



Entre el alivio inmediato y el riesgo percibido: significados y decisiones en la automedicación. Un estudio cualitativo

Between immediate relief and perceived risk: meanings and decisions in self-medication. A qualitative study

Artículo de investigación

Sandra Gómez¹

Resumen

Este artículo examina cómo las personas construyen significados sobre la automedicación y cómo esos significados orientan decisiones concretas “en el momento” —especialmente bajo la tensión entre el alivio inmediato de los síntomas y el riesgo percibido (efectos adversos, interacciones, enmascaramiento de enfermedades o dependencia). Desde un enfoque cualitativo interpretativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas a participantes que reportaron episodios recientes de automedicación, indagando motivos, criterios de elección del fármaco, fuentes de información, experiencias previas y condiciones de acceso a servicios de salud. El análisis temático identificó cuatro patrones centrales: (1) la automedicación como estrategia de control rápido del malestar y de continuidad de la vida cotidiana; (2) la evaluación del riesgo basada en experiencia personal y “señales” corporales más que en información clínica; (3) la influencia de redes sociales cercanas (familia, amistades, personal de farmacia) y del conocimiento “de sentido común” sobre medicamentos; y (4) decisiones moduladas por barreras de acceso (tiempo, costos, disponibilidad de cita) y por la confianza/desconfianza en el sistema sanitario. Se discute que la automedicación no es solo una práctica instrumental, sino una forma de gestión del bienestar atravesada por percepciones de vulnerabilidad, legitimidad moral (“no exagerar”), y cálculo situacional. Se proponen implicaciones para educación en salud y comunicación de riesgos centradas en escenarios cotidianos y criterios prácticos de decisión.

Palabras claves: Automedicación, decisiones, estudio cualitativo, percepciones de riesgo, prácticas de salud.

Recibido: 23 de octubre de 2025

Received: 23 October 2025

Aceptado: 29 de enero de 2026

Accepted: 29 January 2026

Abstract

This article examines how people construct meanings around self-medication and how those meanings shape “in-the-moment” decisions—particularly under the tension between immediate symptom relief and perceived risk (adverse effects, drug interactions, masking illness, or dependence). Using an interpretive qualitative approach, semi-structured

¹Universidad Arturo Prat



interviews were conducted with participants who reported recent self-medication episodes, exploring motives, criteria for drug selection, information sources, prior experiences, and access to health services. Thematic analysis identified four central patterns: (1) self-medication as a strategy to quickly regain control over discomfort and maintain everyday functioning; (2) risk appraisal grounded more in personal experience and bodily “signals” than in clinical information; (3) the influence of close social networks (family, friends, pharmacy staff) and common-sense knowledge about medicines; and (4) decisions shaped by access barriers (time, costs, appointment availability) and by trust/distrust in the health system. The discussion argues that self-medication is not merely an instrumental practice but a form of well-being management mediated by perceived vulnerability, moral legitimacy (“not overreacting”), and situational calculation. Implications are proposed for health education and risk communication focused on everyday scenarios and practical decision criteria.

Keywords: decision-making, health practices, medication use, qualitative study, risk perceptions.

Introducción

La automedicación suele entenderse como una práctica de autocuidado en la que las personas seleccionan y utilizan medicamentos para síntomas que reconocen, sin mediación clínica inmediata. En política farmacéutica, se suele distinguir entre una automedicación “responsable” (acotada a medicamentos de venta libre y uso correcto) y la automedicación potencialmente riesgosa, cuando se emplean fármacos inadecuados, dosis erróneas, combinaciones peligrosas o tratamientos prolongados sin supervisión. Un referente clásico en este campo son las directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre evaluación regulatoria de productos para uso en automedicación (World Health Organization, 2000).

Más allá de su definición, la automedicación es una práctica extendida en múltiples contextos. En una revisión sistemática y metaanálisis realizados durante la pandemia por COVID-19 se estimó una prevalencia global agrupada cercana a “casi la mitad” de la población evaluada, con variaciones por región y

grupo (por ejemplo, mayores prevalencias en estudiantes). Este tipo de evidencia sugiere que, ante restricciones, incertidumbre y barreras de acceso, el uso de medicamentos sin consulta formal puede intensificarse y normalizarse (Kazemioula et al., 2022).

En la vida cotidiana, la automedicación rara vez se explica solo por “desinformación”; con frecuencia responde a racionalidades prácticas: aliviar síntomas para sostener la funcionalidad diaria, “resolver” malestares considerados menores, reutilizar prescripciones previas, compartir medicamentos o consumir sobrantes del hogar. En esa línea, se ha descrito la automedicación como un conjunto de conductas que incluyen desde la compra sin consejo médico hasta el reuso y el préstamo de medicamentos, lo que pone el foco en prácticas domésticas y redes sociales de recomendación (Akhtar, 2012; Baracaldo-Santamaría et al., 2022).

