



Universidad Argentina de la Empresa
Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Psicología

Trabajo de Investigación Final

Percepción de riesgo, malestar psicológico y automedicación en adultos jóvenes entre 18 y 45 años de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

Alumna:

Giménez, Florencia Ileana LU: 1061535

Tutor:

González Caino, Pablo Christian

Fecha de entrega: 10 de Diciembre 2020

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.2 Pregunta de Investigación	4
1.3 Objetivo General	4
1.4 Objetivos Específicos	4
1.5 Hipótesis	5
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 Percepción de riesgo	5
2.2 Malestar Psicológico	7
2.3 Automedicación	8
2.4 Estado del Arte	10
3. METODOLOGÍA	13
3.1 Diseño	13
3.2 Participantes	13
3.3 Instrumentos	14
3.4 Procedimiento de la Recolección de Datos	15
3.5 Procedimiento del Análisis de Datos	16
4. RESULTADOS	16
5. DISCUSIÓN	24
6. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	28
7. CONCLUSIÓN	29
8. REFERENCIAS	30
9. ANEXO	37

RESUMEN

La automedicación es un hecho que se intensificó de manera progresiva a nivel mundial a lo largo de estos últimos años. Si bien, la percepción del riesgo, el malestar psicológico y la automedicación fueron estudiados y analizados acorde a la problemática, no se encontraron estudios que vinculen las tres variables planteadas. Además, hay que tener en cuenta los pocos trabajos de investigación que se encuentran en Argentina y en América Latina relacionados a esta temática. El presente trabajo consistió en describir y analizar la relación entre los niveles de percepción de riesgo, malestar psicológico y automedicación en 380 adultos jóvenes entre 18 y 45 años residente en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Se empleó un cuestionario sociodemográfico y los instrumentos DOSPERT-30 (Escala de Toma de riesgo por dominios específicos), DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scales) y la escala de automedicación en estudiantes universitarios. Los resultados obtenidos arrojaron relaciones significativas. La percepción de riesgo se relacionó con el estrés y la ansiedad, mientras que los beneficios esperados con el estrés. Asimismo, las tres dimensiones del malestar psicológico se relacionaron de forma negativa con el conocimiento en función a la automedicación. El análisis de los resultados se encuentra en la discusión. Se establecieron limitaciones y recomendaciones hacia las futuras líneas de investigación.

Palabras claves: Percepción de riesgo, Malestar Psicológico, Automedicación

ABSTRACT

Self-medication is a fact that has been progressively intensified worldwide in recent years. Although the perception of risk, psychological distress and self-medication were studied and analyzed according to the problem, no studies were found linking the three variables raised. In addition, one must take into account the few research works found in Argentina and Latin America related to this topic. The present work consisted of describing and analyzing the relationship between the levels of risk perception, psychological distress and self-medication in 380 young adults between 18 and 45 years of age living in the Autonomous City of Buenos Aires and Greater Buenos Aires. A

sociodemographic questionnaire and the DOSPERT-30 (Domains-Specific Risk Taking Scale), DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scales) instruments and the self-medication scale in university students were used. The results obtained yielded significant relationships. Risk perception was related to stress and anxiety, while the expected benefits to stress. Likewise, the three dimensions of psychological distress were negatively related to knowledge based on self-medication. The analysis of the results is in the discussion. Limitations and recommendations were established for future lines of research.

Key words: Risk perception, Psychological Discomfort, Self-medication

1. INTRODUCCIÓN

En principio, se establece que el concepto de riesgo ha sido vinculado desde sus inicios a las sociedades humanas. Se refiere a la mayor probabilidad de un resultado negativo en una determinada población y cada ser humano lo adopta de manera muy diversa (Kraemer, Kazdin, Offord, Kessler, Jensen y Kupfer, 1997). La mayoría de las personas se resiste a la idea de que la acción que realice lo podría poner en riesgo frente a un peligro (Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009).

Becoña (2000) plantea que la percepción de riesgo coincide con un supuesto peligro para la salud y su localización estaría en la parte subjetiva del individuo, ya que los elementos que lo componen serían de tipo perceptivo: historia personal, creencias, actitudes, motivaciones, entre otros. Puede provocar alteraciones en el estado psicológico de cada persona y por tanto, suele haber una percepción no benéfica sobre la automedicación.

Por otro lado, Páez (1986) define el malestar psicológico como el nivel de estrés percibido, desmoralización, inconformidad y desasosiego. Suelen manifestarse a través de diversas sintomatologías, las cuales forman parte de los llamados trastornos depresivos y trastornos de ansiedad. Además, es relevante destacar que en los últimos años hubo un incremento en diversos trastornos psicológicos – ansiedad, depresión y trastornos de alimentación – (Rodríguez Fernández, 2009). De esta manera, no es casualidad que también

haya habido un aumento del consumo de fármacos sin prescripción médica en la actualidad (Ruiz Sternberg y Pérez Acosta, 2011).

Por consiguiente, se denomina automedicación al uso de productos medicinales sin prescripción médica que tienen la finalidad de combatir los síntomas de enfermedades agudas o crónicas (Cuevas, Samaniego, Acosta, Domenech, Lugo y Maidana, 2019). En otras palabras, la Organización Mundial de la Salud (1998) la define como el consumo de medicamentos por parte de un paciente para tratar síntomas que el sujeto reconoce y que tiene un uso continuado de una medicación prescrita por el médico para enfermedades o síntomas recurrentes o crónicos. Por lo tanto, diversos autores conciben la automedicación como un factor de riesgo (Díaz-Caycedo, Payán-Madriñán y Pérez-Acosta, 2014). Asimismo, cuando una persona decide consumir un fármaco y desconoce su uso adecuado, sus riesgos y la sintomatología por la cual se consume, se define como autoconsumo (Dahir, Hernandorena, Chagas, Mackern, Varela y Alonso, 2015) incluso son medicamentos que no necesitan prescripción médica (Ortiz, Ruiz - Cabello, Uberos, Ros, Ortiz, Morales y Hoyos, 2017)

La realización de este trabajo se justifica por la repercusión que puede llegar a tener frente al área de prevención de salud, con el objetivo de crear programas de prevención, teniendo en cuenta los pocos estudios que se encuentran en Argentina y en América Latina relacionados a esta temática.

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2 Pregunta de Investigación

¿Qué relación existe entre la percepción de riesgo, el malestar psicológico y la automedicación en adultos jóvenes entre 18 y 45 años de CABA y GBA?

1.3 Objetivo General

Describir y analizar la relación entre los niveles de percepción de riesgo, malestar psicológico y automedicación en adultos jóvenes entre 18 y 45 años de CABA y GBA.

1.4 Objetivos Específicos

1. Describir los niveles de percepción de riesgo, malestar psicológico y automedicación en adultos jóvenes, entre 18 y 45 años, residentes en CABA y GBA.

2. Determinar si existen diferencias significativas en los niveles de percepción de riesgo, malestar psicológico y automedicación según género, edad y autoconsumo.
3. Evaluar la relación entre la percepción de riesgo, malestar psicológico y automedicación en adultos jóvenes.

1.5 Hipótesis

H1. a) El grupo de hombres presenta menores niveles de percepción del riesgo que las mujeres.

b) El grupo de mujeres presenta mayores niveles de malestar psicológico y automedicación que los hombres.

H2. a) Los participantes de menor edad tienen menor nivel de percepción de riesgo que los de mayor edad.

b) Los participantes de menor edad tienen mayor nivel de malestar psicológico y de automedicación que los de mayor edad.

c) Los participantes que se automedican tienen menor nivel de percepción de riesgo y de autoconsumo (conocimiento) que los que no se automedican.

H3. Existe una relación significativa entre percepción del riesgo, malestar psicológico y automedicación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Percepción de riesgo

La percepción del riesgo parte de la información y de las experiencias que el sujeto va acumulando a lo largo de su vida. Pidgeon, Hood, Jones, Turner y Gibson (1992) plantean que se exterioriza en múltiples áreas y adquiere diferentes resultados en función de las diversas personas y contextos.

Asimismo el término percepción del riesgo, según Pastor (2000) se entiende como el proceso cognitivo en el cual intervienen variables personales, información obtenida, creencias, historia personal, actitudes y motivaciones que le facilita a una persona a construir

una valoración subjetiva respecto a un riesgo que le genera consecuencias en su conducta. En otras palabras, hace que el sujeto asuma el riesgo o no, en base a las particularidades de cada situación. Esto, se puede observar frente al consumo de alcohol: si un sujeto tiene baja percepción de riesgo en función a sus experiencias y no sufrió peligro al consumirlo, es probable que lo siga haciendo. Por lo general, las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas o negativas que crean que les pueda provocar (García Del Castillo, 2012).

