



UNIVERSIDAD
DE GRANADA



CONSUMO DE MEDICAMENTOS: COMPORTAMIENTO Y PATRÓN DE AUTOMEDICACIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA MULTICULTURAL

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

ESPERANZA BOU BARRAGÁN

MÁSTER DE DIVERSIDAD CULTURAL:
UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR Y TRANSFRONTERIZO

TUTORAS

CARMEN ENRIQUE MIRÓN
MARÍA JOSÉ MOLINA GARCÍA



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Melilla, a 3 de septiembre de 2018

D.^a Esperanza Bou Barragán con DNI nº 45319703-C, alumna del *Máster Universitario en Diversidad Cultural. Un enfoque multidisciplinar y transfronterizo* garantiza, al firmar este Trabajo Fin de Máster, que este trabajo ha sido realizando respetando los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus materiales, resultados o publicaciones.

EL ALUMNO

Fdo.: Esperanza Bou Barragán

AGRADECIMIENTOS

Después de un periodo de labor de varios meses, por fin he finalizado mi Trabajo de Fin de Máster. Quiero dar las gracias en este apartado a aquellas personas que han estado a mi lado durante este tiempo, tanto aquellos que me han apoyado como los que me han brindado su ayuda.

En primer lugar, agradecer a mis tutoras, María José Molina García y Carmen Enrique Mirón, su apoyo y ayuda durante la realización de este difícil trabajo; a mi familia, por brindarme el soporte necesario para seguir adelante en momentos de dificultad y su comprensión; y a mis compañeros de clase, por sus ánimos durante el desarrollo del curso.

Por último, agradecer a mis amigos, mi hermana y mi pareja, por estar siempre a mi lado en momentos de necesidad.

¡Muchas gracias a todos!

Esperanza Bou Barragán

Melilla, 11 de septiembre de 2018

Resumen

Introducción: Se ha identificado la necesidad de averiguar los conocimientos de los pacientes sobre los medicamentos que consumen y el hábito de automedicación, que cambia según el país de origen, la edad y el género de cada persona. Además, se trata la Promoción de la Salud como forma de evitar prácticas irresponsables. **Metodología:** Se trata de un estudio no experimental de tipo transversal y observacional, así como correlacional. Se realiza un análisis cuantitativo. La población está formada por los habitantes de Melilla (86.120 personas) y la muestra por 110 participantes. El instrumento es un cuestionario que consta de tres bloques. **Resultados:** Respecto al comportamiento ante el consumo de medicamentos, las mujeres presentan un mayor porcentaje de conducta responsable. En cuanto al patrón de automedicación, los ítems se dividen en dos factores. Las mujeres y los cristianos también se automedican más. **Conclusiones:** los resultados no pueden generalizarse debido a las características de la muestra.

Palabras clave: automedicación, medicamentos, salud, Melilla, cultura, religión, género.

Abstract

Introduction: Need to find out the knowledge of patients about the medicines they consume and the habit of self-medication, which changes according to the country of origin, age and gender of each person. Promotion of Health as a way to avoid irresponsible practices. **Methodology:** This is a non-experimental cross-sectional and observational study, as well as a correlational one. A quantitative analysis is performed. The population is formed by residents in Melilla (86,120 people) and the section is designed by 110 participants. The instrument is a survey that consists in three blocks. **Results:** Behaviors before the consumption of medicines: women present a higher percentage of compliance. Self-medication pattern: the items are divided into two factors, but the results can not be generalized due to the characteristics of the sample. Women and Christians also self-medicate more. **Conclusions:** The study has a limitations, such as the lack of previous documents, and it shows the need to develop the study, using a more extensive section.

Key words: self-medication, medicines, Healthy, Melilla, culture, religion, gender.

Índice

1. Introducción.....	1
1.1.Justificación.....	2
1.2.Objetivos.....	4
2. Marco teórico.....	4
2.1.Aspectos culturales en el cuidado de la salud.....	4
2.2.Promoción de la salud e información para un uso racional.....	11
3. Metodología.....	15
3.1.Diseño de la investigación.....	15
3.2.Población y muestra.....	16
3.3.Variable del estudio.....	17
3.4.Instrumento.....	18
3.5.Procedimiento de recogida y análisis de datos.....	18
4. Resultados.....	18
4.1.Comportamiento ante el consumo de medicamentos en función de las variables género y religión.....	19
4.2.Patrón de automedicación según las variables género y religión.....	34
5. Discusión.....	38
5.1.Comportamiento ante el consumo de medicamentos en función de las variables género y religión.....	38
5.2.Patrón de automedicación según las variables género y religión.....	41
6. Conclusiones.....	42
Referencias bibliográficas.....	44
Anexo.....	50

1. INTRODUCCIÓN

El consumo excesivo de medicamentos, ya sea por prescripción médica inadecuada, dispensación de los mismos sin receta o automedicación, provocan la aparición de resistencias en el paciente (Bernabé, Flores y Martínez, 2013), minimizando de esta forma la capacidad de éxito de los productos farmacéuticos. Visto de esta forma, encontramos un motivo que despierta la necesidad de averiguar el comportamiento de los pacientes hacia los medicamentos que consumen, así como la existencia o no de un hábito de automedicación a lo largo de su vida.

Esta investigación comienza con el desarrollo de una revisión bibliográfica que conforma el marco teórico, donde se establecen conexiones entre los diferentes aspectos culturales y su repercusión en el cuidado de la salud. Es aquí donde se comienza a hablar de automedicación como práctica cultural y social, destacando los factores personales que influyen en la misma, sin olvidar que, muchos de ellos, se trata de un hábito no responsable.

Esto conlleva a indagar en los autocuidados de diferentes países, ya que en muchos lugares la automedicación se centra en técnicas de medicina natural, sin bases científicas. Al haber alcanzado un alto nivel en la medicina tras los numerosos descubrimientos de los últimos siglos, ha sido necesario comenzar a registrar este tipo de técnicas complementarias, conocidas como “remedios” por algunos autores, ya que muchas de ellas, si no se conocen, pueden resultar perjudiciales.

A partir de aquí, es necesario llevar a cabo un acercamiento más profundo a los autocuidados, haciendo referencia a la infancia y la adolescencia como etapas clave en la creación de hábitos saludables y la depuración de otros perniciosos.

Tras una exposición del concepto de automedicación, se menciona la importancia de la Promoción de la Salud, para evitar prácticas irresponsables relacionadas con medicamentos, incluyendo la realidad social como aspecto clave en dicha costumbre.

También se alude al consumo de medicamentos, más concretamente a un uso racional de ellos, como la práctica adecuada para combatir la automedicación. Tras una exposición de estos conceptos, se menciona la importancia de la Promoción de la Salud, para evitar prácticas irresponsables relacionadas con medicamentos, haciendo referencia a la realidad social como aspecto clave en dicha costumbre.

A partir de aquí, se señalan aquellos documentos legislativos que tratan, por un lado, sobre el uso racional de medicamentos y, en lo que al prospecto se refiere,

definiéndolo y estableciendo sus ventajas y dificultades, remarcando su importancia. Se llama la atención, además, sobre la importancia de los medios de comunicación como canal para conocer diferentes medicamentos; consecuentemente, la publicidad ejerce una gran influencia en la automedicación.

1.1. Justificación

Existe gran cantidad de investigaciones relacionadas con el uso racional de medicamentos y la automedicación, y tanto las leyes como las campañas de promoción de la salud fomentan el uso racional de los medicamentos.

Los cuestionarios habituales suelen centrarse en los conocimientos de los usuarios, en lugar de en la opinión y la actitud general, así que Puig, Perramon, Zara y García (2015) se centran en estas variables y llegan a la conclusión de que algunas de ellas, como el bajo nivel educativo y la edad avanzada, influyen de forma negativa y permiten establecer el nivel de conocimiento, actitud y opinión acerca del uso racional de los medicamentos mediante un cuestionario, afirmando finalmente que una campaña educativa puede contribuir al aumento de la competencia de los usuarios en esta materia.

En Colombia, a manos de Berrouet, Lince y Restrepo (2017), se realiza una investigación con más de la mitad de los alumnos matriculados en una universidad privada. En ella, la mayoría de los investigados concluye que la automedicación es una práctica irresponsable y, a pesar de esto, muchos de ellos seguirían llevándola a cabo.

Otra investigación, realizada por Ramírez (2018), pretende averiguar en qué grado es posible que la intervención educativa mejore el nivel de conocimiento sobre los medicamentos, en este caso, de un grupo de madres pertenecientes al Programa Nacional Cuna Más, en Perú, mediante la realización de un estudio pre y postest. Según indican los resultados, el nivel de conocimiento de las madres participantes pasó de ser escaso a ser razonable y adecuado, alcanzándose valores más positivos en el realizado después de la intervención educativa sobre el uso racional de los medicamentos. En Cuba también se llevó a cabo una investigación sobre el uso racional de los medicamentos (Rodríguez, García, Alonso y León, 2017), la cual concluye que la participación del farmacéutico es indispensable para lograr una óptima atención farmacológica.

Más concretamente, ya dentro de la Unión Europea, destaca también una serie de investigaciones realizadas sobre el uso racional de los medicamentos y la automedicación. En el Área Metropolitana de Lisboa (Salmerón, García-Delgado, Iglesias-Ferreira, Mateus-Santos y Martínez-Martínez, 2014), se realiza un estudio descriptivo transversal

que pretende determinar el conocimiento de los pacientes que compran sus medicamentos en las farmacias comunitarias de esta zona, desde diciembre de 2009 hasta enero de 2010. Los resultados evidencian una elevada tasa de escasez de conocimiento del paciente sobre los medicamentos que consume, a pesar de las diferentes estrategias que se llevan a cabo para paliar este estado de desconocimiento.

El farmacéutico es una pieza clave para mejorar los tratamientos con medicamentos, ya que son los encargados de dispensar este tipo de productos y de dar la información necesaria para su correcta comprensión, como ya hemos mencionado anteriormente. Esto afirman Bernabé, Flores y Martínez (2013), que en su trabajo sobre la dispensación de antibióticos realizado en una farmacia comunitaria en la ciudad de Murcia (España), durante ocho meses y dirigido a mayores de 18 años, destacan que los pacientes poseen escasos conocimientos, incluso, sobre los medicamentos que el médico les prescribe.

Con el objetivo de explorar tanto las conductas como los hábitos sanitarios de los pacientes, se lleva a cabo un estudio (Huarte, 2013) con 49 participantes, que da como resultado que un 27% de los encuestados se automedica de forma habitual, aunque, afortunadamente, el 100% de ellos conocía la indicación y la pauta posológica indicada en el prospecto.

Para finalizar, es importante llamar la atención sobre un estudio realizado en hospitales de Andalucía que pretendía analizar el cuestionario ISMP-España y los resultados obtenidos en su aplicación en los hospitales mencionados, con la intención de establecer un punto de partida del grado de seguridad en el uso de los medicamentos en ellos, así como desarrollar un catálogo de buenas prácticas y crear un espacio dedicado al uso racional de los medicamentos (Padilla-Marín et al., 2012).

Partiendo de la base que nos marcan las distintas investigaciones, es importante conocer si en un entorno multicultural pueden existir también peculiaridades, tendencias o conductas respecto a la automedicación y, en relación con ella, el uso correcto de los medicamentos en un enclave multicultural como es la Ciudad Autónoma de Melilla. De esta premisa surge la necesidad de investigar el grado de conocimiento que la población posee acerca de los prospecto, puesto que esto favorecerá el uso de una automedicación responsable.

En la presente investigación no solo se van a medir conductas respecto al uso de los medicamentos, sino también patrones de automedicación de los ciudadanos, con la intención de realizar un exhaustivo análisis sobre las variables de identificación —el

género, la edad y aspectos culturales, como la religión, el estado civil, la ocupación principal y el nivel de estudios— y su influencia sobre los conocimientos mencionados y la aplicación de técnicas complementarias para el restablecimiento de la salud.

El problema de investigación surge porque son escasos los estudios realizados sobre los comportamientos ante el consumo de medicamentos y los patrones de automedicación, en mucha menos medida aquellos enfocados desde la percepción de las distintas culturas y, más concretamente, en la Ciudad Autónoma de Melilla. El uso racional de los medicamentos es un aspecto significativo y averiguar su práctica, así como si se produce un abuso de la automedicación, es imprescindible para mantener una buena salud.

1.2.Objetivos

El objetivo principal de esta investigación es conocer la influencia cultural en el comportamiento ante el consumo de medicamentos, su uso racional y los patrones de automedicación en la ciudadanía melillense.

Este objetivo se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

- Analizar el comportamiento ante el consumo de medicamentos en función de las variables género y religión.
- Determinar el patrón de automedicación según las variables de género y religión.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Aspectos culturales en el cuidado de la salud

La cultura está estrechamente vinculada a los distintos hábitos personales que se desarrollan en la población. Esto supone que ciertos aspectos, partes intrínsecamente unidas al individuo cuya alianza crea la cultura de cada ser humano, son decisivos para el establecimiento de hábitos como la automedicación, la utilización de productos naturales como alternativa a la medicina convencional y el uso racional de los medicamentos.

La automedicación, según Ortega (2015), está muy ligada al ser humano, ya que en ella influyen momentos históricos y culturales, como “tradiciones, conocimientos acumulados a lo largo del tiempo, representaciones sociales, mitos, supersticiones, desarrollo tecnológico y científico, demandas sociales respecto al cuidado físico de hombres y mujeres, y disponibilidad de recursos materiales, políticos y sociales” (p.38).

