



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75

**“AUTOMEDICACIÓN Y ESTILOS PARENTALES EN PADRES DE NIÑOS  
MENORES DE 5 AÑOS CON INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS  
RESPIRATORIAS SUPERIORES DE LA UMF No. 75”**

NÚMERO DE REGISTRO SIRELCIS:

R – 2021 – 1408 – 026

**TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**M.C. JUÁREZ LEMUS JESSICA**

ASESORA DE TESIS:

**E. EN M.F. NORMA HERRERA GONZÁLEZ**

INVESTIGADOR ASOCIADO

**C.C.E.I.S. DR. IMER GUILLERMO HERRERA OLVERA**

Ciudad Nezahualcóyotl, Edo. de México

Estado de México, Ciudad Nezahualcóyotl

Febrero 2023

**Dr. Ulises Garcia Lujano**  
DIRECTOR  
Mat. 99158472  
IMSS Céd. Prof. 4830417

**Dra. Gisselle Carrillo Flores**  
Fomento a la Salud  
Mat. 99389372  
IMSS Céd. Prof. 7491378

**Dr. Imer Guillermo Herrera Olvera**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
IMSS Mat. 98150497

**Dr. Rey David Sánchez Morales**  
Med. Fam. y Prof. Titular  
Residentes de Medicina Familiar  
IMSS Mat. 98158757





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

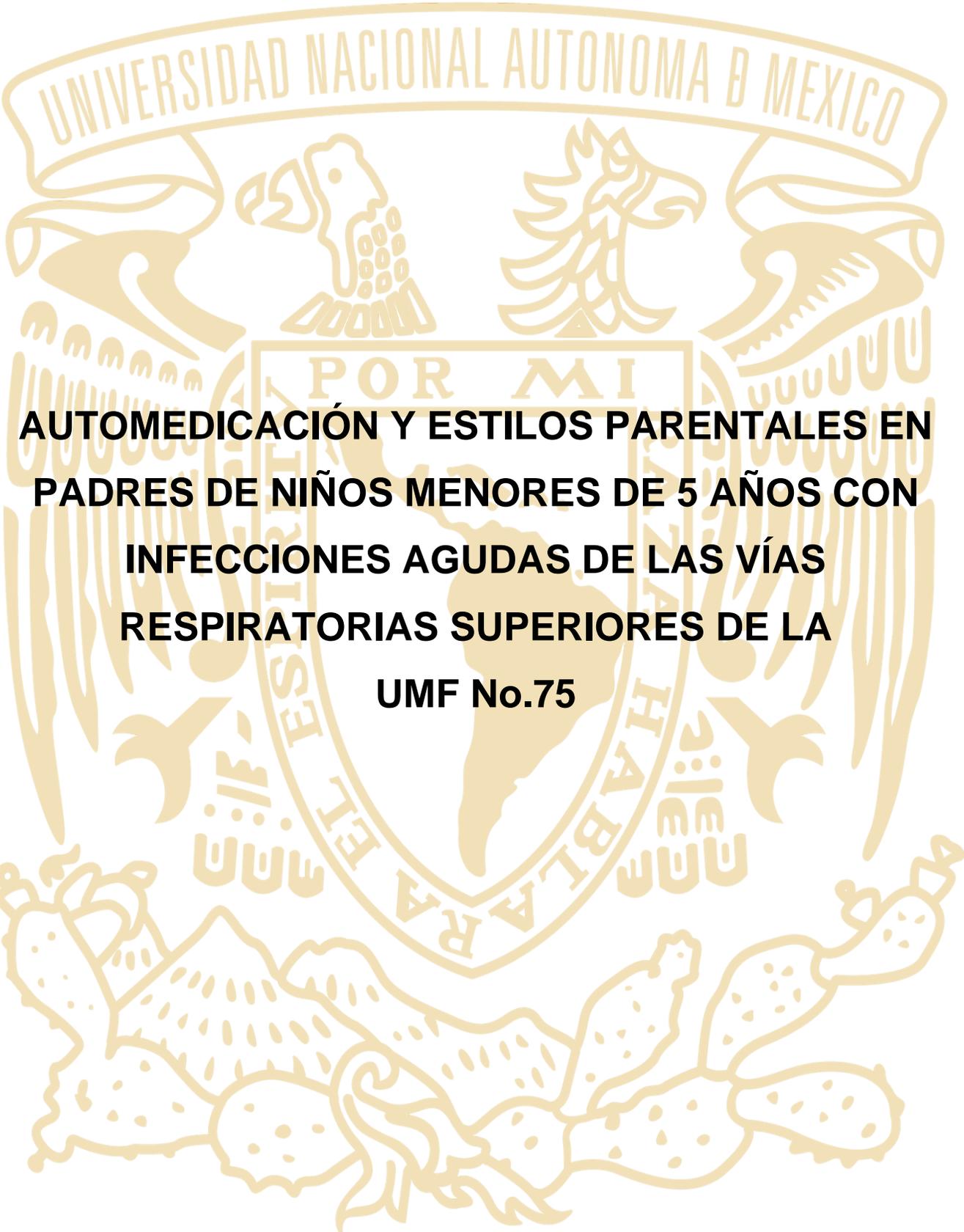


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**AUTOMEDICACIÓN Y ESTILOS PARENTALES EN  
PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON  
INFECCIONES AGUDAS DE LAS VÍAS  
RESPIRATORIAS SUPERIORES DE LA  
UMF No.75**

El presente proyecto fue aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud 1408 y por el Comité de Ética en Investigación 14088 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, al cual se le asignó el número de registro R – 2021 – 1408 – 026, tiene como título:

**“Automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75”**

3TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**JUÁREZ LEMUS JESSICA**

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR



AUTORIZACIONES:



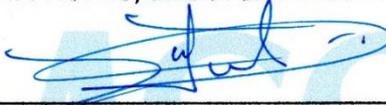
DR. ULISES GARCÍA LUJANO

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75, IMSS



DR. IMER GUILLERMO HERRERA OLVERA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75, IMSS. E INVESTIGADOR ASOCIADO



E. en M. F. REY DAVID SÁNCHEZ MORALES

PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75, IMSS.



E. EN M. F. NORMA HERRERA GONZÁLEZ  
ASESORA DE TESIS

Estado de México, Ciudad Nezahualcóyotl. Febrero 2023



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**“Automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. JUÁREZ LEMUS JESSICA**

AUTORIZACIONES



---

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA  
JEFE DE SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M



---

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



---

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud 1408.  
U MED FAMILIAR MUN 64

Registro COFEPRIS 17 CE 15 104 043  
Registro CONBOÉTICA CONBIOÉTICA 15 CEI 003 2018041

FECHA Lunes, 02 de agosto de 2021

**Dra. HERRERA GONZALEZ NORMA**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2021-1408-026

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**MARIA ISABEL RAMÍREZ MURILLO**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1408

Imprimir

**IMSS**

SECRETARÍA Y SECRETARÍA SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité de Ética en Investigación 14088  
U MED FAMILIAR NUM 54

Registro COPEPRIS 17 CE 15 1 04 043

Registro CONBIOÉTICA, CONBIOÉTICA 15 CET 043 2018043

FECHA Martes, 29 de junio de 2021

**Dra. HERRERA GONZALEZ NORMA**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Lic. JEHÚ TAMAYO CALDERÓN**  
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 14088

Impreso:

**IMSS**

REGISTRADO Y SEMESTRARIO NACIONAL

## IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

### DATOS DEL ALUMNO

Apellido paterno	Juárez
Apellido materno	Lemus
Nombre	Jessica
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de medicina
Carrera	Medicina familiar
No. de cuenta	310245928
Correo electrónico	<a href="mailto:jessicajuarezlemus@gmail.com">jessicajuarezlemus@gmail.com</a>

### DATOS DEL ASESOR

Apellido paterno	Herrera
Apellido materno	González
Nombre	Norma

### DATOS DE LA TESIS

Título	“Automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75”
No. de páginas	153
Año	Febrero 2023

## Agradecimientos

A mis padres por sus valores, educación y principios que me han inculcado desde siempre, por acompañarme en este camino ofreciéndome todo su amor, apoyo y comprensión incondicional durante las adversidades y bienestares de esta etapa.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por brindarme la oportunidad y las herramientas necesarias para llevar a cabo la realización de esta investigación, por la confianza de poner en nuestras manos la salud de los pacientes y dejarnos ofrecerles un servicio de atención médica de calidad.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por todas sus aportaciones académicas hacia mi persona.

A mis asesores de tesis, en especial al C.C.E.I. Dr. Imer Guillermo por su ayuda, paciencia y dedicación, por brindarme sus conocimientos y asesorarme con su gran experiencia académica.

A todas las personas, amigos y demás familiares que me apoyaron y confiaron en que culminaría con éxito este proyecto.

Por último, quisiera compartir la siguiente frase “la admiración que se siente por alguien más, no es más que nuestro propio potencial proyectado...” (Autor desconocido, 2022)

## ÍNDICE

I. <b>MARCO TEÓRICO</b> .....	1
1.1 Automedicación.....	1
1.2 Infección aguda de las vías respiratorias .....	12
1.3 Estilos parentales.....	27
II. <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	29
III. <b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	31
3.1 Magnitud .....	31
3.2 Trascendencia.....	33
3.3 Vulnerabilidad .....	34
3.4 Factibilidad .....	35
IV. <b>OBJETIVOS</b> .....	36
4.1 Objetivo general .....	36
4.2 Objetivos específicos .....	36
V. <b>HIPÓTESIS</b> .....	37
5.1 Hipótesis alterna .....	37
5.2 Hipótesis nula.....	37
VI. <b>MÉTODO</b> .....	38
6.1 Características del lugar dónde se realizó el estudio .....	38
6.2 Diseño .....	39
6.3 Universo de trabajo .....	39
6.4 Tamaño de la Muestra .....	40
6.5 Técnica de muestreo.....	41
VII. <b>CRITERIOS DE SELECCIÓN</b> .....	42
7.1 Inclusión .....	42
7.2 Exclusión.....	42
VIII. <b>OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b> .....	43
8.1 Variable dependiente .....	52
8.2 Variable independiente.....	52
IX. <b>MÉTODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</b> .....	52
9.1 Cédula de datos sociodemográficos .....	52
9.2 Cuestionario sobre automedicación .....	52

9.3	Cuestionario de prácticas parentales de Robinson (1995). Adaptado por Fernández y Vera (2008) .....	53
X.	<b>DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO</b> .....	54
XI.	<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b> .....	58
XII.	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	59
12.1	Código de Nüremberg .....	59
12.2	Declaración de Helsinki de Asociación Médica Mundial.....	61
12.3	Informe de Belmont (Principios bioéticos de Belmont) .....	62
12.4	Reglamento de la ley general de salud en material de investigación para la salud, título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos .....	63
12.5	NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012.....	64
12.6	Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de los particulares .....	65
XIII.	<b>RECURSOS</b> .....	67
13.1	Recursos humanos.....	67
13.2	Recursos materiales .....	67
13.3	Recursos financieros .....	68
XIV.	<b>DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS</b> .....	69
XV.	<b>DISCUSIÓN</b> .....	110
XVI.	<b>CONCLUSIONES</b> .....	114
XVII.	<b>RECOMENDACIONES</b> .....	115
XVIII.	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	116
XIX.	<b>ANEXOS</b> .....	126

## Resumen

**Objetivo:** Asociar la automedicación con los estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la Unidad de Medicina Familiar No. 75. **Métodos:** Estudio transversal analítico realizado en el año 2021, con muestreo no probabilístico por cuotas, participaron 286 padres de familia derechohabientes de 15 a 55 años con hijos menores de 5 años con IRAS, a quienes se les aplicaron dos cuestionarios, el primero para identificar factores sociodemográficos y practica de automedicación y el segundo para establecer su estilo parental. En el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS edición 26.0, se estableció la asociación con la prueba chi cuadrada de asociación lineal por lineal para significancia estadística e intervalo de confianza de 95%. **Resultados:** La práctica de automedicación estuvo presente en 229 (80.1%) padres. Del total de padres con presencia de automedicación 185 (64.7%) prevaleció con el estilo parental democrático. El perfil de los padres que automedican a sus hijos fue de género femenino con 213 (74.5%), edad de 26-35 años 157 (54.9%), casados 94 (32.9%), con bachillerato 98 (34.3%), dedicados al hogar 81 (28.3%). La edad de los niños que predominó en la que está presente la automedicación es la de 5 años 76 (26.6%), la fiebre es el primer motivo de automedicación con 143 (50%), 201 (70.2%) de los padres usaron analgésicos-antiinflamatorios. **Conclusión:** La automedicación no obtuvo asociación significativa con los estilos parentales, sin embargo, esta práctica mostró una relación ascendente con el estilo parental democrático.