De esta forma, la percepción del riesgo se conoce como una de las variables que presentan mayor impacto en la iniciación y mantenimiento del consumo de sustancias en los individuos, generando ocasionalmente, un predominio en el momento que la persona se plantea la duda de consumir o no (Laespada, Castillo y Santamaría, 2004). En este sentido, los juicios preconcebidos sobre las diversas sustancias, que a su vez se basan en vivencias, creencias y construcciones sociales, influirán determinadamente en el consumo (Becoña, 2007). Al mismo tiempo, Stajnovic (2015), sostiene que la percepción del riesgo varía en función de los diversos elementos socioeconómicos y socioculturales, al igual que las vivencias previas en relación al peligro.

Siguiendo esta línea, se ha comprobado en diferentes trabajos (Moral Jimenez y Ovejero Bernal, 2011; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo, 2010), que las personas con alta percepción del riesgo tienen menor probabilidad de consumir sustancias frente a los que tienen baja percepción del riesgo; esto se debe a que la variable opera de forma moderadora de la motivación personal (García del Castillo, 2012).

De este modo sucede que en la adolescencia, muchos jóvenes tienen un nivel bajo sobre la percepción al riesgo entonces disfrutan el uso de alcohol, sustancias ilegales, comportamiento sexual inseguro y conducción vehicular peligrosa (Eaton et al., 2012; Maturana, 2011; Steinberg, 2008). Por otro lado, García Del Castillo (2012) plantea que los adultos tendrían una percepción más real de las consecuencias que provocaría la acción que decidieran hacer, considerando la opción de mayor riesgo cuando se basan en los resultados positivos. Es decir, en función de las alternativas que el individuo tiene, tomaría la acción más arriesgada dependiendo de los resultados positivos o negativos. Por ejemplo, el

consumir drogas, dar marcha atrás y exceder la velocidad, pueden ser una muestra de que los individuos realmente perciben un alto riesgo realizando estas acciones, pero asumen un riesgo bajo ante esas situaciones. En otras palabras, las personas perciben el riesgo, pero con tal de alcanzar o lograr su meta, ejecutan la acción de igual manera pudiendo provocar un accidente (García Del Castillo, 2012).

Asimismo, Medina Mora, Peña Corona, Cravioto, Villatoro y Kuri (2002) realizaron una investigación en donde se demuestra que la iniciación al consumo en edades tempranas, se relaciona con una mayor posibilidad de extender el consumo en edades adultas, siendo mayor el riesgo de desarrollar drogodependencia y sufrir consecuencias negativas a largo plazo proveniente del consumo.

Sin embargo, la percepción del riesgo también afecta al ámbito de salud. Ya que por lo general, si se presentan emociones positivas hacia cierta actividad, que además se llevan a cabo habitualmente, las personas suelen calificar la peligrosidad de la acción o de la situación como baja y los beneficios esperados como altos (Slovic, Peters, Finucane y MacGregor, 2005). Vale decir, que cuanto menor percepción de riesgo presente el sujeto, la posibilidad de consumo, por ejemplo, será mayor. De igual manera que si se realizara de forma inversa.

Por último, se destaca que el riesgo percibido, se controla y se evalúa de dos diversas maneras: 1) como análisis objetivo, que tiene una visión más bien objetiva, de razonamiento, lógica y de reflexión en función de la toma de riesgos y por tanto, de decisiones; por otro lado, el 2) sentimiento de riesgo, se vincula con las reacciones internas y automatizadas en relación al peligro percibido (Slovic y Peters, 2006).

2.2 Malestar Psicológico

El malestar psicológico se conoce como una alteración del estado emocional. Es un proceso adaptativo, que debe ser considerado y evaluado por un profesional de la salud mental (Espíndola Hernández, Morales - Carmona, Díaz, Pimentel, Meza, Henales, Carreño, Ibarra, 2006). Páez (1986), lo define como el nivel de estrés percibido, desmoralización, inconformidad y desasosiego. De esta manera, suele manifestarse a través de diversas sintomatologías.

Por otra parte, Morales Carmona (2005) determina que el malestar psicológico, es un conjunto de cambios emocionales vinculados a un evento, circunstancia o suceso, pero que no conforman un padecimiento sintomático manifiesto ya que, no reúne los requisitos establecidos. Por lo tanto, el individuo experimenta su estado o situación como una incomodidad subjetiva (Sánchez Pichardo, De León Miranda y Reyes Reyes, 2013).

El malestar psicológico es una complicación dentro del área de la salud mental, ya que, por un lado no se considera una psicopatología pero sin embargo, produce una serie de manifestaciones que perturban el funcionamiento habitual de los individuos (Mosqueda – Díaz, González Carvajal, Dahrbacun-Solis, Jofré-Montoya, Caro-Castro, Campusano-Coloma, Escobar-Ríos, 2019). De esta forma, se considera una alteración sustitutiva en función al estímulo estresor, en donde se mantienen sus propiedades adaptativas y funcionales (Espíndola Hernández et al., 2006).

Las circunstancias con alto nivel de estrés inciden sobre la vulnerabilidad psíquica de cada persona, mediante el cual, se expresa a través de distintas sintomatologías, tales como las alteraciones del sueño, las afecciones psicósomáticas, los sentimientos de miedo y temor, la desesperación y las adicciones (Alderete, Plaza y Berra, 2004). Cabe fundamentar que dichos síntomas pueden considerarse parte de la depresión, de la ansiedad y del estrés (Antúnez y Vinet, 2012).

Reiterados estudios a lo largo del mundo han demostrado que en épocas de crisis políticas y/o sociales se evidencia un incremento de los trastornos depresivos y de los trastornos de ansiedad (Patel y Kleinman, 2003). Asimismo, existen los llamados trastornos mentales comunes que son quienes causan un malestar psicológico significativo en las personas, pero que no tienen la gravedad de los trastornos mencionados anteriormente. Sin embargo, ambos actúan de forma negativa, ya sea en la salud física y mental de la persona, como también en sus relaciones interpersonales, familiares o laborales (Brenlla y Aranguren, 2010).

2.3 Automedicación

La administración de los medicamentos es de uso común en la vida de muchas personas pero el manejo inadecuado puede causar efectos adversos severos (Ruiz-Sternberg

y Pérez-Acosta, 2011). Este suceso se ha complejizado por su creciente y progresiva repercusión en el mundo. Por un lado, existe una orientación vinculada a la automedicación denominada “responsable” que asimismo se puede pensar como una posibilidad social y económica, que posibilita el cuidado de la salud de las personas. Por otro lado, hay personas que expresan su preocupación por los posibles efectos negativos de la automedicación “no responsable” (Ruiz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011).

Se denomina automedicación al uso de productos medicinales sin prescripción médica que tienen la finalidad de combatir los síntomas de enfermedades agudas o crónicas (Cuevas et al., 2019). Tizón Bouza y Vásquez Torrado (2006) la plantean como una conducta propensa a conseguir un fármaco con la finalidad de optimizar la salud, reducir síntomas o modificar la continuidad de algún tratamiento. Además, Loyola Filho, Lima-Costa y Uchôa (2004) agregan que también se define por la recuperación de fármacos utilizados anteriormente u obtener fármacos de su círculo cercano, recurrir a medicamentos acumulados en los domicilios, prolongar o interrumpir un tratamiento médico e incrementar o disminuir la dosis del tratamiento prescrito.

Se determinó que son muchos los factores que influyen en la decisión de automedicarse. Los componentes sociales son los que principalmente se destacan: reiterada presión por parte de familiares y amigos al ofrecer una alternativa para la solución de la sintomatología expuesta, además de la carencia de tiempo para asistir al sistema sanitario (De Pablo, 2011).

Por otro lado, los psicofármacos son medicamentos con la capacidad de modificar las funciones psíquicas o neurológicas y se suele hacer uso para los tratamientos de trastornos o padecimientos mentales (Berrouet Mejía, Lince Restrepo, Restrepo Bernal, 2018).

Actualmente, el consumo de sustancias y psicofármacos sin supervisión médica es un serio problema de salud pública a nivel mundial (Friedman, 2006) debido a sus efectos directos - sobredosis, enfermedades cardiovasculares - e indirectos, tales como los accidentes de tránsito, el bajo rendimiento, y otros (Ruiz-Olivares, Lucena, Pino y Herruzo, 2010). Por lo que se produjeron severas consecuencias tanto a nivel psíquico como físico en las personas

que consumen, provocando deterioros en las relaciones personales, familiares, laborales y sociales (Becoña Iglesias, 2002).

