

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y AUTOMEDICACIÓN,
EN EL MANEJO DEL DOLOR EN POBLADORES DE LOS CASERÍOS
RURALES DEL DISTRITO DE ILABAYA, TACNA 2024”**

TESIS

PRESENTADA POR:

ANTHONY DANIEL VARGAS BELON

ASESOR:

MSc. GERSON ROBERTO GÓMEZ ZAPANA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

TACNA – PERÚ

2024

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi padre y madre, por acompañarme y brindarme su apoyo durante estos años de manera incondicional y motivarme a seguir creciendo en esta noble profesión.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por delante de todo, debido a que sin su bendición y compañía esto no hubiera sido posible, a mi familia por motivarme y durante este tiempo, a mi mascota, por acompañarme en cada jornada de estudio y darme la paz que necesitaba, a los amigos que hice a lo largo de estos años de estudio, sin su ayuda y buen humor esto no hubiera sido posible. Así también agradecer a mi asesor, docentes de mi universidad, y asistentes del Hospital Regional de Moquegua que conocí durante mi formación, por cada corrección y la confianza brindada en beneficio de mi desarrollo profesional.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Anthony Daniel Vargas Belón, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI: 74059455, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y AUTOMEDICACIÓN, EN EL MANEJO DEL DOLOR EN AGRICULTORES DE LOS CASERÍOS RURALES DEL DISTRITO DE IBALAYA, TACNA 2024”

Asesorada por: MSc Gerson Roberto Gómez Zapana, la cual presente para optar el: Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



DNI: 74059455

Fecha: 26/12/2024

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características epidemiológicas y automedicación presentes en el manejo del dolor en agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024

Material y método: Estudio observacional de corte transversal, descriptivo, prospectivo en el campo de la salud pública

Resultados: El grupo etario más frecuente 24,6% tenía entre 30 a 39 años seguido de un 21.7% de 60 años a más. El 50.4% eran mujeres. El 37,3% con secundaria completa, Hubo un 2,2% sin instrucción. El 57,2% tuvo de 1 a 2 episodios de dolor en los últimos 6 meses. En los últimos 30 días, el 20,9% tuvo una escala de dolor de 4.

Conclusión: El 63,2% en alguna oportunidad se ha automedicado. El 51,2% lo hizo de una a 2 veces. El 11,84% se automedicó con paracetamol seguido de un 11,59% de diclofenaco. Se encontró asociación entre automedicación y sexo (Rho Sperman 0,123, p:0.048).

Palabras clave: *agricultor, automedicación, características epidemiológicas, dolor, manejo del dolor, población rural, tratamiento del dolor.*

ABSTRACT

Objective: To identify the epidemiological characteristics and self-medication present in pain management among farmers in rural hamlets of the district of Ilabaya, Tacna, 2024.

Method: cross-sectional, descriptive, prospective, observational, cross-sectional study in the field of public health. in the field of public health

Results: The most frequent age group 24.6% were between 30 and 39 years old, followed by 21.7% aged 60 years and older. The 50.4% were women. The 37.3% had completed high school and 2.2% had no education. The 57.2% had 1 to 2 episodes of pain in the last 6 months. In the last 30 days, 20.9% had 30 days, 20.9% had a pain scale of 4.

Conclusion: 63.2% had self-medicated at some time. 51.2% did it from one to two times. 11.84% self-medicated with paracetamol, followed by 11.59% with diclofenac. followed by 11.59% with diclofenac. An association was found between self-medication and sex (Rho Sperman 0.123, p:0.048).

Key words: *farmer, self-medication, epidemiological characteristics, pain, pain management, rural population, pain treatment.*

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
ÍNDICE	7
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I.....	12
1 EL PROBLEMA	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.2.1 PREGUNTA GENERAL	14
1.2.2 PREGUNTAS SECUNDARIAS.	14
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	15
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4 JUSTIFICACIÓN	15
1.5 TÉRMINOS BÁSICOS	17
CAPÍTULO II	21
2 REVISIÓN DE LA LITERATURA	21
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION.....	21
2.1.1 INTERNACIONALES.....	21
2.1.2 NACIONALES	30
2.1.3 LOCALES	33

2.2	MARCO TEÓRICO	33
2.2.1	El dolor	33
2.2.1.1	Tipos y clases de dolor	34
2.2.1.2	Características del dolor	35
2.2.1.3	Fisiología del dolor.....	36
2.2.2	Bases del tratamiento del dolor	37
2.2.2.1	Evaluación del paciente con dolor.....	37
2.2.2.2	Tratamiento farmacológico	40
2.2.2.3	De las condiciones sociales	41
2.2.2.4	La asistencia	42
2.2.2.5	Prevención	44
2.2.3	Automedicación en poblaciones rurales.....	44
2.2.3.1	Riesgos de la automedicación	45
CAPÍTULO III.....		47
3	HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	47
Por ser un estudio observacional no se considerará hipótesis específica.....		47
3.1	VARIABLES	47
3.1.1	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	47
CAPÍTULO IV.....		51
4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	51
4.1	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	51
4.2	ÁMBITO DE ESTUDIO	51
4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	53
4.3.1	Población.....	53

4.3.2	Muestra	53
4.3.2.1	Criterios de inclusión.....	54
4.3.2.2	Criterios de exclusión.....	54
4.4	TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	54
4.4.1	TÉCNICA.....	54
4.4.2	INSTRUMENTOS (ver anexos)	54
CAPÍTULO V		57
5	PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS	57
5.1	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS.....	57
5.2	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	58
5.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS	58
RESULTADOS.....		60
DISCUSIÓN		79
CONCLUSIONES		83
RECOMENDACIONES		84
BIBLIOGRAFÍA		86
<i>ANEXOS</i>		95

INTRODUCCIÓN

El dolor podría ser provocado por diferentes condicionantes de salud. Sin embargo, se pueden identificar algunos factores que pueden contribuir al dolor en personas que residen en zonas rurales:

Pero existen condicionantes que pueden agravar la condición de salud, como por ejemplo las condiciones de vida, muy propias por ejemplo la de los adultos mayores, encima proceder de una zona rural, esto puede tener un efecto en su salud, lo que puede incluir dolor(1); acceso limitado a atención médica; los residentes rurales son más propensos al dolor crónico (2); es importante tener en cuenta que estas son solo unas cuantas probables causales de dolor en personas que residen en zonas rurales, y que cada caso puede ser diferente.

Cómo manejan el dolor los pobladores que residen en zonas rurales podría ser un gran desafío debido a la inaccesibilidad a servicios de atención sanitaria y a los recursos limitados.

Es importante tener en consideración que quienes tienen su residencia en zonas denominadas geográficamente como rural podrían presentar dificultades para acceder al tratamiento del dolor persistente. Además, los residentes rurales son más propensos al dolor crónico y la adicción a los opioides (3,4). Por lo tanto, radica ahí la relevancia del tema de investigación de modo que los resultados puedan servir a tomar mejores decisiones que permitan la garantía de una adecuada prestación de salud, que es un derecho fundamental de la persona,

independientemente de su ubicación geográfica, tener acceso a la atención médica y los recursos necesarios para manejar el dolor.

Ahora bien, la tendencia a la automedicación se reconoce cada vez más como un problema de salud pública, en particular en las comunidades rurales donde los servicios médicos pueden ser escasos. La automedicación se refiere al uso de medicamentos sin la guía de un profesional de la salud, que abarca la obtención y el consumo independientes de fármacos. Esta conducta se ha vuelto frecuente en respuesta a síntomas como el dolor, que es una experiencia sensorial y emocional incómoda vinculada a un daño tisular real o potencial, y también puede entenderse como una experiencia subjetiva que difiere de una persona a otra.

El problema en cuestión es que, si bien la automedicación puede proporcionar un alivio rápido del dolor, también plantea peligros considerables. Los riesgos potenciales incluyen diagnósticos erróneos, efectos secundarios negativos por el mal uso de los medicamentos y la aparición de resistencia a los medicamentos, en particular a los antibióticos. En las zonas rurales, donde el acceso a la atención médica está restringido, las personas pueden recurrir a la automedicación con mayor frecuencia, lo que genera inquietudes sobre la seguridad y la eficacia de este enfoque.

Este estudio es importante porque tiene como objetivo mejorar nuestra comprensión de las razones de la automedicación en las zonas rurales y sus efectos sobre la salud pública. Al explorar los factores que llevan a las personas de estas comunidades a automedicarse para aliviar el dolor, podemos crear estrategias y políticas educativas que fomenten un uso más seguro y eficaz de los medicamentos. Este enfoque no solo ayudará a mejorar la salud personal, sino que también puede influir positivamente en la salud de la comunidad al minimizar las complicaciones vinculadas a prácticas de automedicación inadecuadas.

CAPÍTULO I

1 EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de acceso a la atención médica puede tener un impacto significativo en el manejo del dolor en personas que residen en zonas rurales. Algunos de los efectos de la falta de acceso a la atención médica, las personas que viven en zonas rurales pueden tener más dificultades para acceder a servicios de atención médica y recursos limitados, lo que puede dificultar el manejo del dolor persistente(5); la falta de acceso a la atención médica puede llevar a un mayor número de pacientes con problemas de salud y complicaciones, lo que puede incluir dolor.

El dolor en personas de zonas rurales es un problema que puede afectar su calidad de vida y bienestar, en las comunidades rurales tienden a tener menos acceso a la atención médica, ya que las clínicas y los hospitales pueden estar muy lejos, pero además en los puestos de salud rurales sus sistemas de atención médica ofrecen menos recursos para el manejo del dolor.

Las personas que viven en zonas rurales pueden tener dificultades para acceder a servicios de salud debido a la distancia, la falta de transporte o la falta de recursos económicos. Esto puede dificultar el tratamiento del dolor y el manejo de enfermedades crónicas. En las zonas rurales, las personas mayores suelen dedicarse a la producción agrícola. Entonces la misma actividad agrícola y el

envejecimiento de la población puede aumentar la prevalencia de enfermedades crónicas y dolor crónico.

En los entornos rurales, la mayoría de personas hacen parte de una dinámica de desigualdad económica y social muy predominante en el país; esto puede limitar el acceso a recursos y servicios que contribuyen al manejo del dolor, como medicamentos y terapias (5).

Dicho de otro modo, el dolor en personas de zonas rurales puede ser un problema complejo que se relaciona con factores como el acceso a servicios de salud, el envejecimiento de la población, las desigualdades económicas y sociales, y la falta de integración de servicios. Es importante considerar estos elementos al plantear estrategias para abordar este problema; es importante tener en cuenta que la falta de acceso a la atención médica es solo uno de los muchos factores que pueden contribuir al dolor en personas que residen en zonas rurales (6).

Concomitantemente, no hay estudios específicos de la efectividad de los tratamientos en dolor crónico en adultos o ancianos. Los fármacos son la opción terapéutica más utilizada, aunque no deberían ser el pilar fundamental del tratamiento multidisciplinario del dolor. La evidencia ha cambiado en los últimos años, y queda un escenario desolador. El paracetamol poco efectivo en el dolor de cadera y rodilla(6); los antiinflamatorios de segunda línea o coadyuvantes (mejoran el dolor lumbar pero la magnitud sin diferencia entre grupo intervención y grupo placebo); el riesgo uso de los analgésicos opioides; los gabapentinoides con análisis incierto. (7) hacen que sea necesario seguir investigando las características del dolor en diferentes poblaciones.

Por estas consideraciones es que se quiere conocer en qué condición se encuentra la población de las zonas rurales de la Región de Tacna, si bien en cada distrito existe un establecimiento de salud, a veces la cobertura de estas implica una zona geográfica grande, se sabe bien que en zonas rurales las viviendas se encuentran alejadas unas de otras. De ahí que se pensó en cómo manejan el dolor las personas que residen en los caseríos del distrito de Ilabaya, de la jurisdicción de la provincia Jorge Basadre de la región de Tacna, Perú.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PREGUNTA GENERAL

¿Qué características epidemiológicas y de automedicación, se observa en el manejo del dolor en agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024?

1.2.2 PREGUNTAS SECUNDARIAS.

- a. ¿Cuáles son las características sociodemográficas , que se encuentran presentes en los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024?
- b. ¿Cuál es la intensidad del dolor crónico o agudo presente en el agricultor de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024?
- c. ¿Cuáles son los principales medicamentos farmacológicos automedicados en los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características epidemiológicas y automedicación presentes en el manejo del dolor en agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Conocer las características epidemiológicas de los agricultores habitantes de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024
- b. Medir la intensidad del dolor crónico o agudo presente en el agricultor de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024
- c. Identificar los principales medicamentos farmacológicos automedicados y su relación con la intensidad y periodicidad de uso en los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024

1.4 JUSTIFICACIÓN

El tema de estudio sobre el manejo del dolor en personas rurales resulta un tema de mucha importancia y puede ser justificado por varias razones, entre las que podemos mencionar está el derecho a ser tratado ante una eventualidad como es el dolor, el cuál es considerado un derecho humano, y la falta de acceso a un tratamiento adecuado del dolor puede ser considerado una violación

de los derechos humanos (8); luego las personas que viven en áreas rurales pueden presentar diferentes necesidades y recursos para el manejo del dolor en comparación con las personas que viven en áreas urbanas (1).

El dolor puede sufrirlo la persona en cualquier etapa de su vida, en cualquier momento del día, niños y adultos principalmente, por considerarse un grupo vulnerable sean estas de procedencia rural o no, la investigación sobre el manejo del dolor infantil puede proporcionar información valiosa para mejorar la atención al dolor en general, incluyendo en poblaciones rurales; no solo el dolor es un problema para la población rural, pueden presentar otros síntomas, y una atención inmediata, muchas veces no es posible por lo diferentes factores, principalmente la lejanía a un centro de salud, es especialmente importante en áreas rurales donde el acceso a la atención de salud suele ser a veces limitado (9)

En las personas que residen en zonas alejadas del casco urbano suelen presentarse algunas barreras que limitan el manejo del dolor y para acceder a un profesional de la salud, lo que puede limitar su capacidad para recibir tratamiento para el dolor (10); en las zonas rurales los pobladores pueden tener menos recursos económicos que las personas que viven en áreas urbanas, lo que puede limitar su capacidad para pagar por tratamientos para el dolor (1); también tendrían menos acceso a información sobre el manejo del dolor y los tratamientos disponibles, lo que puede limitar su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su atención médica (10); acceder a medicamentos para el dolor debido a la falta de farmacias o la falta de disponibilidad de ciertos medicamentos en las farmacias locales (10) también resulta ser otro problema (9); muchas veces en las áreas rurales no se cuenta con personal médico, lo que puede limitar la capacidad de los pacientes para recibir un tratamiento adecuado (10)

Por todas estas consideraciones es importante, realizar este trabajo de investigación, los resultados podrían contribuir significativamente, para el funcionamiento de un adecuado sistema de salud, evitar pérdida de vidas humanas, y generar estrategias adecuadas en caso de poblaciones rurales.

1.5 TÉRMINOS BÁSICOS

1) Caserío

Un caserío es un conjunto de casas que forman un núcleo poblacional pequeño, formado por pocas casas, son pequeñas agrupaciones de viviendas rurales. En Perú, un caserío es una categoría de centro poblado con una población entre 151 y 1000 habitantes.

2) Manejo del dolor

Se refiere a la utilización de medicamentos y terapias para tratar el dolor con el objetivo de reducir el dolor, mejorar la función y mejorar la calidad de vida. El manejo del dolor también incluye información acerca de cómo manejar el dolor en casa y seguir todas las instrucciones para lograr manejar el dolor con eficacia.(11,12)

3) Dolor

El dolor es una experiencia sensitiva desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial, señal del sistema nervioso de que algo no anda bien. Se manifiesta como una sensación

desagradable, ya sea de tipo punzante, opresivo, retortijón, urente, lancinante, fulgurante, gravativo, pulsativo, sordo, errático, terebrante o desgarrante. Puede ser intermitente o ser constante. De aparición aguda o crónica. O puede sentir dolor local o generalizado. (13)

4) Zona rural

Una zona rural es un área geográfica que se encuentra fuera de las ciudades y pueblos, se caracteriza por tener una baja densidad de población y asentamientos pequeños; la principal actividad económica en las zonas rurales suele ser la agricultura y la ganadería.