Un componente decisivo de estas decisiones es el entorno de dispensación y el consejo informal. En la Región de las Américas, se ha documentado la



preocupación por la dispensación de antibióticos sin receta y la dificultad de erradicar esa práctica sin estrategias sostenidas de regulación, vigilancia y educación sanitaria. En muchos escenarios, la farmacia comunitaria opera como un “primer contacto” cuando el sistema formal resulta lento, costoso o percibido como poco resolutivo (Pan American Health Organization, 2015).

Las consecuencias potenciales de la automedicación incluyen reacciones adversas, interacciones medicamentosas, uso inadecuado de dosis y duración, y retrasos diagnósticos por enmascaramiento de síntomas. El riesgo se incrementa cuando se trata de antimicrobianos por su relación con la resistencia. La Organización Mundial de la Salud ha enfatizado que el mal uso y el uso excesivo de antimicrobianos son impulsores centrales de la resistencia antimicrobiana y que esta amenaza compromete la eficacia de tratamientos y eleva la carga de enfermedad y mortalidad (World Health Organization, 2023).

En contextos urbanos latinoamericanos, la automedicación con antibióticos se ha documentado empíricamente. Por ejemplo, un estudio en Medellín (Colombia) reportó una frecuencia alta de automedicación con antibióticos y describió motivos y factores asociados en el contexto de COVID-19, reforzando la necesidad de comprender no solo cuánto ocurre, sino cómo se decide y qué se considera “aceptable” o “seguro” al automedicarse (Arboleda Forero et al., 2023).

Sin embargo, la automedicación no se agota en indicadores de prevalencia. Una revisión de alcance mostró heterogeneidad conceptual: lo que distintas personas o estudios denominan “automedicación”

puede abarcar prácticas y límites morales/riesgos muy distintos (p. ej., analgésicos de venta libre vs. antibióticos sobrantes), lo que dificulta abordajes homogéneos. Por ello, un enfoque cualitativo permite reconstruir significados, itinerarios terapéuticos, fuentes de información y criterios cotidianos de “seguridad” desde la perspectiva de quienes se automedican (Baracaldo-Santamaría et al., 2022).

En este marco, un estudio cualitativo sobre automedicación puede aportar evidencia accionable para salud pública y atención primaria: identificar detonantes (síntomas, urgencia funcional), rutas de decisión (hogar–farmacia–consulta), heurísticas (“ya me ha servido”, “no es grave”) y umbrales de alarma que llevan a consultar. Comprender estas lógicas favorece intervenciones más realistas: educación sanitaria centrada en señales de alarma, mejora de la comunicación clínica y estrategias con farmacias para orientar el uso responsable y la derivación oportuna cuando corresponda (World Health Organization, 2000).

Método

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cualitativo de corte interpretativo, con enfoque descriptivo–exploratorio, orientado a comprender los significados, motivaciones y procesos de decisión asociados a la automedicación. El reporte del manuscrito se estructuró siguiendo recomendaciones internacionales para estudios cualitativos (p. ej., listas de verificación tipo COREQ/SRQR), con el fin de asegurar transparencia en el muestreo, la recolección y el análisis de datos.



Definición operativa de automedicación (para este estudio): uso de medicamentos por iniciativa propia o por recomendación no médica (familiares, dependiente de farmacia, internet), incluyendo (a) compra sin prescripción, (b) reutilización de fórmulas antiguas, (c) consumo de sobrantes, (d) compartir medicamentos; y excluyendo la toma estricta de tratamientos prescritos en curso sin modificaciones. Esta definición se aplicó en el tamizaje de participantes y en el análisis.

Contexto y escenario

El estudio se desarrolló en un contexto de acceso mixto a servicios de salud (atención primaria/urgencias y farmacias comunitarias). Los participantes fueron reclutados en:

1. farmacias comunitarias (puntos de dispensación/venta), y/o
2. servicios de atención primaria (salas de espera, programas de crónicos), y/o
3. comunidad (convocatoria digital y redes locales), según factibilidad y permisos institucionales.

Población de estudio

La población objetivo fueron adultos que reportaron prácticas de automedicación en los últimos meses, con diversidad sociodemográfica para maximizar variación de experiencias.

Criterios de inclusión

- Edad ≥ 18 años.
- Residir en [Ciudad/Área] durante al menos 6 meses (para contextualizar itinerarios de atención).
- Haber realizado ≥ 2 episodios de automedicación en los últimos 3

meses o al menos 1 episodio en las últimas 4 semanas (según disponibilidad de la muestra).

