



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Factores asociados a la automedicación en gestantes atendidas en Centros
Materno Infantiles Peruanos, 2025

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Presentado por:

Autora: Ynoñan López, Stefany Yvon

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5328-4232>

Autor: Aroste Paniora, Yosef


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9530-2346>

Asesor: Dr. Arce Huamani, Miguel Angel

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3185-4861>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo,.....Yosef Aroste Paniora egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación: "FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN CENTROS MATERNO INFANTILES PERUANOS, 2025." Asesorado por el docente: Dr.Miguel Angel Arce Huamani DNI ...71469125.....ORCID...0000-0003-3185-4861. tiene un índice de similitud de **14 (catorce) %** con código OID: 14912:527025866 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1

Nombres y apellidos del Egresado Yosef Aroste
 DNI:73073444.....




.....
 Firma de autor 2

Nombres y apellidos del Egresado Stefany Ynoñan Lopez
 DNI: ..



.....
 Firma

Nombres y apellidos del Asesor Dr. Miguel Angel Arce Huamani
 DNI:71469125.....

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, Stefany Yvon Ynoñan Lopez egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN CENTROS MATERNO INFANTILES PERUANOS, 2025” Asesorado por el docente: Arce Huamani, Miguel Angel DNI 71469125 ORCID 0000-0003-3185-4861 tiene un índice de similitud de **14 (catorce) %** con código OID: 14912:527025866 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Nombres y apellidos del Egresado
 Stefany Yvon Ynoñan Lopez
 DNI: 75951528



.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 Yosef Aroste Paniora
 DNI: 73073444



.....
 Firma
 Nombres y apellidos del Asesor: Miguel Angel, Arce Huamani
 DNI: 71469125

DEDICATORIA

A mis padres, por su amor y sacrificio inquebrantables.

A mi familia, por ser mi refugio en cada tormenta.

A quienes partieron, pero siguen vivos en mi corazón.

A mis pacientes, por enseñarme el verdadero sentido de sanar.

Y a mi asesor, por ser guía y luz en este camino de vocación y entrega.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme concedido la fortaleza y perseverancia para culminar esta etapa.

A mi familia, por su amor, apoyo incondicional y confianza en mi vocación.

A mi mentor, por su valiosa orientación, ejemplo ético y compromiso con la enseñanza.

Y a los pacientes, por permitirme aprender de su humanidad y brindarme la razón más profunda para ejercer la medicina.

ÍNDICE

RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	13
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Formulación del problema	15
1.2.1. Problema general	15
1.2.2. Problemas específicos	15
1.3. Objetivos de la investigación	15
1.3.1. Objetivo general	15
1.3.2. Objetivos específicos	15
1.4. Justificación de la investigación	16
1.4.1. Justificación teórica	16
1.4.2. Justificación práctica	16
1.4.3. Justificación social	17
1.4.4. Justificación metodológica	17
1.5. Limitación de la investigación	18
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	19

	6
2.1. Antecedentes de la tesis	19
2.2. Bases teóricas	25
2.3. Formulación de hipótesis	30
2.3.1. Hipótesis general	30
2.3.2. Hipótesis específicas	30
3. CAPÍTULO III: METODOLOGIA	31
3.1. Método de la investigación	31
3.2. Enfoque investigativo	31
3.3. Tipo de investigación	31
3.4. Diseño de la investigación	31
3.5. Población, muestra y muestreo	32
3.6. Variables y operacionalización	333
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	37
3.7.1. Técnica	37
3.7.2. Descripción de instrumentos	37
3.7.3. Validación	37
3.7.4. Confiabilidad	37
3.8. Procesamiento y análisis de datos	38
3.9. Aspectos éticos	38

	7
4. CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	40
4.1. Resultados	40
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados	40
4.1.2. Análisis de prueba de hipótesis	42
4.1.3. Discusión de resultados	46
5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
5.1. Conclusiones	53
5.2. Recomendaciones	
554	
6. REFERENCIAS	55
7. ANEXOS	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de las variables **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 2: Factores sociodemográficos asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025 **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 3: Factores obstétricos asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025 **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 4: Factores clínicos y de acceso asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025 **¡Error! Marcador no definido.**

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1: Frecuencia de porcentajes de los factores obstétricos asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025;**Error! Marcador no definido.**

Figura 2: Frecuencia de porcentajes de los factores clínicos y de acceso asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025;**Error! Marcador no definido.**

RESUMEN

Se presentó como **Objetivo:** Identificar los factores asociados a la automedicación en gestantes atendidas en Centros Materno Infantiles Peruanos 2025, los objetivos específicos incluyeron determinar los factores sociodemográficos, obstétricos y factores clínicos y de acceso; y a la automedicación en gestantes. **Material y Métodos:** Fue un estudio de diseño no experimental de tipo aplicada, cuantitativo, hipotético y deductivo. Con una población y muestra donde se encuestaron a 206 gestantes. Se utilizó un muestreo probabilístico, aleatorio simple. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos. Las variables estudiadas fueron automedicación y factores asociados que abarcó las dimensiones de factores sociodemográficos, obstétricos y factores clínicos y de acceso. El análisis de datos se realizó con el software SPSS versión 26. **Resultados:** Los resultados mostraron una prevalencia de automedicación de 35.4%, predominaron mujeres de 25-29 años con un 25.2%. Se halló asociación significativa con dificultad de acceso que duplico la prevalencia de automedicación (RP=2.15), así mismo, la presencia de síntomas incremento dicha variable principal (RP=1.62). **Conclusiones:** Se concluye que hay dificultad de acceso a consulta y síntomas frecuentes e intensos emergen como determinantes independientes. Estos hallazgos resaltan la necesidad de priorizar un paquete organizacional para acceso oportuno y resolución sistemática e implementar segmentación por edad al ingreso.

Palabras claves: Automedicación, factores asociados, gestantes

ABSTRACT

Objective: To identify factors associated with self-medication in pregnant women treated at Peruvian Maternal and Child Centers 2025. The specific objectives included determining sociodemographic, obstetric, clinical, and access factors; and self-medication in pregnant women. **Materials and Methods:** This was a non-experimental study of an applied, quantitative, hypothetical, and deductive type. The population and sample included 220 pregnant women. A simple random, probability sampling was used. The instrument used was a data collection form. The variables studied were self-medication and associated factors that covered the dimensions of sociodemographic, obstetric, and clinical and access factors. Data analysis was performed using SPSS version 26 software. **Results:** The results showed a self-medication prevalence of 35.4%, with a predominance of women aged 25-29 years at 25.2%. A significant association was found with access difficulty, which doubled the prevalence of self-medication (PR=2.15). Likewise, the presence of symptoms increased this primary outcome (PR=1.62). **Conclusions:** It is concluded that access to consultation is difficult, and frequent and intense symptoms emerge as independent determinants. These findings highlight the need to prioritize an organizational package for timely access and systematic resolution, as well as to implement age segmentation upon admission.

Keywords: Self-medication, associated factors, pregnant women

INTRODUCCION

Para muchas gestantes, los medicamentos sin prescripción constituyen una práctica frecuente para aliviar síntomas comunes del embarazo (cefalea, náuseas, malestar general). Sin embargo, automedicarse durante la gestación implica riesgos relevantes para las madres y el feto (1)]. Diversos estudios recientes muestran que la prevalencia de automedicación en el embarazo es variable según el contexto, existiendo estimaciones globales que reportan cifras agrupadas alrededor de 36–45 % y heterogeneidad elevada entre estudios [2].

En América Latina, persiste el uso cultural de fitoterápicos durante el embarazo y el puerperio, de manera frecuente sin consulta médica previa, siendo necesario estrategias de educación sanitaria contextualizadas [3]. Esta situación refleja que la automedicación no solo responde a factores individuales, sino también a culturales y sociales arraigados que aumentan la vulnerabilidad de las gestantes frente a posibles complicaciones.

En Perú, aunque existen reportes y revisiones sobre el problema antes mencionado, se evidencia una brecha específica en establecimientos de atención primaria materno-infantil [4]. Por lo tanto, determinar los factores asociados resulta importante para orientar intervenciones de consejería farmacológica, regulación de la venta de medicamentos y promoción del autocuidado responsable.

En este contexto, el estudio planteó como objetivo determinar los factores asociados a la automedicación en gestantes atendidas en Centros Materno Infantiles peruanos durante 2025.

Los hallazgos permitirán aportar evidencia local para el diseño de intervenciones preventivo-educativas y el fortalecimiento de la atención prenatal segura y oportuna.

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El problema de automedicación en gestantes sigue siendo un problema preocupante y prevalente en el mundo. Por ejemplo, en Croacia, se ha reportado que el 69.5% de las gestantes se automedican, principalmente debido a la amplia disponibilidad de medicamentos de venta libre y a la falta de información adecuada sobre los riesgos que conlleva esta práctica, siendo más común entre mujeres adultas [5]. En Marruecos, el 32% de las gestantes recurre a la automedicación por la ausencia de un control médico regular, observándose una mayor incidencia en mujeres desempleadas o con enfermedades crónicas, lo que representa un riesgo considerable para la salud tanto materna como neonatal [6]. En Etiopía, el 65.4% de las mujeres embarazadas se automedican, una situación atribuida a factores como el bajo nivel educativo y los ingresos económicos limitados, lo que contribuye a complicaciones de salud prevenibles e incluso a muertes maternas e infantiles [7]. Por lo tanto, la automedicación en el embarazo sigue siendo una preocupación de salud pública universal, que representa un riesgo serio para la salud materno-infantil y exige una respuesta urgente de los sistemas de salud.

Los países de Latinoamérica no son ajenos a dicho problema; en Ecuador, se ha reportado que el 12.6% de las gestantes se automedican, principalmente por la falta de educación sanitaria y el fácil acceso a medicamentos, siendo esta práctica más común en mujeres adultas

de entre 25 y 29 años, especialmente en zonas rurales [8]. En Brasil, el 36% de las mujeres embarazadas recurren a la automedicación, destacando el uso frecuente de analgésicos como el paracetamol para tratar síntomas comunes como la cefalea; este fenómeno es más prevalente entre gestantes con nivel educativo secundario o universitario [9]. En Cuba, se ha observado que el 55.2% tiene este problema, como consecuencia del libre acceso a medicamentos sin receta médica y la falta de control prenatal adecuado, generando efectos adversos graves como fontanela cerrada, parálisis braquial, tetralogía de Fallot y ureterocele en los recién nacidos [10]. Entonces, la automedicación en gestantes también es un problema prevalente en Latinoamérica, aumentando complicaciones en la salud materno- infantil, resaltando la necesidad de medidas preventivas y mejor control prenatal.

Las gestantes en Perú no son ajenas al problema de automedicación. En el distrito de Ate, Lima, se ha reportado que el 62% de las gestantes recurren a esta práctica, principalmente debido a la presencia de síntomas intensos o frecuentes durante el primer trimestre del embarazo, siendo más frecuente en mujeres adultas [11]. En el departamento de Lambayeque, el 31% de las mujeres embarazadas recurren a la automedicación, influenciadas por fuentes como familiares, televisión o internet, lo que evidencia un uso inadecuado de la información y de los medicamentos, generando riesgos importantes para la salud [12]. En el distrito del Cercado de Lima, se ha identificado que el 25.6% de las gestantes recurren a dicha práctica, debido al fácil acceso a medicamentos sin receta médica, lo cual representa una conducta riesgosa con potenciales efectos negativos tanto para la madre como para el feto [13]. En síntesis, lo expuesto demuestra que la automedicación en gestantes es una problemática con prevalencia importante en diversas zonas del Perú.

En la provincia de Lima, los Centros Maternos Infantiles brindan atención prenatal a mujeres gestantes provenientes de diversos contextos sociales. Se ha identificado que muchas

de ellas recurren con frecuencia a la automedicación para aliviar síntomas como náuseas, cefaleas o infecciones, sin supervisión médica. Esta conducta, observada de manera reiterada, sugiere la presencia de múltiples factores que influyen en dicha práctica. Sin embargo, pese a la revisión de literatura existente, no se han encontrado estudios específicos que analicen de manera integral los factores que están asociados a la automedicación en mujeres gestantes atendidas en estos establecimientos. Por tanto, la presente investigación tiene como finalidad identificar y describir dichos factores en esta población.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuáles son los factores asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025?
- ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025?
- ¿Cuáles son los factores clínicos y de acceso asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Identificar los factores asociados a la automedicación en gestantes atendidas en Centros Materno Infantiles Peruanos, 2025

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar los factores sociodemográficos asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.
- Determinar los factores obstétricos asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.
- Determinar los factores clínicos y de acceso asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

Actualmente, se ha observado que las gestantes reciben diversos medicamentos a lo largo del proceso de gestación, algunos con prescripción médica y otros sin ella. Esta situación evidencia una práctica extendida de automedicación, lo que refuerza la necesidad de investigar los factores que influyen en esta conducta para comprender mejor las decisiones de salud materna durante el embarazo [2]. Los resultados de este estudio permitirán contrastar y validar las teorías de referencia, especialmente la teoría del comportamiento planeado y la teoría de los determinantes sociales de la salud. Además, contribuirán a generar nuevas evidencias empíricas que enriquezcan el marco conceptual para futuros investigadores.

1.4.2. Justificación práctica

La identificación de problemas de automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos proporciona información valiosa para el diseño de

intervenciones y políticas de salud enfocadas en proteger el bienestar materno y fetal. Durante el embarazo, los cambios fisiológicos y hormonales hacen que el uso de medicamentos sin prescripción médica sea un riesgo importante para la salud del feto [14]. Por ello, resulta esencial comprender las razones de esta práctica, a fin de implementar medidas preventivas y fortalecer la atención médica oportuna. Asimismo, al observar los factores que están influyendo en la automedicación, los hallazgos de este estudio también podrán ser aplicados en contextos similares, contribuyendo a la mejora de la calidad de la atención en establecimientos de salud materno-infantil.

1.4.3. Justificación social

Al identificar problemas de automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, los resultados de este estudio pueden beneficiar a diversos actores. De manera directa, a las gestantes, quienes recibirán información relevante sobre los riesgos de la automedicación en el embarazo, lo que les permitirá tomar decisiones más informadas y adoptar prácticas de autocuidado más seguras. De manera indirecta, a los profesionales de salud, instituciones educativas y autoridades locales, quienes podrán diseñar intervenciones y campañas educativas orientadas a sensibilizar y prevenir la automedicación [7].

Dado que las gestantes representan un grupo vulnerable y con características particulares, muchas veces no se visibilizan adecuadamente los problemas sociales y sanitarios que enfrentan, especialmente aquellos ajenos a su entorno inmediato. Por ello, es necesario incluirlas en el análisis de los determinantes sociales de la salud, reconociendo su condición específica para desarrollar políticas más inclusivas y contextualizadas [7].

1.4.4. Justificación Metodológica

Esta investigación empleó el método deductivo y métodos de recolección de datos para poder determinar los factores que están asociados a la automedicación en mujeres gestantes en los centros materno infantiles peruanos. Además, se aplicó un análisis multivariado, el cual facilitará la identificación de posibles factores asociados a la automedicación, así como la detección de variables confusoras que podrían influir en los resultados. La evidencia empírica obtenida fortaleció el respaldo metodológico para estudios futuros similares [2].

1.5. Limitación de la investigación

Este estudio se realizará con un enfoque cuantitativo, lo cual implica que se limita al análisis estadístico de variables previamente definidas, sin profundizar en las experiencias o percepciones subjetivas de las gestantes. Además, se desarrollará únicamente en Centros Materno Infantiles durante el 2025, lo que restringe la generalización de resultados en otras regiones, niveles de atención u otros periodos. Finalmente, puede existir sesgo en las respuestas debido al carácter autodeclarado del cuestionario aplicado y la dificultad de controlar factores externos que pueden influir en la automedicación, como campañas de salud pública o el acceso a servicios farmacéuticos formales e informales.