**Palabras clave:** niños preescolares, automedicación, infecciones del tracto respiratorio superior

## **Abstract**

**Objective:** Associate self-medication with parenting styles in parents of children under 5 years of age with acute upper respiratory tract infections of the Family Medicine Unit No. 75. **Methods:** Analytical cross-sectional study carried out during the year 2021, with non-probabilistic sampling by quotas, 286 assigned parents from 15 to 55 years of age with children under 5 years of age with URTI participated, to whom two questionnaires were applied, the first to identify sociodemographic factors and self-medication practice and the second to establish their parenting style. In the statistical analysis, the SPSS edition 26.0 program was used, the association was established with the chi-square test of linear association by linear for statistical significance and 95% confidence interval. **Results:** The practice of self-medication was present in 229 (80.1%) parents. Of the total number of parents with the presence of self-medication, 185 (64.7%) prevailed with the democratic parenting style. The profile of parents who self-medicate their children was female with 213 (74.5%), aged 26-35 years 157 (54.9%), married 94 (32.9%), with high school 98 (34.3%), dedicated to the home 81 (28.3%). The predominant age of children in which self-medication is present is 5 years 76 (26.6%), fever is the first reason for self-medication with 143 (50%), 201 (70.2%) of the parents used analgesics -anti-inflammatories. **Conclusion:** Self-medication did not obtain a significant association with parenting styles, however, this practice showed an ascending relationship with the democratic parenting style.

**Key words:** Child preschool; Self-medication; Infections, Upper Respiratory Tract.

## **I. MARCO TEÓRICO**

### **1.1 Automedicación**

La palabra medicamento, de acuerdo con el contexto de la Real Academia Española (RAE), proviene del vocablo latino *medicamentum*.<sup>1</sup>

Un medicamento es toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético usado en el hombre o animales que tienen un efecto terapéutico, de prevención o rehabilitatorio, que se presenta en forma farmacéutica y se identifica como tal por su actividad farmacológica, es decir, características físicas, químicas y biológicas. La automedicación, es un hecho cotidiano y habitual en nuestra sociedad. En ella se incluyen la utilización de medicamentos, hierbas y remedios caseros, ya sea por iniciativa propia o por consejo de otra persona, sin ninguna intervención por parte del médico o la médica.<sup>2</sup>

La Organización Mundial de la Salud, (OMS) define a la automedicación (AM) como la práctica mediante la cual los individuos tratan sus enfermedades y condiciones con medicamentos, que están aprobados y disponibles sin prescripción, y que son seguros y efectivos cuando se usan según las indicaciones.<sup>3</sup>

La Federación Farmacéutica Internacional (FIP) y La Industria Mundial de la Automedicación Responsable aceptan y presentan la definición de automedicación como la utilización de medicamentos sin receta, por elección propia de las personas. Esta incluye el uso de medicamentos convencionales (MC) o medicina complementaria y alternativa.<sup>4</sup>

#### **Lineamientos legales de la automedicación**

Según la ley general de salud del DOF con vigencia del 24-01-2020 en el Título tercero, Prestación de los servicios de salud, Capítulo I: Disposiciones comunes, Artículo 28 Bis, dicta que los profesionales que pueden prescribir medicamentos son: médicos, médicos homeópatas, cirujanos dentistas, médicos veterinarios en el área de su competencia y licenciados en enfermería. Los profesionales mencionados deberán contar con cédula profesional expedida por las autoridades educativas competentes. Dentro de la ley general de salud en el artículo 226,

fracción IV reglamenta que las farmacias sólo deben vender antibióticos cuando el paciente exhiba una receta médica y cumpla el acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos.<sup>5</sup>

Los beneficios de los antibióticos se han visto amenazados por su uso indebido, esta práctica ha sido favorecida por los medicamentos de venta libre disponibles en farmacias y en puntos de venta locales. Exigir una receta de una profesión médica es una solución formal, sin embargo, los no médicos también pueden recetar medicamentos según el estudio de Elong et al, 2020. Esto explica la alta prevalencia de hasta 26,84% de prescripciones paramédicas notificadas por parte de enfermeras, parteras y técnicos de laboratorio. En este contexto, tener una receta no garantiza que un médico calificado haya realizado un diagnóstico correcto.<sup>6</sup>

### **Antecedentes históricos de la automedicación**

El origen de la automedicación se remonta miles de años atrás. Cuando no había tratamientos basados en la ciencia, el autocuidado era la forma con la que se sustentaba el mantenimiento de la salud. Cuando el autocuidado no era suficiente, entonces se acudía con un experto en técnicas para curar las enfermedades.<sup>7</sup>

Se ha descrito que, en el pasado, la automedicación se llevaba a cabo a través de cuidados personales, el uso de hierbas u otro tipo de terapéuticas con el fin de aliviar síntomas o de curar ciertas patologías. Tal conocimiento empírico se transmitía verbalmente de una generación a otra.<sup>8</sup>

### **Epidemiología de la automedicación**

El comportamiento de automedicación está muy extendido a nivel mundial, con cifras alrededor del 60% en países con diferencias económicas y culturales. Según un boletín por parte de la Secretaría de Salud el 80% de la población usa medicamentos por iniciativa propia sin indicación médica y sin receta. Un estudio de Munk H., Jorgensen A., Klug T., en 2018, reveló que casi el 60% de los niños entre 2 y 4 años reciben al menos un antibiótico al año, esto se considera la primera etapa o nivel de la atención en salud y se estima que resuelve cerca de 80-90% de los problemas de salud.<sup>9</sup>

## **Riesgos de la automedicación**

La práctica frecuente de automedicación puede provocar: toxicidad en forma de efectos secundarios, reacciones adversas e intoxicación, enmascaramiento de síntomas, que pueden facilitar un diagnóstico erróneo, falta de efectividad; por no tener indicación para la enfermedad que se padece, dosis y tiempo de tratamiento incorrectos, puede generar dependencia o adicción e interacciones con otros medicamentos. Un caso en específico es la resistencia bacteriana frente a medicamentos a los cuales se era habitualmente sensible. En condiciones ideales, la elección del medicamento debería hacerse con base en la información local o regional de la vigilancia de la resistencia y siguiendo las normas del tratamiento.<sup>10</sup>

La resistencia a los antimicrobianos es un fenómeno biológico natural, en el cual se desarrollan cepas que pueden reproducirse en presencia de concentraciones mayores del fármaco de las que se administran en dosis terapéuticas. Esta resistencia puede resultar de una característica de toda la especie o entre cepas que por lo general son sensibles, se desarrolla por mutación o transferencia genética (plásmidos). Los genes resistentes codifican varios mecanismos en los que los microorganismos pueden resistir los efectos inhibitorios de antimicrobianos específicos, de la misma clase o de muchos compuestos de diferentes clases.<sup>11</sup>

Algunos de los efectos relacionados con la automedicación son: Cefalea, resfriados frecuentes, mialgias, alteraciones digestivas entre otros. Existen factores que influyen en la RAM, son uso excesivo de antibióticos, dosis inapropiada de antimicrobianos, practicas pobres de higiene y sanitización por la población, uso de antimicrobianos falsos, subestándar o de baja calidad, sistemas de vigilancia insuficientes, falta de inversión en la generación de antimicrobianos nuevos para reemplazar antimicrobianos existentes, ausencia de apego a las recomendaciones de vacunación y deficiencia del apego al esquema terapéutico establecido.<sup>10-11</sup>

## **Medicamentos más consumidos en padecimientos más frecuentes**

Entre los medicamentos con más demanda para su autoconsumo se encuentran: analgésicos y antiinflamatorios, antibióticos, antisépticos tópicos, suplementos

vitamínicos y minerales, antigripales, antitusígenos y mucolíticos, medicamentos para patología digestiva como laxantes, antiácidos, antiflatulentos. Los principales problemas por los cuales se recurre a la automedicación son: dolor, síntomas gripales, fiebre, malestar digestivo, alteraciones del sueño.<sup>11</sup>

### **Automedicación en niños**

La prevalencia de la automedicación administrada a los niños por los padres como resultado de la investigación realizada por Cristescu C., fue del 81.02%, las madres son quienes prescriben mayormente medicamentos a sus hijos y éstas tienen un alto nivel escolar. De los casos, principalmente, utilizan el kit de farmacia familiar en 83.61%; la prescripción de medicamentos por parte del médico es de 80.49%, por el farmacéutico 63.65% y con el folleto de medicamentos 53.56%. Este estudio nos muestra que las principales causas que guían el comportamiento de los padres cuando recurren a la automedicación para sus hijos son: la fiebre, el dolor y la tos. Los medicamentos más empleados por los padres encuestados fueron el ibuprofeno en 51.08% y el paracetamol en 44.95%; El 51.08% de los padres consideran que el ibuprofeno es más efectivo que el paracetamol y solo conocen algunos de los efectos secundarios de este AINE; los riesgos más frecuentes de automedicación en niños que percibían los padres fueron: el temor a las reacciones alérgicas post a la administración del fármaco, la sobredosis y el empeoramiento de la enfermedad.<sup>12</sup>

La duración media de la enfermedad de los niños antes de la consulta médica fue de 4.6 +- 5.2 días (duración media 2 días). Hubo asociación entre el nivel educativo y la duración de los síntomas de la enfermedad antes de la consulta (5+- 5.7 días para el nivel educativo bajo vs 3.8 +-4 días para el nivel alto: IC 4.8: p=0.02).<sup>13</sup>

La población pediátrica requiere de preocupación particular debido a que los niños están expuestos a altas tasas de usos de antibióticos, aunque se sabe que la gran mayoría de infecciones que afectan a este grupo de edad son de origen viral, por lo que conduce a alto índice de su uso innecesario, otro problema es que los niños tienen un mayor riesgo de errores de medicación y el último aspecto es que

aumentan rápidamente varias bacterias y patógenos resistentes a los antibióticos como por ejemplo streptococo pneumoniae.<sup>14</sup>

Los predictores que sobresalen para la automedicación son el nivel educativo bajo (OR=0.646, IC: 0.484-0.862: p=0.003), ingresos familiares deficientes (OR=0.393, IC: 0.206-0.749: p=0.005), lugar de residencia (OR=5.252, IC:1.217-22.669: p=0.026) y conocimiento del uso de antibióticos (OR=1.022 IC: 1.002-1.042: p=0.030).<sup>15</sup>

Se ha descrito que, en el caso de los niños, se emplea la automedicación en casos de faringoamigdalitis, otitis media aguda, bronquitis, infecciones de la piel y del tracto urinario. El fármaco más empleado fue la amoxicilina con ácido clavulánico. Lo anterior coincide con estudio realizado por Hamdy E, Basem H., Hameed S. y Abed B. quien señala que la amoxicilina con ácido clavulánico es el antibiótico más auto recetado y representa el 53.3% seguido de la amoxicilina con 25.6%. El 70.2% de las madres creen correctamente que no se debe administrar antibiótico en todos los casos cuando la temperatura corporal aumenta, el 53.2% de los encuestados sabía que los antibióticos se usan solo para la infección bacteriana. El 75% informó que el uso inadecuado de antibióticos podría provocar resistencia microbiana, mientras que 86,9% identificaron correctamente que los antibióticos pueden causar reacciones adversas a los medicamentos.<sup>14,15</sup>