La automedicación es una práctica muy extendida en nuestro entorno (Garrigoza, Fernández, Valdovino, Bernal y Ojeda, 2017). Kaiser (2015) afirma que este tipo de autocuidado se produce cuando una persona advierte una serie de síntomas, decide no acudir al médico y trata de solucionar el problema según su propio criterio. Dicho procedimiento supone el primer escalón de la atención primaria, y puede resultar necesario para manejar aquellas enfermedades de carácter leve, a la vez que permite prevenir otras que pueden llegar a provocar la muerte. Menéndez (como se cita en Lo-Presti, 2018) añade que resulta ser una de las prácticas sociales más extendidas alrededor del mundo, utilizada para paliar algunos procesos de enfermedad y está considerada como la principal forma de autocuidado. Sin embargo, y a pesar de sus ventajas, hay que tener presente que la automedicación no es siempre la respuesta adecuada a las dolencias de las personas.

Acercándonos un poco más al concepto de automedicación, Betancourt, Fernández y Fuentes (2015) sostienen que se trata del consumo de medicamentos por propia iniciativa, por consejo de otras personas o por sugerencia de los auxiliares de farmacia, sin consultar previamente al médico y al farmacéutico. Además, estos autores también afirman que la automedicación está motivada por la falta de accesibilidad y calidad de los servicios sanitarios y por la autonomía que transmite al público la publicidad farmacéutica. Por otra parte, Ramírez, Larrubia, Escortell y Martínez (2006) definen la automedicación como la ingesta de fármacos, remedios herbáceos y caseros por iniciativa de cada uno o consejo de personas cercanas, sin realizar una consulta a los profesionales del área.

Aunque parezca que la automedicación mantiene la independencia del paciente, aumenta la responsabilidad de cada uno sobre su propia salud, evita el colapso del sistema sanitario y amplía la accesibilidad a los medicamentos; realmente las repercusiones negativas son muy graves, ya que conlleva la pérdida de eficacia de los fármacos, la equivocación en la elección del mismo o en la dosis indicada, supone un inconveniente para la evaluación médica, posee el riesgo de abusar y comenzar a depender de ellos, el deterioro de la relación entre el médico y el paciente y el aumento de los costes sanitarios (Kaiser, 2015).

Queralt (2005) concluye que los pacientes, ante un problema de salud, consultan en primer lugar al médico, la pareja, la madre y los amigos, siendo la edad, el estado civil, el género y los estudios las variables que más influyen en los autocuidados.

La automedicación, como afirma Valenzuela (2017), se encuentra también presente en la edad infantil, ya que a menudo, como medida previa a la consulta médica, los padres les administran medicamentos, o son ellos mismos, ya en la adolescencia, quienes deciden consumir fármacos que, generalmente, han recibido anteriormente para similares síntomas.

Según Ortega (2015), en la preadolescencia comienza a aparecer la conducta de automedicación, ya que se establece una relación entre esta y la progresiva autonomía de los adolescentes. Cuando los niños son más pequeños, los padres tienen muy presente el riesgo del fácil acceso a los medicamentos, pero dicho control va disminuyendo conforme el niño va creciendo, ya que los padres otorgan a sus hijos la responsabilidad de la automedicación cada vez antes. Los factores que influyen en esta decisión de los jóvenes de automedicarse son: los aspectos de la cultura familiar sobre el uso temprano de medicamentos, la falta de conciencia sobre el riesgo asociado a los medicamentos, la facilidad que existe en el acceso a los fármacos y la existencia de un bajo bienestar mental.

Es necesario destacar que, a pesar de la cantidad de personas que eligen la automedicación como solución a sus problemas de salud, hay un conjunto de riesgos ligados a la automedicación irresponsable (Montosa, Escalante y Romero, 2017):

- ✓ La aparición de intoxicaciones por un uso excesivo del medicamento o de efectos secundarios, que pueden no tener importancia o resultar muy graves.
- ✓ La falta de efectividad al no hacer un uso adecuado, por una incorrecta dosificación o por haberlo utilizado durante el tiempo equivocado.
- ✓ Dependencia o, incluso, adicción, que puede derivar en toxicomanía.
- ✓ Enmascaramiento de procesos graves de diversas enfermedades.
- ✓ Interacciones con otros medicamentos, alimentos o bebidas.
- ✓ La aparición de enfermedades, ya que su uso indiscriminado puede hacer que dejen de ser eficaces.

Así, por ejemplo, la consecuencia más negativa del uso de antibióticos como método de automedicación es que el tratamiento altera la ecología bacteriana, provocando creación y desarrollo de resistencias que afectan a la sociedad, convirtiéndose en un problema de salud pública (Valenzuela, 2017).

Para evitar que la automedicación irresponsable desemboque en dificultades de salud en los pacientes que son también consumidores de medicamentos sin receta médica, existen unas leyes que pretenden regular tanto el uso racional de medicamentos como la

correcta redacción de los prospectos, además de evitar que se produzca un exceso en la utilización de los autocuidados.

Para Rivera y Cabrejos (2016), existen diversos factores personales que influyen en la práctica de la automedicación, desde las características intrínsecas de cada individuo y la gravedad de la dolencia, hasta el grupo cultural al que pertenece el usuario y la lengua del mismo. Sin embargo, dichos factores no suponen una justificación real para el uso incorrecto de los medicamentos, lo cual, según Tobón-Marulanda (2002), es el resultado de actitudes y características biológicas, psicológicas, sociales y culturales que influyen en el malestar y en el papel de los medicamentos como método satisfactorio de las necesidades del paciente.

De Pablo (2011) considera que, por ejemplo, en la comunidad universitaria existe un alto índice de automedicación irresponsable como hábito muy enraizado, por lo que propone que incluso en la etapa universitaria debe abordarse este tema con la intención de evitar malos hábitos o reconducirlos, ya que estamos trabajando con adultos que, ante el error de automedicarse, tienen que ser capaces de hallar soluciones responsables. Además, señala una serie de factores que influyen en la decisión de emprender los autocuidados:

- Factores sociales, como la presión que el grupo de amigos o familiares hacen al ofrecer una solución sencilla a los problemas de salud y la falta de tiempo para hacer una visita al médico.
- Factores económicos, por ejemplo, el desempleo, las malas condiciones de vida y los ingresos económicos familiares bajos.
- Factores culturales, entre ellos la falta de acceso a los servicios, la poca educación en cultura sanitaria y la publicidad.

Desde el punto de vista de Jaramillo y Tintín (2015), se pueden distinguir dos tipos de automedicación, por un lado, la responsable, que hace referencia al momento en que se produce una consumición de medicamentos etiquetados como “sin prescripción previa”, que pueden adquirirse sin receta médica; por otro lado, la automedicación irresponsable, que sucede cuando se consumen fármacos que son posibles adquirir sin receta pero cuya prescripción facultativa es recomendable.

Según Piñero (2014), se ha comprobado que el alfabetismo sanitario es una relación instaurada entre el alfabetismo y los resultados que se producen en relación con

la salud; es decir, que entre niveles educativos altos y las condiciones de salud de las personas existe una evidente relación.

Siguiendo la misma línea, Batista, Ortiz y Hernández (2017) establecen que el progreso de la cultura sanitaria está íntimamente relacionada con la cultura general, pero Arnau y Laporte (2014), aunque aseguran que la cultura es un determinante crítico para el uso de los medicamentos, contraponen que las investigaciones no deben centrarse en el grado de educación de un pueblo, como el porcentaje de analfabetismo y el número de niños escolarizados, sino en la forma en que se planifica la salud y en función de la participación activa de la comunidad en las estrategias para promocionar el uso racional de los medicamentos.

Mantilla-Chávez, Bacón y Elizabeth (2017) advierten, en este sentido, que la automedicación es un grave problema de salud pública, especialmente en aquellos países que se encuentran en vías de desarrollo, ya que se pueden ocasionar peligrosos daños en la salud del individuo y la comunidad. Cuando participan factores de origen cultural, ya sean las costumbres, las creencias o la educación, supone una dificultad mayor.

Así, la automedicación en algunos países se centra, mayoritariamente, en aquellas técnicas complementarias a la medicina tradicional, que consisten en remedios naturales, infusiones herbáceas y rituales obsoletos que no hacen más que incentivar el grado de peligrosidad de los anteriores, ya que no poseen una base científica.

Villar, Ballinas, Soto y Medina (2016) definen la medicina tradicional como una serie de “esquemas de salud, concebidos desde una visión diferente a la occidental o convencional, cuya finalidad es la de llevar a la persona a superar la enfermedad para alcanzar el estado de bienestar y salud” (p.14); está muy ligada a los aspectos culturales de cada sociedad.

La utilización de productos naturales es diferente en función del continente, ya que la cultura es un aspecto que influye decisivamente en su uso. Por ello, la mayoría de gobiernos ha decidido regular legalmente este consumo para evitar riesgos que puedan surgir mediante la utilización de los productos y técnicas naturales. Paralelamente, el comportamiento que la población inmigrante pueda presentar respecto a la automedicación (Valenzuela, 2017) es un importante aspecto que debe tenerse en cuenta para analizar el vínculo entre la cultura y la salud, ya que tenderán a continuar los hábitos incorporados y adquiridos en el nuevo país de residencia.

Siguiendo a López, Cortés y Román (2016), se establecen distintas medidas, o la carencia de ellas, que se pueden encontrar en las diferentes zonas del mundo en lo que a

remedios y medicina complementaria se refiere. En Asia, la medicina tradicional y la convencional están amparadas bajo las prestaciones de planes de seguros públicos y privados. Más concretamente, tanto en Corea del Sur como en Vietnam, la medicina tradicional es una práctica que se lleva a cabo en hospitales y dispensarios, mientras que en Vietnam y, además, en China, los seguros públicos cubren la acupuntura, los tratamientos herbáceos y el resto de aspectos de la medicina tradicional.

Los mismos autores informan que Canadá ha incluido una serie de marcos normativos para productos de salud naturales, apoyándose en aquellos hechos a base de hierbas, mientras que Estados Unidos ha adoptado el uso de productos naturales como una técnica complementaria, adaptando marcos normativos para la regulación de los productos dietéticos, en lo que se refiere a su composición y la notificación de efectos secundarios que puedan derivar de su consumo.

Sin embargo, añaden que es en América del Sur donde se encuentran los países que han integrado técnicas complementarias en sus sistemas sanitarios a través de políticas y normas; y, también, aquellos que están en plena implementación de dichas técnicas y donde no existen documentos normativos que incluyan las técnicas complementarias en su sistemas de salud, aunque sí hayan regulado la comercialización de los productos naturales y homeopáticos. Gómez, Molina, Moncada, Suárez y Avendaño (2015), en una investigación realizada en Colombia, alegan que muchos pueblos, en la actualidad, siguen utilizando la medicina natural como única alternativa, debido a que no hay sistemas sanitarios establecidos. Sin embargo, la comprensión de estas prácticas supone conocer largas tradiciones o algunas que resultan “nuevas”, como consecuencia del mestizaje. Además, destacan cuatro profesiones relacionadas con la medicina natural, que son las parteras o comadronas¹, el curador general o remediero², el curandero³ y los sobanderos⁴.

Además, también afirman que en Emiratos Árabes Unidos se han llevado a cabo importantes progresos en la reglamentación de los profesionales de medicina tradicional y en Arabia Saudí debe realizarse el registro de los productos de hierbas que contengan menos de cinco componentes. África destaca porque la mayor parte de la población utiliza técnicas complementarias, recurriendo a formas de curación tradicionales o indígenas.

¹ Mujer que, sin tener estudios o titulación, ayuda o asiste a la parturienta (RAE, 2001).

² En Argentina, es un curandero.

³ Persona que, sin ser médico, ejerce prácticas curativas empíricas o rituales (RAE, 2001).

⁴ En Colombia y Venezuela, persona experta en dar masajes o fricciones con fines curativos (RAE, 2001).

Alemán, Álvarez y Carmona (2007), en este caso, hacen referencia a que en los países subdesarrollados, no se suele disponer de los medicamentos más imprescindibles por lo que no es extraño hallar métodos alternativos cuya utilidad terapéutica no ha sido demostrada.

Por otra parte, Oceanía está revisando su marco normativo con la intención de actualizarlo para que incluya los medicamentos complementarios, ya que el número de visitas a profesionales de técnicas complementarias ha aumentado. Finalmente, la Unión Europea ha establecido la “Red Paneuropea de Investigación CAMbrella”, con el propósito de evaluar las condiciones que amparan el uso de técnicas complementarias y su suministro en Europa. El 48% de los europeos adultos y el 45% de los niños utilizan técnicas complementarias, por lo que se ha regulado el uso racional de los medicamentos y se ha establecido una normativa europea concreta para el uso de plantas medicinales.

De esta forma, podemos advertir que gran parte de la población mundial suele utilizar técnicas complementarias para paliar sus enfermedades, sobre todo cuando se trata de una dolencia leve. Esta práctica conduce a la necesidad de regular, si no la automedicación a través de productos herbáceos y tratamientos naturales, al menos a aquellos que dispensan a los usuarios este tipo de mercancías y servicios.

A la extensión de esta línea de actuación contribuyen Barros y Fiuza (2014) que concluyen que la capacidad de diagnóstico de la medicina occidental ha alcanzado en la actualidad unos estándares muy altos en el campo de la salud, ha comenzado a producirse un registro de aquellas técnicas procedentes de las medicinas de otros lugares, aunque estas, como ya se ha mencionado, no posean una base científica.