2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Jovanović y Vulić [5] publicaron, en 2025, una investigación sobre las prácticas de automedicación en mujeres gestantes, así como sus conocimientos y actitudes frente al uso de medicamentos durante el embarazo. El estudio fue cuantitativo de corte transversal y se realizó con gestantes pertenecientes al Centro Hospitalario Clínico de Rijeka y al Hospital General de Zadar, en Croacia. Se encontró que el 69,5% de las gestantes se automedicaba, siendo más frecuente el consumo de suplemento dietético (44,9%), seguido por analgésico y medicamentos para el alivio de síntomas como fiebre, tos, alergias, resfriado y náuseas (33,1%). También se reportó el uso de hierbas medicinales (6,3%). Entre los factores asociados se identificaron el nivel de conocimiento limitado sobre los riesgos de la automedicación y una percepción errónea sobre la seguridad de ciertos productos durante el embarazo. Los autores concluyen que es necesario reforzar la educación sanitaria en esta población para prevenir el uso inadecuado de medicamentos durante la gestación.

Demis et al. [7] publicaron, en 2024, una investigación sobre la prevalencia de la automedicación y los factores asociados en mujeres embarazadas que acudieron a atención prenatal en hospitales públicos de Shewa, Etiopía. El estudio fue tipo cuantitativo, transversal y la población estuvo compuesta por 650 embarazadas que acudieron a atención prenatal.

Para la recopilación de datos, fue a través de cuestionario y se revisaron las historias clínicas. Los resultados revelaron una prevalencia de automedicación del 65,4%. Entre los factores protectores se identificaron la afiliación a un seguro médico (AOR = 0,507; IC 95 %: 0,300–0,858), indicando una menor probabilidad de incurrir en esta práctica. En contraste, las gestantes con ingresos mensuales inferiores a 3000 birr (AOR = 5,46; IC 95 %: 1,41–21,1), aquellas en el primer trimestre del embarazo (AOR = 4,183; IC 95 %: 2,12–8,24) y quienes tenían antecedentes de automedicación (AOR = 8,2; IC 95 %: 5,04–13,3) tuvieron mayor posibilidad de automedicarse. Las conclusiones fueron que la automedicación en gestantes constituye un problema frecuente en el lugar de estudio y que esta práctica se encuentra asociada a las condiciones socioeconómicas desfavorables, la falta de cobertura médica, la carencia de atención preconcepcional y antecedentes de automedicación.

Illescas et al [8] publicaron en 2022, una investigación sobre la frecuencia y características de la automedicación en gestantes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Ecuador. Se empleó un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y nivel descriptivo. Aplicaron encuestas a una muestra de 175 gestantes. Se encontró que el 12,6% de las gestantes se automedicaban, siendo esta práctica más frecuente entre mujeres de 25 a 29 años. Un dato relevante fue que el 81,8% de los casos de automedicación se produjo por recomendación de farmacéuticos, y que el tipo de medicamento más utilizado fueron los analgésicos (72,7%) para tratar síntomas como la cefalea. Además, el 54,5% de las gestantes que se automedicaron lo hicieron durante el primer trimestre del embarazo, y un 13,6% reportó haber experimentado efectos adversos. Concluyeron que la automedicación durante el embarazo se asocia principalmente con la residencia en zonas rurales, un nivel educativo

secundario, la automedicación inducida por recomendaciones de personal farmacéutico y el uso de analgésicos para aliviar molestias comunes.

Pereira et al. [9], en 2021, publicaron una investigación sobre las prácticas de automedicación en embarazadas, los medicamentos más utilizados, los síntomas reportados y los factores asociados con esta práctica. El estudio fue transversal y la muestra incluyó a 297 gestantes que acudían a la atención prenatal en un hospital de referencia en salud de la mujer en Colombia, quienes fueron entrevistadas. Los hallazgos indicaron que el 36% de las gestantes reportó haberse automedicado, siendo el acetaminofén el fármaco más utilizado, principalmente para tratar cefaleas, el síntoma más común. Se identificaron factores asociados estadísticamente significativos con la automedicación: las mujeres en el primer trimestre del embarazo reflejaron mayor probabilidad de automedicarse (32,7%; OR = 3,61; IC 95%: 1,64–7,96; $p = 0,002$), así como aquellas con dos o más embarazos previos (81,2%; OR = 1,96; IC 95%: 1,07–3,60; $p = 0,029$), en comparación con gestantes en el segundo o tercer trimestre, o que atravesaban su primer embarazo. Las conclusiones fueron que una proporción considerable de gestantes practicaba la automedicación, mayormente con medicamentos de venta libre, y que dicha conducta se relacionaba con la experiencia previa.

García et al. [10] publicaron en 2023, una investigación sobre los factores maternos y el consumo de medicamentos durante el embarazo asociados a la aparición de alteraciones neonatales. El estudio fue cuantitativo, descriptivo de corte longitudinal durante el período de septiembre 2015 a septiembre 2018. La muestra estuvo conformada por 518 gestantes, distribuidas en dos grupos: aquellas que no consumieron fármacos durante la gestación y las que sí lo hicieron. Los resultados indicaron que el 55,2% de las participantes refirió haber consumido medicamentos durante el primer trimestre de gestación, siendo más frecuente

entre mujeres residentes en zonas rurales. Asimismo, se encontró una asociación significativa entre el consumo de medicamentos en esta etapa y la aparición de alteraciones neonatales. Concluyeron que el uso de medicamentos durante la etapa de gestación, especialmente en el primer trimestre, se relaciona con antecedentes maternos, como la procedencia rural, y puede tener implicancias negativas en la salud neonatal, resaltando la importancia de una supervisión médica adecuada y una educación sanitaria efectiva para reducir los riesgos de la automedicación.

2.1.2. Nacionales

Calderón y Custodio [12] publicaron en 2023, realizaron un estudio cuantitativo, de tipo analítico, observacional y transversal, con el propósito de identificar factores de riesgo asociados a la automedicación en gestantes atendidas en dos centros de salud ubicados en la provincia de Chiclayo. La muestra estuvo conformada por 100 gestantes que acudieron a los consultorios de obstetricia de los centros de salud de Monsefú y Eten, a quienes se les aplicó una encuesta. El análisis de datos se efectuó mediante estadística descriptiva e inferencial, utilizando la prueba Chi-cuadrado. Se observó que el 31% de las gestantes se automedicaban, siendo los medicamentos más frecuentes el paracetamol, vitaminas y metronidazol. Entre los factores de influencia predominó el entorno familiar (48,4%) y los medios de comunicación como la televisión (51,6%) e internet (45,2%). Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la automedicación y variables como el acceso a internet, ser primípara y la facilidad para acudir a un centro de salud ($p < 0,05$). Los autores concluyeron que la automedicación en gestantes está influenciada principalmente por el entorno familiar, los medios de comunicación y factores personales como la primiparidad y el acceso a información en línea.

Meregildo [13], en 2024, efectuó un estudio cuantitativo, observacional y transversal con el objetivo de analizar la práctica de la automedicación y el nivel de conocimiento sobre sus riesgos en gestantes atendidas en un hospital de tercer nivel. La muestra estuvo conformada por 160 gestantes del servicio de obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo, a quienes se les aplicó una encuesta. El análisis inferencial se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado. Los resultados revelaron que el 25,6 % de las gestantes se automedicaban, siendo esta conducta más común en mujeres no casadas y en aquellas con un solo hijo, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Además, el 82,9 % de las participantes presentaba un nivel adecuado de conocimiento sobre los riesgos asociados a la automedicación, siendo este mayor en gestantes con nivel educativo secundario y procedentes del cono centro de Lima Metropolitana ($p < 0,01$). A pesar de ello, no se encontró relación significativa entre el conocimiento sobre los riesgos y la práctica de automedicación, sugiriendo que podrían intervenir otros factores de tipo social o conductual.

Pino [15], en el 2021, desarrolló un estudio cuantitativo, de nivel descriptivo y diseño observacional de corte transversal, con el propósito de determinar la prevalencia de automedicación en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil de Salud Virgen del Carmen. La muestra estuvo conformada por 91 gestantes en el tercer trimestre de embarazo que acudían a sus controles prenatales. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva. Los hallazgos revelaron que el 11% de las gestantes practicaban la automedicación, siendo el 40% de ellas por iniciativa propia. Asimismo, el 90% no recurrió a medios de comunicación como fuente de información, el 50% adquirió medicamentos basándose en experiencias previas favorables, y en las farmacias no se les exigió receta médica para la compra. Se concluyó que la prevalencia de automedicación en esta población fue baja.

Jauregui et al. [16], en 2023, publicaron una investigación sobre los conocimientos respecto a la automedicación en la gestación en madres de familia de inicial en un colegio de San Juan de Lurigancho, Lima. Utilizaron un enfoque cuantitativo, nivel descriptivo observacional y transversal. La muestra consistió en 20 madres, quienes respondieron un cuestionario. Se encontró que el 50% de las participantes adquirió medicamentos sin prescripción médica, a pesar de que la mayoría manifestó conocer los posibles efectos adversos asociados a la automedicación. Se identificó que las farmacias eran el principal lugar de adquisición de los fármacos. Asimismo, se evidenció que esta práctica persiste a pesar del conocimiento de sus riesgos, lo cual fue atribuido a factores económicos, sociales y culturales. Concluyeron que, aunque existe un nivel aceptable de conocimiento sobre los riesgos de la automedicación durante el embarazo, esta conducta continúa siendo común entre las gestantes, lo que sugiere la necesidad de fortalecer las estrategias educativas y de prevención dirigidas a esta población.

Mendoza y Saldaña [11], en 2024, publicaron una investigación sobre la prevalencia y factores asociados a la automedicación durante el primer trimestre del embarazo en gestantes atendidas en tres centros de salud de Lima Este. Se empleó un diseño analítico, observacional y transversal. La muestra incluyó a 279 gestantes, quienes respondieron un cuestionario. Se encontró que el 62% se automedicó durante el primer trimestre del embarazo (IC 95%: 56,1 %–67,9%). La mayoría se automedicaba dos veces por semana, y los síntomas más comunes que motivaron esta práctica fueron náuseas (40,4%) y síntomas intensos o recurrentes (60,7%). El 63,5% de los medicamentos fueron indicados por un farmacéutico, y el 93,6% fueron adquiridos en farmacias o boticas. Además, el 36,6% usó preparados caseros, siendo el más frecuente el de miel, kion y limón (93,1%). El análisis multivariado reveló que

la edad adolescente fue el único factor significativamente asociado a la automedicación (RR = 1,39; IC 95 %: 1,02–1,90). Concluyeron que existe una elevada prevalencia de automedicación durante el primer trimestre del embarazo en las gestantes atendidas en tres centros de salud de Lima Este.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teorías relacionadas con los factores asociados a la automedicación

Teoría del comportamiento planificado

Esta teoría fue propuesta por Icek Ajzen, sostiene que el comportamiento humano es resultado de la intención conductual, la cual se ve influida por tres elementos clave: la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y el control percibido. En el contexto de salud, este enfoque permite comprender cómo una persona decide actuar, considerando no solo lo que cree sobre la conducta, sino también la presión social y la percepción de su capacidad para realizarla [17].

Aplicado a las gestantes, ayuda a entender cómo la experiencia previa con fármacos, las recomendaciones familiares y la facilidad de acceso a medicamentos pueden generar la intención de automedicarse sin consultar al médico. Cuando una gestante considera que automedicarse es eficaz, que otras personas cercanas lo aprueban y que puede hacerlo sin mayores obstáculos, aumenta la probabilidad de realizar dicha acción, en casos de leves o frecuentes dolencias durante el embarazo [17].

Modelo de creencias en salud (Health Belief Model)

Este modelo fue desarrollado por Rosenstock, ampliado por Becker y otros autores, busca explicar las decisiones que toman las personas frente a la prevención y tratamiento de

enfermedades. Además, la conducta de salud está determinada por la percepción del riesgo, la gravedad percibida, los beneficios esperados de una acción preventiva y las barreras, así como por estímulos internos o externos que motivan la acción [18].

Este modelo es pertinente al estudiar la automedicación durante la gestación, ya que muchas mujeres embarazadas deciden según cómo interpretan sus síntomas, el riesgo para el feto y el acceso a atención médica. Si la gestante percibe que el malestar es leve, que ya ha usado antes cierto medicamento sin efectos negativos, y que asistir al centro de salud le resultará complicado o costoso, puede optar por automedicarse [19].

2.2.2. Marco normativo peruano

La Ley N.º 29459 - Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, establece las condiciones para el uso adecuado de los medicamentos en el Perú. Esta normativa prohíbe la venta de productos que requieren receta médica sin la correspondiente prescripción, con el fin de evitar riesgos por la automedicación. Además, contempla disposiciones sobre la responsabilidad de los establecimientos farmacéuticos en la dispensación segura y controlada de estos productos [20].

Por su parte, el Decreto Supremo N.º 014-2011-SA, que reglamenta la Ley N.º 29459, detalla las condiciones técnicas y operativas para la comercialización de medicamentos en el país. Este reglamento clasifica los medicamentos según su nivel de riesgo y especifica cuáles deben ser vendidos solo con receta médica. Asimismo, regula la publicidad de productos farmacéuticos. De este modo, se busca proteger la salud pública mediante un control riguroso de la información, venta y uso de los fármacos [21].

2.2.3. Factores asociados a la automedicación

A continuación, se describen los factores principales que están relacionadas con la automedicación en las gestantes.

Factores sociodemográficos

Este factor analiza características esenciales de una población, como la edad, el nivel educativo, la ocupación, la etapa del embarazo o lugar de residencia. Estas variables influyen directamente en las decisiones relacionadas con la salud, siendo especialmente relevante la etapa gestacional, ya que en el primer trimestre suelen aparecer síntomas que motivan a buscar alivio sin consulta médica, sobre todo cuando se cuenta con poca orientación previa. Los elementos mencionados se han asociado con mayor probabilidad de adoptar prácticas como la automedicación [22].

Factores obstétricos

Los factores obstétricos comprenden las características biológicas y reproductivas propias del embarazo, tales como el trimestre gestacional, el número de gestaciones previas y la presencia de condiciones obstétricas actuales o antecedentes relacionados. Estos factores permiten analizar el estado reproductivo de la gestante y su posible relación con la toma de decisiones en el cuidado de su salud durante la etapa prenatal [23].

Factores clínicos y de acceso

Consiste en el estado general de salud de una persona, que incluye la presencia de enfermedades, diagnósticos médicos vigentes y síntomas actuales. Todo ello se registra en la historia clínica o en la evaluación médica. En el contexto de las gestantes, la condición clínica es crucial, ya que molestias comunes del embarazo, como náuseas o cefalea, pueden ser tratadas sin supervisión médica, especialmente en el primer trimestre [9].

2.2.4. Automedicación en gestantes

Definición

La automedicación comienza desde la selección y el uso de los medicamentos por personas, para combatir enfermedades o síntomas reconocidos. Siendo un componente del autocuidado, que consiste en promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y enfrentar enfermedades y discapacidades [24].

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la automedicación como una conducta individual de consumo que implica la autoadministración de medicamentos, así como la recomendación o suministro de estos a otras personas, sin prescripción médica o modificando una receta previamente indicada [25].

Causas de la automedicación durante la gestión

Durante el embarazo, las mujeres experimentan molestias como náuseas, dolor de cabeza o fatiga. Ante estos signos leves, algunas optan por tomar medicamentos sin receta médica, especialmente si los han utilizado en ocasiones anteriores. La búsqueda de alivio inmediato y la percepción de que no es necesario acudir al centro de salud refuerzan esta práctica. Asimismo, el limitado acceso a servicios médicos, la dependencia económica o el consejo de personas cercanas influyen en la decisión de automedicarse [26].