Se encontró en el estudio de metaanálisis donde se describe que 89% de los pacientes que fueron tratados con amoxicilina con ácido clavulánico experimentaron ausencia de faringoamigdalitis, mientras que la penicilina tuvo éxito en 42% (RR=0.15; IC 95%: 0.04-0.56, p=0.005). Se ha revelado predominancia en la insuficiencia de conocimiento relacionado con los antibióticos y las practicas inapropiadas de los cuidadores entre ellas; el uso de antibióticos sin receta médica en los niños, el acudir a fuentes de los antibióticos como son las farmacias comunitarias y consumir las sobras de antibióticos recetados previamente (OR=6.25; IC del 95%: 4.73-8.26). Una práctica que podría reducir el uso indiscriminado de medicamentos sería la dispensación exacta de las recetas por parte de los servicios médicos.<sup>9,11</sup>

La prevalencia de la automedicación entre los niños y adolescentes varía ampliamente. Se encontró en un estudio que la prevalencia de la automedicación entre los adolescentes fue de 2% a 92% en diferentes países debido a varias medidas (es decir, el período de recuperación) y las poblaciones (es decir, grupo de edad), mientras que los analgésicos fueron los medicamentos más consumidos sin receta. Se ha investigado que existe una alta prevalencia de automedicación entre los niños y adolescentes, y se encontró que los medicamentos con las tasas más altas de consumo incluyen analgésicos, antipiréticos y agentes inflamatorios.<sup>16</sup>

### **Factores asociados a la automedicación**

Según estudios realizados en el Observatorio del Comportamiento de Automedicación de la Universidad del Rosario, Colombia, se describe que se trata de un comportamiento mucho más complejo y determinado por múltiples variables. El comportamiento de la automedicación puede ocurrir dentro del contexto de la prescripción o fuera de este. En el caso de estar dentro de la prescripción implicaría cambios en las dosis prescritas por el profesional o la interrupción o prolongación del tratamiento médico. En el segundo caso, es decir, al estar fuera de ésta, implica el consumo de medicamentos o el uso de tratamientos sin la prescripción, seguimiento y acompañamiento de un profesional de la salud facultado para ello.<sup>17</sup>

En el contexto del autocuidado, las motivaciones para la AM pueden variar ampliamente y se incluye el consumo o uso de tratamientos para la prevención primaria de una enfermedad física o mental, la reducción de síntomas, la supuesta curación o el mejoramiento de algunas condiciones de salud. Sin embargo, fuera del contexto del cuidado, el comportamiento de la AM puede estar motivado por el mejoramiento de capacidades físicas (como por ejemplo, dopaje o uso de esteroides anabólicos) o cognitivas (como la memoria y el rendimiento atencional), por un uso lúdico (sustancias psicoactivas), por cuidado estético (reducción de peso o uso de cosméticos) y en el contexto de la sexualidad humana, para la prevención e interrupción del embarazo, el mejoramiento de capacidades sexuales o el cambio de sexo.<sup>17</sup>

Dentro de las múltiples variables que influyen en la perpetuación de la práctica de AM se encuentran factores sociales, culturales y económicos tales como: la falta de tiempo para acudir con el médico, falta de economía para costear consultas y fármacos, mercado negro, facilidad para adquirir medicamentos sin prescripción médica, publicidad y acceso a información de manera inmediata mediante la tecnología y comunicación (internet y redes sociales) así como poseer medicamento de tratamientos anteriores. Por esta diversidad de factores, la AM facilita el consumo excesivo de medicamentos y tratamientos, que la hacen una conducta de riesgo y un problema global de salud pública, si se hace de manera irresponsable.<sup>12,15</sup>

La experiencia de la automedicación podría clasificarse en categorías personales, sociales, organizativas y culturales. Altos costos de atención médica, los costos de transporte y traslado, los problemas relacionados con los seguros y el acceso temprano a los medicamentos provocan un aumento en la tasa de automedicación. Una formación y comunicación suficientes con respecto a las complicaciones del autotratamiento, el acceso a servicios sanitarios y la comunicación mutua con los pacientes puede reducir en gran medida los problemas de salud.<sup>18</sup>

Un factor importante que considerar, son las condiciones socioeconómicas y hábitos higiénico-dietéticos de la población que podrían modificar o complicar el curso de la enfermedad y pueden ser objetivos de futuras investigaciones, tales como: el hacinamiento, sanitización de alimentos, condiciones de vivienda y acceso a enseres de limpieza.<sup>19</sup>

En el estudio realizado por Oliveira de Sousa F & Monteiro M. 2019, se menciona que una de las practicas que realiza la población de la Fortaleza, Brasil común en cuanto a la automedicación es replicar tratamientos anteriores hasta en un 25.9%, en su investigación refieren que la compra de antimicrobianos sin prescripción tiene estrecha relación con el hecho de “haber sido curados antes” por los mismos antimicrobianos. De modo que las personas compran y utilizan antimicrobianos según su propia experiencia, pero una vez que su conocimiento es muy escaso, son propensos a cometer errores, y en muchos casos no compran ni siquiera un

tratamiento completo, por desconocer la necesidad o el riesgo asociado. Se asocia el tratamiento con antibióticos a síntomas inespecíficos y la cura a su desaparición.<sup>20</sup>

En el estudio realizado por Mande B, Tebandite E, Marini R. & Alworonga, 2018, describe que las tabletas y los jarabes fueron las dos formas más utilizadas de medicamentos automedicados a los niños. Los antipiréticos como el paracetamol fueron los más consumidos. Los padres dieron medicamentos con errores de dosificación en el 58% de los casos. Las principales razones para administrar medicamentos sin receta fueron evitar demasiados trámites en los hospitales o la falta de dinero suficiente para llevar a los niños al hospital. Los factores asociados con la automedicación principales registrados en esta investigación fueron el sexo femenino de los padres ( $p=0.04$ ), la mayor duración de la enfermedad antes de llevar al niño al hospital ( $OR=1.5: 0.9-2.5; p=0.04$ ), y el almacenamiento en el hogar de medicamentos utilizados anteriormente ( $OR=1.8: 1.1-3.1; p=0.01$ ). Los padres de menos de 30 años dieron menos medicamentos que los de más de 30 años. ( $p=.0005$ )<sup>13,21</sup>

En el trabajo realizado por Ortiz M y cols., 2018 se demostró que los padres o tutores legales administraron automedicación a los niños en 39% ( $n=367$ ). La media anual de administración de medicamentos convencionales a niños fue de  $2.9 \pm 2.2$  veces/año y la de administración de medicina complementaria y alternativa fue de  $2.9 \pm 2.4$  veces/año. Se encontraron coeficientes de correlación significativos para la frecuencia de automedicación de los padres con las frecuencias de administración de medicamentos convencionales y de medicina complementaria y alternativa administradas a los hijos ( $p<0.05$ ).<sup>21</sup>

En un estudio mexicano de Moreno-Venegas LA, 2019, describe que la desnutrición aumenta la probabilidad de padecer IRAS de probable etiología bacteriana y, por consiguiente, aumenta el uso de antibióticos. También menciona que la causa principal del ausentismo en consultas de control fue por observar mejoría significativa y porque no consideraron necesario acudir nuevamente a consulta. El incumplimiento por parte de los padres/tutores para llevar al menor a consultas de revaloración puede estar fundamentado en el tiempo de espera para recibir la

atención debido al gran número de consultas atendidas en un día y por la poca afinidad a los servicios de salud ofrecidos por el estado, las diferencias culturales, situación económica y dinámicas propias de la población.<sup>19</sup>

En la investigación de Lagarza M, Ojendiz H, Pérez M y Juanico M. 2019, encontró que 50.2% de las madres de su estudio presenta un nivel de conocimientos regular sobre las infecciones agudas de vías respiratorias superiores; 30.4% tuvo actitudes y prácticas incorrectas contra 19.4% que tuvo prácticas correctas sobre el uso de medicamentos y refiere que los conocimientos, las actitudes y las prácticas en los cuidadores con respecto a infecciones respiratorias agudas del tracto superior fueron incorrectos, evidenciando la necesidad de implementar y reforzar acciones educativas en la comunidad.<sup>22</sup>

Por otro lado, existen estudios en los que prevalece la creencia de que los antibióticos son apropiados para las infecciones bacterianas y esta fue más común en padres con un nivel educativo superior (OR=4.03, IC del 95%: 1.89-8.57,  $p<0.0001$ ).<sup>6</sup>

Otras razones que promueven a la automedicación según la investigación de Chang et al., 2018, son: que el padre o tutor tenga un familiar o pariente trabajando en el sector salud (OR= 1.38; IC 95%: 1.14-1.66), que los hijos no tengan seguro médico (OR=1.30; IC 1.30; IC del 95%: 1.05-1.61), cuidadores con actitud de apoyo (OR=2.66; IC del 95%: 2.21-3.19). Se ha visto que se han asociado los consejos de compra de una tercera persona (OR= 4.99 IC 95%: 1.1-22.8,  $p=0.038$ ) y la motivación personal (OR= 2.64, IC 95%: 1.01-6.92,  $p=0.048$ ).<sup>11</sup>

### **Fomento por parte del médico para la automedicación**

El efecto que juegan diferentes factores en la decisión de recetar antibióticos por parte de los profesionales de la salud, para tratar infecciones respiratorias agudas se pueden describir de la siguiente manera según la bibliografía revisada; Incertidumbre clínica y presiones de tiempo inducidas por la carga de trabajo. Las estrategias comprobadas para reducir dicha prescripción inadecuada incluyen intervenciones educativas multifacéticas dirigidas adecuadamente para

proveedores de atención primaria, campañas educativas de medios de comunicación dirigidas a profesionales de la salud y al público, uso de buenas habilidades de comunicación en la consulta, como el entablar una buena relación médico-paciente. uso de recetas retrasadas, (las recetas retrasadas, se refiere a las que se otorgan después de la primera consulta y ya con un diagnóstico más aproximado) especialmente cuando se acompaña de información escrita, punto de prueba de atención y, probablemente, consultas más largas y de mejor calidad.<sup>23</sup>

Cambiar el comportamiento de los médicos para mejorar la prescripción ambulatoria de antibióticos puede ser difícil. Los enfoques sugeridos incluyen retroalimentación de comparación entre pares, apoyo de la decisión clínica, registros electrónicos a las mejores prácticas y capacitación en mejora de la comunicación de rendimiento. La comparación se ha utilizado durante algún tiempo para fomentar las mejores prácticas por parte de los médicos y puede tener un impacto muy positivo si se aplicara en varios países, incluido el nuestro.<sup>24</sup>

Como los pacientes son los consumidores finales de antibióticos, puede haber oportunidades para involucrarlos e intentar reducir el uso inadecuado de antibióticos. Los estudios han demostrado que el comportamiento de prescripción por parte de los médicos puede verse afectado por los pacientes. Las expectativas reales o percibidas sobre los medicamentos, las intervenciones que influyen en los pacientes para su consumo, los comportamientos, actitudes y / o conocimientos pueden ser útiles para disminuir el uso innecesario de antibióticos en la población.<sup>25</sup>

