus 27 preguntas y los objetivos se detalla en el archivo de apoyo.

La dependencia económica se interpreta según las opciones del cuestionario y no como ingreso. La columna sobre cantidad de medicamentos tomados a la vez, ausente del PDF y vacía en todos los registros, se conserva como dato no disponible. La comparación documental de versiones se presenta en el archivo de apoyo.

2.5 Definición y operacionalización de variables

2.5.1 Pregunta de investigación

¿Cómo se caracteriza el grado de automedicación en las personas de 60 años o más de la comunidad de Aloburo participantes del estudio?

2.5.2 Variables e indicadores

El grado de automedicación se caracterizó mediante el antecedente de consumo sin receta de la pregunta 11 y la periodicidad declarada de la pregunta 12, presentados por separado. La frecuencia de consumo de la pregunta 22 se utilizó como indicador complementario. No se asignó un puntaje global ni categorías de gravedad no contenidas en el instrumento.

El antecedente P11 se contrastó con las características personales y de salud de P2–P10. Durante la revisión se incorporó una exploración complementaria de P12 con edad, instrucción y lejanía declarada de la atención, limitada al subgrupo con P11 afirmativa. Los motivos, recomendaciones y creencias se describieron con sus denominadores válidos. Los medicamentos se agruparon por principio activo y composición identificable con apoyo del sistema ATC, conservando las marcas no confirmadas (24). El conocimiento y la mejoría se interpretaron como autorreportes.

La matriz de operacionalización del archivo Apoyo_analitico_Aloburo.xlsx relaciona objetivos, variables, definiciones, preguntas, categorías y análisis. El material educativo responde al cuarto objetivo; su elaboración se describe en el capítulo 4.

2.6 Procedimiento de recolección

El acercamiento a los participantes se realizó mediante el club del adulto mayor. Se efectuaron gestiones y solicitudes para conocer la población geriátrica de la comunidad; la información disponible para el acceso se apoyó en el club. La participación se solicitó mediante el cuestionario, que incorporó una declaración inicial de aceptación voluntaria y uso académico de la información.

Las respuestas quedaron disponibles en un archivo de hoja de cálculo. Se preservó esa fuente y se generó una copia depurada y codificada con identificadores estables vinculados a la fila original mediante una tabla de trazabilidad. Se documentaron las reglas y transformaciones en un diccionario y un registro de cambios. La documentación de campo aportada no precisa la modalidad de aplicación ni la asistencia para responder.

2.7 Procesamiento y análisis de información

2.7.1 Codificación datos ausentes y denominadores

Se elaboró un diccionario con identificador de trabajo, nombre, etiqueta, pregunta, tipo, categorías y reglas de codificación. Se distinguieron respuesta observada, ausencia posterior a P11 No compatible con filtro, falta de respuesta aplicable y dato no disponible. Los blancos numéricos se conservaron junto con su estado, sin convertirlos en respuestas negativas ni imputar información. Los registros sin aceptación afirmativa quedaron fuera del conjunto analítico.

En las preguntas múltiples se creó un indicador por opción. Se asignó cero solo a una opción no seleccionada dentro de un bloque con respuesta válida; los bloques vacíos conservaron su condición de ausencia. No se detectaron selecciones simultáneas de «Ninguna» y opciones positivas. Los porcentajes se calcularon sobre personas con respuesta válida: 31 para P2–P11 y 28 para P12–P27 con P11 afirmativo. Se indicaron numerador, denominador y ausencias. En bloques múltiples, una persona podía seleccionar varias opciones y la suma de porcentajes podía superar el 100 % (41).

2.7.2 Análisis descriptivo

Se calcularon recuentos y porcentajes de las categorías originales, incluidas las de frecuencia cero. La edad se mantuvo por intervalos. P12 y P22 se describieron separadamente. Para cada medicamento y grupo se contó una vez a cada persona que lo mencionó. También se describió la

mención de AINE entre quienes tenían antecedente y declararon hipertensión o diabetes, sin atribuir uso concomitante ni efectos clínicos.

Durante esta revisión se incorporaron IC95% individuales de Wilson, bilaterales y sin corrección de continuidad, para P11 afirmativa y los nueve grupos farmacológicos identificables ya definidos, incluidos los de recuento cero (42). Los indicadores se fijaron antes del cálculo. Estos intervalos expresan precisión bajo un modelo binomial; no constituyen un margen de error del muestreo por conveniencia ni acreditan representatividad comunitaria.

Se conservaron los tres cuestionarios con P11 No en el conjunto analítico, manteniendo vacías sus respuestas posteriores. La clasificación separó principios activos identificables de marcas de composición no confirmada, sin inferir simultaneidad o ausencia de indicación vigente. El análisis se ejecutó en Python 3.12.14, con SciPy 1.17.0 y NumPy 2.3.5. Se usó openpyxl 3.1.5 para lectura y verificación. El script, las tablas y el registro de ejecución documentaron las operaciones y se contrastaron los recuentos con el Excel original.

2.7.3 Alcance y condiciones del análisis de asociaciones

Se evaluó el antecedente P11 según las ocho características de selección única de P2–P10 y cinco indicadores de enfermedades de P8 con variación. Se aplicaron 13 pruebas exactas: Fisher bilateral en seis tablas 2×2 y su extensión en siete tablas Rx2, mediante enumeración completa con márgenes fijos y ordenamiento por probabilidad. Las categorías vacías se conservaron en la descripción y se omitieron del contraste, sin reagrupar las demás. No se utilizó chi cuadrado asintótico (43).

Los contrastes originales fueron exploratorios, con referencia de 0,05 y ajuste de Holm sobre 13 pruebas; se conservaron los p sin ajuste (44). Para género y cinco indicadores de enfermedad se calcularon OR crudas condicionales con IC95% exactos centrales individuales, sin ajuste de

multiplicidad de los intervalos (45). Se priorizó esta presentación frente a una regresión multivariable: solo tres participantes respondieron negativamente P11 y varias categorías fueron escasas, condiciones que favorecen estimaciones inestables al añadir parámetros. La decisión se sustenta en la información disponible, no en una regla universal sobre el tamaño total de una muestra (46).

2.7.4 Análisis complementario de la periodicidad

El análisis complementario se decidió durante la revisión, después de conocer los descriptivos y los resultados originales, y se fijaron tres relaciones antes de calcular sus contrastes: periodicidad P12 con edad P2, instrucción P6 y selección de lejanía P13. Se utilizaron los 28 cuestionarios con P11 afirmativa. P12 se ordenó de rara vez a siempre; la escolaridad, desde ninguna hasta superior completa. Los rangos medios preservaron los empates y el orden, sin atribuir igual distancia a las categorías. Para lejanía, no seleccionada = 0 y seleccionada = 1 dentro de una respuesta válida.

Se calculó rho de Spearman y un p bilateral exacto de permutación, mediante enumeración de tablas con márgenes fijos y ponderación por el número de asignaciones individuales que representa cada tabla. Se sumaron las probabilidades con valor absoluto de rho igual o mayor al observado. Esta implementación utiliza la distribución condicional completa; no recurre al p asintótico de Spearman ni a simulación Monte Carlo (47,48).

Se aplicó Holm a los tres contrastes complementarios y, como sensibilidad más conservadora añadida tras su primer cálculo, a los 16 contrastes conjuntamente. Se conservaron los ajustes de las familias originales para hacer explícita la dependencia respecto de esa decisión. No se realizaron contrastes con P24 por ausencia de variación ni se ordenó P27. El protocolo y el código registran estas decisiones. Los p y las OR suponen independencia de respuestas y el modelo condicional; la selección por conveniencia limita su interpretación al grupo analizado.

2.8 Consideraciones éticas y documentación disponible

El cuestionario incorporó una declaración de participación voluntaria y finalidad académica. Se verificó su registro y se excluyeron del análisis los cuatro casos sin aceptación afirmativa. La copia analítica utiliza identificadores de trabajo y los resultados del manuscrito se presentan de forma agregada. Los principios de autonomía y protección de información de la Declaración de Helsinki orientan la descripción de estas medidas (49).

La Resolución 0031-HCD-FCCSS-2025, correspondiente a la sesión del 21 de febrero de 2025, aprobó el plan de trabajo y designó director y asesor. Se reproduce en el anexo 1 con su alcance académico. No se dispone de un dictamen de revisión ética ni de constancias adicionales de autorización de campo; no se atribuye ese carácter a la resolución académica.

CAPÍTULO 3 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se incluyeron 31 de los 35 registros originales de personas de 60 años o más convocadas mediante el club del adulto mayor de Aloburo. Cuatro se excluyeron por respuesta negativa al consentimiento. P2–P11 se describen sobre 31 participantes y P12–P27 sobre los 28 con antecedente afirmativo. Los desgloses íntegros se conservan en Apoyo_analitico_Aloburo.xlsx.