Consecuencias de la automedicación durante la gestación

La automedicación en mujeres embarazadas puede tener efectos adversos tanto para la gestante, así como para el feto. Entre los principales riesgos destacan las reacciones alérgicas, intoxicaciones, resistencia al medicamento y la interferencia de síntomas de enfermedades más graves. Esto puede retrasar el diagnóstico y tratamiento oportuno, comprometiendo la salud materna [27].

La exposición a fármacos sin control médico puede generar en el feto malformaciones congénitas, parto prematuro, bajo peso al nacer o alteraciones en el desarrollo neurológico.

En particular, la automedicación durante el primer trimestre conlleva riesgos significativos, ya que es un periodo determinante en la formación de órganos fetales, lo que puede derivar en alteraciones irreversibles en el desarrollo del embrión [28].

Clasificación de medicamentos según la FDA

La FDA (Food and Drug Administration) de Estados Unidos, clasifica a los medicamentos en categorías según el riesgo para el feto durante el embarazo [29].

Los fármacos durante la gestación se agrupan en categorías según el nivel de riesgo que representan para el feto.

- En la Categoría A, los estudios no han demostrado daño fetal en el primer trimestre ni en etapas posteriores del embarazo, por lo que el riesgo teratogénico es poco probable.
- En la Categoría B, aunque no se han identificado efectos adversos en humanos, no se puede descartar completamente el riesgo en el primer trimestre; sin embargo, no hay evidencia de daño en los trimestres siguientes.
- Los medicamentos clasificados en la Categoría C deben ser administrados únicamente si el beneficio esperado para la madre supera los posibles riesgos para el feto.
- Finalmente, la Categoría D incluye fármacos con evidencia positiva de riesgo fetal, aunque su uso podría considerarse cuando los beneficios terapéuticos lo justifican.
- Categoría X: Contraindicados durante el embarazo por el elevado riesgo de malformaciones congénitas; el riesgo supera cualquier posible beneficio.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existen factores asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.

Ho: No existen factores asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hi1: Existen factores sociodemográficos están significativamente asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.

Hi2: Existen factores obstétricos están significativamente asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.

Hi3: Los factores clínicos y de acceso están significativamente asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.

3. CAPÍTULO III: METODOLOGIA

3.1. Método de la investigación

Este estudio empleó el método hipotético-deductivo, el cual se caracteriza por partir de planteamientos generales, como teorías o conceptos, para luego arribar a conclusiones específicas. Además, permitió deducir percepciones, opiniones, vivencias o interpretaciones individuales, a partir de teorías previamente establecidos, integrando así el conocimiento abstracto con la realidad observada [30].

3.2. Enfoque investigativo

Se utilizó un enfoque cuantitativo, ya que resultó conveniente para lograr el objetivo del estudio, a través del instrumento del cuestionario. Para Cejas [31], este enfoque sigue un proceso deductivo que parte de un problema, formula objetivos e hipótesis, y luego aplica técnicas para medir variables en un contexto específico, analizando los datos obtenidos con la estadística para extraer conclusiones.

3.3. Tipo de investigación

Este estudio fue tipo aplicado, ya que identificó factores asociados a la automedicación en gestantes con la finalidad de generar información útil para mejorar la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública materna [32].

3.4. Diseño de la investigación

Esta investigación tuvo un diseño no experimental de corte transversal analítico. Se consideró

no experimental porque no se manipularon las variables, sino que se observaron tal como ocurren en la realidad.

3.4.1 Corte

El enfoque fue transversal debido a que la información se recopiló en un único momento durante el año 2025, y fue analítico porque se buscó identificar asociaciones entre la automedicación y diversos factores sociodemográficos y de salud en gestantes [33].

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población estuvo conformada por las gestantes que fueron atendidas en el área de Obstetricia durante los meses de Agosto a Septiembre del 2025 del Centro Materno Infantil Virgen del Carmen y Centro Materno Infantil Buenos Aires de Villa. Se define la población como un grupo que representa el total de individuos con características similares y es el enfoque principal del estudio [34].

Criterios de inclusión:

- Gestantes atendidas en los Centros Materno Infantiles seleccionados durante el período de estudio (año 2025).
- Gestantes mayores de 18 años, para garantizar el consentimiento informado autónomo.
- Gestantes que acepten participar voluntariamente y firmen el consentimiento informado.

- Gestantes con capacidad de comunicación oral y comprensión de las preguntas.

Criterios de exclusión:

- Gestantes con antecedentes de enfermedades mentales diagnosticadas.
- Gestantes hospitalizadas por complicaciones obstétricas graves en el momento de la encuesta
- Gestantes que se retiren voluntariamente o no completen el cuestionario.

3.5.2. Muestra

El cálculo del tamaño muestral se realizó empleando la fórmula para estudios transversales y de cohorte, considerando un nivel de significación bilateral de 95% y una potencia estadística del 80%. Para la estimación, se tomó como referencia la automedicación en gestantes según nivel educativo secundario, de acuerdo con los datos publicados por Pereira et al. [9]. Se asumió una razón de tamaño de muestra expuesto/no expuesto de 1, un porcentaje estimado de expuestos positivos (secundaria) de 39% y de no expuestos positivos de 20%, así como un odds ratio esperado de 2,5. Con estos valores, la razón de riesgo/prevalencia fue de 1,9 y la diferencia de riesgo/prevalencia de 19 puntos porcentuales. De acuerdo con el método de Fleiss con corrección de continuidad, se determinó un tamaño total de muestra de 206 gestantes. Esta estimación garantiza la robustez estadística del estudio y la validez de los resultados esperados.

3.5.3. Muestreo

El tipo de muestreo fue aleatorio simple (probabilístico), el cual se caracterizó por otorgar a todos los elementos de la población la misma probabilidad de ser seleccionados. Este tipo de muestreo garantizó mayor objetividad y representatividad en los resultados, ya que minimiza el sesgo de selección [35].

3.6. Variables y operacionalización

Variable independiente: factores asociados

Variable dependiente: automedicación en gestantes

Tabla 1
Operacionalización de las variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala valorativa	Escala de medición
Factores asociados	Los factores asociados son considerados los factores sociodemográficos, obstétricos, y los factores clínicos y de acceso.	La variable será evaluada en función de los factores de automedicación mediante un cuestionario dirigido a las gestantes.	Factor sociodemográfico	Edad	Años cumplidos	Razón
				Nivel educativo	1=Sin instrucción/primaria 2=Secundaria 3=Superior técnica o universitaria	Ordinal
				Estado civil	1=Soltera 2=Casada o conviviente 3=Separada /divorciada /viuda	Nominal (politómica)
				Ocupación actual	1=Ama de casa 2=Empleo formal 3=Empleo informal 4=Desempleada	
				Tipo de seguro de salud	1=No tiene 2=SIS 3=EsSalud 4=Seguro privado	
				Ingreso familiar mensual	1= < 1130 2= 1130–S/.2000 3= > 2000	Ordinal
				Tiempo de traslado al centro de salud	1= < 30 min 2= 30–59 min 3= ≥ 60 min	
			Factor	Trimestre de embarazo	1=Primer 2=Segundo 3=Tercer	Ordinal
				Número total de gestaciones	1=Primera 2=Segunda 3=Tres o más	

			Obstétrico	Número de controles prenatales	0=Ninguno 1=1-5 controles 2=6 o más	Ordinal
			Factor clínico y de acceso	Uso de preparados caseros	1=Sí 2= No	Nominal (dicotómica)
				Conocimiento sobre riesgos		
				Dificultad de acceso a consulta médica		
				Síntomas frecuentes o intensos		
				Conocimiento previo de medicamentos		
				Creencia sobre seguridad de medicamentos sin receta	1=Sí 2=No 3=No está segura	Nominal (politómica)
Automedicación	Es un comportamiento individual de consumo que implica la autoadministración de medicamentos	La variable será evaluada mediante un cuestionario.	Presencia de automedicación		1=Sí 2= No	Nominal (dicotómica)

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica para obtener los resultados de este estudio fue la encuesta, que facilitó el análisis cuantitativo. Esta es una técnica eficaz para recopilar datos a través de preguntas estructuradas o semiestructuradas y obtener información significativa [36].

3.7.2. Descripción de instrumentos

El instrumento fue un cuestionario de 16 preguntas cerradas, las cuales estuvieron distribuidas en tres variables: factores sociodemográficos (7 ítems), factores obstétricos (3 ítems) y factores clínicos y de acceso (6 ítems). Se utilizaron escalas nominales y ordinales de acuerdo con las preguntas.

Este cuestionario fue una adaptación del instrumento de Mendoza y Saldaña [11], titulado “Cuestionario de prevalencia y factores asociados a la automedicación durante el primer trimestre del embarazo en gestantes atendidas en tres centros de salud de Lima Este”. Su aplicación aportó información útil para el análisis de los factores asociados a la automedicación.

3.7.3. Validación

El instrumento fue sometido al proceso de validación mediante juicio de expertos, quienes evaluaron la claridad, coherencia y pertinencia de cada ítem en relación con las variables estudiadas.

3.7.4. Confiabilidad

Asimismo, se determinó la confiabilidad mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, con el fin de verificar la consistencia interna del cuestionario.

La subescala de siete ítems presentó una consistencia interna muy alta (alfa de Cronbach estandarizado, basado en correlaciones de Spearman = 0.933; IC95%: 0.890–0.964), lo que evidencia una marcada homogeneidad de los reactivos y estabilidad del constructo medido; la estrechez del intervalo **respaldó** la precisión del estimador y, al mantenerse incluso el límite inferior en un rango alto, reduce la probabilidad de error aleatorio relevante; además, al situarse por debajo de 0.95, el coeficiente no sugiere redundancia excesiva entre ítems, por lo que el uso de un puntaje compuesto (suma/escala) resulta metodológicamente justificado para los análisis subsiguientes.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

En primer lugar, se aplicó estadística descriptiva mediante tablas de frecuencias absolutas y relativas para resumir las variables en estudio. A continuación, se realizó una prueba de normalidad con el fin de identificar la distribución de los datos y determinar el tipo de estadístico adecuado para el análisis. Finalmente, se llevó a cabo una prueba de comparación y/o asociación entre un grupo de gestantes que se automedica y otro que no lo hace, con el propósito de identificar factores asociados. El procesamiento estadístico se realizó utilizando el software SPSS.

3.9. Aspectos éticos

La investigación se desarrolló con estrictos principios éticos que aseguraron el respeto, integridad y transparencia durante todo el proceso. Se solicitó el consentimiento informado de las participantes, garantizando la confidencialidad y protección de sus datos personales. Asimismo, se promovió la veracidad en la recolección, análisis e interpretación de la información, evitando cualquier tipo de manipulación o falsificación de datos.

El estudio se rigió por altos estándares de rigor científico y prácticas responsables, evitando el plagio, la duplicación de trabajos y el uso indebido de información ajena, en cumplimiento con las normativas éticas vigentes.

4.CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas, obstétricas, clínicas y de acceso de las gestantes

Variable	N (%)
Automedicación	
No	133 (64.6)
Si	73 (35.4)
Factores sociodemográficos	
Edad	
18-24	39 (33.5)
25-29	52 (25.2)
30-34	42 (20.4)
35 a más	43 (20.9)
Nivel educativo	
Primaria/sin educación	34 (16.5)
Secundaria	97 (47.1)
Superior	75 (36.4)
Estado civil	
Soltera	55 (26.7)
Casada/conviviente	134 (65.1)
Separada/divorciada/viuda	17 (8.2)
Ocupación	
Ama de casa	95 (46.1)
Empleo formal	46 (22.3)
Empleo informal	47 (22.8)
Desempleada	18 (8.8)
Seguro de salud	
No tiene	45 (21.8)
Seguro integral de salud (SIS)	106 (51.5)
EsSalud	49 (23.8)
Privado	6 (2.9)
Ingreso familiar (quintiles)	
Menor a S/1130	79 (38.4)
S/ 1130 a S/ 2000	81 (39.3)
Mayor a S/ 2000	46 (22.3)
Tiempo de traslado (minutos)	
Menor a 30	108 (52.4)
30 a 59	71 (34.5)
Mayor a 60	27 (13.1)
Factores obstétricos	
Trimestre gestacional	
1er trimestre	50 (22.3)
2do trimestre	76 (36.9)
3er trimestre	80 (38.8)
Número de gestaciones	
Primera	68 (33.0)

Segunda	54 (26.2)
Tercera o más	84 (40.8)
Controles prenatales a la fecha	
Ninguno	11 (5.3)
1 a 5	77 (37.4)
6 a más	118 (57.3)
Factores clínicos y de acceso	
Uso de preparados caseros	
No	134 (65.1)
Si	72 (34.9)
Conoce riesgos de automedicación	
No	59 (28.6)
Si	147 (71.4)
Conoce/ha usado medicamentos previos	
No	121 (58.7)
Si	85 (41.3)
Dificultad de acceso a consulta médica	
No	126 (61.2)
Si	80 (38.8)
Síntomas frecuentes/intensos en el embarazo	
No	107 (51.9)
Si	99 (48.1)
Cree que los OTC son seguros en embarazo	
No	99 (48.1)
Si	61 (29.6)
No está segura	46 (22.3)

Valores presentados como n (%). Abreviaturas: CPN, controles prenatales.

La muestra estuvo conformada por 206 gestantes; la prevalencia de automedicación fue 35,4% (73/206). Predominaron mujeres de 25–29 años (25,2%) y 30–34 años (20,4%), con educación secundaria o superior (83,5% en conjunto) y en su mayoría casadas/convivientes (65,1%). Casi la mitad se autodefinió como amas de casa (46,1%) y el 51,5% contaba con SIS; el 52,4% reportó tiempos de traslado <30 minutos al establecimiento. En lo obstétrico, 57,3% tenía ≥ 6 controles prenatales y el 38,8% cursaba el tercer trimestre. En el plano clínico y de acceso, 38,8% refirió dificultad para obtener consulta y 48,1% reportó síntomas frecuentes/intensos durante el embarazo (Tabla 1).