Se ha visto que los médicos proporcionan menos explicaciones sobre los antibióticos y sus posibles efectos secundarios que los auxiliares de farmacia (OR= 0.205, IC 95%: 0.09-0.46,  $p < 0.0001$ ), pero más que los farmacéuticos (OR= 3.692, IC 95%: 1.44-9.25,  $p < 0.0005$ ) las indicaciones sobre el uso de antibióticos fueron 7 veces más dadas a los clientes con receta médica en comparación con aquellos sin receta (OR= 7.37, IC 95%: 2.13-25.43,  $p < 0.0002$ ), los adultos de sexo masculino (OR= 2.32, IC 95%: 1.24-4.34,  $p = 0.0009$ ) y la educación superior (OR= 0.205, IC 95%: 1.08-3.89,  $p = 0.027$ ) se asociaron significativamente con la automedicación.<sup>6</sup>

Se utilizan diferentes modelos para evaluar el comportamiento de los individuos en educación para la salud. El modelo de creencias de salud es un modelo preciso que se emplea para determinar la relación entre el comportamiento y las creencias de salud, y es uno de los modelos más importantes para diseñar programas preventivos. Este explica los comportamientos relacionados con la salud con un enfoque especial en la aceptación de los servicios de salud. Consta de 6 estructuras, que incluyen la percepción de susceptibilidad, gravedad, beneficios, barreras, señales de acción y autoeficacia. Entre los constructos del modelo de creencias de salud y las conductas preventivas de automedicación se encontró que la susceptibilidad percibida se correlaciona positivamente con la gravedad, mientras que las barreras percibidas tienen una correlación negativa con los beneficios percibidos ( $R^2=0.048$  de las conductas de automedicación,  $p=0.042$ ).<sup>26</sup>

### **Medidas a implementar sobre la automedicación**

Existe un largo camino para poder erradicar el uso indiscriminado de medicamentos, sobre todo el uso de antibióticos, se abarca desde la educación para la salud de los padres o tutores, sobre medidas generales, manejo sintomático y la promoción de la no automedicación de los niños que padecen IRAS de la población, la actualización y capacitación de los médicos de primer contacto sobre las nuevas pautas de tratamiento y el uso innecesario de antimicrobianos, sus razones, así como el beneficio de las recetas retardadas, así mismo sobre la capacitación de venta de medicamentos a personal de farmacia y las políticas de salud que implican.

El hallazgo del estudio de Clegg et al., 2019, proporciona una base para desarrollar, ejecutar y evaluar diversas intervenciones educativas integrales destinadas a proporcionar información correcta, personalizada y basada en evidencia a los profesionales sobre el uso de antibióticos y el tratamiento de dolencias menores. Hay una necesidad urgente de un cambio de paradigma entre los farmacéuticos comunitarios y consumidores, se necesita realizar una educación en general ante los usos y riesgos de medicamentos, es indispensable otorgarles información correcta, basada en evidencia, ya que muchas personas acuden a ellos de primera instancia para automedicarse.<sup>26</sup>

## **1.2 Infección aguda de las vías respiratorias**

La infección aguda del tracto respiratorio (IRA) es uno de los tipos de infección más prevalentes entre los niños y un motivo común de consulta e ingreso hospitalario.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la principal causa de demanda de atención médica en la población pediátrica.<sup>22</sup>

Las IRA son un padecimiento que afecta al tracto respiratorio, se produce por microorganismos como virus y bacterias principalmente, se inicia de manera inesperada con una duración de aproximadamente 15 días. Puede presentarse como amigdalitis, sinusitis, bronquiolitis, bronquitis aguda, laringitis aguda o CRUP hasta la neumonía afectando a los niños menores de cinco años predominantemente.<sup>27</sup>

La gravedad de estas patologías respiratorias es muy variable y se detecta con mayor frecuencia en adultos mayores y en niños, principalmente en lactantes. La morbilidad se debe directamente a la infección viral o estar asociada con mecanismos indirectos generados por la brusquedad de los trastornos cardiopulmonares o por una sobreinfección de los pulmones, los senos paranasales y el oído medio.<sup>28</sup>

### **Clasificación**

#### **Según su localización**

Se encuentran infecciones del tracto respiratorio superior e infecciones del tracto respiratorio inferior. Las estructuras anatómicas que comprenden el tracto respiratorio superior son la nariz y fosas nasales, la cavidad oral, lengua y faringe, el tracto respiratorio inferior lo conforman la laringe, tráquea, bronquios, alveolos, pulmón y la pleura como estructura asociada.<sup>10</sup>

La infección de la vía respiratoria superior, conocida también como infección respiratoria alta, es una expresión que encierra a varias patologías, destacando entre ellas: la sinusitis, enfermedad que afecta principalmente los senos nasales y la nariz; la faringitis, patología que ocasiona inflamación de alguna parte de las vías

respiratorias superiores agrede a la faringe; la otitis media, en este caso afecta al oído medio además se considera la amigdalitis que provoca afectación en las amígdalas palatinas y la laringitis que perjudica a la laringe.<sup>29</sup>

### Según su etiología

De acuerdo con el agente causal, se clasifica en viral, bacteriana y fúngica en los menores casos.

**Tabla 1-1:** Clasificación de las Infecciones más frecuentes según su etiología.

<b>Infecciones frecuentes</b>	<b>Virales</b>	<b>Bacterias</b>
Rinofaringitis	Rinovirus	
Faringoamigdalitis congestiva	Influenza Parainfluenza Adenovirus	
Faringoamigdalitis purulenta	Influenza Adenovirus	<i>S. pyogenes</i>
Otitis media y sinusitis	Parainfluenza	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>M. catarrhalis</i>
Laringotraqueobronquitis	Virus sincitial respiratorio Parainfluenza	<i>H. Influenzae tipo b</i>

Pilapanta M., 2019. Clasificación de las Infecciones más frecuentes según su etiología

Las infecciones respiratorias virales causadas por Virus Sincitial Respiratorio, Adenovirus, Influenza A y B, Parainfluenza 1, 2, 3, se presentan anualmente de forma estacional y en el caso de la influenza y la COVID-19 también en forma pandémica.<sup>10,30</sup>

### Según su gravedad

También la Organización Mundial de la Salud (OMS) las categorizo en tres divisiones de acuerdo con su severidad: Graves: para las que exigen de hospitalización. Moderadas: aquellas que requieran administración de antibióticos en su hogar. Leves: a las que solo precisan medidas preventivas sin antibióticos.

Con la finalidad de disminuir las muertes en los niños por IRA, la clasificación anterior fue modificada, de manera que el niño con tos o dificultad para respirar se lo identifique como IRA sin neumonía, o con neumonía leve, grave o muy grave; con los siguientes términos: neumonía muy grave, con presencia de tos, taquipnea, coloración azul de piel y mucosas, pérdida de apetito. Neumonía grave, presenta tos, taquipnea y tiraje. Neumonía leve que muestra solo tos y taquipnea.<sup>31</sup>

Con la actual problemática de la pandemia se han agregado algunas definiciones como las siguientes:

Cuadros no complicados de IRA: Cuando no hay complicaciones, la infección vírica de las vías respiratorias altas cursa con síntomas inespecíficos como fiebre, tos, dolor de garganta, congestión nasal, malestar general, cefaleas y dolores musculares. Los ancianos y los pacientes inmunodeprimidos pueden presentar síntomas atípicos. Estos pacientes no presentan signos de deshidratación, septicemia ni disnea.

IRA grave: Infección respiratoria aguda asociada a fiebre o temperatura  $\geq 38$  °C y tos, de 10 días de evolución, que requiera hospitalización. No obstante, la ausencia de fiebre no descarta una infección vírica.<sup>10,31</sup>

### **Infección aguda de las vías respiratorias superiores**

La Guía de Práctica Clínica (IMSS 062-08) para el Diagnóstico y manejo de la infección aguda de vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad, define a la infección aguda de las vías respiratorias superiores (IAVRS) como una enfermedad infecciosa, que afecta al aparato respiratorio desde la nariz hasta antes de la epiglotis, durante un periodo menor a 15 días, frecuentemente ocasionado por virus y ocasionalmente por bacterias. Principalmente el estreptococo.<sup>31</sup>

El 90% de las IRAS son de origen viral y su transmisión es boca-mano y de persona a persona. Los síntomas principales son tos, fiebre, dolor de cabeza, mal estado general, dolor o secreción por el oído. Únicamente entre el 20 y 40% de estos casos pueden complicarse y requerir hospitalización.<sup>32</sup>

ENSANUT 2018, describe que múltiples factores de riesgo pueden asociarse a esta enfermedad, es vital que sean atendidos los menores cuando presentan alguno de los signos de alarma en el menor tiempo posible por el personal médico y preferentemente no deben ser automedicados.

La prevalencia en nuestro país de las infecciones agudas de vías respiratorias es de 32.1%. En el Estado de México de hasta 49.2%. Se estima una prevalencia similar en localidades urbanas con 31.7% y rurales 33%. La prevalencia estimada por región tiene predominancia en la zona sur con 35.8%, zona norte con 34.4% mientras que la, Ciudad de México con 26.4% y zona centro 20.0%. En cuanto al sexo, se describe una prevalencia similar en menores de 5 años con niños (31.8%) y niñas (32.5%).<sup>33</sup>

Las infecciones agudas del tracto respiratorio superior se transmiten de persona a persona a través de las gotitas de flügge o microgotas de saliva que expulsamos al hablar, toser o estornudar generando aerosoles respiratorios infecciosos muy pequeños y a corta distancia o durante los procedimientos que generan aerosoles. También puede ser por medio de fómites, es decir, contacto con superficies contaminadas como manijas de puertas, barandales de transporte público, mesas o escritorio, entre otros objetos, o por autoinoculación, incluyendo la contaminación de las manos con secreciones respiratorias, seguida de la autoinoculación de la conjuntiva o la mucosa de la nariz o boca.<sup>32,34</sup>

Existen varios factores de riesgo que hacen que las niñas o niños sean más propensos a padecer infecciones de vías respiratorias como los siguientes: Bajo peso al nacer, menos de 2000 gr, lactancia materna ineficaz, hacinamiento, exposición al humo y contaminantes ambientales, tabaquismo pasivo, desnutrición. esquemas incompletos de vacunación, antecedente de alergias y asma. Se ha visto que el nivel de escolaridad de las madres se relaciona con el riesgo de hospitalización y mortalidad por IRAS.<sup>33</sup>

La mayoría de las infecciones respiratorias agudas de entre el 80 al 90% son originados por virus a diferencia de las bacterianas que son menos recurrentes, esto

se asocia con algunos signos y datos clínicos que se presentan en el tracto respiratorio de la vía área superior. Durante todo el año pueden presentarse casos, siendo los más frecuente los ocasionados por virus, sobre todo en épocas de frío, con brotes epidémicos. De la misma forma puede ocurrir una infección leve o grave dependiendo de factores como el tipo de microorganismo, edad, sexo y estado nutricional de la persona.<sup>31</sup>

Según un estudio realizado por Abadeano C. y Solis U. 2019, refiere que existe un predominio de infección respiratoria aguda en niños menores de 5 años pertenecientes al área urbana, con prevalencia de 37.19%, a pesar de que existe un porcentaje mayor de cumplimiento del esquema de vacunación, hasta en 82,64% de los casos, y una edad relativamente mayor de los mismos.<sup>35</sup>

Los extremos de la vida son considerados periodos de riesgo para padecer IRAS, la edad preescolar es considerada como una etapa de transición donde suelen ocurrir un déficit funcional del sistema inmune ocasionando distintas afecciones. Las infecciones respiratorias son descritas como una de las principales afecciones que afectan a los niños en edad preescolar, llegando incluso a poner en peligro la vida de estos infantes. La OMS reportó en 2019 a la neumonía como principal complicación de las IRAS, primera causa de mortalidad infantil a nivel mundial y responsable de 15% de las muertes en niños menores de 5 años<sup>28,35</sup>

### **Rinofaringitis aguda**

La rinofaringitis aguda es una infección de las vías aéreas superiores (nariz, senos paranasales, garganta, laringe) usualmente causada por un virus.<sup>36</sup>

El resfriado común es una enfermedad viral aguda, autolimitada, de carácter benigno, transmisible llamado también: catarro común, resfrío, rinofaringitis o nasofaringitis, constituye 50% de las infecciones de las vías respiratorias superiores.<sup>37</sup>

En cuanto a su cuadro clínico, después de un periodo de incubación que varía de dos a cinco días, aparecen los síntomas como rinorrea, obstrucción nasal y estornudos. Algunos otros son tos, dolor de garganta, cefalea y malestar general; la

fiebre varía en intensidad y frecuencia; puede existir sintomatología en otros sistemas como vómitos, diarrea, dolor abdominal, mialgias e irritación ocular.