5) Agricultor

Un agricultor es aquella persona la cual se dedica a cultivar y hacer producir la tierra mediante una explotación agrícola, para la aprovechamiento y extracción de los recursos que produce como, frutas, verduras, hortalizas, tubérculos, etc. Para su posterior aprovechamiento en otro tipo de industrias o consumo directo a la población. (54)

6) Características epidemiológicas

Describe la distribución de la salud y la enfermedad en las poblaciones humanas. Analiza los determinantes, las causas y con esto dar posibles soluciones a determinados problemas. Estudia los patrones, las causas y el control de las enfermedades en los grupos de personas. Aplica el estudio de determinantes y distribución de los estados o fenómenos relacionados con la salud en poblaciones específicas al control de los problemas sanitarios. (55)

7) Fármaco

Un fármaco se define como cualquier sustancia (diferente de un alimento o de un dispositivo) que se utiliza para el diagnóstico, curación, tratamiento o la prevención de una enfermedad, o para tratar afecciones que repercutan en el funcionamiento o estructura del organismo.(56)

8) Prescripción médica

La prescripción médica es un acto científico, ético y legal. Mediante esta acción el profesional médico bajo sus conocimientos utilizará un producto biológico, químico o natural que modificará las funciones bioquímicas y biológicas del organismo de un individuo con la finalidad de alcanzar un resultado terapéutico y por lo tanto la recuperación del mismo. (57)

9) Analgésico

Los analgésicos son un grupo de medicinas que se encargan de reducir y aliviar los tipos de dolor que puedan existir. Existen muchos tipos diferentes de analgésicos y los cuales cada uno tiene sus ventajas y desventaja. De acuerdo al tipo de dolor que se presente responderán mejor a determinadas medicinas que a otras. Adicionalmente, cada individuo puede tener una respuesta ligeramente distinta a un analgésico o tener un efecto adverso. (57)

10) Automedicación

La automedicación es aquella acción en la cual los pacientes consiguen y utilizan medicamentos sin participación del médico ni en la prescripción ni en la supervisión del tratamiento. Por lo tanto, representa una parte de los autocuidados y debe ser tomada en cuenta tanto por su frecuencia como por sus repercusiones, ya que estas podrían

ser positivas o negativas. La automedicación se basa en la propia decisión del individuo, pero a su vez dicha iniciativa está influenciada por diversos factores relacionados principalmente con el propio paciente, ya sea con el proceso, con el entorno social, con los farmacéuticos y con los profesionales. (59)

CAPÍTULO II

2 REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

Se han realizado algunos estudios sobre el dolor en personas de zonas rurales, aunque no se encuentra mucha información disponible acerca de este tema. A continuación, se presentan algunos de los estudios encontrados:

2.1.1 INTERNACIONALES

Fassa et al (14) estudia el “*Dolor cervical entre agricultores que producen tabaco en el sur de Brasil*” durante el año 2020, donde pretende evaluar la frecuencia del dolor de cuello y sus factores asociados en cultivadores de tabaco. La investigación fue realizada transversalmente, involucrando a 2.469 cultivadores de tabaco de la región sur de Brasil. El cuestionario nórdico, modificado para síntomas musculoesqueléticos, se utilizó para identificar el dolor de cuello. Los resultados mostraron que el 7,4% de la población estudiada sufrió dolor en cuello en el último año. En las agricultoras, los factores que se correlacionaron con el dolor de cuello estuvieron las variables consumo de tabaco, la edad, el empaclado de tabaco, el tener antecedente de utilizar motosierra pesada, el trabajo duro o rápido y la enfermedad del tabaco verde. En los agricultores hombres, coinciden en algunas variables como la edad, el uso de la motosierra pesada, sentarse al suelo, la enfermedad del tabaco verde y la intoxicación por pesticidas y fueron factores que se asociaron a la presencia de dolor de cuello. Cabe resaltar que la labor de fumigación es más realizada por el

varón que por las mujeres. El estudio destaca la importancia de la ergonomía y la carga de trabajo de tipo fisiológica para la determinación del dolor de cuello. Se necesita mayores investigaciones que permitan la comprensión de los factores de exposición a los pesticidas y a la nicotina en los problemas musculoesqueléticos. Así los investigadores recomiendan mecanizar el trabajo de recolección del tabaco de modo que se pueda disminuir los riesgos ergonómicos y la exposición a pesticidas químicos, buscando estrategias que permitan un mejor estado de salud del personal agricultor que labora en la tabacalera.

Barreto de Miranda et al (15) *“Pain characteristics and its influence in the labor activities in northeastern Brazilian farmers”* el trabajo agrícola se considera una actividad peligrosa con estrés físico y mental durante el año 2019. El dolor es una de las discapacidades más comunes entre los trabajadores agrícolas. Así se propusieron determinar la incidencia, intensidad, características del dolor y su impacto en las actividades laborales de los agricultores. Métodos: Estudio transversal, las evaluaciones del dolor consisten en: 1) presencia / intensidad; 2) característica de la experiencia dolorosa; 3) episodio de dolor en los últimos 30 días y 4) interferencia del dolor en el trabajo. Se utilizaron escalas de dolor validadas y específicas, y se aplicó estadística descriptiva. Resultados: Se reclutaron 157 agricultores rurales, 128 agricultores, de 40,4 (11,4) años, participaron en el estudio, el 25% de los agricultores refirieron dolor en el momento de la evaluación con una media de 5,5 (0,47) de intensidad. La característica predominante del dolor fue el tipo evaluativo (34%), seguido del afectivo (30%), 83 (65%) de los agricultores refirieron dolor en las últimas cuatro semanas, y el 60% de estos agricultores refirieron

interferencia del dolor en la actividad laboral. Conclusiones: El dolor, según los agricultores de este estudio, es la principal causa de absentismo y bajo rendimiento en el trabajo. Para evaluar con precisión la intensidad del dolor relacionado con el trabajo, puede ser necesario aplicar instrumentos durante un periodo de tiempo continuo, preferiblemente durante la jornada laboral.

Vargas-Acevedo et al (1) En un estudio realizado en Colombia, *“Pain in dependent elderly people: home visit program culturally adapted to a rural population”* Mediante un estudio cuasi-experimental realizado el 2019, evaluaron el impacto que produciría un programa de visita domiciliaria en la severidad del dolor experimentado por 34 adultos mayores, residentes en áreas rurales y enfrentan pobreza y discapacidad. El programa de visitas domiciliarias implicó siete visitas, cada una con una duración media aproximada de dos horas, distribuidas en un período entre los 13 a 15 días. Los resultados mostraron que lo más frecuente fue un manejo del dolor a partir del uso de una combinación de hierbas medicinales, remedios caseros y medicamentos. Los niveles de dolor se evaluaron mediante una escala de dolor verbal y un diario de campo. En la prueba previa, todos los participantes informaron haber experimentado algún tipo de dolor, pero la prueba posterior mostró una reducción significativa en los niveles de dolor. Los cambios observados en la condición de los participantes se atribuyeron, en gran medida a la puesta en marcha del programa, y a las creencias y valores que mostró el grupo de estudio. Ese programa puso en evidencia de cómo el conocimiento popular y profesional puede integrarse a través del diálogo, dando como resultado un enfoque de tratamiento seguro y culturalmente relevante. Los resultados mostraron una disminución significativa

en la intensidad del dolor después de la implementación del programa.

Muñoz-Muñoz et al (2) “*Vida en ruralidad y su efecto sobre la salud de las personas mayores en el sur de Chile*”. En un estudio realizado en Chile el 2018, se analizaron en primer lugar la condición de vida del adulto mayor, residente en área rural, y los efectos de esas condiciones en la salud del mismo. Aunque el estudio no se enfoca específicamente en el dolor, puede ser relevante para entender los factores que pueden contribuir al dolor en personas de zonas rurales. El objetivo de este estudio fue examinar el impacto de las condiciones de vida en la salud y funcionalidad de personas mayores de 60 años en tres regiones rurales del sur de Chile. Se utilizó un enfoque de investigación cualitativa, implementando un diseño interpretativo crítico. Durante el segundo semestre de 2018, se entrevistó a un total de 22 personas de entre 60 y 80 años, residentes en las zonas rurales de Forrahue, Pucatrihue y Neltume. Los resultados del estudio permiten conocer el estado de salud general de la población entrevistados, destacando la influencia positiva de la actividad física cuando se combina con una dieta saludable, los efectos adversos del dolor crónico y la importancia de la interacción social para promover el bienestar a pesar de las difíciles condiciones de vida y el aislamiento geográfico de los recursos urbanos. Las iniciativas de salud dirigidas a personas mayores de 60 años deben tener en cuenta los aspectos territoriales de sus prácticas de bienestar.

Mensah et al(16) en su estudio “*Self-medication practice in Akuse, a rural setting in Ghana*” refiere que por lo general las personas que residen en zonas rurales cuentan con bajos recursos económicos, las cosas como los víveres suelen escasear, y por supuesto también los medicamentos, de ahí que existen factores que se asocian a otras prácticas que influyen como salidas para calmar el dolor de momento. Ese estudio evaluó la automedicación entre los habitantes de Akuse, un entorno rural de la región oriental de Ghana. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo transversal en Akuse del 4 de enero de 2016 al 27 de febrero de 2016. Mediante un cuestionario, se realizaron entrevistas para evaluar la automedicación: clase de fármacos tomados, fuentes de fármacos, conocimiento de los posibles efectos adversos, entre otros. De los 363 participantes inscritos, fueron 361 los que completaron los cuestionarios administrados; y de ese grupo un 58,4% son de sexo femenino. La mayor proporción del grupo de estudio oscilaba entre los 30 a 45 años de edad. El 40,2% tenían como actividad principal la agricultura y donde solo el 44,6% había alcanzado la instrucción primaria como nivel educativo más alto. Entre las principales causales de automedicación estaba en primer lugar la influencia familiar y las amistades (32,7%). Y los fármacos automedicados de uso más frecuente para calmar el dolor estuvieron los antibióticos (32,1%) y los analgésicos (21,0%), y estos se obtenían sobre todo de vendedores de productos químicos con licencia (32,5%). Algo más de un tercio (39,9%) de los encuestados afirmaron que su estado no había cambiado tras automedicarse. Gran parte (81,7%) de los encuestados afirmaban no tener conocimiento sobre reacciones adversas que producirían los fármacos y principalmente sin tener conocimiento del daño con la automedicación. Sin embargo, los encuestados con un nivel educativo alto eran los que

más conocimientos tenían sobre las reacciones adversas de los fármacos.(16)

Toro- Rubio et al (60) en su trabajo *“Automedicación y creencias en torno a su práctica en Cartagena, Colombia”*. En un estudio descriptivo realizado el 2017, se tomó una encuesta alrededor de 428 personas. El objetivo fue: describir las creencias en la práctica de automedicación entre habitantes con las edades de 20 a 59 años, de la localidad de, de la ciudad de Cartagena. Algunas de las practicas , creencias y actitudes erróneas para que la población en el manejo de medicamentos era por ejemplo: 1) Si un médico no receta antibióticos es malo, 2) Toda consulta medica debe terminar con una receta, 3) Aquel doctor que receta la mayor cantidad de medicamentos es mejor , 4) los medicamentos mas caros , son mejores 4)Los inyectables son mejores ,5)Una receta medica sirve para toda la vida, 6) Los multivitamínicos mejora mi salud, 7)Los medicamentos de marca son mucho mejor que los genéricos , 8) Los antibióticos matan glóbulos rojos. Un 89,7% refirió a ver adquirido y consumido medicamentos sin alguna receta médica. Entre las razones se encontraron: 1) Falta de tiempo para acudir a una consulta en un centro de salud (28,3%), 2) Demora en la atención médica (22,7%), 3) Dificulta en acceso al centro de salud desde su residencia (21,3%). La influencia para llevar la automedicación viene de: 1) Familia (49,3%), 2) Amigos (22,9%), Farmacéuticas (16,6%). Los medicamentos para el tratamiento del dolor fueron los más utilizados (95,1%).

Rusu et al (61) En su estudio *“Self-Medication in Rural Northeastern Romania: Patients’ Attitudes and Habits”*. Realizó

una encuesta con la finalidad de medir la tendencia de automedicación en pacientes de la parte rural del noroeste de Rumanía (Pueblo de Gorban) y así fomentar el autocuidado. Algunas de las causas por las cuales suelen recurrir a la automedicación eran para situaciones como: Dolores de cabeza, fiebre, tos, dolores menstruales, enfermedades oculares y cutáneas, enfermedades de transmisión sexual e infecciones del tracto respiratorio. De los 58 entrevistados. 21 varones (36,2%) y 37 mujeres (63,8%). El grado de educación mayoritaria era de secundaria completa (32,8%). De los cuales los medicamentos más utilizados eran: Medicamentos para la fiebre en niños (91,4%), Antibióticos (87,9%), Gotas para los ojos (86,2%), Paracetamol (84,5%). Una posible explicación de los altos niveles de dispensación de paracetamol podría estar relacionada con la pandemia de COVID-19, debido a que eran de adquisición libre durante este periodo.

Riedemann et al (62) estudia la “*Automedicación en individuos de la Región de la Araucanía con problemas musculoesqueléticos*” Se realizó un estudio epidemiológico de corte transversal con el fin de determinar la prevalencia de síntomas musculoesqueléticos con antecedentes de enfermedades reumatológicas de la población de Temuco. Lograron entrevistar a 440 personas mayores de 15 años, de los cuales el (99,3%) señalaron tener algún síntoma musculoesquelético: 34, 6% en la última semana, 65,4 en el mes pasado. Del total de las personas que refirieron presentar síntomas un 64,7% reconoció haberse automedicado, el promedio de la edad que se automedicaban era de 41 años, por lo que hubo una tendencia a la automedicación a medida que los individuos aumentan en su edad. En cuanto al tipo de fármacos usado en

primer lugar, los más frecuentes fueron la Dipirona (30,6%) y el Piroxicam (20,7%).

Rangari et al (63) En un estudio realizado en la India “*Prevalence of self-medication in rural area of Andhra Pradesh*”. Trabajó en un estudio transversal, para lo cual selecciono 166 hogares mediante un muestreo aleatorio simple, mediante un cuestionario semiestructurado, con el objetivo de averiguar la prevalencia, razones, fuentes y medicamentos mas utilizados para la automedicación. En el cual el (58,4%) estaban entre 18-30 años, la mayoría eran mujeres (85,5%), de los cuales el (68,1%) confiesa automedicarse. Refiere que la principal fuente de automedicación es directamente de la farmacia (72,6%). Entre los medicamentos más utilizados resalta el uso de analgésicos comúnmente (85%). El principal síntoma que llevó a la automedicación fue por dolor de cabeza (78,8%) seguido de fiebre (66,4%) y la razón principal fue que no necesitaban un consejo médico para enfermedades comunes (52,2%). Lo alarmante en este estudio es que la mayoría de los participantes (69,9%) cree que la automedicación es segura de usar, en comparación a otros estudios. Lo que el autor resalta es que los sujetos no eran conscientes del hecho que estos medicamentos pueden ser objeto de abuso y traer consigo efectos adversos. Además, que el 86,1% no conoce de la resistencia a ciertos medicamentos (Antibióticos) y el 98,8% no reconoce que medicamentos se deben evitar durante el embarazo, adicionalmente el 85,5% no conocían sobre los medicamentos genéricos.

Jimenez Franco et al (64) en su estudio “*Self-medication in civil servants in Agriculture Provincial Delegation in Cienfuegos*” el

cual realizó un estudio observacional, descriptivo , retrospectivo de corte transversal con dirigentes, el cual estaba compuesto por universo de 23 personas. Esto con el objetivo de poder caracterizar la automedicación, en lo que pudo destacar que el grupo etario de 40-59 (54,80%) era el grupo que más se automedicaba, y el síntoma por el cual referían hacerlo era en su mayoría por dolor (82,6%), por consiguiente, del grupo de medicamentos más consumido eran los antiinflamatorios no esteroideos (73,3%). Cabe resaltar que el (73,3%) recibía tratamiento médico, de los cuales, eran padecían de Hipertensión arterial, por lo tanto, también consumían Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina.

Jangra et al (65) en un estudio realizado en la India “*Self-Medication with Modern and Complementary Alternative Medicines in Patients with Chronic Pain*” de tipo descriptivo y transversal durante el periodo entre agosto del 2021 y Enero de 2022, evaluó una muestra representativa de pacientes que presentaban dolor crónico, los cuales visitaban los consultorios externos, este estudio tuvo como objetivo evaluar la prevalencia, patrón y los determinantes de las practica de automedicación con terapias de medicina moderna , complementaria y alternativa en pacientes que presenten dolor crónico. Se realizó una encuesta en un total de 325 personas. De los cuales el (73%) admitió practicar la automedicación, el mayor porcentaje (43,88%) se encontraba en los rangos de edad entre 40 y 60 años, en predominio del sexo femenino (55,6%) y de residencia urbana (69,7%). En cuanto al nivel de educación el (35,4%) tenía un grado de licenciatura o posgrado. Cabe resaltar que más de un tercio pensaba que la automedicación para el dolor era una práctica inofensiva y un (21%) creía que podrían aconsejar o indicar a otras personas a automedicarse basándose en sus propias experiencias.