4.1.2 Análisis de prueba de hipótesis

En el análisis bivariado, la edad se asoció con automedicación ($p=0,025$), observándose mayores proporciones en los grupos 30–34 y ≥ 35 años. También mostraron señales de asociación (criterio de selección a multivariado $p<0,20$) el tiempo de traslado ($p=0,168$) y los controles prenatales ($p=0,132$). La dificultad de acceso presentó una asociación fuerte y significativa ($p<0,001$), al igual que los síntomas frecuentes/intensos ($p=0,021$). Variables como nivel educativo, estado civil, ocupación, ingreso, trimestre, número de gestaciones, uso de preparados caseros, conocimiento de riesgos y creencia sobre seguridad de OTC no mostraron asociación estadísticamente significativa. Para seguro de salud se aplicó Fisher ($p=0,308$) por celdas esperadas bajas (Tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de automedicación por subgrupos (análisis bivariado)

Variable	Automedicación		P valor
	No n = 133 n (%)	Si n = 73 n (%)	
Factores sociodemográficos			
Edad			0.025
18-24	52 (39.1)	17 (23.3)	
25-29	36 (27.1)	16 (21.9)	
30-34	21 (15.8)	21 (28.8)	
35 a más	24 (18.0)	19 (26.0)	
Nivel educativo			0.876
Primaria/sin educación	22 (16.5)	12 (16.4)	
Secundaria	61 (45.9)	36 (49.3)	
Superior	50 (37.6)	25 (34.3)	
Estado civil			0.873
Soltera	36 (27.1)	19 (26.0)	
Casada/conviviente	87 (65.4)	47 (64.4)	
Separada/divorciada/viuda	10 (7.5)	7 (9.6)	
Ocupación			0.905
Ama de casa	60 (45.1)	35 (47.9)	
Empleo formal	30 (22.6)	16 (21.9)	
Empleo informal	30 (22.6)	17 (23.3)	
Desempleada	13 (9.7)	5 (6.9)	
Seguro de salud			0.308*
No tiene	29 (21.8)	16 (21.9)	
Seguro integral de salud (SIS)	63 (47.3)	43 (58.9)	

EsSalud	36 (27.1)	13 (17.8)	
Privado	5 (3.8)	1 (1.4)	
Ingreso familiar (quintiles)			0.435
Menor a S/1130	55 (41.4)	24 (32.9)	
S/ 1130 a S/ 2000	51 (38.3)	30 (41.1)	
Mayor a S/ 2000	27 (20.3)	19 (26.0)	
Tiempo de traslado (minutos)			0.168
Menor a 30	71 (53.4)	37 (50.7)	
30 a 59	41 (30.8)	30 (41.1)	
Mayor a 60	21 (15.8)	6 (8.2)	
Factores obstétricos			
Trimestre gestacional			0.232
1er trimestre	37 (27.8)	13 (17.8)	
2do trimestre	45 (33.8)	31 (42.5)	
3er trimestre	51 (38.4)	29 (39.7)	
Número de gestaciones			0.512
Primera	41 (30.8)	27 (37.0)	
Segunda	34 (25.6)	20 (27.4)	
Tercera o más	58 (43.6)	26 (35.6)	
Controles prenatales a la fecha			0.132
Ninguno	6 (4.5)	5 (6.9)	
1 a 5	44 (33.1)	33 (45.2)	
6 a más	83 (62.4)	35 (47.9)	
Factores clínicos y de acceso			
Uso de preparados caseros			0.650
No	88	46	
Si	45	27	
Conoce riesgos de automedicación			0.208
No	42 (31.6)	17 (23.3)	
Si	91 (68.4)	56 (76.7)	
Conoce/ha usado medicamentos previos			0.251
No	82 (61.7)	39 (53.4)	
Si	51 (38.3)	34 (46.6)	
Dificultad de acceso a consulta médica			<0.001
No	96 (72.2)	30 (41.1)	
Si	37 (27.8)	43 (58.9)	
Síntomas frecuentes/intensos en el embarazo			0.021
No	77 (57.9)	30 (41.1)	
Si	56 (42.1)	43 (58.9)	
Cree que los OTC son seguros en embarazo			0.646
No	67 (50.4)	32 (43.8)	
Si	37 (27.8)	24 (32.9)	
No está segura	29 (21.8)	17 (23.3)	

Se muestran n (%) por categoría y el valor de p global obtenido con χ^2 de Pearson o Fisher* cuando correspondió.

Tabla 3. Modelos de Poisson con varianza robusta (RP cruda y ajustada).

Variables	PR Crudo (IC 95%)	P valor	PR Ajustado (IC 95%)	P valor
Factores sociodemográficos				
Edad				
18-24	Referencia		Referencia	
25-29	1.25 (0.70–2.23)	0.454	1.15 (0.66–2.00)	0.614
30-34	2.03 (1.22–3.39)	0.007	1.85 (1.21–2.85)	0.012
35 a más	1.79 (1.05–3.06)	0.032	1.54 (0.95–2.49)	0.082
Tiempo de traslado (minutos)				
Menor a 30	Referencia		Referencia	
30 a 59	1.23 (0.85–1.80)	0.277	1.17 (0.82–1.65)	0.384
Mayor a 60	0.65 (0.31–1.38)	0.261	0.80 (0.36–1.78)	0.584
Controles prenatales a la fecha				
Ninguno	Referencia		Referencia	
1 a 5	0.94 (0.47–1.90)	0.869	0.96 (0.46–2.01)	0.918
6 a más	0.65 (0.32–1.32)	0.236	0.74 (0.34–1.57)	0.428
Dificultad de acceso a consulta médica				
No	Referencia		Referencia	
Si	2.26 (1.55–3.28)	<0.001	2.15 (1.49–3.10)	<0.001
Síntomas frecuentes/intensos en el embarazo				
No	Referencia		Referencia	
Si	1.55 (1.06–2.26)	0.023	1.62 (1.14–2.29)	0.007

Se reportan razones de prevalencia (RP) y RP ajustadas (aPR) con IC95% y p (prueba de Wald). Modelo multivariado con variables seleccionadas por bivariado ($p < 0,20$): edad, tiempo de traslado, CPN, dificultad de acceso y síntomas frecuentes/intensos. Referencias: 18–24 años, <30 min, CPN: ninguno, No dificultad de acceso, No síntomas. Abreviaturas: RP, razón de prevalencia; aPR, razón de prevalencia ajustada; IC95%, intervalo de confianza del 95%.

En modelos de Poisson con varianza robusta, se confirmaron asociaciones independientes. La dificultad de acceso duplicó la prevalencia de automedicación (aPR 2,15; IC95% 1,49–3,10; $p < 0,001$). Los síntomas frecuentes/intensos se asociaron con un incremento del 62% (aPR 1,62; IC95% 1,14–2,29; $p = 0,007$). Comparado con 18–24 años, el grupo 30–34 mantuvo asociación (aPR 1,85; IC95% 1,21–2,85; $p = 0,012$), mientras que ≥ 35 años mostró una tendencia (aPR 1,54; IC95% 0,95–2,49; $p = 0,082$). Tiempo de traslado y número de controles prenatales no alcanzaron significancia tras el ajuste. Estos hallazgos señalan que

barreras de acceso y sintomatología son los determinantes más consistentes de automedicación en esta población (Tabla 3).

El forest plot muestra las razones de prevalencia ajustadas con IC95% para las variables incluidas en el modelo final. Se observa que dificultad de acceso y síntomas frecuentes/intensos presentan efectos significativos (intervalos que no cruzan 1), mientras que las categorías de edad evidencian un gradiente, con mayor automedicación en 30–34 años y una tendencia en ≥ 35 años. Las categorías de traslado y controles prenatales se muestran sin asociación tras el ajuste, lo que refuerza que los determinantes operativos de acceso y la carga sintomática concentran el efecto en esta población (Figura 1).

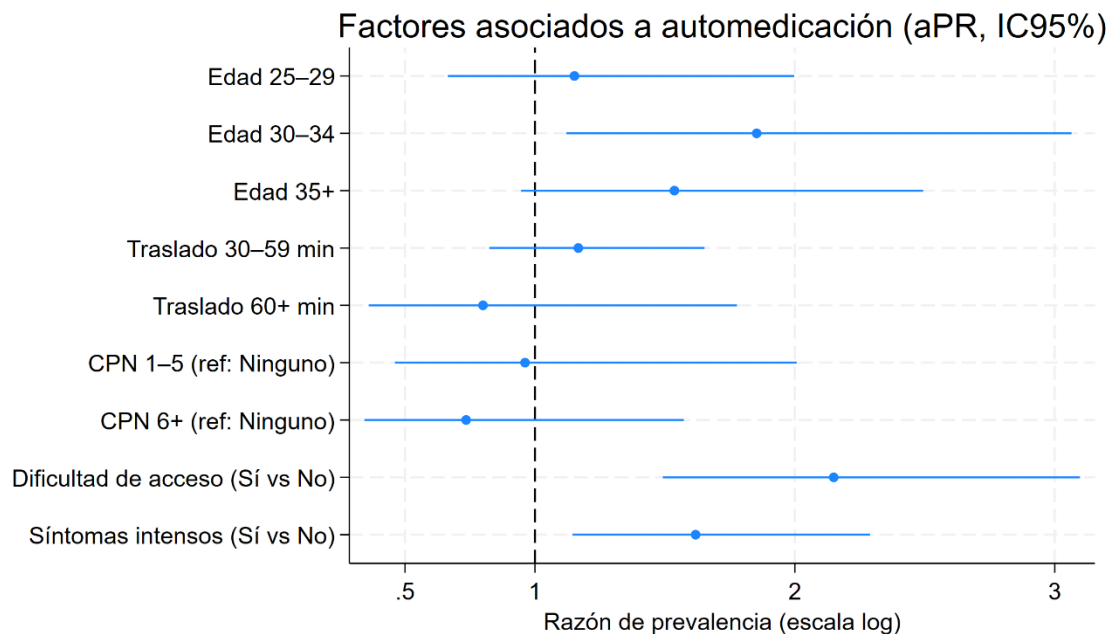


Figura 1. Forest plot de aPR del modelo final

4.2. Discusión de resultados

En nuestra cohorte, la automedicación durante la gestación fue frecuente y se explicó principalmente por barreras de acceso a la consulta y por la presencia de síntomas frecuentes o intensos, ambos con asociación independiente tras el ajuste. Se observó además un gradiente por edad: las mujeres en etapas reproductivas más avanzadas mostraron mayor propensión a automedicarse, mientras que el tiempo objetivo de traslado y el número de controles prenatales perdieron significancia al considerar simultáneamente los factores clínicos y organizacionales. En conjunto (Figura 1), los resultados priorizan intervenciones sobre accesibilidad (disponibilidad de citas, tamizaje rápido y resolución de síntomas) y educación farmacológica dirigida a cuadros leves, como estrategia inmediata para reducir la automedicación durante la gestación.

La dificultad de acceso a consulta emergió en nuestro estudio como el determinante principal e independiente de la automedicación en gestantes. Este hallazgo concuerda conceptualmente con evidencia de zonas rurales de Etiopía, donde residir cerca de un establecimiento de salud se asoció con menor probabilidad de automedicación (AOR = 0.23; IC 95%: 0.09–0.60), sugiriendo que la accesibilidad al menos en su dimensión geográfica modula la decisión de tratarse por cuenta propia [37]. No obstante, existen diferencias operacionales relevantes: mientras nuestro indicador captura barreras organizacionales percibidas (p. ej., disponibilidad de citas, tiempos de espera o trabas administrativas), el estudio comparativo utilizó la proximidad residencial como proxy de acceso. Aun así, ambas aproximaciones convergen en que reducir los costos de acceso (tiempo, desplazamiento y fricción del sistema) desincentiva la automedicación. Las posibles discrepancias en la magnitud del efecto pueden estar influidas por el contexto (ámbitos rurales versus nuestra realidad

asistencial), la estructura de oferta, y patrones de utilización prenatal, además de diferencias en medición y en los modelos de regresión aplicados.

Los síntomas frecuentes/intensos se asociaron de manera independiente con mayor probabilidad de automedicación en nuestra cohorte. Este patrón es consistente con estudios que vinculan motivos sintomáticos específicos con la conducta de automedicarse: en Brasil, el dolor de cabeza fue el síntoma más común entre quienes se automedicaron [9]; en Marruecos, náuseas y vómitos predominaron entre quienes recurrieron a fármacos “modernos” [6]; y en Gondar, Etiopía, los usuarios de preparados herbales mencionaron principalmente resfrío común (44.08%) y cefalea (42.76%) [38]. A nivel de síntesis, cursar un problema de salud actual incrementó marcadamente la probabilidad de automedicación (OR 5.7; IC 95%: 3.92–8.29) en el meta-análisis etíope, reforzando la relación entre carga sintomática y automedicación [39]. Las diferencias entre estudios pueden reflejar la operacionalización (nuestro indicador captura carga global de síntomas, mientras otros registran síntomas concretos), el tipo de producto (herbal vs. convencional) y el contexto (malestares gestacionales tempranos vs. cuadros respiratorios banales), además de variaciones en disponibilidad OTC y consejería prenatal.

En nuestro estudio, la edad mostró un gradiente en el que los grupos intermedio-alto mantuvieron asociación y el grupo mayor evidenció tendencia tras el ajuste. Este patrón es congruente con el estudio marroquí, donde >30 años se asoció con mayor probabilidad de automedicación (AOR 4.19; IC 95%: 1.80–9.77) [6]. En contraste, investigaciones en Brasil no hallaron asociación por grupos etarios en el bivariado [9], y en Gondar la edad no fue significativa en el modelo ajustado (AOR 0.776; $p = 0.315$) [38]. Las divergencias pueden obedecer a diferencias en operacionalización (puntos de corte como “>30” frente a categorías

por décadas), composición muestral (paridad y trimestre gestacional, potenciales modificadores), y patrones de automedicación (convencional versus herbal) condicionados por disponibilidad OTC y consejería prenatal. También es plausible que la edad capture variaciones en percepción de riesgo y experiencia previa con tratamientos, lo que influye de manera diferencial según contexto urbano/rural y estructura de oferta.

Los controles prenatales (CPN) mostraron señal en el análisis bivariado pero perdieron significancia en el multivariado, lo que sugiere que la cantidad de CPN por sí sola no mantiene una relación independiente con la automedicación. Este resultado contrasta con evidencia de Settat, Marruecos, donde haber asistido al menos una vez a CPN se asoció con mayor probabilidad de automedicación en el análisis multivariado [6]. Varias razones metodológicas pueden explicar la discrepancia: diferencias en la operacionalización (frecuencia de CPN vs. asistencia ≥ 1 vez), en el ajuste por confusores (dificultad de acceso, carga sintomática u orientación previa), y en el contenido de la consejería durante el CPN, que podría promover estrategias de autocuidado y uso de OTC de forma variable según el contexto. Además, la heterogeneidad en trimestres y paridad potenciales modificadores y en la disponibilidad local de fármacos (convencionales o herbales) puede modular la dirección y magnitud del efecto.

El tiempo de traslado mostró señal en el bivariado pero no se mantuvo tras el ajuste, lo que sugiere que su influencia podría quedar absorbida por barreras organizacionales del sistema (tiempos de espera y disponibilidad de citas). Esta atenuación contrasta parcialmente con evidencia rural de Etiopía, donde vivir cerca de un establecimiento de salud se asoció con menor automedicación (AOR 0.23; IC 95%: 0.09–0.60), enfatizando la dimensión geográfica del acceso [37]. La diferencia puede obedecer a varias razones: nuestro indicador capta

duración de viaje (una medida continua o categórica de fricción espacial) mientras que el comparador utiliza proximidad residencial (proxy dicotómico de cercanía); además, en contextos no rurales la variabilidad en transporte, horarios y congestión puede diluir el peso del traslado frente a cuellos de botella organizacionales. Asimismo, la colinealidad entre traslado y otras barreras de acceso incluida la dificultad para obtener consulta podría desplazar su efecto en modelos ajustados.

El seguro de salud no mostró asociación en nuestro análisis y no ingresó al modelo final. Este resultado contrasta con la evidencia de North Shewa, Etiopía, donde contar con seguro se asoció con menor probabilidad de automedicación (AOR 0.507; IC 95%: 0.300–0.858) [7]. Varias diferencias podrían explicar la discrepancia: la estructura del aseguramiento (beneficios, copagos, red disponible), la operacionalización de la variable (cobertura binaria vs. tipologías de seguro), y el contexto de oferta y disponibilidad de medicamentos OTC. En nuestra cohorte, la baja frecuencia en determinadas categorías redujo el poder estadístico y requirió pruebas exactas, lo que puede atenuar asociaciones modestas; además, el efecto del seguro podría quedar mediado o desplazado por barreras organizacionales del acceso capturadas por variables dominantes en el modelo. Diferencias en la consejería prenatal y en la accesibilidad a servicios también podrían modular la dirección del efecto entre entornos.

La educación, estado civil, ocupación e ingreso no mostraron asociación en nuestro bivariado, por lo que no ingresaron al modelo ajustado. Este resultado contrasta con hallazgos donde los gradientes socioeducativos y económicos sí se vinculan con automedicación: en Brasil, la educación secundaria (OR 2.52; IC 95%: 1.17–5.43) y universitaria (OR 2.82; IC 95%: 1.15–6.94) se asociaron con mayor automedicación [9]; en North Shewa, Etiopía, educación primaria (AOR 3.00; IC 95%: 1.217–7.435) e ingreso <3,000 birr (AOR 5.46; IC

95%: 1.41–21.1) incrementaron la probabilidad, mientras que ser ama de casa (AOR 0.097; IC 95%: 0.030–0.310) o agricultora (AOR 0.117; IC 95%: 0.028–0.493) la redujo [7]; en Gondar, el ingreso mensual se asoció tanto con automedicación general como herbal [38]; y en Marruecos se reportó un AOR elevado para desempleo [6]. Las discrepancias pueden obedecer a operacionalizaciones divergentes (niveles educativos y definición de ingreso), a la composición muestral y al tipo de producto (convencional vs. herbal), así como a confusión/mediación por barreras de acceso organizacionales que en nuestro estudio muestran efectos dominantes y podrían atenuar gradientes socioeconómicos.