Para su tratamiento se emplean AINES para disminuir el dolor y la fiebre, mucolíticos nasales o orales, así como medidas generales tales como la toma de abundantes líquidos y descanso.<sup>38</sup>

### **Faringoamigdalitis aguda**

La faringitis es la inflamación de la faringe, con o sin compromiso de amígdalas, adenoides, mucosa nasal, úvula y paladar blando, habitualmente producida por virus. Se denomina amigdalitis a la inflamación de las amígdalas debido a infecciones (virales o bacterianas); generalmente se presenta con exudado amigdalino y/o adenopatías cervicales y la faringoamigdalitis estreptocócica es la inflamación de amígdalas causada por SBHGA, que puede afectar los alrededores de la faringe. Los síntomas más frecuentes son dolor de garganta con inflamación de las amígdalas y linfadenopatía cervical anterior sensible a menudo. La faringitis puede ir acompañada de petequias palatinas o lengua de fresa. Las complicaciones purulentas de la faringitis suelen ocurrir en pacientes que no reciben tratamiento con agentes antimicrobianos e incluyen otitis media, sinusitis, abscesos periamigdalinos o retrofaríngeos y adenitis cervical supurativa. Mientras que las complicaciones no supurativas incluyen fiebre reumática aguda (IRA) y glomerulonefritis aguda.

Dentro de los agentes etiológicos descritos de faringitis y/o FA se encuentran: Virus respiratorios: 50-80%, son la causa más frecuente de faringitis y/o FA (adenovirus, virus influenza, virus parainfluenza, rinovirus, virus respiratorio sincicial). Virus de Epstein Barr: 1-10% (como parte de un cuadro sistémico). Otros virus: coxsackie, echovirus, herpes simplex tipo 1 y, como parte de un cuadro sistémico: citomegalovirus, rubéola, sarampión, virus de inmunodeficiencia humana. Bacterias Streptococcus  $\beta$  hemolíticos del grupo A, también SBHG C y G < 5-20%. Otras bacterias: Chlamydia pneumoniae, Staphylococcus aureus, Corynebacterium diphtheriae, Mycoplasma pneumoniae, Neisseria gonorrhoeae, Arcanobacterium haemolyticum, Fusobacterium necrophorum: < 5%.<sup>39,40</sup>

En cuanto a la clínica, en la faringitis de tipo viral observamos una faringe hiperémica. Suele tener un inicio gradual, con: fiebre moderada o ausente, faringodinia, tos irritativa de intensidad variable, pequeñas adenopatías y poca afectación del estado general. Se presentarán los síntomas de 1 a 3 días después de haberse puesto en contacto con el virus.<sup>36,41</sup>

La faringitis bacteriana por EBHGA tiene un periodo de incubación de 2-5 días y un inicio brusco, con fiebre alta, frecuentemente superior a 38-39°C. La faringodinia es intensa y puede preceder a la aparición de la fiebre y de los signos inflamatorios faríngeos. Las adenopatías tonsilares pueden ser de gran tamaño. El niño puede estar prostrado, con cefalea, vómitos y, en ocasiones, meningismo. No es excepcional la presencia de un dolor abdominal intenso, por adenitis mesentérica. La faringe suele presentar marcada hiperemia, con afectación variable de las amígdalas, que frecuentemente presentan un exudado blanquecino.<sup>41</sup>

Aunque el *Streptococcus*  $\beta$  hemolítico del grupo A (SBHGA), es la causa bacteriana más común de FA, sólo una pequeña proporción de pacientes con esta condición se encuentra infectado por este agente.

La presentación clínica de la FA estreptocócica debe tener confirmación microbiológica. Si se sospecha siempre debe realizarse test de laboratorio (cultivo o test rápido) observando las recomendaciones del scores de Mclsaac mediante hisopado faríngeo, dado que las características clínicas por sí solas no permiten discriminar con certeza entre FA causada por SBHGA versus viral. En niños y adolescentes, un resultado negativo de test rápido SBHGA debe ser confirmado con cultivo faríngeo negativo, para descartar una FA estreptocócica.<sup>42</sup>

Para el diagnóstico de la faringoamigdalitis aguda (FAA), se han desarrollado escalas de predicción clínica que establecen una probabilidad de riesgo de etiología estreptocócica. Las más conocidas son: Centor, Mclsaac y FeverPAIN.

Únicamente cuando no haya disponibilidad de prueba diagnóstica, o en pacientes en riesgo de padecer fiebre reumática, las escalas de predicción clínica pueden considerarse para iniciar antibioterapia empírica. Se ha comprobado que, sin prueba

microbiológica, profesionales con experiencia equivocan el diagnóstico clínico de FAA estreptocócica hasta en un 20-25% de pacientes. Se puede concluir que las escalas de predicción clínica para el diagnóstico de FAA estreptocócica no son lo bastante sensibles ni específicas para eliminar la necesidad de realizar estudios microbiológicos y no deben ser utilizadas de forma exclusiva para tomar la decisión de instaurar antibioterapia empírica.<sup>43</sup>

Ocasionalmente la recaída de la infección por faringoamigdalitis aguda ocurre poco después de la finalización de la terapia con antibióticos y generalmente requiere otro periodo de tratamiento, la recaída puede ser debida al recrecimiento del mismo agente causal (falla al tratamiento) o una nueva infección con otro patógeno. La falla al tratamiento es más probable en pacientes con un periodo corto de tiempo desde el tratamiento hasta la recaída. El termino faringoamigdalitis aguda recurrente (RAPT), se emplea cuando es clínicamente significativa: existen 7 episodios en 1 año, 5 episodios por año durante 2 años o 3 o más episodios por año durante 3 años.<sup>43</sup>

Las técnicas de detección rápida del antígeno estreptocócico TDR es una técnica inmunológica fundamentada en el principio antígeno-anticuerpo. Tiene elevada especificidad, (95%), y sensibilidad (70-95%), por lo que, si es positiva, se acepta que el paciente presenta FAA por EbhGA y no es necesaria confirmación mediante cultivo.

Como resultado de su alta sensibilidad y especificidad, en comparación con el cultivo: 93% (IC del 95% 89 a 96%) y 99% (IC del 95%: 98 a 100%) algunos centros han incorporado a las pruebas moleculares como prueba inicial o confirmatoria para el diagnóstico de EbhGA, cuando la prueba de detección de antígeno estreptocócico es negativa.<sup>42,43</sup>

Sin embargo, presenta un porcentaje significativo de falsos negativos, por lo que ante un resultado de este tipo sería adecuada la realización de un cultivo si existe una alta sospecha de origen bacteriano de la FAA, según dictamina el último Consenso de la AEP. Estas pruebas se recomiendan en pacientes bien

seleccionados, que reúnan criterios clínicos de infección estreptocócica probable. Por lo tanto, constituyen el mejor argumento para la indicación o no de tratamiento antibiótico.<sup>13</sup>

La penicilina es el tratamiento de elección por su eficacia, estrecho espectro de acción y bajo coste. (no se conocen resistencias in vitro del EBHGA). Amoxicilina podría ser una alternativa aceptable por su mejor sabor y poderse administrar con alimentos. En general se recomienda una duración del tratamiento de 10 días con penicilina o amoxicilina, si bien podría acortarse en algunas circunstancias.<sup>44</sup>

Amoxicilina-clavulánico no está indicado como tratamiento en la FAA estreptocócica, ya que el EBHGA no es productor de betalactamasas, además de la elevada tasa de efectos secundarios y mayor generación de resistencias. El uso de cefalosporinas tampoco se recomienda como primera elección, dado su amplio espectro de acción, que podría inducir al desarrollo de resistencias antibióticas. Las cefalosporinas de primera generación, clindamicina y macrólidos son alternativas para pacientes alérgicos a la penicilina.<sup>44</sup>

El estudio de Munk H., Jorgensen A.& Klug T. reveló que el número de faringoamigdalitis aguda (ATP) futuros se pueden reducir de manera efectiva con clindamicina, amoxicilina con clavulanato y cefpodoxima en pacientes con RAPT (ATP recurrente). En los estudios actuales, no se recomienda al inicio de la terapia con antibióticos en pacientes con RAP sin ATP actual. El tratamiento de primera elección de los pacientes con RAPT es la amigdalectomía, se puede ofrecer terapia con antibióticos de amplio espectro en pacientes con contraindicaciones o renuencia a la amigdalectomía.<sup>9</sup>

El tratamiento antimicrobiano reduciría: La frecuencia de complicaciones supurativas; existe un plazo de 9 días para inicio de antimicrobianos sin incrementarse el riesgo de fiebre reumática, la duración de síntomas; la antibioterapia logra reducir la duración de la sintomatología en 8 a menos de 24 h (la afección es autolimitada), se logra disminuir en 16 h la sintomatología y

disminuye la transmisión a contactos: los pacientes dejan de contagiar después de 24 a 48 h, una vez iniciada una antibioterapia apropiada.<sup>45</sup>

### **Otitis media aguda**

La otitis media (OM) es uno de los diagnósticos más comunes en pediatría y constituye la indicación más frecuente de prescripción de antibióticos en la infancia. El término OM hace referencia a la inflamación del oído medio, que se caracteriza por la presencia de efusión y ocasiona otalgia y pérdida auditiva. Además, en la OMA hay signos y síntomas de infección aguda, como fiebre. La OMA tiene su máxima incidencia entre los 6 y 12 meses de edad, y se estima que el 90% de los niños entre los 3 meses y 2 años han presentado al menos un episodio de OMA.<sup>46</sup>

Se define OMA cuando un paciente presenta signos de inicio agudo que dura 7 o más días con síntomas como fiebre, otalgia y / o irritabilidad, con líquido del oído medio y signos de inflamación como eritema y abultamiento de la membrana timpánica. La OMA recurrente se definió como 3 o más episodios en los 6 meses anteriores o 4 o más episodios en los 12 meses anteriores; Fracaso del tratamiento de la OMA definido por la persistencia de los signos y síntomas después de al menos 48 h de terapia con antibióticos o la recurrencia de los signos y síntomas dentro de los 30 días posteriores a la finalización de un ciclo de antibióticos; Se definió un nuevo caso como la aparición de signos y síntomas después de un período asintomático de 30 días después de completar un ciclo de antibióticos.<sup>47</sup>

Una membrana timpánica abultada, amarilla o hemorrágica, así mismo si esta perforada con secreción purulenta, tiene una alta sensibilidad para la OMA, que probablemente sea de origen bacteriano y es un criterio de diagnóstico importante. Se recomienda el tratamiento antibiótico inmediato para los niños que tienen fiebre ( $\geq 39^{\circ} \text{C}$ ), con enfermedad sistémica de moderada a grave o que tienen una otalgia muy grave o que ya han estado muy enfermos durante 48 h. Para todos los demás casos, a los padres se les puede proporcionar una receta para que surtan antibióticos si el niño no mejora en 48 horas o se puede reevaluar al niño si esto ocurre.<sup>44,45</sup>

La amoxicilina como tratamiento empírico de la otitis media aguda, sigue siendo el fármaco de primera elección debido a que es altamente efectivo contra las principales cepas de *Streptococo pneumoniae* (SP), el patógeno predominante en la OMA, así como contra SGA. La alta prevalencia persistente de cepas de SP resistentes a los antibióticos en niños con OMA después de una erradicación bacteriana fallida puede presumiblemente considerarse como un factor predisponente de recurrencia de la infección. En la medida en que se diagnostique OMA cuando los síntomas no lo justifiquen por completo (p. Ej., Para casos que tienen más probabilidades de ser otitis media con derrame [OME] u otras afecciones virales), aumenta la probabilidad de prescripción inadecuada de antibióticos. Investigaciones anteriores indican que diagnosticar con precisión la OMA puede ser un desafío importante para los médicos, especialmente en niños preverbales.<sup>40-44</sup>

### **Diagnóstico de infección aguda de las vías respiratorias superiores**

Las infecciones respiratorias virales suelen diagnosticarse clínicamente sobre la base de los síntomas y la epidemiología local. Para la atención del paciente, el diagnóstico del síndrome suele ser suficiente; la identificación de un patógeno específico rara vez es necesaria.

