

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**ANTECEDENTE DE COVID-19, ACCESO A INTERNET Y GRADO
DE INSTRUCCIÓN ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN
RESPONSABLE EN POBLADORES DE CASTILLO GRANDE –
HUÁNUCO 2022**

LINEA DE INVESTIGACIÓN: CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
MEDICO CIRUJANO

TESISTAS:

ABUHADBA FERNANDEZ, ADRIANA SOFÍA
NUÑEZ GUILLEN, JUAN LUIS ARTURO

ASESOR:

Mg. MOTTA RODRIGUEZ, JUAN WILDER

HUÁNUCO - PERÚ

2023

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestros familiares, quienes nos acompañaron en este arduo camino; esto y lo que viene después es el fruto de su confianza y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

Queremos empezar agradeciendo a DIOS, la fuerza infinita que nos motiva a mantener el ímpetu muchas veces de manera inexplicable.

Agradecemos a nuestros padres, abuelos, tíos y demás familiares, por su confianza desde que decidimos iniciar esta ardua carrera y su apoyo constante durante todas las adversidades en estos años. Podemos decir juntos, lo hemos logrado.

Agradecemos a nuestra querida facultad de medicina, que con sus maestros y autoridades nos han acogido estos largos años de formación, inspirándonos a ser mejores profesionales.

Agradecemos a nuestro asesor, por su tiempo, paciencia, disposición y colaboración antes, durante y después de la elaboración de este trabajo de investigación.

Agradecemos también a todos nuestros amigos cercanos, a los médicos que nos instruyeron y se volvieron nuestros amigos, por comprendernos y animarnos durante la elaboración de este trabajo.

RESUMEN

OBJETIVOS: Evaluar la asociación entre el antecedente de COVID-19, el acceso a internet y el grado de instrucción asociados a la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico. La población estuvo conformada por los pobladores de Castillo Grande durante el año 2022. Así mismo, la muestra fue tomada a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple seleccionándose 120 participantes. Los pobladores brindaron el consentimiento informado antes de aplicarle el instrumento de recolección de datos (cuestionario mediante los formularios de Google) y se obtuvo información sobre el antecedente de COVID, acceso a internet y grado de instrucción. Posteriormente a la recolección de datos se procedió agrupar, ordenar y clasificar los datos en el programa Microsoft Excel y luego al programa estadístico SPSS, versión 15. Se realizó el análisis bivariado, usando las pruebas de chi² y la U de Mann Whitney; para determinar si existe relación y la intensidad de la misma midiendo con un intervalo de confianza del 95%. **RESULTADOS:** el grupo etario entre 18 a 29 años fue el de mayor proporción con un 37,5%. El 65% de la población fue femenina. El grado instrucción predominante fue superior universitario con 40,0%. En cuanto a los pobladores que tuvieron acceso a internet fue de un 85%. Respecto a la población que practicó la automedicación responsable fue de 50,8% respecto al total. La principal fuente de información sobre el uso de los medicamentos fue a través de un personal de salud con un porcentaje de 38,3%. Se halló asociación entre el grado de instrucción y la automedicación responsable con un valor de $p=0,000$, así mismo el acceso a internet y la automedicación responsable tuvo un nivel de significancia de $p=0,004$. **CONCLUSIONES:** Se concluye que el acceso a internet y los estudios superiores tienen asociación con la automedicación responsable. Del mismo modo el ingreso económico, la fuente de información y obtención del medicamento representan un mayor riesgo para la automedicación responsable.

Palabras clave: Automedicación, Autocuidado, COVID-19, Acceso a internet, Escolaridad.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To evaluate the association between a history of COVID-19, internet access, and educational level associated with responsible self-medication in residents of Castillo Grande - Huánuco 2022. **METHODS:** This was a retrospective, cross-sectional, and analytical study. The population consisted of residents of Castillo Grande during the year 2022. Likewise, the sample was taken through non-probabilistic sampling, selecting 120 residents of Castillo Grande. The residents provided informed consent before applying the data collection instrument (questionnaire using Google Forms), and information was obtained about the history of COVID-19, internet access, and educational level. After data collection, the data were grouped, organized, and classified in Microsoft Excel and then in the statistical program SPSS, version 15. Bivariate analysis was performed using chi-square tests and the Mann-Whitney U test to determine the existence of a relationship and its intensity, measured with a 95% confidence interval. **RESULTS:** The age group between 18 and 29 years had the highest proportion at 37.5%. 65% of the population was female. The predominant educational level was university education with 40.0%. Regarding residents with internet access, it was 85%. Regarding the population practicing responsible self-medication, it was 50,8% of the total. The main source of information on medication use was through health personnel with a percentage of 38,3%. An association was found between educational level and responsible self-medication with a p-value of 0,000, and likewise, internet access and responsible self-medication had a level of significance with a p-value of 0,004. **CONCLUSIONS:** It is concluded that internet access and higher education are associated with responsible self-medication. Similarly, income, the source of information, and obtaining medication represent a higher risk for responsible self-medication.

Keywords: Self medication, Self Care, COVID-19, Internet access, Educational Status.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
ÍNDICE	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACION	8
1.1 Fundamentación del problema de investigación	8
1.2. Formulación del problema de investigación general y específicos	9
1.3. Formulación de objetivo general y específicos	10
1.4. Justificación	10
1.5. Limitaciones	11
1.6. Formulación de hipótesis general y específicas	11
1.7. Variables	12
1.8. Definición teórica y operacionalización de variables	13
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes	16
2.2. Bases teóricas	20
2.2.1. AUTOMEDICACIÓN	20
2.2.2. COVID-19	26
2.2.3. ACCESO A INTERNET	34
CAPITULO III. METODOLOGÍA	36
3.1. Ámbito	36
3.2. Población	36
3.3. Muestra	37
3.4. Nivel y tipo de estudio	38
3.5. Diseño de investigación	38
3.6. Métodos, técnicas e instrumentos.	38
3.7. Validación y confiabilidad del instrumento	39
3.8. Procedimiento	40
3.9. Tabulación y análisis de datos	40
3.10. Consideraciones éticas	40
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	42
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	59

INTRODUCCIÓN

Durante años se ha realizado la práctica de la automedicación, la cual ha ido escalando en proporciones cada vez mayores, siendo perjudicial en muchos casos para la población, ya que conduce a consecuencias como la resistencia bacteriana frente a antibióticos, generando mayores gastos en el sistema de salud(1,2).

Los conocimientos frente a la automedicación responsable se han ido revelando con mayor claridad frente al enfrentamiento de la pandemia por COVID-19 (3); en el auge de la era tecnológica y el acceso a la internet ha permitido que la población tenga el conocimiento sobre fármacos y enfermedades a la brevedad(4); así mismo durante la pandemia, las personas practicaban mucho más la automedicación, por el difícil acceso a los centros de salud y por la información brindada en las redes sociales; determinándose en muchos estudios que dicha práctica no era responsable (5); en nuestra región Huánuco, según estadísticas del INEI el acceso a internet aumentó durante la pandemia(6).

Por estas razones vimos la necesidad de investigar acerca de la relación entre el acceso a internet y el antecedente de COVID-19 frente a la automedicación responsable, además del grado de instrucción que permite un mejor entendimiento de las redes cibernéticas; con ello pretendemos establecer una base para la creación de futuras estrategias que permitan a los pobladores tener mejor información frente a la automedicación, teniendo de aliada a la tecnología, así mismo deseamos promover estrategias sanitarias incluidas en los centros educativos para crear buenas practicas frente a la automedicación.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del problema de investigación

En las últimas décadas ha sido usual el consumo de medicamentos sin prescripción médica, lo que se considera una mala práctica de automedicación responsable. La automedicación es una práctica incrementada en la población actual, establecida con el fin de adquirir fármacos que mejoren una enfermedad leve y no requieran prescripción médica, esto en el marco del denominado autocuidado que tiene como objetivo la prevención de enfermedades de manera autónoma y responsable(1,2).

Esta práctica se ha incrementado con el tiempo, principalmente en países con mayor acceso a medicamentos de venta libre. El aumento de la prevalencia en automedicación es más desarrollado en países en vías de desarrollo, ya sea por la falta de conocimiento de los fármacos y la facilidad de adquirir estos medicamentos en las farmacias(2,7,8). En un anuncio de la OPS dada por el Dr. Pérez-Acosta, profesor de la Universidad del Rosario; menciona que las motivaciones para automedicarse han crecido, siendo el principal el acto de cuidar la salud tanto para prevenir un dolor o reducir la intensidad de este, la segunda causa es aumentar el rendimiento físico o cognitivo, y en estos últimos años, dentro de estas motivaciones están influenciadas por la pandemia COVID-19(9). Estas prácticas de automedicación conllevan riesgos en la población: por las interacciones farmacológicas propias de los medicamentos, su desajuste en las dosis requeridas y su interacción con el mismo organismo, actuando de manera adversa al fin terapéutico(10,11). Estas interacciones descritas como Reacciones Adversas Medicamentosas (RAM) se producen por desconocimiento de los componentes farmacológicos, la administración indiscriminada o una mala prescripción, esto ocurre principalmente con los antibióticos los cuales conllevan a un aumento de la resistencia bacteriana(12), así mismo con los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), lo que ha producido el aumento de gastritis crónica en quienes lo consumen de manera inapropiada (13). Es una preocupación actual el aumento de las consecuencias generadas por la automedicación entre todas ellas, la principal es la resistencia bacteriana, que ha generado mayor mortalidad en la población mundial.

El acceso fácil y continuo a la información a través de la red de Internet ha permitido que la población conozca sobre medicamentos y como consumirlos, aunque ello no considere el correcto uso y sus implicancias en la salud a posteriori. El avance veloz de la tecnología junto con el acceso a las redes sociales por parte de toda la población, permite la divulgación de información por diversos medios sobre medicina(1). La

percepción de esta información sobre la automedicación y su práctica se ha visto relacionada en algunos estudios(14). En estudiantes que tienen acceso a la información sobre farmacología se han vinculado con mayores prácticas de automedicación(15–17). Se ha observado un incremento en las prácticas de automedicación en la población medica estudiantil quienes están en contacto frecuente con fármacos, tienen conocimientos más amplios sobre sus componentes y sus reacciones adversas y no poseen seguro médico, factores que han representado un incremento en la prevalencia de la automedicación, la cual aún no define si se realiza de manera responsable (17,18).

En la actualidad la automedicación es un problema de salud pública, que afecta principalmente a la población que no tiene acceso a los servicios de seguro médico, observándose una mayor prevalencia en personas entre 18 a 24 años quienes por influencia propia y de familiares acceden al consumo de medicamentos sin prescripción médica, y siendo mayor en zonas urbano marginales por falta de conocimiento y menor acceso a establecimientos de salud (19–21).

Durante el confinamiento por la pandemia por COVID-19 el consumo de medicamentos sin prescripción médica se incrementó. El uso irracional e inadecuado de antibióticos, corticoides, antivirales, antimaláricos y hasta antiparasitarios aumentaron, produciendo mayores complicaciones (3,12,22). Las causas son múltiples, desde el temor por la nueva enfermedad, el acceso a información que aún no estaba verificada y múltiples anuncios que atemorizaban a la población contribuyeron a un incremento de prácticas que ponen en peligro la salud.

1.2. Formulación del problema general y específicos

1.2.1. Formulación del problema general

¿Existe asociación entre el antecedente de COVID-19, el acceso a internet y el grado de instrucción con la automedicación responsable en los pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022?

1.2.2. Formulación de problemas específicos

1. ¿El antecedente de COVID-19 está asociado con la automedicación responsable en los pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022?
2. ¿El acceso a internet está asociado con la automedicación responsable en los pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022?
3. ¿El grado de instrucción está asociado con la automedicación responsable en los pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022?

1.3. Objetivo general y específicos

1.3.1. Objetivo general

Evaluar la asociación entre el antecedente de COVID-19, el acceso a internet y el grado de instrucción asociados a la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Establecer la asociación entre el antecedente de COVID-19 con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande – Huánuco 2022.
2. Establecer la asociación entre el acceso a internet con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande – Huánuco 2022.
3. Establecer la asociación entre el grado de instrucción con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande – Huánuco 2022.
4. Establecer la asociación entre el ingreso económico con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande – Huánuco 2022.
5. Establecer la asociación entre la edad con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande – Huánuco 2022.
6. Establecer la asociación entre el sexo con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande – Huánuco 2022.

1.4. Justificación

En el departamento de Huánuco hay pocos estudios acerca de las prácticas de automedicación responsable. Actualmente, frente a la pandemia por COVID-19, se observó a nivel mundial un incremento de esta práctica de manera inadecuada por lo que vimos necesario estudiar este comportamiento en nuestra ciudad, específicamente en regiones donde la información a través de internet puede estar limitada y no hay una orientación acerca de la automedicación responsable, por ello el centro poblado de Castillo Grande fue elegida para este estudio.

Relevancia teórica

Diversas instituciones mundiales como la OMS y estudios importantes a nivel mundial han evidenciado el aumento de la automedicación de manera inadecuada, y como es sabido las consecuencias de esta mala práctica conlleva principalmente a resistencia bacteriana por consumo indiscriminado de antibióticos y enfermedades como gastritis por consumo excesivo de AINES. Siendo la automedicación un gran problema de salud pública, con incremento de la morbimortalidad y costos de la salud, fue preciso determinar si los estudios tenían un comportamiento similar en la

población de Huánuco, la cual fue una región con mayores casos de enfermedad por COVID-19 durante la pandemia, así mismo quisimos determinar si aumentó la automedicación por el temor de una nueva enfermedad y la información brindada por internet.

Relevancia práctica

El análisis de los resultados se basó en el estudio realizado en la población de la provincia de Leoncio Prado, específicamente el centro poblado de Castillo Grande, con el objetivo de ayudar a comprender la problemática de la automedicación, eso permitirá ampliar la información acerca de estas prácticas y poder tomar medidas para orientar las acciones hacia una automedicación responsable, a la vez de instar a las autoridades pertinentes a crear estrategias sanitarias que refuercen la automedicación responsable teniendo de aliada a los accesos a internet como las redes sociales. Tal como se describió en el antecedente sobre la prevalencia de la automedicación en regiones de la selva, vimos por conveniente realizar este estudio en la población de Castillo Grande, además de contar con la factibilidad de recursos y disponibilidad de tiempo.

1.5. Limitaciones

Se presentan las siguientes limitaciones en el proceso de la elaboración de la investigación:

- El recuerdo de medicamentos consumidos durante la pandemia.
- Verificación de los accesos a internet.
- Conseguir el total de la muestra para tener representatividad.

1.6. Formulación de hipótesis general y específicas

1.6.1. Hipótesis general

- **Hipótesis alternativa**

Hi: El antecedente de covid-19, el acceso a internet y el grado de instrucción están asociados con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022.

- **Hipótesis nula**

Ho: El antecedente de covid-19, el acceso a internet y el grado de instrucción no están asociados con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022.

1.6.2. Hipótesis específicas

Ha1: El antecedente de COVID-19 está asociado con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022.

Ho1: El antecedente de COVID-19 no está asociado con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022.

Ha2: El acceso a internet está asociado con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022.

Ho2: El acceso a internet no está asociado con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022.

Ha3: el grado de instrucción está asociado con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022.

Ho3: el grado de instrucción no están asociados con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022.