El trimestre gestacional y número de gestaciones no mostraron asociación en nuestro bivariado y no ingresaron al modelo ajustado. Este resultado contrasta con múltiples reportes: en Etiopía y Brasil, el primer trimestre se vinculó con mayor automedicación (AOR 4.183; IC 95%: 2.12–8.24 y AOR 2.05; IC 95%: 1.18–3.56 en North Shewa; AOR 3.47; IC 95%: 1.63–7.38 y AOR 2.14; IC 95%: 1.12–4.08 en Sodo Town; OR 3.61; IC 95%: 1.64–7.96 en Brasil) [7,9,40]. En Marruecos, el tercer trimestre mostró mayor probabilidad (AOR 2.63; IC 95%: 1.29–5.36) y la multiparidad se asoció fuertemente (AOR 6.03; IC 95%: 3.12–11.65) [6]. En contraste, en entornos etíopes se informó mayor riesgo en primigestas (AOR 2.7; IC 95%: 1.2–6.1 y AOR 2.18; IC 95%: 1.08–3.38) [37,41]. Esta heterogeneidad sugiere diferencias en operacionalización (trimestres versus síntomas específicos), tipo de productos (convencionales vs. herbales) y contexto asistencial; además, en nuestro estudio, el efecto podría quedar atenuado o mediado por barreras de acceso y carga sintomática determinantes dominantes en el modelo, así como por la consejería recibida en CPN.

El uso de preparados, conocimiento de riesgos y de medicamentos previos, y creencia sobre seguridad de OTC no mostraron asociación en nuestro bivariado y no se incorporaron al

modelo. Este patrón contrasta con la evidencia que subraya el peso de la historia de automedicación previa como predictor: en North Shewa se observó una asociación fuerte (AOR 8.2; IC 95%: 5.04–13.3) [7], en Sodo Town se reportó un efecto similar (AOR 6.31; IC 95%: 4.89–9.91) [40] y, a nivel de síntesis etíope, la OR combinada fue elevada (13.07; IC 95%: 5.14–33.25) [39]. Además, los motivos/creencias también han sido relevantes: en Sodo Town la disponibilidad sin receta fue el principal motivo de uso herbal (67.9%) [40]. Las discrepancias podrían explicarse por diferencias de operacionalización (nuestros indicadores captan conocimiento y creencias actuales, mientras otros miden conductas previas), por la mezcla de productos (herbales vs. convencionales), y por la mediación de barreras organizacionales del acceso que en nuestro contexto muestran efectos dominantes y podrían eclipsar el rol de creencias individuales.

Nuestro estudio aporta una desagregación conceptual y empírica clave entre barreras organizacionales de acceso (dificultad para obtener consulta) y fricción geográfica (tiempo de traslado), mostrando que, una vez modeladas simultáneamente, las primeras explican de manera más consistente la automedicación en gestantes, mientras que el traslado pierde independencia. Además, demuestra que la carga sintomática (síntomas frecuentes/intensos) opera como un disparador proximal de la conducta, y que la cantidad de CPN carece de efecto por sí sola cuando se controla por accesibilidad y clínica. En el plano sociodemográfico, el gradiente por edad persiste, mientras que educación, estado civil, ocupación, ingreso y seguro no exhiben asociación independiente en nuestro entorno. Estos hallazgos refinan el entendimiento causal y sugieren que las intervenciones más costo-efectivas deben priorizar la resolución oportuna de síntomas y la reducción de fricción organizacional por encima del simple incremento de visitas. La generalización es plausible hacia sistemas de primer nivel

basados en citas, con alta disponibilidad de OTC y tiempos de espera relevantes típicos en áreas urbanas y periurbanas de países de ingresos bajos y medios donde la reorganización de flujos, la teleorientación y la consejería farmacológica específica podrían disminuir de forma sostenible la automedicación durante la gestación.

Entre las fortalezas, destacan el muestreo probabilístico, el empleo de un instrumento adaptado y validado con consistencia interna muy alta (alfa de Cronbach reportada en el anexo), y un análisis multivariado apropiado para desenlaces prevalentes (Poisson con varianza robusta), con selección transparente de covariables desde el bivariado. Asimismo, se distinguen constructos complementarios de acceso (organizacional vs. geográfico), lo que mejora la interpretación causal. Entre las limitaciones, el diseño transversal impide inferir temporalidad; la autodeclaración puede introducir sesgo de memoria o deseabilidad social; algunas categorías con baja frecuencia (p. ej., tipos de seguro) reducen poder e imponen pruebas exactas; y no se captó con detalle la intensidad/duración del uso de medicamentos ni la ruta de obtención (farmacia, familiar), lo que podría conducir a clasificación no diferencial. La muestra se circunscribe a Centros Materno Infantiles específicos, por lo que la extrapolación debe considerar similitud organizativa y normativa.

5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1. Respecto al objetivo general, encontramos que la dificultad de acceso a consulta y los síntomas frecuentes/intensos emergen como determinantes independientes; la edad muestra un gradiente con mayor propensión en grupos intermedio-alto y tendencia en las mayores; tiempo de traslado y CPN pierden independencia tras el ajuste; seguro de salud, educación, estado civil, ocupación, ingreso, trimestre, número de gestaciones, uso de preparados, conocimiento de riesgos/medicamentos previos y creencia sobre seguridad de OTC no evidencian asociación independiente en este contexto.
2. En los factores sociodemográficos asociados, la edad conserva asociación (gradiente); educación, estado civil, ocupación, ingreso y seguro de salud no se asocian de forma independiente.
3. En los factores obstétricos asociados, el trimestre y número de gestaciones no muestran asociación; CPN presenta señal en bivariado pero pierde significancia en el multivariado.
4. En los factores clínicos y de acceso asociados, la dificultad de acceso a consulta es el determinante principal; síntomas frecuentes/intensos se asocian positivamente; tiempo de traslado pierde efecto tras el ajuste; uso de preparados, conocimiento de riesgos/medicamentos previos y creencia sobre seguridad de OTC no se asocian.

5.2. Recomendaciones

1. Priorizar un paquete organizacional para acceso oportuno y resolución sintomática: habilitar cupos same/next-day y horarios extendidos, instaurar triaje de enfermería con algoritmos de manejo seguro y teleorientación <24 h, e integrar consejería farmacológica breve en cada contacto, con refuerzo para ≥ 30 años. Desincentivar aumentar CPN “por número” y enfocar en calidad de consulta. Monitorear mediana de tiempo a cita, % con plan sintomático entregado y prevalencia trimestral de automedicación.
2. Implementar segmentación por edad al ingreso (marcado de ≥ 30 años) con módulos reforzados para dolor, náuseas, resfríos e insomnio y recordatorios digitales; mantener intervenciones universales (no estratificar por educación/ingreso/seguro) con materiales claros y pictográficos. Monitorear cobertura de consejería y tasa de automedicación por grupos etarios para ajustar intensidad educativa.
3. Estandarizar una lista de verificación de consejería (1 página) a aplicar en cada contacto; asegurar en la primera visita un plan personalizado de manejo de síntomas y señales de alarma, con re-entrega en visitas subsecuentes. Auditar calidad de consejería (observación breve, checklist cumplida) en lugar de incrementar el número de visitas.
4. Montar triaje liderado por enfermería con protocolos de fármacos seguros en embarazo, habilitar cupos de resolución rápida y un “pase verde” para gestantes sintomáticas; establecer acuerdos con farmacias para alerta/derivación antes de dispensar OTC a gestantes y entregar una tarjeta semáforo de síntomas. Monitorear % atendidas ≤ 72 h, reconsultas por mismo motivo y automedicación autorreportada.

REFERENCIAS

1. Atmadani, R.N.; Nkoka, O.; Yunita, S.L.; Chen, Y.-H. Self-Medication and Knowledge among Pregnant Women Attending Primary Healthcare Services in Malang, Indonesia: A Cross-Sectional Study. *BMC Pregnancy Childbirth* **2020**, *20*, 1–11, doi:10.1186/s12884-020-2736-2.
2. Bouqoufi, A.; Laila, L.; Boujraf, S.; Hadj, F.A.E.; Razine, R.; Abouqal, R.; Khabbal, Y. Prevalence and Associated Factors of Self-Medication in Worldwide Pregnant Women: Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Public Health* **2024**, *24*, 308, doi:10.1186/s12889-023-17195-1.
3. Im, H.B.; Ghelman, R.; Portella, C.F.S.; Hwang, J.H.; Choi, D.; Kunwor, S.K.; Moraes, S.D.T. de A.; Han, D. Assessing the Safety and Use of Medicinal Herbs during Pregnancy: A Cross-Sectional Study in São Paulo, Brazil. *Front. Pharmacol.* **2023**, *14*, doi:10.3389/fphar.2023.1268185.
4. Echevarría-Merino, H.; Flores-Asenjo, W.; Garay-Ortega, J.; Roca-Moscoso, M.A.; Salazar-Granara, A.; Echevarría-Merino, H.; Flores-Asenjo, W.; Garay-Ortega, J.; Roca-Moscoso, M.A.; Salazar-Granara, A. Reporte de Consumo de Plantas Medicinales En Gestantes Del Centro de Salud Viña Alta, La Molina. Lima, Perú. *Horiz. Méd. Lima* **2021**, *21*, doi:10.24265/horizmed.2021.v21n2.10.
5. Jovanović, Ž.; Vulić, P. Self-Medication and Knowledge of Pregnant Women about the Use of Medication during Pregnancy in the Cities of Rijeka and Zadar, Croatia. *Front. Pharmacol.* **2025**, *16*, 1536050, doi:10.3389/fphar.2025.1536050.
6. Chergaoui, S.; Changuiti, O.; Marfak, A.; Saad, E.; Hilali, A.; Youlyouz Marfak, I. Modern Drug Self-Medication and Associated Factors among Pregnant Women at Settat City, Morocco. *Front. Pharmacol.* **2022**, *13*, 812060, doi:10.3389/fphar.2022.812060.
7. Demis, A.; Altaye, B.M.; Emiru, M.; Tefera, M. Prevalence of Self-Medication Practice and Associated Factors among Pregnant Women Who Attended Antenatal Care at Public Hospitals of North Shewa Zone, Amhara Region, Ethiopia. *Adv. Pharmacol. Pharm. Sci.* **2024**, *2024*, 6668480, doi:10.1155/2024/6668480.
8. Cando, H.E.I.; Cárdenas, J.P.T. Automedicación en gestantes atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. *Rev. Fac. Cienc. Médicas Univ. Cuenca* **2022**, *40*, doi:10.18537/RFCM.40.01.03.

9. Pereira, G.; Surita, F.G.; Ferracini, A.C.; Madeira, C. de S.; Oliveira, L.S.; Mazzola, P.G. Self-Medication Among Pregnant Women: Prevalence and Associated Factors. *Front. Pharmacol.* **2021**, *12*, 659503, doi:10.3389/fphar.2021.659503.
10. García Arcia, M.; García Arcia, M.; Jiménez Fernández, L.; Armada Esmores, Z.; Padrón Ortega, R.; Chala Tandrón, J.M.; García Arcia, M.; García Arcia, M.; Jiménez Fernández, L.; Armada Esmores, Z.; et al. Factores Maternos y El Consumo de Medicamentos Durante El Embarazo Asociados a La Aparición de Alteraciones Neonatales. *Acta Médica Cent.* **2023**, *17*, 145–153.
11. Mendoza Orcon, K.B.; Saldaña Cuniberti, W.P. Prevalencia y factores asociados a automedicación durante el primer trimestre del embarazo en gestantes atendidas en tres centros de salud de Lima Este, setiembre 2024. **2025**.
12. Calderón Coronel, E.A.; Custodio Guevara, J.J. Factores asociados a la automedicación en gestantes atendidas en dos centros de salud de la microrred circuito de playas, Chiclayo entre junio-septiembre 2023. *Repos. Académico USMP* **2025**.
13. Meregildo Silverio, M.R. Relación de La Automedicación y Su Conocimiento de Los Riesgos En Gestantes Atendidas En Un Hospital de Tercer Nivel. 2023 Available online: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/ed1786ce-56bc-4f6c-b33b-bbf026c914d4> (accessed on 16 September 2025).
14. Beyene, K.G.; Beza, S.W. Self-Medication Practice and Associated Factors among Pregnant Women in Addis Ababa, Ethiopia. *Trop. Med. Health* **2018**, *46*, 10, doi:10.1186/s41182-018-0091-z.
15. Pino Perez, X.A. Automedicación en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil de Salud Virgen del Carmen, mayo – agosto 2021. *Repos. Académico USMP* **2021**.
16. Jauregui-Ramos, A.B.; Ipanaque-Ramirez, A.G.; Lozano-Hidalgo, C.A.; Lastra-Espinoza, E.A.; Ledesma-Canales, G.E. Nivel de conocimientos sobre la automedicación en la gestación en madres de familia del nivel inicial en un colegio público en San Juan Lurigancho en el mes de diciembre, 2021. *Rev. Int. Salud Materno Fetal* **2023**, *8*, 09-15, doi:10.47784/rismf.2023.8.1.260.
17. Hagger, M.S.; Hamilton, K. Progress on Theory of Planned Behavior Research: Advances in Research Synthesis and Agenda for Future Research. *J. Behav. Med.* **2025**, *48*, 43–56, doi:10.1007/s10865-024-00545-8.

18. Martínez, J.M.T. MODELO DE CREENCIAS DE SALUD EN PERSONAS SANAS O ENFERMAS: UNA REVISIÓN SISTEMATIZADA. *Rev. Mex. Enferm. Cardiol.* **2022**, *29*, 24–33.
19. Insuasti, H.R.; Zambrano, D.M.; Giler, M.V. El Modelo de Creencia de Salud (HBM): un análisis bibliométrico. *FACSALUD-UNEMI* **2020**, *4*, 43–54, doi:10.29076/issn.2602-8360vol4iss7.2020pp43-54p.
20. Ley N.º 29459 Available online: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/2813441-29459> (accessed on 16 September 2025).
21. Decreto Supremo N.º 014-2011-SA Available online: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243288-014-2011-sa> (accessed on 16 September 2025).
22. Sanca-Valeriano, S.; Espinola-Sánchez, M.; Racchumí-Vela, A.; Sanca-Valeriano, S.; Espinola-Sánchez, M.; Racchumí-Vela, A. Factores Sociales y Demográficos Asociados al Embarazo y al Embarazo Repetido En Mujeres Adolescentes de Perú. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* **2022**, *87*, 11–18, doi:10.24875/rechog.21000010.
23. Valle, P.A.M.; Tamay, C.L.P. Prevalencia de riesgos obstétricos en el primer nivel de atención, Provincia de El Oro-Ecuador. *Polo Conoc.* **2023**, *8*, 2872–2885, doi:10.23857/pc.v8i3.5450.
24. Schmidt, M.S.; Uhrich, A.V.; Risso, S.J.; Pinto-Vitorino, G.; Flores, M.E.; Alcalde-Bahamonde, S.M.; Schmidt, M.S.; Uhrich, A.V.; Risso, S.J.; Pinto-Vitorino, G.; et al. Conocimiento de La Prevalencia de La Práctica de La Automedicación y Educación Farmacéutica En Un Grupo de Habitantes de Comodoro Rivadavia, Chubut, Argentina. *Rev. OFIL* **2024**, *34*, 209–212, doi:10.4321/s1699-714x2024000300004.
25. Crece el mapa de motivaciones para automedicarse - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud Available online: <https://www.paho.org/es/noticias/4-3-2021-crece-mapa-motivaciones-para-automedicarse> (accessed on 16 September 2025).
26. Pari-Olarte, J.B.; Cuba-García, P.A.; Almeida-Galindo, J.S.; Aliaga-Guillén, N.E.; Solano-García, C.G.; Chacaltana-Ramos, L.J.; Quispe-Ilanzo, M.P.; Oyola-García, A.E.; Pari-Olarte, J.B.; Cuba-García, P.A.; et al. Factores Asociados Con La Automedicación No Responsable En El Perú. *Rev. Cuerpo Méd. Hosp. Nac. Almanzor Aguinaga Asenjo* **2021**, *14*, 29–34, doi:10.35434/rcmhnaaa.2021.141.867.