Siguiendo esta línea, se halla una percepción más amplia del problema, debido que el uso y consumo de sustancias se propagó en el área de la salud: drogas que fueron prescritas por el profesional pero dicha prescripción no es abordada y se ingiere en tiempos y dosis mayores a los estipulados por el médico (Organización Mundial de Salud, 2005). De este modo, el consumo de sustancias aumenta de forma diaria dentro de una sociedad (Cogollo, Arrieta, Blanco, Ramos, Zapata y Rodríguez, 2011). Es sumamente relevante destacar que el uso de benzodiacepinas y ansiolíticos no estipulado por un profesional tiene inicio en la adolescencia y/o adultez temprana (McCabe, 2005).

El estudio realizado por Berrouet Mejía et al. (2017) determinó que el motivo de la automedicación en estudiantes universitarios estaba íntimamente relacionado con el insomnio, la depresión y el sentirse ansiosos y estresados. Mayormente el consumo de hipnosedantes suele vincularse con el aumento de los trastornos de ansiedad (Matud Aznar, García Pérez, Bethencourt Pérez, Rodríguez-Wangüemert, 2017). Además, se agrega que dentro del ámbito laboral existen condiciones poco confortables y abundantes exigencias, las cuales muchas veces suelen ser motivo de estrés, facilitando los síntomas de ansiedad e insomnio. Por consecuencia, se despiertan trastornos tales como depresión y ansiedad (Cohen, Janicki-Deverts y Miller, 2007).

Por último, es de suma importancia relevar que la industria farmacéutica posee un rol fundamental en el mercado, de forma tal que influye positiva o negativamente en la automedicación (Díaz-Caycedo et al., 2014).

2.4 Estado del Arte

Como base bibliográfica para la presente investigación se utilizaron repositorios de los sitios Google Académico, EBSCO, Elsevier, Scielo, Redalyc y Researchgate, a partir de referenciar palabras claves como percepción del riesgo, malestar psicológico, automedicación, estrés, ansiedad, depresión y sus equivalentes en inglés.

La investigación realizada por Ruiz – Olivares, Lucena, Pino y Herruzo (2010) evaluó la relación entre el consumo de sustancias, tales como el alcohol y el tabaco, y los

psicofármacos con la percepción de riesgo. La muestra se basó en 1011 estudiantes universitarios de la Universidad de Córdoba. Los resultados obtenidos, señalan que los jóvenes que consumen habitualmente puntúan de manera más baja en función de los diversos riesgos procedentes del consumo. Es decir, aquellos estudiantes que no perciban un riesgo alto, tienen mayores probabilidades de ser consumidores de alcohol, tabaco y psicofármacos. El grupo consumidor de alcohol tiene una percepción baja del riesgo en función a las posibles problemáticas que impactan en la salud, en los vínculos interpersonales, en el área cognitivo y conductivo del sujeto, problemas legales y otros, comparado con el grupo que tiene una frecuencia baja de consumo. Lo que llamó la atención es que ambos grupos, tuvieron una percepción mayor frente al peligro de tener un accidente de tránsito. En este caso, probablemente las campañas de prevención hayan sido beneficiosas para la concientización de la población. Mientras que, para los consumidores de fármacos y tabaco se reiteran los resultados: asumen mayores riesgos, en función a su baja percepción del mismo.

Asimismo, en el estudio realizado por Matud Aznar, García Pérez, Bethencourt Pérez, Rodríguez-Wangüemert, (2017) se buscó analizar la relevancia existente entre las variables sociodemográficas y la sintomatología del malestar emocional con el uso de ansiolíticos e hipnóticos en hombres y mujeres. Sobre una muestra de 3087 mujeres y 2781 hombres entre 22 y 70 años, se encontró que el consumo habitual de ansiolíticos e hipnóticos era mayor en mujeres que en hombres. Además, se destacó que las personas de ambos sexos que consumían psicofármacos presentaban síntomas somáticos, de ansiedad e insomnio, depresión e inclusive disfunción social en comparación a quienes no hacían uso de tales medicamentos.

Por otro lado, Hatman, Dos Santos, Rocha, Horna y Morales (2015) señalan que la automedicación siempre ha sido considerada una táctica frente al malestar psicológico y/o enfermedad. De esta forma el estudio tuvo el propósito de analizar la automedicación desde la perspectiva de cada individuo. Es decir, analizar la percepción de gravedad del cuadro clínico como determinante de automedicación entre los estudiantes universitarios. Consecuentemente se determinó que dichos estudiantes evidencian de manera más positiva y segura la automedicación en función a cuadros clínicos leves o experimentado

anteriormente. La investigación se basó en estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE) de Corrientes, Argentina.

Siguiendo esta línea, Machado-Alba, Álzate-Carvajal y Jiménez-Canizales (2015) llevaron adelante el estudio acerca de las tendencias de consumo de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en la población Colombiana, en donde se indicó que las mujeres son quienes hacen mayor uso de los hipnosedantes comparado con los hombres. La muestra varió de 11.097 a 19.231 entre los años 2008-2013 y los fármacos más utilizados fueron Clonazepam, Alprazolam y Lorazepam. Asimismo, los autores detectaron que el 17,3% de la población consumía más de un ansiolítico o hipnótico a la vez. Por tanto, los trastornos de ansiedad y del sueño facilitaron el incremento de dichos fármacos.

De igual forma, sobre una muestra de 1206 adultos italianos, se buscó conocer a que necesidades de las personas, respondía la automedicación. De esta manera, Calamuza, Di Marzio, Cristofani, Arrighetti, Santaniello, Alfani y Carducci (2011), procedieron a un análisis en donde se evaluó los conocimientos previos y la percepción de riesgo en función al entendimiento del autoconsumo de fármacos. Por consecuente, se detectó que la mayoría de la población desconoce o posee una baja percepción del riesgo a la hora de consumir medicamentos. Asimismo, el porcentaje mayor de los encuestados revelaron que cada vez que compran un fármaco, leen el prospecto para interiorizarse acerca de la dosificación y efectos secundarios. Solo el 38,1% señaló la total comprensión del mismo, debido a los distintos niveles educativos. Además afirman tener inconvenientes respecto a la dosificación diaria máxima.

En otro estudio (Soriano, Saldaña, Treviño y Gasca, 2009), se evaluó la percepción que tienen los jóvenes adultos con respecto a su salud, en cuanto a las conductas y contextos de riesgo. La muestra se basó en 1593 alumnos de la universidad nacional de México. Los jóvenes mostraron puntajes elevados en función al estrés, a la depresión y a las conductas de riesgo y por tanto, de la poca percepción que tenían del mismo. En cuanto al malestar psicológico -estrés, depresión- se halló una prevalencia disfuncional en las relaciones interpersonales, como familiares, que fueron vinculadas a las experiencias de riesgo frecuentes. Asimismo, cuatro de cada diez alumnos informaron poseer una enfermedad crónica. Los autores agregan, que dichos jóvenes no realizan actividad física, lo cual se

vincula con una desmejora del cuadro y un mayor porcentaje de sedentarismo. Sin embargo, sostienen que incrementan el consumo de sustancias, tanto de alcohol como de tabaco, pese a saber que tiene un efecto nocivo hacia su salud. Es decir, no perciben el riesgo en dicha práctica ya que lo realizan como una forma de afrontamiento de la enfermedad. De esta manera, lo único que hacen es poner en riesgo sus futuros proyectos personales y profesionales.

Por último, en el estudio presentado por Alcázar- Pichucho, Zambrano Santos y Pincay-Pin (2018) se buscó entender la automedicación y los riesgos pertenecientes a la salud. Sobre una muestra que consistió en 970 adultos, de entre 30 y 45 años, se determinó que la automedicación aumenta de forma diaria debido a la falta educacional de los participantes. En este sentido, muchas personas prefieren ir a las farmacias antes que ir a los hospitales, ya que en ellos, hay una falta de personal médico. Esto último, impacta directamente sobre el consumo de medicamentos no recetados por un profesional. Asimismo, se encontró que los fármacos más utilizados son los analgésicos, los cuales son adquiridos en farmacias. Por último, los autores afirman que los sujetos presentaron sintomatología adversa, pero que aun así, volverían a consumirlos.

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño

La presente investigación consta de un estudio con enfoque cuantitativo y un alcance descriptivo-correlacional, diseño no experimental y corte transversal.

3.2 Participantes

Se recabó una muestra no probabilística intencional que estuvo compuesta por 380 personas adultas jóvenes de ambos sexos, 80 % femenino ($N = 304$) y 20 % masculino ($N=76$), con edades comprendidas entre 18 y 45 años ($ME = 30.04$, $DE = 8.93$). El 47.1% ($N = 179$) reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el 52.9% ($N = 201$) en la Provincia de Buenos Aires. Se excluirá las personas que no hayan firmado el consentimiento informado y que tengan más del 5% de respuestas incompletas.