Gil-García (2017) emplea la denominación de “remedios”, refiriéndose al concepto en el que incluye medicamentos de todo tipo, como vitaminas, tónicos y ungüentos, afirmando que los pacientes los utilizan en función de su propio criterio, sus diferentes creencias, sus valores culturales específicos, aquellas nociones de salud y enfermedad que posean, las presiones de los grupos sociales a los que pertenece, las modas y los itinerarios terapéuticos. Los remedios, además, deben adaptarse a cada cultura concreta antes de que sea aceptado.

Campos (2015) sostiene que la medicina natural forma parte del patrimonio cultural de los distintos países del mundo, ya que cada uno de ellos tiene sus propias prácticas. Se trata de una costumbre muy extendida según la cultura y consiste en la transmisión de la misma de una generación a la siguiente a lo largo del tiempo, ya que

existían incluso antes de que se produjera el desarrollo de la medicina actual. Además, este autor señala que es necesario preservar estas tradiciones y culturas.

2.2.Promoción de la salud e información para un uso racional

El consumo de medicamentos es un hábito en la vida de las personas y, por ello, supone una preocupación en lo que se refiere a su administración. Es necesario tratar el tema del uso racional de medicamentos con la intención de evitar prácticas erróneas como la automedicación excesiva e incontrolada, ya que el abuso de un medicamento puede derivar no solo en el padecimiento de enfermedades más costosas para el sistema sanitario y el usuario, sino también en que estas adquieran la condición de crónicas.

Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) (2002), el uso racional de medicamentos se produce en el momento en el que los pacientes reciben la medicación necesaria para paliar sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un periodo de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad.

Con la intención de implementar el correcto uso racional de los medicamentos, además de regular su oferta y consumo a través de políticas y leyes a nivel nacional en todo el mundo, se han desarrollado desde una serie de comités de regulación de medicamentos, guías de prácticas clínicas, formularios terapéuticos y listados de medicamentos esenciales, hasta cursos de formación continua para los profesionales implicados en la prescripción de medicamentos y para la comunidad que lleva a cabo la práctica de la automedicación (Dahir et al., 2015).

Por todo esto, es necesario fomentar la Promoción de la Salud, término que hace alusión a un procedimiento de capacitación que pretende que las personas posean un mayor control sobre su propia salud, provocando una mejora de la calidad de la misma. Dicha promoción supone un incremento de las oportunidades de aprendizaje, que implican el impulso de formas de comunicación, con la intención de mejorar el alfabetismo sanitario (López, 1999).

Para mejorar la responsabilidad sanitaria y la salud en niños y jóvenes es necesario que la Promoción de la Salud les enseñe a desarrollar conductas, actitudes y hábitos saludables, habilitando a los niños para que sean capaces de afrontar problemas de salud desde una perspectiva crítica (Davó, Gil-González, Vives-Cases, Álvarez-Dardet y La Parra, 2008).

Sin duda, abordar la esfera de la salud independientemente de la esfera social y cultural supone asumir un modelo abstracto y unilateral que daría una visión distorsionada de la realidad, puesto que el ser humano al que se le quiere brindar salud es un ser vivo que piensa, actúa, produce cultura y se desarrolla en sociedad (Saeteros, Díaz, Sanabria y Pérez, 2015).

Además, Gómez y Valero (2016) enfatizan que se debe partir de la realidad social, los conocimientos, las actitudes y las prácticas de la población para constituir referentes sociales, que conlleven la creación de programas de salud capaces de fomentar la comunicación para solucionar aquellos problemas que puedan surgir respecto al servicio sanitario.

Es importante señalar que existe una serie de documentos normativos en España dedicados a regular desde el uso racional de los medicamentos hasta la dispensación de los mismos. En primer lugar, destaca la *Ley 28/2009, de 30 de diciembre*, que modifica la *Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*. Esta promueve la creación de programas para actualizar la educación sanitaria que la población posee, favoreciendo el uso racional de los medicamentos.

Por otra parte, se encuentra el *Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente*, donde se destaca que es imprescindible la identificación e información que debe aparecer en la etiqueta y el prospecto del medicamento, garantizando que se utilice de forma correcta, fomentando la seguridad y la eficacia durante su uso.

La *Directiva 2004/27/CE* del Parlamento Europeo y del Consejo de 31 de marzo de 2004 que modifica la *Directiva 2001/83/CE por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos de uso humano*, completada por el *Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente*, pretende establecer, en relación con el etiquetado y con el prospecto, normas comunes ampliando el margen de las legislaciones nacionales en lo relacionado con la autenticidad e identificación, y elevando el nivel de protección de los usuarios mediante la correcta utilización de los medicamentos, partiendo de una información comprensible.

Es importante hacer referencia algunos apartados de dichas leyes. En el Anexo V de la *Directiva 2004/27/CE*, se recogen los datos que el prospecto debe desarrollar, y que ha de elaborarse de acuerdo a la ficha técnica del medicamento. Para la identificación del mismo, es necesario desarrollar:

- Denominación del medicamento, dosificación, mención de los destinatarios lactantes, niños o adultos, Denominación Común Internacional y grupo farmacoterapéutico al que pertenece.
- Indicaciones terapéuticas.
- Enumeración de contraindicaciones, precauciones adecuadas de empleo, interacciones que afecten a la acción del medicamento, advertencias especiales.
- Instrucciones necesarias sobre posología, forma y vía de administración, frecuencia de administración y, en el caso de los medicamentos radiofármacos, precauciones que deba tener en cuenta el usuario.
- Duración del tratamiento, medidas para tener en cuenta en caso de sobredosis, qué hacer en caso de olvidar la toma de una o varias dosis, el riesgo del síndrome de abstinencia y la recomendación de consultar al médico o, en su defecto, al farmacéutico.
- Descripción de los efectos secundarios.
- Referencia a la fecha de caducidad, que figurará en el envase del medicamento.
- La composición cualitativa completa (principios activos y excipientes).
- Forma farmacéutica y contenido en peso.
- Nombre y dirección del titular de la autorización y del responsable de la fabricación, en caso de que se trate de una persona distinta.
- Fecha de la última revisión del prospecto.

Este es otro aspecto importante sobre el uso racional del medicamento y es que supone el único soporte textual de información que posee el usuario que se dispone a automedicarse: el prospecto, que según Martínez-Motos (2015), es un canal mediante el cual la comunidad farmacéutica, que en este caso es el emisor, envía un mensaje al paciente, que actúa como receptor, con la finalidad de instruirlo sobre el buen uso del producto en cuestión y la forma de conseguir el mayor beneficio del medicamento.

Alemán, Álvarez y Carmona (2007) establecen una serie de ventajas que presentan los prospectos de los medicamentos para los pacientes:

- Suponen un complemento efectivo de las recomendaciones del médico o el farmacéutico.
- Su producción posee un bajo coste.
- Se adaptan al ritmo de aprendizaje del usuario, ya que se puede leer el número de veces que se necesite, en cualquier momento y lugar.
- Su prestigio y seriedad transmite confianza.
- La continuidad del tratamiento se mantiene debido a la posesión de la información a través del lenguaje escrito.

Cuando hablamos de los prospectos, Gosálbez (2014) afirma que es necesario conocer el registro y el género del texto objeto del proceso de traducción de una lengua a otra. El análisis de dicho género es uno de los puntos más importantes para delimitar aquellos mecanismos que influyan en el desarrollo de la traducción. Asimismo, es necesario realizar también un análisis cultural, ya que cada cultura está organizada de una forma distinta, lo que influye en la lectura de los prospectos.

Escudero y León (2007) sostienen que el conocimiento lector es un factor determinante para lograr identificar las relaciones en los textos expositivos. Cuantos menos términos específicos conoce el usuario, asigna más significados según le indique su sentido común; es decir, que si el prospecto no es comprensible, el lector opta por darle preferencia a sus conocimientos previos.

El prospecto de un medicamento pretende ser un texto informativo dirigido a pacientes y usuarios, no a los profesionales sanitarios, puesto que los receptores principales de los medicamentos no pertenecen a este ámbito y deben comprender estos textos sin tener que hacer grandes esfuerzos. Hay diversos trabajos que se han dedicado a estudiar la legibilidad lingüística de los prospectos de medicamentos, aunque en menor medida que en documentos de consentimiento informado y textos de educación para la salud (Ballesteros-Peña y Fernández-Aedo, 2013).

Por otro lado, Mayor-Serrano (2010) hace hincapié en que los prospectos tienen la finalidad de describir las características que posee el medicamento y, aunque la *Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios* afirma que el prospecto debe ser legible y claro, asegurando que el paciente lo comprenda mediante una eliminación de los términos técnicos en su redacción, no siempre se cumplen estos requisitos y lo único que consigue es disuadir al paciente de su lectura.

Los prospectos de medicamentos causan en el receptor un efecto comunicativo tanto informativo como instructivo. Dichos pacientes conocen la premisa de seguir las indicaciones que se dan en estos textos, garantizando su validez por parte de las leyes europea y nacional, lo cual le confiere credibilidad (Martínez-Motos, 2015).

Para finalizar, es necesario destacar la existencia de una investigación realizada en la Ciudad Autónoma de Melilla, en la que Enrique y Molina-García (2017) estudian el uso y la comprensión de prospectos en alumnado de la Universidad de Granada en el Campus de Melilla y en población general ajena al Campus y sin estudios universitarios. El prospecto es un texto que llega a los usuarios de medicamentos sin intermediarios y es por ello que debe dar una respuesta efectiva a las preguntas de los pacientes sobre los mismos. Estas autoras afirman que la Agencia Española del Medicamento y la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos se preocupan por la legibilidad y la comprensión de los prospectos, por lo que surge esta investigación, que concluye con la afirmación de que existen deficiencias en dicha comprensión debido a la dificultad de la tipología textual, que por sus numerosos tecnicismos no se adapta al conocimiento previo de los consumidores. A partir de este estudio, las autoras realizan una propuesta didáctica para que los alumnos se familiaricen con este tipo de texto.

Es importante llamar la atención sobre el hecho de que los medios de comunicación están cobrando cada vez más importancia, incluso en la obtención de información sobre nuevos medicamentos; esto ha supuesto que incluso los grandes laboratorios dediquen sus principales esfuerzos al lanzamiento de campañas de comunicación capaces de generar importantes expectativas en la población, incluso dándole prioridad antes que a otros métodos de difusión más tradicionales (Clavel, 2013).

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

Se trata de un estudio no experimental de tipo transversal y observacional. Esto supone, por un lado, que se enumeran descriptivamente las características observadas en el grupo de participantes y, por otro, que se investiga la distribución de un fenómeno en la población sin que la investigadora realice algún tipo de modificación sobre ellos. Por otra parte, que el estudio sea observacional permite que se pueda aplicar a sectores más amplios de población, evitando caer en situaciones demasiado específicas. También es correlacional, puesto que va a comprobarse si unas variables influyen en otras, en este caso el género y la religión. Además, es importante señalar el uso de una metodología de

investigación descriptiva, ya que se trata de un estudio que posee la finalidad de describir los datos recogidos y las características de esta población en relación con el uso racional de los medicamentos y los patrones de automedicación.

Se lleva a cabo un método de análisis cuantitativo, que consiste en realizar una investigación que permita examinar los datos de forma numérica, con la objetividad necesaria para alcanzar el conocimiento requerido mediante una medición exhaustiva y controlada, utilizando el método hipotético-deductivo para alcanzar unos resultados aprovechables.

3.2.Población y muestra

Si bien la población de la Ciudad Autónoma de Melilla está formada por 86 120 personas, de las cuales 43 629 son hombres y 42 491, mujeres (datos recogidos del INE el 23 de mayo de 2018), la muestra objeto de estudio ha estado configurada por un total de 110 participantes.

El método de muestreo seleccionado es, dentro del no probabilístico, el accidental, ya que los elementos de la población son escogidos de forma casual, sin juicio previo. La investigadora se ha situado en diferentes puntos de la Ciudad Autónoma de Melilla, tales como:

- Distrito 2.º: Parque Hernández, mañana y tarde; y Avenida Juan Carlos I, solo en horario de tarde.
- Distrito 6.º: papelería Pandora, situada junto a la Plaza de Toros, a diferentes horas del día, y panadería Trigoso, exclusivamente en horario matinal.
- Distrito 7.º: peluquería Reflejos, a lo largo de distintas mañanas y tardes, elegida con la intención de obtener una muestra determinada.
- Distrito 8.º: Calle Ibáñez Marín, entre las cinco y las nueve de la tarde; el Autoservicio de Álvaro de Bazán, por la mañana; Centro de Educación Infantil y Primaria Enrique Soler, en el momento de la salida de los niños y niñas, aprovechando la espera de los parientes.

Las características de los participantes del estudio respecto a las variables de identificación quedan recogidas en la tabla 1. En cuanto a la edad, la media es de 42.21 (DT 14.75) años, siendo la mínima 18 años y la máxima 87 años.

Tabla 1

Descripción de la muestra en función del género, la religión, el estado civil, la ocupación principal y el nivel de estudios

		Frecuencia	Porcentaje
Género	Mujer	66	60.0
	Hombre	44	40.0
Religión	Cristiana	43	39.1
	Musulmana	59	53.6
	Agnóstico	2	1.8
	Ateo	6	5.5
Estado civil	Soltero	37	33.6
	Casado	52	47.3
	Viudo	6	5.5
	En pareja	14	12.7
	Separado	1	0.9
Ocupación principal	Estudia	15	13.6
	Trabaja	55	50.0
	Estudia y trabaja	15	13.6
	Se ocupa del hogar	15	13.6
	Jubilado	6	5.5
	Sin ocupación	4	3.6
Nivel de estudios	Sin estudios	11	10.0
	Estudios primarios	20	18.2
	Estudios secundarios	17	15.5
	Bachiller o FP superior	28	25.5
	Estudios Universitarios	34	30.9

Fuente: elaboración propia

Como puede observarse en la tabla 1, hay una mayor proporción de mujeres que de hombres. La muestra se divide, principalmente, en participantes de religión musulmana y cristiana, en su mayoría casados y con ocupación laboral. Además, gran parte de ellos posee un nivel de estudios superiores, desde Bachiller y Formación Profesional Superior, hasta estudios universitarios.