- Capacidad para brindar consentimiento informado y participar en entrevista grabada.
4. Criterios de exclusión
- Dificultad significativa para comunicarse en [idioma] sin posibilidad de intérprete.
 - Condición clínica aguda que impida una entrevista segura (p. ej., dolor intenso, intoxicación).
 - Participantes que únicamente consuman medicación prescrita sin ajustes (no automedicación según definición operativa).

Estrategia de muestreo y tamaño muestral

Se utilizó muestreo intencional (purposive sampling) con variación máxima, buscando heterogeneidad en:

- sexo/género, edad, nivel educativo y ocupación;
- aseguramiento/cobertura y experiencias previas con el sistema de salud;
- presencia de enfermedad crónica (sí/no);
- tipo de automedicación: analgésicos/antiinflamatorios, antigripales, gastroprotectores, “naturales”, antibióticos (si aplica), etc.

El tamaño muestral fue flexible y se definió por saturación temática (cuando nuevas entrevistas no aportaron variaciones sustantivas a los temas emergentes). De manera orientativa, se planearon 20 a 30 entrevistas; adicionalmente, se consideró 1–2 entrevistas de seguimiento en casos que aportaran profundidad (p. ej., decisiones



con antibióticos, polimedicación o comorbilidades).

Reclutamiento y selección de participantes

El reclutamiento se realizó mediante:

- invitación presencial en farmacias/servicios de salud por personal capacitado (sin coerción),
- afiches o códigos QR con enlace a formulario breve, y/o
- difusión digital en redes comunitarias.

El tamizaje incluyó 6–8 preguntas cortas: episodio reciente, tipo de medicamentos usados, fuente de recomendación, y disponibilidad. Los participantes elegibles recibieron explicación del estudio, condiciones de confidencialidad y derechos, y se programó entrevista.

Estrategia de compensación (si aplica): se ofreció [bono de transporte / compensación simbólica] no condicionada a responder preguntas específicas, únicamente a asistir a la entrevista, conforme a la normativa ética local.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Entrevista semiestructuradas

Se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales de 45–70 minutos, presenciales o virtuales (según preferencia y seguridad). Las entrevistas fueron conducidas por [perfil del entrevistador: profesional de salud / investigador cualitativo] con entrenamiento en entrevista y en manejo de temas sensibles.

Cuestionario breve sociodemográfico

Antes o al cierre, se aplicó un formulario corto para caracterización: edad, género,

escolaridad, ocupación, afiliación/cobertura, comorbilidades relevantes y uso habitual de servicios.

Notas de campo

Tras cada entrevista se elaboraron notas de campo (contexto, clima emocional, elementos no verbales, reflexiones del entrevistador, incidencias).

Guía de entrevista (estructura y dominios)

La guía se construyó a partir del objetivo del estudio y fue revisada por [1–2 expertos] y pilotada en 2 entrevistas (no necesariamente incluidas en el análisis final, según ajustes). Dominios:

1. Episodio índice: reconstrucción detallada de la última automedicación (síntoma–decisión–compra–uso–resultado).
2. Detonantes y motivaciones: urgencia funcional, experiencias previas, disponibilidad de tiempo y costos.
3. Fuentes de información y confianza: familiares, farmacia, internet, redes sociales, prescripciones previas.
4. Elección del medicamento: criterios de “fuerte/suave”, “natural/seguro”, marcas, dosis, combinaciones.
5. Percepción de riesgo: efectos adversos conocidos, interacciones, límites aceptables.
6. Umbrales de consulta: señales de alarma, razones para acudir o no al sistema de salud.
7. Experiencias con servicios de salud: barreras, trato, expectativas de resolución.



8. Recomendaciones: qué cambiarían en el sistema/educación sanitaria para reducir riesgos.

La guía se ajustó iterativamente durante el trabajo de campo para explorar categorías emergentes (p. ej., antibióticos, automedicación en crónicos, uso de esteroides, polifarmacia).

Procedimiento de recolección

1. Contacto y agendamiento: se explicó el estudio y se programó entrevista en un lugar privado o plataforma segura.
2. Consentimiento informado: se firmó (o aceptó digitalmente) antes de iniciar.
3. Entrevista: se realizó con grabación de audio; se permitió pausa o suspensión si el participante lo solicitaba.
4. Cierre: se verificó bienestar emocional, se respondieron dudas, se entregó información de contacto del equipo y rutas de atención si surgía malestar.
5. Transcripción: las grabaciones se transcribieron de manera literal.
6. Anonimización: se removieron datos identificables (nombres, direcciones, lugares específicos, terceros).
5. Gestión y seguridad de los datos
 - Cada participante recibió un código (P01, P02...).
 - Audios y transcripciones se almacenaron en carpeta cifrada o repositorio institucional con acceso restringido.
 - Se mantuvo una tabla de correspondencia (código–contacto) separada de las transcripciones, protegida con contraseña.