La muestra arrojó que el 58.2 % de las personas ha tomado medicación sin consultar al médico en el último año. De los cuales, el 12.9% consume una vez cada 2 o 3 semanas, el 12.1% lo realiza menos de 5 veces al año, el 10.3% con una frecuencia de una vez por semana y el 9.7% una vez cada 2 o 3 meses. El resto, que pertenece al 55% señaló que casi nunca consumen.

En función a los resultados obtenidos, el 53.2% indicó que se automedica por dolor de cabeza, luego el 22.9% aseguró que lo hacen por otros síntomas, el 9.2% por dolor de estómago, el 7.6% por un resfriado común, el 5% sólo cuando tienen fiebre, el 1.1% por estreñamiento, el 0.5% por tos y por último, el 0.5% restantes para estimulantes de estudios o deportes.

Los medicamentos mayormente utilizados con el 76.1% son los denominados AINES (ibuprofeno, paracetamol...); proseguido por el 4.7% de las plantas medicinales; el 4.2% para las benzodiazepinas; el 4.2% correspondiente a los antiácidos; el 3.7% para las multivitaminas; el 2.6 % para los anticonceptivos; 2.4% para los antibióticos, el 0.8% ya sea para los anticonceptivos y también para los preparados homeopáticos, finalizando con el 0.5% para los laxantes.

El 39.5% de los participantes obtienen información del uso del fármaco a través de las experiencias anteriores; el 23.4% de los conocimientos propios; el 21.6% de amigos o familiares; el 12.1% de otros lugares; el 2.1% de internet y por último, el 1.3% de las publicidades.

El 70.3% indicó que adquiere el fármaco de la farmacia; el 25.5% del botiquín de su casa y el 4.2% de algún familiar o amigo. En donde el 94.5% comentan que los síntomas mejoran, solo el 5.3% señalan que los síntomas permanecen iguales y el 0.3% hacen referencia a que la sintomatología empeora.

3.3 Instrumentos

Cuestionario Sociodemográfico: se implementará un cuestionario sociodemográfico que indagará sobre la edad, sexo, estado civil y estudios alcanzados.

Toma de Riesgo por Dominio Específico (DOSPERT-30) (Weber, Blais y Betz, 2002). Evalúa la propensión a los comportamientos de riesgo, con un alfa de Cronbach .85; la percepción del riesgo, con un alfa de Cronbach .89 y los beneficios esperados de los comportamientos de riesgo, con un alfa de Cronbach .82 en cinco dominios específicos – ética, finanzas, salud/seguridad, recreativo y social –. La escala está compuesta por 30 ítems en donde se aplica una escala Likert de siete puntos, que varían entre 1 - *sumamente improbable* - y 7 - *sumamente probable*-. En esta investigación se utilizó la versión adaptada al español (Lozano, Megias, Catena, Perales, Baltruschat y Candido, 2017).

Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21) (Lovibond y Lovibond, 1995). Está conformado por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta tipo *Likert* que varían entre 0 – “*No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana*” - y 3 – “*Si, esto me pasó mucho o casi siempre*” -. Asimismo, la escala evalúa la sintomatología depresiva con un alfa de Cronbach .89, ansiosa con una alfa de Cronbach .73 y de estrés con un alfa de Cronbach .83, así como el grado y la frecuencia en que se han experimentado estos estados durante la última semana. Por tanto se determina que todos los elementos del DASS-21 presentaron un alfa de Cronbach .91. Cada escala contiene siete ítems y el puntaje por subescala puede variar entre 0 y 21 puntos, por lo que, a mayor puntaje obtenido, se estima que existe mayor presencia de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés. En esta investigación se utilizará la versión adaptada al español (Antúnez y Vinet, 2012).

Escala de Automedicación en estudiantes universitarios (Guirado Cordero, 2016). Evalúa la dimensión de eficacia y conocimiento respecto a la automedicación. La encuesta está constituida por cuatro partes: en la primera parte se adquieren los datos personales de las personas; la segunda parte contiene 7 preguntas de respuestas múltiples - 3 solo otorgan la posibilidad de una sola respuesta y las demás, permiten contestar con varias opciones-; en la tercera parte se dispone de diversas afirmaciones que varían entre “nunca”, “ a veces” y “siempre”; y por último, en la cuarta parte el participante debe responder su grado de acuerdo o desacuerdo en función a la serie de afirmaciones dadas. El objetivo de esta escala es conocer la práctica del autoconsumo en los estudiantes, establecer la eficacia y obtener información acerca del conocimiento que tienen los jóvenes de la automedicación.

3.4 Procedimiento de la Recolección de Datos

La recolección de datos se realizó a través de la herramienta Formularios de Google. El procedimiento consistió, en una primera instancia, en solicitar un consentimiento informado que cada participante deberá aceptar para continuar con el proceso de respuesta. Esto indicó a los participantes que todos los datos recolectados tendrán como único objetivo formar parte de una investigación académica. Por lo tanto, la confidencialidad como el anonimato, serán respetados. Posteriormente, se procederá a la presentación del cuestionario sociodemográfico para luego, finalizar con los tres instrumentos de evaluación otorgada a cada variable investigada. Para alcanzar la muestra total del presente proyecto, se publicará la batería de administración en las diversas redes sociales, las cuales serán utilizadas como medio de contacto con los futuros participantes.

3.5 Procedimiento del Análisis de Datos

Para el análisis de los datos recolectados se realizó una matriz en el software IBM SPSS Statistics 26. Los grupos de edad fueron divididos por la media de la edad ($ME = 30.04$, $DE = 8.93$). Para responder a los diversos objetivos, se emplearán los siguientes análisis estadísticos: para el primer objetivo, se utilizará una estadística descriptiva calculando estadísticos, tales como mínima, máxima, media, desvío y porcentaje. Para el segundo objetivo de diferencias de grupos, se aplicará la prueba t de Student para muestras independientes y para el tercer objetivo de correlación, se utilizará una prueba de correlación de Pearson.

4. RESULTADOS

A partir del procesamiento de datos se obtuvieron los siguientes resultados, ordenados en función de los objetivos planteados.

Para el primer objetivo, se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo para cada una de las dimensiones de los instrumentos de percepción de riesgo, malestar psicológico y automedicación.

La percepción de riesgo fue la dimensión que se mostró predominante con una media de 139.35 ($DE=20.83$), un mínimo de 53 y un máximo de 192. En segundo lugar se ubica la toma de riesgo con una media de 103.96 ($DE=20.10$), un mínimo de 56 y un máximo 172.

Por último, los beneficios esperados cuentan con una media de 47.43 ($DE=6.75$), un mínimo de 30 y un máximo de 66.

Tabla 1 – Estadísticos descriptivos de la toma de riesgo por dominios específicos (DOSPERT)

	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Toma de riesgo	380	56	172	103.96	20.10
Percepción de riesgo	380	53	192	139.35	20.83
Beneficios esperados	380	30	66	47.43	6.75

En función a los estadísticos descriptivos acerca del malestar psicológico (estrés, ansiedad, depresión), el factor predominante es el estrés, con una media de 14.44 ($DE=5.06$), con un mínimo de 7 y un máximo de 28. El siguiente factor fue la depresión, con una media de 12.64 ($DE=5.31$), con un mínimo de 7 y un máximo de 28. Se concluye con el factor de ansiedad que presenta una media de 10.67 ($DE=4.04$), con un mínimo de 7 y un máximo de 28.

Tabla 2 – Estadísticos descriptivos de estrés, ansiedad y depresión (DASS-21)

	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Estrés	380	7	28	14.44	5.06
Ansiedad	380	7	28	10.67	4.04
Depresión	380	7	28	12.64	5.31

Los estadísticos descriptivos de las dimensiones de automedicación demuestran que la dimensión más relevante es el conocimiento con una media de 12.31 ($DE=2.12$), un mínimo de 8 y un máximo de 18. Por consiguiente se encuentra el factor de eficacia con una media de 5.68 ($DE=1.57$), un mínimo de 3 y un máximo de 9.

Tabla 3 – Estadísticos descriptivos de automedicación

	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
--	---	--------	--------	-------	----

Eficacia	380	3	9	5.68	1.57
Conocimiento	380	8	18	12.31	2.12

Para el segundo objetivo del presente estudio, el cual consiste en determinar si existen diferencias significativas entre la percepción de riesgo, malestar psicológico y automedicación, se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes.

Tabla 4 – Diferencias de grupos Dospert según género.