3.3. Variables del estudio

Como *variables dependientes* se han considerado los ítems que contempla el cuestionario diseñado y que tratan de valorar el comportamiento ante el uso y consumo de medicamentos así como el patrón de automedicación. Y como *variables independientes*, todas las recogidas en los datos de identificación: género, edad, origen cultural, estado civil, nivel de estudios y ocupación.

3.4. Instrumento

El instrumento utilizado para la recogida de datos está basado en el cuestionario propuesto por Chávez y Mendiburu (2016) y que puede consultarse en el Anexo. Este cuestionario consta de tres bloques:

- Bloque I: “Datos sociodemográficos generales” formado por seis preguntas que hacen referencia al género, la edad, la religión, el estado civil, la ocupación principal y el nivel de estudios de los participantes.
- Bloque II: “Opiniones y comportamientos ante los medicamentos” compuesto por 19 ítems obligatorios y dos opcionales que aluden al comportamiento de los participantes ante los medicamentos y el uso que hacen de ellos.
- Bloque III: “Patrón de automedicación” con 10 ítems en forma de escala con tres opciones de respuesta (“Frecuentemente”, “A veces” y “Nunca”) de las que hay que escoger una.

3.5. Procedimiento de recogida y análisis de datos

La recogida de datos se realizó entre los meses de enero y mayo de 2018, ambos inclusive, tal y como se ha indicado en el apartado referido a la descripción de la muestra.

Para el análisis de los datos recogidos, se ha utilizado el programa de análisis de datos SPSS, en su versión 23.0. Dadas las características del cuestionario, se han utilizado estadísticos descriptivos básicos (frecuencias y porcentajes así como medias según la naturaleza de las variables). Para analizar la relación entre las variables de identificación y las de estudio se han manejado tablas de contingencia con la prueba Chi cuadrado para establecer la fortaleza de la asociación. Para el análisis del Bloque III, se ha recurrido a medias y, dado que la distribución muestral no es normal (prueba de Kolmogorov-Smirnov), se han utilizado pruebas no paramétricas, en concreto la U de Mann-Whitney, para estudiar la significatividad de las diferencias entre las medias.

4. RESULTADOS

Para la exposición de los resultados de esta investigación se presentan los datos y procedimientos estadísticos realizados para dar respuesta a los objetivos planteados, es decir, la influencia cultural en el comportamiento ante el consumo de medicamentos, su uso racional y los patrones de automedicación en la ciudadanía melillense, y si el género y la religión son características que influyen en ellos. En el momento de tratar la religión,

se han considerado solamente cristianos y musulmanes, debido a que son las opciones mayoritariamente representadas.

4.1. Comportamiento ante el consumo de medicamentos en función de las variables género y religión

Para dar respuesta a este objetivo se han considerado seis bloques que agrupan los ítems del cuestionario y se han analizado las respuestas obtenidas en función de las variables género y religión.

a) ¿Qué tomar ante un malestar?

El ítem 11 pregunta directamente sobre lo que se tomaría ante una molestia o malestar, proporcionando dos opciones: medicamentos o productos naturales entre los que detalla remedios, homeopatía, alimentos, etc. En la tabla 2 se muestran las respuestas dadas en función del género y de la religión.

Tabla 2

Actuación de los participantes ante una situación de malestar

		Frecuencia	Porcentaje	
Medicamento	Total	51	46.4	
	Género	Mujer	29	43.9
		Hombre	22	50.0
	Religión	Cristiana (católica)	27	62.8
		Musulmana	16	27.1
Producto natural	Total	59	53.6	
	Género	Mujer	37	56.1
		Hombre	22	50.0
	Religión	Cristiana (católica)	16	37.2
		Musulmana	43	72.9

Fuente: elaboración propia

Como puede observarse en dicha tabla, ante una sensación de malestar un 46.4% de los participantes elige tomar un medicamento frente al 53.6% que prefiere tratar los síntomas con el uso de un producto natural. Además, el 56.1% de las mujeres que participan en el estudio prefieren el uso de los productos naturales, frente al 50% de los hombres. El porcentaje también es mayor en la cultura musulmana, ya que el 72.9% de estos participantes prefieren utilizar un producto natural, mientras que en la cultura católica solo el 37.2% señala esta opción. En cuando a lo que los participantes prefieren

tomar ante malestar, las diferencias entre cristianos y musulmanes son estadísticamente significativas ($p=.000$).

b) ¿A quién se consulta sobre medicamentos?

A quién se acude para pedir información sobre medicamentos es significativo para hacer un uso racional de los mismos. En este caso, se ofrecían varias opciones y se podían marcar más de una (ítem 8). La tabla 2 recoge, en frecuencias y porcentajes, las respuestas dadas en función del género y de la religión.

Tabla 3

Persona a la que consulta sobre los medicamentos (solo respuestas afirmativas)

		Frecuencia	Porcentaje	
Médico	Total	98	89.1	
	Género	Mujer	57	86.4
		Hombre	41	93.2
	Religión	Cristiana (católica)	36	83.7
Musulmana		55	93.2	
Farmacéutico	Total	38	34.5	
	Género	Mujer	25	37.9
		Hombre	13	29.5
	Religión*	Cristiana (católica)	22	51.2
Musulmana		12	20.3	
Familiares	Total	25	22.7	
	Género	Mujer	13	19.7
		Hombre	12	27.3
	Religión**	Cristiana (católica)	7	16.3
Musulmana		14	23.7	
Amigos	Total	7	6.4	
	Género	Mujer	3	4.5
		Hombre	4	9.1
	Religión	Cristiana (católica)	2	4.7
Musulmana		4	6.8	
Auxiliares de farmacia	Total	41	37.3	
	Género	Mujer	26	39.4
		Hombre	15	34.1
	Religión***	Cristiana (católica)	9	20.9
Musulmana		30	50.8	
Naturista	Total	13	11.8	
	Género	Mujer	7	10.6
		Hombre	6	13.6
	Religión	Cristiana (católica)	3	7.0
Musulmana		10	16.9	

* Asociación significativa ($p=.010$) ** ($p=.041$) *** ($p=.001$)

Fuente: elaboración propia

Se observa que casi un 90% de los participantes, independientemente de su género y religión, consulta al médico sobre los medicamentos, siendo solo un 34.5% el que acude al farmacéutico para recabar información, porcentaje que se incrementa ligeramente cuando se refiere al auxiliar de farmacia (37.3%). Por otra parte, más de un 50% de las personas de religión musulmana que han participado en este estudio consultan la elección de los fármacos a los auxiliares de farmacia, mientras que más del 15% de las personas con estas mismas características consultan al naturista.

Al igual que ocurriera con el ítem anterior, es la religión la que establece diferencias significativas, tal y como se indica en la tabla 3.

c) Conocimiento sobre medicamentos

Para obtener información sobre el grado de conocimiento que los participantes tienen sobre el uso de los medicamentos se han analizado las respuestas dadas a los ítems 7, 9, 10 y 15. Así, la tabla 4 muestra las formas farmacéuticas más conocidas por los participantes desglosando los datos en función del género, y la tabla 5, según la religión.

Tabla 4

Formas farmacéuticas más conocidas por los participantes (solo respuestas afirmativas según el género)

		Frecuencia	Porcentaje	
Pastillas	Total	109	99.1	
	Género	Mujer	65	98.5
		Hombre	44	100.0
Jarabes	Total	91	82.7	
	Género	Mujer	55	83.3
		Hombre	36	81.8
Supositorios	Total	60	54.5	
	Género	Mujer	36	54.5
		Hombre	24	54.5
Inyectables	Total	57	51.8	
	Género	Mujer	32	48.5
		Hombre	25	56.8
Pomadas	Total	94	85.5	
	Género	Mujer	56	84.8
		Hombre	38	86.4

Fuente: elaboración propia

Tabla 5

Formas farmacéuticas más conocidas por los participantes (solo respuestas afirmativas según la religión)

		Frecuencia	Porcentaje	
Pastillas	Total	109	99.1	
	Religión	Cristiana (católica)	43	100.0
		Musulmana	58	98.3
Jarabes	Total	91	82.7	
	Religión	Cristiana (católica)	37	86.0
		Musulmana	47	79.7
Supositorios	Total	60	54.5	
	Religión*	Cristiana (católica)	30	69.8
		Musulmana	23	39.0
Inyectables	Total	57	51.8	
	Religión	Cristiana (católica)	27	62.8
		Musulmana	24	40.7
Pomadas	Total	94	85.5	
	Religión	Cristiana (católica)	37	86.0
		Musulmana	50	84.7

***Asociación significativa (p=.004)**

Fuente: elaboración propia

Cabe destacar que tanto las pastillas como los jarabes y las pomadas son las formas farmacéuticas más conocidas por los participantes al ser señaladas por más del 80% de ellos.

Además, es importante tener en cuenta que no se ha encontrado una relación de asociación significativa entre las variables y el género y la religión, excepto para el caso de los supositorios y la religión (como ya se indica en las tablas 4 y 5).

Algunos participantes señalaron también otros tipos de formas farmacéuticas, como colirios (7.6% de las mujeres y 4.5% de los hombres; 11.6% de los cristianos y 3.4% de los musulmanes), aerosoles (1.5% de las mujeres y 2.3% de los hombres, por un lado; y 2.3% de los cristianos y 1.7% de los musulmanes los conocen) y parches (2.3% de los hombres y de los cristianos los conocen).

En la tabla 6 se muestra el conocimiento sobre medicamentos genéricos y comerciales separando los datos en función del género y la religión.

Tabla 6

Conocimiento de los medicamentos genéricos y comerciales (solo respuestas afirmativas)

		Frecuencia	Porcentaje
Total		93	84.5
Género	Mujeres	55	83.3
	Hombres	38	86.4
Religión	Cristiana	38	88.4
	Musulmana	48	81.0

Fuente: elaboración propia

Como puede observarse en esta tabla, una gran parte de los participantes conocen la existencia y diferenciación entre medicamentos genéricos y comerciales, siendo el porcentaje superior al 80% en todos los casos. No se aprecian diferencias significativas entre las variables de estudio.

En la tabla 7 se recogen las respuestas dadas al ítem 10 que aluden directamente al tipo de medicamentos que prefieren consumir desglosando los datos, nuevamente, en función del género y la religión.

Tabla 7

Medicamentos que consume

		Frecuencia	Porcentaje	
Genérico	Total	58	52.7	
	Género	Mujer	40	60.6
		Hombre	18	40.9
	Religión*	Cristiana (católica)	24	55.8
		Musulmana	28	47.5
Comerciales	Total	16	14.5	
	Género	Mujer	9	13.6
		Hombre	7	15.9
	Religión*	Cristiana (católica)	13	30.2
		Musulmana	1	1.7
Ambos	Total	23	20.9	
	Género	Mujer	10	15.2
		Hombre	13	29.5
	Religión*	Cristiana (católica)	5	11.6
		Musulmana	18	30.5

*** Asociación significativa (p=.000)**

Fuente: elaboración propia

Como se observa en la tabla 7, la mayor parte de la muestra de estudio emplea medicamentos genéricos, mientras que un 20.9% de ellos consumen tanto estos como los comerciales; dentro de este porcentaje, según el género, el 15.2% de las mujeres y el 29.5% de los hombres utilizan ambos tipos de fármacos. Puede extraerse que se utiliza

un mayor número de medicamentos genéricos en el grupo de las mujeres (60.6%) y en el grupo de los cristianos (55.8%, frente a un 47.5% de los musulmanes).

En lo que a los riesgos del uso inadecuado de medicamentos se refiere (ítem 15), es importante destacar que el 45.5% de los sujetos son conscientes de ellos, siendo el mismo porcentaje para hombres y para mujeres. En cuanto a la cultura, destaca el 69.5% de cristianos conscientes de los riesgos mencionados frente al 33.9% de los musulmanes que lo son.

d) Información sobre medicamentos: uso del prospecto

Por otra parte, se centra la atención en el uso del prospecto como texto informativo que acompaña a los medicamentos así como en los apartados que suelen leer con más atención (ítems 12, 13 y 14).

La tabla 8 recoge los datos generales sobre la lectura del prospecto, en total y segregado por género y religión.

Tabla 8

Frecuencias y porcentajes respecto a la lectura del prospecto de los medicamentos que se consumen

			Frecuencia	Porcentaje	
Lee el prospecto	Total		Frecuentemente	45	40.9
			A veces	32	29.1
			Nunca	33	30.0
	Género	Mujer	Frecuentemente	27	40.9
			A veces	21	31.8
			Nunca	18	27.3
	Hombre	Frecuentemente	18	40.9	
		A veces	11	25.0	
		Nunca	15	34.1	
Religión	Cristiana	Frecuentemente	26	60.5	
		A veces	12	27.9	
		Nunca	5	11.6	
	Musulmana	Frecuentemente	16	27.1	
		A veces	16	27.1	
		Nunca	27	45.8	

Fuente: elaboración propia

Como puede observarse, solo un 40.9% de los participantes realiza la lectura del prospecto de forma frecuente. No existen diferencias entre el número de mujeres y de hombres que leen el prospecto, pero sí se advierte una desigualdad significativa entre las personas de religión cristiana (60.5%) y de religión musulmana (27.1%) que lo leen.