1.7. Variables

1.7.1. Variable dependiente

- Automedicación responsable

1.7.2. Variables independientes

- Antecedente de COVID-19
- Acceso a internet
- Grado de instrucción

1.7.3. Variables intervinientes

- Edad
- Sexo
- Nivel socioeconómico
- Fuente de información
- Tipo de medicamento usado
- Fuente de obtención de información

1.8. Definición teórica y operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	INDICADOR	INDICE	FUENTE	TECNICA
VARIABLE DEPENDIENTE										
Automedicación responsable	La selección y uso de los medicamentos, que no requieren prescripción médica, por parte de las personas, con el propósito de tratar enfermedades o síntomas que ellos mismos pueden identificar	Autocuidado	Uso de medicamentos por cuenta propia sin prescripción médica ante un síntoma reconocible	Cualitativa	Nominal	SI	Se automedica responsablemente: ≥ 3 ítems positivos	Presenta automedicación responsable: cumple 3 de los 5 ítems 1. Conoce los síntomas por los que se automedica 2. conoce la enfermedad por la que se automedica 3. consulta con personal de salud después de automedicarse 4. sabe cómo consumir el medicamento 5. conoce los efectos adversos del medicamento	Recolección primaria: Ficha de recolección	Ficha de recolección de datos de datos
						NO	No se automedica responsablemente: < 3 ítems positivos			
VARIABLES INDEPENDIENTES										
Antecedente de COVID-19	Persona que haya tenido un resultado positivo con infección por el virus del SARS-CoV2 confirmada en laboratorio.	Diagnostico	Persona que tuvo la infección por el virus del SARS-CoV2 confirmada en laboratorio con Prueba molecular positiva o prueba Antígeno positiva, hasta hace 1 mes antes de la entrevista	Cualitativa	Nominal	SI	tuvo COVID-19	Diagnostico COVID-19 hasta antes de 1 mes de la encuesta	Recolección primaria: Ficha de recolección Verificación en SISCOVID	Ficha de recolección de datos de datos
						NO	no tuvo COVID-19			

Acceso a internet	Acceso a Internet o conexión a internet es el sistema de enlace con que el computador, dispositivo móvil o red de computadoras cuenta para conectarse a Internet	Internet	Sistema utilizado para la obtención de información a páginas web a través de diferentes dispositivos; teléfono móvil, tableta, laptop, computadora, etc.	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuenta con acceso a internet No cuenta con acceso a internet	Acceso a páginas web de información médica	Recolección primaria: Ficha de recolección	Ficha de recolección de datos
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Grupo de conocimientos adquiridos por la educación regular o extraordinaria que se encuentran certificados ante las autoridades competentes del país donde fue realizada la capacitación o enseñanza.	Estudios	Grado académico que curso hasta el momento de la entrevista	Cualitativa	Ordinal	Sin estudios	Grado de instrucción	Grado de instrucción	Recolección primaria: Ficha de recolección	Ficha de recolección de datos
						Primaria				
						Secundaria				
						Técnico				
						Superior				
VARIABLES INTERVINIENTES										
EDAD	Años cumplidos hasta la fecha de recolección de datos		Edad de los pobladores	Cuantitativa	Razón	18 – 29 30 – 45 46 – 60 >60 años	Años cumplidos	Años cumplidos	DNI	
Género	Dato fenotípico y evidenciado en DNI			Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Sexo		DNI	
Nivel socioeconómico	Características económicas del individuo	Economía	Ingresos mensuales	Cuantitativa	Razón	A: ingreso de S/12660 B: ingreso de S/7020 C: ingreso de S/3970	Según la clasificación A, B, C, D, E		Recolección primaria: Ficha de recolección	

						D: ingreso de S/2480 E: ingreso de S/1300				
Fuente de información	Lugar o situación desde donde encuentra información sobre qué tipo de medicamento utilizar, en vez de la prescripción médica.	Información	Medio que usa para informarse de temas médicos	Cualitativa	Nominal politómica	Página web Redes sociales Persona conocida Tratamiento previo Personal de salud	Obtención de información del medicamento		Recolección primaria: Ficha de recolección	Ficha de recolección de datos
Tipo de medicamento usado	Compuesto farmacológico utilizado para la automedicación durante la pandemia de COVID-19	Medicamentos	Compuesto farmacológico utilizado para síntomas en específicos reconocido por el paciente durante la pandemia de COVID-19	Cualitativa	Nominal politómica	Antiinflamatorios analgésicos Antibióticos Corticoides Antiácidos Antigripales Ivermectina	Medicamento usado		Recolección primaria: Ficha de recolección	Ficha de recolección de datos
Fuente de obtención del medicamento	Situación en la cual se obtuvo un compuesto farmacológico durante la pandemia de COVID-19	Medicamentos	Forma en la que se obtuvo a un medicamento en particular	Cualitativa	Nominal politómica	Farmacia Familiar Persona conocida Atención previa	Obtención del medicamento		Recolección primaria: Ficha de recolección	Ficha de recolección de datos

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Nivel internacional

Gras et al. (2021) en su investigación "Impact of the COVID-19 outbreak on the reporting of adverse drug reactions associated with self-medication" se enfocó no solo en estudiar la automedicación; también, la relación de las reacciones adversas medicamentosas (RAM), se pudo demostrar que hubo un aumento de las notificaciones de automedicación durante el 2020 (3,7 %) en comparación al 2019 (1,6 %) una diferencia no tan exorbitante; con respecto a las RAM's el aumento durante el 2020 (31,5%) fue mucho mayor en comparación al 2019 (12,5%)(23). Así mismo, Muhammed et al. (2021) en su estudio denominado "Self-Medication with Antibiotic among Public Population in Erbil City" realizó una investigación observacional transversal que involucró a un total de 100 personas de la población de Erbil, Iraq, de estos el 90% se automedicaron con antibióticos, siendo la amoxicilina el antibiótico más utilizado. Para el éxito del tratamiento, el 77% de los participantes estaban satisfechos con la automedicación con el antibiótico(24). Un metaanálisis realizado en Etiopía por Sisay et al. (2018) denominado "Epidemiology of self-medication in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis of observational studies", reveló que la práctica de la automedicación se convierte en un fenómeno común mostrando una prevalencia de 44%, siendo su capital Addis Abeba el estado con mayor prevalencia 62,8%, practicándose en esta región la automedicación con analgésicos (46,1%), seguida de los antimicrobianos 28.2%(25). En Malawi el autor Sambakunsi et al. (2019) en su estudio "Knowledge, attitudes and practices related to self-medication with antimicrobials in Lilongwe, Malawi" , estudió las posibles razones por la cual se practica la automedicación, entre estas se encontraron la falta de insumos en los centros de salud, las distancias largas para llegar a los establecimientos de salud, las actitudes negativas de los médicos hacia los pacientes y la experiencia anterior de la enfermedad. Adicionalmente se observó las principales fuentes de obtención de los medicamentos sin indicación médica entre las cuales están los comerciantes, las farmacias y los amigos que recibieron tratamiento para una enfermedad similar(26). En la India se realizó un meta análisis por el autor Rashiden et al. el cual se observó

en su estudio denominado “Prevalence and Predictors of Self-Medication Practices in India: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis”, que la prevalencia media de la automedicación era del 53,57 %. La familiaridad con el medicamento parece ser una de las principales razones para practicarla (RP: 30,45; IC del 95%: 17,08-43,82; 6 estudios), y la práctica se notó más entre individuos de una familia de clase media-baja con una tasa de prevalencia de 26,31 (IC95%: 2,02-50,60; P<0,0001). Las dolencias menores fueron la razón principal para practicar la automedicación (RP: 42,46; IC 95%: 21,87-63,06), entre las cuales el dolor de cabeza fue el más comúnmente informado (RP: 41,53; IC 95%: 18,05-65,02)(27).

2.1.2. Nivel Latinoamérica

El estudio multicéntrico de Escobar-Salinas et al. (2017) en su investigación “Automedicación en adultos de 11 ciudades de Latinoamérica, 2015-2016: estudio multicéntrico” realizado en 11 ciudades de Latinoamérica determinó que la ciudad con mayor prevalencia de automedicación fue Pedro Juan Caballero-Paraguay con 88,95%, seguido de la ciudad de Tunja en Colombia (87,7%) y en tercer lugar Ecuador con su capital Quito con una prevalencia de 86,4%. De toda la población que ingreso al estudio (n=1784) su principal motivación para ejercer la automedicación fue no contar con el tiempo para ir al médico (50,3%). Se observó que los medicamentos más utilizados por la población de las diferentes ciudades fueron los analgésicos(38,92%), en segundo lugar están los antigripales, los participantes también alegaron que volverían a consumir dichos medicamentos aun sabiendo que la automedicación puede ser peligrosa (28).

La pandemia por COVID-19 agravo la automedicación, conllevándola a una práctica irresponsable, esto debido a la inseguridad y desconfianza por la enfermedad nueva y por la mala información transmitida por diversos medios principalmente los sociales(12,23,29).

En México la autora Almeida-Cerino et al. en su estudio descriptivo denominado “Automedicación de medicamentos genéricos en usuarios de farmacias en un municipio mexicano” en el Municipio de Jalpa de Méndez con 383 participantes recolectó la información de usuarios de medicamentos genéricos en farmacias. De estos usuarios el 53% eran mujeres. Los factores sociodemográficos resaltantes fueron un alto nivel de escolaridad y trabajo actual estable (52%) por lo que estaban económicamente activos. Se observó que el consumo de medicamentos era

totalmente reconocido por los participantes, estos se automedicaban con AINES (46.3% del total). El patrón principal de esta población para automedicarse fue el consumo de medicamentos sin receta médica, la iniciativa propia y la falta de tiempo para recurrir a una cita con el especialista. Lo llamativo de este estudio fue que los participantes contaban con un nivel de conocimiento Medio acerca de la automedicación (67.1%) (30).

Faria Domingues et al. demostraron la prevalencia de la automedicación en una población adulta de Brasil (2015), en su investigación "Prevalence of self-medication in the adult population of Brazil: a systematic review"; usaron una revisión sistemática excluyendo estudios con participantes con alguna enfermedad de base, es decir solo entraban al estudio participantes que no requerían prescripción médica. La prevalencia en total en estos estudios fue de 35% sin tener asociación con el sexo del participante, también determino que los principales consumidores de la automedicación son los estudiantes y trabajadores del área de salud quienes tienen acceso fácil a los medicamentos(31).

El estudio "prevalencia de automedicación de antiinflamatorios y analgésicos en la práctica ambulatoria" realizado por A. Aguilar et al. (2015), incluyó a 1486 personas de la Ciudad de Buenos Aires-Argentina, usaron encuestas semi-asistidas que registró datos como lugar de residencia, cobertura de atención de salud, nivel educativo, status laboral y medicación consumida en los meses últimos. De este estudio el 58,07% fueron mujeres, y 866 eran usuarias de centros de salud públicos. El nivel educativo predominante fue estudios secundarios (56,4%), seguido de una población con estudios terciarios/universitarios (838). La prevalencia que encontró este estudio frente al consumo de analgésicos y antiinflamatorios fue de 34,6%, predominantemente en mujeres y mayores de 65 años, relacionado también con personas que no contaban con trabajo, el principal fármaco consumido para la automedicación fue el ibuprofeno, seguido de paracetamol. El artículo concluye con la asociación directa entre el sexo, el nivel de educación y la mayor incidencia de automedicación(32).

2.1.3. Nivel nacional

Los estudios a nivel nacional demuestran el incremento de la automedicación con el paso del tiempo, agravándose más en el estado de pandemia que atravesamos actualmente. El artículo escrito por Rojas-Adrianzén et al. (2018) "Prevalencia y

factores asociados a la compra de antimicrobianos sin receta médica, Perú 2016”, menciona que la prevalencia de automedicación con antibióticos fue de 53,4%. Este estudio contuvo a 1165 personas que cumplieron los criterios de inclusión entre ellos estaba la práctica de automedicación, de toda la población, 57,5% fueron mujeres con una edad media de 45 años, y en su mayoría usuarios de boticas. También se determinó que una gran concentración de personas que se automedican son trabajadores con ingresos mensuales entre 900 a 1500 soles. La región con mayor practica de automedicación fue la selva (451), en segundo lugar, la costa. También se relacionó el tipo de seguro de salud, determinando que los pacientes con seguro SIS se automedicaban más, seguido de los que contaban con seguro social y que la práctica de automedicación era para ellos mismos, es decir compraban medicamentos sin receta para aliviar malestares generados en sí mismos(7).

El vínculo entre la automedicación de manera no responsable y la pandemia por COVID-19 se estudió en diversas investigaciones, una de ellas presentada por Quispe-Cañari et al. (2018) “Prevalencia y características de la automedicación en estudiantes de una universidad privada de lima norte” desarrollada en 25 provincias del Perú con un total de 3792 participantes, de los cuales 54.5% correspondía al porcentaje de mujeres. La cantidad de personas que no se automedicaron fue de 2526, y de las personas que si se automedicaron lo hicieron con ibuprofeno principalmente(33). A esto se suma el trabajo realizado por Navarrete-Mejía et al. (2020) “Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo” quienes estudiaron a 790 pobladores de los distritos de Lima Norte, destacando que el 52,7% se automedicaba antes de la pandemia, y que los pacientes que presentaban comorbilidades dejo de automedicarse durante el curso de la pandemia. Los principales fármacos consumidos antes de la pandemia fueron analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos, para que durante la pandemia cambien de dirección, siendo los antibióticos los principales en ser consumidos a modo de “prevención” frente al COVID-19(34).

2.1.3 Nivel regional

A nivel regional se presenta el estudio realizado por Montero Berrospi y Huamán Morales (2018) denominado “Factores asociados a la automedicación en el centro poblado de Llícuca, Huánuco”, en el que vincularon el nivel socioeconómico y educativo con la automedicación. Se determinó que la prevalencia de automedicación

en los participantes del estudio fue de 80%, y que el ingreso mensual no tenía relación con la práctica de automedicación. Los pobladores se automedicaban por percibir malestar leve a moderado(21).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. AUTOMEDICACIÓN

La práctica de ingerir un fármaco por cuenta propia se denomina automedicación. La OMS define la automedicación como el uso de productos químicos farmacéuticos adquiridos por el consumidor para tratar malestares auto reconocidos, también es definido como el uso prolongado de un medicamento prescrito previamente por un médico para el tratamiento de enfermedades crónicas o un síntoma recurrente, por último la automedicación puede establecerse como el uso de medicamentos recomendado por fuentes no profesionales o trabajadores sanitarios no autorizados en recetar medicamentos(1). Esto conlleva a la automedicación irresponsable con futuras consecuencias de índole física.

La venta de fármacos en el mercado sin receta médica es en cierta medida permitida, estos son denominados Especialidades Farmacéuticas Publicitarias (EFP) u *Over the Counter* (OTC), que son de venta libre, lo cual no quiere decir que no tenga efectos adversos y sea inocuo (20), además que estos presentan alta cobertura en el alivio de síntomas siempre y cuando sean leves(35). Estos fármacos han sido vigilados por la OMS el cual saca una lista de los medicamentos permitidos para la venta libre sin prescripción médica, con la confianza de que sean consumidos de manera responsable, por lo que también proponen como mantener esa vigilancia(36), cada gobierno debe asegurar que estos fármacos sean vendidos de manera segura y controlada, por lo que deben regular continuamente la circulación de los fármacos adecuándolos a la necesidad y efectos adversos de su país(37,38).

La descripción hecha por Loyola Filho y cols. (2004) "Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication", en el artículo sobre el Proyecto Bambuí(39), sobre la automedicación menciona: La automedicación puede definirse mediante el consumo de medicamentos industrializados o manipulados, o el uso de remedios caseros (tés, hierbas, etc.), e incluye las actividades siguientes:

- Obtener medicamentos sin prescripción alguna.
- Volver a usar prescripciones antiguas para comprar medicamentos.

- Compartir medicamentos con familiares o miembros del círculo social propio.
- Usar medicamentos ya vencidos almacenados en la casa.
- Fallar en el cumplimiento de la prescripción profesional ya sea mediante la prolongación o interrupción temprana o incremento o decremento de la dosis originalmente prescrita.

La OMS propone tres criterios que deben cumplir los medicamentos para usarse en la automedicación(1):

1. Ingrediente activo: El ingrediente activo en la dosis prevista debe tener una toxicidad inherente baja (p. ej., sin toxicidad reproductiva o propiedades genotóxicas o cancerígenas relevantes para el uso humano, a menos que dicho peligro pueda abordarse adecuadamente mediante el etiquetado)(1).
2. Uso previsto: El uso previsto debe ser apropiado para la automedicación. El uso del producto no debe retrasar indebidamente el diagnóstico y tratamiento de una condición que requiera atención médica(1).
3. Propiedades del producto: El producto no debe tener propiedades que lo hagan indeseable. Por ejemplo, no debe tener un perfil de eventos adversos desfavorable; requieren la supervisión de un médico para el control durante la terapia con medicamentos; representan un riesgo significativo de dependencia o abuso; o mostrar otras características limitantes, como la interacción con medicamentos o alimentos de uso común que pueden provocar reacciones adversas graves(1).

Factores asociados en la automedicación

Diversos estudios han investigado los factores que conllevan a la automedicación, desde factores sociales hasta económicos y culturales.

FACTORES SOCIALES: estos factores son influenciados por la comunidad, los familiares, círculo de amigos, medios de comunicación como el internet (redes sociales), televisión, radio, periódicos; la cual ejerce cierta presión en el consumo de medicamentos auto prescritos, mediante la información que transmiten y la publicidad de medicamentos como alternativa para sus problemas de salud.(40)

Estas investigaciones también relacionaron las edades más propensas a practicar la automedicación. Entre ellos la población joven tiene una mayor tendencia hacia la

automedicación, esto es por el tiempo más distribuido hacia sus estudios y/o trabajo por lo que no cuentan con horarios para asistir a citas médicas, además que no lo creen necesario. También influye el sexo, siendo el grupo de mujeres las que practican más la automedicación e influyen a que otros lo practiquen (40,41).

FACTORES DE MORBILIDAD: los pacientes con síntomas menores son los que practican la automedicación, estos síntomas no requieren asistencia a un centro de salud ni cita médica según la percepción del paciente, por lo que es más práctico acudir a las farmacias o boticas para la adquisición directa de medicamentos. La OMS indica el papel fundamental que juegan los farmacéuticos en este nivel ya que ellos son los que guían la automedicación, pudiendo ser esta responsable o irresponsable, conllevando a las consecuencias perjudiciales de esta práctica (7,40,42).

FACTORES CULTURALES: estos factores incluyen el nivel de educación, la zona de ubicación, como rural o urbana. Las investigaciones en Perú relacionaron el nivel de educación con la automedicación sin tener un consenso claro, pero extrapolando los datos se presume que a mayor nivel de educación mayor es la práctica de automedicación, y esta no es necesariamente responsable, salvo en ciertas personas relacionadas con las carreras de salud. La zona de ubicación también estuvo relacionada, encontrándose que en las zonas rurales son las que consumen más medicamentos sin receta médica, específicamente en la región de la selva (7,21,33,40).

FACTORES ECONÓMICOS: este factor se enfoca en los ingresos mensuales los cuales permiten o no acceder a centros de salud o conseguir medicamentos con recetas médicas. Aquí las investigaciones relacionaron los ingresos o los trabajos actuales de los usuarios con la prevalencia de la automedicación, hallando que usuarios con ingresos entre 900 a 1500 nuevos soles mensuales consumen más fármacos sin receta médica (7,21).

Automedicación responsable

El acto de consumir fármacos con el conocimiento suficiente de dicha práctica se denomina automedicación responsable.(1)

Para que una persona practique la automedicación responsable se requiere que se cumplan ciertos requisitos: 1) Comprobación de que la administración de medicamentos sea seguros y eficaces; y 2) Administración de medicamentos indicados exclusivamente para el manejo de enfermedades que el paciente pueda identificar posterior a un diagnóstico médico previo(43).

La automedicación conlleva una serie de riesgos para la salud de los ciudadanos, que en gran parte son ignorados por la población, como por ejemplo reacciones adversas, toxicidad, efectos colaterales, interacciones con otros medicamentos, que pueden llevar a más costos sobre la salud de las personas(17,44).