27. jarvis Automedicación en el embarazo puede causar complicaciones en el desarrollo del bebé por nacer Available online: <https://www.digemid.minsa.gob.pe/webDigemid/notas/2025/automedicacion-en-el-embarazo-puede-causar-complicaciones-en-el-desarrollo-del-bebe-por-nacer/> (accessed on 16 September 2025).
28. García Arcia, M.; García Arcia, M.; Jiménez Fernández, L.; Armada Esmores, Z.; Padrón Ortega, R.; Chala Tandrán, J.M.; García Arcia, M.; García Arcia, M.; Jiménez Fernández, L.; Armada Esmores, Z.; et al. Factores Maternos y El Consumo de Medicamentos Durante El Embarazo Asociados a La Aparición de Alteraciones Neonatales. *Acta Médica Cent.* **2023**, *17*, 145–153.
29. Úbeda, M.G.; Cepeda, L.D.T. de; Sevilla, M. a de los A.C.F. de; Pinto, A. de L.; Gómez, F.T. Actualización del uso de fármacos durante el embarazo: categorías de riesgo. *Farm. Hosp.* **2014**, *38*, 364–378, doi:10.7399/fh.2014.38.4.7395.
30. Andrade Zamora, F.; Alejo Machado, O.J.; Armendariz Zambrano, C.R.; Andrade Zamora, F.; Alejo Machado, O.J.; Armendariz Zambrano, C.R. Método Inductivo y Su Refutación Deductista. *Conrado* **2018**, *14*, 117–122.
31. Murillo Naranjo, M.; Cejas, M.; Liccioni, E.; Aldaz, S.; Venegas-Alvarez, G. *ENFOQUE CUANTITATIVO y CUALITATIVO: Una Mirada de Los Métodos Mixtos*; 2023; ISBN 978-980-248-306-8.
32. RUDICS Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta | RUDICS.
33. Manterola, C.; Quiroz, G.; Salazar, P.; García, N. Metodología de Los Tipos y Diseños de Estudio Más Frecuentemente Utilizados En Investigación Clínica. *Rev. Médica Clínica Las Condes* **2019**, *30*, 36–49, doi:10.1016/j.rmclc.2018.11.005.
34. Arias-Gómez, J.; Villasís-Keever, M.Á.; Miranda-Novales, M.G. [The research protocol III. Study population]. *Rev. Alerg. Mex. Tecamachalco Puebla Mex. 1993* **2016**, *63*, 201–206, doi:10.29262/ram.v63i2.181.
35. Prieto-Valiente, L.; Carazo-Díaz, C. Mitos y Realidad En El Cálculo Del Tamaño Muestral. *Rev. Neurol.* **2023**, *77*, 31–33, doi:10.33588/rn.7701.2023133.
36. Totten, V.; Simon, E.L.; Jalili, M.; Sawe, H.R. Acquiring Data in Medical Research: A Research Primer for Low- and Middle-Income Countries. *Afr. J. Emerg. Med.* **2020**, *10*, S135–S139, doi:10.1016/j.afjem.2020.09.009.

37. Tujuba, T.D.; Chilo, D.; Abebe, E.; Zenu, S. Self-Medication and Associated Factors Among Pregnant Women in Rural Ethiopia: The Importance of Husband Education in Ensuring a Safe Pregnancy. *Drug Healthc. Patient Saf.* **2023**, *15*, 39–50, doi:10.2147/DHPS.S394346.
38. Sema, F.D.; Addis, D.G.; Melese, E.A.; Nassa, D.D.; Kifle, Z.D. Prevalence and Associated Factors of Self-Medication among Pregnant Women on Antenatal Care Follow-Up at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital in Gondar, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Reprod. Med.* **2020**, *2020*, 2936862, doi:10.1155/2020/2936862.
39. Tassew, W.C.; Ferede, Y.A.; Sisay Woldie, S.; Yirdaw, B.W.; Fenta Hussien, H.; Bayuh Yimer, B.; Gismie Hailemariam, D.; Adane Mengistu, B.; Mengistie Zeleke, A. Self-Medication Practice and Associated Factors among Pregnant Women in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *SAGE Open Med.* **2023**, *11*, 20503121231194429, doi:10.1177/20503121231194429.
40. Abebe, M.; Gashaw, S.; Getahun, D.; Wassu, W.; Menshaw, T.; Lakew, S. Prevalence and Associated Factors of Self-Medication among Pregnant Women in Sodo Town, Southern Ethiopia. *Front. Med.* **2024**, *11*, doi:10.3389/fmed.2024.1379706.
41. Ahmed, H.N.; Damtew, B.S.; Bezabih, W.A.; Wakwoya, E.B.; Abdi, H.B.; Tiruye, G. Self-Medication Practices and Associated Factors among Pregnant Women in Oromia, Ethiopia: Institutional Based Cross-Sectional Study. *Front. Med.* **2025**, *12*, 1489990, doi:10.3389/fmed.2025.1489990.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN CENTROS MATERNO INFANTILES PERUANOS, 2025”

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025?</p> <p>¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025?</p> <p>¿Cuáles son los factores clínicos y de acceso asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Identificar los factores asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Determinar los factores sociodemográficos asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.</p> <p>Determinar los factores obstétricos asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.</p> <p>Determinar los factores clínicos y de acceso asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>H0: No existen factores asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.</p> <p>Hi: Existen factores asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>H1: Los factores sociodemográficos están significativamente asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.</p> <p>H2: Los factores obstétricos están significativamente asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.</p> <p>H3: Los factores clínicos y de acceso están significativamente asociados a la automedicación en gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos, 2025.</p>	<p>Factores asociados</p>	<p>Factores sociodemográficos</p> <p>Factores obstétricos</p> <p>Factores clínicos y de acceso</p> <p>Presencia de automedicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de la gestante • Nivel educativo • Estado civil • Ocupación actual • Tipo de seguro de salud • Ingreso familiar mensual • Servicios básicos de la vivienda • Tiempo de traslado al centro de salud • Lengua materna <ul style="list-style-type: none"> • Trimestre de embarazo • Número total de gestaciones • Número de controles prenatales <ul style="list-style-type: none"> • Uso de preparados caseros • Conocimiento sobre riesgo de automedicarse • Dificultad de acceso a consulta médica. • Síntomas frecuentes o intensos • Conocimiento previo de medicamentos • Creencia sobre seguridad de medicamentos sin receta. <ul style="list-style-type: none"> • Si se automedicó • No se automedicó 	<p>Tipo de investigación: aplicada</p> <p>Enfoque: cuantitativo</p> <p>Nivel: descriptivo</p> <p>Diseño: transversal analítico</p> <p>Población: gestantes atendidas en centros materno infantiles peruanos.</p> <p>Muestra: representativa de la población a un nivel de confianza del 95%</p> <p>Muestreo: aleatorio siempre (probabilístico)</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario</p> <p>Para la variable factores asociados y la variable automedicación se adaptará un cuestionario validado por Ynoñan y Aroste (2025).</p> <p>Escala: escala ordinal y nominal con preguntas cerradas.</p> <p>Procesamiento de datos: frecuencias absolutas y relativas, prueba de fiabilidad de instrumentos, prueba de normalidad y prueba de comparación y/o asociación</p>

		centros materno infantiles peruanos, 2025.				
--	--	--	--	--	--	--

Nota 1: Teorías de referencia de las variables son: Teoría del Comportamiento Planificado, Modelo de Creencias en Salud.

Anexo 2: Instrumento

Cuestionario para evaluar los factores asociados a la automedicación en gestantes atendidas en Centros Materno Infantiles Peruanos, 2025

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad:
 18–24 años 25–29 años 30–34 años 35 años o más
2. Nivel educativo:
 Sin instrucción / primaria Secundaria Superior técnica o universitaria
3. Estado civil:
 Soltera Casada o conviviente Separada / divorciada / viuda
4. Ocupación actual:
 Ama de casa Empleo formal con beneficios Empleo informal sin beneficios Desempleada
5. Tipo de seguro de salud:
 No tiene SIS EsSalud Seguro privado
6. Ingreso familiar mensual:
 Menor a S/.1130 S/.1130 – S/.2000 Mayor a S/.2000
7. Tiempo aproximado de traslado al centro de salud:
 Menos de 30 minutos 30 a 59 minutos 60 minutos o más

II. FACTORES OBSTÉTRICOS

8. Trimestre actual del embarazo:
 Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre

9. Número total de gestaciones (incluyendo la actual):

- Primera Segunda Tres o más

10. Número de controles prenatales realizados hasta el momento:

- Ninguno 1–5 controles 6 o más controles

III. FACTORES CLÍNICOS Y DE ACCESO

11. ¿Ha usado preparados caseros para aliviar síntomas durante este embarazo?

- Sí No

12. ¿Tiene conocimiento sobre los riesgos de consumir medicamentos durante el embarazo sin indicación médica?

- Sí No

13. ¿Ha tenido dificultad para acceder a consulta médica cuando ha tenido síntomas?

- Sí No

14. ¿Tuvo síntomas frecuentes o intensos durante los primeros meses del embarazo?

- Sí No

15. ¿Conoce algún medicamento que haya usado en embarazos anteriores o por recomendación de terceros?

- Sí No

16. ¿Cree que los medicamentos que se venden sin receta son seguros para usarlos en el embarazo?

- Sí No No está segura

Anexo 3: Validez del instrumento

Anexo 3. Formato para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos

Documentos para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Magister: Claudia Veralucia Saldaña Diaz

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de la **carrera de Medicina Humana** requiero validar los instrumentos a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de Médico Cirujano.

El título nombre de mi proyecto de investigación es "**Factores asociados a la automedicación en gestantes atendidas en Centros Materno Infantiles Peruanos, 2025**" y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de **Medicina Humana**.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente. Atentamente,



Nombre y firma: Yosef Aroste

Paniora

DNI: 7307344



Nombre y firma: Stefany Yvon

Ynoñan Lopez

DNI: 75951528

Definición conceptual de las variables y dimensiones

Variable 1:

FACTORES ASOCIADOS

Los **factores asociados** son elementos, condiciones o características que se relacionan o vinculan con un fenómeno, situación o resultado específico, y que pueden influir directa o indirectamente en su aparición, desarrollo o intensidad. Estos factores no necesariamente son causales, pero sí muestran una conexión significativa que puede ayudar a comprender mejor el fenómeno estudiado.

Dimensiones de las variables:

Dimensión 1:

Factores sociodemográficos: Son características sociales y demográficas que permiten describir, clasificar y analizar a una población o grupo humano. Estos factores combinan aspectos relacionados con la estructura social (como nivel educativo, ocupación, estado civil) y con variables demográficas (como edad, sexo, tamaño del hogar, lugar de residencia).

Dimensión 2:

Factores obstétricos: son aquellos elementos relacionados con el historial reproductivo, el embarazo, el parto y el posparto de una mujer, que influyen en el manejo clínico, la salud materna y perinatal, así como en los posibles riesgos o complicaciones durante el proceso gestacional.

Estos factores son fundamentales en la atención obstétrica, ya que permiten evaluar el estado de salud de la madre y del feto, predecir posibles complicaciones y planificar intervenciones médicas adecuadas para asegurar un embarazo y parto seguros.

Dimensión 3:

Factores clínicos y de acceso: son un conjunto de variables que influyen tanto en el estado de salud de una persona (desde el punto de vista médico) como en su capacidad para obtener atención sanitaria oportuna y adecuada.

- Los **factores clínicos** se refieren a las condiciones médicas del paciente: diagnóstico, comorbilidades, síntomas, antecedentes de salud y tratamientos previos.
- Los **factores de acceso** aluden a las condiciones que facilitan o dificultan el ingreso a servicios de salud, como la disponibilidad de recursos sanitarios, la cobertura del sistema de salud, el transporte, el costo, la ubicación geográfica y las barreras culturales o administrativas.

Este conjunto de factores es clave en la salud pública y la medicina clínica, ya que permite entender no solo el estado de salud del paciente, sino también su posibilidad real de recibir atención médica efectiva.

Variable 2:**AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTE**

La **automedicación en gestante** se refiere al uso de medicamentos, remedios caseros, productos naturales o cualquier sustancia con efecto terapéutico por parte de una mujer embarazada, sin la indicación, supervisión o prescripción de un profesional de salud calificado.

Esta práctica puede incluir el consumo de fármacos previamente recetados para otras condiciones, el uso de medicamentos de venta libre, o el seguimiento de consejos informales (familiares, internet, etc.). En el contexto del embarazo, la automedicación representa un riesgo potencial tanto para la madre como para el feto, debido a los posibles efectos teratogénicos, alteraciones en el desarrollo fetal, interacciones medicamentosas y complicaciones obstétricas.

Dimensiones de las variables:

Dimensión 1:

- SI

El uso voluntario de medicamentos por parte de una mujer embarazada, sin la prescripción ni supervisión de un profesional de la salud, con el objetivo de prevenir, aliviar o tratar síntomas o enfermedades durante el embarazo.

Dimensión 2:

- NO

Situación en la que una mujer embarazada no consume medicamentos sin la debida prescripción, indicación o supervisión de un profesional de la salud calificado, absteniéndose de automedicarse durante el embarazo.

Matriz de operacionalización de la variable

Variable 1: Factores asociados

Dimensiones	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
D1	Conjunto de características sociales y demográficas que describen y diferencian a los individuos dentro de una población, y que pueden influir en su comportamiento, condiciones de vida, salud y acceso a servicios.	En una investigación, los factores sociodemográficos se miden mediante variables específicas que permiten clasificar y comparar a los participantes según sus características personales y sociales. Estas variables se recogen generalmente a través de encuestas o formularios estructurados.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de la gestante • Nivel educativo • Estado civil • Ocupación actual • Tipo de seguro de salud • Ingreso familiar mensual • Servicios básicos de la vivienda • Tiempo de traslado al centro de salud • Lengua materna 	Ordinal Ordinal nominal nominal nominal ordinal ordinal nominal ordinal nominal	18-24 años/ 25-29/ 30-34/ 35 a mas Sin instrucción/primaria/secundaria/superior soltera/casada o conviviente/separada/divorciada/viuda ama de casa/empleo formal/empleo informal/desempleada No tiene/SIS/ESsalud/seguro privado Menor 1130/1130-2000/mayor a 2000 Ninguno/uno/dos/todos Menos de 30min/30-59min/60 min a mas Castellano/quechua-aimara/otro idioma
D2	son características relacionadas con el historial reproductivo y el curso actual del embarazo de una mujer, que pueden influir en su salud materna y fetal, así como en la toma de decisiones durante la gestación.	se miden a través de variables relacionadas con el historial reproductivo y las condiciones actuales del embarazo, registradas mediante entrevistas, historias clínicas o fichas prenatales, con el fin de analizar su influencia en la salud materno-fetal o conductas asociadas, como la automedicación.	<ul style="list-style-type: none"> • Trimestre de embarazo • Número total de gestaciones • Complicaciones obstétricas • Número de controles prenatales 	Ordinal Ordinal Nominal ordinal	Primer /segundo/tercer Primera/segunda/tres o mas Ninguna/anemia/preeclampsia/hipertensión/ITU/Abortos Ninguno/1 a 5 controles /2-6 o mas

D3	son condiciones relacionadas con el estado de salud actual o previo de una persona, así como con la disponibilidad, oportunidad y utilización de servicios de salud, que pueden influir en su comportamiento, atención médica	se miden a través de variables específicas que recogen información sobre el estado de salud de la persona y las condiciones que facilitan o dificultan su acceso a servicios de salud, utilizando instrumentos como encuestas, entrevistas o historias clínicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de preparados caseros • Conocimiento sobre riesgo de automedicarse • Dificultad de acceso a consulta médica. • Síntomas frecuentes o intensos • Conocimiento previo de medicamentos • Percepción del trato recibido • Creencia sobre seguridad de medicamentos sin receta. 	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p>	<p>SI/NO</p> <p>SI/NO</p> <p>SI/NO</p> <p>SI/NO</p> <p>SI/NO</p> <p>Muy bueno/,bueno/regular/malo/ no tuvo controles</p> <p>SI/NO</p>
----	---	--	--	--	---

Matriz de operacionalización de la variable

Variable 2: Automedicación en gestante

Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
D1	Situación en la que una mujer embarazada consume uno o más medicamentos sin prescripción médica ni supervisión profesional, con el fin de prevenir, aliviar o tratar síntomas o enfermedades durante el embarazo.	Durante el embarazo, la mujer refiere haber consumido uno o más medicamentos por decisión propia, sin indicación médica ni prescripción de un profesional de la salud, con el propósito de prevenir, aliviar o tratar algún malestar o enfermedad.			
D2	Situación en la que una mujer embarazada no consume ningún medicamento sin la debida prescripción, indicación o supervisión de un profesional de la salud durante el embarazo.	Durante el embarazo, la mujer declara no haber consumido ningún medicamento sin prescripción médica o sin indicación de un profesional de salud calificado.			