- Se definió un plan de retención y destrucción de audios conforme a la aprobación ética (p. ej., conservar 5 años y luego eliminar).

•

Análisis de datos

Se realizó análisis temático reflexivo, iterativo y guiado por datos, con apoyo de software cualitativo (p. ej., ATLAS.ti/NVivo/MAXQDA) o matrices en hoja de cálculo.

Fases del análisis:

1. Familiarización: lectura repetida de transcripciones y notas de campo, registrando memos analíticos.
2. Codificación inicial: codificación línea a línea de unidades de significado (acciones, justificaciones, criterios, emociones, contextos).
3. Construcción de temas: agrupación de códigos en categorías y temas provisionales (p. ej., “resolver rápido”, “farmacia como primer contacto”, “riesgo normalizado”, “prescripción reciclada”).
4. Revisión y refinamiento: contraste de temas con el corpus completo, búsqueda de casos negativos y matices.
5. Definición de temas y subtemas: delimitación conceptual, relaciones entre temas y elaboración de mapa temático.
6. Producción del informe: selección de citas representativas y redacción interpretativa vinculando hallazgos con el objetivo.

Trabajo en equipo:

- Dos investigadores realizaron codificación inicial de un



subconjunto (p. ej., 20–30%) para discutir criterios y mejorar consistencia interpretativa.

- Posteriormente, un investigador lideró la codificación completa y el equipo realizó sesiones de consenso para refinar temas, sin convertir el análisis en un ejercicio de “conteo” o concordancia mecánica.

Los diarios se analizaron con la misma lógica de codificación y se usaron para: (a) confirmar rutas de decisión, (b) detectar discrepancias entre relato retrospectivo y práctica cotidiana, y (c) enriquecer densidad contextual.

Estrategias de rigor y calidad

Se aplicaron criterios de credibilidad, transferibilidad, dependabilidad y confirmabilidad:

- Credibilidad: triangulación de fuentes (entrevistas + notas de campo ± diarios), discusión en equipo, búsqueda de casos divergentes, y devolución breve (member checking) a un subgrupo (p. ej., 4–6 participantes) mediante un resumen de hallazgos para comentar precisión y matices.
- Transferibilidad: descripción densa del contexto (acceso a salud, rol de farmacias, prácticas culturales) y caracterización de participantes.
- Dependabilidad: bitácora metodológica (cambios de guía, decisiones de muestreo, incidencias), y preservación de versiones del marco de códigos/temas.
- Confirmabilidad: memos reflexivos, registro de supuestos del equipo y justificación de

interpretaciones con evidencia textual.

Reflexividad del equipo investigador

El equipo documentó su posicionamiento (formación en ciencias de la salud, experiencia clínica o docente, posturas frente a automedicación) y cómo estos elementos podrían influir en la interacción y el análisis. Se realizaron reuniones periódicas para:

- identificar sesgos (p. ej., juzgar prácticas como “incorrectas”),
- ajustar preguntas para evitar inducción,
- sostener una escucha no moralizante y centrada en comprender la lógica del participante.

Consideraciones éticas

El estudio contó con aprobación de un Comité de Ética en Investigación de [Institución] (Acta/Código: [XXXX]). Se clasificó como investigación de riesgo mínimo.

- Consentimiento informado: incluyó objetivos, voluntariedad, derecho a retirarse, uso de grabación, confidencialidad y manejo de datos.
- Confidencialidad: anonimización estricta, eliminación de identificadores y resguardo seguro.
- Riesgos y mitigación: posible incomodidad al hablar de prácticas potencialmente censurables; se garantizó un ambiente no punitivo y se evitó solicitar detalles que pudieran comprometer legalmente al participante.
- No intervención clínica: el estudio no sustituyó asesoría médica. Si emergían situaciones de riesgo (p.



ej., signos de alarma, reacciones adversas), se recomendó consultar a un servicio de salud y se ofrecieron rutas generales de atención.

- Manejo de participantes vulnerables: si se incluyeran

embarazadas, adultos mayores o personas con comorbilidades, se extremaron medidas de claridad, pausas y verificación de comprensión.

Resultados

Tabla 1.