Otro efectos que conlleva la automedicación sobre la población es que puede interferir en el diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades, incrementar el riesgo de resistencia a los antimicrobianos, además de que la calidad de los mismos no puede ser garantizada si además se obtienen en lugares de dudosa procedencia, donde se obtienen medicamentos que requieren la prescripción médica (21,36)

Se han elaborado una lista de factores que predisponen al problema de la automedicación, que pueden agruparse en factores sociales, como es la presión del grupo familiar o de amistad, la escasa educación sanitaria, los factores culturales como la presencia de otras alternativas de salud tradicionales, o la influencia de los medios de comunicación, además de los factores económicos, como es la falta de recursos para acceder a los sistemas de salud, además de que estos muchas veces se encuentran saturados(45,46).

La OPS menciona las motivaciones para practicar la automedicación, estas son:

- Cuidar la salud. Es un motivo original y clave, con un espectro muy amplio y que va desde prevenir un dolor o reducir su intensidad hasta el tratamiento de una enfermedad específica (9).
- Rendimiento físico o cognitivo mediante la figura de dopaje. Puede ser utilizada por deportistas de alto rendimiento o por quienes se ejercitan de forma recreativa, y por estudiantes que 'esperan' rendir más en sus exámenes y tareas académicas (9).
- Evasión y diversión. Este uso recreativo varía socialmente de unas culturas a otras. Se refleja en eventos como las fiestas, en donde se puede abusar de sustancias que originalmente son medicamentos, algunos de ellos de uso psiquiátrico. Se han puesto de moda en las llamadas farmacofiestas juveniles (9).
- Cosmética. Se acude a ciertos medicamentos (vía oral, inyectada o tópica) para modificar la imagen corporal, y se ha relacionado con algunos sectores del mundo artístico y el modelaje, tanto en hombres como en mujeres (9).

- Usos criminales. Actualmente, el doctor Pérez y una colega, experta en psicología jurídica y forense, exploran este tema y han encontrado casos de personas que se automedican para desinhibirse y delinquir o que automedican a sus víctimas para reducir las (9).
- Terminación de la vida: aborto, suicidio, eutanasia (9).
- Pandemia por la COVID-19. En el año 2020 se incrementó de forma alarmante la automedicación dada la 'urgente' necesidad de prevenir el contagio por el virus SARS-CoV-2 que causa la COVID-19 (9).

Consecuencias de la automedicación

Los riesgos producidos por una automedicación sin control son potenciales, la OMS en su guía de automedicación responsable indica que los usuarios generalmente no tienen conocimientos especializados sobre los principios de farmacología o terapia, ni de las características específicas del medicamento que consumen. Se detallan estos riesgos (1):

- Autodiagnóstico incorrecto;
- No buscar consejo médico apropiado de inmediato;
- Elección incorrecta de la terapia;
- Falta de reconocimiento de riesgos farmacológicos especiales;
- Efectos adversos raros pero graves;
- Falta de reconocimiento o autodiagnóstico de contraindicaciones, interacciones, advertencias y precauciones;
- No reconocer que la misma sustancia activa ya se está tomando con un nombre diferente (los productos con marcas comerciales diferentes pueden tener el mismo ingrediente activo);
- No informar la automedicación actual al médico que la recetó (riesgo de medicación doble o interacción dañina);
- Falta de reconocimiento o notificación de reacciones adversas a medicamentos;
- Vía o forma de administración incorrecta;
- Dosificación inadecuada o excesiva;

- Uso excesivamente prolongado;
- Riesgo de dependencia y abuso;
- Riesgos en el trabajo o en el deporte;
- Interacciones de alimentos y medicamentos;
- Almacenamiento en condiciones incorrectas o más allá de la vida útil recomendada.
- Almacenamiento en condiciones incorrectas o más allá de la vida útil recomendada;
- A nivel de la comunidad, la automedicación inadecuada podría dar lugar a un aumento de las enfermedades inducidas por fármacos y al despilfarro del gasto público;
- Es importante darse cuenta de que muchos de estos riesgos no son exclusivos de la automedicación: también pueden ocurrir en la situación de prescripción, en particular, si el paciente consulta a varios médicos por la enfermedad o carece de asesoramiento durante la terapia;
- Al seleccionar los tipos de medicamentos que pueden utilizarse para la automedicación, el objetivo debe ser aprovechar los beneficios enumerados anteriormente y minimizar los riesgos.

Resistencia bacteriana

Un problema mundial que se ha establecido en los últimos años es la resistencia a los antibióticos, de gran preocupación ya que las muertes estimadas debido a la resistencia a los antimicrobianos a nivel mundial es de 7, 00, 000 por año y el número de muertes aumentaría a 10 millones por año 2050 (47).

Las razones que conllevan al consumo inapropiado de antimicrobianos son el mayor uso de antibióticos de amplio espectro, uso irracional de antibióticos, automedicación, entre otros (8).

Dos factores principales explican los fenómenos de resistencia: los antibióticos y los genes de resistencia. Actualmente la preocupación está dirigida hacia la resistencia de bacterias gramnegativas, cuando antes era hacia *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (MRSA), siendo la automedicación con antibióticos la principal causa de esta resistencia.

La amoxicilina tiene el mayor porcentaje de automedicación uso entre los antibióticos (22,4%) y ampicilina/dicloxacilina tiene el porcentaje más bajo (3,3%) (11).

2.2.2. COVID-19

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2(48). Los coronavirus infectan a diferentes especies de animales, incluidos los humanos. Los coronavirus se han descrito hace más de 50 años; el aislamiento de la cepa prototipo de coronavirus murino JHM, por ejemplo, se informó en 1949(49). Los mecanismos moleculares de replicación, así como la patogenia de varios coronavirus, se han estudiado activamente desde la década de 1970. Esta familia de virus permaneció algo olvidada, probablemente porque había otras enfermedades que definitivamente podrían atribuirse a los coronavirus; el coronavirus humano solo provocó el resfriado común. En la primavera de 2003, cuando se estableció que un nuevo coronavirus humano era responsable del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), los coronavirus se volvieron mucho más reconocidos(50). El 31 de diciembre de 2019 se reportaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) varios casos de neumonía de causa desconocida asociados a un mercado de mariscos en Wuhan, China (51). Después de realizar la secuenciación de ácidos nucleicos mediante el uso de PCR de transcripción reversa en células del epitelio del tracto respiratorio inferior de cuatro pacientes diagnosticados con neumonía de causa desconocida en el Hospital de Beijing, se descubrió un nuevo β -coronavirus llamado 2019-nCoV que después se nombró SARS-CoV-2. Este nuevo virus demostró tener información del subgénero Sarbecovirus, familia Orthocoronavirinae, lo que lo hace diferente de SARS-CoV y MERS-CoV(52). Zhu et al reporto que identificó el genoma del SARS-CoV-2, el cual muestra ser entre 75 y 80% idéntico al SARS-CoV.4 Se propaga en las mismas células en las que crece SARS-CoV y MERS-CoV. Sin embargo, se identificó que crece mejor en el epitelio de la vía aérea humana a diferencia de los previamente mencionados (52).

Morfología del virus:

El SARS-CoV-2 cuenta con un diámetro de 60 a 140 nm, de forma esférica, picos de aproximadamente 9 a 12 nm en la membrana del virus que le confieren la característica más destacada de los coronavirus y que han generado el nombre de este grupo, de apariencia de corona solar y viriones esféricos con un diámetro de 125nm (52,53).

Este virus cuenta con cuatro proteínas involucradas en su patología; la proteína S se proyecta a través de la envoltura viral y forma las espículas de la corona; se encuentra

glucosilada y es la encargada de mediar la unión del receptor, así como su fusión con la célula del huésped, adicional a ello la proteína de membrana M posee dos extremos, un dominio N-terminal corto que se proyecta en la superficie externa de la envoltura y un extremo C-terminal largo interno; juega un papel importante en el ensamblaje del virus. En la nucleocápside del virus se encuentra la proteína N la cual se asocia con el genoma de ARN para formar la nucleocápside; se piensa que puede estar involucrada en la regulación de la síntesis del ARN e interactúa con la proteína M al momento de la replicación viral. Existe también una proteína E la cual funciona como porina, formando canales iónicos, se desconoce su función específica; sin embargo, en el virus SARS-CoV esta proteína participa en el ensamblaje del virus (54,55).

Mecanismo de entrada celular tropismo celular

Las proteínas estructurales principales que se encuentran en la superficie de la membrana de las partículas virales de SARS-CoV-2 son: Spike (S), de membrana (M) y de envoltura (E); mientras que, entre las accesorias están: hemaglutinina esterasa (HE), la 3, la 7a, entre otras). Estas son las encargadas del anclaje y entrada de esos microorganismos a las células del hospedador (56)

Particularmente, el dominio de anclaje al receptor SARS-CoV-2 se encuentra localizado en la proteína S de la membrana (57). Lo que resulta similar en SARS-CoV en lo relativo a la afinidad con el receptor de la célula huésped, que en ambos casos es el ACE2 (58,59)

El receptor ACE2 es de membrana tipo I. En condiciones normales, su función principal es la escisión proteolítica de la angiotensina 1 en angiotensina 1-9; mientras que, en condiciones patológicas es el sitio de unión de la proteína. de diversos coronavirus (60)

La proteína S posee dos subunidades: la subunidad S1 y la subunidad S2, la primera es la que se une al receptor de la célula huésped al poseer el dominio de anclaje SARS-CoV-2(58). Al romperse la estabilidad del de la proteína S, se forma un enlace fuerte entre la subunidad S2 y el receptor ACE2(61)

Ese fuerte enlace une la totalidad de la membrana SARS-CoV-2 con la membrana de la célula huésped, ingresando a esta por medio de endocitosis. Las partículas virales liberan su ARN que se une al ADN viral, iniciando el ciclo de replicación viral, las que salen de la célula huésped por medio de exocitosis (56).

El SARS-CoV-2 no tiene afinidad por otro receptor diana clásico de otros coronavirus como la aminopeptidasa N o el dipeptidil peptidasa 4(59,60) .Su afinidad por el receptor ACE2 es peculiar, siendo de diez a veinte veces más fuerte que SARS-CoV, lo que explica su alto poder de contagio (62)

Las células con mayor capacidad receptora son las ACE2, las que están presentes en los humanos los cuales se encuentran en mayor cantidad en personas mayores a los 60 años y en personas de sexo masculino. Estas se distribuyen a lo largo del organismo, pudiéndose hallar en: los neumocitos tipo II del alveolo pulmonar, las células epiteliales estratificadas del esófago, los enterocitos del íleon y del colon, los colangiocitos, las células miocárdicas, las células epiteliales del túbulo proximal renal y las células uroteliales de vejiga. Ante la sospecha de infección por SARS-CoV-2, la sintomatología en esos aparatos debe ser tomada en cuenta (63–65).

Tormenta de citoquinas

Una vez que el ARN de las partículas de SARS-CoV-2 inicia su transcripción y traducción, se generan dos procesos: el primero eleva la demanda de fabricación de proteínas virales provocando el estrés celular que termina en apoptosis de las células diana; mientras que, en el segundo, el ARN viral actúa en un patrón molecular asociado a patógenos, que lo lleva a ser reconocido por las células del sistema inmune, iniciándose la cascada de citoquinas, la activación y migración de neutrófilos(66)

La respuesta inmune induce la producción incontrolada de citoquinas proinflamatorias (el factor de necrosis tumoral α , interleucina 1β , interleucina 6, interleucina 8, interleucina 12, la proteína 10 inducible por interferón gamma, proteína inflamatoria de macrófagos 1-alfa y la proteína quimiotáctica de monocitos 1. Este fenómeno se le denomina tormenta de citoquinas y se ha vinculado con la génesis de síndrome de distrés respiratorio agudo y de la falla multiorgánica (67)

En los primeros 99 casos confirmados de COVID-19 se relacionó con la tormenta de citoquinas con pacientes en estado de severidad, hallándose en el 17% de los pacientes con distrés respiratorio agudo y en el 11% de los pacientes con fallo multiorgánico(68). Sin generar daño tisular extensivo únicamente, también se ha asociado con una coagulación intravascular diseminada (56)

El proceso por el cual se produce la tormenta de citoquinas es complejo. La primera línea de defensa que reacciona es dentro de la vía respiratoria, donde el sistema inmune innato

está compuesto principalmente por macrófagos alveolares y células dendríticas; las que son presentadoras de antígeno y las encargadas de defender al cuerpo contra las partículas virales (69,70).

Existen dos vías por las cuales, las células presentadoras de antígeno adquieren partículas virales: una, mediante la fagocitosis de células apoptóticas con partículas de SARS-CoV-2 en su interior y la otra, por medio de una infección directa de partículas virales a través de receptores ACE2(70).

Independientemente de la vía por la cual las células presentadoras de antígeno obtienen las proteínas virales SARS-CoV-2, su objetivo final es la activación de linfocitos durante la producción de anticuerpos que comienza una semana posterior al inicio de la sintomatología en el caso de linfocitos B (71). Por otra parte, la activación de los linfocitos T se refleja por el aumento de expresión de CD69, CD38 y CD44; marcadores específicos de activación de linfocitos T CD4. y CD8 (70).

Los linfocitos T son activados por las citoquinas: interleucina 1 β , proteína 10, interferón gamma y la proteína quimio atrayente de monocitos 1 (72). Una vez que estos se encuentran en el intersticio del órgano el subtipo T CD4. comienzan a liberar de manera descontrolada interleucina 6 y factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF); mientras que, el subtipo T CD8. mantiene solo secreción constante de GM-CSF (73). La elevación de GM-CSF lleva al reclutamiento de células inflamatorias especialmente de monocitos CD14.CD16. que a su vez potencian la liberación de GM-CSF y la liberación de interleucina 6 (70,73). Posteriormente, se reclutan neutrófilos por la liberación de interleucina 8 y 6 a partir de las células epiteliales pulmonares infectadas por partículas de SARS-CoV-2(70), y por el aumento de los niveles de interleucina 6 desde los linfocitos T y monocitos (73). El resultado final es la migración de grandes cantidades de células inmunes y liberación de grandes cantidades de citoquinas a nivel local. Aunque, este mecanismo tiene la función de reclutar células para atacar y eliminar partículas virales, el exceso de neutrófilos, linfocitos T y monocitos generan daño tisular inflamatorio(70,73). Así, las mismas citoquinas promueven el daño tisular incluso llegando a inducir estados de fibrosis como en el caso de la interleucina 6 y 1 β (69,70).

Es probable encontrar linfopenia en sangre periférica con predominio de los linfocitos T, lo que contrasta con la activación y migración de esos linfocitos hacia los órganos afectados (70). Esto puede explicarse en los diversos subtipos de linfocitos T CD4. activados. El

subtipo Th2 está encargado de inhibir la respuesta inflamatoria, por lo que se encuentra elevado también en pacientes con la COVID-19 (72), pudiendo generar una retroalimentación negativa que termina en la linfopenia observada en pacientes con cuadros severos. Inicialmente los linfocitos incrementan su migración y potencian la respuesta celular encontrada en los órganos afectados (70).

Hipercoagulabilidad y endotelopatía

Los pacientes en estado crítico por la COVID-19 padecen estados de trombosis macrovascular y microvascular. Al respecto, se han reportado: tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, trombosis relacionada al catéter, enfermedad cerebrovascular isquémica, acrosíndromes y síndrome de fuga capilar en órganos como pulmones, riñones y corazón(72).

Datos de exámenes complementarios de laboratorio clínico señalan la presencia de un incremento de dímero D, la prolongación del tiempo de protrombina y una disminución modesta del recuento de plaquetas (74). Esos cambios forman parte de la génesis del fallo multiorgánico y constituye la causa por la que la coagulopatía en pacientes con la COVID-19 se convierta en un factor que aumenta el riesgo de muerte (72,75).

La hipoxia causa vasoconstricción que reduce el flujo y aumenta el daño endotelial (72). Además, promueve la alteración de gen de la proteína de respuesta de crecimiento temprano 1, cambiando el fenotipo del endotelio hacia un estado pro inflamatorio y pro coagulante (76).

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Periodo de incubación

Existen diversas estimaciones del periodo de incubación del SARS-CoV-2, pero las más aceptadas mantienen que oscilan entre 4 a 5.1 días (característica similar al SARS-CoV y el MERS-CoV) (62).

Espectro clínico del COVID-19

La severidad clínica de la COVID-19 se divide en cinco grupos, cada uno con sus características clínicas particulares (69):

1. Asintomática: sin clínica aparente ni cambios imagenológicos, pero con RT-PCR positivo.

2. Leve: síntomas confinados al tracto respiratorio superior, en los que se incluye: fiebre, malestar general y tos. Sin cambios imagenológicos y RT-PCR positivo.
3. Moderada: pacientes con signos de neumonía, cambios imagenológicos y RT-PCR positivo.
4. Severa: disnea y frecuencia respiratoria ≥ 30 respiraciones/min. En reposo, una saturación de oxígeno $\leq 93\%$ o PaFi ≤ 300 mmHg. Lesiones imagenológicas progresan $> 50\%$ en un lapso de 24 – 48 horas y RT-PCR positivo.
5. Crítica: progresión rápida de la enfermedad acompañado de: fallo respiratorio, necesidad de ventilación mecánica, shock o fallo multiorgánico y RT-PCR positivo.

Las infecciones leves y moderadas comprenden el 80,9% de los casos registrados; las severas, el 13,8% y las críticas, el 4,7% (60). La prevalencia de pacientes asintomáticos difiere atendiendo al grupo etario. En población adulta es del 1,2%; mientras que, en población pediátrica es del 15,8% (60,77).

La edad se ha relacionado con la severidad de la enfermedad. En China, predominaron los pacientes de 30 y 65 años, representando el 71.45% (60). Sin embargo, en el contexto europeo, la infección prevaleció en los adultos mayores: 49.9% en España, 58.1% en Holanda, 36.0% en Italia y 27.0% en Alemania (62).