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN CENTROS MATERNO INFANTILES PERUANOS, 2025”

N.º	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
Variable 1: Factores asociados								
	DIMENSIÓN 1: factores sociodemográficos	Si	No	Si	No	Si	No	
1.	Edad	X		X		X		
2.	Nivel educativo	X		X		X		
3.	Estado civil	X		X		X		
4.	Ocupación actual	X		X		X		
5.	Tipo de seguro	X		X		X		
6.	Ingreso familiar mensual	X		X		X		
7.	Servicios básicos	X		X		X		
8.	Tiempo aproximado de traslado	X		X		X		
9.	Controles prenatales	X		X		X		
10.	Lengua materna	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Factores Obstétricos	Si	No	Si	No	Si	No	
11.	Trimestre actual del embarazo	X		X		X		
12.	Número total de gestaciones	X		X		X		
13.	¿ha tenido alguna de estas complicaciones obstétricas actual o previas?	X		X		X		
14.	Numero de controles prenatales realizados hasta el momento	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: Factores clínicos y de acceso	Si	No	Si	No	Si	No	
15.	¿Ha usado preparados caseros para aliviar síntomas durante este embarazo?	X		X		X		
16.	Tiene conocimiento sobre los riesgos de consumir medicamentos durante el embarazo sin indicación?	X		X		X		
17.	¿Ha tenido dificultad para acceder a consulta médica cuando ha tenido síntomas?	X		X		X		
18.	¿Tuvo síntomas frecuentes o intensos durante los primeros meses del embarazo?	X		X		X		
19.	¿conoce algún medicamento que haya usado en embarazos anteriores?	X		X		X		
20.	¿Cómo califica el trato que ha recibido por parte del personal de salud durante los controles prenatales?	X		X		X		
21.	¿Crees que los medicamentos que se venden sin receta son seguros para usarlos en el embarazo?	X		X		X		
Variable 2: Automedicación en gestante								
	DIMENSIÓN 1: SI	Si	No	Si	No	Si	No	
22.		X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: NO	Si	No	Si	NO	SI	No	
23.		X		X		X		

¹ Pertinencia: el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² Relevancia: el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []


No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Claudia Veralucia Saldaña Diaz

DNI: 72683369

Especialidad del validador: Magister en Medicina, investigadora RENACYT

30 de Junio de 2025



Firma del experto informante

Anexo 3. Formato para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos

Documentos para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Magister/Doctor: Anderson Francisco Vilchez Chávez

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de la **carrera de Medicina Humana** requiero validar los instrumentos a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de Médico Cirujano.

El título nombre de mi proyecto de investigación es **“Factores asociados a la automedicación en gestantes atendidas en Centros Materno Infantiles Peruanos, 2025”** y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de **Medicina Humana**.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente. Atentamente,



Nombre y firma: Yosef Aroste

Paniora

DNI: 7307344



Nombre y firma: Stefany Yvon

Ynoñan Lopez

DNI: 75951528

Definición conceptual de las variables y dimensiones

Variable 1:

FACTORES ASOCIADOS

Los **factores asociados** son elementos, condiciones o características que se relacionan o vinculan con un fenómeno, situación o resultado específico, y que pueden influir directa o indirectamente en su aparición, desarrollo o intensidad. Estos factores no necesariamente son causales, pero sí muestran una conexión significativa que puede ayudar a comprender mejor el fenómeno estudiado.

Dimensiones de las variables:

Dimensión 1:

Factores sociodemográficos: Son características sociales y demográficas que permiten describir, clasificar y analizar a una población o grupo humano. Estos factores combinan aspectos relacionados con la estructura social (como nivel educativo, ocupación, estado civil) y con variables demográficas (como edad, sexo, tamaño del hogar, lugar de residencia).

Dimensión 2:

Factores obstétricos: son aquellos elementos relacionados con el historial reproductivo, el embarazo, el parto y el posparto de una mujer, que influyen en el manejo clínico, la salud materna y perinatal, así como en los posibles riesgos o complicaciones durante el proceso gestacional.

Estos factores son fundamentales en la atención obstétrica, ya que permiten evaluar el estado de salud de la madre y del feto, predecir posibles complicaciones y planificar intervenciones médicas adecuadas para asegurar un embarazo y parto seguros.

Dimensión 3:

Factores clínicos y de acceso: son un conjunto de variables que influyen tanto en el estado de salud de una persona (desde el punto de vista médico) como en su capacidad para obtener atención sanitaria oportuna y adecuada.

- Los **factores clínicos** se refieren a las condiciones médicas del paciente: diagnóstico, comorbilidades, síntomas, antecedentes de salud y tratamientos previos.
- Los **factores de acceso** aluden a las condiciones que facilitan o dificultan el ingreso a servicios de salud, como la disponibilidad de recursos sanitarios, la cobertura del sistema de salud, el transporte, el costo, la ubicación geográfica y las barreras culturales o administrativas.

Este conjunto de factores es clave en la salud pública y la medicina clínica, ya que permite entender no solo el estado de salud del paciente, sino también su posibilidad real de recibir atención médica efectiva.

Variable 2:**AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTE**

La **automedicación en gestante** se refiere al uso de medicamentos, remedios caseros, productos naturales o cualquier sustancia con efecto terapéutico por parte de una mujer embarazada, sin la indicación, supervisión o prescripción de un profesional de salud calificado.

Esta práctica puede incluir el consumo de fármacos previamente recetados para otras condiciones, el uso de medicamentos de venta libre, o el seguimiento de consejos informales (familiares, internet, etc.). En el contexto del embarazo, la automedicación representa un riesgo potencial tanto para la madre como para el feto, debido a los posibles efectos teratogénicos, alteraciones en el desarrollo fetal, interacciones medicamentosas y complicaciones obstétricas.

Dimensiones de las variables:

Dimensión 1:

- SI

El uso voluntario de medicamentos por parte de una mujer embarazada, sin la prescripción ni supervisión de un profesional de la salud, con el objetivo de prevenir, aliviar o tratar síntomas o enfermedades durante el embarazo.

Dimensión 2:

- NO

Situación en la que una mujer embarazada no consume medicamentos sin la debida prescripción, indicación o supervisión de un profesional de la salud calificado, absteniéndose de automedicarse durante el embarazo.

Matriz de operacionalización de la variable

Variable 1: Factores asociados

Dimensiones	Definición conceptual	Definición		Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
		Operacional	Indicadores		
D1	Conjunto de características sociales y demográficas que describen y diferencian a los individuos dentro de una población, y que pueden influir en su comportamiento, condiciones de vida, salud y acceso a servicios.	En una investigación, los factores sociodemográficos se miden mediante variables específicas que permiten clasificar y comparar a los participantes según sus características personales y sociales. Estas variables se recogen generalmente a través de encuestas o formularios estructurados.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de la gestante • Nivel educativo • Estado civil • Ocupación actual • Tipo de seguro de salud • Ingreso familiar mensual • Servicios básicos de la vivienda • Tiempo de traslado al centro de salud • Lengua materna 	Ordinal Ordinal nominal nominal nominal ordinal ordinal ordinal ordinal nominal	18-24 años/ 25-29/ 30-34/ 35 a mas Sin instrucción/primaria/secundaria/superior soltera/casada o conviviente/separada/divorciada/viuda ama de casa/empleo formal/empleo informal/desempleada No tiene/SIS/ESsalud/seguro privado Menor 1130/1130-2000/mayor a 2000 Ninguno/uno/dos/todos Menos de 30min/30-59min/60 min a mas Castellano/quechua-aimara/otro idioma
D2	son características relacionadas con el historial reproductivo y el curso actual del embarazo de una mujer, que pueden influir en su salud materna y fetal, así como en la toma de decisiones durante la gestación.	se miden a través de variables relacionadas con el historial reproductivo y las condiciones actuales del embarazo, registradas mediante entrevistas, historias clínicas o fichas prenatales, con el fin de analizar su influencia en la salud materno-fetal o conductas asociadas, como la automedicación.	<ul style="list-style-type: none"> • Trimestre de embarazo • Número total de gestaciones • Complicaciones obstétricas • Número de controles prenatales 	Ordinal Ordinal Nominal ordinal	Primer /segundo/tercer Primera/segunda/tres o mas Ninguna/anemia/preeclampsia/hipertensión/ITU/Abortos Ninguno/1 a 5 controles /2-6 o mas

D3	son condiciones relacionadas con el estado de salud actual o previo de una persona, así como con la disponibilidad, oportunidad y utilización de servicios de salud, que pueden influir en su comportamiento, atención médica	se miden a través de variables específicas que recogen información sobre el estado de salud de la persona y las condiciones que facilitan o dificultan su acceso a servicios de salud, utilizando instrumentos como encuestas, entrevistas o historias clínicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de preparados caseros • Conocimiento sobre riesgo de automedicarse • Dificultad de acceso a consulta médica. • Síntomas frecuentes o intensos • Conocimiento previo de medicamentos • Percepción del trato recibido • Creencia sobre seguridad de medicamentos sin receta. 	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p>	<p>SI/NO</p> <p>SI/NO</p> <p>SI/NO</p> <p>SI/NO</p> <p>SI/NO</p> <p>Muy bueno/,bueno/regular/malo/ no tuvo controles</p> <p>SI/NO</p>
----	---	--	--	---	---

Matriz de operacionalización de la variable

Variable 2: Automedicación en gestante

Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
D1	Situación en la que una mujer embarazada consume uno o más medicamentos sin prescripción médica ni supervisión profesional, con el fin de prevenir, aliviar o tratar síntomas o enfermedades durante el embarazo.	Durante el embarazo, la mujer refiere haber consumido uno o más medicamentos por decisión propia, sin indicación médica ni prescripción de un profesional de la salud, con el propósito de prevenir, aliviar o tratar algún malestar o enfermedad.			
D2	Situación en la que una mujer embarazada no consume ningún medicamento sin la debida prescripción, indicación o supervisión de un profesional de la salud durante el embarazo.	Durante el embarazo, la mujer declara no haber consumido ningún medicamento sin prescripción médica o sin indicación de un profesional de salud calificado.			

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN CENTROS MATERNO INFANTILES PERUANOS, 2025”

N.º	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
Variable 1: Factores asociados								
DIMENSIÓN 1: factores sociodemográficos		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1.	Edad	X		X		X		
2.	Nivel educativo	X		X		X		
3.	Estado civil	X		X		X		
4.	Ocupación actual	X		X		X		
5.	Tipo de seguro	X		X		X		
6.	Ingreso familiar mensual	X		X		X		
7.	Servicios básicos	X		X		X		
8.	Tiempo aproximado de traslado	X		X		X		
9.	Controles prenatales		X	X		X		Retirar ya que se repite con el ítem 12.
10.	Lengua materna	X			X	X		
DIMENSIÓN 2: Factores Obstétricos		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
11.	Trimestre actual del embarazo	X		X		X		
12.	Número total de gestaciones	X		X		X		
13.	¿ha tenido alguna de estas complicaciones obstétricas actual o previas?	X		X		X		
14.	Numero de controles prenatales realizados hasta el momento	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: Factores clínicos y de acceso		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
15.	¿Ha usado preparados caseros para aliviar síntomas durante este embarazo?			X		X		
16.	Tiene conocimiento sobre los riesgos de consumir medicamentos durante el embarazo sin indicación?			X		X		
17.	¿Ha tenido dificultad para acceder a consulta médica cuando ha tenido síntomas?			X		X		
18.	¿Tuvo síntomas frecuentes o intensos durante los primeros meses del embarazo?			X		X		
19.	¿conoce algún medicamento que haya usado en embarazos anteriores?			X		X		
20.	¿Cómo califica el trato que ha recibido por parte del personal de salud durante los controles prenatales?			X		X		
21.	¿Crees que los medicamentos que se venden sin receta son seguros para usarlos en el embarazo?			X		X		
Variable 2: Automedicación en gestante								
DIMENSIÓN 1: SI		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
22.		X		X		X		
DIMENSIÓN 2: NO		Sí	No	Sí	NO	SI	No	
23.		X		X		X		

¹ Pertinencia: el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² Relevancia: el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable []

Aplicable después de corregir [X]

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Anderson Francisco Vilchez Chávez

DNI: 73681922

Especialidad del validador: Magister en Salud Pública

30 de Junio de 2025



Firma del experto informante

Anexo 3. Formato para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos

Documentos para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Magíster/Doctor: Kotty Puente Berrospi.....

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de la **carrera de Medicina Humana** requiero validar los instrumentos a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de Médico Cirujano.

El título nombre de mi proyecto de investigación es **“Factores asociados a la automedicación en gestantes atendidas en Centros Materno Infantiles Peruanos, 2025”** y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de **Medicina Humana**.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente. Atentamente,



Nombre y firma: Yosef Aroste

Paniora

DNI: 7307344



Nombre y firma: Stefany Yvon

Ynoñan Lopez

DNI: 75951528

Definición conceptual de las variables y dimensiones

Variable 1:

FACTORES ASOCIADOS

Los **factores asociados** son elementos, condiciones o características que se relacionan o vinculan con un fenómeno, situación o resultado específico, y que pueden influir directa o indirectamente en su aparición, desarrollo o intensidad. Estos factores no necesariamente son causales, pero sí muestran una conexión significativa que puede ayudar a comprender mejor el fenómeno estudiado.

Dimensiones de las variables:

Dimensión 1:

Factores sociodemográficos: Son características sociales y demográficas que permiten describir, clasificar y analizar a una población o grupo humano. Estos factores combinan aspectos relacionados con la estructura social (como nivel educativo, ocupación, estado civil) y con variables demográficas (como edad, sexo, tamaño del hogar, lugar de residencia).

Dimensión 2:

Factores obstétricos: son aquellos elementos relacionados con el historial reproductivo, el embarazo, el parto y el posparto de una mujer, que influyen en el manejo clínico, la salud materna y perinatal, así como en los posibles riesgos o complicaciones durante el proceso gestacional.

Estos factores son fundamentales en la atención obstétrica, ya que permiten evaluar el estado de salud de la madre y del feto, predecir posibles complicaciones y planificar intervenciones médicas adecuadas para asegurar un embarazo y parto seguros.

Dimensión 3:

Factores clínicos y de acceso: son un conjunto de variables que influyen tanto en el estado de salud de una persona (desde el punto de vista médico) como en su capacidad para obtener atención sanitaria oportuna y adecuada.