3.1 Características de los participantes

Tabla 1

Características personales y de salud de los participantes

Variable y categoría	n	%
Edad		
60 - 64	5	16,1
65 - 69	6	19,4
70 - 74	13	41,9
75 y más	7	22,6
Género		
Masculino	17	54,8
Femenino	14	45,2
Instrucción		
Educación primaria incompleta	8	25,8
Educación primaria completa	7	22,6
Educación secundaria incompleta	6	19,4
Educación secundaria completa	8	25,8
Ninguna	2	6,5
Enfermedades declaradas		
Hipertensión	16	51,6
Diabetes	10	32,3
Artrosis	6	19,4
EPOC	4	12,9
Ninguna	6	19,4

Variable y categoría	n	%
Afiliación sanitaria		
Seguro Social Campesino	7	22,6
Seguro General IESS	4	12,9
Ninguno	20	64,5

Nota. N = 31. Se presentan categorías con observaciones; las categorías de frecuencia cero y las demás características están en el archivo de apoyo. P8 admite varias enfermedades y sus porcentajes pueden superar el 100 %. Las otras preguntas son de respuesta única. Fuente: encuesta del estudio.

El grupo de 70 a 74 años reunió a 13 participantes (41,9 %). Hubo 17 hombres y 14 mujeres, con escolaridad desde ninguna hasta secundaria completa. La hipertensión fue declarada por 16 personas y la diabetes por diez. La diversidad de escolaridad y de condiciones de salud orientó la selección de ejemplos y el acompañamiento de lectura del material educativo.

3.2 Antecedente y frecuencia de automedicación

Tabla 2

Antecedente de consumo sin receta y frecuencias declaradas

Variable y categoría	n	%
Consumo sin receta alguna vez		
Si	28	90,3
No	3	9,7
Periodicidad declarada		
Siempre	3	10,7
Casi siempre	7	25,0
Ocasionalmente	17	60,7
Rara vez	1	3,6
Frecuencia de consumo		
Diario	0	0,0
Semanal	0	0,0
Mensual	7	25,0

Variable y categoría	n	%
Cada 3 meses	12	42,9
Cada 6 meses	6	21,4
Rara vez	3	10,7

Nota. P11: N = 31. P12 y P22: N = 28 con P11 afirmativa, sin faltantes adicionales. Los tres participantes con P11 negativa no respondieron el bloque posterior. P11 recoge experiencia alguna vez; P12, periodicidad de automedicación; P22, frecuencia de consumo de medicamentos. Fuente: encuesta del estudio.

Veintiocho de 31 participantes declararon consumo sin receta alguna vez: 90,3 % (IC95% de Wilson: 75,1–96,7 %). El intervalo muestra la precisión del indicador bajo el modelo utilizado y no extiende el resultado a toda la comunidad.

Entre los 28 con antecedente, 17 (60,7 %) señalaron «Ocasionalmente» en P12. Diez eligieron «Siempre» o «Casi siempre» y uno «Rara vez». El predominio de la respuesta ocasional coexiste, por tanto, con un grupo que reconoce mayor regularidad. Son categorías percibidas de periodicidad, sin una equivalencia en número de episodios.

En P22 destacó «Cada 3 meses», con 12 de 28 (42,9 %), seguida por «Mensual», con siete. No hubo selecciones de consumo diario o semanal en esa pregunta. P12 describe periodicidad de automedicación y P22 frecuencia de consumo; se mantienen como indicadores diferentes, sin convertirlos en una puntuación conjunta.

3.3 Motivos síntomas y fuentes de orientación

Tabla 3

Principales circunstancias y fuentes de orientación declaradas

Circunstancia o fuente	n	%
Motivos para no consultar		
Lugar de atención lejano	21	75,0
Falta de tiempo para asistir a una consulta médica	12	42,9
Demora en atención	12	42,9
Síntomas o condiciones		
Dolor de estómago o acidez	26	92,9
Gripe o resfriado	24	85,7
Dolor articular o muscular	20	71,4
Dolor de cabeza	18	64,3
Fuente personal de consejo		
Familiar	13	46,4
Farmacéutico	7	25,0
Vecinos	5	17,9
Medios de comunicación		
Televisión	26	92,9
Internet	15	53,6
Radio	10	35,7

Nota. N = 28 en cada pregunta. Se muestran las opciones más mencionadas por dimensión; el detalle completo está en el archivo de apoyo. P13, P14 y P16 admiten varias respuestas; P15 admite una. Los porcentajes son por participantes. Fuente: encuesta del estudio.

La lejanía, la falta de tiempo y la demora sitúan la organización de la consulta entre las circunstancias más reconocidas. Al tratarse de una pregunta múltiple, esas razones pueden coexistir. La afiliación sanitaria describe una condición distinta y no equivale por sí sola a acceso oportuno.

Las molestias más referidas fueron digestivas, respiratorias y musculoesqueléticas. Las preguntas no vinculan cada síntoma con un producto; el dolor digestivo no se interpreta como una reacción adversa verificada. Nadie seleccionó presión alta o control del azúcar como motivo en P14, aunque esas enfermedades fueron declaradas en otro ítem. Se mantienen separadas la condición de salud y la razón de consumo.

La familia y los farmacéuticos destacaron como fuentes personales de consejo y la televisión entre los medios señalados. Este entorno orienta una cartilla con preguntas para contrastar recomendaciones y revisar envases con profesionales, conforme al enfoque participativo de seguridad de la medicación (6).

3.4 Medicamentos y grupos farmacológicos

Tabla 4

Productos referidos y clasificación por grupos farmacológicos

Grupo o registro	Productos y menciones	n	%	IC95% del porcentaje
AINE identificables excepto ácido acetilsalicílico	Naproxeno 24; ibuprofeno 10; diclofenaco 3	27	96,4	82,3–99,4
Salicilato con finalidad no especificada	Aspirina 22; finalidad no especificada	22	78,6	60,5–89,8
Otros analgésicos y antipiréticos	Paracetamol 25; metamizol 1	26	92,9	77,4–98,0
Antihistamínicos H1	Loratadina 11; cetirizina 4	13	46,4	29,5–64,2
Broncodilatador agonista beta dos	Salbutamol 3	3	10,7	3,7–27,2
Vitamina C	Vitamina C 9	9	32,1	17,9–50,7
Antagonistas del receptor de angiotensina II	Losartán 2	2	7,1	2,0–22,6
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina	Enalapril y captopril sin menciones	0	0,0	0,0–12,1
Bloqueadores de canales de calcio	Nifedipino y amlodipino sin menciones	0	0,0	0,0–12,1
Marcas de composición no confirmada	Buscapina 22; Sertal 12	27	96,4	No corresponde

Nota. N = 28. Cada persona se cuenta una vez por grupo y puede figurar en varios; las menciones por producto pueden superponerse. IC95% individuales de Wilson, sin ajuste de multiplicidad. AINE: antiinflamatorios no esteroideos; se excluye el ácido acetilsalicílico de finalidad no especificada. Las marcas se conservan sin atribuir composición. Clasificación orientada por ATC/DDD (24). Fuente: encuesta del estudio.

Los AINE identificables fueron mencionados por 27 de 28 personas, 96,4 % (IC95%: 82,3–99,4 %), y los otros analgésicos y antipiréticos por 26, 92,9 % (IC95%: 77,4–98,0 %). Paracetamol y naproxeno fueron los productos identificables más referidos. La clasificación separa la finalidad cotidiana del bloque del cuestionario de la identidad farmacológica de sus componentes.

Entre quienes declararon antecedente y también hipertensión, 14 de 14 mencionaron algún AINE; entre quienes declararon diabetes fueron nueve de nueve. Los subgrupos pueden superponerse. Esta coexistencia orienta la revisión del tratamiento, pero no documenta exposición simultánea, una interacción o un daño clínico. Las dos menciones de losartán se conservan como productos referidos, sin establecer pauta ni indicación vigente.

3.5 Conocimientos declarados y creencias

Tabla 5

Mejoría percibida conocimientos y disposición a repetir el consumo

Variable y categoría	n	%
Mejoría percibida		
Siempre	8	28,6
Casi siempre	10	35,7
Ocasionalmente	10	35,7
Casi nunca	0	0,0
Nunca	0	0,0
Conocimiento declarado		
Si	0	0,0

Variable y categoría	n	%
Desconozco	28	100,0
Creencia de mayor seguridad natural		
Sí	17	60,7
No	1	3,6
No estoy seguro	10	35,7
Remedio casero antes de medicamentos		
Si	13	46,4
No	15	53,6
Intención de repetir		
Siempre	3	10,7
Casi siempre	4	14,3
Considero necesario	11	39,3
Ocasionalmente	10	35,7
Nunca	0	0,0

Nota. N = 28 por pregunta. Respuestas únicas. Los tres participantes con P11 negativa no respondieron estos apartados. Mejoría y conocimiento son autorreportes. La opción «Considero necesario» se conserva como categoría nominal; no se construye una escala conjunta. Fuente: encuesta del estudio.

Dieciocho de 28 participantes eligieron «Siempre» o «Casi siempre» respecto de la mejoría percibida y diez «Ocasionalmente». La experiencia de alivio fue, por tanto, reconocida con distinta regularidad. Es una valoración subjetiva posterior al consumo, no una evaluación clínica de eficacia.