	Femenino	N=304	Masculino	N = 76	t (378)
	Media	DE	Media	DE	
Toma de riesgo	102.16	19.71	111.14	20.19	-3.535
Percepción de riesgo	141.94	19.62	129.01	22.39	4.989**
Beneficios esperados	46.87	6.42	49.69	7.55	-3.303

Considerando las sub-escalas del Dospert, se estable que para la toma de riesgo se hallaron diferencias significativas ($t(378) = -3.535, p < .001$) a favor de los hombres ($ME= 111.14, DE= 20.19$) en relación a las mujeres ($ME= 102.16, DE= 19.71$). Sin embargo, en percepción de riesgo se encontraron valores significativos ($t(378) = -3.535, p < .001$) para las mujeres ($ME= 141.94, DE= 19.62$) en comparación con los hombres ($ME= 129.01, DE= 22.39$). Por último, en cuanto a los beneficios esperados se encontraron diferencias significativas ($t(378) = -3.303, p < .005$) en los hombres ($ME= 49.69, DE= 7.55$) por sobre las mujeres ($ME= 46.87, DE= 6.42$).

Tabla 5 – Diferencias de grupos Dass según género.

	Femenino	N=304	Masculino	N=76	t (378)
	Media	DE	Media	DE	
Estrés	14.63	5.07	13.69	4.97	1.441
Ansiedad	10.93	4.06	9.65	3.83	2.470*
Depresión	13.07	5.48	10.92	4.15	3.206*

En lo que refiere a las dimensiones de estrés, ansiedad y depresión, se detectó que para la dimensión de ansiedad se hallaron diferencias significativas ($t(378) = 2.470, p < .05$) a favor del grupo femenino ($ME = 10.93, DE = 4.06$) en relación a los hombres ($ME = 9.65, DE = 3.83$). Mientras que la depresión demostró diferencias significativas ($t(378) = 3.206, p < .005$) en las mujeres ($ME = 13.07, DE = 5.48$) por encima de los hombres ($ME = 10.92, DE = 4.15$).

Tabla 6 – Diferencias de grupos Automedicación según género.

	Femenino	N= 304	Masculino	N=76	t (378)
	Media	DE	Media	DE	
Eficacia	5.65	1.61	5.81	1.41	-.813
Conocimiento	12.20	2.09	12.73	2.20	-1.948

En lo que respecta a las dimensiones de automedicación según género, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 7 – Diferencias de grupos Dospert según edad

	Grupo 1		Grupo 2		t (373)
	entre:	18 y 30 años	entre:	31 y 45 años	
	Media	DE	Media	DE	

Toma de riesgo	106.83	19.13	99.02	20.81	3.689**
Percepción de riesgo	139.08	18.73	139.21	24.02	-.054
Beneficios esperados	48.66	6.38	45.36	6.82	4.701**

Con lo que respecta a las diferencias de grupo según la toma de riesgos por dominios específicos, se hallaron diferencias significativas para la dimensión de toma de riesgo ($t(373) = 3.689, p < .001$) a favor del grupo entre 18 y 30 años ($ME=106.83, DE=19.13$) comparado con el grupo de entre 31 y 45 años ($ME=99.02, DE=20.81$). Asimismo, la dimensión de beneficios esperados, presentó valores significativos ($t(373) = -4.701, p < .001$) correspondientes al primer grupo de entre 18 y 30 años ($ME= 48.66, DE= 6.38$) en relación al segundo grupo de entre 31 y 45 años ($ME= 45.36, DE= 6.82$).

Tabla 8 – Diferencias de grupos Dass según edad

	Grupo 1 entre: 18 y 30 años		Grupo 2 entre: 31 y 45 años		t (373)
	Media	DE	Media	DE	
Estrés	15.09	5.21	13.36	4.62	3.228*
Ansiedad	11.04	4.26	9.96	3.50	2.526*
Depresión	13.25	5.69	11.55	4.26	3.049*

Con respecto a las diferencias de grupos del estrés, ansiedad y depresión según el rango etario, se mostraron para el factor de estrés, diferencias significativas ($t(373) = 3.689, p < .005$) para el grupo de entre 18 y 30 años ($ME= 15.09, DE= 5.21$) comparado con el grupo de entre 31 y 45 años ($ME=13.36, DE= 4.62$). Para la ansiedad, se reiteran diferencias significativas ($t(373) = 2.526, p < .05$) a favor del grupo entre 18 y 30 años ($ME= 11.04, DE= 4.26$) en relación al grupo de entre 31 y 45 años ($ME= 9.96, DE= 3.50$). Seguido por el factor de depresión, en donde se hallaron diferencias significativas ($t(373) = 3.049, p <$

.005) a favor del primer grupo de entre 18 y 30 años ($ME= 13.25$, $DE= 5.69$) en relación al segundo grupo de entre 31 y 45 años ($ME= 11.55$, $DE= 4.26$).

Tabla 9 - Diferencias de grupos Automedicación según edad

	Grupo 1 entre: 18 y 30 años		Grupo 2 entre: 31 y 45 años		t (373)
	Media	DE	Media	DE	
Eficacia	5.76	1.54	5.53	1.61	1.350*
Conocimiento	12.07	1.93	12.70	2.33	-2.816

Lo que refiere a las dimensiones de automedicación según edad, se hallaron sólo diferencias significativas para el conocimiento ($t(373) = -2.816$, $p < .05$) a favor del segundo grupo de entre 31 y 45 años ($ME= 12.70$, $DE= 2.33$) en comparación con el primer grupo de entre 18 y 30 años ($ME= 12.07$, $DE= 1.93$).

Tabla 10 – Diferencias de grupos Dospert según automedicación

	SI N= 221		NO N= 159		t (378)
	Media	DE	Media	DE	
Toma de riesgo	105.26	20.01	102.15	20.15	1.490
Percepción de riesgo	138.52	21.24	140.50	20.24	-.911
Beneficios esperados	48.04	6.10	46.60	7.49	2.056*

En lo referente a las dimensiones de toma de riesgos por dominios específicos según la automedicación, se hallaron sólo diferencias significativas para los beneficios esperados ($t(378) = -2.056$, $p < .05$), a favor de las personas que si se automedican ($ME= 48.04$, $DE= 6.10$), en relación a las que no se automedican ($ME= 46.64$, $DE= 7.49$).

Tabla 11 – Diferencias de grupos Dass según automedicación

	SI N= 221	NO N= 159	t (378)
--	-----------	-----------	---------

	Media	DE	Media	DE	
Estrés	14.82	4.88	13.91	5.26	1.724
Ansiedad	11.01	4.19	10.20	3.78	1.923
Depresión	12.95	5.40	12.21	5.16	1.351

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas para las dimensiones de estrés, ansiedad y depresión según automedicación.

Tabla 12 – Diferencias de grupos según automedicación

	SI N=221		NO N=159		t (378)
	Media	DE	Media	DE	
Eficacia	5.58	1.38	5.81	1.80	-1.401
Conocimiento	11.76	1.82	13.08	2.27	-6.267**

En lo que refiere a las dimensiones de automedicación, sólo se encontraron diferencias significativas para el conocimiento ($t(378) = -6.267, p < .001$) a favor de los adultos que no se automedican ($ME = 13.08, DE = 2.27$), en relación a los adultos que si se automedican ($ME = 11.76, DE = 1.82$).

Para el tercer objetivo, se realizó un análisis de correlación de Pearson a través de la puntuación total obtenida de las variables de percepción de riesgo, malestar psicológico y automedicación.

Tabla 13 - Correlaciones Dospert y Dass

	Estrés	Ansiedad	Depresión
Toma de riesgo	.034	-.003	.027
Percepción de riesgo	.126*	.103*	.061

Beneficios esperados	.126*	.028	.096
----------------------	-------	------	------

*p<.05 **p<.01

La dimensión perteneciente a la percepción de riesgo, correlacionó de forma estadísticamente positiva y leve con el estrés ($r = .126, p < 0.5$) y la ansiedad ($r = .103, p < 0.5$); al igual que los beneficios esperados en función del estrés ($r = .126, p < 0.5$).

Tabla 14 - Correlaciones entre Dospert y Automedicación

	Eficacia	Conocimiento
Toma de riesgo	.085	-.069
Percepción de riesgo	-.121*	-0.43
Beneficios esperados	.164**	.0.30

*p<.05 **p<.01

La percepción de riesgo mostró correlaciones significativamente negativas y leves con la dimensión de Eficacia ($r = -.121, p < .05$). Asimismo, los beneficios esperados se correlacionaron positivamente, leves con la dimensión de eficacia ($r = .164, p < .01$).