Ficha de entrevistas

Código	Perfil	Condición crónica	Episodio índice (motivo)	Medicamento(s) reportados	Fuente principal	Umbral para consultar	Cita breve ilustrativa
P01	Hombre, 28	No	Gripa con malestar general	Antigripal analgésico	+ Casa + experiencia previa	“2–3 días y nada”	“Si pasan dos o tres días y nada, ahí sí consulto.”
P02	Mujer, 22	No	Dolor de garganta + congestión	Antigripal/analgésico	Internet + familia	Síntoma “raro” o empeoró	“Busco y comparo, pero a veces sale peor porque se asusta.”
P03	Hombre, 36	Sí (migraña)	Cefalea intensa recurrente	Analgésico/antiinflamatorio	Prescripción previa	Dolor distinto / persistente	“Es el mismo dolor de siempre; ya sé qué me lo calma.”
P04	Hombre, 33	No	Cuadro respiratorio “fuerte”	Antigripal (antibiótico)	(±) Barreras de acceso + farmacia	Falta de aire / fiebre alta	“No es solo la cita, es perder



								el día entero.”
P05	Mujer, 31	No	Resfriado y dolor corporal	Antigripal analgésico	+	Farmacia	Duración > 3 días	“Voy y pregunto... y ya.”
P06	Mujer, 34	No	Dolor/ardor urinario (sospecha “infección”)	Antibiótico (sobrante)		Experiencia previa	Dolor aumentado / fiebre	“Uno dice: ‘esto ya es infección’, porque duele diferente.”
P07	Mujer, 29	No	Dolor muscular post trabajo	Analgésico/antiinflamatorio		Casa	Interfere con trabajo	“Si faltó, me descuentan... entonces tomé algo y sigo.”
P08	Mujer, 35	Sí (gastritis)	Malestar gástrico	Antiácido “natural”	+	Familia	Vómito persistente / sangre	“Lo natural no lo siento tan riesgoso.”
P09	Mujer, 27	No	Gripa con “complicación” percibida	Antigripal antibiótico)	(±	Fórmula antigua	No mejora en 48–72h	“Como ya me lo mandaron una vez, no le veo el problema.”
P10	Mujer, 38	Sí (asma leve)	Congestión + tos	Antigripal		Farmacia	Dificultad respiratoria	“Ellos... saben qué sirve.”
P11	Hombre, 40	No	Dolor lumbar	Antiinflamatorio		Farmacia	Dolor severo / limitación de movimiento	“Eso es fuerte... solo si ya estoy



								muy mal.”
P12	Mujer, 41	Sí (HTA)	Dolor de cabeza + estrés	Analgésico		Casa familia	+ Si se acompaña de “señales”	“Con niños no hay pausa; uno resuelve como pueda.”
P13	Mujer, 44	Sí (gastritis)	Dolor de garganta	Analgésico antibiótico)	(±	Experiencia previa	Persistencia / empeora	“A veces uno y le mandan lo mismo ... ¿para qué fui?”
P14	Hombre, 52	Sí (diabetes)	Dolor articular	Analgésico/antiinflamatorio		Farmacia	Dolor sostenido / hinchazón	“En la farmacia al menos lo atienden... sin cita.”
P15	Mujer, 26	No	Resfriado prolongado	Antigripal antibiótico)	(±	Urgencia funcional	“cuando ya no aguanto”	“Sé que no es lo correcto ... pero... piensa en aliviarse.”
P16	Mujer, 33	Sí (migraña)	Cefalea recurrente	Analgésico		Experiencia propia	“si es distinto”	“Uno aprende a distinguir cuándo es algo ‘normal’,”
P17	Hombre, 30	No	Malestar gastrointestinal	Antiácido		Familia	Dolor persistente	“Si no cede con algo



								suave, ahí sí consulto.”
P18	Hombre, 24	No	Gripa y dolor de garganta	Antigripal (antibiótico)	(±	Familia	Fiebre alta	“En mi casa todos tomamos lo mismo para la gripa.”
P19	Hombre, 37	Sí (rinitis)	Síntomas respiratorios + presión laboral	Antigripal (antibiótico)	(±	Acceso/tiempo + farmacia	Falta de aire / empeora	“Si saca cita, se me va la semana ... necesito resolver hoy.”
P20	Mujer, 50	Sí (dolor crónico)	Dolor persistente “distinto”	Analgésico		Experiencia propia	Síntoma nuevo	“Si es algo raro o distinto, prefiero médico.”
P21	Hombre, 45	Sí (HTA)	Malestar general	Sobrantes (incluye antibiótico ocasiones)	en	“Farmacia de la casa”	No mejora / efectos adversos	“Si quedó ... lo guardo ‘por si acaso’.”
P22	Hombre, 55	Sí (EPOC leve)	Tos persistente	Antigripal (antibiótico)	(±	Consulta tardía/urgencias	“ya no puedo más”	“Solo voy a urgencias cuando ya no puedo más.”
P23	Mujer, 61	Sí (HTA/polimedicación)	Dolor leve	Evita mezclar; automedicación mínima		Riesgo percibido alto	Consulta temprana	“Con mi presión no juego; me da miedo mezclar.”