Los 28 participantes que respondieron P24 seleccionaron «Desconozco» sobre las consecuencias negativas de automedicarse. El resultado identifica una necesidad de información en ese ítem. Se conserva como conocimiento declarado, sin asignar niveles de una escala de alfabetización sanitaria.

La creencia de mayor seguridad de los productos naturales fue afirmativa en 17 de 28 (60,7 %), diez señalaron incertidumbre y uno respondió negativamente. Trece declararon utilizar remedios caseros antes de medicamentos. La creencia comparativa y la secuencia de uso se presentan como dimensiones distintas.

En la disposición a volver a automedicarse, «Considero necesario» fue la categoría más elegida, con 11 de 28, seguida por «Ocasionalmente», con diez. No hubo respuestas «Nunca». La opción de necesidad tiene un significado condicional y se conserva como categoría nominal, sin ordenarla en una escala junto con las frecuencias.

3.6 Comparaciones y asociaciones exploratorias

Las 13 comparaciones del antecedente utilizaron los 31 registros incluidos. La exploración secundaria de periodicidad utilizó los 28 con P11 afirmativa. La tabla 6 conserva las pruebas originales, las seis OR disponibles y la sensibilidad del ajuste conjunto; los cruces completos están en el archivo de apoyo.

Tabla 6

Comparaciones exploratorias del antecedente y la periodicidad

Factor	N	OR / rho	IC95% de OR	p exacto	p Holm familia	p Holm 16
A Antecedente P11						
Edad	31	—	—	0,254	1,000	1,000
Género	31	2,58	0,121–167	0,576	1,000	1,000
Identidad étnica	31	—	—	1,000	1,000	1,000
Estado civil	31	—	—	0,486	1,000	1,000
Instrucción	31	—	—	0,900	1,000	1,000
Ocupación	31	—	—	0,294	1,000	1,000
Dependencia económica	31	—	—	0,138	1,000	1,000
Afiliación sanitaria	31	—	—	0,063	0,824	0,951
Hipertensión	31	0,511	0,00792–10,9	1,000	1,000	1,000
Diabetes	31	0,949	0,0438–62	1,000	1,000	1,000
Artrosis	31	0,449	0,0195–30,7	0,488	1,000	1,000
EPOC	31	∞	0,0523–∞	1,000	1,000	1,000
Ninguna	31	0,449	0,0195–30,7	0,488	1,000	1,000
B Periodicidad P12						
Grupo de edad	28	-0,003	—	0,98552	0,98552	1,00000
Escolaridad	28	0,274	—	0,15820	0,31641	1,00000
Lugar de atención lejano	28	-0,509	—	0,00546	0,01637	0,08732

Nota. Panel A: Fisher bilateral o extensión Rx2; OR condicionales crudas e IC95% exactos individuales. Holm familia corresponde a 13 pruebas. En enfermedades, seleccionada frente a no seleccionada; en género, masculino frente a femenino. ∞ indica una estimación no finita por celda cero. Panel B: rho de Spearman y permutación bilateral exacta; Holm familia corresponde a tres pruebas secundarias. Holm 16 integra ambos conjuntos. Los intervalos no se ajustaron por multiplicidad. Fuente: análisis auditado del estudio.

Ninguno de los 13 contrastes del antecedente presentó $p < 0,05$. Los p exactos oscilaron entre 0,063 y 1,000; el menor correspondió a afiliación sanitaria y pasó a 0,824 con Holm. Las

diferencias porcentuales entre categorías se leen junto con los pequeños recuentos de respuestas negativas.

Las seis OR crudas tuvieron intervalos amplios que incluyeron la unidad. La opción EPOC produjo una estimación no finita por una celda con frecuencia cero. Estos intervalos expresan incertidumbre sobre magnitud y dirección, en lugar de demostrar igualdad entre los grupos.

En la exploración secundaria, lejanía y periodicidad presentaron rho = −0,5094, p exacto = 0,00546 y p Holm para tres comparaciones = 0,01637. Con el ajuste conjunto de 16, p = 0,08732. La relación observada es sensible a la familia de ajuste y se interpreta como exploratoria. Edad y escolaridad no aportaron evidencia estadística suficiente en este análisis.

De las 21 personas que seleccionaron lejanía, ninguna respondió siempre, cinco casi siempre, 15 ocasionalmente y una rara vez. Entre las siete que no la seleccionaron hubo tres respuestas siempre, dos casi siempre y dos ocasionalmente. No seleccionar ese motivo no demuestra disponer de atención cercana.

3.7 Discusión integrada de los hallazgos

El aporte central del estudio es distinguir una experiencia extendida de consumo sin receta de la regularidad con que se reconoce esa práctica. El 90,3 % de antecedente y el predominio de automedicación ocasional responden a preguntas diferentes. A la vez, diez de 28 participantes eligieron siempre o casi siempre. El perfil no se reduce, por tanto, a afirmar que la automedicación existe: muestra diversidad de periodicidad y permite seleccionar situaciones sobre las que conversar antes de repetir un producto.

La definición del indicador explica parte de la distancia respecto de otros estudios. Herrera-Añazco y colaboradores encontraron 66,6 % en compradores mayores de farmacias peruanas (19), y Das y colaboradores 19,7 % al investigar uso en los tres meses previos en comunidades urbanas de

India (4). El antecedente alguna vez de Aloburo cubre una experiencia temporal más amplia. La comparación pertinente es cómo cada estudio delimita la conducta; sus porcentajes no ordenan por sí solos la seguridad o la frecuencia actual de las comunidades.

La heterogeneidad descrita por Jerez-Roig y colaboradores ayuda a interpretar esta comparación: sus estudios poblacionales utilizaron criterios de automedicación diversos (11). En Aloburo, el antecedente alguna vez comprende una experiencia acumulada, mientras que P12 distingue su regularidad declarada. Ambas medidas aportan información al objetivo general y requieren conservar su significado al compararlas con estimaciones recientes o de adquisición en farmacias.

Las dificultades para consultar constituyen otro componente del perfil. Lejanía, demora y falta de tiempo situaron el acceso percibido entre las razones más mencionadas. La tesis de Chalá en Juncal también destacó circunstancias de distancia y demora (10). Esa coincidencia territorial favorece discutir la organización de la atención junto con la educación sobre medicamentos. Informar sobre riesgos puede ayudar a preparar una consulta, mientras que la disponibilidad de atención requiere decisiones adicionales de los servicios.

El contraste de periodicidad añade una distinción: un motivo muy mencionado no tiene que relacionarse con mayor regularidad dentro de quienes ya han consumido sin receta. En esta muestra, la relación con lejanía fue inversa. Puede expresar distintas combinaciones de razones para consumir, pero el cuestionario no permite identificar el mecanismo. La medición es una selección de motivos, no kilómetros, tiempos de viaje o disponibilidad real de atención. Tampoco compara el inicio de la práctica entre personas con y sin antecedente. Su dependencia del ajuste global aconseja conservarla como resultado exploratorio que requiere contrastación independiente.

La mención de AINE en participantes con hipertensión o diabetes vuelve pertinente preguntar por todo el tratamiento. PRECISION-ABPM muestra que los efectos sobre presión arterial dependen

del antiinflamatorio y la pauta estudiados (28). La revisión de la combinación con diuréticos e inhibidores del sistema renina-angiotensina documenta riesgo renal en un escenario de exposición concurrente (30). Estos antecedentes sostienen la consulta individual; el estudio local no permite identificar esa combinación ni atribuirle un evento.

La revisión de Locquet y colaboradores encontró pocos estudios que evaluaran directamente daños relacionados con automedicación (32). Esto refuerza la separación entre reconocer productos y confirmar consecuencias clínicas. Los criterios STOPP/START también requieren revisar indicaciones y omisiones terapéuticas con información clínica suficiente (31). La clasificación de Aloburo cumple una finalidad descriptiva y orienta preguntas para consulta; no equivale a una evaluación individual de prescripción inapropiada.

El patrón sintomático y el farmacológico deben leerse conjuntamente, conservando lo que se midió en cada pregunta. El dolor digestivo fue el motivo de consumo más referido, mientras que paracetamol y naproxeno fueron productos muy mencionados. El instrumento no vincula cada producto con cada síntoma ni determina la secuencia temporal entre ellos. La cartilla utiliza estos nombres como ejemplos reconocibles y enseña a mostrar envases, en lugar de atribuir una causa o indicar un tratamiento. La advertencia de la FDA sobre ingredientes repetidos de paracetamol fundamenta esa elección de contenido (25).

La experiencia subjetiva de alivio coexistió con la respuesta «Desconozco» sobre consecuencias negativas. Esta diferencia permite orientar la educación hacia una decisión concreta: sentirse mejor y revisar la seguridad son tareas complementarias. En India también se identificaron necesidades de información entre quienes se automedicaban, aunque se utilizaron varias preguntas de conocimientos y prácticas (4). El ítem aislado de Aloburo sustenta ofrecer información, pero no clasificar integralmente la alfabetización sanitaria de las personas.