- Los **factores clínicos** se refieren a las condiciones médicas del paciente: diagnóstico, comorbilidades, síntomas, antecedentes de salud y tratamientos previos.
- Los **factores de acceso** aluden a las condiciones que facilitan o dificultan el ingreso a servicios de salud, como la disponibilidad de recursos sanitarios, la cobertura del sistema de salud, el transporte, el costo, la ubicación geográfica y las barreras culturales o administrativas.

Este conjunto de factores es clave en la salud pública y la medicina clínica, ya que permite entender no solo el estado de salud del paciente, sino también su posibilidad real de recibir atención médica efectiva.

Variable 2:**AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTE**

La **automedicación en gestante** se refiere al uso de medicamentos, remedios caseros, productos naturales o cualquier sustancia con efecto terapéutico por parte de una mujer embarazada, sin la indicación, supervisión o prescripción de un profesional de salud calificado.

Esta práctica puede incluir el consumo de fármacos previamente recetados para otras condiciones, el uso de medicamentos de venta libre, o el seguimiento de consejos informales (familiares, internet, etc.). En el contexto del embarazo, la automedicación representa un riesgo potencial tanto para la madre como para el feto, debido a los posibles efectos teratogénicos, alteraciones en el desarrollo fetal, interacciones medicamentosas y complicaciones obstétricas.

Dimensiones de las variables:

Dimensión 1:

- SI

El uso voluntario de medicamentos por parte de una mujer embarazada, sin la prescripción ni supervisión de un profesional de la salud, con el objetivo de prevenir, aliviar o tratar síntomas o enfermedades durante el embarazo.

Dimensión 2:

- NO

Situación en la que una mujer embarazada no consume medicamentos sin la debida prescripción, indicación o supervisión de un profesional de la salud calificado, absteniéndose de automedicarse durante el embarazo.

Matriz de operacionalización de la variable

Variable 1: Factores asociados

Dimensiones	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
D1	Conjunto de características sociales y demográficas que describen y diferencian a los individuos dentro de una población, y que pueden influir en su comportamiento, condiciones de vida, salud y acceso a servicios.	En una investigación, los factores sociodemográficos se miden mediante variables específicas que permiten clasificar y comparar a los participantes según sus características personales y sociales. Estas variables se recogen generalmente a través de encuestas o formularios estructurados.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de la gestante • Nivel educativo • Estado civil • Ocupación actual • Tipo de seguro de salud • Ingreso familiar mensual • Servicios básicos de la vivienda • Tiempo de traslado al centro de salud • Lengua materna 	Ordinal Ordinal nominal nominal nominal ordinal ordinal nominal ordinal nominal	18-24 años/ 25-29/ 30-34/ 35 a mas Sin instrucción/primaria/secundaria/superior soltera/casada o conviviente/separada/divorciada/viuda ama de casa/empleo formal/empleo informal/desempleada No tiene/SIS/ESsalud/seguro privado Menor 1130/1130-2000/mayor a 2000 Ninguno/uno/dos/todos Menos de 30min/30-59min/60 min a mas Castellano/quechua-aimara/otro idioma
D2	son características relacionadas con el historial reproductivo y el curso actual del embarazo de una mujer, que pueden influir en su salud materna y fetal, así como en la toma de decisiones durante la gestación.	se miden a través de variables relacionadas con el historial reproductivo y las condiciones actuales del embarazo, registradas mediante entrevistas, historias clínicas o fichas prenatales, con el fin de analizar su influencia en la salud materno-fetal o conductas asociadas, como la automedicación.	<ul style="list-style-type: none"> • Trimestre de embarazo • Número total de gestaciones • Complicaciones obstétricas • Número de controles prenatales 	Ordinal Ordinal Nominal ordinal	Primer /segundo/tercer Primera/segunda/tres o mas Ninguna/anemia/preeclampsia/hipertensión/ITU/Abortos Ninguno/1 a 5 controles /2-6 o mas

D3	son condiciones relacionadas con el estado de salud actual o previo de una persona, así como con la disponibilidad, oportunidad y utilización de servicios de salud, que pueden influir en su comportamiento, atención médica	se miden a través de variables específicas que recogen información sobre el estado de salud de la persona y las condiciones que facilitan o dificultan su acceso a servicios de salud, utilizando instrumentos como encuestas, entrevistas o historias clínicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de preparados caseros • Conocimiento sobre riesgo de automedicarse • Dificultad de acceso a consulta médica. • Síntomas frecuentes o intensos • Conocimiento previo de medicamentos • Percepción del trato recibido • Creencia sobre seguridad de medicamentos sin receta. 	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p>	<p>SI/NO</p> <p>SI/NO</p> <p>SI/NO</p> <p>SI/NO</p> <p></p> <p>Muy bueno/,bueno/regular/malo/ no tuvo controles</p> <p>SI/NO</p>
----	---	--	--	---	--

Matriz de operacionalización de la variable

Variable 2: Automedicación en gestante

Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
D1	Situación en la que una mujer embarazada consume uno o más medicamentos sin prescripción médica ni supervisión profesional, con el fin de prevenir, aliviar o tratar síntomas o enfermedades durante el embarazo.	Durante el embarazo, la mujer refiere haber consumido uno o más medicamentos por decisión propia, sin indicación médica ni prescripción de un profesional de la salud, con el propósito de prevenir, aliviar o tratar algún malestar o enfermedad.			
D2	Situación en la que una mujer embarazada no consume ningún medicamento sin la debida prescripción, indicación o supervisión de un profesional de la salud durante el embarazo.	Durante el embarazo, la mujer declara no haber consumido ningún medicamento sin prescripción médica o sin indicación de un profesional de salud calificado.			

**AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN CENTROS MATERNO
INFANTILES PERUANOS, 2025”**

N.º	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
Variable 1: Factores asociados								
DIMENSIÓN 1: factores sociodemográficos		Si	No	Si	No	Si	No	
1.	Edad	X		X		X		
2.	Nivel educativo	X		X		X		
3.	Estado civil	X		X		X		
4.	Ocupación actual	X		X		X		
5.	Tipo de seguro	X		X		X		
6.	Ingreso familiar mensual	X		X		X		
7.	Servicios básicos	X		X		X		
8.	Tiempo aproximado de traslado	X		X		X		
9.	Controles prenatales	X		X		X		
10.	Lengua materna	X		X		X		
DIMENSIÓN 2: Factores Obstétricos		Si	No	Si	No	Si	No	
11.	Trimestre actual del embarazo	X		X		X		
12.	Número total de gestaciones	X		X		X		
13.	¿ha tenido alguna de estas complicaciones obstétricas actual o previas?	X		X		X		
14.	Numero de controles prenatales realizados hasta el momento	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: Factores clínicos y de acceso		Si	No	Si	No	Si	No	
15.	¿Ha usado preparados caseros para aliviar síntomas durante este embarazo?	X		X		X		
16.	Tiene conocimiento sobre los riesgos de consumir medicamentos durante el embarazo sin indicación?	X		X		X		
17.	¿Ha tenido dificultad para acceder a consulta médica cuando ha tenido síntomas?	X		X		X		
18.	¿Tuvo síntomas frecuentes o intensos durante los primeros meses del embarazo?	X		X		X		
19.	¿conoce algún medicamento que haya usado en embarazos anteriores?	X		X		X		
20.	¿Cómo califica el trato que ha recibido por parte del personal de salud durante los controles prenatales?	X		X		X		
21.	¿Crees que los medicamentos que se venden sin receta son seguros para usarlos en el embarazo?	X		X		X		
Variable 2: Automedicación en gestante								
DIMENSIÓN 1: SI		Si	No	Si	No	Si	No	
22.		X		X		X		
DIMENSIÓN 2: NO		Si	No	Si	NO	SI	No	
23.		X		X		X		

1 Pertinencia: el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2 Relevancia: el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

3 Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []


No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg. Kotty Puente Berrospi

DNI: 40747071

Especialidad del validador: Dra. Ginecóloga

.....04.... deJULIO..... de
2025.....



DRA. KOTTY PUENTE BERROSPI
GINECÓLOGA
Laser Ginecológico - Ginecoestética
RNE: 042325 CMP: 044572

Firma del experto informante

Anexo 4: Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 14 de julio de 2025

Investigador(a)
Yosef Aroste Paniora
Stefany Yvon Ynoñan Lopez
Exp. N°:1743-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: "FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN CENTROS MATERNO INFANTILES PERUANOS, 2025" con **fecha 11/07/2025**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Yosef Aroste Paniora y Stefany Sr(a) Yvon Ynoñan Lopez

La **APROBACIÓN** comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años (24 meses)** a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.
4. La constancia de aprobación por el CIEIC no **garantiza** la **aceptación** por parte de las **instituciones** donde pretende ejecutar el trabajo de investigación.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidenta
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

A
V

ANEXO 5: Formato de consentimiento informado

Título de proyecto de investigación :“FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN CENTROS MATERNO INFANTILES PERUANOS, 2025”

Investigadores :

Institución(es) : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN CENTROS MATERNO INFANTILES PERUANOS, 2025” de fecha 11/07/2025 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener(UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es que factores están asociados a la automedicación en gestantes. Su ejecución ayudará/permitirá determinar que factores sociodemográficos, obstétricos y clínicos conllevan a la automedicación.

Duración del estudio (meses): 1 mes

Nº esperado de participantes: 200 gestantes

Criterios de Inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Gestantes atendidas en los Centros Materno Infantiles seleccionados durante el período de estudio (año 2025).
- Gestantes mayores de 18 años, para garantizar el consentimiento informado autónomo.
- Gestantes que acepten participar voluntariamente y firmen el consentimiento informado.
- Gestantes con capacidad de comunicación oral y comprensión de las preguntas.

Criterios de exclusión:

- Gestantes con antecedentes de enfermedades mentales diagnosticadas.
- Gestantes hospitalizadas por complicaciones obstétricas graves en el momento de la encuesta.
- Gestantes que se retiren voluntariamente o no completen el cuestionario.

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Se le realizará encuestas
- Se dará recomendaciones sobre los riesgos que hay sobre la automedicación en gestantes.

La *entrevista/encuesta* puede demorar unos XX minutos y (*según corresponda añadir a detalle*). Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos: (*Detallar los riesgos de la participación del sujeto de estudio*)

Su participación en el estudio *no* presenta ningún tipo de riesgo.

Beneficios: (*Detallar los riesgos la participación del sujeto de estudio*)

Usted se beneficiará del presente proyecto con conocimientos sobre el peligro que conlleva la automedicación en gestantes.

Costos e incentivos: Usted no pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal (*Detallar el nombre, número de teléfono y correo electrónico del investigador principal*).

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, Email: comité etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio.

_____ (Firma) _____

Nombre participante:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

_____ (Firma) _____

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)



Nombre investigador: Stefany Yvon Ynoñan Lopez

DNI: 75951528

Fecha: (dd/mm/aaaa)



Nombre investigador: Yosef Aroste Paniora

DNI: 73073444

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nota: La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

ANEXO 6: CARTA DE AUTORIZACION PARA APLICAR ESTUDIO DE CAMPO



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"



2025-0013913

Lima, 08 de Agosto de 2025

DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR		
TRAMITE DOCUMENTARIO		
08 AGO 2025		
RECIBIDO	HORA	FINA
	16:26	

CARTA N° 0106-2025-SG-UPNW-CP

Dra. Sheyla Karen Chumbile Andia

Directora General de la DIRIS Lima Sur.

DIRIS LIMA SUR, CENTROS DE SALUD A ESTUDIAR CENTRO

MATERNO INFANTIL DE SALUD CHORILLOS II VIRGEN DEL

CARMEN Y CENTRO MATERNO INFANTIL BUENOS AIRES DE VILLA.

Calle Martínez de, Martín Pinillos 124, Barranco 15063 (Diris lima sur),

Leopoldo Arias 200, Chorrillos 15064 (Centro Materno Infantil de Salud

Chorrillos II Virgen del Carmen) y 15 de Octubre - Asoc. Pro Navidad Posta

(Centro Materno Infantil Buenos Aires de Villa)

Lima.

ASUNTO: Autorización para aplicación de estudio de campo

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez **presentar** a las BACHILLERES de la carrera profesional de **MEDICINA HUMANA**; **STEFANY YVON YNOÑAN** con código de matrícula N° **a2016100840** y **YOSEF AROSTE PANIORA** con código de matrícula N° **a2017101552**, con la finalidad de solicitar se brinde todas las facilidades pertinentes para que pueda aplicar los instrumentos de recolección de datos para una **Población que estará integrada por GESTANTES MAYORES DE 18 AÑOS**.

Toda la información que solicite la tesista **STEFANY YVON YNOÑAN LOPEZ** y **YOSEF AROSTE PANIORA** es para la elaboración de su proyecto de investigación denominado: **"FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN CENTROS MATERNOS INFANTILES PERUANOS, 2025"**, dirigido por el asesor de tesis, **MIGUEL ANGEL ARCE HUAMANI** para la obtención del título profesional de **MEDICO CIRUJANO**.

Agradeciendo por anticipado su autorización a la tesista para que logre su propósito, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



Firmado digitalmente por:
Christian Vigil Vega
DNI: 44229197
RUC: 2046294379
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11/08/2025 Hora: 11:12:41



Christian Vigil Vega
Secretario General
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

A
V

	PERU Ministerio de Salud	Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur	DIRECCIÓN GENERAL
--	-----------------------------	---	-------------------

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

EXPEDIENTE N° 2025 -0013913

La que suscribe DIRECTOR(A) GENERAL de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, hace constar que:

STEFANY YVON YNOÑAN LOPEZ
JOSEF AROSTE PANIORA

Investigado res del proyecto de Investigación "FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACION EN GESTANTES ATENDIDAS EN CENTROS MATERNOS INFANTILES PERUANOS, 2025", ha concluido satisfactoriamente el proceso de aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur, motivo por el cual se autoriza a través del presente el desarrollo del mismo.

El presente proyecto se desarrollará en el CMI VIRGEN DEL CARMEN Y CMI BUENOS AIRES DE VILLA, de la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur.

Hacemos de su conocimiento que, al término de la investigación, deberá presentar a la Dirección General de nuestra institución un ejemplar del informe final en formato físico y virtual (PDF), con la finalidad de socializar los resultados, que servirán para fortalecer las acciones de los establecimientos de salud.

De no cumplir con remitir lo indicado, se hará de conocimiento a la universidad de procedencia o institución a la que pertenecen, a fin de ejecutar las acciones que correspondan.

Esta constancia tiene validez por (04) meses, a partir de su expedición, la misma que puede ser renovable hasta la conclusión de la investigación; para tal fin, deberá presentarse la solicitud 10 días hábiles antes del vencimiento. No autoriza la publicación del estudio por ser un proceso independiente.

Asimismo, deberá cumplir con todos los protocolos de seguridad, como utilizar equipos de protección personal, a fin de evitar el riesgo de infección.

Documento firmado digitalmente

SHEYLA KAREN CHUMBILE ANDIA
DIRECTOR(A) GENERAL
DIRECCION GENERAL
Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur
(SCA/Intp)

Calle Universidad, Matín Perfino, 24, Distrito de Miraflores. Una copia electrónica simplificada de este documento electrónico archívado en la Oficina de Autorización e Inspección y Control de Servicios de la Gerencia de Salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur. <http://www.gob.pe/diresur>

MINSA
DIRIS LIMA SUR




14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 12% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
2	Internet	repositorio.unsaac.edu.pe	<1%
3	Internet	repositorio.usmp.edu.pe	<1%
4	Internet	renati.sunedu.gob.pe	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Privada Antenor Orrego 2025 on 2025-10-05	<1%
6	Trabajos entregados	uwiener on 2025-02-06	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2020-12-02	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2021-07-30	<1%
9	Internet	repositorio.autonoma.edu.co	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-07-03	<1%
11	Internet	repositorio.unc.edu.pe	<1%