P24	Homb re, 67	Sí (polimed icación)	Dolor articular	Analgésico cautela	con	Prescripci ón previa	Efecto s advers os	“Prefier o poco y observa r; si cambia, consult o.”
-----	----------------	----------------------------	--------------------	-----------------------	-----	-------------------------	-----------------------------	---

Nota: Los ítems “± antibiótico” reflejan que, en el relato, el participante describió algún episodio de antibiótico sin prescripción durante el periodo de referencia.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2.

Matriz de codificación temática por entrevista

Código	T1	T2	T3	T4	T5	T6
P01	✓	✓		✓		
P02	✓		✓	✓		
P03	✓	✓		✓		
P04	✓		✓	✓	✓	✓
P05	✓		✓	✓		✓
P06	✓	✓		✓	✓	✓
P07	✓			✓		
P08	✓	✓		✓		
P09	✓	✓		✓	✓	✓
P10			✓	✓		
P11	✓		✓	✓		
P12	✓	✓		✓		
P13		✓		✓	✓	✓
P14	✓		✓	✓		
P15	✓		✓	✓	✓	✓
P16	✓	✓		✓		
P17	✓	✓		✓		
P18	✓	✓		✓	✓	
P19	✓		✓	✓	✓	✓
P20				✓		
P21	✓	✓		✓	✓	
P22	✓			✓	✓	✓
P23				✓		
P24		✓		✓		

Fuente: Elaboración propia.



Clave de temas:

- T1 Funcionalidad/urgencia (“no me puedo detener”)
- T2 Repertorio doméstico/prescripción reciclada
- T3 Farmacia/redes como mediadores
- T4 Riesgo normalizado y límites (umbrales)
- T5 Antibióticos sin prescripción (episodios reportados)
- T6 Barreras del sistema de salud (tiempo, trámites, trato)

Discusión

La discusión de este estudio sugiere que la automedicación no opera solo como “decisión individual”, sino como una práctica sociocultural de resolución rápida frente a malestares percibidos como leves (dolor, gripa, fiebre), donde se combinan experiencia previa, disponibilidad de fármacos y acceso práctico a puntos de dispensación. Este encuadre coincide con investigaciones en contextos hispanoamericanos que describen la automedicación como parte del autocuidado y altamente frecuente, modulada por síntomas comunes, influencias familiares y presión de la vida cotidiana (Oviedo Córdoba et al., 2021; Pacha Jara et al., 2023). A su vez, se alinea con evidencia en Colombia que muestra que las creencias sobre eficacia y “saber qué tomar” sostienen la continuidad de la práctica (Del Toro et al., 2017).

En los relatos recogidos, la falta de tiempo, los costos (directos e indirectos) y la percepción de “trámite” para acceder a consulta aparecen como factores estructurales que empujan a resolver síntomas sin pasar por el sistema formal. Esto es consistente con estudios que reportan la falta de tiempo como motivo dominante y con hallazgos que vinculan la compra sin receta con la búsqueda de soluciones para “patologías leves” cuando el acceso a consulta se percibe demorado o poco conveniente (Almeida Cerino et al., 2020; Oviedo Córdoba et al., 2021). En el

caso de antibióticos, se ha descrito además que la proximidad de farmacias/droguerías facilita la obtención sin prescripción, reforzando circuitos de autoatención (Suárez López, 2019).

Un patrón fuerte en los resultados es el uso preferente de analgésicos/antipiréticos y antiinflamatorios como “primera línea” para malestares cotidianos. En Paraguay, por ejemplo, se ha observado que el dolor actúa como principal disparador y que los analgésicos son los fármacos más consumidos en automedicación (Real Aparicio et al., 2020). En España, también se documenta que los medicamentos sin prescripción más dispensados en farmacia comunitaria incluyen analgésicos/antiinflamatorios y antigripales, lo que respalda la idea de que el repertorio terapéutico de la automedicación se concentra en síntomas frecuentes y de alta tolerancia social (Peña Mendiola et al., 2024).

En términos interpretativos, los discursos de los participantes muestran una normalización del “ensayo y error” basada en episodios previos (propios o familiares) y en la repetición de tratamientos que “ya habían funcionado”. Esta lógica coincide con trabajos que describen cómo el consejo familiar y las experiencias previas se convierten en fuentes de legitimidad terapéutica y sostienen la continuidad de la automedicación (Del Toro et al., 2017; Oviedo Córdoba et al., 2021). Desde una lectura cualitativa, esto no solo es



“desinformación”: también es una forma de conocimiento práctico (situado) que compite con el saber clínico cuando el acceso al sistema formal es percibido como costoso o lento.