Las respuestas sobre familia y medios sitúan la decisión de consumo en un entorno de información compartida. En Macao también se describió la participación de familiares y amistades en la orientación sobre automedicación (21). La convergencia respalda incluir a personas de confianza como apoyo elegido por el destinatario. La educación propuesta conserva la autonomía de la persona mayor y utiliza la consulta profesional como espacio para revisar dudas; no asigna a la familia la responsabilidad exclusiva de la práctica.

La creencia de mayor seguridad de lo natural y el uso previo de remedios caseros justifican preguntar por esos productos junto con los medicamentos. El NCCIH documenta que algunas plantas pueden interactuar con tratamientos y que la evidencia varía según la sustancia (23). La respuesta educativa es facilitar que la persona comunique qué utiliza, sin descalificar prácticas culturales ni suponer idéntico riesgo en todas las preparaciones.

La evidencia educativa permite precisar el alcance del producto. Las revisiones de Marshall y Sardareh describen intervenciones diversas y mediciones de alfabetización sanitaria que no son equivalentes entre sí (33,34). La respuesta «Desconozco» de P24 identifica una necesidad de información y justifica lenguaje accesible, pero no mide una competencia global ni permite anticipar el efecto de la cartilla.

Kim y colaboradores describen programas de educación sobre medicamentos con varias sesiones y participación profesional (35). Por su parte, Cochrane encuentra incertidumbre sobre varios resultados de intervenciones complejas para polifarmacia (36). La propuesta local se sostiene como material elaborado y vinculado con los hallazgos. Su eventual implementación debería evaluar comprensión y uso, sin atribuirle los resultados de programas de mayor intensidad.

Las comparaciones estadísticas responden a una pregunta distinta de la selección de mensajes. El estudio de Macao identificó asociaciones con edad y educación en un contexto de pandemia y con

otras categorías de participantes (21). En Aloburo, tres respuestas negativas proporcionaron poca información para diferenciar el antecedente entre categorías; para periodicidad se dispuso de 28 respuestas ordinales. La contribución del análisis consiste en mostrar esas relaciones con sus recuentos y su incertidumbre, sin transformar un p en explicación del comportamiento. Las prioridades de la cartilla se apoyan en los hallazgos descriptivos y en fuentes de seguridad, incluso cuando los contrastes no confirman asociaciones.

3.8 Alcance de interpretación

La selección por conveniencia circunscribe los resultados al grupo participante. El autorreporte y el antecedente alguna vez requieren interpretar por separado experiencia y frecuencia. Las tres respuestas negativas de P11 ofrecen poca precisión para comparar categorías. La relación secundaria de P12 se planteó durante la revisión y es sensible al ajuste por multiplicidad. Estas condiciones sitúan los resultados en un alcance descriptivo y exploratorio.

3.9 Necesidades educativas identificadas

La caracterización reúne un antecedente ampliamente declarado, distintas periodicidades, motivos relacionados con la consulta y una elevada mención de analgésicos y antiinflamatorios. La exploración estadística distingue esos hallazgos de los factores confirmados: los contrastes del antecedente fueron imprecisos y la relación complementaria con periodicidad depende del alcance del ajuste por multiplicidad.

Las prioridades educativas son reconocer ingredientes, consultar antes de añadir un AINE y comunicar remedios naturales y otros tratamientos, conforme a los hallazgos y las recomendaciones de seguridad (17,23,25).

CAPÍTULO 4 PROPUESTA EDUCATIVA SOBRE SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

Se elaboró una cartilla para personas de 60 años o más de Aloburo y sus familias. Los contenidos se seleccionaron a partir de los resultados descriptivos y de fuentes de seguridad de medicamentos, y se organizaron como tareas para preparar una consulta. El anexo 3 reproduce la versión rediseñada de seis páginas; se conserva también en Word editable y PDF.

4.1 Título de la propuesta

Cartilla para el uso seguro de medicamentos en personas de 60 años o más de Aloburo.

4.2 Justificación

El antecedente fue declarado por 28 de 31 participantes y los 28 que respondieron P24 seleccionaron «Desconozco» sobre consecuencias negativas. Esta combinación fundamenta una propuesta centrada en preguntas de seguridad y acciones comprensibles, sin requerir que la encuesta se interprete como una prueba de conocimientos.

Paracetamol y naproxeno fueron los productos identificables más mencionados. Además, todos los participantes con antecedente que declararon hipertensión o diabetes mencionaron algún AINE. Esos hallazgos orientan ejemplos sobre ingredientes y consulta profesional, preservando la diferencia entre una mención de consumo y la demostración de sobredosis o lesión.

El consejo familiar fue señalado por 13 de 28 participantes. La cartilla incorpora el apoyo de una persona de confianza cuando el destinatario lo desee. La diversidad de escolaridad orientó el uso de letra grande, frases breves e ilustraciones que acompañan el texto.

La lejanía del lugar de atención fue mencionada por 21 de 28. Preparar una lista y elegir preguntas puede apoyar el contacto sanitario disponible. El producto se limita a ese apoyo educativo; las dificultades de acceso requieren respuestas de organización de la atención que exceden la cartilla.

4.3 Propósito y objetivos del producto

Objetivo específico aprobado al que responde la propuesta: Elaborar material educativo sobre los peligros de la automedicación en adultos mayores

El propósito del producto es facilitar decisiones informadas y el diálogo sobre medicamentos. Los objetivos educativos son reconocer el principio activo en un envase; identificar situaciones en las que conviene consultar antes de añadir un producto; y preparar una lista de medicamentos, suplementos y remedios para mostrar al personal sanitario. Estos objetivos pertenecen al producto y no reemplazan los objetivos de investigación.

4.4 Destinatarios y enfoque de comunicación

Los destinatarios son las personas de 60 años o más de Aloburo. Familiares o cuidadores pueden participar si la persona lo desea. El club constituye una posible vía de presentación del material; su uso se propone sin afirmar que la entrega comunitaria se haya realizado.

Se emplean frases breves, ejemplos por principio activo y preguntas que pueden llevarse a consulta. Las ilustraciones son genéricas y acompañan el mensaje escrito. El tratamiento de remedios naturales invita a comunicar su uso y revisar posibles combinaciones, respetando las prácticas y decisiones de los destinatarios.

Las revisiones de educación y alfabetización sanitaria apoyan adaptar la presentación y acompañar la comprensión de las personas mayores (33,34). La cartilla incorpora lectura por secciones y explicación con palabras propias; su evaluación requeriría un procedimiento adicional que no formó parte de la recolección.

4.5 Fundamentos y selección de contenidos

La herramienta de la OMS sitúa al paciente y su entorno como participantes en la seguridad de la medicación en colaboración con profesionales. Este fundamento orienta una cartilla que invita a preguntar, comunicar y revisar, en lugar de ofrecer decisiones terapéuticas individuales (6).

La advertencia de la FDA sobre el acetaminofén fundamenta el ejemplo de un analgésico y un producto para la gripe que pueden compartir ingrediente. La cartilla explica que paracetamol y acetaminofén nombran el mismo principio activo y advierte sobre el daño hepático por exceso, sin fijar una dosis para sus lectores (25).

El NIDDK explica que los antiinflamatorios pueden afectar los riñones, con especial precaución ante determinadas enfermedades o deshidratación. Se utiliza ese fundamento para recomendar consulta sobre naproxeno o ibuprofeno; no se indican suspensiones de tratamientos para la presión ni ajustes ante una enfermedad intercurrente (17).

El NCCIH documenta interacciones entre algunas plantas y medicamentos, con incertidumbre variable según el producto. El mensaje educativo consiste en informar qué remedios se usan y consultar sobre la combinación, no en suponer interacciones comprobadas en Aloburo (23). La guía de la FDA para personas mayores complementa el uso de una lista actualizada y la comunicación de problemas nuevos durante el tratamiento (50).

4.6 Matriz de correspondencia educativa

Tabla 7

Correspondencia entre hallazgos y contenidos educativos

Hallazgo del estudio	Necesidad educativa	Mensaje y ubicación
P24 Desconozco 28/28	Comprender que el alivio no garantiza seguridad	Preguntar sobre riesgos y problemas nuevos. Páginas 1 y 4.
Paracetamol 25/28	Identificar ingredientes repetidos	Revisar principio activo antes de combinar. Página 2.
AINE mencionados en 14/14 con hipertensión y 9/9 con diabetes, dentro de P11 Sí; naproxeno 24/28	Consultar antes de añadir un antiinflamatorio	Comunicar enfermedades y otros tratamientos. Página 3.
P25 Sí 17/28 sobre mayor seguridad de naturales o remedios frente a fármacos comerciales	Revisar la creencia de seguridad por origen natural	Comunicar plantas, infusiones y suplementos. Página 3.
Consejo familiar 13/28	Promover apoyo sin compartir tratamientos	Acompañar la consulta y ayudar a registrar. Página 4.
Lugar de atención lejano 21/28	Preparar información para el contacto sanitario	Llevar envases y preguntas. Páginas 4 y 5.
Escolaridad diversa N=31	Facilitar acceso al contenido	Letra grande y lectura acompañada en todas las páginas.