En general, las pruebas de diagnóstico se deben reservar para las siguientes circunstancias: 1. Situaciones en las que conocer el patógeno específico afecta el manejo clínico. 2. Vigilancia epidemiológica (es decir, identificación y determinación de la causa de un brote).<sup>45</sup>

### **Manejo de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores**

Realizar un buen diagnóstico y tratamiento de las IRA es primordial en la práctica médica diaria, tanto en Atención Primaria como a nivel hospitalario, para evitar complicaciones y mortalidad relacionadas con estas enfermedades.<sup>34</sup>

En la mayoría de los casos, la IRAS infantil es manejada por los padres en el hogar. En algunas situaciones, esto incluye el uso de medicinas y terapias complementarias y alternativas (MCA). Una investigación realizada por Lucas S, en 2019, arroja algunas de las intervenciones de MCA de uso común, las cuales se

basan en tratamientos de fácil acceso y disponibilidad para la población y están paralelamente con las recomendaciones principales (como el descanso (n=16, 66%), modificaciones en el estilo de vida (n=23, 95%) y la dieta, suspensión de algunos alimentos como los lácteos (n=19, 75%) e incremento de consumo de otros (n=21, 87%). El proceso de toma de decisiones también se alinea bien con la atención médica convencional, donde la clave está en la seguridad, la individualización del tratamiento y la información basados en un enfoque biopsicosocial-cultural.<sup>48</sup>

En estudio de Lagarza et al., 2019, se ha visto que a 47.5% de niños que padecen IRAS los llevan a urgencias, mientras que a 14.7% lo llevan con un médico particular; esto coincide con lo que reportan otros estudios en los que se señala que cerca de 70% de los padres reconocen signos de urgencia y asisten de manera inmediata a los hospitales o clínicas de salud.<sup>22,32</sup>

La conducta terapéutica en las IRAS conforme a las recomendaciones y evidencias emitidas en la Guía de Práctica Clínica (GPC), en su actualización 2016 se decide con apoyo en el diagnóstico realizado a través de los criterios de Centor modificados para determinar la necesidad de antibioticoterapia, donde con un puntaje menor a 3 el manejo consiste en medidas higiénico-dietéticas y tratamiento sintomático, mientras que con un puntaje  $\geq 3$  se brinda antibioticoterapia, además de sensibilizar y educar al padre/tutor en cuidados del paciente pediátrico, así como la identificación de signos y síntomas de alarma citando al paciente para revalorarlo tres días después, momento que también es aprovechado para registrar resultados del tratamiento y valoración de posibles complicaciones.<sup>31</sup>

### **Automedicación en infección aguda de las vías respiratorias superiores**

Se ha demostrado que el 42% de las personas utilizan la automedicación en los EE. UU. En América Latina, el 80% de las personas utilizan antibióticos inadecuadamente para tratar infecciones virales del tracto respiratorio superior.<sup>17</sup>

Dada la ambigüedad de sus signos y síntomas suele medicarse desde el inicio del cuadro, muchas veces cayendo en la polifarmacia e incluso antibioticoterapia mal empleada o sin indicación.<sup>32-35</sup>

El signo más referido por las madres identificado como signo de alarma y para acudir a consulta en menores de edad fue: que tiene dificultad para respirar (31.4%), tres días con fiebre (28.8%) respiración rápida (25.4%), se ve enfermo (24.6%), no come ni bebe (19.6%). Otros síntomas a los que las madres respondieron en menos de 5% fueron: se pone frío, le sale pus por el oído, le aparecen puntos blancos en la garganta y no especificados.<sup>33,49</sup>

En un consenso se menciona que, a mayor cantidad de conocimientos en las madres sobre IRAS, mayores son las posibilidades de que tales infecciones sean prevenidas e identificadas oportunamente en el seno familiar y se instauren medidas preventivas o curativas adecuadas. En el ámbito del primer nivel de atención es de suma relevancia investigar si los conocimientos que poseen las madres son adecuados y si estos se asocian con actitudes y prácticas correctas en el cuidado y prevención de IRAS.<sup>43</sup>

Los niños tratados con un agente antimicrobiano para las infecciones del tracto respiratorio tienen un mayor riesgo de ser colonizados con flora resistente del tracto respiratorio, incluidos *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. Estos mismos, que pueden experimentar futuras infecciones del tracto respiratorio, tienen más probabilidades de experimentar fallas de la terapia antimicrobiana posterior y es probable que propaguen bacterias resistentes a contactos cercanos.<sup>35</sup>

La autocompra de antibióticos es un factor clave de su uso inadecuado, especialmente entre los países en desarrollo con malas prácticas regulatorias a pesar de la legislación que lo prohíbe. Esto puede cambiar con las sanciones y una mayor aplicación, así como un mayor conocimiento entre los farmacéuticos para recomendar una gestión adecuada mejorada por la disponibilidad de directrices. Los farmacéuticos son a menudo los primeros profesionales de la salud en contacto con los pacientes para el tratamiento de las IRA (infección respiratoria aguda) para ellos

o sus hijos en vista de su acceso y problemas de asequibilidad, especialmente si los pacientes no pueden permitirse ver a un médico y comprar los medicamentos recomendados.<sup>50-52</sup>

En el caso de las IRAS, según la evidencia, lo más adecuado es la realización de pruebas de diagnósticas microbiológicas para determinar el agente causal, para implementar tratamiento específico de acuerdo con las guías terapéuticas establecidas. Así como realizar campañas de educación dirigidas a la población con el fin de concientizar al no uso de antibióticos sin prescripción médica.<sup>36</sup>

### **Prevención primaria**

Dentro de las actividades del profesional de la salud se encuentran orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, alimentación adecuada, activación física, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, cuidados paliativos, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, donación de órganos, prevención de la discapacidad y rehabilitación de las personas con discapacidad y detección oportuna de enfermedades agudas y crónicas.<sup>3</sup>

Para prevenir las infecciones respiratorias la Secretaría de Salud, 2015, sugiere realizar las siguientes recomendaciones: Lavarse las manos después de toser o estornudar, después de tocar manijas y barandales públicos, botones de elevador, llaves, monedas y billetes, objetos y mobiliario de escuela u oficinas. Educar a los hijos y las hijas en “etiqueta respiratoria”: Al toser o estornudar, deberá hacerlo en el ángulo interno del codo o cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo desechable, de esta manera, se evitará el contacto directo con las manos. Mantener limpios los juguetes y otros objetos y superficies del hogar (mesas, muebles, manijas, material didáctico, celulares, tablets, entre otros); se recomienda limpiarlos con solución clorada. Evitar el hábito de fumar cerca de las niñas y niños. Evitar la quema de leña o el uso de braseros en habitaciones cerradas. Ventilar las habitaciones. Mantener

esquemas de vacunación al corriente de todos los miembros de la familia. No automedicar a su hijo.<sup>33,52</sup>

Dentro de las medidas no farmacológicas se encuentran: Alimentación adecuada y normal, continuar con la lactancia materna, ofrecer mayor cantidad de líquidos, evitar bebidas azucaradas y refrescos, ofrecer alimentos ricos en vitamina A y C.<sup>49</sup>

Se recomienda a los padres o cuidadores de los niños y niñas seguir los siguientes cuidados generales: Mantener ventiladas las habitaciones, evitar corrientes de aire y cambios bruscos de temperatura, mantener limpia la nariz del niño o la niña. controlar la fiebre, colocar ropa ligera y administrar medicamentos únicamente prescritos por un médico, evitar que el niño o la niña este en contacto con personas enfermas, procurar que toda la familia se lave las manos con agua y jabón frecuentemente, de no ser posible, sanitizar las manos con alcohol gel cuando se requiera.<sup>53,53</sup>

En el boletín informativo sobre las infecciones respiratorias agudas para el público en general de la Secretaria de Salud, 2015, se recomienda acudir inmediatamente a la unidad de salud más cercana si presenta el niño o la niña alguno de los siguientes signos de alarma: respiración rápida, hundimiento costal, se queja o esta irritable, tiene pus o secreción en el oído, fiebre que no se controla o más de tres días de duración, tiene imposibilidad de beber o de ser amamantado, se nota más enfermo o enferma. En el mismo se dan medidas generales para el tratamiento de IRAS y se hace énfasis en la no automedicación, menciona que la mayoría de las infecciones respiratorias en edad pediátrica son causadas por virus, los cuales no requieren antibióticos para su manejo, se debe dar tratamiento únicamente para los síntomas, como la fiebre o el dolor de garganta. De igual manera no recomienda el uso de antitusígenos, ya que la tos es un mecanismo de defensa que el cuerpo produce para eliminar microorganismos que ocasionan la enfermedad.<sup>32,33,53</sup>

### 1.3 Estilos parentales

Los estilos educativos parentales son un conjunto de actitudes hacia los hijos que les son transmitidas y que en su totalidad crean un clima emocional en el cual se expresan las conductas de los padres y en los que se desarrolla la crianza de los hijos. El estilo educativo “parental” es el contexto emocional (característica del padre o madre) donde toman relevancia las conductas educativas específicas. Su estudio se basa en la combinación de dos dimensiones: la capacidad afectiva de respuesta de los padres y el control de los padres hacia los hijos.<sup>54</sup>

Los estilos educativos parentales se consideran dentro del modelo de construcción conjunta o de influencias múltiples, ya que los padres modifican su estilo educativo teniendo en cuenta el momento de desarrollo evolutivo del hijo, la edad, el sexo, el orden de nacimiento, el carácter o las circunstancias familiares.<sup>55</sup>

Se proponen tres tipos de estilos educativos parentales en función del grado de control que los padres ejercen sobre sus hijos: el estilo autoritario, el permisivo y el democrático.