Barros et al (66) En su trabajo realizado “*The use of analgesics and risk of self-medication in an urban population sample: cross-sectional study*” de tipo observacional transversal en , el cual tuvo como objetivo definir el patrón de analgésicos entre pacientes con dolor crónico y su potencial asociación con la automedicación con analgésicos. Para lo cual, entrevistó a 416 personas, de las cuales el 45,7% padecía de dolor crónico, reconociendo la práctica de automedicación un (78,4%) siendo más frecuente en el sexo femenino (72,3%) el más afectado. Se evidencio que el tratamiento más habitual fue el uso de antiinflamatorios no esteroideos como la dipirona y paracetamol (48,4). Los motivos por el cual se automedicaron se evidencio que el (18,4%) esta relacionado con la actividad laboral, seguido del dolor o trauma posoperatorio (15,3%) y el dolor musculoesquelético (11,1%).

2.1.2 NACIONALES

Llanos Zavalaga et al (17) en su trabajo realizado el 2021 “*Automedicación en cinco provincias de Cajamarca*” El objetivo de esta investigación fue identificar los rasgos definatorios de la automedicación en el distrito rural de Cajamarca. Para ello, se realizó un estudio transversal analítico, consistente en una encuesta que se administró a 384 jefes de hogar, quienes fueron elegidos mediante un proceso de selección sistemática y proporcional al tamaño, utilizando un método de muestreo probabilístico y polietápico. El estudio encontró que el 36,19% de los hogares practicaban la automedicación, con el 66,18% comprando medicamentos en farmacias privadas. No hubo diferencias

observables en cuanto a sexo, ocupación, nivel educativo o afiliación familiar al seguro. Sin embargo, se encontró una correlación entre un ingreso mayor a 300 nuevos soles y la automedicación. El motivo más citado por los que practicaban la automedicación fue que sabían qué medicación necesitaban, lo que representa el 41,72% de las respuestas. La automedicación es un problema frecuente en las zonas rurales de Cajamarca, siendo las farmacias privadas la principal fuente de medicación. La única asociación encontrada fue entre automedicación y hogares con ingresos mayores a 300 nuevos soles.

Chiyong et al (18) en el trabajo realizado el 2020 “*Describir los factores socio-económicos y de acceso asociados a la automedicación para odontalgia en pobladores atendidos en centros de salud públicos: estatal (MINSA) y paraestatal (ESSALUD) en la ciudad de Concepción-Perú*” La realización de un estudio descriptivo transversal implicó entrevistar a un total de 230 participantes, con 115 pacientes de cada institución. Se empleó chi cuadrado para contrastar las variables a un 5% de significatividad. La mayoría de los pacientes (63,91%), de los dos centros admiten automedicarse en tanto que el 36,09% no se automedica. Las variables que se encontraron asociadas a la automedicación fue el nivel educativo, participando en la automedicación un mayor porcentaje de los que tenían un grado superior (36,7%). El estudio también encontró que el 49,7% de pacientes que tenían un ingreso mensual de cuatro salarios mínimos se automedicaban, y que la distancia geográfica hacia los establecimientos de salud representaba 10 a 30 minutos (47,6%), y que visitaban el centro de salud paraestatal (56,5%). Los factores que se encontraron asociados con la automedicación para el dolor

de muelas incluyen el nivel de educación, los ingresos mensuales y la accesibilidad.

Gutiérrez Trujillo et al (19) en su trabajo “*Relación entre la automedicación y el nivel sociocultural de pobladores de la comunidad de Huapra – Áncash 2021*” para lograr sus objetivos evaluaron a un total de 156 pobladores de Huapra en Áncash. El presente estudio es un estudio básico, observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, a través de encuesta tipo cuestionario, en su estructura tiene 27 preguntas cerradas, según la prueba estadística α de Cronbach, la confiabilidad es de 0.837. Se encuentra que el 63,5% de los residentes tienen un nivel alto de automedicación, el 50% de los residentes tienen un nivel social y cultural medio, el 78,2% de los residentes se encontraban en un nivel social catalogado como medio, en tanto que el nivel cultural del 36,5% de los residentes también fue catalogado como de nivel medio, nivel de correlación alto, nivel de significancia bilateral $p < 0.05$, aceptan supuestos generales, y concluyen que existe una relación significativa entre las variables independientes. Medicamentos y niveles socioculturales de los habitantes de la comunidad de Huapra-Ancash.

Ramos Mendoza et al (67) en su tesis “*Factores sociodemográficos de la automedicación en los pobladores de Cochabamba Chico Huancayo 2022*” Determino los factores sociodemográficos relacionados a la automedicación en individuos de Cochabamba Chico El Tambo Huancayo 2022, para lo cual realizó una encuesta a 324 pobladores, de los cuales el (69,4%) refiere haberse automedicado, de los cuales el sexo femenino resulta ser en

su mayoría (64%). El principal motivo de su automedicación es para tratamiento de gripe (44%) y analgésico (24%). El motivo fue debido a la falta de dinero para acudir al médico (32%) dado que el ingreso familiar resulta menor a 1000 soles (63,89%), por lo que la recomendación de automedicación fue por farmacéuticos (64%).

2.1.3 LOCALES

A nivel local no se han encontrado estudios que aborden el tema del dolor en pobladores en zonas rurales, aunque no hay una gran cantidad de estudios específicos sobre el dolor en personas de zonas rurales, se han realizado algunos estudios que sugieren la importancia de abordar este problema de manera específica y considerando las barreras de acceso a los servicios de salud en las zonas rurales.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 El dolor

El dolor es una sensación desagradable que indica un daño real o posible en el cuerpo (21). Es una señal del sistema nervioso de que algo no anda bien y puede manifestarse como un pinchazo, hormigueo, picadura, ardor o molestia (22). El dolor puede ser agudo o crónico, y puede sentirse en un área específica del cuerpo o en todo el cuerpo (23).

Es importante buscar atención médica cuando se experimenta dolor, ya que puede ser un indicio de un problema subyacente que requiere tratamiento (24). La tolerancia al dolor varía en cada persona y puede influir el estado de ánimo, la personalidad y las circunstancias individuales (21).

Las investigaciones realizadas en las últimas décadas han concluido que el dolor crónico es una experiencia multidimensional y compleja de un individuo en un contexto y tiempo determinado, lo que lleva a una "teoría multidimensional" que enfatiza que un modelo biopsicosocial es más preciso para describir la condición de dolor crónico porque afirma que Los factores físicos, psicológicos y ambientales interactúan y son determinantes. Lo definen como una experiencia compleja influenciada por su patología subyacente, así como por la propia cognición, emoción y comportamiento de un individuo, y que trasciende el ámbito de la biología (25).

2.2.1.1 Tipos y clases de dolor

Existen varios tipos de dolor, entre los cuales se encuentran:

Dolor agudo: aparece repentinamente debido a una enfermedad, lesión o inflamación, y generalmente desaparece. Puede ser leve o intenso(23).

Dolor crónico: dura mucho tiempo y puede causar problemas graves. Puede ser constante o intermitente, y puede sentirse en un área específica del cuerpo o en todo el cuerpo (26,27).

Dolor nociceptivo: es el tipo de dolor más frecuente y se divide en somático y visceral. El dolor somático se siente en

la piel, músculos, huesos y articulaciones, mientras que el dolor visceral se siente en los órganos internos (27).

Dolor neuropático: es causado por un problema en el sistema nervioso y puede ser muy complejo. Puede sentirse como un dolor punzante, ardoroso o eléctrico, y puede ser constante o intermitente (23,28).

Dolor inflamatorio: es una respuesta protectora del cuerpo cuando una parte específica sufre algún tipo de daño. Puede sentirse como un dolor punzante o ardoroso, y puede ser constante o intermitente (23,28).

Es importante buscar atención médica cuando se experimenta dolor, ya que puede ser un indicio de un problema subyacente que requiere tratamiento (29). La identificación del tipo de dolor es fundamental para determinar la causa y desarrollar una estrategia de tratamiento adecuada.

2.2.1.2 Características del dolor

La clasificación del dolor puede hacerse en función de diversos criterios, como su duración, localización y tipo (30).

Algunas características del dolor incluyen:

Intensidad variable: El dolor puede variar en intensidad, desde leve hasta insoportable (21).

Duración: El dolor agudo aparece repentinamente debido a una enfermedad, lesión o inflamación, y generalmente desaparece. El dolor crónico, por otro lado, dura mucho tiempo y puede causar problemas graves (23).

Causas: El dolor puede ser causado por lesiones, infecciones, enfermedades como la artritis o el cáncer, o en algunos casos, no tener una causa clara (23).

Evaluación y tratamiento: Para evaluar el dolor, los médicos preguntan acerca de los antecedentes y características del dolor, así como su efecto en la funcionalidad de la persona. Esto ayuda a identificar la causa y desarrollar una estrategia de tratamiento (21).

2.2.1.3 Fisiología del dolor

El dolor es una experiencia desagradable y multifacética, que consta de componentes sensoriales y emocionales. Esta experiencia a menudo se relaciona con daño real o posible a los tejidos corporales, o se describe como tal daño (31). Las causas del dolor involucran la activación de los nociceptores periféricos debido a la liberación de neurotransmisores y la disminución del umbral de respuesta de las terminaciones nerviosas (32). La fisiología del dolor es compleja y se puede clasificar en dolor somático o neuropático (33). Las características esenciales del dolor son las vías de nocicepción que transmiten el dolor y la modulación de la señal de dolor por parte del sistema nervioso central, que puede exacerbar o inhibir el estímulo, dando como resultado la percepción consciente del dolor (33). Además, el dolor es un fenómeno inherentemente subjetivo que puede o no estar relacionado con una lesión o patología orgánica; la intensidad del dolor no está necesariamente relacionada con la gravedad del daño subyacente que lo desencadena. (34).

2.2.2 Bases del tratamiento del dolor

2.2.2.1 Evaluación del paciente con dolor

La evaluación del paciente con dolor es fundamental para determinar la causa, gravedad y naturaleza del dolor, así como su impacto en las actividades diarias, el estado de ánimo, la cognición y el sueño (35). Al evaluar a un paciente con dolor, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

Intensidad del dolor: Se debe evaluar la intensidad del dolor antes y después de cualquier intervención potencialmente dolorosa. Los informes personales del paciente son el patrón de referencia, y los signos externos de dolor o malestar (como el llanto o los gestos) son secundarios (35).

Causa del dolor: Es importante determinar la causa subyacente del dolor. Esto puede requerir una evaluación adicional, como pruebas de laboratorio o estudios de imagen (35).

Escala de dolor: Se pueden utilizar escalas de dolor para evaluar la intensidad y el impacto funcional del dolor. Algunas escalas comunes incluyen la Escala Numérica de Dolor (NRS), la Escala de Análisis Visual (VAS), la Escala de Clasificación Verbal (VRS) y la Escala de Dolor de Caras-Revisada (FPS-R) (36).

Exploración clínica: Se debe realizar una exploración clínica para identificar posibles signos físicos relacionados con el dolor, como inflamación, sensibilidad o limitación de movimiento (37).

Evaluación psicológica: Es importante evaluar el impacto psicológico del dolor en el paciente. Esto puede incluir evaluar el estado de ánimo, la ansiedad, el estrés y la calidad de vida (37).

Antecedentes y tratamiento actual: Obtener información detallada sobre los antecedentes médicos del paciente, incluyendo cualquier tratamiento actual para el dolor, puede ayudar a guiar la evaluación y el plan de tratamiento (37).

Comunicación con el paciente: Es esencial establecer una buena comunicación con el paciente para comprender mejor su experiencia de dolor. Esto puede incluir permitir que el paciente describa su dolor en sus propias palabras y utilizar técnicas de escucha activa (37)

Es importante tener en cuenta que la evaluación del dolor puede ser más desafiante en pacientes con trastornos que afectan la cognición, el lenguaje o la comunicación. En estos casos, se pueden observar señales no verbales, como muecas faciales o gestos, para inferir la presencia de dolor (35), la evaluación del paciente con dolor involucra la consideración de múltiples aspectos, incluyendo la intensidad del dolor, la causa subyacente, el impacto funcional y psicológico, y la comunicación efectiva con el paciente. Esto ayuda a determinar el tratamiento más adecuado para aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida del paciente.(38)

Existen varias escalas que se utilizan para medir la intensidad del dolor, entre ellas se encuentran:

Escala Numérica Verbal (ENV): Esta escala consiste en que el paciente califique su dolor en una escala del 0 al 10,

donde 0 es la ausencia de dolor y 10 es el dolor más intenso imaginable (36).

Escala Analógica Visual (EVA): Esta escala consiste en una línea horizontal de 10 cm de longitud, donde el paciente marca el punto que representa la intensidad de su dolor. La distancia desde el extremo izquierdo de la línea hasta el punto marcado se mide en milímetros y se utiliza como medida de la intensidad del dolor

Escala de Clasificación Verbal (VRS): Esta escala utiliza palabras para describir la intensidad del dolor, como "ningún dolor", "dolor leve", "dolor moderado" y "dolor intenso" (36).. Escala de Dolor de Caras-Revisada (FPS-R):

Esta escala utiliza caras para representar diferentes niveles de dolor, desde una cara sonriente sin dolor hasta una cara llorando de dolor intenso (39).. Escala de Expresiones Faciales (EFF): Esta escala se utiliza en pacientes que no pueden comunicarse verbalmente, como niños pequeños o pacientes con demencia. La escala utiliza fotografías de expresiones faciales para representar diferentes niveles de dolor (39).

Escala FLACC: Esta escala también se utiliza en pacientes que no pueden comunicarse verbalmente, y evalúa cinco categorías: expresión facial, actividad, tono muscular, respuesta a la estimulación y llanto (39)..

Es importante tener en cuenta que cada escala tiene sus propias ventajas y desventajas, y que la elección de una escala dependerá de la situación clínica y las necesidades del paciente (36).

2.2.2.2 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico del dolor puede variar dependiendo del tipo y la intensidad del dolor. Algunos de los medicamentos utilizados para tratar el dolor incluyen:

Analgésicos no esteroideos (AINE): Medicamentos como la aspirina, el ibuprofeno y el naproxeno se utilizan para tratar el dolor leve a moderado (40)

Analgésicos opioides: Estos medicamentos son más potentes y se utilizan para tratar el dolor moderado a severo. Algunos ejemplos de opioides son la morfina, la oxycodona y el tapentadol (25,40)

Antidepresivos y anticonvulsivos: Estos medicamentos se utilizan para tratar el dolor neuropático, que es causado por daño o disfunción en los nervios. Algunos ejemplos son la amitriptilina y la gabapentina (40)

Fármacos coadyuvantes: Estos medicamentos no tienen como objetivo principal la analgesia, pero pueden aumentar o modificar la acción de otros medicamentos para el dolor. Algunos ejemplos son la amitriptilina y la carbamazepina (41)

Es importante tener en cuenta que el tratamiento farmacológico del dolor debe ser individualizado y supervisado por un médico. Además, existen otros tratamientos no farmacológicos que también pueden ayudar a aliviar el dolor, como la aplicación de compresas frías o calientes y los bloqueos nerviosos (40).

El tratamiento farmacológico del dolor puede incluir analgésicos no esteroideos, opioides, antidepresivos,

anticonvulsivos y fármacos coadyuvantes. La elección del medicamento dependerá del tipo y la intensidad del dolor, así como de las características individuales del paciente. Es importante consultar a un médico para recibir un tratamiento adecuado y seguro.

2.2.2.3 De las condiciones sociales

Una zona rural es un área geográfica que se encuentra fuera de las ciudades y pueblos. Se caracteriza por tener una baja densidad de población y asentamientos pequeños (42). La principal actividad económica en las zonas rurales suele ser la agricultura y la ganadería (43)

. Algunas características de las zonas rurales son:

Predominio del paisaje natural: Las zonas rurales suelen tener extensas áreas de paisaje natural con presencia de árboles, plantaciones y vegetación abundante.

Menor densidad poblacional: En comparación con las zonas urbanas, las zonas rurales tienen menos habitantes y están más dispersos debido a la extensión del territorio (42)

Actividades agrícolas y ganaderas: La agricultura y la ganadería son las principales actividades económicas en las zonas rurales. Se cultivan cultivos y se cría ganado, y los productos obtenidos se envían a las ciudades para su procesamiento y consumo.