Fuente: resultados verificados del estudio. En los ítems posteriores a P11 el denominador es 28; los tres cuestionarios con P11 negativa no respondieron ese bloque. Los motivos y las creencias son autorreportes. La matriz vincula hallazgos con contenidos, sin demostrar que la intervención cambie conductas.

4.7 Formato y recursos

La versión rediseñada tiene seis páginas tamaño carta, texto principal Arial de 17 puntos, títulos de mayor tamaño, alineación izquierda y contraste oscuro sobre blanco. La portada explica el propósito; las páginas 2 y 3 incluyen ilustraciones de envases y productos; la 4 organiza la preparación de la consulta; la 5 ofrece una ficha para escribir; y la 6 reúne orientación de lectura y fuentes. Se entrega en Word editable y PDF para imprimir una página por hoja al 100 %.

Los recursos son la cartilla y un soporte para leerla: impresión en papel o un dispositivo que permita ampliar el documento. En una lectura acompañada pueden utilizarse envases vacíos limpios y la ficha de productos. La actividad propuesta no requiere comprar medicamentos ni consultar internet.

4.8 Uso previsto

Se propone una lectura individual o en grupo pequeño de 20 a 30 minutos. La primera tarea es localizar el principio activo en un envase y reconocer el ejemplo de paracetamol y acetaminofén de la página 2. Después se revisan los mensajes sobre antiinflamatorios y remedios. Finalmente, cada persona puede completar su lista y elegir una pregunta para la consulta. El ritmo se ajusta a la lectura y a las dudas de los participantes.

La persona que facilite la lectura debe permitir preguntas y evitar solicitar información clínica delante del grupo. Las dudas individuales sobre dosis, síntomas o cambios de tratamiento se remiten al profesional sanitario. La ficha permanece con su titular como apoyo para la consulta.

Como cierre educativo, se puede pedir al destinatario que muestre dónde buscaría el ingrediente y explique qué productos comunicaría al personal de salud. Esta actividad propuesta sirve para acompañar la comprensión; no constituye una prueba validada ni una nueva recolección de datos de la tesis.

4.9 Producto elaborado y alcance

El producto incluye mensajes, un ejemplo comparativo, ilustraciones, preguntas y una ficha de medicamentos. Se verificó su correspondencia con los resultados y las fuentes y se revisó la presentación de las seis páginas. Esta revisión editorial acredita el material elaborado.

La investigación no evaluó la aplicación, aceptación, comprensión o efectos de la cartilla. La revisión profesional y la evaluación con destinatarios se plantean como pasos de una eventual implementación, diferenciados del objetivo cumplido de elaborar el recurso.

CONCLUSIONES

1. El grado de automedicación se caracterizó mediante antecedente y periodicidad declarados. Veintiocho de 31 participantes (90,3 %; IC95%: 75,1–96,7 %) refirieron consumo sin receta alguna vez. El hallazgo describe una experiencia acumulada del grupo participante, con predominio de periodicidad ocasional, y responde al objetivo general sin constituir una escala de gravedad.

2. Los 13 contrastes del antecedente no aportaron evidencia estadística suficiente para identificar factores asociados. La exploración complementaria detectó una relación inversa entre periodicidad y lejanía declarada (rho = −0,509; p = 0,005; Holm para tres = 0,016), que no se mantuvo con corrección conjunta de 16 contrastes (p = 0,087). Se interpreta como hallazgo secundario sensible a la multiplicidad, no como factor causal o protector.

3. La periodicidad ocasional fue la más declarada, con 17 de 28 (60,7 %); diez participantes eligieron siempre o casi siempre. En la pregunta independiente de frecuencia de consumo destacó cada tres meses, con 12 de 28 (42,9 %). Ambos indicadores conservan su significado original y no conforman una escala de gravedad.

4. Los AINE identificables fueron mencionados por 27 de 28 participantes y los otros analgésicos y antipiréticos por 26. Paracetamol (25/28) y naproxeno (24/28) fueron los productos identificables más referidos. La clasificación conservó por separado salicilatos de finalidad no especificada y marcas de composición no confirmada.

5. Se elaboró una cartilla de seis páginas vinculada con los medicamentos referidos y las necesidades de información del grupo. Incluye reconocimiento de ingredientes, consulta sobre antiinflamatorios, comunicación de remedios naturales y una ficha para llevar a consulta. El producto se incorporó íntegro al manuscrito; su aplicación y sus efectos no fueron evaluados.

RECOMENDACIONES

1. Al personal sanitario, aprovechar la consulta para revisar los productos que la persona utiliza o piensa añadir, incluidos medicamentos sin receta, plantas y suplementos. Priorizar la identificación de ingredientes y la revisión de AINE en quienes declaran hipertensión o diabetes, mediante valoración individual.

2. Al equipo que decida utilizar la cartilla, realizar una lectura acompañada a un ritmo cómodo, con familiares si el destinatario lo desea. Utilizar el ejemplo de paracetamol y acetaminofén y la ficha de productos para practicar qué información llevar a consulta.

3. A los responsables de atención local, conversar con el grupo sobre las dificultades de distancia, tiempo y demora declaradas, y comunicar las vías de consulta realmente disponibles. Distinguir este trabajo sobre acceso del apoyo informativo que ofrece la cartilla.

4. Antes de distribuir el material, solicitar una revisión profesional y comprobar su comprensión con los destinatarios. Conservar letra grande, contraste e ilustraciones legibles; registrar entrega, comprensión y resultados como componentes diferentes si se implementa.

5. Para futuras investigaciones, definir un periodo de recuerdo, diferenciar tratamiento vigente de uso autónomo y medir las condiciones de acceso con indicadores específicos. Si se pretende confirmar asociaciones, planificar participantes y comparaciones según esa finalidad. El hallazgo secundario de periodicidad requiere contrastación independiente.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

2. National Library of Medicine. Self Medication [Internet]. Bethesda: National Library of Medicine; [s.f.] [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68012651

3. World Health Organization. Medication safety in polypharmacy: technical report [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [citado 27 oct 2026]. WHO/UHC/SDS/2019.11. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.11

4. Das S, Gnanavel P, Smanla S, Saikia AM, Mishra S, Khare S, et al. Polypharmacy and self-medication among older adults in Indian urban communities—a cross-sectional study. Sci Rep. 2025;15(1):4062. doi: 10.1038/s41598-024-84627-2.

5. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Más de 2.700 personas son centenarias en Ecuador según el Censo [Internet]. Quito: Instituto Nacional de Estadística y Censos; 2023 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/mas-de-2-700-personas-son-centenarias-en-ecuador-segun-el-censo/

6. World Health Organization. 5 moments for medication safety [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [citado 27 oct 2026]. WHO/HIS/SDS/2019.4. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2019.4

7. Rafati S, Baniasadi T, Dastyar N, Zoghi G, Ahmadidarrehsima S, Salari N, et al. Prevalence of self-medication among the elderly: A systematic review and meta-analysis. J Educ Health Promot. 2023;12:67. doi: 10.4103/jehp.jehp_630_22.

8. Flores Uscamayta NP, Cadima CI, Zambrano Holguin NN, Terán Arnez R, Geisse Vyhmeister JR, Canova-Barrios CJ. Prevalence and characteristics of self-medication among older adults living in Commune 11 of Buenos Aires, Argentina. Salud Integral y Comunitaria. 2025;3:199. Disponible en: https://sic.ageditor.org/index.php/sic/article/view/199

9. Paida Ontaneda JK, Solano Pesantez KS, Gallegos Gallegos EM. Automedicación en adultos mayores atendidos en un Centro de Salud de Ecuador. Polo del Conocimiento. 2024;9(4):1179-1197. Disponible en: https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/6988

10. Chalá Delgado LJ. Factores asociados a la automedicación en el adulto mayor en la comunidad Juncal de la provincia de Imbabura periodo 2022 [tesis]. Ibarra: Universidad Técnica del Norte; 2022. Disponible en: https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/13194

11. Jerez-Roig J, Medeiros LFB, Silva VAB, Bezerra CLPAM, Cavalcante LAR, Piuvezam G, et al. Prevalence of Self-Medication and Associated Factors in an Elderly Population: A Systematic Review. Drugs Aging. 2014;31(12):883-896. doi: 10.1007/s40266-014-0217-x.