Respecto al motivo por el que los hombres y las mujeres leen el prospecto, es importante destacar que las mujeres se preocupan más en el momento de informarse respecto a los medicamentos, tal y como se indica en la tabla 9. Dentro de ese 40.9% de los participantes que realiza dicha lectura (tabla 8), un 32.7% lo hace para estar informados y asegurarse de las dosis que deben tomar; un 16.4%, con la intención de conocer los efectos secundarios de los medicamentos; y un 11.8%, para ser consciente de las interacciones que pudiera haber con otros fármacos. Existe una gran diferencia entre el porcentaje de cristianos que lo hace para estar informado y seguros de las dosis (48.8%) y el de musulmanes (22%), así como entre los hombres (6.8%) y las mujeres (22.7%) que realizan la lectura para estar prevenidos sobre los efectos secundarios.

Tabla 9

Motivos por los que se lee el prospecto

		Frecuencia	Porcentaje	
Para estar informado de lo que toma y seguro de las dosis	Total	36	32.7	
	Género	Mujer	22	33.3
		Hombre	14	31.8
	Religión*	Cristiana	21	48.8
		Musulmana	13	22.0
Para estar prevenido con respecto a los efectos secundarios	Total	18	16.4	
	Género**	Mujer	15	22.7
		Hombre	3	6.8
	Religión	Cristiana	11	25.6
		Musulmana	5	8.5
Por si tuviera peligro de interacción con otro medicamento	Total	13	11.8	
	Género	Mujer	8	12.1
		Hombre	5	11.4
	Religión	Cristiana	8	18.6
		Musulmana	5	8.5

*Asociación significativa (p=.028)

**Asociación significativa (p=.027)

Fuente: elaboración propia

Por otro lado, los motivos por los que el 30% de los participantes afirma no leer nunca (tabla 8) son bastante diversos, desde la dificultad de comprensión de los mismos (23.6%) o la gran cantidad de efectos secundarios que aparecen en él (19.1%), hasta que el médico ya le proporciona suficiente información (33.6%) y que el prospecto suele tener la letra demasiado pequeña (20%), como se muestra en la tabla 10.

Tabla 10

Motivos por los que los participantes no leen el prospecto

		Frecuencia	Porcentaje	
Porque su lectura es difícil de comprender	Total	26	23.6	
	Género	Mujer	12	18.2
		Hombre	14	31.8
	Religión*	Cristiana	2	4.7
		Musulmana	23	39.0
Porque asusta la cantidad de efectos secundarios que indican	Total	21	19.1	
	Género	Mujer	14	21.2
		Hombre	7	15.9
	Religión	Cristiana	5	11.6
		Musulmana	16	27.1
Con la información que me da el médico tengo suficiente	Total	37	33.6	
	Género	Mujer	22	33.3
		Hombre	15	34.1
	Religión**	Cristiana	9	20.9
		Musulmana	24	40.7
Vienen con una letra muy pequeña	Total	22	20.0	
	Género	Mujer	11	16.7
		Hombre	11	25.0
	Religión***	Cristiana	4	9.3
		Musulmana	18	30.5

***Asociación significativa (p=.000) **(p=.039) ***(p=.027)**

Fuente: elaboración propia

En la tabla 11 y 12 se exponen los apartados del prospecto que los participantes leen con mayor frecuencia, desglosando las respuestas por género y religión.

Tabla 11

Apartados del prospecto que los participantes leen con más frecuencia (total de las respuestas afirmativas)

	Frecuencia	Porcentaje
Composición	6	5.5
Posología	41	37.3
Indicaciones, contraindicaciones, precauciones e interacciones	57	51.8
Efectos secundarios	26	23.6
Intoxicación y su tratamiento	11	10.0
Presentación	3	2.7
Advertencias	9	8.2

Fuente: elaboración propia

Tabla 12

Apartados del prospecto que los participantes leen con más frecuencia (solo respuestas afirmativas según género y religión)

		Frecuencia	Porcentaje
Composición			
Género	Mujer	2	3.0
	Hombre	4	9.1
Religión	Cristiana (católica)	3	7.0
	Musulmana	3	5.1
Posología			
Género	Mujer	24	36.4
	Hombre	17	38.6
Religión	Cristiana (católica)	14	32.6
	Musulmana	24	40.7
Indicaciones, contraindicaciones, precauciones e interacciones			
Género	Mujer	39	59.1
	Hombre	18	20.9
Religión*	Cristiana (católica)	28	65.1
	Musulmana	24	40.7
Efectos secundarios			
Género	Mujer	18	27.3
	Hombre	8	18.2
Religión**	Cristiana (católica)	17	39.5
	Musulmana	8	13.6
Intoxicación y su tratamiento			
Género	Mujer	7	10.6
	Hombre	4	9.1
Religión	Cristiana (católica)	2	4.7
	Musulmana	8	13.6
Presentación			
Género	Mujer	3	4.5
	Hombre	0	0.0
Religión	Cristiana (católica)	2	4.7
	Musulmana	1	2.7
Advertencias			
Género	Mujer	6	9.1
	Hombre	3	6.8
Religión	Cristiana (católica)	4	9.3
	Musulmana	5	8.5
*Asociación significativa (p=.049)			
**Asociación significativa (p=.007)			

Fuente: elaboración propia

El apartado del prospecto más leído es el de “Indicaciones, contraindicaciones, precauciones e interacciones”, por el 51.8% de los participantes. Dentro de la variable género, hasta el 59.1% de las mujeres realiza la lectura de este apartado, frente a un 20.9%

de los hombres. Respecto a la variable religión, el 65.1% de las personas cristianas le dedica tiempo a dicha parte, mientras que solo el 40.7% de los musulmanes le presta atención, leyéndola tantas veces como en el caso del apartado “Posología”. Es importante destacar que la presentación es la parte del prospecto a la que menos atención se le presta (2.7% de los participantes, entre ellos ningún hombre).

e) Adherencia al tratamiento

Para analizar la adherencia al tratamiento, cuestión de suma importancia cuando de uso racional de medicamentos se trata, se ha contado con los ítems 16 y 18.

Es necesario tener en cuenta que un 87.3% de los participantes, entre los que se encuentra el 89.4% de las mujeres y el 84.1% de los hombres, así como el 86% de los cristianos y el 88.1 de los musulmanes, completan el tratamiento que le receta el médico, y quienes no lo hacen (12.7%, tanto en el grupo de las mujeres como en el de los hombres, pertenecientes a cualquiera de las culturas consultadas en la investigación) se justifican afirmando que se curan antes de terminarlo, que se cansan de tomar los medicamentos y que lo abandonan en caso de que les sienta mal o cuando se encuentran mejor.

Respecto al seguimiento de la pauta posológica conviene distinguir entre el seguimiento de la dosis pautaada, por un lado, y la frecuencia recomendada, por otro (ver tabla 13).

Tabla 13

Cumplimiento de la pauta posológica de los participantes

				Frecuencia	Porcentaje
Dosis	Siempre	Total		75	68.2
		Género	Mujer	48	72.7
			Hombre	27	61.4
		Religión	Cristiana	31	72.1
			Musulmana	36	61.0
	Casi siempre	Total		31	28.2
		Género	Mujer	15	22.7
			Hombre	16	36.4
		Religión	Cristiana	11	25.6
	Musulmana		20	33.9	
Ocasionalmente	Total		4	3.6	
	Género	Mujer	3	4.5	
		Hombre	1	2.3	
	Religión	Cristiana	1	0.9	
		Musulmana	3	2.7	

Fuente: elaboración propia

Tabla 13 (continuación)

Cumplimiento de la pauta posológica de los participantes

				Frecuencia	Porcentaje	
Frecuencia	Siempre	Total		54	49.1	
		Género	Mujer	32	48.5	
			Hombre	22	50.0	
		Casi siempre	Religión	Cristiana	24	55.8
			Musulmana	23	39.0	
		Ocasionalmente	Total		39	35.5
			Género	Mujer	25	37.9
				Hombre	14	31.8
			Religión	Cristiana	16	27.2
				Musulmana	23	39.0
			Total		17	15.5
				Género	Mujer	9
				Hombre	8	18.2
		Religión	Cristiana	3	7.0	
			Musulmana	13	22.0	

Fuente: elaboración propia

Como puede observarse, el cumplimiento de la administración de las dosis es relativamente alto (68.2%), frente al 3.6% que la sigue esporádicamente. No ocurre igual con la frecuencia de consumo, ya que un 15.5% de los participantes solo recuerda cumplirla de forma ocasional.

Cuando se habla del cumplimiento de la pauta posológica de los participantes, tanto la dosis como la frecuencia en su administración, es importante tener en cuenta una serie de datos. En función del género, el 72.7% de las mujeres siempre cumple las dosis indicadas en los prospectos de los medicamentos, frente al 61.4% de los hombres que lo hace. Sin embargo, respecto a la frecuencia de administración, la diferencia entre mujeres y hombres es mínima (48.5% y 50%, respectivamente).

En cuanto a la variable religión, se observa que el 72.1% de las personas cristianas que ha participado en esta investigación siempre cumple las dosis indicadas en los prospectos de los fármacos, contrastando con el 61% de las personas musulmanas. Además, sobre el cumplimiento de la frecuencia indicada en el prospecto de cada medicamento, hay también una diferencia relativamente alta entre ambas culturas, ya que el 55.8% de los cristianos siempre respeta esta indicación, mientras que los musulmanes que la respetan solo suponen el 39%.

f) *Conservación de los medicamentos*

Finalmente, se ha preguntado sobre el comportamiento ante la conservación de los medicamentos durante el tratamiento y una vez finalizado este (ítems 17, 19, 20, 21 y 22). En este sentido, un dato de relevancia a la hora de conservar o no un medicamento es la fecha de caducidad del mismo, por lo que se ha indagado sobre ello, obteniéndose los resultados presentados en la tabla 14.

Tabla 14

Frecuencias y porcentajes respecto a la lectura de la fecha de caducidad de los medicamentos que se consumen

				Frecuencia	Porcentaje	
Lee la fecha de caducidad	Total		Frecuentemente	77	70.0	
			A veces	22	20.0	
			Nunca	11	10.0	
	Género	Mujer		Frecuentemente	48	72.7
				A veces	11	16.7
				Nunca	7	10.6
		Hombre		Frecuentemente	29	65.9
				A veces	11	25.0
				Nunca	4	9.1
	Religión	Cristiana		Frecuentemente	34	79.1
				A veces	5	11.6
				Nunca	4	9.3
		Musulmana		Frecuentemente	37	62.7
				A veces	16	27.1
				Nunca	6	10.2

Fuente: elaboración propia

Como puede observarse en la tabla 13, el 70% de los participantes lee la fecha de caducidad con frecuencia. Además, las mujeres la leen en mayor medida (el 72.7% de ellas) que los hombres (65.9%), al igual que los cristianos lo hacen más (79.1%) que los musulmanes (62.7%).

Sobre la conservación de los medicamentos, afirman conocer cómo conservar los medicamentos con ligeras diferencias por género y religión que no llegan a ser significativas (77.3% de mujeres frente al 63.6% de hombres, y 88.4% de cristianos y 61% de musulmanes).

Respecto al lugar donde deben guardarse los medicamentos durante el tratamiento o sobrantes, las respuestas obtenidas se indican en la tabla 15.

Tabla 15

Lugares en los que los participantes afirman que se deben conservar los medicamentos
(solo respuestas positivas)

		Frecuencia	Porcentaje	
En el botiquín	Total	8	7.3	
	Género	Mujer	6	11.8
		Hombre	2	7.1
	Religión	Cristiana (católica)	2	5.3
Musulmana		6	16.7	
Donde no dé el sol	Total	7	6.4	
	Género	Mujer	4	7.8
		Hombre	3	10.7
	Religión	Cristiana (católica)	6	15.8
Musulmana		1	2.8	
Sin humedad	Total	9	8.2	
	Género	Mujer	7	13.7
		Hombre	2	7.1
	Religión	Cristiana (católica)	5	13.2
Musulmana		4	11.1	
Lugar fresco y seco	Total	28	25.5	
	Género	Mujer	16	31.4
		Hombre	12	42.9
	Religión	Cristiana (católica)	13	34.2
Musulmana		11	30.6	
En el baño	Total	3	2.7	
	Género	Mujer	0	0.0
		Hombre	3	10.7
	Religión	Cristiana (católica)	1	2.6
Musulmana		1	2.8	
A temperatura ambiente	Total	2	1.8	
	Género	Mujer	2	3.9
		Hombre	0	0.0
	Religión	Cristiana (católica)	1	2.6
Musulmana		1	2.8	
En el frigorífico	Total	4	3.6	
	Género	Mujer	3	5.9
		Hombre	1	3.6
	Religión	Cristiana (católica)	3	7.9
Musulmana		1	2.8	
Según la indicación del médico	Total	1	0.9	
	Género	Mujer	1	2.0
		Hombre	0	0.0
	Religión	Cristiana (católica)	1	2.6
Musulmana		0	0.0	

Fuente: elaboración propia

Tabla 15 (continuación)

Lugares en los que los participantes afirman que se deben conservar los medicamentos (solo respuestas positivas)

		Frecuencia	Procentaje	
En la cocina o en el baño	Total	1	0.9	
	Género	Mujer	0	0.0
		Hombre	1	3.6
	Religión	Cristiana (católica)	0	0.0
		Musulmana	1	2.8
Según indique el prospecto	Total	5	4.5	
	Género	Mujer	3	5.9
		Hombre	2	7.1
	Religión	Cristiana (católica)	3	7.9
		Musulmana	2	5.6
En un armario, por seguridad	Total	3	2.7	
	Género	Mujer	3	5.9
		Hombre	0	0.0
	Religión	Cristiana (católica)	1	2.6
		Musulmana	2	5.6
A mano, donde los encuentre	Total	1	0.9	
	Género	Mujer	1	2.0
		Hombre	0	0.0
	Religión	Cristiana (católica)	0	0.0
		Musulmana	1	2.8
Fuera del alcance de los niños	Total	6	5.5	
	Género	Mujer	4	7.8
		Hombre	2	7.1
	Religión	Cristiana (católica)	1	2.6
		Musulmana	5	13.9
Lejos del sol, fuera del alcance de los niños y a temperatura ambiente	Total	1	0.9	
	Género	Mujer	1	2.0
		Hombre	0	0.0
	Religión	Cristiana (católica)	1	2.6
		Musulmana	0	0.0

Fuente: elaboración propia

Destaca, en la tabla 15, que un 25.5% cree que debe guardar los medicamentos en un lugar fresco y seco siendo ligeramente mayor el porcentaje de hombres que así lo cree frente al de mujeres (42.9% frente al 31.4%, respectivamente). Por otro lado, llama la atención que solo un 4.5% indica que para ello debe consultarse el prospecto (5.9% de mujeres y 7.1% de hombres). Respecto a la cultura, es importante destacar que, tanto en la religión cristiana (34.2%) como en la musulmana (30.6%), el lugar predilecto para conservar los medicamentos es un lugar fresco y seco.