Tabla 15 - Correlaciones entre Dass y Automedicación

	Eficacia	Conocimiento
Estrés	-.022	-.141**
Ansiedad	.033	-.164**
Depresión	-.065	-.122*

*p<.05 **p<.01

La dimensión de automedicación que mostró una correlación significativamente negativa, pero leve con el conocimiento, es el estrés ($r = -.141, p < .01$). Por otro lado, las

dimensiones de automedicación que se relacionaron de forma significativamente negativa y leve con el conocimiento, son la ansiedad ($r = -.164, p < .01$) y la depresión ($r = -.122, p < .01$).

5. DISCUSIÓN

El objetivo central del presente estudio realizado en una muestra de 380 adultos jóvenes, hombres y mujeres de entre 18 y 45 años, residentes en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y Gran Buenos Aires (GBA), consistió en describir y analizar la relación entre los niveles de percepción de riesgo, malestar psicológico y automedicación.

Para la resolución del primer objetivo específico, se realizó un análisis estadístico descriptivo. La dimensión de mayor puntaje dentro de la toma de riesgos por dominios específicos, fue la percepción de riesgo; dentro del malestar psicológico - estrés, ansiedad, depresión- la mayor puntuación la obtuvo el estrés y por último, el mayor puntaje dentro de la automedicación fue para el conocimiento.

En lo que respecta al segundo objetivo específico, para determinar si existen diferencias significativas entre percepción de riesgo, malestar psicológico y automedicación, según género, edad y autoconsumo, se llevó a cabo un análisis t de Student para muestras independientes.

La percepción de riesgo mostró una puntuación mayor para las mujeres en comparación con los hombres. Resultado que coincide con el estudio de Herruzo, Lucena, Ruiz – Olivares, Raya y Pino (2016) y que confirma la hipótesis 1a propuesta en esta investigación. Sin embargo, esto puede variar debido a los diversos factores de la personalidad en función de sus respectivas creencias o experiencias personales (Bouyer, Bagdassarian, Chaabanne y Mullet, 2001).

En lo que respecta a las variables de malestar psicológico -estrés, ansiedad y depresión-, se hallaron diferencias significativas con una mayor tendencia a la ansiedad y a la depresión, por parte de las mujeres en relación a los hombres, tal como lo han reportado en otros estudios (Antúnez y Vinet, 2013; Arrieta Vergara, Díaz Cardenas y González Martínez, 2014; Baader, Rojas, Gotelli, Álamo, Fierro y Dittus, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2020). Asimismo, se conocieron algunos elementos que pueden vincularse con la tendencia expuesta anteriormente, tales como los factores sociales -influencias y mandatos

impuestos-, psicológicos y biológicos -hormonas sexuales, predisposición genética- (Arrieta et al., 2014). De esta manera, concuerda con lo que señala la Organización Mundial de la Salud (2020) ya que estos factores, pueden generar mayor estrés y disfunción, y por tanto empeorar la tendencia depresiva. Las autoras (Arrieta et al., 2014) señalan que dentro de las causas que inciden sobre la sintomatología ansiosa y depresiva, se encuentra la problemática económica y familiar, lo cual aviene a lo dicho por Balanza Galindo, Morales Moreno y Guerrero Muñoz (2009). Además, se releva que los resultados obtenidos sobre el estrés, ubica a las mujeres por encima del grupo masculino, al igual que en la investigación realizada por Antúnez y Vinet (2013). Teniendo en cuenta los diversos estudios presentados, se puede evidenciar una marcada tendencia hacia un malestar psicológico, mayormente en mujeres, que perdura a lo largo del tiempo. Finalmente, en lo que refiere a la automedicación no se detectaron diferencias significativas en función al género, lo cual concuerda con el estudio realizado por Aguado, Núñez, Dos Santos Antola y Bregni (2005) y Ruiz Olivares et al., (2010). Sin embargo, estos resultados no coinciden con los de otros autores (Guillem Saiz, Francés Bozal, Gimenez Fernández y Sánchez, 2010). Una posible explicación puede deberse a la distribución de la muestra, de modo tal que se confirma parcialmente la hipótesis 1b del presente estudio.

Por otro lado, en lo referente a la percepción del riesgo según la edad, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de entre 18 y 30 años y el grupo de entre 31 y 45 años de edad, lo cual refuta la hipótesis 2a. Estos resultados, no concuerdan con la investigación realizada por Ruiz – Olivares et al., (2010), en donde refleja que los jóvenes tienen una menor percepción del riesgo en función de las diversas problemáticas, tales como accidentes de tránsito, consumo de alcohol, drogas, psicofármacos, relaciones sexuales sin protección, entre otros. En concordancia por lo expuesto anteriormente, Varela Arévalo, Correa Sánchez, Arrivillaga Quintero, Zapata Ossa, Hoyos Hernández y Tovar Cuevas (2011) afirman que los hombres jóvenes adultos, tienen una mayor exposición frente a las situaciones sexuales de riesgo y por tanto, asumen una menor percepción del mismo.

En cuanto a las tres dimensiones pertenecientes al malestar psicológico, se encontraron mayores puntuaciones sobre el grupo de menor edad - entre 18 y 30 años -, en relación a los adultos de mayor edad - entre 31 y 45 años -. En este sentido, una posible

explicación acerca de los resultados obtenidos de las diferencias entre los grupos según la edad, puede deberse al contexto situacional que nos atraviesa de manera global: la crisis epidemiológica del COVID-19. Lo cual coincide con el estudio de Ozamiz-Etxebarria, Dosil-Santamaria, Picaza-Gorrochategui y Idoiaga-Mondragon (2020) en donde han evidenciado un mayor nivel de malestar psicológico en jóvenes adultos de entre 18 y 25 años, por sobre el grupo de entre 26 y 60 años. Asimismo, los autores sostienen que el estrés se puede deber a la libre circulación de información y por tanto, incertidumbre, acerca del nuevo virus; pero también una posible explicación, puede ser la no adaptación al nuevo ámbito educativo virtual, es decir, sin la presencialidad a las clases.

Ahora bien, de esta forma sólo se comprueba parcialmente la hipótesis 2b, ya que para la automedicación según el rango etario, este trabajo presentó mayores puntajes hacia el factor de conocimiento, por lo que ubica a los adultos de entre 31 y 45 años, por encima de los jóvenes adultos de entre 18 y 30 años. Estos datos, reflejan lo que plantea Dillard, Ferrer, Ubel y Fagerlin (2012), ya que sostienen que los sentimientos de riesgo pueden presentar un incremento de la información percibida y por tanto, del conocimiento. Asimismo, concuerda con lo expuesto en el estudio local de Aguado et al., (2005) en donde se releva que el 83% de los participantes tenía conocimientos sobre los riesgos acerca del uso de fármacos, sin prescripción médica. Los autores manifiestan que esta práctica, se lleva a cabo mayoritariamente en función de la levedad de los síntomas, tales como el dolor de cabeza; lo cual coincide y se destaca en el presente estudio con un 53,2% de los participantes. No obstante, Ruiz-Olivares et al., (2010) concluyeron que los jóvenes que hacen uso de los medicamentos sin prescripción médica, tienden a percibir menos riesgo en función al deterioro de las relaciones interpersonales o problemáticas legales. Así, como señala Berrouet Mejía et al., (2017) en donde la mayor parte de los individuos, reconocen la automedicación como una práctica riesgosa, pero sostienen, que de igual forma seguirán haciendo uso de la misma.

Muchas personas son conscientes de los riesgos que derivan del consumo de fármacos, pero la mayoría lo asocia con una práctica inofensiva que a pesar de las futuras consecuencias, la siguen sosteniendo (Martínez, 2006). En este sentido, se vincula con los beneficios esperados, ya que apuntan a reducir la sintomatología debido a que la mayoría,

evita ir al sistema sanitario ya que lo consideran una pérdida de tiempo y por tanto, constituye la motivación principal del autoconsumo (James, Handu, Al Khaja, Otoom y Sequeira, 2006).

En cuanto al conocimiento presentado por los participantes, se observó que quienes no consumen fármacos poseen mayor información de los que sí. Es importante, que las personas sean conocedoras de los medicamentos que consumen. Los profesionales son esenciales para intervenir positivamente en el saber ciudadano (Carrera-Lasfuentes, Aguilar-Palacio, Roldan, Fumanal y Hernández, 2013) al igual que la lectura previa del prospecto medicinal, el cual brinda información clara y sencilla.

Por lo tanto, es de suma relevancia destacar que el uso habitual e indiscriminado de fármacos, con la falta de conocimientos, puede provocar consecuencias severas de salud en las personas que se automedican. Incluso, no solo puede conllevar a la aparición de nuevas enfermedades sino a agravar cualquier enfermedad preexistente (Montosa, Escalante y Romero, 2017). De esta manera se corrobora la hipótesis 2c, en función a lo relevado anteriormente.