Menor infraestructura: A diferencia de las zonas urbanas, las zonas rurales suelen tener menos construcciones y obras de infraestructura. Las edificaciones son menos frecuentes y el

terreno se destina principalmente a la producción agrícola y ganadera (43)

Es importante tener en cuenta que las características de las zonas rurales pueden variar dependiendo del país y la región. Los criterios para diferenciarlas de las zonas urbanas también pueden ser diferentes en cada lugar

2.2.2.4 La asistencia

Los profesionales de la salud juegan un papel fundamental en el manejo del dolor en personas rurales. Algunas de las formas en que desempeñan este papel incluyen:

Diagnóstico y evaluación: Los profesionales de la salud son responsables de diagnosticar y evaluar el dolor en las personas rurales. Esto implica realizar una evaluación exhaustiva de la intensidad, la ubicación y la duración del dolor, así como de los factores que pueden estar contribuyendo al mismo (36).

Tratamiento farmacológico: Los profesionales de la salud pueden prescribir medicamentos para el alivio del dolor en personas rurales. Esto puede incluir analgésicos de venta libre o medicamentos recetados más fuertes, dependiendo de la gravedad del dolor y las necesidades individuales del paciente(44)

Terapias no farmacológicas: Además de los medicamentos, los profesionales de la salud pueden recomendar terapias no farmacológicas para el manejo del dolor en personas rurales. Estas terapias pueden incluir fisioterapia, terapia

ocupacional, acupuntura, técnicas de relajación y ejercicios de respiración

Educación y asesoramiento: Los profesionales de la salud desempeñan un papel importante en la educación y el asesoramiento de las personas rurales sobre el manejo del dolor. Esto puede incluir proporcionar información sobre técnicas de autocuidado, estrategias de afrontamiento y cambios en el estilo de vida que pueden ayudar a reducir el dolor(4)

Derivación a especialistas: En algunos casos, los profesionales de la salud pueden derivar a las personas rurales a especialistas en el manejo del dolor, como médicos especializados en medicina del dolor o equipos de cuidados paliativos. Esto asegura que los pacientes reciban una atención especializada cuando sea necesario (4)

Es importante destacar que los profesionales de la salud en áreas rurales pueden enfrentar desafíos adicionales, como la falta de recursos humanos y la limitada disponibilidad de servicios médicos (4,45)

Sin embargo, a través de la formación, la colaboración y el uso de tecnologías como la telemedicina, los profesionales de la salud pueden desempeñar un papel crucial en el manejo del dolor en personas rurales y mejorar su calidad de vida.

2.2.2.5 Prevención

A continuación, se presentan algunas claves y recursos para el manejo del dolor en personas que residen en zonas rurales:

Programas de capacitación: Gen Rural ofrece a los médicos de atención primaria de zonas rurales con interés en el área del manejo del dolor un programa de capacitación. (45)

Guías de manejo del dolor: La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor ha publicado una guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos. (3)

Visitas domiciliarias: Un estudio en Colombia propuso un programa de visita domiciliaria adaptado culturalmente a población rural para el manejo del dolor en personas ancianas con dependencia. (1)

Identificación de necesidades de salud: Si vive en un área rural y está buscando mejorar su salud, identifique sus necesidades de salud y obstáculos. Busque recursos disponibles en su comunidad para ayudar, como organizaciones religiosas locales, agencias de servicios sociales y bibliotecas. (4)

2.2.3 Automedicación en poblaciones rurales

La automedicación en la población rural es un problema que se presenta en magnitudes similares tanto en zonas urbanas como rurales. Varios estudios han abordado este tema y han encontrado que la automedicación es una práctica común en

la población rural (50). Algunos hallazgos relevantes incluyen:

En un estudio realizado en la provincia de Trujillo, se encontró que la automedicación era frecuente tanto en zonas urbanas como en zonas urbanas marginales. (50)

Otro estudio realizado en cinco provincias de Cajamarca encontró que la automedicación era un problema en ambas zonas, tanto urbanas como rurales. (51)

En un estudio realizado en la población anciana de un medio rural, se observó una prevalencia de automedicación del 14,5%, siendo más frecuente en personas de menor edad.

En un estudio realizado en el estado de Morelos, se encontró que la automedicación fue el tipo de tratamiento no médico más utilizado en el medio rural mexicano. (52)

En un estudio realizado en cinco distritos de la provincia de Huancayo, se encontró una alta prevalencia de automedicación en familias de zonas rurales. (53)

Estos estudios demuestran que la automedicación es un fenómeno común en la población rural. Es importante abordar este problema y promover la educación sobre los riesgos y beneficios de la automedicación, así como fomentar el acceso a servicios de atención médica adecuados en estas áreas. (50)

2.2.3.1 Riesgos de la automedicación

La automedicación en poblaciones rurales puede tener varios riesgos, entre ellos:

Uso inadecuado de medicamentos: La automedicación puede llevar a un uso inadecuado de medicamentos, ya sea por una dosis incorrecta, una duración inapropiada del tratamiento o la elección de un medicamento inadecuado para el problema de salud en cuestión. Esto puede llevar a complicaciones de salud y agravar el problema original. (47)

Falta de diagnóstico adecuado: La automedicación puede llevar a una falta de diagnóstico adecuado, ya que la persona puede estar tratando los síntomas en lugar de la causa subyacente del problema de salud. Esto puede llevar a un retraso en el tratamiento adecuado y a complicaciones de salud.

Interacciones medicamentosas: La automedicación puede llevar a la combinación de medicamentos que pueden interactuar entre sí y causar efectos secundarios graves. Esto es especialmente peligroso en personas que ya están tomando medicamentos recetados.

Resistencia a los antibióticos: La automedicación con antibióticos puede llevar al desarrollo de resistencia a los antibióticos, lo que puede hacer que las infecciones sean más difíciles de tratar en el futuro. (47)

Es importante abordar la automedicación en poblaciones rurales y promover la educación sobre los riesgos de la automedicación, así como fomentar el acceso a servicios de atención médica adecuados en estas áreas.

CAPÍTULO III

3 HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional descriptivo no se considera hipótesis.

3.2 VARIABLES

3.2.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Indicadores	Categoría	Escala
Procedencia	Caseríos de la cuenca hidrográfica del Río Ilabaya del distrito de Ilabaya	<ul style="list-style-type: none">- Pachana- Chapicuca- El Cayro- Cacapunco- Solabaya- El Cocal- El Vergel- La Haciendita- Margarata- Shejalla- Toco- Chululuni- El Colpar- El Alto	Nominal
Edad	Tiempo cronológico vivido	<ul style="list-style-type: none">- 18 a 79 años- > a 79 años	Ordinal
Sexo	género	<ul style="list-style-type: none">- Masculino	Nominal

		– Femenino	
Nivel de instrucción	Ultimo grado alcanzado	– Sin instrucción – Primaria – Secundaria – Superior	Nominal
Tiempo de residencia	Tiempo de residencia en la zona de estudio	– 1 año – 2 a 5 años – Mas de 5 años	Ordinal
Tipo de dolor en últimos 6 meses	Característica según tiempo de dolor	– Agudo – Crónico	
Episodios de dolor	Veces que sufrió dolor corporal en los últimos 6 meses	– 0 a más de 5 veces	Ordinal
Enfermedad concomitante	Presencia de enfermedad concomitante diagnosticada profesionalmente	– Hipertensión – Diabetes – Artritis/artrosis – Osteoporosis – Otras	Nominal
Intensidad de dolor	Intensidad percibida del dolor en escala EVA de Scott-Huskinson (46) en últimos 30 días	– Se determina en escala continua del 1al 10	Razón
Escala de expresión facial	Presencia de dolor expresada en escala facial de <i>Wong-Baker</i> (46) <i>actual</i>	– Muy contento – Siente sólo un poquito de dolor – Siente un poco más de dolor – Siente aún más dolor – Siente mucho dolor – El dolor es el peor que puede imaginarse	Nominal
Alivio del dolor	Percepción de alivio en último episodio de dolor con tratamiento empírico	– En escala de dolor EVA de 1 a 10	Razón
Riesgo de tratamiento empírico	Estima riesgo de automedicación empírica	– Es un riesgo – No es un riesgo	Nominal
Automedicación	Manejo del dolor con	– Si	Nominal

n farmacológica	tratamiento automedicado o repetido de indicación anterior	– No	
Fármaco	Tratamiento automedicado farmacológico	<ul style="list-style-type: none"> – Paracetamol – Ácido Acetilsalicílico – Metamizol – Indometazina – Aceclofenaco – Diclofenaco – Ketorolaco – Naproxeno sódico – Meloxicam – Piroxicam – Celecoxib – Tramadol – Ibuprofeno – Ergotamina o derivados – Codeína – Cafeína en compuesto – Otros 	Nominal
Cantidad de consumo en el último episodio	Número de veces al día de consumo del medicamento	<ul style="list-style-type: none"> – 1 diaria – 2 diarias – 3 diarias – Hasta que dolor se retire 	Nominal
Indicación	Principal indicación automedicada	<ul style="list-style-type: none"> – Artrosis – Lumbalgia – Cefalea – Hombro doloroso – Hernia discal – Disminorrea – Dolor muscular – Traumatismo sin fractura – Odontalgia – Cervicalgia – Fibromialgia – Artropatía psoriásica – Fractura 	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> - Insomnio - Várices miembros inferiores - otro 	
Alivio del dolor	Percepción de alivio en último episodio de dolor con tratamiento farmacológico	<ul style="list-style-type: none"> - En escala de dolor EVA de 1 a 10 	Razón
Origen de prescripción	Procedencia Inicial de prescripción	<ul style="list-style-type: none"> - Centro de salud - Hospital - Urgencia Hospitalaria - Farmacia - Familiar/amigo - Internet 	Nominal
Cosas que empeoran el dolor	Situaciones que empeoran el dolor o lo originan	<ul style="list-style-type: none"> - Caminar - El trabajo de campo - El descansar - Levantar algo - Estar de pie - Otro 	Nominal

CAPÍTULO IV

4 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio observacional de corte transversal, de nivel descriptivo, prospectivo en el campo de la salud pública.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El distrito de Ilabaya (48) es uno de los tres distritos de la Provincia Jorge Basadre, ubicado en la Región de Tacna al sur del Perú. La capital, también conocida como Ilabaya, se encuentra a 1425 metros sobre el nivel del mar. Se encuentra ubicada en el noroeste de la provincia de Jorge Basadre.

Alguna información adicional sobre el distrito de Ilabaya incluye: El distrito tiene 3 centros de población Menor (Borogueña, Mirave y Cambaia), 6 anexos (estos incluyen Chejaya, Oconchay, Chulibaya, Caoña, Toquepala, Ticapampa y Shintari) y 10 pequeños caseríos. Ilabaya se creó un 25 de junio de 1855, durante la administración del presidente Ramón Castilla, el distrito está ubicado en la parte noroeste de la provincia de Jorge Basadre, de la región de Tacna.



Figura 1. Plano de Ubicación del Distrito de Ilabaya.



Figura 2. Vista satelital de la ruta TA 515 Distrito de Ilabaya.
Según el censo de 2007 realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Información, la población del distrito de Ilabaya era 4.414. En un documento del Sistema de Información para la Gestión del Riesgo de Desastres (SIGRID), se menciona que la población

total del distrito de Ilabaya es de 4,414 habitantes según el censo de 2007 (49).

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 Población

De acuerdo al último Censo la población de Ilabaya es de 4414, sin embargo, nuestro estudio comprende solo los caseríos que pertenecen a la cuenca del Río Ilabaya, que por empadronamiento municipal aproximadamente se cuenta con 980 agricultores residentes.

4.3.2 Muestra

Se empleó un cálculo muestral aleatorio simple mediante la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

- N: Total de población: 980
- Z: 1.96
- p: proporción esperada (en este caso 5%=0.05)
- q: 1-p
- d: precisión (5%)

$$n=276$$

4.3.2.1 Criterios de inclusión

- a. Agricultor residente en cuenca del río Ilabaya mayor o igual a 1 año.
- b. Mayores de 18 años
- c. De ambos sexos

4.3.2.2 Criterios de exclusión

- a. Profesionales de agronomía o afines dedicados a labor de cultivo.
- b. Residentes con tratamiento de enfermedad terminal
- c. Agricultor que no desee participar.
- d. Agricultor transeúnte sin residencia específica

4.4 TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 TÉCNICA

Entrevista personalizada a profundidad mediante cuestionario validado estructurado.

4.4.2 INSTRUMENTOS (ver anexos)

a. Cuestionario:

Se utilizó un cuestionario estructurado consignado en anexos con información epidemiológica y de conductas de automedicación. Para la medición de la escala de dolor se

utilizará la escala EVA escala de dolor anterior (últimos 30 días) de Scott-Huskinson(46) y de los últimos 6 meses. Dicha escala es con valores continuos de 1 al 10.



Para la medición de dolor al momento de la entrevista se utilizará la Escala de dolor actual de *Wong-Baker*(46) y *asimismo la escala de intensidad EVA de Scott-Huskinson*(46)



Para la evaluación de automedicación se utilizará un cuestionario validado por consistencia interna mediante prueba piloto junto al coeficiente de Alpha de Cronbach y validación por juicio de expertos con una muestra de 15 personas de un anexo del distrito de Locumba. Por lo que se ha seleccionado al centro poblado de Cinto para dicho estudio.(47) Una vez realizado ,se agruparon las variables

por afinidad, luego se calculó por Spss la fiabilidad bajo el modelo paralelo, una vez obtenida la fiabilidad por grupos estos se calculan con la fórmula de confiabilidad del sistema, tras el cual el instrumento muestra la confiabilidad de 0,74, el cual se encuentra en un nivel aceptable.(68)

CAPÍTULO V

5 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

Se identificarán los caseríos descritos previo enlistado de empadronamiento de los agricultores registrados residentes. Se realizará visita domiciliaria en cada caserío con el apoyo de personal de entrevista profesional capacitado en el trabajo de investigación y objetivos. Previa toma de la encuesta se explicaron los ítems respectivos (Escala de dolor actual de *Wong-Baker* y *asimismo la escala de intensidad EVA* de Scott-Huskinson en los cuales se observaron cierta) (46) con un tiempo de 5 a 7 minutos aproximadamente para su comprensión adecuada, pudiendo intervenir el encuestado cuando presente alguna duda con la finalidad de evitar datos erróneos. En el cual se explicó en que consiste la escala de intensidad EVA , por lo que se instruyó al poblador indicando los valores del 1 al 10, siendo el valor de 0 la ausencia de dolor y 10 el peor dolor imaginable, en el cual pueda elegir el valor más aproximado referente a su dolor dentro de este rango, explicando en un lenguaje simple y fácil de comprender , incluso empleando analogías o ejemplos (empleo de una regla escalonada del 1 al 10 , situaciones y posibles causas de dolor que puedan hacer comprender la intensidad de dolor referido en cada situación) debido a que el dolor es algo subjetivo en cada persona. Respecto al uso de la escala de Wong-Baker, debido a ser una escala gráfica acompañado de una frase corta de acuerdo a cada intensidad ,

su explicación era de fácil comprensión y aceptación en la población encuestada, dado que se instruía indicando de acuerdo al gráfico y frase que más se asemeje la intensidad de su dolor.

El instrumento será validado por asesoría y trabajos publicados anteriormente consignados en bibliografía.

Los datos serán recopilados en formato digital con el uso de Tablet as con base en Excel.

5.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los resultados se presentarán en tablas simples y de contingencia con valores absolutos y relativos, considerándose la presencia de cálculo de totales aproximándose a 2do. decimal. Se calcularán mediciones de tendencia central (media) para los valores continuos de escalas de dolor (Varianza y desviación estándar) y la variable tiempo. Se contrastarán las variables cualitativas considerando chi cuadrada con un valor p significativo menor a 0.05. para la identificación de variables asociadas a dolor.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Existe el compromiso ético de confidencialidad, y uso de la información exclusivamente para los resultados de este estudio, así se garantiza la protección de los derechos y el bienestar de los participantes, así como la validez y utilidad de los resultados de la investigación.

Este estudio garantiza el valor social y científico del tema de investigación, al buscar el bienestar de las personas; se garantiza la protección de los derechos de los participantes al ser informados de manera clara y comprensible sobre los objetivos, de la investigación, que consienten participar voluntariamente.

Así esta propuesta contará con la evaluación del comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UPT.

RESULTADOS

Tabla 01

Distribución de frecuencias de agricultores del distrito de Ilabaya encuestados según procedencia de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024

Procedencia	n	%
Pachana	22	8.0%
Chapicuca	3	1.1%
El Cayro	24	8.7%
Cacapunco	5	1.8%
Solabaya	37	13.4%
El Cocal	4	1.4%
El Vergel	15	5.4%
La Haciendita	3	1.1%
Margarata	13	4.7%
Chejaya	36	13.0%
Toco	20	7.2%
Chululuni	9	3.3%
El Alto	85	30.8%
Total	276	100.0%

Se logró encuestar a un total de 276 agricultores de 980 registrados en el Municipio del Distrito de Ilabaya. Así se puede apreciar que la mayor población se encuentra en el caserío denominado el Alto con un 30.8%, seguido de Solabaya con un 13,4%, Chejaya con el 13% y el Cayro con un 8,7%.