12. Organización Panamericana de la Salud. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052192

13. ARCSA. Preguntas frecuentes: medicamentos en general o de síntesis química [Internet]. Ecuador: Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria; [s.f.] [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/08/2021_preguntas-frecuentes-Medicamentos.pdf

14. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores [Internet]. Quito: Registro Oficial del Ecuador; 2019 [citado 27 oct 2026]. Suplemento del Registro

Oficial 484. Disponible en: https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2020-06/SRO484_20190509.pdf

15. Ngcobo NN. Influence of Ageing on the Pharmacodynamics and Pharmacokinetics of Chronically Administered Medicines in Geriatric Patients: A Review. Clin Pharmacokinet. 2025;64(3):335-367. doi: 10.1007/s40262-024-01466-0.
16. Gronich N. Central Nervous System Medications: Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Considerations for Older Adults. Drugs Aging. 2024;41(6):507-519. doi: 10.1007/s40266-024-01117-w.
17. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Keeping Kidneys Safe: Smart Choices about Medicines [Internet]. Bethesda: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2018 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/keeping-kidneys-safe
18. Davies LE, Spiers G, Kingston A, Todd A, Adamson J, Hanratty B. Adverse Outcomes of Polypharmacy in Older People: Systematic Review of Reviews. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(2):181-187. doi: 10.1016/j.jamda.2019.10.022.
19. Herrera-Añazco P, Mougenot B, Benites-Meza JK, Barturén-Alvarado LC, Zumarán-Nuñez CJ, Boyd-Gamarra MA, et al. Self-Medication Practices, Use of Brand-Name, and Over-the-Counter Medicines by Peruvian Older Adults. Can Geriatr J. 2023;26(1):187-199. doi: 10.5770/cgj.26.631.
20. Srisaknok T, Ploylearmsang C, Wongkongdech A, Chanthamath S, Wongkongdech R. Health literacy and self-medication among older adults in rural Thailand: understanding inequities in a digital era. Glob Health Action. 2025;18(1):2572008. doi: 10.1080/16549716.2025.2572008.

21. Zheng Y, Tang PK, Hu H, Ung COL. Patterns of self-medication and intention to seek pharmacist guidance among older adults during the COVID-19 pandemic in Macao: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2024;24(1):2066. doi: 10.1186/s12889-024-19453-2.

22. World Health Organization. Health literacy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy

23. National Center for Complementary and Integrative Health. Herb-Drug Interactions: What the Science Says [Internet]. Bethesda: National Center for Complementary and Integrative Health; 2024 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.nccih.nih.gov/health/providers/digest/herb-drug-interactions-science

24. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2026 [Internet]. Oslo: Norwegian Institute of Public Health; 2026 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://atcddd.fhi.no/atc_ddd_index/

25. Food and Drug Administration. No abuse del acetaminofén [Internet]. Silver Spring: Food and Drug Administration; [s.f.] [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.fda.gov/consumers/articulos-para-el-consumidor-en-espanol/no-abuse-del-acetaminofen

26. European Medicines Agency. EMA recommends measures to minimise serious outcomes of known side effect with painkiller metamizole [Internet]. Amsterdam: European Medicines Agency; 2024 [citado 27 oct 2026]. EMA/407900/2024. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/referral/metamizole-containing-medicinal-products-article-107i-referral-ema-recommends-measures-minimise-serious-outcomes-known-side-effect-painkiller-metamizole_en.pdf-0

27. 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;71(7):2052-2081. doi: 10.1111/jgs.18372.

28. Ruschitzka F, Borer JS, Krum H, Flammer AJ, Yeomans ND, Libby P, et al. Differential blood pressure effects of ibuprofen, naproxen, and celecoxib in patients with arthritis: the PRECISION-ABPM (Prospective Randomized Evaluation of Celecoxib Integrated Safety Versus Ibuprofen or Naproxen Ambulatory Blood Pressure Measurement) Trial. Eur Heart J. 2017;38(44):3282-3292. doi: 10.1093/eurheartj/ehx508.

29. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica: Buscapina 10 mg comprimidos recubiertos [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2023 [citado 27 oct 2026]. 18221. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/18221/FichaTecnica_18221.html

30. Calvo DM, Saiz LC, Leache L, Celaya MC, Gutiérrez-Valencia M. Acute kidney injury and morbi-mortality associated with “triple whammy” combination: Systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. 2025;91(11):3031-3041. doi: 10.1002/bcp.70263.

31. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denkinger M, Beuscart JB, Onder G, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med. 2023;14(4):625-632. doi: 10.1007/s41999-023-00777-y.

32. Locquet M, Honvo G, Rabenda V, Van Hees T, Petermans J, Reginster JY, et al. Adverse Health Events Related to Self-Medication Practices Among Elderly: A Systematic Review. Drugs Aging. 2017;34(5):359-365. doi: 10.1007/s40266-017-0445-y.

33. Marshall N, Butler M, Lambert V, Timon CM, Joyce D, Warters A. Health literacy interventions and health literacy-related outcomes for older adults: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2025;25(1):319. doi: 10.1186/s12913-025-12457-7.

34. Sardareh M, Matlabi H, Shafiee-Kandjani AR, Bahreini R, Mohammaddokht S, Azami-Aghdash S. Interventions for improving health literacy among older people: a systematic review. BMC Geriatr. 2024;24(1):911. doi: 10.1186/s12877-024-05522-z.

35. Kim E, Kim S, Park B, Jo G, Ryu Y. Effectiveness of medication self-management education programs for older adults: A systematic review. J Korean Gerontol Nurs. 2026;28(1):1-16. doi: 10.17079/jkgn.2025.00171.

36. Cole JA, Gonçalves-Bradley DC, Alqahtani M, Barry HE, Cadogan C, Rankin A, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database Syst Rev. 2023;2023(10):CD008165. doi: 10.1002/14651858.cd008165.pub5.

37. Bermeo-Merino M. Automedicación en parroquias urbanas y rurales: Un caso de estudio en Ambato, Ecuador. Publicare. 2022;2(1):18-25. doi: 10.56931/pb.2022.21_8.

38. Patajalo Villalta SJ, Sosa Tulcanaza CA, Tituaña Carvajal JA, Tipán Abril CC, Arosteguí Hurtado SA, Rivera López CS, et al. Automedicación en la región interandina norte del Ecuador: una práctica usual. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito). 2018;43(2):78-85. doi: 10.29166/rfcmq.v43i2.2824.

39. Setia MS. Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. Indian J Dermatol. 2016;61(3):261-264. doi: 10.4103/0019-5154.182410.

40. STROBE Initiative. STROBE Statement: checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies [Internet]. STROBE Initiative; [s.f.] [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.strobe-statement.org/download/strobe-checklist-cross-sectional-studies-pdf

41. Lang TA, Altman DG. Basic statistical reporting for articles published in biomedical journals: the “Statistical Analyses and Methods in the Published Literature” or the SAMPL Guidelines. Int J Nurs Stud. 2015;52(1):5-9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.09.006.

42. Wilson EB. Probable Inference, the Law of Succession, and Statistical Inference. Journal of the American Statistical Association. 1927;22(158):209-212. doi: 10.1080/01621459.1927.10502953.

43. R Core Team. fisher.test: Fisher’s Exact Test for Count Data [Internet]. R Core Team; [s.f.] [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://stat.ethz.ch/R-manual/R-devel/library/stats/html/fisher.test.html

44. R Core Team. p.adjust: Adjust P-values for Multiple Comparisons [Internet]. R Core Team; [s.f.] [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://stat.ethz.ch/R-manual/R-devel/library/stats/html/p.adjust.html

45. SciPy community. scipy.stats.contingency.odds_ratio [Internet]. SciPy community; [s.f.] [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://docs.scipy.org/doc/scipy-1.17.0/reference/generated/scipy.stats.contingency.odds_ratio.html

46. Greenland S, Mansournia MA, Altman DG. Sparse data bias: a problem hiding in plain sight. BMJ. 2016;352:i1981. doi: 10.1136/bmj.i1981.

47. SciPy community. scipy.stats.spearmanr [Internet]. SciPy community; [s.f.] [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://docs.scipy.org/doc/scipy-1.17.0/reference/generated/scipy.stats.spearmanr.html

48. SciPy community. scipy.stats.permutation_test [Internet]. SciPy community; [s.f.] [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://docs.scipy.org/doc/scipy-1.17.0/reference/generated/scipy.stats.permutation_test.html

49. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. Asociación Médica Mundial; 2024 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/
50. Food and Drug Administration. 5 Medication Safety Tips for Older Adults [Internet]. Silver Spring: Food and Drug Administration; [s.f.] [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/5-medication-safety-tips-older-adults

ANEXOS

Anexo 1 Resolución académica de aprobación del plan de trabajo

Anexo 2 Cuestionario y declaración de participación

Anexo 3 Cartilla educativa sobre seguridad de los medicamentos

Anexo 4 Registro fotográfico del trabajo de campo

Anexo 1 Resolución académica de aprobación del plan de trabajo

REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Ibarra-Ecuador

Resolución Nro. 0031-HCD-FCCSS-2025

El Honorable Consejo Directivo la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte, en sesión ordinaria realizada el 21 de febrero de 2025, considerando;

Que el Art. 226 de la Constitución de la República del Ecuador establece: "Las instituciones del Estado, sus organismos, dependencias, las servidoras o servidores públicos y las personas que actúen en virtud de una potestad estatal ejercerán solamente las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la ley. Tendrán el deber de coordinar acciones para el cumplimiento de sus fines y hacer efectivo el goce y ejercicio de los derechos reconocidos en la Constitución".