Es importante tener en cuenta, además, la frecuencia con la que los participantes guardan los medicamentos ya utilizados y si lo hacen junto a su correspondiente prospecto (ver tabla 16).

Tabla 16

Medida en la que los participantes guardan los medicamentos utilizados junto al prospecto (respuestas afirmativas)

		Frecuencia	Porcentaje	
Siempre	Total	52	47.3	
	Género	Mujer	31	47.0
		Hombre	21	47.7
	Religión*	Cristiana	31	72.1
Musulmana		15	25.4	
Casi siempre	Total	29	26.4	
	Género	Mujer	18	27.3
		Hombre	11	25.0
	Religión*	Cristiana	6	14.0
Musulmana		21	35.6	
A veces	Total	18	16.4	
	Género	Mujer	10	15.2
		Hombre	8	18.2
	Religión*	Cristiana	2	4.7
Musulmana		16	27.1	
Nunca	Total	11	10.0	
	Género	Mujer	7	10.6
		Hombre	4	9.1
	Religión*	Cristiana	4	9.3
Musulmana		7	11.9	

***Asociación significativa (p=.001)**

Fuente: elaboración propia

De los participantes que guardan los medicamentos junto a sus prospectos siempre o casi siempre (73.7%, en total), un 26.4% lo hace para volver a tomarlos por su cuenta en el futuro, ante los mismos síntomas; el 18.2%, con la intención de no tener que ir a por una nueva receta; el 8.2%, para darlos a las ONG; y el 9.1% los guarda para no tener que gastar el dinero propio ni el de la Seguridad Social.

En lo que respecta al género, como se percibe en la tabla 16, no existen diferencias significativas. Sobre la religión, puede observarse que el 72.1% de los participantes de religión cristiana siempre guarda los medicamentos utilizados junto al prospecto, mientras que solo el 25% de los musulmanes lo realiza.

Además, un 49.1% de los participantes tiene en cuenta el periodo de conservación de colirios, suspensiones extemporáneas y fotoprotectores una vez abiertos (según la

religión, es importante destacar que, tras realizarse la prueba de Chi-cuadrado, puede llegarse a la conclusión de que es una relación estadísticamente significativa, puesto que su significación asintótica es de 0.000), mientras que un 59.1% suele revisar la fecha de caducidad de los fármacos que almacena en el botiquín. Asimismo, solo un 35.5% de los participantes lleva los medicamentos caducados o que ya no necesita al punto SIGRE, en lugar de tirarlos a la basura (que es lo que hace el 64.5% restante).

4.2. Patrón de automedicación según las variables género y religión

El patrón de automedicación se ha medido mediante una escala de 10 ítems, constituyendo un apartado independiente de los ítems anteriormente presentados. La fiabilidad de la escala, establecida mediante α de Cronbach y correlación elemento-total que ha mantenido los 10 ítems, ha alcanzado un valor de .867 para el total de los ítems.

Tras la medida de adecuación muestral de Maiser-Mayer-Olkin (KMO: .848) y la prueba de esfericidad de Bartlett [$\chi^2 = 480.422 < .001$], se realiza un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación Varimax. El total de los ítems se agrupa en dos factores que explican el 60.137% de la varianza. Las dos subescalas o factores y el total exponen índices de consistencia interna adecuados, todos ellos cercanos o superiores a 0.8, lo que muestra que el instrumento presenta una buena fiabilidad. Asimismo, los pesos factoriales son superiores en todos los casos al mínimo umbral requerido de 0.4 saturando cada ítem solamente en un factor. Todos estos datos quedan expuestos en la tabla 17.

Tabla 17

Análisis factorial exploratorio del cuestionario de automedicación (CAMED)

Ítem	Estructura factorial CAMED	
	FACTOR 1	FACTOR 2
P1		.645
P2		.459
P3	.705	
P4		.581
P5	.776	
P6	.873	
P7	.826	
P8		.838
P9		.587
P10		.736
Coefficiente alpha de Cronbach (subescalas)	.857	.789
% varianza explicada	31.332	28.805

Fuente: elaboración propia. Los ítems pueden consultarse en el Bloque III del Anexo.

Dado que la distribución de los datos no se ajusta a la normalidad ni en género ni en religión según la *Prueba de Kolmogorov-Smirnov* (tablas 18 y 19) habida cuenta de que los coeficientes K-S son significativos ($p < .05$), para la comparación de medias se ha utilizado el estadístico no paramétrico *U de Mann Whitney*.

Tabla 18

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución normal de las variables agrupadas (factores) según género

		K-S	P
Factor 1	Mujer	.160	.000
	Hombre	.216	.000
Factor 2	Mujer	.121	.017
	Hombre	.142	.026

Fuente: elaboración propia

Tabla 19

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución normal de las variables agrupadas (factores) según religión

		K-S	P
Factor 1	Cristianos	.176	.002
	Musulmanes	.230	.000
Factor 2	Cristianos	.147	.021
	Musulmanes	.137	.008

Fuente: elaboración propia

Respecto a la relación entre los factores (y sus componentes) y la variable género no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas, tal y como puede apreciarse en las tablas 20 y 21.

Tabla 20

Media, desviación típica y resultados de la prueba U de Mann-Whitney para el factor 1 y sus componentes y la variable género

	Media mujeres (DT)	Media hombres (DT)	U	p
FACTOR 1	7.26 (2.55)	6.82 (2.68)	1 305.50	.362
Iniciativa propia	2.33 (0.71)	2.23 (0.77)	1 352.00	.507
Comodidad y fácil acceso	2.24 (0.76)	2.41 (0.72)	1 279.00	.250
Sabe suficiente sobre medicamentos	2.29 (0.80)	2.34 (0.85)	1 394.50	.700
La enfermedad es leve	1.88 (0.82)	2.20 (0.75)	1 140.50	.064

Fuente: elaboración propia

Tabla 21

Media, desviación típica y resultados de la prueba U de Mann-Whitney para el factor 2 y sus componentes y la variable género

	Media mujeres (DT)	Media hombres (DT)	U	p
FACTOR 2	10.37 (2.49)	9.88 (2.91)	1 240.00	.192
Consume medicinas sin receta médica	2.06 (0.49)	2.11 (0.65)	1 377.00	.572
Da medicinas sin receta a su hijo, o las sugiere a un familiar o amigo	2.52 (0.53)	2.59 (0.62)	1 304.00	.296
Falta de tiempo	2.17 (0.80)	2.32 (0.67)	1 316.50	.373
No le gusta ir al médico	2.18 (0.74)	2.41 (0.72)	1 203.00	.100
La publicidad	2.65 (0.54)	2.61 (0.65)	1 448.00	.976
Se automedica	2.05 (0.54)	2.07 (0.66)	1 419.00	.811

Fuente: elaboración propia

No así con respecto a la religión donde se obtiene para el factor 1 y para algunos de los ítems del factor 2 diferencias significativas, tal y como se indica en las tablas 22 y 23. Así, los musulmanes se suelen automedicar más por comodidad, cuando la enfermedad es leve y porque consideran que saben lo suficiente sobre medicamentos. Por el contrario, los cristianos se automedican más porque no les gusta ir al médico y por la influencia de la publicidad.

Tabla 22

Media, desviación típica y resultados de la prueba U de Mann-Whitney para el factor 1 y sus componentes y la variable religión

	Media cristianos (DT)	Media musulmanes (DT)	U	P
FACTOR 1	7.837 (2.72)	6.220 (2.27)	837.00	.003
Iniciativa propia	2.28 (0.73)	2.41 (0.70)	1 148.50	.371
Comodidad y fácil acceso	2.16 (0.81)	2.49 (0.65)	993.50	.040
Sabe suficiente sobre medicamentos	2.05 (0.87)	2.56 (0.67)	859.50	.002
La enfermedad es leve	1.67 (0.89)	2.32 (0.65)	736.00	.000

Fuente: elaboración propia

Tabla 23

Media, desviación típica y resultados de la prueba U de Mann-Whitney para el factor 2 y sus componentes y la variable religión

	Media cristianos (DT)	Media musulmanes (DT)	U	P
FACTOR 2	9.53 (2.41)	10.54 (2.83)	1 013.50	.081
Consume medicinas sin receta médica	2.21 (0.56)	2.07 (0.52)	1 110.00	.183
Da medicinas a su hijo, o las sugiera a un familiar o amigo	2.47 (0.55)	2.56 (0.60)	1 135.50	.301
Falta de tiempo	2.26 (0.85)	2.22 (0.67)	1 196.00	.596
No le gusta ir al médico	2.49 (0.70)	2.10 (0.71)	889.00	.006
La publicidad	2.84 (0.37)	2.47 (0.67)	916.50	.003
Se automedica	2.21 (0.46)	2.03 (0.61)	1 090.00	.142

Fuente: elaboración propia

De una manera más detallada, se presentan los resultados respecto a los ítems de “En este último año, ¿ha consumido medicinas sin receta médica?” y “¿Se automedica?”, para comprobar que los porcentajes marcan una tendencia semejante (tabla 24).

Tabla 24

Frecuencia y porcentaje de los ítems sobre el consumo de medicinas sin receta médica y la automedicación

			Frecuencia	Porcentaje	
Ha consumido medicinas sin receta médica	Total	Frecuentemente	13	11.8	
		A veces	75	68.2	
	Género	Mujer	Frecuentemente	6	9.1
			A veces	50	75.8
		Hombre	Frecuentemente	7	15.9
			A veces	25	56.8
	Religión	Cristiana	Frecuentemente	3	7.0
			A veces	28	65.1
Musulmana		Frecuentemente	6	10.2	
		A veces	43	72.9	
Se automedica	Total	Frecuentemente	16	14.5	
		A veces	72	65.5	
	Género	Mujer	Frecuentemente	8	12.1
			A veces	47	71.2
		Hombre	Frecuentemente	8	18.2
			A veces	25	56.8
	Religión	Cristiana	Frecuentemente	1	2.3
			A veces	32	74.4
Musulmana		Frecuentemente	10	16.9	
		A veces	37	62.7	

Fuente: elaboración propia

Como puede observarse, respecto al total de participantes, los porcentajes de las respuestas a los dos ítems anteriores son similares entre una y otra, ya que un 11.8% consume medicinas sin receta médica frecuentemente, frente a un 14.5% que dice automedicarse con frecuencia, mientras que un 68.2% consume medicamentos sin receta ocasionalmente y un 65.5% afirma automedicarse a veces.

No obstante, dadas las características de la muestra, estos resultados no pueden ser generalizados, por lo que sería conveniente ampliar los participantes a fin de tener un mayor número de datos.

5. DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación fue dar una respuesta efectiva a la escasez de estudios realizados sobre los comportamientos ante el consumo de medicamentos y el patrón de automedicación, más concretamente en los que se realizan desde el punto de vista de distintas culturas en la Ciudad Autónoma de Melilla. Puesto que el objetivo principal establecido en este estudio pretendía conocer la influencia cultural en las conductas ante el consumo de los medicamentos, su uso racional y los patrones de automedicación en la ciudadanía melillense, más concretamente en función de las variables de género y religión, es importante destacar que los resultados obtenidos mediante la realización del cuestionario dan una respuesta a dicha finalidad.

Para llevar a cabo la discusión se han tomado como referencia algunas publicaciones que han sido nombradas en este estudio, puesto que no solo suponen la base del mismo, sino que sus rasgos son similares y gran parte de sus resultados sirven para contrastar los aquí presentes.

5.1. Comportamiento ante el consumo de medicamentos en función de las variables género y religión

En primer lugar, y siguiendo el mismo orden expuesto en los resultados, es importante centrar la atención en el Bloque II del cuestionario, que trata sobre aquellos comportamientos manifestados por los participantes ante el consumo de medicamentos, en función de las variables de género y religión, aunque estas variables no se encuentran presentes en las otras investigaciones.

a) ¿Qué tomar ante malestar?

Mientras que en este estudio más del 50% de los participantes prefieren utilizar los productos naturales para tratar los síntomas de malestar, Huarte (2013) solo destaca un 8% de personas que prefieren las plantas medicinales.

b) ¿A quién se consulta sobre medicamentos?