Tabla 02**Cercanía a los Centros de Salud del Ministerio de Salud de los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024**

		n	%
Centro de Salud más cercano	Ilabaya	232	84.1%
	Mirave	43	15.6%
	Locumba	1	.4%
	Total	276	100.0%
Distancia al Centro de Salud	< 5 minutos	232	84.1%
	6 a 10 minutos	8	2.9%
	Más de 10 minutos	36	13.0%
	Total	276	100.0%

Para el 84,1% de los agricultores le resulta más cercano atenderse en el centro de Salud de Ilabaya, para un 15,6% el centro de Salud de Mirave y solo un 0,4% Le es más cercano el centro de Salud de Locumba.

Tabla 03

Distribución de frecuencia según variables sociodemográficas de los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024

		n	%
Edad	18 a 19 años	7	2.5%
	20 a 29 años	30	10.9%
	30 a 39 años	68	24.6%
	40 a 49 años	54	19.6%
	50 a 59 años	57	20.7%
	60 a más	60	21.7%
	Total	276	100.0%
Sexo	Masculino	137	49.6%
	Femenino	139	50.4%
	Total	276	100.0%
Grado de instrucción	Sin instrucción	6	2.2%
	Primaria incompleta	8	2.9%
	Primaria completa	42	15.2%
	Secundaria incompleta	10	3.6%
	Secundaria completa	103	37.3%
	Educación técnica	81	29.3%
	Educación superior	26	9.4%
	Total	276	100.0%

Según las principales variables sociodemográficas, podemos observar que el 24,6% tenía entre 30 a 39 años seguido de un 21.7% de 60 años a más y un 20.7% de 50 a 59 años. Según sexo, el 50.4% era de sexo femenino y el 49.6% de sexo masculino. Según el grado de instrucción el 37,3% tenía secundaria completa seguido de un 29,3% de educación técnica y el 15,2% de primaria completa. Se pudo observar un 2,2% sin instrucción.

Tabla 04

Distribución de frecuencia según primer lugar que tuvo de consulta por dolor de los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024

	n	%	
Uno mismo	6	2.2%	
Centro de Salud	169	61.2%	
Hospital	12	4.3%	
Primer lugar de consulta por enfermedad	Urgencia hospitalaria	2	.7%
	Farmacia	28	10.1%
	Familiar/amigo	54	19.6%
	Internet	5	1.8%
	Total	276	100.0%

En la tabla 04 podemos observar la distribución de frecuencias según el primer lugar de consulta que tuvo o recuerda para el dolor que le pudo alguna vez haber aquejado. El 61,2% refiere que fue el centro de salud de su jurisdicción seguido de la consulta a un familiar o amigo en el 19,6% y el 10,1% consultó a una farmacia.

Nota: Cabe resaltar que en el distrito de Ilabaya no se cuenta con Hospital, ni con Farmacia, por lo que los pobladores viajan hasta la Ciudad de Tacna, por esos recursos.

Tabla 05**Principales dolencias identificadas que generaron consulta de los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024**

	n	%
Cefalea/Migraña	44	26.99%
Dolor muscular	31	19.02%
Lumbalgia/Ciática/Cervicalgia	26	15.95%
Resfriado/Amigdalitis	24	14.72%
Infección estomacal	22	13.50%
Insomnio	10	6.13%
Hombro doloroso	9	5.52%
Gastritis	6	3.68%
Várices de miembros inferiores	5	3.07%
Traumatismo sin fractura	4	2.45%
Artrosis	3	1.84%
Asma	3	1.84%
Odontalgia	2	1.23%
Baja de peso	2	1.23%
SSMinusvalía	2	1.23%
Diabetes	2	1.23%
Sordera	2	1.23%
Cirrosis	2	1.23%
Próstata	1	0.61%
Dolor de muñecas (tendinitis)	1	0.61%
Diarrea	1	0.61%
Dolor de rodillas	1	0.61%
Úlceras	1	0.61%
Quemaduras	1	0.61%
Hipertensión	1	0.61%

En la tabla 5 se presenta la distribución de frecuencia de las principales dolencias identificadas o percibidas por el agricultor. Se puede identificar que el 26,99% refiere como principal dolencia de consulta la cefalea seguido de un 19,02% del dolor muscular y el 15,95% la lumbalgia o dolor a nivel de cuello.

Tabla 06: Distribución de frecuencia de dolor en los últimos 6 meses de los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024

		n	%
Episodios de dolor los últimos 6 meses	Nunca	18	6.5%
	Continuo	55	19.9%
	1 a 2 veces	158	57.2%
	3 a 5 veces	36	13.0%
	más veces	9	3.3%
	Total	276	100.0%

En la tabla 6 se puede identificar la distribución de frecuencia de la presencia de dolor en los últimos 6 meses. Observamos que el 57,2% tuvo de 1 a 2 episodios en los últimos 6 meses, seguido de un 19,9% que este dolor es continuo y un 13% que tuvo entre 3 a 5 episodios, principalmente.

Tabla 07**Presencia de enfermedad concomitante de los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024**

	n	%
	97	35.1%
Ninguna	46	16.7%
Hipertensión	34	12.3%
Diabetes	19	6.9%
Artitis/artrosis	17	6.2%
Lumbalgia	16	5.8%
Osteoporosis	9	3.3%
Gastritis	5	1.8%
Cefalea	4	1.4%
Resfríos	4	1.4%
Asma	3	1.1%
Alergia/rinitis	3	1.1%
Depresión	3	1.1%
Dolor muscular	2	.7%
Amigdalitis	2	.7%
Cirrosis	2	.7%
Epilepsia	2	.7%
Inflamación próstata	2	.7%
Cefalea	2	.7%
Varices	2	.7%
Operación de vesícula	1	.4%
Obesidad	1	.4%
Operación cerebral	1	.4%
Esquizofrenia	1	.4%
Total	276	100.0%

En la tabla 7 se puede observar la distribución de frecuencia de enfermedad concomitante en la población en estudio. Podemos observar que el 35,1% no refiere una enfermedad concomitante con el actual momento, el 16,7% refiere que es la hipertensión seguido de un 12,3% con diabetes mellitus.

Tabla 08

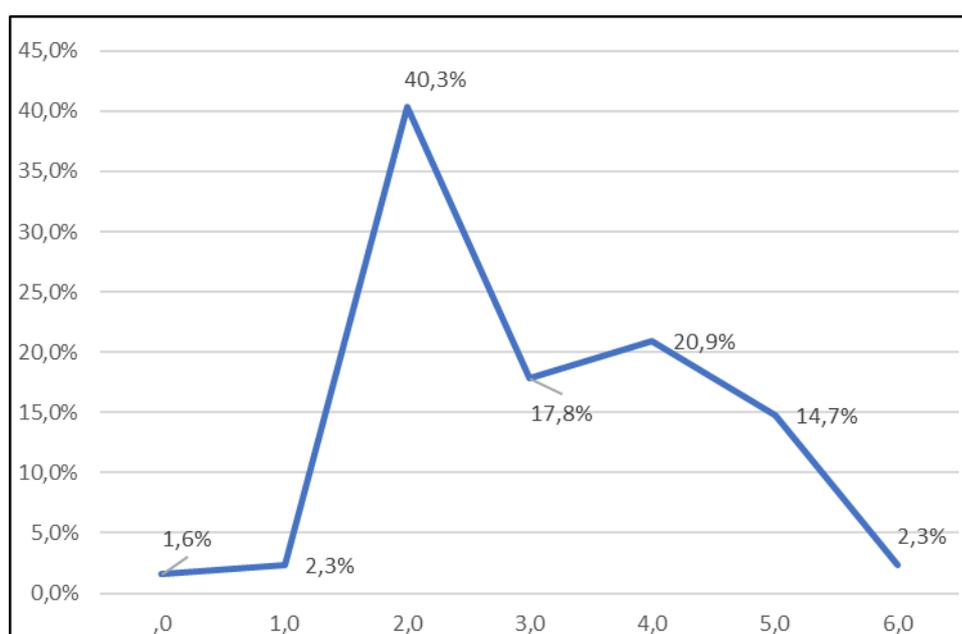
Intensidad de dolor en los últimos 30 días de los agricultores con antecedente de dolor (n=258) de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024

	n	%
Ninguno	4	1.6%
1	6	2.3%
2	104	40.3%
3	46	17.8%
4	54	20.9%
5	38	14.7%
>6	6	2.3%
Total	258	100.0%

SS

Gráfico 01

Escala de intensidad del dolor en los últimos 30 días



En la tabla 8 y gráfica 01 se presenta la distribución de frecuencia en escala continua de la percepción del dolor en los últimos 30 días. Esta valoración contempla una escala de 0 a 10. Podemos observar que el 40,3% refiere un nivel de 2 seguido de un 20,9% en la escala de cuatro. Así mismo podemos observar que un 2,3% refirió una intensidad de dolor por encima de 6.

Tabla 09

Distribución a de la percepción de causa atribuida al dolor de los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024

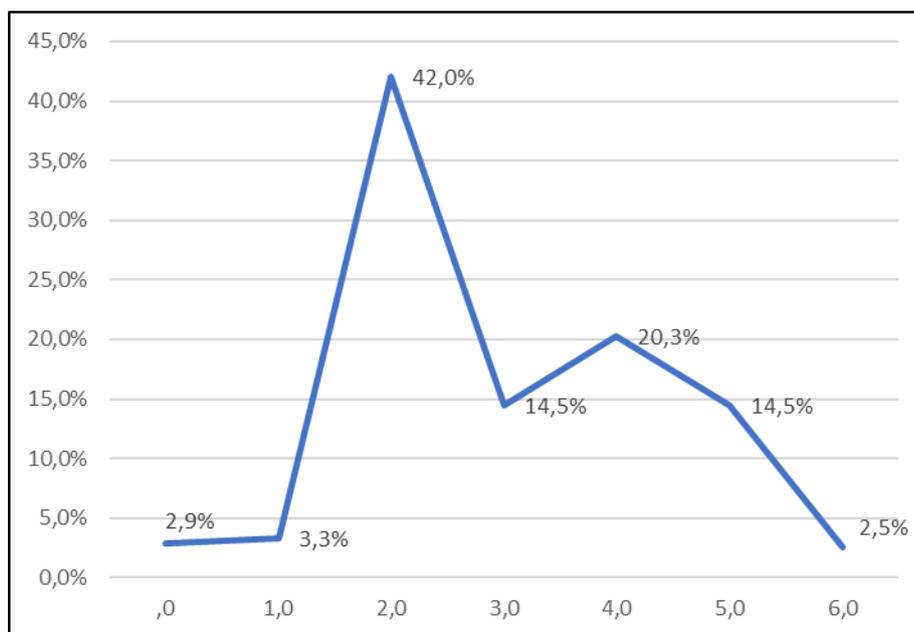
	n	%
Caminar	40	14.49
El trabajo de campo	39	14.13
Levantar algo	26	9.42
Estar de pie	15	5.43
Estrés	10	3.62
No comer a sus horas	6	2.17
El descansar	3	1.09
Consumo de harina	3	1.09
Consumo de azúcar	3	1.09
Consumo de sal	3	1.09
Consumir agua helada	3	1.09
Bañarse con agua fría	3	1.09
Subir escaleras	2	0.72
Consumir gaseosa	2	0.72
El frío	2	0.72
Alimentos frescos	2	0.72
Lugares descampados	2	0.72
Beber licor	2	0.72
Consumo de cigarro	2	0.72
Alimentos chatarra	2	0.72
Desabrigarse	2	0.72
Vida sedentaria	2	0.72
Frituras	1	0.36
Mucha luz	1	0.36
Comer alimentos grasos	1	0.36

En la tabla 9 se observa la distribución de frecuencia de la percepción de la “causa atribuida” o factor precipitante del dolor en la población de estudio. Los agricultores identifican que un 14,49% se debe al hecho de caminar seguido de un 14,13% por el trabajo de campo y el 9,42% por levantar pesos. Cabe destacar que en la presente tabla no se presentan valores totales puesto que un agricultor puede tener más de un factor atribuible.

Tabla 10: Distribución de frecuencia de dolor actual de los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024

		n	%
Intensidad del dolor actual	Ninguno	8	2.9%
	1	9	3.3%
	2	116	42.0%
	3	40	14.5%
	4	56	20.3%
	5	40	14.5%
	>6	7	2.5%
	Total	276	100.0%
Escala de expresión facial	Muy contento sin dolor	34	12.3%
	Siente solo un poquito de dolor	167	60.5%
	Siente un poco más de dolor	69	25.0%
	Siente aún más dolor	6	2.2%
	Total	276	100.0%

Gráfico 02: Intensidad de dolor actual



En la tabla 10 y gráfica 02 se observa la distribución de frecuencia de la intensidad de dolor actual percibido por los agricultores sujetos de estudio. Podemos observar que en la escala de medición percibida por la población seleccionada se puede evidenciar que el 42,0% manifestaba una intensidad de dolor actual de 2 en una escala del 0 al 10 seguido de un 20,3% en una escala de 4 y el 14,5 en una escala de 5 a más.

Tabla 11**Distribución de tratamiento empírico del dolor de los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024**

Tratamiento empírico	n	%
Comida sana/ de casa/verduras/hierro	71	25,6%
Mates (cola caballo/Coca/higo/muña/papa)/infusiones/emolientes	59	23,2%
Frotación con cebo de gallina/rana	27	9,8%
No sal	18	6,5%
Emplastos /llanten/clara de huevo/muña	16	5,8%
Ejercicios/poco de caminata	16	5,8%
Descansar	15	5,4%
Agua tibia	15	5,4%
Naproxeno	14	5,0%
Beber agua pura	13	4,7%
Frotación/masajes (dencorud/hirudoid/keterolaco)	12	4,4%
Inhalación de alcanfor	10	3,6%
Vendajes	10	3,6%
Stevia/poca azucar	10	3,6%
Paracetamol/Diclofenaco	10	3,6%
Dieta blanda/caldo blanco/gallina	10	3,6%
Picadura de abeja	9	3,3%
Solo productos naturales/chaco/sábila	9	3,3%
Metformina	8	2,9%
Faja para el dolor/corrector de columna	7	2,5%
Té limón miel/consumo de miel	7	2,5%
Antigripal panadol/Clorfenamina	7	2,5%
Abrigarse	6	2,2%
Jugos naturales/granada, manzana	6	2,2%
Comer despacio y a las horas	4	1,4%
Extractos	4	1,4%
Gargaras de culantro/tara/acceptil rojo	4	1,4%
No estresarse	4	1,5%
Colocarse paños agua helada/hielo/plantillas en gel	4	1,5%
Duchas de agua fría	3	1,1%
Ergotamina	3	1,1%
Gingisona	3	1,1%
No exponerse al sol	3	1,1%
Panetela	3	1,1%
Ambientes ventilados	2	,7%
Baños de eucalipto	2	,7%
Captopril	2	,7%
Prednisona	2	,7%
Leche de magnesia	1	,4%
Medias para várices	1	,4%
No cargar peso	1	,4%
Orinoterapia	1	,4%
Quiropraxia	1	,4%
Relajantes	1	,4%

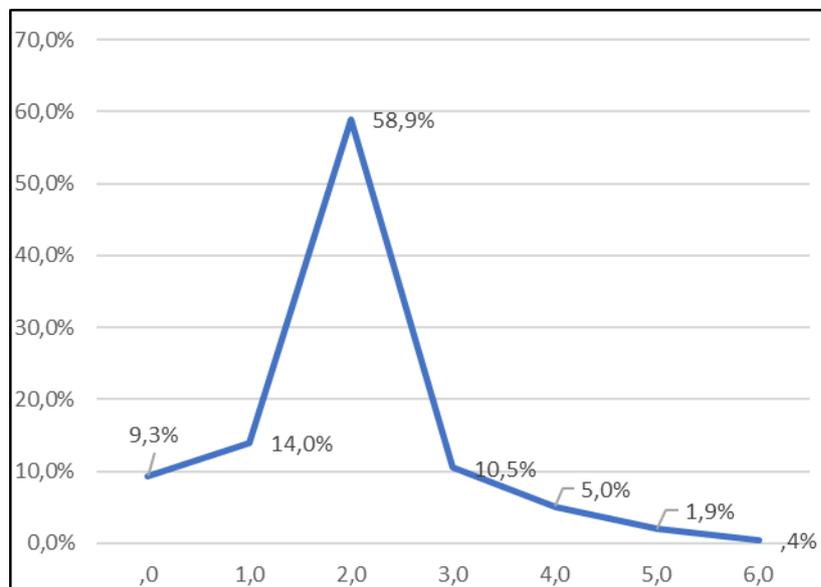
En la tabla 11 se presenta la distribución de tratamiento empírico utilizado por los agricultores para aliviar sus dolencias. Se puede observar que el 25,6% comienza a comer sano, luego el 23,2% utiliza mates diversos, seguido de un 9.8% usa frotación con cebo de gallina o rana. El 6.5% comienza a abstenerse del consumo de sal, un 5.8% prepara emplastos diversos. Existe una diversidad de otras posibilidades empíricas utilizadas que ameritan posteriormente un estudio más profundo de mitos y creencias respecto al cuidado de su salud.