Que el Art. 350 de la Constitución indica: "El sistema de educación superior tiene como finalidad la formación académica y profesional con visión científica y humanista; la investigación científica y tecnológica; la innovación, promoción, desarrollo y difusión de los saberes y las culturas; la construcción de soluciones para los problemas del país, en relación con los objetivos del régimen de desarrollo".

Que el Art. 355 de la Carta Magna señala: "El Estado reconocerá a las universidades y escuelas politécnicas autonomía académica, administrativa, financiera y orgánica, acorde con los objetivos del régimen de desarrollo y los principios establecidos en la Constitución (…)".

Que, el Art. 17 de la LOES, señala: "El Estado reconoce a las universidades y escuelas politécnicas autonomía académica, administrativa financiera y orgánica, acorde a los principios establecidos en la Constitución de la Republica (…)".

Que el Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de Grado de la Universidad Técnica del Norte, en su artículo 12, determina: Aprobación de la unidad de Integración curricular. Se considera aprobada la UIC, una vez que el estudiante haya aprobado las asignaturas que forman parte de la misma. Al concluir octavo nivel gestionara en la secretaria de carrera el acta de inicio y fin de su carrera; y una que presente este documento estará apto para sustentar su trabajo de integración curricular, o, de rendir el examen complexivo, según sea el caso.

Que el Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de Grado de la Universidad Técnica del Norte, en su artículo 13, señala: Para aquellos estudiantes que no hayan culminado y aprobado las opciones de la UIC, lo podrán desarrollar en un plazo adicional que no excederá a un periodo académico gratuito.

Que el Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de Grado de la Universidad Técnica del Norte, en su artículo 28, determina: "*Formatos: para el desarrollo del Plan, informe y evaluación de trabajo de integración curricular se utilizaran formatos establecidos en la institución".*

Que el Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de Grado de la Universidad Técnica del Norte, en su artículo 30, determina: Director y Asesor del trabajo de integración curricular.-Para el desarrollo del TIC, las unidades académicas realizaran el listado de directores y asesores para el trabajo de titulación; además establecerá un banco de temas sugeridos para el desarrollo de dichos trabajos, que serán aprobados por el Honorable Consejo Directivo de cada Facultad.

Que, la Guía Operativa de la Unidad de Integración curricular para las carreras de Grado de la Universidad Técnica del Norte, en su página 8, determina *1) Trabajo de Integración Curricular: "en el séptimo nivel se aprobará el tema, el plan de trabajo de integración Curricular y se elaborará el marco teórico para las carreras de área social y metodología para las carreras de ingeniería".*

Que, mediante memorando nro. UTN-FCS-SD-2025-0047-M, de 05 de febrero de 2025, suscrito por la MSc. Katherine Esparza, Subdecana (E) de la Facultad, dirigido al Mg. Widmark Báez Morales MD., Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, señala: *"ASUNTO: Medicina - Sugerir Aprobación Planes de Trabajo de Integración Curricular. Para que sea tratado en el Consejo Directivo me permito adjuntar Memorando nro. UTN-FCS-CAM-2025-0004-M, suscrito por la Doctora Carmen Pacheco, Coordinadora de la Carrera de Medicina. La Comisión Asesora de la Carrera de Medicina en sesión ordinaria del 24 de enero de 2025, analizaron y adjuntan los Planes de Trabajo de Integración Curricular de los estudiantes de la Carrera de Medicina, se sugiere la aprobación. Se adjunta: Memorando nro.UTN-FCS-CAM-2025-0004-M, Planes de Trabajo de Integración Curricular".*

Que, mediante Memorando nro. UTN-FCS-D-2025-0118-M, de 06 de febrero de 2025, suscrito por el Mg. Widmark Báez Morales MD., Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, dirigido a los señores Miembros del Honorable Consejo Directivo FCS: señala: *"ASUNTO: Medicina – Planes de Trabajo Unidad Integración Curricular. Para que se trate en el H. Consejo Directivo de la Facultad, previa verificación del cumplimiento del procedimiento respectivo de parte de la Secretaría Jurídica, adjunto Memorando nro. UTN-FCS-SD-2025-0047-M suscrito por la MSc. Katherine Esparza Subdecana (E) de la Facultad y Memorando nro. UTN-FCS-CAM-2025-0004-M, suscrito por la Dra. Carmen Pacheco, Coordinadora Carrera Medicina. La Comisión Asesora de la Carrera de Medicina, en sesión ordinaria del 24 de enero del 2025, adjunta el listado de temas de los Planes de Trabajo de la Unidad de Integración Curricular de los estudiantes de la Carrera de Medicina, se sugiere la aprobación".*

Con estas consideraciones, el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, en uso de las atribuciones conferidas por el Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica del Norte, Art. 44 literal n) referente a las funciones y atribuciones del Honorable Consejo Directivo de la Unidad Académica "Resolver todo lo ateniente a matriculas, exámenes, calificaciones, grados, títulos". **RESUELVE**:

1. Aprobar los Planes de Trabajo de Integración Curricular, a los señores estudiantes de la Carrera de Medicina; y, designar a los docentes a cumplir como Directores y Asesores, de los estudiantes detallados a continuación:

TEMAS DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR. PERIODO ACADÉMICO OCTUBRE FEBRERO 2025					
TEMA	**OBJETIVO**	**LINÉA DE INVESTIGACIÓN**	**AUTOR**	**DIRECTOR**	**ASESOR**
Prevención del estado nutricional asociado a enfermedades crónicas no transmisibles.	Implementar acciones educativas de prevención sobre estado nutricional asociado a enfermedades	Salud y Bienestar	AGUIRRE VALENZUELA ANDREA FERNANDA	DR RODRIGO ALVEAR REASCO	DRA. JACQUELINE POZO BENAVIDES

	crónicas no transmisibles.				
Educación para la salud sexual integral en el colegio Unidad Educativa Ecuador.	Determinar la efectividad de una estrategia educativa sobre Educación para la salud sexual integral en el colegio Unidad Educativa Ecuador.	Salud y Bienestar	CARDENAS YELA MICAELA JAZMIN	DRA. ADRIANA MINIET CASTILLO	DRA. CARMEN CECILIA PACHECO QUINTANA
Caracterización del grado de automedicación en la población geriátrica de Imbabura.	Determinar el grado de automedicación en la población geriátrica en la comunidad.	Salud y Bienestar	CEVALLOS ORTIZ HENRY SEBASTIAN	DR. KEVIN CARAGUAY JACOME	MSC. WLADIMIR VILLAFUERTE LEDESMA
Factores de riesgo y signos ecográficos de hiperplasia prostática benigna en docentes universitarios	Determinar los factores de riesgo y signos ecográficos de hiperplasia prostática benigna en docentes universitarios	Salud y Bienestar	DÍAZ VÁSQUEZ VANESA LIZBETH	DRA. JACQUELINE POZO BENAVIDES	DR. PABLO ANDRÉS CUASPUD GUERRERO
Relación de trastornos mentales y el estrés académico en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.	Relacionar los trastornos mentales y el estrés académico en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.	Salud y Bienestar	GONZALEZ VALLEJO MARIA BELEN	DRA. PATRICIA FLORES ESPINOZA	MsC. ANDREA HUACA GUEVARA
Factores de riesgo para cáncer de próstata en docentes universitarios.	Determinar factores de riesgo para cáncer de próstata en docentes universitarios.	Salud y Bienestar	HIDALGO SANCHEZ JEFFERSON ALEXANDER	DRA. JACQUELINE ANDREA POZO BENAVIDES	DR. LEONARDO SEBASTIÁN MONTENEGRO GUAMÁ
Análisis fenotípico de microorganismos resistentes a antibióticos en quirófanos,	Analizar fenotípicamente a microorganismos presentes en quirófanos y su resistencia a antibióticos.	Salud y Bienestar	IPIALES GUDIÑO PAOLA NAYELI	MSC. WLADIMIR VILLAFUERTE LEDESMA	DR. KEVIN CARAGUAY JACOME
Evaluación del riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Nº1.	Evaluar el riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil atendidas en el Centro de Salud Nº1.	Salud y Bienestar	OTAVALO TUQUERES KATHERINE MISHELLE	DRA. CARMEN CECILIA PACHECO QUINTANA	DRA. ADRIANA MINIET CASTILLO

Caracterización clínico-epidemiológica de las IRA en menores de cinco años. Centros de Salud tipo A, Ibarra.	Caracterizar clínico-epidemiológica de las IRA en menores de cinco años. Centros de Salud tipo A, Ibarra.	Salud y Bienestar	ROSERO PORTILLA DANNY ALEXIS	DRA. ADRIANA MINIET CASTILLO	DRA. CARMEN CECILIA PACHECO QUINTANA
Análisis del estado nutricional de gestantes en la parroquia Apuela, Cotacachi, Imbabura.	Analizar el estado nutricional de gestantes en la parroquia Apuela, Cotacachi, Imbabura.	Salud y Bienestar	TORRES BOLANOS CATHERINE LISETH	DRA. CARMEN CECILIA PACHECO QUINTANA	DRA. ADRIANA MINIET CASTILLO
Estilos de crianza parentales y su influencia en la salud reproductiva.	Analizar la influencia de los estilos de crianza parentales que afectan la salud reproductiva de las mujeres del Valle del Chota	Salud y Bienestar	YEPEZ RUEDA ALAN IORICK	DRA YESSENIA ACOSTA VINUEZA	DR RODRIGO ALVEAR REASCO

2. Notificar a la Coordinación de la Carrera de Medicina para los fines pertinentes.
3. Desde Secretaría de Carrera, se proceda con la notificación a los señores estudiantes y señores docentes directores y asesores de los Planes de trabajos de integración curricular. **NOTIFIQUESE Y CUMPLASE. -**

En unidad de acto suscriben la presente Resolución el Mg. Widmark Báez Morales MD., en calidad de Decano y Presidente del Honorable Consejo Directivo FCCSS; y, la Abogada Paola Alarcón A., Secretaria Jurídica (E) que certifica.