Los padres que se manejan desde un estilo autoritario le dan una importancia mayor a la obediencia de los hijos, limitan, circunscriben la autonomía, tienen un alto nivel en control y bajo nivel en afecto. Los padres que funcionan desde el estilo permisivo se encuentran en el extremo opuesto al estilo descrito anteriormente, no ejercen prácticamente ningún control y permiten el mayor grado de autonomía o un alto nivel en afecto. Los que ejercen el estilo democrático son padres que se encuentran a mitad de camino entre los estilos mencionados anteriormente, intentan controlar el comportamiento de sus hijos, funcionando desde la razón y el razonar con ellos y no desde la imposición o la fuerza, se caracteriza por un alto nivel tanto en control como en afecto.<sup>56</sup>

Por su parte, Maccoby & Martin (1983) proponen cuatro estilos parentales a partir de dos dimensiones afecto/comunicación y control/establecimiento de límites. El apoyo/afecto refiere al amor, a la aprobación, a la aceptación y a la ayuda que se les brinda a los hijos. De esta manera los hijos se sienten amados, aceptados,

entendidos y con lugar para ser tenidos en cuenta. La dimensión control parental hace referencia al disciplinamiento que intentan conseguir los padres, de esta manera los padres controlan y/o supervisan el comportamiento de sus hijos y además velan por el cumplimiento de las normas establecidas por ellos mismos. A partir de estas dimensiones se desarrollan los cuatro estilos parentales, el autoritario, el permisivo, el democrático y el negligente, los primeros tres se describieron anteriormente, el estilo negligente o estilo indiferente se caracteriza por un bajo nivel tanto en control como en afecto y en él se ven reflejadas conductas perjudiciales.<sup>57</sup>

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La automedicación en niños es un problema de salud pública a nivel mundial. Se tiene una prevalencia de 81.02%, en cuanto a la diferencia entre los padres, las madres son quienes prescriben mayormente medicamentos a sus hijos. Entre los factores asociados se encuentran factores sociales, culturales y económicos tales como: la falta de tiempo para acudir con el médico, falta de economía para costear consultas y fármacos, mercado negro, facilidad para adquirir medicamentos sin prescripción médica, publicidad y acceso a información de manera inmediata mediante la tecnología y comunicación (internet y redes sociales) así como poseer medicamento de tratamientos anteriores, el hábito materno de automedicarse, el nivel educativo de los padres y duración de los síntomas antes de asistir a la consulta de primer contacto <sup>12,15</sup>

Los niños están expuestos a altas tasas de uso de antibióticos por parte de los padres, ya que de ellos depende su autocuidado, aunque se sabe que la gran mayoría de infecciones que afectan a este grupo de edad son de origen viral, muchos padres lo desconocen aún, por lo que esto conlleva a un alto índice de su uso innecesario, otro problema es que los niños tienen un mayor riesgo de errores de dosificación y el último aspecto es que aumentan rápidamente varias bacterias y agentes patógenos resistentes a los antibióticos. Todas estas circunstancias ponen en riesgo la salud e incluso la vida de los niños y niñas. <sup>14,22,32</sup>

La crianza y cuidados de los hijos dependen de los estilos parentales de los padres. Una parentalidad positiva se refiere al comportamiento de los padres hacia el interés superior del niño desde el cual se promueve el cuidado, la atención, el desarrollo de sus capacidades, el ejercicio de la no violencia, ofreciendo el reconocimiento y la orientación necesaria sin dejar de incluir el establecimiento de los límites que permitan el pleno desarrollo del niño y el adolescente. <sup>55</sup>

No se tiene información de la asociación de automedicación y estilos parentales en niños. Después de una búsqueda exhaustiva de información en fuentes científicas y actualizadas, se tienen algunas investigaciones sobre la relación del estilo parental permisivo o negligente con relación a situaciones dañinas para la salud de niños y

adolescentes como son la desnutrición, la obesidad y el uso de sustancias como alcohol y drogas, <sup>(40,59,60,62)</sup> es por lo que surge la necesidad de investigar si la automedicación se relaciona con algún estilo parental.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la asociación entre la automedicación y los estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la Unidad de Medicina Familiar número 75, durante el 2021?

### III. JUSTIFICACIÓN

#### 3.1 Magnitud

La automedicación es un problema de salud pública que afecta a nivel internacional, principalmente a países en vías de desarrollo como México. En nuestro país, la prevalencia de automedicación en la población es del 80%, esta práctica es llevada a cabo por iniciativa propia, sin indicación médica y sin receta, principalmente.<sup>58</sup>

Se realizó un estudio por Soriano et al., en 2009 donde se describe que la prevalencia de la automedicación en pacientes pediátricos oscila en 58.8%, y que se realizaba principalmente en niños de 2 a 4 años.<sup>59</sup>

Se tienen pocos datos actuales sobre el problema de la automedicación en pacientes de edad pediátrica. Existe una investigación de Ortiz M, en 2019, donde se describe que en México el 37% de los padres administran medicamentos convencionales a sus hijos antes de ir al hospital. Otro estudio realizado por Almeida M, en 2020 en adultos menciona que el perfil de los consumidores de medicamentos genéricos, hasta en un 53% son mujeres, entre 18 y 33 años, con escolaridad profesional en 42%, casadas en 45%, con ocupación laboral en 52% y auto independientes en 62%. Estos datos cumplirían con el perfil y características demográficas de muchas madres que podrían encontrarse en nuestra investigación dentro del instituto. Sin embargo, sería de interés reconocer que las personas adultas que se automedican también lo hacen con sus hijos.<sup>21,60</sup>

Los grupos más afectados con respecto a la automedicación son los pacientes ancianos y pacientes pediátricos, ya que estos no tienen suficiente autonomía en la toma de decisiones acerca de su tratamiento y dependen de los adultos para su cuidado.

Es un derecho de los niños y obligación de los padres cubrir las necesidades básicas de los hijos como el brindarles un techo, ropa, calzado, alimentación, salud y educación, además de orientarlos para obtener relaciones afectivas estables, brindarles protección física y seguridad, experiencias apropiadas para su desarrollo, fijar límites y expectativas e inculcar principios y valores.<sup>61</sup>

Todo padre o madre, en su gran mayoría pretende ser correcto con sus hijos, cumplir adecuadamente su rol y ejecutar de la mejor manera sus actividades como padres, sin embargo, hay experiencias de aprobación y satisfacción y otras frustrantes y difíciles de atravesar con respecto a la relación con sus hijos.

Es de vital importancia comprender el desarrollo y contexto de la vida de la madre y el padre ya que esto nos haría comprender los estilos parentales, si bien estos están estrechamente relacionados con el tiempo histórico, social y evolutivo a medida que se desarrolla la edad de los padres y los hijos, por ejemplo, los padres de las décadas de los 60's y 70's posiblemente fueron educados con otro paradigma, en donde el hijo era visto como objeto, el cual debía cumplir con su educación, ser obediente, dependiente y servil., la palabra y las decisiones eran tomadas por los mayores. En esa época prevalecía un estilo parental, rígido, sin concesiones; denominado autoritario.

Conforme a evolucionado la sociedad, la ciencia y la tecnología, la vida y el comportamiento de las familias han cambiado, con respecto a ello, otros padres y madres han renunciado del ejercicio de sus funciones parentales, han dimitido al rol de autoridad y protagónico, ejercen una disciplina light o diluida, estos adultos ejercen su paternidad desde un estilo negligente o permisivo.

Por último, algunos padres han decidido controlar el comportamiento de sus hijos, funcionando desde la razón y el razonar con ellos y no caen en la imposición o la fuerza para resolver conflictos, se trata del estilo parental democrático y es el que se ha considerado más adecuado para el desarrollo del niño y el adolescente actualmente.<sup>55-56</sup>

En México existe un estudio en donde se describe que el estilo parental permisivo tiene una prevalencia de 62.3% el cual está relacionado con estresores financieros, laborales y sociales, que deben ser tomados en cuenta al momento de realizar intervenciones en salud dirigidas a modificar conductas de riesgo en la familia.<sup>55</sup>

### 3.2 Trascendencia

A nivel biológico, la automedicación en niñas y niños puede ocasionar resistencia a los antibióticos, este es un problema particularmente importante en pediatría porque en los primeros años de vida se concentra la mayoría de infecciones respiratorias víricas y bacterianas; algunos de los patógenos que causan infecciones en niñas y niños presentan tasas elevadas de resistencia a las más importantes familias de antibióticos y debido a que en los cinco primeros años de la vida se produce la mayor exposición a antibióticos de toda la población. La amplia diseminación de la resistencia a antibióticos en pediatría y la cada vez menor disponibilidad de nuevos antibióticos aconsejan reflexionar necesariamente en la toma de decisiones terapéuticas ante el riesgo de generar y diseminar resistencia a los antibióticos.<sup>10,15</sup>

Otro problema acerca de la automedicación en pediatría es el uso de medicamentos de venta libre que sirven para sintomatología de resfriado o malestar general como antihistamínicos, antipiréticos y AINES y el desconocimiento de los padres sobre las dosis correctas, interacciones medicamentosas y efectos adversos, por lo que pacientes pediátricos tienen gran riesgo de sufrir intoxicaciones, tener afectación sistémica o de igual manera no tener los efectos esperados del fármaco.<sup>6,22</sup>

A nivel social, se trata de un problema de salud pública, según el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la Organización Mundial de la Salud, la automedicación es uno de los riesgos sanitarios más prioritarios de la época actual y amenaza un siglo de progreso médico debido al aumento de la resistencia mediante la aparición de las denominadas superbacterias. En las poblaciones si no se realizan estrategias adecuadas de información y enseñanza hacia los cuidadores de los niños, esta práctica continuara perpetuándose.<sup>60</sup>

A nivel psicológico, el tener un niño enfermo en casa produce a los padres preocupación, angustia, y muchas veces ausentismo laboral por la problemática de la distancia de casa al centro donde se le brinda el servicio de salud, horario de citas, etc. y por los cuidados que se le tiene que brindar al enfermo en el domicilio, también se ve en varios sectores de la población preocupación por la economía por

no tener el recurso suficiente para solventar las recetas médicas o pagar un servicio médico de calidad.

A nivel económico, el tener a una persona enferma en la familia implica un gasto por los servicios de salud y medicamentos indicados, sin embargo, si se incurre a una mala práctica de automedicación se suma un gasto mayor por las comorbilidades producidas y sus cuidados a nivel hospitalario, hay ausentismo laboral y pérdida económica familiar. A nivel familiar hay un desequilibrio en la rutina familiar al tener una persona enferma, ya que se tiene que modificar el itinerario y las actividades habituales, principalmente de los padres y los niños. A nivel individual, ocasiona ausentismo escolar, estrés por el estado patológico, y malestar general con otra sintomatología, propios de las IRAS.<sup>22,35,59</sup>

En cuanto a los estilos parentales tenemos que un estilo permisivo o negligente difícilmente cumplirá con la adecuada crianza del hijo pues en este se alude a una falta de estructura familiar, donde prevalece una ausencia de control, apoyo y cuidado hacia el hijo. No se tiene como tal, estudios con relación a estilos parentales y automedicación, sin embargo, existen algunas investigaciones que asocian un estilo parental permisivo o negligente con la prevalencia de riesgos para la salud de niños y adolescentes como son la desnutrición, la obesidad y el consumo de alcohol y drogas.<sup>55,56</sup>

### **3.3 Vulnerabilidad**

Existe un marco legal y programas de vigilancia de medicamentos recetados y para el uso racional de medicamentos, sin embargo, este no siempre se lleva a su adecuado cumplimiento.<sup>5,6</sup>

Son indispensables para el freno de la automedicación en niños, las buenas habilidades de comunicación en la consulta por parte del médico con educación personalizada y centrada en el paciente, así como explicar el beneficio del uso de recetas retrasadas.<sup>9,11</sup>

Los médicos tienen gran responsabilidad en la educación del paciente para que eviten perpetuar la práctica de automedicación, pueden otorgar orientación y

recomendaciones sencillas tales como: seguir instrucciones indicadas en las recetas, conocer las interacciones con otros fármacos, no modificar la dosis y duración del tratamiento, no reciclar medicamentos ni proporcionar un tratamiento antes dado a otra persona, desechar medicamento sobrante o caduco. Es importante también la participación del farmacéutico para no vender antibióticos sin receta, y no recomendar con desconocimiento el uso de medicamentos.<sup>62</sup>

En cuanto a la meta de una buena crianza hacia los hijos, existen talleres para padres que orientan las actitudes y acciones para el desarrollo de una parentalidad positiva y así poder llegar a ejercer un estilo parental democrático, el cual es el más adecuado, ya que se convierten en niños y adolescentes autocontrolados y estables psíquica y emocionalmente.<sup>55</sup>

### **3.4 Factibilidad**

De acuerdo con la evaluación del comité de investigación y el comité de ética se hará la toma de decisión de la realización de esta investigación.

Los gastos que se realizarán para la investigación correrán por cuenta de la investigadora principal. Con los recursos económicos invertidos, se pretende obtener los recursos materiales adecuados y suficientes para llevar a cabo la investigación. Se pretende con la investigación, generar un bienestar a la sociedad como consecuencia de haber contribuido a solucionar el problema identificado. Generando conciencia de una automedicación responsable por parte de los padres.