Factores de progresión de severidad

Algunas comorbilidades constituyen factores de riesgo de la evolución al espectro severo de la COVID-19:

- Enfermedad cardiovascular.
- Diabetes mellitus.
- Hipertensión.
- Enfermedad pulmonar crónica.
- Cáncer.
- Enfermedad renal crónica.
- Obesidad.
- Tabaquismo.

Algunas alteraciones en los parámetros de laboratorio asociados con un estado proinflamatorio y procoagulante resultan indicadoras de malos pronósticos como el fallo multiorgánico (76):

- Linfopenia.
- Elevación de enzimas hepáticas.
- LDH elevado.
- Elevación de marcadores agudos de inflamación (PCR, ferritina).
- Elevación de dímero-D.
- Alargamiento del tiempo de protrombina.
- Elevación de troponinas.
- Elevación de CPK.
- Marcadores de injuria renal (elevación de creatinina, anuria).

Manifestaciones clínicas

Los síntomas más frecuentes son fiebre, tos seca y malestar general, representando el 98%, 76% y 44% de los pacientes respectivamente. También, se informa la presencia de síntomas gastrointestinales como diarrea (3%) y neurológicos como cefalea (28%) (60). El aumento de la prevalencia de reportes de anosmia y ageusia provocó que la Academia Americana de Otorrinolaringología y la Asociación Británica de Otorrinolaringología los consideraran entre la sintomatología primaria a considerar durante el diagnóstico presuntivo de la COVID-19(78).

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Cambios imagenológicos encontrados en la COVID-19

La tomografía computarizada (TAC) de tórax es la técnica de imagen con mayor eficacia para valorar a un paciente con la COVID-19. Tras analizar 4356 TACs de tórax, se observó una sensibilidad del 90% y una especificidad del 96% al ser comparadas con otras de pacientes con neumonía de etiología diferente (79). También resulta efectiva en la evaluación de la progresión de la enfermedad y posibilita identificar casos de RT-PCR negativo, se considera más sensible que esta última durante el diagnóstico (80).

Los cambios característicos en la TAC de tórax de un paciente con la COVID-19 son: opacidades en vidrio deslustrado con o sin consolidación y engrosamiento pleural adyacente al lugar afectado; además de compromiso pulmonar bilateral de distribución periférica con afectación lobar inferior(79).

Al respecto, la Sociedad de Radiología Torácica junto al Colegio Americano de Radiología clasificaron las TACs de tórax en tres categorías: típica, indeterminada y atípica. Además

de las alteraciones mencionadas, la típica incluye opacidades en vidrio deslustrado multifocales de morfología circular con o sin consolidación y presencia del signo del halo invertido u otros hallazgos de neumonía organizada (81).

No obstante, atendiendo a la falta de accesibilidad a tomografías en diversas partes del mundo, sumado al difícil control de descontaminación de la sala de tomografía y del transporte del paciente, también se recomienda el uso de otras técnicas de imagen más accesibles, como la radiografía AP de tórax(82), en la que se buscan cambios similares a los mencionados para la TAC de tórax(79).

Detección viral

La técnica de laboratorio clínico RT-PCR es la prueba diagnóstica principal para detectar la presencia de SARS-CoV-2 (58). Esta utiliza muestras recolectadas a partir de hisopados nasales o faríngeos, lavados bronqueo alveolares o hisopados rectales(79). Su efectividad es variable: las muestras tomadas en el área de la vía aérea inferior tienen mayor carga viral y ende son más sensibles. Los hisopados nasofaríngeos han demostrados brindar más efectividad que los orofaríngeos(83).

El rango de sensibilidad de la RT-PCR se sitúa en un rango entre 30 y 60%; por lo que, las pruebas de detección de anticuerpos IgG/IgM podrían ayudar como complemento orientando respuesta inmune y pronóstico; ya que esta detecta si el paciente tuvo o tiene la COVID-19, con elevaciones de IgM al inicio de la infección y elevaciones de IgG en la mitad y final de la enfermedad (82,84).

Detección clínica/epidemiológica

La estratificación de los distintos tipos de casos según la OMS es la siguiente: (85)

- Caso sospechoso: paciente con manifestaciones clínicas inespecíficas de patología respiratoria y haya estado en contacto con personas con casos confirmados o que hayan estado en zona de alto riesgo de transmisión de COVID-19.
- Caso probable: persona con anosmia o agenesia de aparición reciente sin causa definida, paciente con radiografía de tórax o TAC de tórax sugestiva de COVID-19 y paciente que cursa con dificultad respiratoria antes de fallecer y haya estado en contacto con un caso confirmado.

- Caso confirmado: paciente que con COVID-19 confirmada mediante una prueba de laboratorio.

2.2.3. ACCESO A INTERNET

El internet es la herramienta más usada, fundamental en muchos hogares, para la búsqueda de información, la comunicación y la expresión. En la actualidad representa una necesidad básica y el progreso económico en las sociedades. La UNESCO ha creado un consenso acerca de la importancia del acceso a Internet como prerequisite para el desarrollo humano en el siglo XXI. Sin conectividad, las personas, empresas y organizaciones enfrentan barreras para participar en las redes económicas y sociales que caracterizan las sociedades modernas (86,87).

El internet forma parte de las denominadas TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación), que en las palabras de Ávila Díaz: “las TIC es el conjunto de herramientas, soportes y canales desarrollados y sustentados por las tecnologías (telecomunicaciones, informática, programas, computadores e internet) que permiten la adquisición, producción, almacenamiento, tratamiento, comunicación, registro y presentación de informaciones, en forma de voz, imágenes y datos, contenidos en señales de naturaleza acústica, óptica o electromagnética a fin de mejorar la calidad de vida de las personas” (88). El uso continuo de las TICs ha mejorado el empleo de la información y tras ello mejoro el pensamiento y la manera de interactuar entre los hombres (4).

Acceso a internet en el Perú

La ONU en su Agenda 2030 del desarrollo sostenible, tiene el objetivo de terminar con las diferencias en el acceso a internet, siendo una prioridad en países latinoamericanos (87).

Datos del INEI demuestran el acceso de los peruanos a las redes cibernéticas, en el año 2011, fue de 34.2%, observándose una concentración del acceso en zonas urbanas (42.7%) respecto a las rurales (9.1%). El acceso a internet se realiza principalmente a través de cabinas públicas, en zonas urbanas (46%) y rurales (84%), siendo la razón principal de su uso en el entretenimiento, tanto como email, chats, concentrándose este uso en la población con educación superior y posgrado (89).

Durante la pandemia el INEI saco nuevos datos acerca del acceso a internet, en el tercer trimestre del 2021, los hogares peruanos tuvieron un 55,0% de acceso a internet, aumentando en 9,6 puntos porcentuales en comparación con el trimestre similar del año

2020, el 93,6% de la población de 19 a 24 años de edad accedió a Internet, el 92,8% de la población usuaria de Internet accede a diario, el 86,7% de la población usuaria de Internet accede a través de un teléfono celular (6).

El acceso a alguna Tecnología de Información y Comunicación, es casi universal en hogares cuyo jefe tiene al menos educación secundaria. Así, en los hogares con jefes que cuentan con educación superior universitaria el 99,5% tienen acceso a alguna TIC, en los hogares con jefes que alcanzaron educación superior no universitaria el acceso es de 99,3%, en los hogares con jefes que tienen educación secundaria el 98,4% y entre aquellos con educación primaria o menor nivel registra el 86,6%. En el primer trimestre 2021, el 94,3% de la población navega en Internet para comunicarse, 83,8% utiliza Internet para realizar actividades de entretenimiento como juegos de videos y obtener películas o música y el 80,9% recurre a Internet para obtener información, Del total de hombres y mujeres usuarios de Internet, el 94,0% y el 94,6%, respectivamente, lo utilizan para comunicarse vía correo, chat, entre otros y el 85,3% de hombres y el 82,2% de mujeres, lo usan para actividades de entretenimiento (90).

2.3. Definición de términos

Automedicación: practica de ingerir medicamentos por cuenta propia sin consultar a un médico o sin receta médica (1).

Automedicación responsable: practica de ingerir medicamentos por autoconsumo, teniendo conocimientos previos acerca de los efectos secundarios o los componentes de los fármacos (35).

Infección por COVID-19: infección causada por el virus SARS-COV2, comprobada con una prueba PCR positiva (58).

Acceso a internet: facilidad adquisitiva de una señal de internet en algún dispositivo, ya sea celular, computadora, propia o pública (86).

Grado de instrucción: nivel de estudios logrados por la persona, desde los estudios primarios, secundarios y superior (91).

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1. Ámbito

Este estudio se realizó en el departamento de Huánuco, provincia de Leoncio Prado, en el distrito de Castillo Grande.

3.2. Población

La población del presente estudio estará constituida por los pobladores de Castillo Grande durante el año 2022.

3.2.1. Población blanco o diana

Personas que practican automedicación de Castillo Grande durante el año 2022.

3.2.2. Población Accesible

Personas que practican automedicación, con acceso a internet y antecedente de COVID-19 de Castillo Grande durante el año 2022.

3.2.3. Población elegible:

Personas que practican automedicación responsable, con acceso a internet y antecedente de COVID-19 de Castillo Grande durante el año 2022., que cumpla los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Participantes de 18 años hasta 60 años de edad
- Participantes que viven en Castillo Grande
- Participantes que practiquen la automedicación
- Pobladores que deseen participar del estudio

Criterios de exclusión

- Participantes menores de 18 años de edad
- Participantes mayores de 60 años
- Participantes que no viven en Castillo Grande
- Participantes que no practiquen automedicación
- Pobladores que no deseen participar en el estudio
- Participantes con enfermedades psiquiátricas

Criterios de eliminación

Participantes que en cualquier momento del estudio decidan retirarse del mismo y fichas de recolección rellenas incorrectamente y/o incompletas.

Unidad de análisis: Un poblador que practica automedicación de Castillo Grande durante el año 2022

3.3. Muestra

Para el tamaño de muestra se usaron los datos publicados en el INEI del último censo del 2017 que mencionan que la población actual de Castillo Grande es de 13568, de los cuales solo 8815 pobladores entre 18 años a 60 años los que serán incluidos en el estudio. Para estimar el tamaño de muestra se usó la fórmula de población finita en el programa estadístico EPIDAD 3.1, con una proporción esperada $p=9.3\%$, un nivel de confianza de 95%, basándose en el estudio de Morales-Ysuhuaylas JL, obteniendo un resultado de 128(92).

Tamaño poblacional:	8815
Proporción esperada:	9.300%
Nivel de confianza:	95.0%
Efecto de diseño:	1.0

Precisión (%)	Tamaño de muestra
-----	-----
5.000	128

Cálculo de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

Z = nivel de confianza (95%) Z= 1,96

p = Variabilidad positiva (9.3%)

q = Variabilidad negativa (90.7%)

N = Población (8815 pobladores)

E = Margen de error (5% = 0,05)

La muestra estuvo constituida por 120 pobladores del Distrito De Castillo Grande obtenida mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple.

3.4. Tipo de estudio

El estudio es de tipo Correlacional, debido a que se busca medir el grado de asociación que existe entre las variables en estudio: automedicación responsable, con las variables independientes: antecedente de COVID-19, el acceso a internet y el grado de instrucción.

Es **retrospectivo** porque los datos son antecedentes de cada paciente, es decir se toman datos que ya ocurrieron en el pasado.

3.5. Diseño de investigación

El diseño de este trabajo de investigación fue Analítico, Observacional y Transversal.

Es **Analítico** porque se analizó las asociaciones entre las variables independientes y dependiente.

Es **Observacional** porque se recolectó los datos de la población sin manipular las variables en estudio.

Es **Transversal** porque la medición de las variables en estudio se realizó en un solo momento.

3.6. Métodos, técnicas e instrumentos.

Instrumento de recolección de datos:

Se utilizó el cuestionario virtual elaborado mediante los formularios de Google, debido a la bioseguridad mantenida por la cuarta ola de la pandemia por COVID-19 (Anexo N°2)

El instrumento mantuvo un lenguaje entendible y preciso para los pobladores. Antes de acceder a la encuesta, se le preguntaba al participante si deseaba contribuir al estudio una vez que aceptaba, se le hizo leer el consentimiento informado virtual incluido en el formulario, si accedía con el botón de “acepto” daba paso a las secciones que presentaba el cuestionario, las cuales consistían en 6 apartados: en la primera sección se registraron los datos personales y factores sociodemográficos. La segunda incluía información sobre el antecedente de COVID-19, es decir si tuvo la infección o no, lo cual se verificaba en el programa SISCOVID; en la tercera sección se realizó la pregunta sobre el acceso a internet. La cuarta sección incluyó una serie de preguntas para determinar las características de la automedicación. La siguiente sección incluyó preguntas que evaluaban la automedicación

responsable considerando que responder afirmativamente a tres de las cinco preguntas garantizaba una automedicación responsable. Para finalizar con la última sección que incluyo preguntas acerca de los métodos de obtención de información sobre medicamentos. Los participantes que no practicaban la automedicación fueron excluidos del estudio y no se le realizaron las demás preguntas de la cuarta sección.

El formulario fue manejado por los entrevistadores en sus aplicativos móviles, dichos cuestionarios una vez finalizados se almacenaron en Google drive para después ser filtrados a las tablas de Excel.

3.7. Validación y confiabilidad del instrumento

El instrumento se ha elaborado en base a una ficha virtual de recolección de datos en los que figuran los datos personales como Nombres, DNI, edad, sexo, para reconocer al paciente que participara en el estudio, previa confirmación del consentimiento informado que autoriza la participación libre al estudio, así mismo evitar la duplicación de datos. El siguiente acápite consta de la toma de datos acerca del grado de instrucción y el nivel socioeconómico medido por el ingreso mensual. Luego está la sección que estudia las variables independientes como el acceso a internet y el antecedente de COVID-19, seguido de la sección que describe las características de la automedicación. La sección V contiene las preguntas de automedicación responsable sustentadas también por la OMS, para finalizar con la sección VI que contiene preguntas sobre la forma que obtuvieron la información acerca de estos medicamentos.

El instrumento ha sido revisado y evaluado por 4 expertos que incluyen las especialidades de medicina interna e infectología, se obtuvo el puntaje siguiente

1. Dra. María Luisa Juy Mori
Médico internista del Hospital II de Huánuco - EsSalud
2. Dr. Roberto Santiago Cabello
Médico internista del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco.
3. Dr. Edwin R. Depaz López
Médico internista del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco.
4. Dra. Rosa Catalina Guzmán Díaz
Médico internista del Hospital II de Huánuco - EsSalud
5. Dra. Neyda Loarte Ureta
Infectóloga del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco.

N°	EXPERTO	
1	Dra. María Luisa Juy Mori	92.0 %
2	Dr. Roberto Santiago Cabello	95.0 %
3	Dr. Edwin R. Depaz López	95.0 %
4	Dra. Rosa Catalina Guzmán Díaz	95.0 %
5	Dra. Neyda Loarte Ureta	95.0 %

3.8. Procesamiento

Los datos obtenidos en la ficha de recolección virtual se almacenan en el programa Microsoft Excel 2021 directamente, los datos fueron verificados por si hay errores en su llenado. Una vez filtrado los datos correctamente respondidos, se realizó la tabla para la codificación en el programa Software Estadísticos SPSS V.23.

3.9. Tabulación y análisis de datos

Los análisis estadísticos empleados son descriptivos e inferenciales, en la parte descriptiva se usó las tablas de frecuencia y medidas estadísticas como la media y desviación estándar. El análisis inferencial se realizó con el Software Estadísticos SPSS V.23, utilizándose la estadística **Chi cuadrado** para las variables Independientes: Antecedente de covid-19, acceso a internet y grado de instrucción. Para las variables intervinientes cuantitativas que obtuvieron distribución no paramétrica: edad se utilizó U DE MANN WIITNEY. El nivel de significancia estadística utilizado fue 5% ($p < 0.05$), y como intervalo de confianza del 95%.

3.10. Consideraciones éticas

Tanto el trabajo de investigación como el consentimiento informado fueron evaluados por el Comité de Ética de la Dirección de Investigación Universitaria (DIU) perteneciente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco con oficio N° 0756-2022-UNHEVAL-DI. Así mismo, cumple con la Declaración de Bioética y DD.HH. UNESCO 2005, con las normas de la Declaración de Helsinki - Seúl 2008, la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud Ley 29414 (Oct. 2009) y la Ley de protección de los datos personales, Ley 29733 (julio 2011).

La presente investigación brindo la garantía de que los participantes no sufrirán daños, ni exposición de datos personales, de igual forma se brindó un consentimiento informado detallando la investigación a la que accedieron de manera voluntaria, recordárseles que podrían dejar de participar en el estudio en cualquier momento sin ninguna represalia.

Durante todo el estudio se respetó los principios éticos de **Beneficencia, No maleficencia, Justicia y Autonomía**

AUTONOMÍA. Los participantes tuvieron la libertad para formar parte del estudio, así mismo participaron voluntariamente en la encuesta. Por lo cual, se solicitó el respectivo consentimiento informado virtual previo al inicio del desarrollo del cuestionario (Anexo N° 2).

JUSTICIA. Cada participante tuvo la misma posibilidad de ser seleccionado, no influimos en la elección del participante y se les trato y brindo la información a todos por igual. Asi mismo se les brindo la seguridad de no divulgación de datos personales, por lo que en el presente informe final los nombres de los sujetos encuestados no serán divulgados.

NO MALEFICENCIA. Por las características de la investigación, no representó ningún riesgo para los sujetos encuestados.

BENEFICENCIA. Pretendemos implementar estrategias de salud pública, tanto de prevención y autocuidado, por lo que los resultados del presente estudio serán divulgados.