Tabla 12

Distribución de frecuencia de percepción de alivio del dolor con tratamiento empírico de los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024

		n	%
Alivio del dolor de tratamiento empírico	0	24	9.3%
	1	36	14.0%
	2	152	58.9%
	3	27	10.5%
	4	13	5.0%
	5	5	1.9%
	6	1	.4%
	Total	258	100.0%
Riesgo de tratamiento empírico	Desconoce	4	1.6%
	Es un riesgo	74	28.7%
	No es un riesgo	180	69.8%
	Total	258	100.0%

Gráfico 03: Alivio de dolor con tratamiento empírico



En la tabla 12 se presenta la distribución de frecuencia de percepción del alivio del dolor con el tratamiento empírico utilizado por los agricultores sujetos de la investigación. Cabe destacar que en estas tablas se tamizaron solo a aquellos agricultores que tenían en los últimos 6 meses alguna dolencia o dolor percibido (n=258). Podemos observar que el 58,9% refirió un alivio del dolor con el tratamiento empírico en una escala de 2 atribuida a una de 0 a 10, seguido de un 14,0% que atribuyó el alivio a 1 y un 10,5% con reducción en la escala del dolor a un nivel de 3. Estas probables mediciones ameritan estudios más profundos respecto a la percepción psicológica del dolor y como esta puede ser magnificada o mitigada.

Así mismo se exploró sobre el riesgo que percibe del tratamiento empírico que realiza, evidenciándose que el 69,8% afirma que no es ningún riesgo el que lo practique y que el 28,7% reconoce que sí podría ponerse de alguna forma en riesgo el bienestar de la persona. Sólo el 1,6% prefieren no conocer el nivel de riesgo.

Tabla 13**Distribución de frecuencia de automedicación para el dolor de los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024**

		n	%
Automedicación farmacológica	No	95	36.8%
	SI	163	63.2%
	Total	258	100.0%
N° de veces de automedicación farmacológica	Nunca	95	36.8%
	1 a 2 veces	132	51.2%
	3 a 5 veces	24	9.3%
	Más de cinco veces	7	2.7%
	Total	258	100.0%
Cantidad de consumo en el último episodio	1 Diario	101	62.0%
	2 diarios	48	29.4%
	3 diarios	6	3.7%
	Hasta que el dolor se retire	8	4.9%
	Total	163	100.0%

En la tabla 13 se presenta la distribución de frecuencia en la exploración de automedicación farmacológica que los agricultores pudiesen haber tenido a lo largo de su residencia en el lugar. Se puede observar que el 63,2% refiere que sí, en alguna oportunidad se había automedicado y un 36,8% de que no. Además se pudo evidenciar que el 51,2% se automedicó de una a 2 veces seguido de un 9,3% que lo hizo de 3 a 5 veces, aproximadamente. Se exploró sobre la cantidad de medicamentos consumidos en el último episodio de dolor encontrándose que el

62% lo hizo una vez al día seguido de un 29,4% de 2 veces al día y un 4,9% hasta que el dolor deje de ser percibido.

Tabla 14

Distribución de frecuencia de percepción del riesgo de la automedicación farmacológica de los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024

		n	%
Percepción de riesgo de automedicación farmacológica	Desconoce	6	3.7%
	Es un riesgo	58	35.6%
	No es un riesgo	99	60.7%
	Total	163	100.0%

En la tabla 14 se presenta la distribución de frecuencia de la percepción de riesgo al automedicarse fármacos. El 60,7% refiere que no existe ningún riesgo seguido de un 35,6% que sí corre algún tipo de riesgo en su salud.

Tabla 15

Distribución de frecuencia de los fármacos más automedicados de los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024

Fármacos más usados	N	%
Paracetamol	33	11.84%
Diclofenaco	32	11.59%
Naproxeno sódico	26	9.42%
Ketorolaco	15	5.43%
Ergotamina o derivados	9	3.26%
Piroxicam	8	2.90%
Clorfenamina	8	2.90%
Tramadol	5	1.81%
Ibuprofeno	4	1.45%
Ácido acetilsalicílico	2	0.72%
Metamizol	2	0.72%
Aceclofenaco	2	0.72%
Meloxicam	2	0.72%
Doloneurobión	2	0.72%
Omeprazol	2	0.72%
Dencorub	2	0.72%
Alergical	1	0.36%
Tapsin	1	0.36%
Dexametasona	1	0.36%

En la tabla 15 podemos apreciar la distribución de frecuencia de los fármacos más automedicados para el dolor por los agricultores sujetos de estudio. Podemos

observar que el 11,84% a consumido paracetamol seguido de un 11,59% de diclofenaco y el 9,42% naproxeno sódico, principalmente.

Tabla 16

Correlación de automedicación y alivio del dolor de los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024

		Automedicación farmacológica	Alivio del dolor
Rho de Spearman	Automedicación farmacológica	Coefficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	-.032
		N	.613
			258
Alivio del dolor		Coefficiente de correlación	-.032
		Sig. (bilateral)	1.000
		N	.613
			258

En la tabla 16 se evidencia la medición de correlación entre automedicación y alivio del dolor. Se pudo evidenciar que el dolor disminuye en función de la automedicación farmacológica pero no existe una asociación significativa ($p:0.613$) entre ambas condiciones. Podemos afirmar que sí en algún momento el dolor pudo haber disminuido por la automedicación farmacológica el componente psicológico o algo similar ameritarían un estudio más profundo de la percepción del dolor

Tabla 17

Correlación de la automedicación según edad y sexo de los agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna 2024

			Automedicación farmacológica	Edad	Sexo
Rho de Spearman	Automedicación farmacológica	Coefficiente de correlación	1.000	-.046	,123*
		Sig. (bilateral)		.466	.048
		N	258	258	258
	Edad	Coefficiente de correlación	-.046	1.000	-.067
		Sig. (bilateral)	.466		.285
		N	258	258	258
	Sexo	Coefficiente de correlación	,123*	-.067	1.000
		Sig. (bilateral)	.048	.285	
		N	258	258	258

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 17 se correlacionó la presencia de automedicación según las variables edad y sexo evidenciándose que existe una diferencia significativa según sexo respecto al uso de automedicación (Rho Spearman 0,123, p:0.048). No se evidencia una correlación entre edad y la probabilidad de automedicarse, encontrándose las mismas posibilidades a cualquier grupo de edad.

DISCUSIÓN

Fassa et al (14) estudia el “*Dolor cervical entre agricultores que producen tabaco en el sur de Brasil*” durante el año 2020 a 2.469 cultivadores de tabaco de la región sur de Brasil. Los factores que se correlacionaron con el dolor fue la edad, el empacado de tabaco, el trabajo rápido y la enfermedad del tabaco verde. El estudio destaca la importancia de la ergonomía de tipo fisiológica para la determinación del dolor. **Barreto de Miranda et al** (15) considera que el dolor es una de las discapacidades más comunes entre los trabajadores agrícolas y su impacto en las actividades laborales de los agricultores. En su estudio, el 65% de los agricultores refirieron dolor en las últimas cuatro semanas, y el 60% de estos agricultores refirieron interferencia del dolor en la actividad laboral. Para evaluar con precisión la intensidad del dolor relacionado con el trabajo, puede ser necesario aplicar instrumentos durante un periodo de tiempo continuo, preferiblemente durante la jornada laboral. **Vargas-Acevedo et al** (1) observó que lo más frecuente en el manejo del dolor en agricultores mayores es a partir del uso de una combinación de hierbas medicinales, remedios caseros y medicamentos. **Mensah et al**(16) en su estudio evaluó la automedicación entre los habitantes de un entorno rural con 363 participantes donde el 40,2% tenían como actividad principal la agricultura y donde solo el 44,6% había alcanzado la instrucción primaria como nivel educativo más alto. Entre las principales causales de automedicación estaba en primer lugar la influencia familiar y las amistades (32,7%). Y los fármacos automedicados de uso más frecuente para calmar el dolor estuvieron los antibióticos (32,1%) y los analgésicos (21,0%), y estos se obtenían sobre todo de vendedores de productos químicos con licencia (32,5%)(16) **Muñoz-Muñoz et al** (2) en Chile destaca la influencia positiva de la actividad física cuando se combina con una dieta saludable, los efectos adversos del dolor crónico y la importancia de la interacción social para promover el bienestar a pesar de las difíciles condiciones de vida y el aislamiento geográfico de los recursos urbanos. **Toro- Rubio et al** (60) en su trabajo, un 89,7% refirió a ver

adquirido y consumido medicamentos sin alguna receta médica. Entre las razones se encontraron: 1) Falta de tiempo para acudir a una consulta en un centro de salud (28,3%) y por influencia familiar (49,3%), esto debido a que presentaban dolor (95,1%). **Rusu et al** (61) de las 58 personas encuestadas el factor asociado a la automedicación se encontraba al bajo nivel educativo, solo el (32,8%) presentaba secundaria completa, y el uso de Paracetamol (84,5%) se encontraba dentro de los medicamentos más utilizados. **Riedemann et al** (62) Quien estudió la automedicación en individuos de la Araucanía encontró que las personas con antecedentes de enfermedades reumatológicas, un (99,3%) presentaba algún síntoma musculoesquelético al momento de la encuesta, por lo que el (64,7%) reconoce haberse automedicado, de los cuales el más consumido era la Dipirona (30,6%). **Rangari et al** (63) logró entrevistar 166 hogares de los cuales la mayoría de las personas que se automedicaban (58,4%) se encontraban en rangos de edad de 18-30 años, y la fuente de automedicación directamente es la farmacia (72,6%), de los cuales el medicamento usado comúnmente eran analgésicos (85%) dado que el síntoma principal era dolor de cabeza (78,8%) un porcentaje de los participantes (69,9%) cree que la automedicación es segura de usar, en comparación a otros estudios. **Jimenez Franco et al** (64) en su estudio en la Provincia de Cienfuegos, destacó que la principal causa de automedicación era el dolor (82,6%), por lo tanto, el medicamento más consumido eran los antiinflamatorios no esteroideos (73,3%). Por su parte **Jangra et al** (65) en su estudio en pacientes con dolor crónico, logró entrevistar a un total de 325 personas, los cuales el (73%) admitió practicar automedicación, en su mayoría por el sexo femenino (55,6%) y en rangos de edad entre 40 y 60 años (43,88%). Igualmente, **Barros et al** (66) en su estudio logro encontrar que el 45,7% del total de 416 personas padecían de dolor crónico, a su vez el (78,4%) reconoció automedicarse, entre los medicamentos de uso mayoritario encabezan la dipirona y paracetamol (48,4%), a su vez, referían que lo hacían debido a que el dolor muchas veces se relacionaba a la actividad laboral (18,4%) En Perú,

Llanos Zavalaga et al (17) en su trabajo identifica los rasgos definitorios de la automedicación en el distrito rural de Cajamarca en 384 jefes de hogar. El 36,19%

de los hogares practicaban la automedicación, con el 66,18% comprando medicamentos en farmacias privadas. No hubo diferencias observables en cuanto a sexo, ocupación, nivel educativo o afiliación familiar al seguro. Concluye que la automedicación es un problema frecuente en las zonas rurales, siendo las farmacias privadas la principal fuente de medicación. **Chiyong et al** (18) *en la ciudad de Concepción-Perú* realiza un estudio a un total de 230 participantes. La mayoría (63,91%), admiten automedicarse en tanto que el 36,09% no se automedica. Las variables que se encontraron asociadas a la automedicación fue el nivel educativo, los ingresos mensuales y la accesibilidad. **Gutiérrez Trujillo et al** (19) evaluaron a un total de 156 pobladores de Huapra en Áncash. Se encuentra que el 63,5% de los residentes tienen un nivel alto de automedicación, y concluyen que existe una relación significativa entre las variables niveles socioculturales, sexo y nivel de instrucción. **Ramos Mendoza et al** (67) observó que los pobladores de Cochas Chico El Tambo, Huánuco, el 69,4% refirió automedicarse, en su mayoría por el sexo femenino (64%), el tratamiento para gripe (44%) ser el más consumido, seguido por analgésico (24%). El principal motivo fue debido a la falta de dinero para acudir al médico (32%) en vista que el ingreso por familia era menor a 1000 soles (63,89%), y en la mayoría de casos por farmacéuticos (64%). A nivel local no se han encontrado estudios que aborden el tema del dolor en pobladores en zonas rurales.

En nuestro estudio se logró encuestar a un total de 276 agricultores de 980 registrados en el Municipio del Distrito de Ilabaya. El 24,6% tenía entre 30 a 39 años seguido de un 21,7% de 60 años a más y un 20,7% de 50 a 59 años. Según sexo, el 50,4% era femenino y el 49,6% de sexo masculino. Según el grado de instrucción el 37,3% tenía secundaria completa seguido de un 29,3% de educación técnica y el 15,2% de primaria completa. El 61,2% refiere que fue el centro de salud de su jurisdicción seguido de la consulta a un familiar o amigo en el 19,6% y el 10,1% consultó a una farmacia como primera consulta. El 26,99% refiere como principal dolencia de consulta la cefalea seguido de un 19,02% del dolor muscular y el 15,95% la lumbalgia o dolor a nivel de cuello. Según la presencia de dolor en los últimos 6 meses el 57,2% tuvo de 1 a 2 episodios, seguido de un

19,9% que este dolor es continuo. El 35,1% no refiere una enfermedad concomitante. Según la percepción del dolor en los últimos 30 días en una escala de 0 a 10, el 40,3% refiere un nivel de 2 seguido de un 20,9% en la escala de cuatro y un 2,3% por encima de 6. Según la “causa atribuida” o factor precipitante del dolor, un 14,49% refiere se debe al hecho de caminar seguido de un 14,13% por el trabajo de campo y el 9,42% por levantar pesos. En la tabla 10 y gráfica 02 se observa la distribución de frecuencia de la intensidad de olor actual percibido por los agricultores sujetos de estudio. Según el tratamiento empírico utilizado, se puede observar que el 11,6% utiliza mates seguido de un 8,7% comer sano y el 9,4% frotación con cebo de gallina o rana. Respecto al alivio del dolor, el 58,9% refirió un alivio con el tratamiento empírico en una escala de 2 atribuida a una de 0 a 10, seguido de un 14,0% que atribuyó el alivio a 1 y un 10,5% con reducción en la escala del dolor a un nivel de 3. El 69,8% afirma que no es ningún riesgo el que practique métodos empíricos. En la exploración de automedicación farmacológica el 63,2% refiere que sí, en alguna oportunidad se había automedicado. El 62% lo hizo una vez al día seguido de un 29,4% de 2 veces al día y un 4,9% hasta que el dolor deje de ser percibido. El 60,7% refiere que no existe ningún riesgo en automedicarse. Los fármacos más automedicados para el dolor por los agricultores sujetos de estudio fueron, en un 11,84% el paracetamol seguido de un 11,59% de diclofenaco y el 9,42% naproxeno sódico, principalmente. No existe una asociación significativa ($p:0.613$) entre disminución del dolor en función de la automedicación farmacológica. Existe si una diferencia significativa entre automedicación y sexo (Rho Sperman 0,123, $p:0.048$). No se evidencia una correlación entre edad y la probabilidad de automedicarse, encontrándose las mismas posibilidades a cualquier grupo de edad.

CONCLUSIONES

1. La mayor población se encuentra en el caserío denominado el Alto con un 30.8%, seguido de Solabaya con un 13,4%, Chejaya con el 13.0% y el Cayro con un 8,7%. El 24,6% tenía entre 30 a 39 años seguido de un 21.7% de 60 años a más. El 50.4% era de sexo femenino. El 37,3% tenía secundaria completa, un 29,3% de educación técnica y el 15,2% de primaria completa. El 2,2% sin instrucción.
2. El 57,2% tuvo de 1 a 2 episodios de dolor en los últimos 6 meses, seguido de un 19,9% que este dolor es continuo y un 13% que tuvo entre 3 a 5 episodios. En los últimos 30 días, la valoración en la escala de 0 a 10, el 40,3% estuvo en un nivel de 2, el 20,9% en la escala de 4 y un 2,3% con una intensidad por encima de 6.
3. El 63,2% en alguna oportunidad se ha automedicado y un 36,8% de que no. El 51,2% lo hizo de una a 2 veces seguido de un 9,3% que lo hizo de 3 a 5 veces. El 11,84% consumió paracetamol seguido de un 11,59% de diclofenaco y el 9,42% naproxeno sódico, principalmente. Sólo se encontró asociación entre automedicación y sexo (Rho Spearman 0,123, p:0.048).