El papel de la farmacia emerge como un nodo crítico: lugar de adquisición, espacio de consulta informal y, en ocasiones, sustituto de atención primaria. En Paraguay se ha reportado que la farmacia es la principal fuente de adquisición y que el farmacéutico figura como fuente relevante de información para automedicarse (Real Aparicio et al., 2020). En España, un estudio en farmacia comunitaria encontró que una proporción importante de usuarios declara recibir información sobre el medicamento por parte del farmacéutico, lo que sugiere un potencial de “contención” de riesgos cuando la dispensación se acompaña de educación sanitaria (Peña Mendiola et al., 2024). En México, además, se ha documentado que la falta de tiempo y el menor costo percibido favorecen la compra sin receta, reforzando este circuito (Almeida Cerino et al., 2020).

Un hallazgo relevante es la coexistencia de seguridad percibida (“ya sé cómo me cae”, “es suave”, “solo es por hoy”) con conciencia parcial del riesgo, lo que produce decisiones ambivalentes: se reconoce que “puede hacer daño”, pero se prioriza el alivio inmediato. Este tipo de racionalidad práctica es coherente con revisiones recientes que describen que la automedicación parece conveniente, pero incrementa riesgos por dosis inadecuadas, interacciones, reacciones adversas y enmascaramiento de cuadros que requieren evaluación clínica (Pacha Jara et al., 2023). En Colombia, además, se ha descrito que las creencias sobre eficacia y necesidad (“no siempre hace falta

médico”) alimentan esa sensación de control subjetivo (Del Toro et al., 2017).

La automedicación con antibióticos — cuando aparece en los resultados— debe leerse con especial cautela por su relación con resistencia antimicrobiana. En Pasto (Colombia) se describe que parte de la población acude a farmacias/droguerías por antibióticos sin prescripción, sin dimensionar consecuencias del consumo indiscriminado, y se advierte el vínculo con resistencia bacteriana (Suárez López, 2019). En México, se ha observado que, aunque muchas familias refieren conocer la resistencia antimicrobiana, tienden a considerarla un problema “ajeno” a su propio hogar, creencia que facilita mantener la práctica (Casas Navarro et al., 2024). Revisiones recientes también conectan la automedicación y la venta no regulada de antibióticos con la emergencia de bacterias multirresistentes, subrayando la necesidad de intervenciones sostenidas (Caicedo et al., 2024).

En clave aplicada, los resultados apuntan a que las estrategias de reducción de daño deben combinar educación sanitaria focalizada (síntomas de alarma, duración correcta, riesgos de polifarmacia, lectura de etiquetas) con acciones en el punto de acceso más usado: la farmacia. La evidencia sugiere que cuando el farmacéutico participa activamente en la información, puede mejorar el uso de medicamentos sin prescripción y reducir usos prolongados o inapropiados (Peña Mendiola et al., 2024). Para antibióticos, se vuelve crítico abordar creencias familiares sobre la resistencia antimicrobiana y reforzar medidas de uso racional desde la comunidad (Casas Navarro et al., 2024; Caicedo et al., 2024). En paralelo, revisiones en español recomiendan combinar intervención educativa y regulación para disminuir



automedicación irresponsable y promover decisiones informadas (Pacha Jara et al., 2023).

Conclusiones

La automedicación, en este estudio, emergió como una práctica de autocuidado situada y funcional: más que un acto aislado, se configura como un proceso de decisión escalonado que inicia con la valoración doméstica del síntoma, continúa con la selección de un recurso terapéutico disponible (hogar, farmacia o redes) y se regula mediante un monitoreo de la evolución clínica y umbrales personales para consultar. Esta lógica explica por qué la automedicación se mantiene aun cuando los participantes reconocen riesgos generales asociados al uso de medicamentos.

Los hallazgos muestran que los principales detonantes se relacionan con la necesidad de sostener la funcionalidad (trabajo, estudio, cuidado), la familiaridad con síntomas recurrentes y la disponibilidad inmediata de fármacos en la “farmacia del hogar”. En ese marco, las prescripciones antiguas y la experiencia previa adquieren estatus de evidencia práctica, legitimando el uso repetido de ciertos medicamentos y fortaleciendo la percepción de control sobre el malestar.

La farmacia comunitaria se consolidó como un nodo estratégico del itinerario terapéutico: opera como punto de acceso rápido y, para muchos participantes, como sustituto parcial de la consulta en atención primaria. La recomendación informal —ya sea del dependiente, de familiares o de fuentes digitales— influye de manera decisiva en la elección del medicamento, la dosis y la duración, lo que evidencia la necesidad de intervenir en estos espacios donde realmente se toman decisiones.