CAPITULO IV

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 120 pobladores del distrito de Castillo Grande. La proporción de pobladores de 18 a 29 años fue de 37,5%, la cual representa la mayor cantidad de población en ese estrato de edad, el menor grupo de población fue de 46 a 59 años de edad con una proporción de 27,5%. El 65% de la población fue femenina. El 40,0% del total de pobladores encuestados, contaron con estudios superiores universitarios siendo el de más alta frecuencia, en contraste con los que cursaron solo con primaria que obtuvo una proporción de 12,5%. En cuanto al ingreso económico la mayoría de la población contaron con ingresos menores a 2480 soles que representaron el 44,2%, seguidamente por los que reciben menos de 3970 soles con un 27,5% y solo un poblador tuvo el mayor ingreso de menos de 12660, descritos en la Tabla 1 (ANEXO N°04)

Los pobladores de Castillo Grande que refirieron haber presentado COVID-19 fueron de 74,2%. En cuanto al acceso a internet el 85,8% contaba con acceso a las redes. Con referencia a las preguntas que se realizaron para evaluar la automedicación responsable, el 60,8% conocía los síntomas por los cuales tomaba el(los) medicamento(s), en cuanto a si conocía la enfermedad por la cual tomaba ese(os) medicamento(s), el 58,3% no tenía conocimiento, el 55,8% consultaba con algún personal de salud respecto al medicamento que tomaba, el 56,7% afirmó que el personal de salud si le informo sobre ese(os) medicamento(s), sin embargo la mayoría reporta que se informó a través de un familiar (34,2%) y solo el 2,5% se informó por redes sociales, siendo el Tik Tok, la red social más utilizada para informarse con una proporción de 42,5%. Con respecto a si sabían cómo consumir dicho medicamento, el 68,3% reporta que si tenía conocimiento. Sin embargo, el 65,8% de los pobladores no conocían los efectos secundarios de dichos medicamentos. El 48,3% de los participantes obtuvieron el medicamento mediante la compra en una farmacia. Se reporta que el 50,8% de la población presentaron automedicación responsable, representados en la Tabla 2 (ANEXO N°05).

El análisis inferencial fue significativo ($p < 0.05$) entre la variable dependiente Automedicación responsable con dos variables independientes del estudio: Grado de instrucción y Acceso de internet. El grado de instrucción con la automedicación responsable tuvo un $p = 0,000$. Para el análisis de la variable independiente Grado de instrucción fue una variable politómica con las siguientes categorías: Primaria, Secundaria, Superior técnico y superior universitario. El 70,8% que tuvieron estudios superiores universitarios si tuvo

automedicación responsable. Por otra parte, el acceso a internet con la automedicación responsable asociación significativa ($p= 0,004$), el 56,3% no tiene acceso a internet, pero si automedicación responsable.

En relación al análisis inferencial entre la variable dependiente y las variables intervinientes, se encontró asociación estadística con las variables: ingreso económico, fuente de información, tipo de medicamento usado y fuente de obtención de información. El ingreso económico con la automedicación responsable tuvo un $p=0,042$, para el análisis de la variable se trabajó con las siguientes categorías: A, B, C, D, E. El 37,7% tuvo un ingreso menor de 2480 y automedicación responsable, mientras que el 71,4% tuvo ingreso menor a 1300 pero no tuvo automedicación responsable, que se visualiza en la Tabla 3 (ANEXO N°06).

CAPITULO V

DISCUSIÓN

La automedicación responsable es una práctica no muy habitual en el Perú, la cual consiste básicamente en que una persona pueda utilizar medicamentos que no requieren prescripción médica al haber podido identificar la enfermedad, sus síntomas, conocer sus efectos adversos y haber sido prescrita en una atención previa por un personal de salud el cual le debió de haber explicado de una forma entendible como consumir dicho medicamento (43). En el Perú se ha detectado que la automedicación no responsable es una práctica muy frecuente y uno de los factores identificados es que muchos de los proveedores de medicamentos no piden la prescripción médica. Con la pandemia del COVID-19 se ha evidenciado que la desesperación por parte de las personas, que pudo intervenir en estos índices de automedicación no responsable, por lo cual representa un gran problema de salud pública con impacto también socioeconómico(93). Debido a los estudios realizados en algunas regiones de Huánuco, que demostraron la gran prevalencia de la automedicación, es que vimos conveniente estudiar esta práctica en los pobladores de Castillo Grande-Leoncio Prado, quien fue una de las regiones con mayores casos diagnosticados con COVID-19, además que fue una población accesible debido a nuestro campo laboral; por lo cual decidimos realizar nuestro trabajo de investigación en dicho distrito para poder demostrar la problemática de dichos pobladores.

El antecedente de COVID-19 ha sido evaluado en el participante mediante la pregunta si contrajo la infección o no durante la pandemia, en nuestro estudio resultó no significativamente estadístico asociado a la automedicación responsable; lo que se infiere es que la práctica de la automedicación, que ya se realizaba desde antes de la pandemia no tuvo repercusión durante ese tiempo, es decir con pandemia o no la automedicación se da en las personas, pero esta no es necesariamente responsable; este resultado es similar al estudio realizado por el autor Andrés Martín Valverde Rondo, quien concluye que hay relación de la automedicación con factores sociodemográficos: género, grado de instrucción más no relación directa con la pandemia (94). A diferencia de lo que hallaron los autores Armando Miñan-Tapia et al. donde se encontró una alta prevalencia de automedicación específicamente en aquellos que presentaban síntomas respiratorios y temían por el COVID – 19 (93), similar al estudio de la autora Jadira Merino Sullcahuamán quien encontró dentro de sus variables de estudio, que el hecho de haber tenido contacto con un caso confirmado y haberse hecho el tamizaje para descartar COVID-19, estaba asociado con la automedicación (95), además en el estudio de Luis Alfredo Vilca Segovia concluyó que las personas que tuvieron COVID-

19 presentaron mayor automedicación con ansiolíticos en relación a los que no tuvieron COVID-19 (96). Shrestha, et al. en una recopilación de estudios demuestran que durante la pandemia por COVID-19, factores como el miedo y la ansiedad incrementaron la prevalencia en un 44,7% de la automedicación y que esta no era responsable (5). Cabe resaltar que nuestro estudio demostró que la automedicación responsable solo se practicó en una proporción del 50,8%, que representa la mitad más dos del total de pobladores (n=120), es decir aún la otra mitad de la población estudiada practica la automedicación sin ser responsable.

El grado de instrucción ha sido evaluado mediante la pregunta hasta que grado de estudio llegó el poblador: primaria, secundaria, técnico o superior universitario, en nuestro estudio resultó significativamente estadístico el grado de instrucción con la automedicación responsable; se determinó que los pobladores que tuvieron mayor grado de instrucción tuvieron automedicación responsable; esto coincide con el estudio de la autora Barbara Mirian Merma Oxsa, quien en su investigación concluye que existe una relación de asociación entre la automedicación con naproxeno y el grado de instrucción, la población en su mayoría tuvo educación superior universitario(97), así mismo en el estudio de Dayana Ross Llerena Valencia se demuestra que existe una asociación entre automedicación y grado de instrucción, donde la población que terminó la secundaria completa fue la que más destacó en la práctica de automedicación responsable, en el estudio también se incluyó la asociación de las reacciones adversas de automedicación con antibióticos (98); similar a lo que describe Khan et al. en su artículo, mencionando que niveles altos en educación tienen relación significativa con la prevención de enfermedades y su autocuidado a la hora de medicarse(99). A diferencia de lo que concluye Miriam Milagro Chambi Zamata, que el tipo de trabajo, estado civil y recomendación están asociados a la automedicación con ivermectina, más no el grado de instrucción(100), similar al estudio de la autora Rosa Isolina Rodríguez Ramírez quien encontró diversos factores como el limitado acceso a los servicios de salud, recomendación familiar y social, libre acceso a los medicamentos de venta libre asociados a la automedicación para la odontalgia, al comparar esto por grado de instrucción se determinó una asociación débil (101).

El acceso de internet ha sido evaluado mediante la pregunta si contaban con acceso a internet o no contaban con acceso a internet, en nuestro estudio resultó significativamente estadístico asociado a la automedicación responsable; los participantes del estudio contaban con acceso a diversas redes sociales y mediante ellas adquirirían información de temas médicos durante la pandemia; esto coincide con diversos autores de la bibliografía ya que dentro del cuestionario de los trabajos se

incluye una interrogante que es el acceso a información, y dentro de los medios de acceso está el internet por lo cual se evidencia que gran parte de la población tiene acceso a internet y lo relaciona con la automedicación(102,103), así mismo en nuestra investigación se reveló que las redes sociales fueron muy útiles para el acceso a información en especial la red denominada Tik Tok que prevaleció en el rango de edad de entre 18 a 29 años. Las redes sociales tienen un rol importante para la educación de pacientes como lo demuestra el estudio de Leong et al. quienes evaluaron una intervención mediante programas usando las redes sociales para la educación de la diabetes mellitus tipo II durante la época de pandemia por COVID-19, demostrando que estos pacientes mejoraron sus actividades de autocuidado (104), en el estudio del autor Tony Marlin Quispe Perez se concluyó que existe confianza de los padres hacia el personal no médico y a las redes sociales e internet para automedicar a sus hijos (105), en contraste a lo que concluye el estudio de Gaviria-Mendoza et al. que demuestra que si bien las redes sociales son parte de la fuente de información para la automedicación de los personas, esta aún no es superior a la obtenida por prescripción médica (106).

Los variables intervinientes sobre los factores sociodemográficos como el ingreso económico, fuente de información, y fuente de obtención de información resultó significativamente estadístico frente a la automedicación responsable, se evidenció que todos influyeron para la realización de automedicación responsable esto es similar al estudio de los autores Lizh Sarai Coronel Espiritu, et al. quienes concluyeron que los factores sociodemográficos cómo el contar con sólo una educación básica, vivir en Santiago de Surco o en San Miguel, ganar más de 1500 soles mensuales, no contar con empleo e informarse sobre el COVID-19 a través del celular o el internet aumentan la probabilidad de automedicación en la población de estudio(107). A diferencia del autor Alan Junior Guevara Lozano quien concluye que la asociación de características sociodemográficas y la automedicación no tuvieron asociación significativa, pero estas solo incluyen edad y lugar de procedencia(108), nuestro estudio no encontró asociación significativa entre la edad y el sexo con las prácticas de automedicación responsable, en contraste al estudio de Al Shibly et al. quienes demostraron significancia estadística entre las variables de edad y nivel socioeconómico frente a la automedicación (109). Así se observa que variables como edad y sexo pueden intervenir algunas veces en la automedicación o el mismo hecho de tener mayor nivel socioeconómico puede conllevar a una mayor practica de la automedicación.

CONCLUSIONES

1. No hay asociación significativa entre antecedente de COVID-19 con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande, Huánuco en el año 2022, esto se determinó a través de un p de 0,407; concluyendo que los participantes que tuvieron COVID-19 ni aquellos que no tuvieron COVID-19 no presentaron automedicación responsable.
2. La asociación del acceso de internet con automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande, Huánuco en el año 2022 se determinó a través de un p de 0,004; concluyendo que los que tuvieron acceso a internet presentan automedicación responsable.
3. La asociación del grado de instrucción con automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande, Huánuco en el año 2022 se determinó a través de un p de 0,000; concluyendo que los que estudiaron una carrera superior universitaria presentan automedicación responsable.
4. La asociación del ingreso económico con automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande, Huánuco en el año 2022 se determinó a través de un p de 0,042; concluyendo que a mayor ingreso económico mayor fue la práctica de automedicación responsable.
5. El sexo y la edad no tuvieron relación significativa frente a la automedicación responsable, concluyendo que ambos factores epidemiológicos no influyen a la hora de automedicarse.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda implementar nuevas medidas sanitarias para poder estimular la automedicación responsable en los pobladores para poder fomentar el autocuidado de la salud.
- Se recomienda instaurar estrategias a nivel educativo para continuar con la educación de la automedicación responsable, tales estrategias deben complementarse con la tecnología con la cual están relacionadas las personas actualmente.
- Se recomienda mantener la vigilancia del uso adecuado de la distribución de medicamentos de venta libre para verificar que la práctica de la automedicación sea responsable a nivel de la obtención de fármacos en farmacias.
- Se recomienda ampliar los estudios que permitan esclarecer la práctica de la automedicación no responsable durante la pandemia del COVID-19, como antecedente para próximas pandemias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication. World Health Organization; 2000. Report No.: WHO/EDM/QSM/00.1. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66154>
2. Yin X, Mu K, Yang H, Wang J, Chen Z, Jiang N, et al. Prevalence of self-medication with antibiotics and its related factors among Chinese residents: a cross-sectional study. *Antimicrob Resist Infect Control*. 5 de junio de 2021;10(1):89. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13756-021-00954-3>
3. Aguilar-Urbina EW, Huamán-Rodríguez MR. COVID-19 patient's self-medication risk in Peru: a narrative review. *Rev Médica Trujillo*. 16 de marzo de 2021;16(1):47-53. Disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/3330>
4. Vu K, Hanafizadeh P, Bohlin E. ICT as a driver of economic growth: A survey of the literature and directions for future research. *Telecommun Policy*. 1 de marzo de 2020;44(2):101922. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0308596120300148>
5. Shrestha AB, Aryal M, Magar JR, Shrestha S, Hossainy L, Rimti FH. The scenario of self-medication practices during the covid-19 pandemic; a systematic review. *Ann Med Surg* 2012. octubre de 2022;82:104482.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Disponible en: <https://m.inei.gov.pe/prensa/noticias/el-550-de-los-hogares-del-pais-accedieron-a-internet-en-el-tercer-trimestre-del-2021-13269/>
7. Rojas-Adrianzén C, Pereyra-Elías R, Mayta-Tristán P. Prevalencia y factores asociados a la compra de antimicrobianos sin receta médica, Perú 2016. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2018;35(3):400-8. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/3458>
8. Priyadharsini RP. Antibiotic Resistance: What is there in Past, Present and Future? *J Young Pharm*. 2019;11(4):333-6. Disponible en: <http://www.jyoungpharm.org/article/1393>
9. OPS/OMS. Crece el mapa de motivaciones para automedicarse - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/4-3-2021-crece-mapa-motivaciones-para-automedicarse>
10. Kirsch V, Johannsen W, Thrien C. "Hopefully, I will never forget that again" – sensitizing medical students for drug safety by working on cases and simulat. *GMS J Med Educ*. 2019;36(2):Doc17.
11. Mubasher Rehman, Shehzad Ahmed, Umair Ahmed, Kosar Tamanna, Muhammad Shehryar Sabir, Zeeshan Niaz, et al. An overview of self-medication: a major cause of antibiotic resistance and a threat to global public health. *J Pak Med Assoc*. 20 de noviembre de 2020;71(3):1-22. Disponible en: https://ojs.jpma.org.pk/index.php/public_html/article/view/661
12. Raslan M, Eslam M, Sara A, Nagwa A. Antimicrobial Resistance and Second Wave of COVID-19: Will It Impose Management Protocols Deviation? *Ann Pharmacol Toxicol*. 2020;1(1):1001.