RECOMENDACIONES

1. Los profesionales de la salud deben educar y concientizar a los pobladores sobre la práctica de automedicación, advertir sobre los efectos adversos que esto conlleva sin una supervisión médica, en los cuales se explica los peligros de sus interacciones si combinan con otro tipo de medicamentos, el tiempo de consumo y dosis, debido a que esto podría llevar a un cuadro de intoxicación que posteriormente podría llevar a un cuadro irreversible, generar algún tipo de dependencia (opioides), resistencia a antibióticos, empeorar algún cuadro como efecto secundario propio de cada medicamento, o enmascarar alguna enfermedad que posteriormente puede retrasar en el pronto diagnóstico y tratamiento adecuado. Así mismo, indicar los lugares indicados para su adquisición, en los cuales pueda tener una garantía en cuanto a la calidad y procedencia del fármaco, debido a la problemática de falsificación de productos farmacéuticos presente en nuestro país. Adicionalmente durante las consultas proporcionar un conocimiento básico de la enfermedad que se tratará, con un lenguaje simple y de fácil comprensión, evitando términos técnicos, ayudará a comprender el manejo de la misma, indicando detalladamente el porqué de la medicación en cada situación de enfermedad, y las posibles consecuencias de su uso en otra situación que no sea el motivo original de su prescripción, y dar siempre la opción de presentarse la duda o complicación de poderse contactar con un profesional de la salud capacitado.
2. Adaptar estrategias que se puedan aplicar al medio rural, como las visitas domiciliarias en caso de personas que padecen de algunas discapacidades, falta de medio de transporte o dificultad de acceso , enfocado en poder observar de manera física, si el paciente consume todos sus medicamentos, así también evaluar la existencia de algún medicamento vencido,

medicinas complementarias, no recetados, la forma de almacenamiento de los mismo ,y preguntar si suspendió algún medicamento de manera propia y el motivo por el cual lo hizo. Así mismo observar la combinación con remedios naturales, incluso se podría ver si la forma en la cual se está administrando es la correcta y si la presentación es la adecuada, con la posibilidad de poderla corregir en ese instante. Implementar estrategias digitales que puedan ofrecer al personal médico un catálogo de recursos y herramientas, para el profesional del primer nivel que maneja el dolor, como cursos online, infografías, guías, podcasts, apps móviles, webinars y materiales descargables, que le ayudarán en el manejo diario de sus pacientes, así como al paciente mediante la creación de canales digitales (app móviles, portales de consulta, videoconsultas, etc.) que permitan resolver las dudas que puedan plantearse e informase de manera clara y simple respecto a su enfermedad y tratamiento con la finalidad de evitar la automedicación

3. Realizar estudios exploratorios o prospectivos que identifiquen principales mitos y creencias asociados a automedicación en el manejo del dolor variables atribuibles más específicas como nivel socioeconómico residencia y características socioculturales.
4. Proponer un trabajo de investigación operativa que permita cambiar la conducta negativa de manejo del dolor a través de un programa coordinado con el establecimiento de salud en un trabajo prospectivo diseñado al cambio de conductas y actitudes respecto a la automedicación y manejo del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vargas-Acevedo CA, Alzate-Posada ML, López-Díaz L, Velásquez VF, Vargas-Acevedo CA, Alzate-Posada ML, et al. Dolor en personas ancianas con dependencia: programa de visita domiciliaria adaptado culturalmente a población rural. *Revista de Salud Pública* [Internet]. agosto de 2017 [citado 3 de agosto de 2023];19(4):519-26. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642017000400519&lng=en&nrm=iso&tlng=es
2. Muñoz Muñoz C, Monrroy Uarac M, Ellwanger Morales T, Ramírez Vásquez J, Lagos Morales X, Muñoz Muñoz C, et al. Vida en ruralidad y su efecto sobre la salud de las personas mayores en el sur de Chile. *Humanidades Médicas* [Internet]. agosto de 2021 [citado 3 de agosto de 2023];21(2):310-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-81202021000200310&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Kopf A, Patel NB. Guía Para el Manejo del Dolor en Condiciones de Bajos Recursos page 9 [Internet]. Asociación internacional para el estudio del dolor; 2017 [citado 3 de agosto de 2023]. 398 p. Disponible en: <https://ebooks.iasp-pain.org/4qp5co/27>
4. National Institutes of Health. Los Institutos Nacionales de Salud. 2022 [citado 3 de agosto de 2023]. La salud en las zonas rurales de los EE. UU. Conexión con la atención médica. Disponible en: <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/la-salud-en-las-zonas-rurales-de-los-ee-uu>
5. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.). Medline Plus. National Library of Medicine; 2021 [citado 3 de agosto de 2023]. Salud rural. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ruralhealthconcerns.html>
6. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 9 de junio de 2018;391(10137):2368-83.
7. García Espinosa MV, Prieto Checa I. Mitos y realidades en torno al tratamiento del dolor crónico no oncológico. ¿Son los ancianos diferentes? *Aten Primaria*. octubre de 2019;51(8):514-5.
8. Brennan F, Cousins MJ. El alivio del dolor como un derecho humano. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* [Internet]. febrero de 2005 [citado 5 de agosto de 2023];12(1):17-23. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462005000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

9. Organización Panamericana de la Salud. Planificación e implantación de servicios de cuidados paliativos: Guía para directores de programa [Internet]. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020 [citado 5 de agosto de 2023]. 97 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52784>
10. Vargas Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia [Internet] [Tesis de doctorado]. [Bellaterra]: Universitat Autònoma de Barcelona, Facultat de Medicina, programa de doctorado en Pediatria, obstetricia i ginecologia , preventiva i salut pública; 2009. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/iv11de1.pdf>
11. Abiuso N, Santelices JL, Quezada R. MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN EL SERVICIO DE URGENCIA. Rev Med Clin Condes [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 5 de agosto de 2023];28(2):248-60. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-del-dolor-agudo-en-S0716864017300391>
12. American Cancer Society. American Cancer Society. 2021 [citado 5 de agosto de 2023]. Manejo del dolor causado por el cáncer en el hogar. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/dolor/dolor.html>
13. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.). [actualizado 27 ago. 2019]. Dolor; [actualizado 1 mayo 2019; revisado 30 oct. 2018; consulta 30 ago. 2019]; [aprox. 5 p.]. [Internet]. National Library of Medicine; 2022 [citado 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pain.html>
14. Fassa AG, Fiori NS, Meucci RD, Faria NMX, Carvalho MP de, Fassa AG, et al. Dolor cervical entre agricultores que producen tabaco en el sur de Brasil. Salud colectiva [Internet]. 2020 [citado 5 de agosto de 2023];16:58-9. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652020000100058&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Barreto de Miranda C, Azevedo-Santos IF, Lupinacci N, Aragão JA, Schneiberg S. Pain characteristics and its influence in the labor activities in northeastern Brazilian farmers. Fisioterapia Brasil [Internet]. 1 de mayo de 2019 [citado 5 de agosto de 2023];20(2):196-203. Disponible en: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2399>
16. Mensah BN, Agyemang IB, Afriyie DK, Amponsah SK. Self-medication practice in Akuse, a rural setting in Ghana. Niger Postgrad Med J. 2019;26(3):189-94.

17. Llanos Zavalaga LF, Contreras Ríos CE, Velásquez Hurtado JE, Mayca Pérez JA, Lecca García L, Reyes Lecca R, et al. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Revista Medica Herediana*. octubre de 2001;12(4):127-33.
18. Chiyong TAE. Factores asociados a la automedicación en odontología en pobladores de la provincia de Concepción, Junín - Perú. *Odontología Activa Revista Científica*. 2 de septiembre de 2020;5(3):7-12.
19. Gutierrez Trujillo AD, Quijano Isidro JG. Relación entre la automedicación y el nivel sociocultural de pobladores de la comunidad de Huapra – Áncash 2021. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2021 [citado 12 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/77789>
20. Borja Campos KS, De La Cruz ML. Conocimiento y uso de plantas medicinales en enfermedades crónicas en la población del anexo de Ocoro - Colcabamba - 2022. Knowledge and use of medicinal plants in chronic diseases in the population of the annex of Ocoro - Colcabamba - 2022 [Internet]. 20 de diciembre de 2022 [citado 12 de agosto de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/1304>
21. Watson JC. *Manuale Merck versión para el público general*. 2023 [citado 9 de agosto de 2023]. Introducción al dolor - Enfermedades cerebrales, medulares y nerviosas. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/dolor/introducci%C3%B3n-al-dolor>
22. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD). Los Institutos Nacionales de Salud. 2022 [citado 5 de agosto de 2023]. La salud en las zonas rurales de los EE. UU. Disponible en: <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/la-salud-en-las-zonas-rurales-de-los-ee-uu>
23. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD). Biblioteca Nacional de Medicina NIH. National Library of Medicine; 2022 [citado 9 de agosto de 2023]. Dolor crónico. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/chronicpain.html>
24. Ibarra E. Una Nueva Definición de «Dolor»: Un Imperativo de Nuestros Días. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* [Internet]. marzo de 2006 [citado 9 de agosto de 2023];13(2):65-72. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462006000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Alcántara Montero A, Ibor Vidal PJ, Alonso Verdugo A, Trillo Calvo E. Actualización en el tratamiento farmacológico del dolor neuropático. *Semergen* [Internet]. 1 de noviembre de 2019 [citado 9 de agosto de 2023];

- 2023];45(8):535-45. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-actualizacion-el-tratamiento-farmacologico-del-S1138359319302060>
26. Sánchez-Monge M. CuidatePlus. 2021 [citado 9 de agosto de 2023]. Estos son los distintos tipos de dolor y sus tratamientos. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2021/09/22/son-distintos-tipos-dolor-tratamientos-176945.html>
27. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barcelona) [Internet]. marzo de 2005 [citado 9 de agosto de 2023];28(3):33-7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0378-48352005000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Biurrun Unzué Ó. Dolor: síntomas, causas y tratamiento [Internet]. España: Top Doctors; 2016 [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/dolor>
29. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD). Biblioteca Nacional de Medicina NIH. National Library of Medicine; 2022 [citado 9 de agosto de 2023]. Dolor. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pain.html>
30. Revista Salud Ecológica. Fisiología del dolor | Salud Ecológica. Revista Salud Ecológica [Internet]. 2018 [citado 9 de agosto de 2023];30(4). Disponible en: https://www.saludecológica.org/web/index.php/inicio/articulos/fisiologia_el_dolor
31. Pedrajas Navas JM, Molino González ÁM. Bases neuromédicas del dolor. Clínica y Salud [Internet]. diciembre de 2008 [citado 9 de agosto de 2023];19(3):277-93. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-52742008000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
32. Zegarra Piérola WJ. Bases fisiopatológicas del dolor. Acta Médica Peruana [Internet]. mayo de 2007 [citado 9 de agosto de 2023];24(2):35-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172007000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Rico MA. Fisiopatología del dolor musculoesquelético crónico. Medwave [Internet]. 1 de septiembre de 2008 [citado 9 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://www.medwave.cl/2001-2011/1654.html>
34. del Arco J. Curso básico sobre dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. Farmacia Profesional [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 9 de agosto de 2023];29(1):36-43. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-curso-basico-sobre-dolor-tema-X0213932415727485>

35. Watson JC. Manual Merck versión para profesionales. 2022 [citado 9 de agosto de 2023]. Evaluación del dolor - Trastornos neurológicos. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-neurologicos/dolor/evaluacion-del-dolor>
36. Vicente-Herrero MT, Delgado-Bueno S, Bandrés-Moyá F, Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre MV, Capdevilla-García L, Vicente-Herrero MT, et al. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Revista de la Sociedad Española del Dolor [Internet]. agosto de 2018 [citado 9 de agosto de 2023];25(4):228-36. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462018000400228&lng=es&nrm=iso&tlng=es
37. Cid J, Acuña JP, Javier de Andrés A, Luis Díaz J, Leticia Gómez-Caro A. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? evaluación del paciente con dolor crónico. Rev Med Clin Condes [Internet]. 1 de julio de 2014 [citado 9 de agosto de 2023];25(4):687-97. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-que-como-evaluar-al-paciente-S0716864014700902>
38. Alonso Babarro A. La importancia de evaluar adecuadamente el dolor. Aten Primaria [Internet]. noviembre de 2011 [citado 9 de agosto de 2023];43(11):575-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7025134/>
39. Morales C. Escala del dolor [Internet]. 2021 [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://doctorcarlosmorales.com/blog/escala-del-dolor/>
40. Watson JC. Manuale Merck versión para el público general. 2022 [citado 9 de agosto de 2023]. Tratamiento del dolor - Enfermedades cerebrales, medulares y nerviosas. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/dolor/tratamiento-del-dolor>
41. Dolor.com. Dolor.com. 2022 [citado 9 de agosto de 2023]. Tratamientos farmacológicos. Escala analgésica de la OMS. Disponible en: <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/manejo-y-tratamiento-del-dolor/tratamiento-farmacologico-escala-analgésica-oms>
42. Martínez ER, Goerlich F, Cantarino I. Delimitación de áreas rurales y urbanas a nivel local: demografía, coberturas del suelo y accesibilidad [Internet]. Ibersaf Industrial: Spain; 2016 p. 138. (Economía y Sociedad). Disponible en: https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2016_IVIE_delimitacion_areas_rurales.pdf

43. FAO. Organización Internacional del Trabajo. 2016 [citado 9 de agosto de 2023]. Economía rural. Disponible en: <https://www.ilo.org/global/topics/dw4sd/themes/rural-economy/lang-es/index.htm>
44. Martínez Caballero C, Collado Collado F, Rodríguez Quintosa J, Moya Riera J. El alivio del dolor: un derecho humano universal. Revista de la Sociedad Española del Dolor [Internet]. octubre de 2015 [citado 9 de agosto de 2023];22(5):224-30. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462015000500007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
45. Polo J. Espacio Sanitario. 2022 [citado 5 de agosto de 2023]. Semergen y Grünenthal acercan a los médicos rurales el conocimiento y tecnología para abordar el dolor Proyecto GenRural. Disponible en: https://www.espaciosanitario.com/politica-y-sociedad/semergen-grunenthal-acercan-medicos-rurales_2002637_102.html
46. Sánchez Jiménez J, Varillas AT, Carrascal Garrido. LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO (DCNO) EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP) DOCUMENTO DE CONSENSO [Internet]. 2020. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>
47. Medina J. y Pacahuala J. Automedicación durante la pandemia COVID-19 en usuarios de 30 a 70 años de la Botica mi Luz en el distrito de Breña, Julio 2020. Tesis de licenciatura. Lima, Perú. Universidad Interamericana, 2020. 79 pp.
48. Municipio distrital de Ilabaya. Municipalidad Distrital de Ilabaya. 2023 [citado 9 de agosto de 2023]. Municipalidad Distrital de Ilabaya. Disponible en: https://www.munilabaya.gob.pe/web/ila_ubicacion.php
49. Informe de Evaluacion del Riesgo por flujos de detritos en el centro poblado poblado de Mirave.pdf [Internet]. [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://sigrid.cenepred.gob.pe/docs/PARA%20PUBLICAR/OTROS/Informe%20de%20Evaluacion%20del%20Riesgo%20por%20flujos%20de%20detritos%20en%20el%20centro%20poblado%20poblado%20de%20Mirave.pdf>
50. Rivera Espino MA, Cabrejos Paredes JE. Automedicación en zonas urbanas y urbano marginales de la provincia de Trujillo de acuerdo a los factores socioeconómicos. UCV - Sci. 2016;8(1):49-56.