Respecto a la persona a la que se consulta con más frecuencia sobre medicamentos, es importante destacar que en este documento casi el 90% de los participantes consulta al médico; por otra parte, en el estudio de Chávez y Mendiburu (2016) se indica que el porcentaje de personas que preguntan sobre medicamentos al médico es menor (77.8%). Berrouet, Lince y Restrepo (2017) señalan una proporción aún menor, suponiendo el 41.3% de los participantes en su estudio quienes consultan al médico.

En lo que a la consulta al farmacéutico se refiere, supone un 34.5% en esta investigación, un 18.8% en el caso de Chávez y Mendiburu (2016) y un 6.3% en cuanto al estudio realizado por Berrouet, Lince y Restrepo (2017). Estos dos autores coinciden en que las consultas a los familiares y a los auxiliares de farmacia son inferiores al 6.1%, aunque en la presente investigación los porcentajes más bajos corresponden a la consulta a los amigos (6.4%) y al naturista (11.8%).

c) Conocimiento sobre medicamentos

Respecto al conocimiento de las formas farmacéuticas de los medicamentos, Chávez y Mendiburu (2016) destacan que las pastillas son las más conocidas, ya que un 81,3% de los participantes las reconoce. La menos conocida, según este mismo autor, son las pomadas, con solo un 1.3%. La presente exploración, por un lado, da la razón a dichos autores, ya que sostiene que un 99.1% de los participantes conoce las pastillas, pero además los jarabes poseen una repercusión del 82.7% y las pomadas, de un 85.5%. Esto supone que existen diferencias en los resultados de los cuestionarios de ambos estudios.

Siguiendo a estos mismos autores, el 64.5% conoce la diferencia entre los medicamentos genéricos y comerciales, mientras que en esta investigación, el porcentaje de los participantes en este caso asciende a 84.5%. Respecto a los tipos de medicamentos que consumen los participantes, estos mismos investigadores señalan un 64% que toma los genéricos, frente al 36%, que ingiere los comerciales. Por otra parte, la presente

investigación destaca un 52.7% de participantes que consume genéricos, solo un 14.5% los comerciales y, un 20%, ambos.

Mientras este estudio sostiene que un 45.5% de los participantes son conscientes de los riesgos del uso inadecuado de los medicamentos, el porcentaje asciende en el estudio de Chávez y Mendiburu (2016) al 65.8% de los participantes, volviendo a ascender en la investigación de Puig, Perramon, Zara y García (2015), que sostienen que un 75.4% conoce los riesgos de no tomar adecuadamente la medicación.

d) Información sobre medicamentos: uso del prospecto

En cuanto a la lectura de la fecha de caducidad, aquí el 70% de los participantes la realiza con frecuencia, frente al 72% que señala Chávez y Mendiburu (2016). Se trata de valores muy semejantes, que expresan que es habitual que los consumidores conozcan esta información.

Es Huarte (2013) quien señala que un 49% de los participantes en su estudio lee los prospectos, frente al 40.9% que lo realizan en la presente investigación. Además, este mismo autor afirma que el 18% solo lee los prospectos cuando se automedica, mientras que en este estudio un 32.7% lo hace para estar informado y conocer las dosis, un 16.4% para conocer los efectos secundarios, y un 11.8%, con la intención de conocer las interacciones que pudieran existir con otros medicamentos.

Por otro lado, en este estudio destaca un 30% que no lee el prospecto. Huarte (2013), a su vez, señala que, según su publicación, solo un 25% de los participantes no realiza la lectura de este folleto informativo; un 14% no lo hace por confiar en el médico (mientras que, en esta investigación, es un 33.6% el que confiesa que el médico ya le proporciona suficiente información) y un 11%, por temor a los efectos adversos (porcentaje que resulta ser más elevado en este documento, hasta alcanzar el 19.1%).

Salmerón, García-Delgado, Iglesias-Ferreira, Mateus-Santos, y Martínez-Martínez (2014) exponen en su estudio la lectura que realizan los participantes sobre los distintos apartados del prospecto, destacando la posología, leída por un 78% de los participantes de su estudio, mientras que en la presente investigación destaca porque solo el 37.3% de los participantes realizan su lectura. Las indicaciones, el apartado más leído en este estudio (con un 51.8%), se queda muy por debajo de los resultados mencionados en la investigación de estos autores, ya que el porcentaje asciende casi al 90%.

e) Adherencia al tratamiento

Huarte (2013) habla de la adherencia al tratamiento exponiendo que los participantes de su estudio dejaban de tomar el medicamento recetado por el médico debido al olvido (16%) y a imprevistos de la vida cotidiana (14%). En este trabajo, los motivos principales por los que los participantes dejaban de tomar los fármacos (12.7% de los participantes) eran la curación antes de completar el tratamiento, estar cansados de tomarlos y que el medicamento les sentara mal o que ya se encontraran mejor.

Es también Huarte (2013) quien hace referencia a que el 48% de los participantes de su estudio cumple siempre la dosis y la frecuencia de administración, frente al 68.2% que cumple la dosis y el 49.1%, la frecuencia en la presente investigación.

f) Conservación de medicamentos

Chávez y Mendiburu (2016) se centran en el conocimiento de la conservación de alimentos y el 85.3% afirma saber cómo almacenarlos, frente a un 71.8% de los participantes de la presente investigación. Por otra parte, los participantes del estudio propuesto por Huarte (2013) afirman que los medicamentos deben guardarse en un lugar fresco y seco, protegido de la luz solar (61%), frente al 25.5% que lo indica en esta exploración.

Además, Huarte (2013) muestra que el 98% de los participantes guarda los medicamentos junto a su caja original y su prospecto, frente al 73.7% de este estudio. Puig, Perramon, Zara y García (2015), además, indica que el 45.8% de su muestra lleva los medicamentos que ya no utiliza al punto de recogida, mientras que en la presente investigación solo un 35.5% lleva los fármacos caducados o que ya no necesita al punto SIGRE.

5.2. Patrón de automedicación según las variables género y religión

En segundo lugar, se encuentra el Bloque III, que trata sobre el patrón de automedicación de los participantes, en función de las variables de género y religión.

Respecto al factor 1, configurado por los ítems “comprar sin receta por iniciativa propia”, “por comodidad y fácil acceso”, “porque sabe suficiente sobre medicamentos” y “porque cree que la enfermedad es leve”. En otras investigaciones no se ha podido encontrar la relación entre estos ítems y el género y la religión de los participantes, por lo que se exponen los detalles que llaman la atención de forma general. Así, sobre la compra sin receta médica por iniciativa propia, el 26.3% de los participantes en la investigación

de Chávez y Mendiburu (2016), frente al 16.4% de esta investigación, frecuentemente se automedican de esta forma, mientras que el 42% en el estudio de estos autores y el 38.2% en esta investigación lo realiza a veces, destacando el parecido entre ambos resultados en este último caso.

En ambas investigaciones, tanto en el caso de Chávez y Mendiburu (2016) como en el de este estudio, entre el 34 y el 36% a veces compran por comodidad y fácil acceso; el 21% lo hace porque considera que sabe suficiente sobre las medicinas que consume; y porque la enfermedad es leve, en este sondeo los resultados rondan el 30%, mientras que en el estudio de Chávez y Mendiburu (2016) el 41.8% indica utilizar este motivo para justificar su automedicación con frecuencia.

En cuanto al factor 2, los ítems suponen consumir medicinas sin receta médica, dar medicinas sin receta a su hijo o sugerirlas a familiares y amigos, comprar sin receta por falta de tiempo, porque no le gusta ir al médico, debido a la publicidad y automedicarse. Alrededor del 39% de los participantes a veces compran medicamentos sin receta médica por falta de tiempo, tanto en la investigación de Chávez y Mendiburu (2016) como en esta; en ambas, asimismo, destaca que alrededor del 40% de los participantes a veces se automedican porque no les gusta ir al médico. La publicidad, en ambos estudios, coincide en que la mayor parte de los participantes no se automedican por su influencia.

6. CONCLUSIONES

Tras los resultados obtenidos y su discusión, se pueden establecer las siguientes conclusiones respecto al bloque II:

a) *¿Qué tomar ante malestar?*

Sobre el producto elegido para tomar ante una sensación de malestar, es necesario concluir que los musulmanes escogen en mayor medida que los cristianos la toma de un producto natural frente a un medicamento.

b) *¿A quién se consulta sobre medicamentos?*

A pesar de que en general los participantes de esta investigación escogen acudir al médico para resolver sus dudas sobre la toma de medicamentos, los cristianos prefieren preguntar al farmacéutico mientras que los musulmanes realizan preguntas a sus propios familiares o a los auxiliares de farmacia.

c) Conocimientos sobre medicamentos

Respecto al conocimiento de las diferentes formas farmacéuticas, son los cristianos quienes poseen un mayor conocimiento de los supositorios. También son los cristianos, por otra parte, quienes afirman conocer el riesgo del uso inadecuado de los medicamentos.

d) Información sobre medicamentos

La mayoría de los cristianos lee el prospecto para estar informado sobre los medicamentos que consume, especialmente con la intención de estar seguros de las dosis. Por otro lado, son las mujeres las que leen el prospecto para estar prevenidas sobre los efectos secundarios que pudiera conllevar el medicamento que consumen.

Respecto al apartado más leído, es el de “Indicaciones, contraindicaciones, precauciones e interacciones”, siendo las mujeres y los cristianos los que más lo leen.

e) Adherencia al tratamiento

Los cristianos son quienes siguen el cumplimiento de la frecuencia de administración del medicamento indicada en el prospecto.

f) Conservación de los medicamentos

Sobre la conservación de los medicamentos durante o después de su uso, son los cristianos quienes realizan en mayor medida la lectura de la fecha de caducidad y guardan el medicamento junto a su respectivo prospecto. Por otro lado, el lugar predilecto para la conservación de medicamentos tanto de cristianos como de musulmanes es un lugar fresco y seco.

En cuanto al bloque III, se concluye que:

- No existen diferencias significativas según el género entre ambos factores.
- Respecto al factor 1 según la religión, los musulmanes se automedican en mayor medida por comodidad, porque consideran que saben suficiente sobre los fármacos que consumen y porque consideran que padecen una enfermedad leve.
- Respecto al factor 2 según la religión, los cristianos se automedican porque no les gusta ir al médico e influenciados, en mayor medida, por la publicidad.

Este estudio posee algunas limitaciones, puesto que la escasez de documentos anteriores que relacionen el género y la religión con el resto de ítems dificulta la comparación de los resultados con investigaciones previas. Sin embargo, puede observarse la importancia de estudiar los comportamientos de los participantes tanto ante el consumo de medicamentos como respecto a los patrones de automedicación de cada uno, ya que el conocimiento de estos aspectos puede conducir a paliar las dificultades de comprensión u otro tipo de problemas advertidos durante la investigación.

Los resultados obtenidos plantean la necesidad de profundizar más en el tema de estudio investigado. Concretamente, sería interesante realizar otros estudios en cuanto al comportamiento de la población melillense sobre los conocimientos de los medicamentos, de los prospectos que los acompañan y aquellos patrones de automedicación que siguen en su vida diaria, con una muestra mucho más amplia y representativa de la sociedad melillense.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemán, L. Á., Álvarez, M. Á. y Carmona, J. G. (2007). *Calidad de Información contenida en los Prospectos de Medicamentos Hormonales que poseen Estrógenos y/o Progestágenos, ofertados por la industria Farmacéutica en Nicaragua, durante el año 2006* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua: Nicaragua.
- Arnau, J. M. y Laporte, J. R. (2014). Promoción del uso racional de los medicamentos y preparación de guías farmacológicas. En J. M. Arnau (Ed.), *Promoción del uso racional de los medicamentos y preparación de guías farmacológicas* (pp. 49-66). Hospitalet de Llobregat, España: ResearchGate.
- Ballesteros-Peña, S. y Fernández-Aedo, I. (2013). Análisis de la legibilidad lingüística de los prospectos de los medicamentos mediante el índice de Flesch-Szigriszt y la escala Inflesz. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(3), 397-406.
- Barros, N. F. y Fiuza, A. R. (2014). Evidence-based medicine and prejudice-based medicine: the case of homeopathy. *Cad. Saúde Pública*, 30(11), 2368-2376.
- Batista, A., Ortiz, T., y Hernández, L. (2017). Perfeccionamiento de la asignatura Promoción de salud: una contribución a la formación integral del estudiante. *Revista Cubana de Educación Superior*, 2, 14-26.

- Bernabé, E., Flores, M. y Martínez, F. (2013). Análisis de la dispensación de antibióticos en pacientes ambulatorios en una farmacia comunitaria en Murcia, España. *Vitae, Revista de la Facultad de Química Farmacéutica*, 10(3), 203-214.
- Berrouet, M. C., Lince, M. y Restrepo, D. (2017). Automedicación de analgésicos y antibióticos en estudiantes de pregrado de medicina. *Med U.P.B.*, 36(2), 115-122.
- Betancourt, S. M. R., Fernández, A. R. y Fuentes, K. H. (2015). Intervención sobre la automedicación en el Consultorio Médico de la Familia 130, año 2012. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 38(4).
- Campos, L. A. (2015). Medicina natural y tradicional en escuelas de Camagüey, Cuba. *Revista Vinculando*. Disponible en <https://vinculando.org/salud/medicina-natural-tradicional-escuelas-camaguey.html>
- Chávez, F. C. y Mendiburu, A. A. (2016). *Nivel de conocimientos básicos sobre medicamentos, nivel educativo y automedicación en pacientes del Hospital La Caleta de Chimbote* (tesis de maestría). Universidad Inca Garcilaso de la Vega: Perú.
- Clavel, A. (2013). *Conocimiento del paciente acerca de la medicación prescrita: influencia de las fuentes de información y legibilidad de los prospectos* (tesis doctoral). Universidad de Murcia: España.
- Dahir, C., Hernandorena, C., Chagas, L., Mackern, K., Varela, V. y Alonso, I. (2015). Automedicación: un determinante en el uso racional de medicamentos. *EVIDENCIA. Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 18(2), 46-49.
- Davó, M. C., Gil-González, D., Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C. y La Parra, D. (2008). Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española. *Gac Sanit*, 22(1), 58-64.
- De Pablo, M. M. (2011). La automedicación en la cultura universitaria. *Revista de Investigación*, 35(73), 219-240.
- Directiva 2001/83/CE del consejo, de 6 de noviembre de 2001, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano. DOCE, núm. 311/67, de 28-11-2001.
- Directiva 2004/27/CE del Consejo, de 31 de marzo de 2004, que modifica la Directiva 2001/83/CE, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos de uso humano. DOUE, núm. 136/34, de 30-04-2004.