13. Martinez JE, Pereira GAF, Ribeiro LGM, Nunes R, Ilias D, Navarro LGM. Study of self-medication for musculoskeletal pain among nursing and medicine students at Pontifícia Universidade Católica - São Paulo. *Rev Bras Reumatol Engl Ed [Internet]*. 2014 [citado 5 de mayo de 2022];54(2):90-4. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255502114000285>
14. Sunny T, Jacob R, K K, Varghese S. Self-medication: Is a serious challenge to control antibiotic resistance? *Natl J Physiol Pharm Pharmacol*. 2019;9(9):821-7. Disponible en: <https://www.ejmanager.com/fulltextpdf.php?mno=51646>
15. López-Cabra CA, Gálvez-Bermúdez JM, Domínguez CD, Urbina-Bonilla ADP, Calderón-Ospina CA, Vallejos-Narváez Á. Automedicación en estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario en Bogotá D. C., Colombia. *Rev Colomb Cienc Quím-Farm*. 2016;45(3):374-84. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/1c9b9489-c61c-3c4e-90b3-0d6200b0051a/>
16. Berrouet M, Lince M, Restrepo D. Automedicación de analgésicos y antibióticos en estudiantes de pregrado de medicina. *Med UPB*. 2017;36(2):115-22.
17. Altamirano Orellana V, Hauyón González K, Mansilla Cerda E, Matamala Muñoz F, Morales Ojeda I, Maury-Sintjago E, et al. Automedicación en estudiantes de una residencia universitaria en Chillán, Chile. *Rev Cuba Salud Pública*. 25 de abril de 2019;45:e1189.
18. Pighi M, Pontoni G, Sinisi A, Ferrari S, Mattei G, Pingani L, et al. Use and Propensity to Use Substances as Cognitive Enhancers in Italian Medical Students. *Brain Sci*. 9 de noviembre de 2018;8(11):197.
19. Vivanco DC, Zevallos JC. AUTOMEDICACIÓN EN ZONAS URBANA Y URBANO-MARGINAL EN LA PROVINCIA DE LIMA (PERU). *Revista Médica Carriónica*. 2017;4(1):14.
20. Hermoza-Moquillaza R, Loza-Munarriz C, Rodríguez-Hurtado D, Arellano-Sacramento C, Hermoza-Moquillaza V. Automedicación en un distrito de Lima Metropolitana, Perú. *Rev Medica Hered*. 27 de abril de 2016;27(1):15-15.
21. Berrospi JMM, Morales DGH. Factores asociados a la automedicación en el centro poblado de Llícuca, Huánuco. *Peruvian J Health Res*. 6 de julio de 2018;2(1):68-73.
22. Barros-Sevillano JS, Sandoval CP, Alcarraz-Mundial LS. Automedicación en tiempos de COVID-19. Una perspectiva desde Perú. *Gac Med Mex*. 2021;157(1):122.
23. Gras M, Gras-Champel V, Moragny J, Delaunay P, Laugier D, Masmoudi K, et al. Impact of the COVID-19 outbreak on the reporting of adverse drug reactions associated with self-medication. *Ann Pharm Fr*. 2021;79(5):522-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7899020/>
24. Muhammed RA, Al-Ani AHHDA, Yassen AO. Self-Medication with Antibiotic among Public Population in Erbil City. *J Pharm Res Int*. 21 de septiembre de 2021;33(44B):25-33. Disponible en: <https://journaljpri.com/index.php/JPRI/article/view/32649>

25. Sisay M, Mengistu G, Edessa D. Epidemiology of self-medication in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMC Pharmacol Toxicol.* 2018;19(1):56. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40360-018-0248-8>
26. Sambakunsi CS, Småbrekke L, Varga CA, Solomon V, Mponda JS. Knowledge, attitudes and practices related to self-medication with antimicrobials in Lilongwe, Malawi. *Malawi Med J J Med Assoc Malawi.* 2019;31(4):225-32.
27. Rashid M, Chhabra M, Kashyap A, Undela K, Gudi SK. Prevalence and Predictors of Self-Medication Practices in India: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Curr Clin Pharmacol.* 2020;15(2):90-101. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7579319/>
28. Escobar Salinas J, Rios González C. Automedicación en adultos de 11 ciudades de Latinoamérica, 2015-2016: estudio multicéntrico. *CIMEL.* 2017;22(2):19-23.
29. Tejada SF, Medina-Neira D. La automedicación promovida por medios de comunicación, un peligro con consecuencias en tiempos de crisis de Salud Pública por la COVID-19. *Rev Cuba Inf Cienc Salud.* 2020;31(3):e1632.
30. Almeida-Cerino M, Priego-Álvarez HR, Córdova-Hernández J, Morales-García M, Sevilla-Jerónimo P. Automedicación de medicamentos genéricos en usuarios de farmacias en un municipio mexicano. *Rev Fac Cienc Salud Univ Cauca.* 2020;22(1):24-32. Disponible en: <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/1573>
31. Domingues PHF, Galvão TF, de Andrade KRC, de Sá PTT, Silva MT, Pereira MG. Prevalence of self-medication in the adult population of Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Pública.* 2015;49:36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4544343/>
32. Aguilar A, Ascitelli A, Carosella L, Izurieta M, Perandones M, Soverchia S, et al. Prevalencia de automedicación de antiinflamatorios y analgésicos en la práctica ambulatoria. *Rev Arg Reumatol.* 2015;26(3):13-5.
33. Quispe-Cañari JF, Fidel-Rosales E, Manrique D, Mascaró-Zan J, Huamán-Castillón KM, Chamorro-Espinoza SE, et al. Self-medication practices during the COVID-19 pandemic among the adult population in Peru: A cross-sectional survey. *Saudi Pharm J SPJ.* 2021;29(1):1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7832015/>
34. Navarrete-Mejía PJ, Velasco-Guerrero JC, Loro-Chero L. Automedicación en época de pandemia: Covid-19. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo.* 2020;13(4):350-5. Disponible en: <http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/762>
35. Ruiz-Sternberg ÁM, Pérez-Acosta AM. Automedicación y términos relacionados: una reflexión conceptual. *Rev Cienc Salud.* 2011;9(1):83-97.
36. OMS | la OMS publica la primera guía mundial de referencia para un uso eficaz y sin riesgo. WHO. World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/who67/es/>
37. Alvarez-Risco A, Del-Aguila-Arcentales S, Diaz-Risco S. Pharmacovigilance as a tool for sustainable development of healthcare in Peru. *Pharmacovigil Rev.* 1 de

- enero de 2018;10(2):4-6. Disponible en: <http://www.scopus.com/inward/record.url?scp=85075346517&partnerID=8YFLogxK>
38. Ministerio de Salud (MINSA). Resolución Ministerial N° 302-2020-MINSA. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/580725-302-2020-minsa?msckid=05cc1be5cf4211eca00ca4120daca6c>
 39. Loyola Filho AI de, Lima-Costa MF, Uchôa E. Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1661-9. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/csp/a/zM9LQzwydRN6jBfPxMDTFWp/?lang=en>
 40. Zevallos Escobar LE. Factores relacionados con la automedicación en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la universidad Católica Los Ángeles de Chimbote_Chimbote, 2021 [TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTORA EN SALUD PÚBLICA]. [Chimbote]: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2021.
 41. Urrunaga-Pastor D, Benites-Zapata VA, Mezones-Holguín E. Factors associated with self-medication in users of drugstores and pharmacies in Peru: an analysis of the National Survey on User Satisfaction of Health Services, ENSUSALUD 2015. *F1000Research*. 2020;8:23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7001751/>
 42. Izquierdo Calixto RM. Factores relacionados con la automedicación en internos de medicina humana de la Facultad de Medicina "San Fernando". Lima - 2020 [Internet] [Tesis para optar el Título profesional de Médico Cirujano]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020 [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2878993>
 43. Baos Vicente V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. *Inf Ter SistNac Salud*. 2000;24(6):147-52. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200006-2.pdf>
 44. Burger DM, te Brake LHM, Aarnoutse RE. Mechanisms of Drug Interactions I: Absorption, Metabolism, and Excretion. En: Pai MP, Kiser JJ, Gubbins PO, Rodvold KA, editores. *Drug Interactions in Infectious Diseases: Mechanisms and Models of Drug Interactions*. 4.^a ed. Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 15-47. (Infectious Disease). Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-72422-5_2
 45. Núñez M, Tresierra-Ayala M, Gil-Olivares F. Antibiotic self-medication in university students from Trujillo, Peru. *Med Univ*. 1 de octubre de 2016;18(73):205-9.
 46. Muñoz Carbajal J, Muñoz Carbajal L. Factores que influyen en la automedicación de los estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez Juliaca. *Revista Científica Investigación Andina*. 2014;14(2).
 47. First independent framework for assessing pharmaceutical company action Antimicrobial Resistance Benchmark 2018. Netherlands; 2017. Disponible en: <https://accesstomedicinefoundation.org/media/atmf/2017-Methodology-for-2018-Antimicrobial-Resistance-Benchmark-final.pdf>
 48. OMS. Coronavirus. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>

49. Cheever FS, Daniels JB, Pappenheimer AM, Bailey OT. A MURINE VIRUS (JHM) CAUSING DISSEMINATED ENCEPHALOMYELITIS WITH EXTENSIVE DESTRUCTION OF MYELIN. *J Exp Med.* 31 de agosto de 1949;90(3):181-94. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2135905/>
50. Weiss SR, Navas-Martin S. Coronavirus Pathogenesis and the Emerging Pathogen Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus. *Microbiol Mol Biol Rev.* diciembre de 2005;69(4):635-64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1306801/>
51. WHO. Coronavirus (COVID-19) events as they happen. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
52. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 20 de febrero de 2020;382(8):727-33. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2001017>
53. Fehr AR, Perlman S. Coronaviruses: An Overview of Their Replication and Pathogenesis. *Coronaviruses.* 12 de febrero de 2015;1282:1-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4369385/>
54. Enjuanes L, Smerdou C, Castilla J, Antón IM, Torres JM, Sola I, et al. Development of protection against coronavirus induced diseases. A review. *Adv Exp Med Biol.* 1995;380:197-211.
55. Masters PS, Kuo L, Ye R, Hurst KR, Koetzner CA, Hsue B. Genetic and molecular biological analysis of protein-protein interactions in coronavirus assembly. *Adv Exp Med Biol.* 2006;581:163-73.
56. Shereen MA, Khan S, Kazmi A, Bashir N, Siddique R. COVID-19 infection: Emergence, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *J Adv Res.* 1 de julio de 2020;24:91-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2090123220300540>
57. Qiu Y, Zhao YB, Wang Q, Li JY, Zhou ZJ, Liao CH, et al. Predicting the angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) utilizing capability as the receptor of SARS-CoV-2. *Microbes Infect.* 1 de mayo de 2020;22(4):221-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1286457920300496>
58. Helmy YA, Fawzy M, Elasad A, Sobieh A, Kenney SP, Shehata AA. The COVID-19 Pandemic: A Comprehensive Review of Taxonomy, Genetics, Epidemiology, Diagnosis, Treatment, and Control. *J Clin Med.* abril de 2020;9(4):1225. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/4/1225>
59. Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature.* marzo de 2020;579(7798):270-3. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2012-7>
60. Jin Y, Yang H, Ji W, Wu W, Chen S, Zhang W, et al. Virology, Epidemiology, Pathogenesis, and Control of COVID-19. *Viruses.* 27 de marzo de 2020;12(4):E372.

61. Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, Rocklöv J. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *J Travel Med.* 13 de marzo de 2020;27(2):021. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa021>
62. Bulut C, Kato Y. Epidemiology of COVID-19. *Turk J Med Sci.* 21 de abril de 2020;50(SI-1):563-70.
63. Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF. The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nat Med.* abril de 2020;26(4):450-2. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0820-9>
64. Xu H, Zhong L, Deng J, Peng J, Dan H, Zeng X, et al. High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. *Int J Oral Sci.* 24 de febrero de 2020;12(1):1-5. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41368-020-0074-x>
65. Li MY, Li L, Zhang Y, Wang XS. Expression of the SARS-CoV-2 cell receptor gene ACE2 in a wide variety of human tissues. *Infect Dis Poverty.* 28 de abril de 2020;9(1):45. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00662-x>
66. Kakodkar P, Kaka N, Baig MN. A Comprehensive Literature Review on the Clinical Presentation, and Management of the Pandemic Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Cureus.* 6 de abril de 2020;12(4):e7560. Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/29670-a-comprehensive-literature-review-on-the-clinical-presentation-and-management-of-the-pandemic-coronavirus-disease-2019-covid-19>
67. Li H, Liu SM, Yu XH, Tang SL, Tang CK. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): current status and future perspectives. *Int J Antimicrob Agents.* 1 de mayo de 2020;55(5):105951. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924857920301011>
68. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet.* 15 de febrero de 2020;395(10223):507-13. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30211-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30211-7/fulltext)
69. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). En: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.* Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
70. Yuki K, Fujiogi M, Koutsogiannaki S. COVID-19 pathophysiology: A review. *Clin Immunol.* 1 de junio de 2020;215:108427. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152166162030262X>
71. Melgaço JG, Azamor T, Ano Bom APD. Protective immunity after COVID-19 has been questioned: What can we do without SARS-CoV-2-IgG detection? *Cell Immunol.* 1 de julio de 2020;353:104114. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0008874920302501>
72. Joly BS, Siguret V, Veyradier A. Understanding pathophysiology of hemostasis disorders in critically ill patients with COVID-19. *Intensive Care Med.* 1 de agosto de 2020;46(8):1603-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06088-1>

73. Zhou Y, Fu B, Zheng X, Wang D, Zhao C, Qi Y, et al. Pathogenic T-cells and inflammatory monocytes incite inflammatory storms in severe COVID-19 patients. *Natl Sci Rev.* 1 de junio de 2020;7(6):998-1002. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/nsr/nwaa041>
74. Levi M, Thachil J, Iba T, Levy JH. Coagulation abnormalities and thrombosis in patients with COVID-19. *Lancet Haematol.* 1 de junio de 2020;7(6):e438-40. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanhae/article/PIIS2352-3026\(20\)30145-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhae/article/PIIS2352-3026(20)30145-9/fulltext)
75. Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost.* 2020;18(4):844-7. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jth.14768>
76. Helms J, Tacquard C, Severac F, Leonard-Lorant I, Ohana M, Delabranche X, et al. High risk of thrombosis in patients with severe SARS-CoV-2 infection: a multicenter prospective cohort study. *Intensive Care Med.* 1 de junio de 2020;46(6):1089-98. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06062-x>
77. Gao Z, Xu Y, Sun C, Wang X, Guo Y, Qiu S, et al. A systematic review of asymptomatic infections with COVID-19. *J Microbiol Immunol Infect.* 1 de febrero de 2021;54(1):12-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118220301134>
78. Xydakis MS, Dehgani-Mobaraki P, Holbrook EH, Geisthoff UW, Bauer C, Hautefort C, et al. Smell and taste dysfunction in patients with COVID-19. *Lancet Infect Dis.* 1 de septiembre de 2020;20(9):1015-6. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30293-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30293-0/fulltext)
79. Li L, Qin L, Xu Z, Yin Y, Wang X, Kong B, et al. Using Artificial Intelligence to Detect COVID-19 and Community-acquired Pneumonia Based on Pulmonary CT: Evaluation of the Diagnostic Accuracy. *Radiology.* agosto de 2020;296(2):E65-71. Disponible en: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2020200905>
80. Fang Y, Zhang H, Xie J, Lin M, Ying L, Pang P, et al. Sensitivity of Chest CT for COVID-19: Comparison to RT-PCR. *Radiology.* agosto de 2020;296(2):E115-7. Disponible en: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2020200432>
81. Simpson S, Kay FU, Abbara S, Bhalla S, Chung JH, Chung M, et al. Radiological Society of North America Expert Consensus Document on Reporting Chest CT Findings Related to COVID-19: Endorsed by the Society of Thoracic Radiology, the American College of Radiology, and RSNA. *Radiol Cardiothorac Imaging.* abril de 2020;2(2):e200152. Disponible en: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/ryct.2020200152>
82. Wang H, Li X, Li T, Zhang S, Wang L, Wu X, et al. The genetic sequence, origin, and diagnosis of SARS-CoV-2. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 1 de septiembre de 2020;39(9):1629-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10096-020-03899-4>
83. Kujawski SA, Wong KK, Collins JP, Epstein L, Killerby ME, Midgley CM, et al. Clinical and virologic characteristics of the first 12 patients with coronavirus disease 2019

- (COVID-19) in the United States. *Nat Med.* junio de 2020;26(6):861-8. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0877-5>
84. To KKW, Tsang OTY, Leung WS, Tam AR, Wu TC, Lung DC, et al. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis.* 1 de mayo de 2020;20(5):565-74. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30196-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30196-1/fulltext)
85. WHO-2019-nCoV-Surveillance Case Definition [Internet]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336482/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.1-spa.pdf
86. Galperín H. Sociedad digital : brechas y retos para la inclusión digital en América Latina y el Caribe. Minist Educ. 2017. Disponible en: <https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/5803>
87. Flores-Cueto JJ, Hernández RM, Garay-Argandoña R. Tecnologías de información: Acceso a internet y brecha digital en Perú. *Rev Venez Gerenc.* 5 de junio de 2020;25(90):504-27. Disponible en: <http://190.168.72.26/ojs3212/index.php/rvg/article/view/32396>
88. Ávila W. Hacia una reflexión histórica de las TIC. *Hallazgos.* 7 de mayo de 2013;10(19):213-33. Disponible en: <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/hallazgos/article/view/751>
89. Ruiz HO, Mondaca ER. Acceso a Internet e Impacto en los Hogares Peruanos. Una Evaluación a Partir de Microdatos. *Redescom Rev Estud Para El Desarro Soc Comun.* 2014;(9):361-76. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4718659>
90. Bonett DC, Aguilar AS, de Estadística S, Calderón RR. Estadísticas de las Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. INEI; 2021 p. 49. Report No.: 2.
91. Benavente Lipa LA, Chein Villacampa SA, Campodónico Reátegui CH, Palacios Alva E, Ventocilla Huasupoma MS, Castro Rodríguez A, et al. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontol Sanmarquina.* 2014;15(1):14. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/2823>
92. Morales-Ysuhuaylas JL, Peralta-Ugarte E. Automedicación responsable en estudiantes de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Hermilio Valdizán. *Rev Peru Investig En Salud.* 2019;3(1):25-9. Disponible en: <https://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/251>
93. Miñan-Tapia A, Conde-Escobar A, Calderon-Arce D, Cáceres-Olazo D, Peña-Rios AJ, Donoso-Romero RC. Factores asociados a la automedicación con fármacos relacionados a COVID-19 en estudiantes de ciencias de la salud de una ciudad peruana. *SciELO Preprints;* 2020. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1225>
94. Valverde Rondo AM. Factores asociados a la automedicación en personas adultas que acuden a la Farmacia Jauregui durante la pandemia, La Esperanza mayo - junio