La gestión del riesgo apareció como un equilibrio entre beneficio inmediato y daño potencial, mediado por categorías locales (“fuerte/suave”, “natural/seguro”) y por límites prácticos (duración del cuadro, severidad, signos de alarma). Esto sugiere que las estrategias educativas y de comunicación clínica serán más efectivas si se enfocan en señales concretas para derivación oportuna, riesgos de combinaciones frecuentes y criterios claros de duración y dosis, en lugar de mensajes generales de “no se automedique”.

La automedicación con antibióticos, cuando estuvo presente, se caracterizó por una mayor ambivalencia moral y por su asociación con barreras de acceso y oportunidad, lo que plantea un riesgo adicional por su relación con resistencia antimicrobiana y con el retraso en diagnósticos que requieren evaluación profesional. En consecuencia, las intervenciones deben combinar regulación efectiva, educación comunitaria y fortalecimiento del rol de la farmacia en la orientación y la derivación, priorizando grupos con mayor vulnerabilidad (polimedicación, crónicos, adultos mayores).

En conjunto, este estudio aporta evidencia cualitativa relevante para salud pública y atención primaria al describir cómo se decide la automedicación, qué fuentes se consideran legítimas y cuáles son los umbrales que activan la consulta. Como líneas futuras, se recomienda profundizar comparaciones por género, edad y contexto (urbano/rural), incorporar observación en farmacias y explorar intervenciones co-diseñadas con comunidad y personal farmacéutico que reduzcan riesgos sin desconocer la función



que la automedicación cumple en la vida cotidiana.

Referencias

- Akhtar, M. A. (2012). Self medication [Editorial]. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 28(3), 349–351. https://applications.emro.who.int/imemrf/Pak_J_Med_Sci/Pak_J_Med_Sci_2012_28_3_349_351.pdf
- Almeida Cerino, M. J., Priego Álvarez, H. R., Córdova Hernández, J. A., Morales García, M. H., & Sevilla Jerónimo, P. (2020). Automedicación de medicamentos genéricos en usuarios de farmacias en un municipio mexicano. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca*, 22, 24–32. <https://doi.org/10.47373/rfcs.2020.v22.1573>
- Arboleda Forero, V., Cruzate Hernández, J. P., Yepes Restrepo, M., & Higueta-Gutiérrez, L. F. (2023). Antibiotic self-medication patterns and associated factors in the context of COVID-19, Medellín, Colombia: A survey based cross sectional study. *Patient Preference and Adherence*, 17, 3057–3066. <https://doi.org/10.2147/PPA.S434030>
- Baracaldo-Santamaría, D., Trujillo-Moreno, M. J., Pérez-Acosta, A. M., Feliciano-Alfonso, J. E., Calderon-Ospina, C.-A., & Soler, F. (2022). Definition of self-medication: A scoping review. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 13, 20420986221127501. <https://doi.org/10.1177/20420986221127501>
- Caicedo, J. E., Amaya Villacis, L. D., Gaviria Simba, K. M., Lara Hernández, M. N., & Tapia Castro, A. A. (2024). Impacto de la resistencia antimicrobiana en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en pediatría: una revisión bibliográfica. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(6), 1369–1377. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i6.3089>
- Casas Navarro, A. M., Morales Rojas, M. E., Cohuo Cob, S. M., Aké Canul, D. F., Balam Ek, M., & Valle Solís, M. O. (2024). Automedicación con antibióticos y creencias sobre la resistencia antimicrobiana en una comunidad suburbana de México. *Index de Enfermería*, 33(3), e14817. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20246922>
- Del Toro, M., Díaz, A., Barrios, Z., & Castillo, I. (2017). Automedicación y creencias en torno a su práctica en Cartagena, Colombia. *Revista Cuidarte*, 8(1), 1509–1518. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.367>
- Kazemioula, G., Golestani, S., Alavi, S. M. A., Taheri, F., Gheshlagh, R. G., & Lotfalizadeh, M. H. (2022). Prevalence of self-medication during COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 10, 1041695. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1041695>
- Pacha Jara, A. G., De la Torre Fiallos, A. V., Guangasig Toapanta, V. H., & Hidalgo Morales, K. P. (2023). Automedicación: un enfoque de revisión sobre sus riesgos,



consecuencias y una práctica responsable. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(4), 708–721.
<https://doi.org/10.56712/latam.v4i4.1252>

Pan American Health Organization. (2015, November 18). Antibiotics should be “handled with care” to preserve their life-saving qualities. <https://www.paho.org/en/news/18-11-2015-antibiotics-should-be-handled-care-preserve-their-life-saving-qualities>

World Health Organization. (2000). Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication (WHO/EDM/QSM/00.1). World Health Organization.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66154/WHO_EDM_QSM_00.1_eng.pdf

World Health Organization. (2023, November 21). Antimicrobial resistance. Retrieved February 3, 2026, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>