Por último, el tercer objetivo específico, consistió en examinar qué relación existe entre la percepción de riesgo, malestar psicológico y automedicación, en donde se efectuó una prueba de correlación de Pearson.

En lo que respecta a las dimensiones de riesgo por dominios específicos, la percepción de riesgo correlacionó de forma estadísticamente positiva con el estrés y la ansiedad, tal como sostiene Bouyer et al., (2001). Una posible explicación a esto último, radica en que las personas se involucran en diversas conductas o situaciones de riesgo, pese a sus conocimientos acerca de las posibles consecuencias. De modo tal, que los individuos prefieren tomar el riesgo necesario en función a los beneficios esperados (Slovic et al., 2005). Ahora bien, dado los resultados obtenidos, se ha evidenciado una correlación positiva entre los beneficios esperados y el estrés. Lo cual se asoció a lo establecido en diversos estudios (Dillard et al., 2012; Weinstein et al., 2007), en donde reflejan la probabilidad que los sentimientos de riesgo estén íntimamente vinculados a los objetivos de cada persona. Bouyer et al., (2001) señalan que las personas que presentan una sintomatología ansiosa, perciben menos riesgo frente al consumo habitual de fármacos.

Todas las dimensiones pertenecientes al malestar psicológico - estrés, ansiedad y depresión – correlacionaron de manera negativa con el factor conocimiento en relación a la automedicación. Con respecto a estas variaciones, se puede encontrar una explicación acorde ya que las problemáticas de ansiedad y depresión suelen estar mayormente acompañadas por otras comorbilidades (Contreras Olive, Miranda Gómez y Torres Lio-Coo, 2020). De hecho, el 39.5% de los participantes sostienen que se automedican para la mejora de la sintomatología ansiosa, depresiva, de estrés o de insomnio y por tanto, como se ha mencionado anteriormente, conlleva a efectos negativos en donde afecta directamente la calidad de vida, tanto a nivel personal, como profesional (Berrouet Mejía et al., 2017). Por consiguiente, se puede determinar que la última hipótesis concuerda con la bibliografía expuesta.

6. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Las primeras limitaciones del estudio se vinculan al recorte intencional y tamaño de la muestra. La misma, estaba compuesta sólo por personas adultas residentes en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Una muestra más amplia, que incluya adultos mayores a 45 años, hubiera sido de mayor relevancia para profundizar de manera más precisa sobre las variables estudiadas.

En cuanto a los instrumentos, se encontraron muy pocos cuestionarios para medir percepción del riesgo y automedicación. Hay que considerar que, si bien existe la versión corta del Dospert, es un elemento muy largo de implementar. Además, se requieren instrumentos con mayor especificidad para la evaluación psicofarmacológica.

Un factor a tener en cuenta es que no existen instrumentos validados en Argentina en relación a las variables estudiadas.

Las futuras líneas de investigación deberían considerar las limitaciones expuestas anteriormente. Es decir, deberían ampliar la muestra en función del rango etario para poder evaluar mayores grupos de manera más precisa y por tanto, realizar análisis comparativos más amplios. Además, pueden contemplar cuestiones sociodemográficas tales como, el nivel educativo de los participantes.

Asimismo, en el presente trabajo los cuestionarios fueron únicamente gestionados de forma virtual por lo que las próximas investigaciones deberían incorporar otras formas de administración con lo que se llegaría a otro tipo de participantes, incluso disminuyendo el sesgo de las respuestas causado por la deseabilidad social y por tanto, podrían detectar si existen variaciones acerca de las mismas.

Por último, podrían implementar un estudio de tipo longitudinal para poder evaluar las posibles variaciones de la automedicación a lo largo del tiempo.

7. CONCLUSIÓN

La presente investigación se realizó con el objetivo de analizar la relación entre la percepción del riesgo, malestar psicológico y automedicación en jóvenes adultos. Se basó en 380 participantes residentes en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

Los resultados obtenidos permiten afirmar que los objetivos propuestos fueron acordes a las hipótesis planteadas. Además, se demostró que fueron comparables a lo establecido por los autores nacionales e internacionales.

Asimismo, aporta una nueva perspectiva empírica respecto a las correlaciones entre las variables estudiadas, teniendo en cuenta los pocos trabajos de investigación que se encuentran en Argentina y en América Latina relacionados a esta temática.

Es relevante destacar, la implementación del instrumento DOSPERT ya que sirve para medir diversos riesgos en función a la toma de riesgo, percepción del riesgo y a los beneficios esperados, lo cual permitiría la contribución a otros estudios independientemente del ámbito psicológico.

Por otro lado, las dimensiones pertenecientes a la percepción del riesgo, malestar psicológico y automedicación, correlacionaron de forma significativa en función a los resultados obtenidos del análisis de los datos. Al mismo tiempo, las variaciones contrapuestas con las hipótesis planteadas, fueron argumentadas y discutidas previamente.

Finalmente, la automedicación es un suceso que se ha complejizado por su creciente y progresiva repercusión en el mundo. En este sentido, los individuos prefieren acudir a la

práctica del autoconsumo para evitar la pérdida de tiempo en los hospitales o cuando consideran que la sintomatología presentada es leve.

Por lo tanto, se sugiere que haya mayores campañas de concientización y programas de prevención desde la educación y la salud mental, con el propósito del cuidado personal y aprendizaje de medidas no farmacológicas.

8. REFERENCIAS

- Aguado, M. I., Núñez, M. B., Dos Santos Antola, L., & Bregni, C. (2005). Automedicación en estudiantes de Farmacia de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. *Acta Farmacéutica Bonaerense*, 24(2), 271.
- Alcázar-Pichucho, M. T., Zambrano-Santos, R. O., & Pincay-Pin, V. E. (2018). Automedicación y los riesgos en la salud de la población adulta. *Polo del Conocimiento*, 3(8), 434-448.
- Alderete, A., Plaza, S. y Berra, C. (2004). Modelo económico: Trabajo, vulnerabilidad y malestar psicológico. *Temas de ciencia y tecnología Notas. Buenos Aires: Secretaría de Ciencia y Tecnología.*
- Almeida Filho, N. D., Castiel, L. D., & Ayres, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud colectiva*, 5, 323-344.
- Antúnez, Z., & Vinet, E. V. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55.
- Arrieta Vergara, K. M., Díaz Cárdenas, S., & González Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22.
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J. L., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., ... & Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes

- universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(3), 167-176.
- Balanza Galindo, S., Morales Moreno, I., & Guerrero Muñoz, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y salud*, 20(2), 177-187.
- Becoña Iglesias, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 77, 25-32.
- Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19(1), 89-101.
- Berrouet Mejía, M. C., Lince Restrepo, M., & Restrepo Bernal, D. (2018). Attitudes, knowledge, and practices regarding self-medication with herbal products and psychotropic drugs among medical students in Medellin, Colombia. *Medicina UPB*, 37(1), 17.
- Brenlla, M. E., & Aranguren, M. (2010). Escala de Malestar Psicológico de Kessler (k10): datos psicométricos de la adaptación en la población Argentina. *Revista de Psicología (PUCP)*, 28(2).
- Bouyer, M., Bagdassarian, S., Chaabanne, S., & Mullet, E. (2001). Personality correlates of risk perception. *Risk analysis*, 21(3), 457-466.
- Calamusa, A., Di Marzio, A., Cristofani, R., Arrighetti, P., Santaniello, V., Alfani, S., & Carducci, A. (2012). Factors that influence Italian consumers' understanding of over-the-counter medicines and risk perception. *Patient education and counseling*, 87(3), 395-401.
- Carrera-Lasfuentes, P., Aguilar-Palacio, I., Roldán, E. C., Fumanal, S. M., & Hernandez, M. J. R. (2013). Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo. *Atención primaria*, 45(10), 528-535.
- Cogollo – Milanés, Z., Arrieta-Vergara, K. M., Blanco-Bayuelo, S., Ramos-Martínez, L., Zapata, K. & Rodríguez-Berrio, Y. (2011). Factores psicosociales asociados al

- consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Revista de Salud Publica*, 13(3), 470-479.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Jama*, 298(14), 1685-1687.
- Conti, J. V., Muntaner, A., & Sampol, P. P. (2018). Diferencias de estrés y afrontamiento del mismo según el género y cómo afecta al rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Contextos educativos: Revista de educación*, (22), 181-195.
- Contreras Olive, Y., Miranda Gómez, O., & Torres Lio-Coo, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(1).
- Cuevas, R., Samaniego, L., Acosta, P., Domenech, M. G., Lugo, G., & Maidana, G. M. (2019). Perfil de automedicación en funcionarios de una industria farmacéutica. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 17(1).
- Dahir, C., Hernandorena, C., Chagas, L., Mackern, K., Varela, V., & Alonso, I. (2015). La automedicación: un determinante en el uso racional de medicamentos. *Evidencia, actualizacion en la práctica ambulatoria*, 18(2).
- De Pablo, M. M. (2011). La automedicación en la cultura universitaria. *Revista de investigación*, 35(73), 10-22.
- Díaz-Caycedo, N., Payán-Madriñán, M. A., & Pérez-Acosta, A. M. (2014). Aproximación psicológica al comportamiento de automedicación. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(1), 17-29.
- Dillard, A. J., Ferrer, R. A., Ubel, P. A., & Fagerlin, A. (2012). Risk perception measures' associations with behavior intentions, affect, and cognition following colon cancer screening messages. *Health psychology*, 31(1), 106.
- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Flint, K. H., Hawkins, J., ... & Whittle, L. (2012). Youth risk behavior surveillance—United States, 2011. *Morbidity and mortality weekly report: Surveillance summaries*, 61(4), 1-162.
- Elms, D. G. (1992). Risk assessment. *Engineering safety*. DI Blockley.