2022. Univ Católica Los Ángeles Chimbote. 10 de septiembre de 2022; Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/29025>
95. Merino Sullcahuaman J. Factores asociados a la práctica no responsable de automedicación en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Octubre–diciembre del 2020. Repos Inst - URP. 2021; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/4114>
96. Vilca Segovia LA. Factores asociados a la automedicación con ansiolíticos en el contexto de la pandemia del Covid-19 en Centro de Salud de Parcona - 2022. 22 de febrero de 2023. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4441>
97. Oxa M, Mirian B. Factores asociados a la automedicación con naproxeno en pacientes que frecuentan boticas mifarma mf 177 arequipa 2022. Repos Univ Priv Autónoma Sur. 30 de marzo de 2023; Disponible en: <http://repositorio.upads.edu.pe/xmlui/handle/UPADS/418>
98. Valencia L, Ross D. Factores asociados a la automedicación con antibióticos y presencia de reacciones adversas en adultos atendidos en las farmacias del distrito de miraflores, arequipa 2022.”. Repos Univ Priv Autónoma Sur. 11 de abril de 2023; Disponible en: <http://repositorio.upads.edu.pe/xmlui/handle/UPADS/444>
99. Khan MA, Tahir MJ, Ameer MA, Nawaz RA, Asghar MS, Ahmed A. Self-medication dilemma in dengue fever. Public Health Pract. 1 de diciembre de 2022;4:100298. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266653522200074X>
100. Zamata C, Milagro M. Factores asociados a la automedicación con ivermectina en pandemia covid-19 en comerciantes del mercado san camilo-arequipa, diciembre-2021. Repos Univ Priv Autónoma Sur. 24 de marzo de 2023; Disponible en: <http://repositorio.upads.edu.pe/xmlui/handle/UPADS/407>
101. Rodríguez Ramírez RI. Factores más frecuentes que causan la automedicación por odontalgia en pacientes del C.S Puente Chao, durante la covid-19, mayo 2022. Univ Priv Antenor Orrego. 2023; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/10430>
102. Prado C, Dalio J. Relacion entre la automedicacion y el uso de corticoides en usuarios atendidos en la farmacia “g & d farmacias y medicamentos”, arequipa-2022. Repos Univ Priv Autónoma Sur. 28 de marzo de 2023. Disponible en: <http://repositorio.upads.edu.pe/xmlui/handle/UPADS/411>
103. Carranza Salas F. Uso de las tecnologías de Información y comunicación y su Relación con la automedicación En adultos, san José y quepos, 2021 [Thesis]. Universidad Hispanoamericana; 2021. Disponible en: <http://13.87.204.143/xmlui/handle/123456789/6858>
104. Leong CM, Lee TI, Chien YM, Kuo LN, Kuo YF, Chen HY. Social Media-Delivered Patient Education to Enhance Self-management and Attitudes of Patients with Type 2 Diabetes During the COVID-19 Pandemic: Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 23 de marzo de 2022;24(3):e31449.
105. Quispe Perez TM. Factores asociados a la automedicación impuesta por padres/tutores en pacientes pediátricos ingresados a emergencia del Hospital

Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, periodo diciembre 2019 – marzo 2020. Univ Nac Altiplano. 3 de septiembre de 2020; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3224155>

106. Gaviria-Mendoza A, Mejía-Mazo DA, Duarte-Blandón C, Castrillón-Spitia JD, Machado-Duque ME, Valladales-Restrepo LF, et al. Self-medication and the «infodemic» during mandatory preventive isolation due to the COVID-19 pandemic. *Ther Adv Drug Saf.* 2022;13:20420986221072376.
107. Coronel Espiritu LS, Chilón Quenta H. Factores asociados a la automedicación en pobladores peruanos durante la pandemia por COVID-19. 3 de abril de 2023; Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/6374>
108. Guevara Lozano AJ. Características sociodemográficas y automedicación en los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca Filial Jaén, 2021. Univ Nac Cajamarca. 31 de mayo de 2022; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4896>
109. Al Shibly MNR, Hasan LA, Abdulsada AR. Knowledge and practice of self-medication. *J Popul Ther Clin Pharmacol J Ther Popul Pharmacol Clin.* 2022;28(2):e62-70.

ANEXOS
ANEXO N°01

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	INDICADOR	METODOLOGÍA
<p>Problema General: ¿Existe asociación entre el antecedente de covid-19, el acceso a internet y el grado de instrucción con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande– Huánuco 2022? :</p>	<p>Objetivo General: Evaluar la asociación entre el antecedente de covid-19, el acceso a internet y el grado de instrucción con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer la asociación entre el antecedente de COVID-19 con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande – Huánuco 2022. 2. Establecer la asociación entre el acceso a internet con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande – Huánuco 2022. 3. Establecer la asociación entre el grado de instrucción con la 	<p>Hipótesis General:</p> <p><input type="checkbox"/> Hi: el antecedente de covid-19, el acceso a internet y el grado de instrucción están asociados con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022</p> <p><input type="checkbox"/> Ho: el antecedente de covid-19, el acceso a internet y el grado de instrucción no están asociados con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022.</p> <p>Hipótesis Específicas: Ha1: El antecedente de COVID-19 está asociado con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022. Ho1: El antecedente de COVID-19 no está asociado con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022. Ha2: El acceso a internet está asociado con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022.</p>	VARIABLE DEPENDIENTE		<p>TIPO DE LA INVESTIGACIÓN Según la manipulación de la variable el estudio es OBSERVACIONAL.</p> <p>Según la relación entre variables a estudiar el estudio es ANALÍTICO.</p> <p>Según el número de mediciones de la variable de estudio es TRANSVERSAL.</p> <p>Según la aparición de la variable dependiente el estudio es RETROSPECTIVO NIVEL DE INVESTIGACION</p> <p>Nuestra investigación es de nivel CORRELACIONAL.</p> <p>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN La presente investigación es OBSERVACIONAL, ANALÍTICA, TRANSVERSAL, RETROSPECTIVO.</p> <p>POBLACIÓN La población del presente estudio estuvo constituida por los pobladores de Castillo Grande de Huánuco, 2022.</p> <p>MUESTRA 120 participantes</p>
			Automedicación responsable	- Se automedica responsablemente - No se automedica responsablemente	
			VARIABLES INDEPENDIENTES		
			Antecedente de CODIV-19	- tuvo COVID-19 - no tuvo COVID-19	
			Acceso a internet	- Cuenta con acceso a internet - No cuenta con acceso a internet	
			Grado de instrucción	- Primaria - Secundaria - Técnico - Superior	
			VARIABLES INTERVINIENTES		
			Edad	18 – 29 30 – 45 46 – 60 >60 años	
			Sexo	Masculino Femenino	
			Nivel socioeconómico	-A: ingreso de S/12660 -B: ingreso de S/7020 -C: ingreso de S/3970 -D: ingreso de S/2480 -E: ingreso de S/1300	
Fuente de información	- Pagina web - Redes sociales - Persona conocida - Tratamiento previo - Personal de salud				

	<p>automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande – Huánuco 2022.</p>	<p>Ho2: El acceso a internet no está asociado con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022.</p> <p>Ha3: el grado de instrucción está asociado con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022.</p> <p>Ho3: el grado de instrucción no están asociados con la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022. □</p>	<p>Tipo de medicamento</p>	<p>Antiinflamatorios -analgésicos - Antibióticos - Corticoides - Antiácidos - Antigripales - Ivermectina</p>	<p>TECNICA Secundaria</p> <p>INSTRUMENTO Ficha de recolección de datos</p>
<p>Forma de obtención del medicamento</p>	<p>- Farmacia - Familiar - Persona conocida - Atención previa</p>				

ANEXO N°02

(INICIO DEL FORMULARIO DE GOOGLE)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: “Antecedente de COVID-19, acceso a internet y grado de instrucción asociados a la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022”

Mediante la aceptación de este formulario Ud. da su consentimiento para participar en el trabajo de investigación Antecedente de COVID-19, acceso a internet y grado de instrucción asociados a la automedicación responsable en pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022; **desarrollado por los autores: Abuhadba Fernández, Adriana Sofía y Nuñez Guillen, Juan Luis Arturo, la cual consta de un cuestionario virtual a través de nuestro aplicativo móvil, con 21 preguntas de opción múltiple, las cuales serán leídas por el encuestador y usted mencionara la mejor opción que considere como respuesta, el tiempo aproximado es de 20 a 30 minutos de acuerdo a su criterio. Sus dudas serán absueltas en el momento del desarrollo de la encuesta.**

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y la información que se recoja será totalmente confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

En caso de cualquier duda sobre este proyecto y sus resultados puede contactarse con los siguientes números: 962980509 (Adriana Abuhadba Fernández), 978988999 (Arturo Nuñez Guillen), quienes resolverán sus preguntas en cualquier momento de su participación.

Agradecemos desde ya su participación y su aporte a la investigación

AUTORIZACIÓN

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. Tengo el conocimiento de que debo responder preguntas en un breve cuestionario de manera virtual. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida sin que esto acaree perjuicio alguno sobre mi persona.

Luego de haber leído el Consentimiento Informado, ¿Acepta participar del presente estudio de investigación?

Si acepto

ANEXO N°03

(SECCIONES DEL FORMULARIO DE GOOGLE)

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

SECCIÓN I: DATOS PERSONALES Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Por favor responda las siguientes preguntas:

1. Apellidos y Nombres: _____

2. DNI: _____

3. Edad:

- a) 18 – 29 años
- b) 30 – 45 años
- c) 46 – 60 años
- d) 60 años

4. **Sexo:** Masculino () Femenino ()

5. **Grado de instrucción:** ¿hasta que nivel educativo llego a estudiar Ud.?

Sin estudios ()

Primaria ()

Secundaria ()

Técnica ()

Superior ()

6. **Ingreso mensual familiar:** ¿Cuánto de dinero ingresa a su hogar en total por mes?

- A: ingreso de S/12660 ()
- B: ingreso de S/7020 ()
- C: ingreso de S/3970 ()
- D: ingreso de S/2480 ()
- E: ingreso de S/1300 ()

SECCIÓN II: ANTECEDENTE DE COVID-19

7. ¿Usted tuvo COVID-19 diagnosticado durante la pandemia o hasta hace un mes?

() Si tuvo COVID-19

() No tuvo COVID-19

SECCIÓN III: ACCESO A INTERNET

8. ¿usted cuenta con acceso a internet?

() Si cuento con acceso a internet

() No cuento con acceso a internet

SECCIÓN IV: CARACTERÍSTICAS DE LA AUTOMEDICACION

9. ¿Usted se automedica?

() Si

() No

Si la respuesta fue si, sírvase a contestar las siguientes preguntas

10. ¿Qué tipo(s) de medicamento(s) consume usted con frecuencia? (puede elegir más de uno)

() Antiinflamatorios

() Analgésicos

() Antibióticos

() Corticoides

() Antiácidos

() Antigripales

() Ivermectina

11. ¿Qué síntoma principal lo llevo a automedicarse? (puede elegir más de uno)

() Dolor abdominal

() Dolor de cabeza

() Dolor de garganta

() Dolor muscular

() Fiebre

() Malestar general

() Congestión nasal

() Perdida del gusto y/o el olfato

() Sensación de falta de aire

12. ¿usted consumió alguno(s) de estos medicamentos cuando fue diagnosticado de COVID-19? (puede elegir mas de uno)

() Antibióticos (amoxicilina, ceftriaxona, azitromicina)

() Antigripales

() Ivermectina

() Dióxido de cloro

() Corticoides (dexametasona, prednisona)

() Anticoagulantes (enoxaparina, Warfarina)

SECCIÓN V: AUTOMEDICACION RESPONSABLE

13. ¿Conoce usted los síntomas por los cuales toma el(los) medicamento(s)?
() Si conoce
() No conoce
14. ¿Usted conoce la enfermedad por la cual toma ese(os) medicamento(s)?
() Si conozco
() No conozco
15. ¿Después de tomar el(los) medicamento(s) consulta con algún personal de salud?
() Si
() No
16. ¿Sabe cómo consumir dicho(s) medicamento(s)?
() Si
() No
17. ¿Conoce los efectos adversos o secundarios sobre dicho(s) medicamento(s)?
() Si conoce
() No conoce

SECCIÓN VI: SOBRE LA OBTECION DE INFORMACION DEL MEDICAMENTO

18. ¿El personal de salud le informa sobre ese(os) medicamento(s)?
() Si me informo
() No me informo
19. ¿Cómo se informó sobre ese(os) medicamento(s)?
() Página web
() Redes sociales
() Familiar
() Persona conocida
() Tratamiento previo
20. ¿Cuál es la red social más usada por usted la informarse sobre ese(os) medicamento(s)?
() Facebook
() WhatsApp
() YouTube
() Twitter

Instagram

Tik tok

21. ¿Cómo obtuvo dicho(s) medicamento(s)?

Compra en farmacia

Por un familiar

Por un conocido

Por una atención previa

Nombre del encuestador:

Abuhadba Fernández, Adriana Sofía

Nuñez Guillen, Juan Luis Arturo

ANEXO N°4

Tabla 1. Características epidemiológicas de los pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022 (n=120)

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
>18 – 29	45	37,5%
30 – 45	41	34,2%
46 – 60	33	27,5%
> de 60	1	0,8%
Género		
Masculino	42	35,0%
Femenino	78	65,0%
Nivel educativo		
Primaria	15	12,5%
Secundaria	30	25,0%
Superior técnico	27	22,5%
Superior universitario	48	40,0%
Ingreso económico		
A < 12660	1	0,8%
B < 7020	5	4,2%
C < 3970	33	27,5%
D < 2480	53	44,2%
E <1300	28	23,3%

FUENTE: elaboración propia

ANEXO N°5

Tabla 2. Características clínicas de los pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022 (n=120)

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes de COVID		
Si	89	74,2%
No	31	25,8%
Acceso a Internet		
Si	103	85,8%
No	17	14,2%
Conocimiento los síntomas por los cuales toma el(los) medicamento (s)		
Si conoce	73	60,8%
No conoce	47	39,2%
Conoce la enfermedad por la cual toma ese(os) medicamento		
Si conozco	50	41,7%
No conozco	70	58,3%
Después de tomar el(los) medicamento(s) consulta con algún personal de salud		
Si	67	55,8%
No	53	44,2%
El personal de salud le informo sobre ese(os) medicamento(s)		
Si me informo	68	56,7%
No me informo	52	43,3%
¿Cómo se informó sobre ese(os) medicamento(s)?		
Página web	15	12,5%
Redes sociales	3	2,5%
Persona conocida	41	34,2%
Tratamiento previo	15	12,5%
Personal de salud	46	38,3%

Red social por la cual se informó sobre ese(os) medicamento(s)		
Facebook	19	15,8%
WhatsApp	39	32,5%
YouTube	2	1,7%
Tik Tok	51	42,5%
Ninguno	9	7,5%
¿Sabe cómo consumir dicho(s) medicamento(s)?		
Si	82	68,3%
No	38	31,7%
Conoce los efectos adversos o secundarios sobre dicho(s) medicamento(s)		
Si	41	34,2%
No	79	65,8%
¿Cómo obtuvo dicho(s) medicamento(s)?		
Compra en farmacia	58	48,3%
Por un familiar	20	16,7%
Por un conocido	22	18,3%
Por una atención previa	20	16,7%
Automedicación responsable		
No automedicación responsable	59	49,2%
Automedicación responsable	61	50,8%

FUENTE: elaboración propia

ANEXO N°6

Tabla 3. Análisis bivariado de las características de los pobladores de Castillo Grande - Huánuco 2022 (n=120)

Característica	Automedicación responsable				P	OR	IC	
	Si	%	No	%			Inferior	Superior
Género					0,126 ^a	0,525	0,245	1,125
Masculino	17	40,5%	25	59,5%				
Femenino	44	56,4%	34	43,6%				
Grado de instrucción					0,000 ^a			
Primaria	3	20,0%	12	80,0%				
Secundaria	8	26,7%	22	73,3%				
Superior técnico	16	59,3%	11	40,7%				
Superior universitario	34	70,8%	14	29,2%				
Ingreso económico					0,042 ^b			
A < 12660	1	100,0%	0	0,0%				
B < 7020	4	80,0%	1	20,0%				
C < 3970	19	57,6%	14	42,4%				
D < 2480	20	37,7%	33	62,3%				
E <1300	8	28,6%	20	71,4%				
Antecedentes de COVID					0,407 ^a	0,675	0,296	1,542
Si	43	48,3%	46	51,7%				
No	18	58,1%	13	41,9%				
Acceso a Internet					0,004 ^a	6,015	1,629	22,210
Si	58	56,3%	45	43,7%				
No	3	17,6%	14	82,4%				
Conocimiento los síntomas por los cuales toma el(los) medicamento (s)					0,000 ^a	8,577	3,633	20,249
Si conoce	51	69,9%	22	30,1%				
No conoce	10	21,3%	37	78,7%				

Conoce la enfermedad por la cual toma ese(os) medicamento					0,000 ^a	30,375	10,322	89,382
Si conozco	45	90,0%	5	10,0%				
No conozco	16	22,9%	54	77,1%				
Después de tomar el(los) medicamento(s) consulta con algún personal de salud					0,000 ^a	16,948	6,763	42,475
Si	52	77,6%	15	22,4%				
No	9	17,0%	44	83,%				
El personal de salud le informo sobre ese(os) medicamento(s)					0,000 ^a	8,596	3,731	19,808
Si me informo	49	72,1%	19	27,9%				
No me informo	12	23,1%	40	76,9%				
¿Cómo se informó sobre ese(os) medicamento(s)?					0,000 ^a			
Página web	14	93,3%	1	6,7%				
Redes sociales	0	0,0%	3	100,0%				
Persona conocida	4	9,8%	37	90,2%				
Tratamiento previo	8	53,3%	7	46,7%				
Personal de salud	35	76,1%	11	23,9%				
Ninguno	2	15,4%	11	84,6%				
Red social por la cual se informó sobre ese(os) medicamento(s)					0,054 ^a			
Facebook	12	63,2%	7	36,8%				
WhatsApp	13	33,3%	26	66,7%				
YouTube	2	100,0%	0	0,0%				

Tik Tok	30	58,8%	21	41,2%				
Ninguno	4	44,4%	5	55,6%				
¿Sabe cómo consumir dicho(s) medicamento(s)?					0,000 ^a	46,174	10,270	207,597
Si	59	72,0%	23	28,0%				
No	2	5,3%	36	94,7%				
Conoce los efectos adversos o secundarios sobre dicho(s) medicamento(s)					0,000 ^a	11,891	4,441	31,842
Si	35	85,4%	6	14,6%				
No	26	32,9%	53	67,1%				
¿Cómo obtuvo dicho(s) medicamento(s)?					0,000 ^a			
Compra en farmacia	36	62,1%	22	37,9%				
Por un familiar	5	25,0%	15	75,0%				
Por un conocido	2	9,1%	20	90,9%				
Por una atención previa	18	90,0%	2	10,0%				

^a: Chi cuadrado, ^b: U de Mann Whitney

Fuente: elaboración propia



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe:

Mg. Joel Tucto Berrios

HACE CONSTAR que:

La Tesis titulada "ANTECEDENTE DE COVID-19, ACCESO A INTERNET Y GRADO DE INSTRUCCIÓN ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN RESPONSABLE EN POBLADORES DE CASTILLO GRANDE – HUÁNUCO, 2022", realizada por los Bachilleres en Medicina Humana:

- ABUHADBA FERNÁNDEZ, Adriana Sofia
- NUÑEZ GUILLEN, Juan Luis Arturo

Cuenta con un índice de similitud del 14 % verificable en el Reporte de Originalidad del software antiplagio Turnitin. Luego del análisis se concluye que, cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio, por lo expuesto, la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias, además de presentar un índice de similitud menor al 35% establecido en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

Huánuco, 08 de mayo del 2023.