- Enrique, C. y Molina-García, M. J. (2017). Los Prospectos: Uso y Comprensión. Una Investigación con Ciudadanos Universitarios y no Universitarios. *Porta Linguarum*, 28, 201-229.
- Escudero, I. y León, J. A. (2007). Procesos inferenciales en la comprensión del discurso escrito: Influencia de la estructura del texto en los procesos de comprensión, *Revista Signos*, 40(64), 311-336.
- Garrigoza, S., Fernández, C., Valdovino, M., Bernal, B. y Ojeda, M. (2017). Automedicación en jóvenes de Santa Rosa del Aguaray, Paraguay. *Medicina Clínica y Social*, 1(2), 114-118.
- Gil-García, F. M. (2017). Lo que el remedio no cura. Lógicas enfrentadas en los imaginarios y las retóricas del fármaco entre grupos amerindios. *Boletín Americanista*, 1(74), 17-32.
- Gómez, A. J., Molina, N., Moncada, E., Suárez, A. C. y Avendaño, Y. A. (2015). Curanderismo: enfermedades, tratamientos y medicamentos en el pacífico colombiano. *Maguaré*, 29(2), 319-357.
- Gómez, I. A. y Valero, K. A. (2016). *Cuando de salud se trata, ¿a dónde acuden las personas?* (tesis doctoral). Universidad Santo Tomás: Colombia.
- Gosálbez, I. (2014). *Análisis descriptivo de determinados prospectos de medicamentos y la influencia de la cultura en su redacción* (tesis de pregrado). Universidad Jaume I: España.
- Huarte, J. (2013). Valor añadido del enfoque humanístico con el paciente: conductas y hábitos sanitarios del paciente e impacto de la intervención farmacéutica personalizada y motivacional. *Pharmaceutical Care*, 15(2), 59-76.
- Jaramillo, S. E. y Tintín, S. E. (2015). *Conocimientos, actitudes y prácticas del uso de antibióticos en los estudiantes de la Escuela de Medicina y Bioquímica-Farmacia de la Universidad de Cuenca, período 2012-2013* (tesis de pregrado). Universidad de Cuenca: Ecuador.
- Kaiser, M. T. M. (2015). *Patrón de uso de medicamentos en población joven* (tesis doctoral). Universidad de Salamanca: España.
- Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 315, de 31 de diciembre de 2009, pp. 112036-112038.

- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 178, de 27 de julio de 2006, pp. 28122-28165.
- López, C. (1999). Aspectos alimentarios y nutricionales de promoción de la salud de los jóvenes. *Revista de Estudios de Juventud*, 47.
- López, M. M. R., Cortés, A. E. R. y Román, P. L. (2016). Las técnicas complementarias en España y en el mundo. En M. M. López Rodríguez, P. Román López y A. E. Cortés Rodríguez (Eds.). *Técnicas Complementarias en los Cuidados de Enfermería* (pp. 24-30). Almería: Edual.
- Lo-Presti, A. C. (2018). *Automedicación: una visión desde la experiencia humana en el contexto comunitario. Representaciones sociales* (tesis doctoral). Universidad de Carabobo: Venezuela.
- Mantilla-Chávez, L. M., Bacón, T. y Elizabeth, Y. (2017). *Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en la automedicación en usuarios de 18–64 años de edad que acuden a los establecimientos farmacéuticos en el distrito de Cajamarca 2016* (tesis de pregrado). Universidad Privada Antonio Guillermo Urreló: Perú.
- Martínez-Motos, R. (2015). *El género prospecto y el efecto de la traducción inglés-español en su legibilidad y facilidad de uso para el lector lego* (tesis doctoral). Universidad de Alicante: Alicante.
- Mayor-Serrano, M. B. (2010). Revisión y corrección de textos médicos destinados a los pacientes... y algo más. *Panace@*, 11(31), 29-36.
- Montosa, M. J. L., Escalante, C. S. y Romero, V. A. (2017). Automedicación: Fármacos más utilizados en nuestra sociedad. *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud*, 85.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2002). *Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS*. OMS: Ginebra.
- Ortega, Y. (2015). *Actitud de los adolescentes hacia la automedicación: asociación con calidad de vida relacionada con la salud, consumo de sustancias psicoactivas y estilos parentales* (tesis doctoral). Universidad Pontificia Comillas: Madrid, España.
- Padilla-Marín, V., Corral-Baena, S., Domínguez-Guerrero, F., Santos-Rubio, M. D., Santana-López, V. y Moreno-Campoy, E. (2012). Cuestionario ISMP-España y

- estrategia de mejora en el uso seguro del medicamento dentro del Servicio Andaluz de Salud. *Farmacia Hospitalaria*, 36(5), 374-384.
- Piñero, M. A. (2014). *Evaluación de la comprensibilidad y legibilidad de prospectos de medicamentos biotecnológicos* (tesis doctoral). Universidad de Barcelona: Barcelona.
- Puig, R., Perramon, M., Zara, C. y García, A. M. (2015). Establecimiento de los conocimientos, actitudes y opiniones de la población sobre el uso racional de medicamentos. *Atención Primaria*, 47(7), 446-455.
- Queralt, M. (2005). *Intervención educativa sobre los autocuidados ante síntomas comunes y su impacto sobre la frecuentación a las consultas de un centro de atención primaria urbano* (tesis doctoral). Universidad autónoma de Barcelona: España.
- Ramírez, D., Larrubia, O., Escortell, E., Martínez, R. (2006). La automedicación responsable, la publicidad y su marco en la atención primaria. *Semergen*, 32(3), 117-24.
- Ramírez, N. N. (2018). *Intervención educativa sobre el uso racional de medicamentos a madres de familia del Programa Nacional Cuna Más – Jaén* (tesis de pregrado). Universidad Católica de los Ángeles: Perú.
- Real Academia Española. (2001). Comadrona. En *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.).
- Real Academia Española. (2001). Remediero. En *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.).
- Real Academia Española. (2001). Curandero. En *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.).
- Real Academia Española. (2001). Sobandero. En *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.).
- Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. Boletín Oficial del Estado, núm. 267, de 11 de octubre de 2007, pp. 45652-45698.
- Rivera, M. A. E. y Cabrejos, J. E. P. (2016). Automedicación en zonas urbanas y urbano-marginales de la provincia de Trujillo de acuerdo a los factores socioeconómicos. *Scientia*, 8(1), 50-56.

- Rodríguez, O., García, A. J., Alonso, L. y León, P. (2017). La dispensación como herramienta para lograr el uso adecuado de los medicamentos en atención primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4), 1-10.
- Saeteros, R. C., Díaz, Z., Sanabria, G. y Pérez, J. (2015). Representaciones socioculturales sobre el ideal de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios ecuatorianos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(3), 459-475.
- Salmerón, J., García-Delgado, P., Iglesias-Ferreira, P., Mateus-Santos, H. y Martínez-Martínez, F. (2014). *Medida del conocimiento del paciente sobre su medicamento en farmacia comunitaria en Portugal* (tesis doctoral). Universidad de Granada: España.
- Tobón-Marulanda, F. (2002). Estudios sobre automedicación en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. *IATREIA, Revista médica Universidad de Antioquia*, 15(4), 242-247.
- Valenzuela, M. (2017). *Factores condicionantes de la automedicación “por poderes” en pediatría* (tesis doctoral). Universidad de Granada: España.

8. ANEXO

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA

En el contexto del desarrollo del TFM correspondiente al “Master de Diversidad Cultural. Un enfoque Interdisciplinar y Transfronterizo” se está llevando a cabo una investigación sobre el uso racional de medicamentos entre la población adulta de la ciudad autónoma de Melilla. Por ello, le solicitamos su colaboración garantizándole el anonimato de sus respuestas, cumpliendo así con lo establecido en las leyes sobre secreto estadístico y protección de datos personales. El cuestionario que le solicitamos que cumplimente está organizado en tres secciones. Es importante que responda a todas ellas, tal y como se indica, para realizar de forma adecuada el análisis de los datos recabados.

Agradecemos de antemano su colaboración con esta investigación.

¡Muchas gracias!

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS GENERALES

1. Género

<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	Hombre
--------------------------	-------	--------------------------	--------

2. Edad (años cumplidos):

3. Religión

Cristiana(católica)	<input type="checkbox"/>
Musulmana	<input type="checkbox"/>
Judía	<input type="checkbox"/>
Hindú	<input type="checkbox"/>
Agnóstico	<input type="checkbox"/>
Ateo	<input type="checkbox"/>

Otra	<input type="text"/>
------	----------------------

4. Estado civil

Soltero/a	<input type="checkbox"/>
Casado/a	<input type="checkbox"/>
Viudo/a	<input type="checkbox"/>
En pareja	<input type="checkbox"/>
Separado/a	<input type="checkbox"/>
Divorciado/a	<input type="checkbox"/>

Otra	
------	--

5. Ocupación principal

Estudia	
Trabaja	
Estudia y trabaja	
Se ocupa del hogar	
Jubilado/a	
Sin ocupación	

6. Nivel de estudios

Sin estudios	
Estudios Primarios	
Estudios Secundarios	
Bachiller o FP superior	
Estudios Universitarios	

II. CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE MEDICAMENTOS

7. ¿Qué medicamentos conoce? Se admiten varias respuestas.

- a. Pastillas
- b. Jarabes
- c. Supositorios
- d. Inyectables
- e. Pomadas
- f. Otros (especifique):.....

8. ¿A quién consulta sobre los medicamentos? Se admiten varias respuestas.

- a. Médico
- b. Farmacéutico
- c. Familiares
- d. Amigos/as
- e. Auxiliares de farmacia (los que atienden en las farmacias)
- f. Naturista

14. ¿Qué apartado del prospecto lee con más frecuencia? Se admiten varias respuestas.

- a. Composición
- b. Posología
- c. Indicaciones, contraindicaciones, precauciones e interacciones
- d. Efectos secundarios
- e. Intoxicación y su tratamiento
- f. Presentación
- g. Advertencias
- h. Otro:.....

15. ¿Conoce los riesgos del uso inadecuado de los medicamentos?

- a. Sí
- b. No
- c. Más o menos

16. Si el médico le prescribe un medicamento, ¿completa el tratamiento?

- a. Sí
- b. No

Si ha respondido la opción b), señale las causas por las que no completa el tratamiento:

.....

17. ¿Sabe cómo conservar sus medicamentos?

- a. Sí
- b. No

Si ha elegido la respuesta a) indique dónde:

.....

18. ¿Cumple la pauta posológica de los medicamentos?

	Nunca	Ocasionalmente	Casi siempre	Siempre
Dosis				
Frecuencia				

19. Cuando le sobra algún medicamento, ¿lo guarda junto a su prospecto?

- a. Nunca
- b. A veces
- c. Casi siempre
- d. Siempre

Si ha elegido la respuesta a) o b), indique cuál de las siguientes afirmaciones lo lleva a guardarlos:

- a. Para tomarlos por mi cuenta de nuevo ante los mismos síntomas.
- b. Para no necesitar ir por una nueva receta.
- c. Para darlos en la farmacia para las ONG.
- d. Para no gastar ni mi dinero ni el de la S.S. si el médico me los vuelve a recetar.
- e. N/C.

20. ¿Tiene en cuenta el período de conservación de colirios, suspensiones extemporáneas, fotoprotectores, etc. una vez abiertos?

- a. Frecuentemente
- b. A veces
- c. Nunca

21. ¿Revisa las fechas de caducidad del botiquín?

- a. Frecuentemente
- b. A veces
- c. Nunca

22. ¿Qué hace con los medicamentos caducados o con los que ya no necesita?

- a. Los tiro a la basura.
- b. Los llevo a la farmacia para depositarlos en el punto SIGRE.

III. PATRONES DE AUTOMEDICACIÓN

PREGUNTAS	Nunca	A veces	Frecuentemente
En este último año ¿ha consumido medicinas sin receta médica?			
En los últimos 5 años ¿le ha dado alguna medicina sin receta médica a su hijo/a o lo ha sugerido a familiares, amigos/as?			
Cuando compra medicinas sin receta médica, ¿lo hace por iniciativa propia?			
Cuando compra medicinas sin receta médica, ¿lo hace por falta de tiempo?			
Cuando compra medicinas sin receta médica, ¿lo hace por comodidad y fácil acceso?			
Cuando compra medicinas sin receta médica, ¿lo hace porque considera que conoce lo suficiente sobre ellas?			
Cuando compra medicinas sin receta médica, ¿lo hace porque la enfermedad es leve?			
Cuando compra medicinas sin receta médica, ¿lo hace porque no le gusta ir al médico?			
Cuando compra medicinas sin receta médica, ¿lo hace por influencia de la publicidad?			
¿Se automedica?			