- Espíndola Hernández, J. G., Morales-Carmona, F., Díaz, F. E., Pimentel, D., Meza, R. P., Henales, Carreño, A. & Ibarra, M. Á. (2006). Malestar psicológico: algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatología y reproducción humana*, 20(4), 112-122.
- Friedman, R. A. (2006). The changing face of teenage drug abuse—the trend toward prescription drugs. *New England Journal of Medicine*, 354(14), 1448-1450.
- García del Castillo, J.J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y Drogas*, 12(2), 131-155
- Gil Flores, J. (2008). Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanzas secundarias. Factores de riesgo y factores de protección. *Revista de Educación*, 346, 291-313.
- Guillem Sáiz, P., Francès Bozal, F., Gimenez Fernández, F., & Sáiz Sánchez, C. (2010). Estudio sobre automedicación en población universitaria española. *Revista Clínica de medicina de familia*, 3(2), 99-103.
- Guirado Cordero, I. (2016). Hábitos de automedicación en estudiantes universitarios.
- Herruzo, C., Lucena, V., Ruiz-Olivares, R., Raya, A., & Pino, M. J. (2016). Diferencias en función del sexo en la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas en jóvenes. *Acción Psicológica*, 13(1), 79-90.
- James, H., Handu, S. S., Al Khaja, K. A., Otoom, S., & Sequeira, R. P. (2006). Evaluation of the knowledge, attitude and practice of self-medication among first-year medical students. *Medical principles and practice*, 15(4), 270-275.
- Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S. & Kupfer, D.J. (1997). Llegar a un acuerdo con los términos de riesgo. *Archivos de psiquiatría general*, 54(4), 337–343. DOI:10.1001/archpsyc.1997.01830160065009
- Laespada, M. T., Castillo, I. I., & Santamaría, E. A. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. IDD.

- Loyola Filho, A. I. D., Lima-Costa, M. F., & Uchôa, E. (2004). Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication. *Cadernos de saude pública*, 20(6), 1661-1669.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Machado-Alba, J. E., Alzate-Carvajal, V., & Jimenez-Canizales, C. E. (2015). Tendencias de consumo de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en una población colombiana, 2008-2013. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(2), 93-99.
- Matud Aznar, M. P., Garcia Pérez, L., Bethencourt Pérez, J. M., & Rodríguez-Wangüemert, C. (2017). Género y uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España/Gender and the use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (5).
- Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Clínica Médica Las Condes*, 22(1), 98-109.
- Martínez, E. C. (2006). Consecuencias de la automedicación con medicamentos que requieren receta. *Atención Primaria*, 38(1), 62.
- McCabe, S. E. (2005). Correlates of nonmedical use of prescription benzodiazepine anxiolytics: results from a national survey of US college students. *Drug and alcohol dependence*, 79(1), 53-62.
- Medina-Mora, M. A., Peña-Corona, M. P., Cravioto, P., Villatoro, J., & Kuri, P. (2002). Del tabaco al uso de otras drogas:¿ el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?. *Salud pública de México*, 44, 109-115.
- Misra, R., Crist, M., & Burant, C. J. (2003). Relationships among life stress, social support, academic stressors, and reactions to stressors of international students in the United States. *International Journal of Stress Management*, 10(2), 137.
- Montosa, M. J. L., Escalante, C. S., & Romero, V. A. (2017). Automedicación: Fármacos más utilizados en nuestra sociedad. *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud*, 85.

- Moral Jiménez, M. D. L. V., & Ovejero Bernal, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *Universitas Psychologica*, 10(1), 71-87.
- Morales-Carmona, F. (2005). Detección y vigilancia de condiciones psicológicas críticas durante el embarazo. *Ponencia presentada en la XXII Reunión Anual del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes, 25-29.*
- Mosqueda-Díaz, A., González-Carvajal, J., Dahrbacun-Solis, N., Jofré-Montoya, P., Caro-Castro, A., Campusano-Coloma, E., & Escobar-Ríos, M. (2019). Malestar psicológico en estudiantes universitarios: una mirada desde el modelo de promoción de la salud. *SANUS*, (1), 48-57. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi1.58>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1998). *El rol de los farmacéuticos en el autocuidado y la automedicación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2005). *Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol*. Informe de la Secretaría en la 58ª asamblea mundial de la salud.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2020). Depresión. *WHO. World Health Organization*.
- Ortiz, M. V., Ruiz-Cabello, F. J. S., Uberos, J., Ros, A. F. C., Ortiz, C. V., Morales, M. C. A., & Hoyos, A. M. (2017, May). Automedicación, autoprescripción y medicación «por poderes» en pediatría. In *Anales de Pediatría* (Vol. 86, No. 5, pp. 264-269). Elsevier Doyma.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36.
- Páez, D., & Echevarría, A. (1986). Factores psicosociales y salud mental. *Madrid: Fundamentos*.

- Pastor, G. (2000). *Conducta interpersonal: ensayo de Psicología Social sistemática*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Patel, V. & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615.
- Pidgeon, N., Hood, C., Jones, D., Turner, B., & Gibson, R. (1992). Risk perception. *Risk: Analysis, perception and management*, 89-134.
- Ramírez, M. T. G., & Hernández, R. L. (2008). Síntomas psicósomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. *Ciencia-Uanl*, 11(4), 11.
- Rodríguez Fernández, A. (2009). Autoconcepto físico y bienestar/malestar psicológico en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica*, 14(1), 155-158.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. J. y Herruzo, J. (2010). Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psychology, Society, & Education*, 2(1), 21-31.
- Ruiz-Sternberg, Á. M., & Pérez-Acosta, A. M. (2011). Automedicación y términos relacionados: una reflexión conceptual. *Revista Ciencias de la Salud*, 9(1), 83-97.
- Sanchez Pichardo, M. A., De León Miranda, M. Á., & Reyes Reyes, V. (2013). Malestar psicológico en pacientes de un centro de apoyo psicológico privado. *Alternativas en psicología*, 17(28), 41-48.
- Slovic, P., Peters, E., Finucane, M. L., & MacGregor, D. G. (2005). Affect, risk, and decision making. *Health psychology*, 24(4S), S35.
- Slovic, P., y Peters, E. (2006). Risk perception and affect. *Current directions in psychological science*, 15(6), 322-325.
- Soriano, N. Y. R., Saldaña, M. D. R. R., Treviño, L. R. L., & Gasca, M. A. Á. (2009). Percepción de jóvenes universitarios respecto a su salud: conductas y contexto de riesgo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 14(2), 245-260.

- Stajnovic, M. (2015). Percepción social de riesgo: una mirada general y aplicación a la comunicación de salud. *Revista de Comunicación y Salud*, Vol. 5, pp. 99-110. DOI: <http://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2015.5.99-110>.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental review*, 28(1), 78-106.
- Tizón Bouza, E., & Vázquez Torrado, R. (2006). Automedicación en el personal de enfermería hospitalaria. *Enfermería Clínica*, 16(4), 210-213. [doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71215-3](http://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71215-3)
- Varela Arévalo, M. T., Correa Sánchez, D., Arrivillaga Quintero, M., Zapata Ossa, H. D. J., Hoyos Hernández, P. A., & Tovar Cuevas, L. M. (2011). Prevalencia de prácticas sexuales de riesgo en población adulta de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37, 472-481.
- Weber, E. U., Blais, A. R., & Betz, N. E. (2002). A Domain-Specific Risk-Attitude scale: Measuring risk perceptions and risk behaviors. *Journal of Behavioral Decision Making*, 15, 263-290

9. ANEXO

A continuación se adjuntan los instrumentos utilizados en el presente estudio.



Instrumentos -
Anexos.pdf