Mg. Joel Tucto Berrios
DIRECTOR

NOMBRE DEL TRABAJO

BORRADOR TESIS ABUHADBA Y NUÑEZ_ ANTECEDENTE DE COVID19 ACCESO A INTERNET Y GRADO DE INSTRUCCION A SO

RECuento DE PALABRAS

18762 Words

RECuento DE CARACTERES

107747 Characters

RECuento DE PÁGINAS

69 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

292.9KB

FECHA DE ENTREGA

May 8, 2023 12:46 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 8, 2023 12:48 PM GMT-5

● **14% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base c

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 6% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 15 palabras)





UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN DE HUÁNUCO
FACULTAD DE MEDICINA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO

En la ciudad de Huánuco, a los 06 días del mes de **junio** del año **dos mil veintitrés**, siendo las 15 horas con 00 minutos, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL modificado, aprobado mediante Resolución de Consejo Universitario N° 3412-UNHEVAL, de fecha 24.OCT.2022; se reunieron en el auditorio de la Facultad de Medicina los miembros del Jurado de Tesis, nombrados con la Resolución N° 0189-2022-UNHEVAL-FM-D, de fecha 22.JUL.2022 y con Resolución N° 0219-2023-UNHEVAL-FM-D, de fecha 16.MAY.2023, para proceder con la Revisión de la Tesis Titulada "ANTECEDENTE DE COVID-19, ACCESO A INTERNET Y GRADO DE INSTRUCCIÓN ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN RESPONSABLE EN POBLADORES DE CASTILLO GRANDE - HUÁNUCO 2022", elaborado por los Bachilleres en Medicina Humana ABUHADBA FERNANDEZ, Adriana Sofía y NUÑEZ GUILLEN, Juan Luis Arturo, para obtener el TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO, estando conformado el jurado por los siguientes docentes:

- | | |
|---|--------------------|
| ✦ Dr. HIDALGO CARRASCO, Triunfo Heriberto | PRESIDENTE |
| ✦ Dr. DÁMASO MATA, Bernardo Cristóbal | SECRETARIO |
| ✦ MC. CURO NIQUEN, Jimmy Santino | VOCAL |
| ✦ M.C. GUZMÁN DIAZ, Rosa Catalina | ACCESITARIA |

Habiendo finalizado el acto de sustentación de Tesis, el Presidente del Jurado Evaluador indica a las sustentantes y a los presentes retirarse de la sala de sustentación para la calificación final, quedando las sustentantes aprobado con la nota de 16 equivalente a Muy bueno con lo cual se da por concluido el proceso de sustentación de Tesis a horas 16 con 00 minutos, en fe de lo cual firmamos.


M.C. GUZMÁN DIAZ, Rosa Catalina
PRESIDENTE


Dr. DÁMASO MATA, Bernardo Cristóbal
SECRETARIO


MC. CURO NIQUEN, Jimmy Santino
VOCAL

Observaciones:

-
- Excelente (19 y 20)
-Muy Bueno (17,18)
-Bueno (14,15 y 16)

NOTA BIOGRÁFICA

ABUHADBA FERNANDEZ, ADRIANA SOFÍA

Nació el 7 de febrero de 1994 en la ciudad de Huánuco, en el departamento de Huánuco. Sus estudios iniciales se desarrollaron en la institución N°003 “Laurita Vicuña”, posteriormente curso todos los años de estudios primarios y secundarios en la Institución Educativa “Juana Moreno”. Inició sus estudios de medicina humana en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán en el 2013. Realizó su internado médico en el Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco desde junio del 2022 hasta marzo del 2023. Recibió el grado de Bachiller Académico en Medicina Humana el 27 de abril del 2023.

NUÑEZ GUILLEN, JUAN LUIS ARTURO

Nació el 4 de junio de 1995 en la ciudad de Huánuco, en el departamento de Huánuco. Sus estudios iniciales y primarios se desarrollaron en la institución educativa privada “Matusita”, posteriormente curso los años de educación secundaria en la institución educativa privada “Isaac Newton”. Inició sus estudios de medicina humana en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán en el 2013. Realizó su internado médico en el Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco desde junio del 2022 hasta marzo del 2023. Recibió el grado de Bachiller Académico en Medicina Humana el 27 de abril del 2023.

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DIGITAL Y DECLARACIÓN JURADA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR UN GRADO ACADÉMICO O TÍTULO PROFESIONAL

1. Autorización de Publicación: (Marque con una "X")

Pregrado	<input checked="" type="checkbox"/>	Segunda Especialidad		Posgrado:	Maestría		Doctorado	
----------	-------------------------------------	----------------------	--	-----------	----------	--	-----------	--

Pregrado (tal y como está registrado en SUNEDU)

Facultad	MEDICINA
Escuela Profesional	MEDICINA HUMANA
Carrera Profesional	MEDICINA HUMANA
Grado que otorga	-----
Título que otorga	MÉDICO CIRUJANO

Segunda especialidad (tal y como está registrado en SUNEDU)

Facultad	-----
Nombre del programa	-----
Título que Otorga	-----

Posgrado (tal y como está registrado en SUNEDU)

Nombre del Programa de estudio	-----
Grado que otorga	-----

2. Datos del Autor(es): (Ingrese todos los datos requeridos completos)

Apellidos y Nombres:	ABUHADBA FERNANDEZ, ADRIANA SOFIA							
Tipo de Documento:	DNI	<input checked="" type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	Nro. de Celular:	962080509
Nro. de Documento:	74528544				Correo Electrónico:	2213asaf@gmail.com		

Apellidos y Nombres:	NUÑEZ GUILLEN, JUAN LUIS ARTURO							
Tipo de Documento:	DNI	<input checked="" type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	Nro. de Celular:	978988999
Nro. de Documento:	72485294				Correo Electrónico:	arturonugui@gmail.com		

Apellidos y Nombres:								
Tipo de Documento:	DNI	<input type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	Nro. de Celular:	
Nro. de Documento:					Correo Electrónico:			

3. Datos del Asesor: (Ingrese todos los datos requeridos completos según DNI, no es necesario indicar el Grado Académico del Asesor)

¿El Trabajo de Investigación cuenta con un Asesor?: (marque con una "X" en el recuadro del costado, según corresponda)	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Apellidos y Nombres:	MOTTA RODRIGUEZ, JUAN WILDER			ORCID ID:	https://orcid.org/0009-0005-1559-9137			
Tipo de Documento:	DNI	<input checked="" type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	Nro. de documento:	06236461

4. Datos del Jurado calificador: (Ingrese solamente los Apellidos y Nombres completos según DNI, no es necesario indicar el Grado Académico del Jurado)

Presidente:	GUZMAN DIAZ, ROSA CATALINA
Secretario:	DAMASO MATTA, BERNARDO CRISTOBAL
Vocal:	CURO NIQUEN, JIMMMY SANTINO
Vocal:	
Vocal:	
Accesitario	

5. Declaración Jurada: *(Ingrese todos los datos requeridos completos)*

a) Soy Autor (a) (es) del Trabajo de Investigación Titulado: <i>(Ingrese el título tal y como está registrado en el Acta de Sustentación)</i> ANTECEDENTE DE COVID-19, ACCESO A INTERNET Y GRADO DE INSTRUCCIÓN ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACION RESPONSABLE EN POBLADORES DE CASTILLO GRANDE - HUÁNUCO 2022	
b) El Trabajo de Investigación fue sustentado para optar el Grado Académico ó Título Profesional de: <i>(tal y como está registrado en SUNEDU)</i> TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO	
c) El Trabajo de Investigación no contiene plagio (ninguna frase completa o párrafo del documento corresponde a otro autor sin haber sido citado previamente), ni total ni parcial, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias.	
d) El trabajo de investigación presentado no atenta contra derechos de terceros.	
e) El trabajo de investigación no ha sido publicado, ni presentado anteriormente para obtener algún Grado Académico o Título profesional.	
f) Los datos presentados en los resultados (tablas, gráficos, textos) no han sido falsificados, ni presentados sin citar la fuente.	
g) Los archivos digitales que entrego contienen la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado.	
h) Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizan (en adelante LA UNIVERSIDAD), cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido del Trabajo de Investigación, así como por los derechos de la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causas en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido del trabajo de investigación. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan.	





6. Datos del Documento Digital a Publicar: *(Ingrese todos los datos requeridos completos)*

Ingrese solo el año en el que sustentó su Trabajo de Investigación: <i>(Verifique la Información en el Acta de Sustentación)</i>			2023					
Modalidad de obtención del Grado Académico o Título Profesional: <i>(Marque con X según Ley Universitaria con la que inició sus estudios)</i>	Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Tesis Formato Artículo	<input type="checkbox"/>	Tesis Formato Patente de Invención	<input type="checkbox"/>		
	Trabajo de Investigación	<input type="checkbox"/>	Trabajo de Suficiencia Profesional	<input type="checkbox"/>	Tesis Formato Libro, revisado por Pares Externos	<input type="checkbox"/>		
	Trabajo Académico	<input type="checkbox"/>	Otros (especifique modalidad)	<input type="checkbox"/>				
Palabras Clave: <i>(solo se requieren 3 palabras)</i>	AUTOMEDIACIÓN		AUTOCUIDADO		COVID-19			
Tipo de Acceso: <i>(Marque con X según corresponda)</i>	Acceso Abierto	<input checked="" type="checkbox"/>	Condición Cerrada (*)	<input type="checkbox"/>				
	Con Periodo de Embargo (*)	<input type="checkbox"/>	Fecha de Fin de Embargo:					
¿El Trabajo de Investigación, fue realizado en el marco de una Agencia Patrocinadora? <i>(ya sea por financiamientos de proyectos, esquema financiero, beca, subvención u otras; marcar con una "X" en el recuadro del costado según corresponda):</i>						<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> X
Información de la Agencia Patrocinadora:								

El trabajo de investigación en digital y físico tienen los mismos registros del presente documento como son: Denominación del programa Académico, Denominación del Grado Académico o Título profesional, Nombres y Apellidos del autor, Asesor y Jurado calificador tal y como figura en el Documento de Identidad, Título completo del Trabajo de Investigación y Modalidad de Obtención del Grado Académico o Título Profesional según la Ley Universitaria con la que se inició los estudios.

7. Autorización de Publicación Digital:

A través de la presente, Autorizo de manera gratuita a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán a publicar la versión electrónica de este Trabajo de Investigación en su Biblioteca Virtual, Portal Web, Repositorio Institucional y Base de Datos académica, por plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente. Se autoriza cambiar el contenido de forma, más no de fondo, para propósitos de estandarización de formatos, como también establecer los metadatos correspondientes.

Firma: 		
Apellidos y Nombres:	ABUHADBA FERNANDEZ, ADRIANA SOFIA	Huella Digital
DNI:	74528544	
Firma: 		
Apellidos y Nombres:	NUÑEZ GUILLEN, JUAN LUIS ARTURO	Huella Digital
DNI:	72485294	
Firma:		
Apellidos y Nombres:		Huella Digital
DNI:		
Fecha:	13 de Junio del 2023	

Nota:

- ✓ No modificar los textos preestablecidos, conservar la estructura del documento.
- ✓ Marque con una X en el recuadro que corresponde.
- ✓ Llenar este formato de forma digital, con tipo de letra calibri, tamaño de fuente 09, manteniendo la alineación del texto que observa en el modelo, sin errores gramaticales (recuerde las mayúsculas también se tildan si corresponde).
- ✓ La información que escriba en este formato debe coincidir con la información registrada en los demás archivos y/o formatos que presente, tales como: DNI, Acta de Sustentación, Trabajo de Investigación (PDF) y Declaración Jurada.
- ✓ Cada uno de los datos requeridos en este formato, es de carácter obligatorio según corresponda.

VALIDACIÓN DE EXPERTOS

N°	EXPERTO	PUNTAJE
1	Dra. María Luisa Juy Mori	0.90
2	Dr. Roberto Santiago Cabello	0.78
3	Dr. Edwin R. Depaz López	0.93
4	Dra. Rosa Catalina Guzmán Díaz	0.95
5	Dra. Neyda Loarte Ureta	0.90
	COEFICIENTE DE VALIDEZ DE CONTENIDO	0.89

COEFICIENTE DE VALIDEZ = 0.89 → El instrumento es aplicable

VALIDEZ y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Maria Luisa Juy Mary

Institución donde labora: Hospital El Esfuerzo Histórico

Instrumento motivo de evaluación: Validación por expertos

Autor del instrumento: Neke Hilda Ferrer, Ana Sofía y Mirella Cecilia, Juan Luis Alfaro

Aspecto de validación: _____

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.																					X
2. OBJETIVIDAD	Este expresado en conductas observables.																					X
3. ACTUALIZACIÓN	Esta actualizado al avance de la ciencia y la tecnología.																					X
4. ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica.																				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.																					X
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional.																					X
7. CONSISTENCIA	Esta basado en aspectos técnicos científicos.																					X
8. COHERENCIA	Entre las variables, indicadores y los ítems.																					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.																					X
10. PERTINENCIA	El inventario es aplicable.																					X

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Opinión de Aplicabilidad:

Aplicable

Promedio de Valoración: 93%

Fecha: 17/05/22

Firma del Experto: _____


 CMP 62524 - RNE 037444
 MÉDICO INTERNISTA

VALIDEZ y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Roberto Santoso Cabello
 Institución donde labora: Hospital Regional Heróles Valdivia
 Instrumento motivo de evaluación: Validación por expertos
 Autor del instrumento: Alicia Novoa + Adriana Sofia Abukhalifa
 Aspecto de validación: _____

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.																				X	
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductos observables.																				X	
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.																				X	
4. ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica.																				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.																				X	
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional.																				X	
7. CONSISTENCIA	Esta basado en aspectos técnicos científicos.																				X	
8. COHERENCIA	Entre las variables, indicadores y los ítems.																				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.																				X	
10. PERTINENCIA	El inventario es aplicable.																				X	

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Opinión de Aplicabilidad: Aplicable

Promedio de Valoración: 95% 

Fecha: 23/05/20
 Firma del Experto: _____

VALIDEZ y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Edwin Depaz Lopez

Institución donde labora: Hospital Regional Hernando Valdez

Instrumento motivo de evaluación: Validación por expertos

Autor del instrumento: Monse Goclay, Juan Luis Arce y Abukadka Fonseca, Adriana Sahu

Aspecto de validación: _____

CRITERIOS		DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje sencillo.																			X	
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.																			X	
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.																			X	
4. ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica.																			X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.																			X	
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional																			X	
7. CONSISTENCIA	Esta basado en aspectos teóricos científicos.																			X	
8. COHERENCIA	Entre las variables, indicadores y los ítems.																			X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.																			X	
10. PERTINENCIA	El inventario es aplicable.																			X	

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN


Opinión de Aplicabilidad:

Aplicable

Promedio de Valoración: 95%

Fecha: 12/05/22

Firma del Experto: _____


DR. EDWIN R. DEPAZ LOPEZ
 MÉDICO INTERNISTA
 C.M.P. 41821 R.N.E. 34344

VALIDEZ y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Rosa Guzman Díaz
 Institución donde labora: Hospital Especial Huánuco
 Instrumento motivo de evaluación: Validación por expertos
 Autor del instrumento: Arturo Nuñez y Adriana Atahodta
 Aspecto de validación: _____


CRITERIOS		DEFICIENTE			BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.																			X
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en términos observables.																			X
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.																			X
4. ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica.																			X
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.																			X
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional.																			X
7. CONSISTENCIA	Esta basado en aspectos teóricos científicos.																		X	
8. COHERENCIA	Entre las variables, indicadores y los ítems.																			X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.																			X
10. PERTINENCIA	El inventario es aplicable.																			X

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Opinión de Aplicabilidad: Total

Promedio de Valoración: 99%

Fecha: 20/05/22

Firma del Experto: _____

 Dra. ROSA GUZMÁN DÍAZ
 MÉDICO INTERNISTA
 CMP. 26937 - RNE. 13157

VALIDEZ y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: NEYDA LOARTE URETA

Institución donde labora: HOSPITAL REGIONAL HERMANO VALDIVIA

Instrumento motivo de evaluación: VALIDACIÓN POR EXPERTOS

Autor del instrumento: NUÑEZ GUILLEN, ARTURO y ABUADA DE LA FERNANDEZ, ARIANA

Aspecto de validación: _____

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.																				X
2. OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables.																				X
3. ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.																				X
4. ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica.																				X
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.																		X		
6. INTENCIONALIDAD	Es adecuado para valorar la inteligencia emocional																				X
7. CONSISTENCIA	Esta basado en aspectos teóricos científicos.																				X
8. COHERENCIA	Entre las variables, indicadores y los ítems.																				X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación																				X
10. PERTINENCIA	El inventario es aplicable.																				X

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Opinión de Aplicabilidad:

APLICABLE

Promedio de Valoración: 92%

Fecha: 16/05/22

Firma del Experto: _____

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
 Dirección Regional de Salud
 Hospital Regional "Hermano Valdivia Medrano"
 Med. Neysa Loarte Ureta
 Especialista Infectólogo
 CMT: 038554 - RNE: 033155