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO



Mg. Widmark Báez Morales MD.
DECANO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PRESIDENTE HCD FCCSS
UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE



Abg. Paola E. Alarcón Alarcón MSc.
Secretaría Jurídica FCCSS (E)

Anexo 2 Cuestionario y declaración de participación

Automedicación

CARACTERIZACIÓN DEL GRADO DE AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE LA PROVINCIA DE IMBABURA

* Indicates required question

1. ***Ejerciendo mi libre derecho participo de forma voluntaria en responder a las preguntas que contiene la siguiente encuesta, conociendo que la información será utilizada únicamente para fines académicos, por lo que autorizo y doy mi consentimiento de autorización en el mismo.*** *

Mark only one oval.

- ◯ Sí *Skip to question 2*
- ◯ No

Consentimiento informado

Encuesta

2. **Edad** *

Mark only one oval.

- ◯ 60 - 64
- ◯ 65 - 69
- ◯ 70 - 74
- ◯ 75 y más

3. **Género** *

Mark only one oval.

- ◯ Masculino
- ◯ Femenino

4. **¿Cómo se identifica?** *

Mark only one oval.

- ◯ Blanco
- ◯ Mestizo
- ◯ Indígena
- ◯ Afro ecuatoriano

5. **Estado civil** *

Mark only one oval.

- ◯ Soltero
- ◯ Casado
- ◯ Divorciado
- ◯ Unión libre
- ◯ Separado
- ◯ Viudo

6. **Nivel de instrucción** *

Mark only one oval.

- ◯ Educación primaria incompleta
- ◯ Educación primaria completa
- ◯ Educación secundaria incompleta
- ◯ Educación secundaria completa
- ◯ Educación superior incompleta
- ◯ Educación superior completa
- ◯ Ninguna

7. **Ocupación** *

Mark only one oval.

- ◯ Agricultura
- ◯ Tareas domésticas
- ◯ Profesional
- ◯ Comerciante
- ◯ Jubilado
- ◯ Otro

8. **¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada?** *

Check all that apply.

- ☐ Hipertensión
- ☐ Diabetes
- ☐ Artrosis
- ☐ EPOC
- ☐ Otra
- ☐ Ninguna

9. **¿De quién depende económicamente usted?** *

Mark only one oval.

- Aporte familiar
- Trabajo
- Pensión de mayor de edad
- Otro
- Ninguno

10. **¿A qué seguro está afiliado usted?** *

Mark only one oval.

- Seguro Social Campesino
- Seguro General IESS
- Afiliado a Clínica Privada
- Ninguno
- Otro

11. **¿Alguna vez has consumido medicamentos sin receta médica?** *

Mark only one oval.

- Si *Skip to question 12*
- No

Encuesta

12. **¿Con que periodicidad se automedica?** *

Mark only one oval.

- Siempre
- Casi siempre
- Ocasionalmente
- Rara vez

13. **¿Cuál es la razón que tuvo para no asistir a un centro de salud o médico antes de automedicarse?** *

Check all that apply.

- [ ] Mayor comodidad al automedicarse
- [ ] Confianza en sus propios conocimientos sobre salud
- [ ] Consideró que no era necesario acudir al médico
- [ ] Facilidad para acceder a los medicamentos por su cuenta
- [ ] Falta de tiempo para asistir a una consulta médica
- [ ] Lugar de atención lejano
- [ ] Demora en atención
- [ ] No le gusta ir al médico
- [ ] Otras

14. **¿Qué síntomas o dolencias lo motivaron a usar medicamentos sin consultar al médico?** *

Check all that apply.

- [ ] Dolor de cabeza
- [ ] Dolor articular o muscular
- [ ] Fiebre
- [ ] Gripe o resfriado
- [ ] Tos
- [ ] Dolor de estómago o acidez
- [ ] Diarrea o estreñimiento
- [ ] Ansiedad o insomnio
- [ ] Mareos
- [ ] Presión alta
- [ ] Diabetes (control del azúcar)
- [ ] Otra enfermedad

15. **¿Qué persona le aconsejo auto administrarse medicamentos sin prescripción profesional?** *

Mark only one oval.

- ◯ Amigo
- ◯ Vecinos
- ◯ Familiar
- ◯ Farmacéutico
- ◯ Incentivo Propio
- ◯ Otros

16. **¿Qué medio de comunicación influyen en usted para automedicarse?** *

Check all that apply.

- [ ] Internet
- [ ] Televisión
- [ ] Panel publicitario
- [ ] Periódico
- [ ] Radio

17. **¿Cuál es el medicamento que usted toma con más frecuencia?**

Check all that apply.

	Ibuprofeno	Aspirina	Diclofenaco	Naproxeno	Otro	Ninguno
Aines (Antiinflamatorios No Esteroideos)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. **¿Cuál es el medicamento que usted toma con más frecuencia?**

Check all that apply.

	Paracetamol	Metamizol (Dipirona)	Otro	Ninguno
Analgésicos	☐	☐	☐	☐

19. **¿Cuál es el medicamento que usted toma con más frecuencia?**

Check all that apply.

	Vitamina C	Loratadina	Salbutamol	Cetirizina	Otro	Ninguno
Antigripales/ Antihistamínicos (resfriado)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

20. **¿Cuál es el medicamento que usted toma con más frecuencia?**

Check all that apply.

	Sertal	Buscapina	Otro	Ninguno
Antiespasmódicos	☐	☐	☐	☐

21. **¿Cuál es el medicamento que usted toma con más frecuencia?**

Check all that apply.

	Nifedipina	Losartan	Amlodipino	Enalapril	Captopril	Otro	Ninguno
Antihipertensivos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

22. **¿Con que frecuencia consume los medicamentos?** *

Mark only one oval.

- ◯ Diario
- ◯ Semanal
- ◯ Mensual
- ◯ Cada 3 meses
- ◯ Cada 6 meses
- ◯ Rara vez

23. **¿Después de automedicarse siente mejoría?** *

Mark only one oval.

- ◯ Siempre
- ◯ Casi siempre
- ◯ Ocasionalmente
- ◯ Casi nunca
- ◯ Nunca

24. **¿Usted conoce que el automedicarse trae consecuencias negativas a su salud?** *

Mark only one oval.

- ◯ Si
- ◯ Desconozco

25. **¿Considera que los medicamentos naturales o remedios caseros son más seguros que los fármacos comerciales?** *

Mark only one oval.

- ◯ Sí
- ◯ No
- ◯ No estoy seguro

26. **¿Utiliza remedios caseros antes de tomar medicamentos?** *

Mark only one oval.

- ◯ Si
- ◯ No

27. **¿Usted volvería a automedicarse?** *

Mark only one oval.

- Siempre
- Casi siempre
- Considero necesario
- Ocasionalmente
- Nunca

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

Anexo 3 Cartilla educativa sobre seguridad de los medicamentos

ALOBURO / GUÍA PARA CUIDAR SU SALUD

01 / ANTES DE COMBINAR

Pregunte antes de combinar



Dos cajas distintas pueden tener el mismo ingrediente. Muéstrelas antes de combinarlas.

Una pregunta que puede hacer

"¿Estas medicinas tienen lo mismo?"

Elaborado por: Sebastián Cevallos

02 / PLANTAS Y VITAMINAS

Cuente también qué remedios usa



Las plantas y vitaminas también pueden cambiar el efecto de sus medicinas. Cuente cuáles usa.

Una pregunta que puede hacer

"¿Puedo usarlos juntos?"

Elaborado por: Sebastián Cevallos

03 / PREPARE SU CONSULTA

Lleve sus medicinas a la consulta



Lleve los envases o una lista. Incluya plantas, vitaminas y productos sin receta.

Una pregunta que puede hacer

"¿Podemos revisar todo lo que tomo?"

Elaborado por: Sebastián Cevallos

04 / SU TRATAMIENTO

Avise si siente molestias



No cambie su tratamiento por su cuenta. Si nota una molestia nueva, avise al personal de salud.

Una pregunta que puede hacer

"¿Esta medicina puede causarme molestias?"

Elaborado por: Sebastián Cevallos

Anexo 4 Registro fotográfico del trabajo de campo