51. Zavalaga LFL, Ríos CEC, Hurtado JEV, Pérez JAM, García LL, Lecca RR, et al. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. Rev Médica Hered. 2001;12(4):127-127.
52. Vandale_Toney S, López_Acuña D. Tratamientos no médicos de la enfermedad en el medio rural mexicano. Estudio en los usuarios de un centro de salud C en el estado de Morelos. Salud Pública México. 1979;21(1):13_30-13_30.
53. Roberto Urbano SV. Prevalencia y factores de automedicación en familias d zonas rurales de 5 distritos de la provincia de Huancayo del departamento de Junín - 2010. Univ Nac Cent Perú [Internet]. 2011 [citado 27 de noviembre de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/1512>
54. farmer | Etymology of farmer by etymonline [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.etymonline.com/word/farmer>
55. Epidemiología. Facultad de Psicología [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficha-epidemiologia.pdf
56. Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2024]. Introducción a los fármacos - Fármacos o sustancias. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/fármacos-o-sustancias/introducción-a-los-fármacos/introducción-a-los-fármacos>
57. La prescripción médica es un acto científico, ético y legal [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2024]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200001
58. Analgésicos [Internet]. National Library of Medicine; [citado 3 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/painrelievers.html>

59. Orueta R, Gómez-Calcerrada RM, Sánchez A. Actualización en Medicina de Familia. Automedicación. Med Fam SEMERGEN. 1 de marzo de 2008;34(3):133-7.
60. Toro-Rubio MD, Díaz-Pérez A, Barrios-Puerta Z, Castillo-Avila IY, Toro-Rubio MD, Díaz-Pérez A, et al. AUTOMEDICACIÓN Y CREENCIAS EN TORNO A SU PRÁCTICA EN CARTAGENA, COLOMBIA. Rev Cuid. junio de 2017;8(1):1509-18.
61. Rusu RN, Ababei DC, Bild W, Stoian I, Macadan I, Stanciu GD, et al. Self-Medication in Rural Northeastern Romania: Patients' Attitudes and Habits. Int J Environ Res Public Health. enero de 2022;19(22):14949.
62. Riedemann G JP, Illesca P M, Droghetti R J. Automedicación en individuos de la Región de la Araucanía con problemas musculoesqueléticos. Rev Médica Chile. junio de 2001;129(6):647-52.
63. Rangari GM, Bhaisare RG, Korukonda V, Chaitanya YL, N H. Prevalence of self-medication in rural area of Andhra Pradesh. J Fam Med Prim Care. 30 de junio de 2020;9(6):2891-8.
64. Jiménez Franco LE, Díaz de la Rosa C, Jiménez Franco LE, Díaz de la Rosa C. Self-medication in civil servants in Agriculture Provincial Delegation in Cienfuegos. Rev Cuba Med [Internet]. septiembre de 2022 [citado 2 de diciembre de 2024];61(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75232022000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
65. Jangra I, Dubey AK, Arora E, Peerzada BI. Self-Medication with Modern and Complementary Alternative Medicines in Patients with Chronic Pain. J Res Pharm Pract. 18 de agosto de 2022;11(1):19-24.
66. Barros GAM de, Calonego MAM, Mendes RF, Castro RAM, Faria JFG, Trivellato SA, et al. The use of analgesics and risk of self-medication in an

urban population sample: cross-sectional study. Rev Bras Anesthesiol. 10 de febrero de 2020;69:529-36.

67. Ramos Mendoza YR. Factores sociodemográficos de la automedicación en los pobladores de Cochas Chico Huancayo 2022. Repos Inst - UPLA [Internet]. 28 de agosto de 2023 [citado 2 de diciembre de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/6234>
68. Oscar Eduardo Vera-Romero. Diseño y Validación de un Cuestionario para medir Automedicación (CAuM-ovr) en estudiantes Universitarios. Disponible en: [Dialnet-DisenoYValidacionDeUnCuestionarioParaMedirAutomedi-4262695.pdf](#)

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

El propósito de la presente ficha de consentimiento es brindarle a usted una clara explicación sobre la naturaleza de la investigación a realizar, tal como su papel en misma como participante.

El estudio está siendo realizado por Anthony Daniel Vargas Belón, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Privada de Tacna, el cual tiene como objetivo identificar las características epidemiológicas y automedicación presentes en el manejo del dolor en agricultores de los caseríos rurales del distrito de Ilabaya, Tacna.

Por lo que se obtiene información básica y precisa sobre el poblador de dicha comunidad, de tal manera para sí ofrecer una base para el desarrollo de intervenciones a futuro con el fin de mejorar la calidad de vida de la población.

Si desea participar de la investigación, se solicitará desarrollar las preguntas de la presente encuesta con la mayor sinceridad y veracidad, dicho cuestionario tomará un tiempo aproximado de 10 minutos. Los datos a ser recogidos se manejarán con confidencialidad y solo serán usados para la investigación a realizar. Cabe recordar que la participación es completamente voluntaria, con la opción de retirarse del estudio en caso así lo desee. Si presenta alguna duda, puede realizar sus preguntas al investigador responsable. Univ. Anthony Daniel Vargas Belón, al siguiente correo electrónico anthvargas97@gmail.com . Se agradece su participación y comprensión,

¿Desea usted participar de la investigación? Si No FIRMA.....

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Procedencia

- Pachana ()
- Chapicuca ()
- El Cayro ()
- Cacapunco ()
- Solabaya ()
- El Cocal ()
- El Vergel ()
- La Haciendita ()
- Margarata ()
- Chejaya ()
- Toco ()
- Chululuni ()
- El Colpar ()
- El Alto ()

Edad: _____(en años)

- 18 - 19
- 30- 39
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 – 79
- Más de 79

Sexo

- Masculino
- Femenino

Nivel de instrucción

- Sin instrucción
- Primaria
- Secundaria
- Superior

Ocupación:

Tiempo de residencia: _____ años

- 1 año
- 2 a 5 años

- Mas de 5 años

Parcela

- Propia
- Alquilada
- Peón
- Obrero

Fuentes de ingreso:

Grado de instrucción:

- Sin instrucción
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Educación Técnica
- Educación superior

Tipo de dolor en últimos 6 meses

- Agudo
- Crónico

Tiempo con dolor: _____ días

- 1 a 2 días
- 5 a 10 días
- 1 a 15 días
- Mas de 15 días
- Continuo
- Nunca

Episodios de dolor en últimos 6 meses:

- Nunca
- Continuo
- 1 a 2 veces
- 3 a 5 veces
- Más de 5 veces

Enfermedad concomitante

- Hipertensión
- Diabetes

- Artritis/artrosis
- Osteoporosis
- Otra: _____

Intensidad de dolor en últimos 30 días:

- Se determina en escala continua del 1 al 10

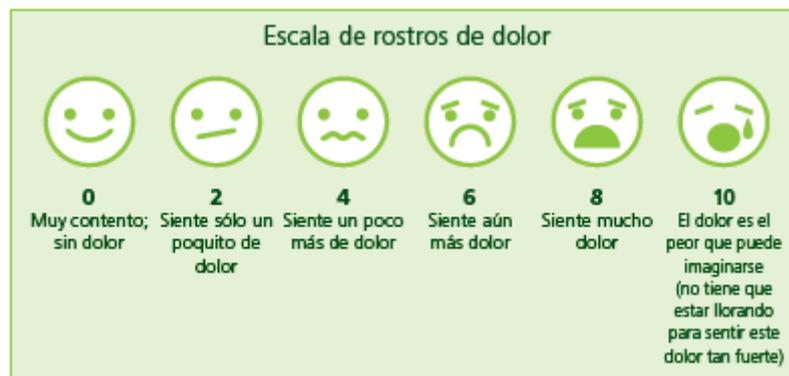


Intensidad de dolor actual

- Se determina en escala continua del 1 al 10



Escala de expresión facial de dolor actual:



Tratamiento empírico: (Refiere lo que consume para aliviar su dolor)

1. _____
2. _____
3. _____

Alivio del dolor de tratamiento empírico

- En escala de dolor EVA de 1 a 10



PRACTICAS DE AUTOMEDICACIÓN

Riesgo de tratamiento empírico

- Es un riesgo
- No es un riesgo

Automedicación farmacológica

- Si
- No

Numero de automedicaciones

- Nunca
- 1 a 2 veces
- 3 a 5 veces
- Mas de 5 veces

Fármaco

- Paracetamol
- Acido Acetilsalicílico
- Metamizol
- Indometazina
- Aceclofenaco
- Diclofenaco
- Ketorolaco
- Naproxeno sódico
- Meloxicam
- Piroxicam
- Celecoxib
- Tramadol
- Ibuprofeno
- Ergotamina o derivados
- Codeína
- Cafeína en compuesto
- Otro:

Cantidad de consumo en último episodio

- 1 diaria
- 2 diarias
- 3 diarias
- Hasta que dolor se retire

Días de consumo en último episodio

- 1 día
- 2 a 5 días
- Mas de 5 días
- Continuo

Indicación

- Artrosis
- Lumbalgia
- Cefalea
- Hombro doloroso
- Hernia discal
- Disminorrea
- Dolor muscular
- Traumatismo sin fractura
- Odontalgia
- Cervicalgia
- Fibromialgia
- Artropatía psoriásica
- Fractura
- Insomnio
- Várices miembros inferiores
- Otro:

Percepción de riesgo de automedicación farmacológica

- Es un riesgo
- No es un riesgo

Alivio del dolor

- En escala de dolor EVA de 1 a 10



Origen de prescripción

- Centro de salud
- Hospital
- Urgencia Hospitalaria
- Farmacia
- Familiar/amigo
- Internet

Cosas que empeoran el dolor

- Caminar
- EL trabajo de campo
- El descansar
- Levantar algo
- Estar de pie
- Otro

VALIDACION POR CONSISTENCIA INTERNA

CONFIABILIDAD POR SISTEMA MIXTO

Primer Grupo:

Prueba de bondad de ajuste del modelo

Chi-cuadrado	Valor	22581,016
	gl	298
	Sig	,000
Logaritmo de determinante de	Matriz sin restricciones	,000
	Matriz restringida	84,639

Bajo el supuesto de modelo paralelo

Estadísticas de fiabilidad

Varianza común	34,778
Varianza verdadera	2,042
Varianza de error	32,736
Correlación entre elementos común	,059
Fiabilidad de la escala	,600
Fiabilidad de escala (sin sesgo)	,602

	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Distancia al Centro de Salud	1906,554	,093	,599
Distancia al Centro de Salud	1949,602	,200	,598
Ocupación	1625,572	,247	,585
Parcela	1958,039	,115	,600
Fuentes de ingreso	1518,024	,285	,582
Tipo dolor en los últimos 6 mese	1953,753	,204	,599
Tiempo con dolor	1956,585	,031	,600
Episodios de dolor los últimos 6 meses	1958,163	,044	,600
Enfermedad concomitante	1468,238	,539	,518
Enfermedad concomitante	1519,404	,540	,523
Enfermedad concomitante	1793,365	,198	,588
Número de automedicaciones	1946,869	,205	,598
Fármaco	1770,553	,212	,586
Fármaco	1839,414	,209	,587
Cantidad de consumo en el último episodio	1935,493	,313	,595
Días de consumo en el último episodio	1928,474	,275	,594
Indicación	1641,153	,316	,568
Indicación	1864,556	,130	,596
Alivio del dolor	1947,118	,151	,598
Cosas que empeoran el dolor	1728,253	,189	,593
Cosas que empeoran el dolor	1916,192	,083	,599
Cosas que empeoran el dolor	1955,762	,165	,599

Automedicación)	1960,244	,083	,600
Dolor	1960,244	,083	,600

Segundo Grupo:

Prueba de bondad de ajuste del modelo

Chi-cuadrado	Valor	14885,241
	gl	118
	Sig	,000
Logaritmo de determinante de	Matriz sin restricciones	18,852
	Matriz restringida	74,029

Bajo el supuesto de modelo paralelo

Estadísticas de fiabilidad

Varianza común	139,857
Varianza verdadera	4,333
Varianza de error	135,525
Correlación entre elementos común	,031
Fiabilidad de la escala	,324
Fiabilidad de escala (sin sesgo)	,329

	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Centro de Salud cercano	3007,036	,013	,326
Sexo	3006,197	,023	,325
Nivel de Instrucción	2997,638	,105	,323
Tiempo de residencia	3008,990	-,040	,326
Grado de instrucción	2988,049	,117	,322
Intensidad del dolor en los últimos 30 días	3005,495	,003	,326
Tratamiento empírico	1842,753	,183	,282
Tratamiento empírico	1696,721	,260	,210
Tratamiento empírico	2283,102	,315	,205
Riesgo de tratamiento empírico	3004,643	,052	,325
Automedicación farmacológica	3009,871	-,042	,326
Fármaco	2783,479	,069	,319
Indicación	2576,780	,130	,297
Percepción de riesgo de automedicación farmacológica	3003,024	,056	,325
Origen de prescripción	2984,611	,103	,321

Se agrupan las variables por afinidad, luego calculamos por Spss la fiabilidad bajo el modelo paralelo, una vez obtenida la fiabilidad por grupos estos se calculan con la fórmula de confiabilidad del sistema.

Confiabilidad del Sistema

$$R_s = 1 - (1 - 0,602)(1 - 0,329) = 0,732942$$

Conclusión: El instrumento muestra la confiabilidad de 0,74, el cual se encuentra en un nivel aceptable.

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1. Apellidos y nombres del experto: *Changllis Roas Juan José*
2. Grado académico: *Doctor en Epidemiología*
3. Cargo e institución donde labora: *Docente UNJBG - DIRESA*
4. Título de la investigación: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y AUTOMEDICACIÓN, EN EL MANEJO DEL DOLOR EN AGRICULTORES DE LOS CASERÍOS RURALES DEL DISTRITO DE ILABAYA, TACNA 2024**
5. Autor: Anthony Daniel Vargas Belón
6. Nombre del instrumento: Ficha de validación UPT 2024

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente (0-20%)	Regular (21-40%)	Bueno (41-60%)	Muy bueno (61-80%)	Excelente (81-100%)
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado			✓		
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables			✓		
ACTUALIDAD	Adecuado alcance de ciencia y tecnología			✓		
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica			✓		
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad				✓	
INTERCONDICIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio			✓		
CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-científicos y del tema de estudio			✓		
COHERENCIA	Entre los Índices, indicadores, dimensiones y variables				✓	
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				✓	
CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías			✓		
SUBTOTAL				6	4	
TOTAL						

II. VALORACIÓN

1. Valoración cuantitativa: *70%*
2. Valoración cualitativa: *Buena*
3. Opinión de aplicabilidad: *Aplica*


Changllis Roas
CAFP 01121
GOBIERNO REGIONAL TACNA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1. Apellidos y nombres del experto: *Céspedes Hernández Luis Antonio*
2. Grado académico: *Especialista en Neurología*
3. Cargo e institución donde labora: *Docente UPI, Hospital Hipólito Unzueta de Tarma*
4. Título de la investigación: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y AUTOMEDICACIÓN, EN EL MANEJO DEL DOLOR EN AGRICULTORES DE LOS CASERÍOS RURALES DEL DISTRITO DE ILABAYA, TACNA 2024
5. Autor: Anthony Daniel Vargas Belón
6. Nombre del instrumento: Ficha de validación UPT 2024

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente (0-20%)	Regular (21-40%)	Bueno (41-60%)	Muy bueno (61-80%)	Excelente (81-100%)
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado				✓	
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables				✓	
ACTUALIDAD	Adecuado alcance de ciencia y tecnología				✓	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				✓	
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad				✓	
INTERCONDICIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio				✓	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-científicos y del tema de estudio				✓	
COHERENCIA	Entre los Índices, indicadores, dimensiones y variables				✓	
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				✓	
CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías				✓	
SUBTOTAL					10	
TOTAL						

II. VALORACIÓN

1. Valoración cuantitativa: *30%*
2. Valoración cualitativa: *Muy bueno*
3. Opinión de aplicabilidad: *Aplica*

GOBIERNO REGIONAL TACNA
 HOSPITAL HIPÓLITO UNZUETA DE TACNA

 M.D. Luis Antonio Céspedes Hernández
 C.O.P. 44321 R.N.E. 33326
 Neurólogo

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

1. Apellidos y nombres del experto: Berjano Salazar Alamo
2. Grado académico: Especialista en Ortopedia y Traumatología
3. Cargo e institución donde labora: Asistente en HRM
4. Título de la investigación: **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y AUTOMEDICACIÓN, EN EL MANEJO DEL DOLOR EN AGRICULTORES DE LOS CASERÍOS RURALES DEL DISTRITO DE ILABAYA, TACNA 2024**
5. Autor: Anthony Daniel Vargas Belón
6. Nombre del instrumento: Ficha de validación UPT 2024

INDICADORES	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	Deficiente (0-20%)	Regular (21-40%)	Bueno (41-60%)	Muy bueno (61-80%)	Excelente (81-100%)
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado				✓	
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables				✓	
ACTUALIDAD	Adecuado alcance de ciencia y tecnología				✓	
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica			✓		
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad			✓		
INTERCONDICIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del estudio				✓	
CONSISTENCIA	Basados en aspectos Teóricos-científicos y del tema de estudio				✓	
COHERENCIA	Entre los Índices, indicadores, dimensiones y variables			✓		
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio			✓		
CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías				✓	
SUBTOTAL				4	6	
TOTAL						

II. VALORACIÓN

1. Valoración cuantitativa: 75%
2. Valoración cualitativa: Muy bueno
3. Opinión de aplicabilidad: Aplica


Dr. Ademi Berjano Salazar
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
CMP. 73861 - RNE. 42497