Para esta investigación no se identifican alternativas de solución con menores costos que los ya contemplados.

Se utilizarán instalaciones de la UMF N. 75, equipo de cómputo, electricidad, servicio de internet, impresora, tinta, papelería, lápices, bolígrafos, borradores, material de higiene y sanitización.

## **IV. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo general**

- Asociar la automedicación con los estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la Unidad de Medicina Familiar número 75, durante el 2021.

### **4.2 Objetivos específicos**

1. Analizar las características sociodemográficas (género, edad, estado civil, escolaridad y ocupación) de los padres de niños menores de 5 años.
2. Identificar la presencia de automedicación en los niños con el cuestionario de automedicación.
3. Clasificar el estilo parental más frecuente en los padres con el cuestionario de prácticas parentales de Robinson (1995) adaptado por Fernández y Vera (2008).
4. Diferenciar el estilo parental presente entre las madres y los padres.
5. Identificar los medicamentos empleados en la automedicación por los padres.
6. Determinar la dosis empleada de los medicamentos que utilizan los padres que automedican a sus hijos.
7. Describir la frecuencia de la automedicación de los padres hacia sus hijos con IRAS.
8. Describir cuál es la edad pediátrica más frecuente en la que los padres automedican a sus hijos.
9. Identificar el número de hijos que tiene la madre o padre entrevistado.
10. Conocer cuál es la posición entre hermanos que ocupa el hijo menor de 5 años en la familia.
11. Determinar cuáles son los principales signos y síntomas del menor de 5 años en los que los padres emplean la automedicación.
12. Conocer los tratamientos no farmacológicos más frecuentes que los padres utilizan en los niños con IRAS.

## **V. HIPÓTESIS**

### **5.1 Hipótesis alterna**

La presencia de automedicación se asocia con el estilo parental permisivo en los padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75.

### **5.2 Hipótesis nula**

La automedicación no se asocia al estilo parental permisivo en lo padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75.

## **VI. MÉTODO**

Estudio observacional, transversal analítico, con muestreo no probabilístico por cuotas, en padres de familia derechohabientes de 15 a 55 años con hijos menores de 5 años, a quienes se les aplicó un cuestionario para identificar los estilos parentales y factores sociodemográficos presentes, y cuestionario sobre automedicación, los resultados fueron tabulados en el programa Excel, exportándolos al programa SPSS 22, se aplicaron frecuencias simples y porcentajes para su representación en tablas y gráficos.

### **6.1 Características del lugar dónde se realizó el estudio**

La investigación se realizó en la Unidad de Medicina Familiar 75, la cual es una unidad de primer nivel de atención, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con planta baja y un primer piso, está ubicada en Nezahualcóyotl, Estado de México, en Av. Chimalhuacán esquina con Av. López Mateos S/N Col. El Palmar C.P. 57450 Nezahualcóyotl, Estado de México.

Es una de las unidades de mayor población derechohabiente a nivel estatal y delegacional del municipio de Nezahualcóyotl, cuenta con 32 consultorios de medicina familiar, donde se atiende un promedio de 24 consultas al día por consultorio, servicio de UNIFILA, donde se canalizan pacientes espontáneos sin cita a consultorios con espacio disponible, un consultorio de atención médica continua, donde se realizan intervenciones de atención episódica a la agudización de un problema de salud, que puede calificarse como urgencia real o sentida, además de que aquí se realizan procedimientos como aplicación de inyecciones, colocación de férulas y suturas, servicio dental y estomatología con 5 consultorios, cuenta con un servicio de epidemiología, se ha implementado un servicio de triage respiratorio debido a la contingencia por pandemia, el cual cuenta con 3 cubículos de atención y servicio de farmacia interno, cuenta además con el servicio de trabajo social y medicina del trabajo con 4 consultorios. Cuenta con un centro de equipo y esterilización, control de asistentes médicas, un módulo de atención y orientación al

derechohabiente, un control de prestaciones, área de información médica y archivo clínico (ARIMAC).

Cuenta con una unidad de laboratorio, dos salas de radiodiagnóstico, con equipos de rayos X convencionales, un mastógrafo, y un equipo de ultrasonido, sala para la toma de electrocardiogramas, servicio de farmacia. Cuenta con 4 módulos de medicina preventiva, 2 consultorios para seguimiento de la cartilla nacional de salud, salud en el trabajo, planificación familiar y un módulo de nutrición.

Tiene un departamento de coordinación clínica de educación e investigación en salud para la formación académica y continua de pasantes de enfermería, médicos pasantes y médicos residentes de medicina familiar, cuenta con un auditorio para conferencias y eventos educativos, así como un aula para actividades de docencia. Se tiene un área de comedor y cafetería, una jefatura médica, jefatura de trabajo social, y un área de gobierno, donde está la dirección, subdirección médica y la administración.

## 6.2 Diseño

Estudio observacional, transversal analítico, con muestreo no probabilístico por cuotas.

## 6.3 Universo de trabajo

Derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 75 IMSS, madres o padres de familia de 15 a 55 años con hijos menores de 5 años.

### Población:

	<b>POBLACION MASCULINA</b>	<b>POBLACIÓN FEMENINA</b>	<b>POBLACIÓN TOTAL</b>
<b>Diagnósticos registrados Con infección de vías respiratorias agudas menores de 5 años</b>	616	608	1,224

## 6.4 Tamaño de la Muestra

Debido a que no existe una cantidad registrada de padres en la base de datos del IMSS para obtener el tamaño de la muestra en esta investigación se tomó al número de padres de las niñas y niños con el diagnóstico de infecciones agudas de las vías respiratorias altas, además se tomó en cuenta lo siguiente: la Unidad de Medicina Familiar número 75 tiene una población de niñas y niños menores de 5 años de 5,831, (3,009 niños y 2,822 niñas), de los cuales 1,224 tuvieron el diagnóstico de infecciones agudas de las vías respiratorias altas, de ellos 616 son niños y 608 son niñas.

La prevalencia actual de automedicación en México es de 58.8% que corresponde al valor de p de la investigación, por lo que se consideró la siguiente fórmula para realizar el cálculo mínimo de la muestra con los datos siguientes.

$$\begin{aligned}n &= \frac{NZ^2 pq}{d^2(N-1) + Z^2 pq} = \frac{(1,224) (1.96)^2 (0.58) (0.42)}{0.05^2 (1,224 - 1) + (1.96)^2 (0.58)(0.42)} \\ &= \frac{(4,702.1184)(0.2436)}{0.0025 (1,223) + 3.8416 (0.2436)} = \frac{1,145.4360}{3.0575 + 0.9358} = \frac{1,145.4360}{3.9933} \\ &= 286\end{aligned}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra (286)

N= Tamaño de la población (1,224)

Z= Nivel de confianza utilizado (1.96)

p= Prevalencia (0.58)

q= proporción que no presenta el fenómeno o característica (0.42)

d= Precisión (0.05)

Por lo tanto, en esta investigación se utilizó un tamaño de la muestra de 286 personas.

## **6.5 Técnica de muestreo**

No probabilístico por cuotas.

Los sujetos de investigación que conformaron la muestra del estudio fueron abordados en la sala de espera de la UMF No. 75.

El medio de selección fue el muestreo no probabilístico por cuotas, al entrevistado se le preguntó si es derechohabiente y si tenía niños menores de 5 años, una vez seleccionado y cumpliendo con los criterios de inclusión del estudio, se pasó a formar parte de la muestra representativa.

Se utilizó un índice de confianza de 95% y una significancia estadística de 5%.

## **VII. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **7.1 Inclusión**

- Sujetos de investigación de género femenino y masculino adscritos a la UMF 75 con hijos menores de 5 años que hayan padecido anteriormente infección aguda de vías respiratorias altas.
- Sujetos de investigación entre 15-55 años.
- Sujetos de investigación que aceptaron participar en el estudio bajo consentimiento informado.

### **7.2 Exclusión**

- Sujetos de investigación, padres o madres que tengan hijos menores de 5 años con diagnóstico de enfermedades respiratorias crónicas (rinitis crónica, sinusitis, faringitis crónica). Debido a que estos pacientes tienen tratamiento con distintos medicamentos de manera crónica y recurrente, incluidos algunos antibióticos.
- Sujetos de investigación, padres o madres con hijos menores de 5 años que hayan practicado automedicación en sus hijos con infecciones agudas de vías respiratorias bajas (con bronquiolitis, bronquitis, neumonía, es decir, antes de ser hospitalizados y con datos de dificultad respiratoria como: cianosis, retracción xifoidea, tiraje intercostal, disociación toracoabdominal, aleteo nasal, estridor). Debido a que en ocasiones en estas enfermedades podría justificarse el uso de antipiréticos, antiinflamatorios broncodilatadores, mucolíticos, antitusígenos e incluso antibióticos.
- Sujetos de investigación, padres o madres con hijos menores de 5 años que hayan practicado automedicación en sus hijos con enfermedades alérgicas (rinitis alérgica, asma). Debido a que los pacientes con enfermedades alérgicas se encuentran en control de su enfermedad con diferentes medicamentos como antihistamínicos.

### VIII. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre de la Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
<b>Automedicación</b>	La automedicación, es un hecho cotidiano y habitual en nuestra sociedad. En ella se incluyen la utilización de medicamentos, hierbas y remedios caseros, ya sea por iniciativa propia o por consejo de otra persona, sin ninguna intervención por parte del médico o la médica. <sup>58,59,76</sup>	Es la utilización de medicamentos convencionales, medicina complementaria o alternativa para el padecimiento o síntomas sin prescripción médica del hijo/a menor de 5 años del entrevistado. De acuerdo con las preguntas 9,13,17,21 y 25 si sus respuestas son afirmativas en al menos una de ellas se indicará que se práctica la automedicación, por lo tanto, si cumple dichos criterios se considerará como presencia de automedicación por los padres hacia su niño o niña. Si, por el contrario, alguna de las respuestas es negativa se descartará la práctica de la automedicación de los padres hacia sus hijos, por lo tanto, para fines	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Presencia 2. Ausencia

		de este estudio se categorizará como ausencia de automedicación.			
<b>Estilos parentales</b>	<p>Conjunto de actitudes hacia los hijos que les son transmitidas y que en su totalidad crean un clima emocional en el cual se expresan las conductas de los padres. El estilo educativo "parental" es el contexto emocional (característica del padre) donde toman relevancia las conductas educativas específicas.<sup>55</sup></p>	<p>Los estilos parentales se evaluarán a través del cuestionario de prácticas parentales de Robinson (1995) adaptado por Fernández y Vera (2008), que sirve para determinar de manera fiable el desarrollo de tres estilos parentales, el autoritario, el permisivo, el democrático, a partir de las dos dimensiones: afecto/comunicación y control/establecimiento de límites. Clasificándolo en tres grupos que pertenecen a cada estilo de crianza, las preguntas (1-15) valora la presencia de estilo autoritario, (16-30) estilo permisivo, (31-41) valora la presencia del estilo democrático o con autoridad. Para obtener la valoración de cada estilo parental se</p>	Cualitativa	Nominal Politémica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autoritario</li> <li>2. Permisivo</li> <li>3. Democrático</li> </ol>

		<p>divide el puntaje obtenido en cada estilo entre el número de preguntas correspondientes. De 0 a 1.54 representa ausencia o baja presencia del estilo parental y de 1.55 a 3 significa la presencia del estilo de crianza correspondiente. Posteriormente se anotará el estilo parental que predomine.</p>			
<p><b>Medicamentos empleados en la automedicación</b></p>	<p>Es el consumo de medicamentos como antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos en niños sin prescripción medica<sup>11</sup></p>	<p>En el cuestionario se interrogará cuál es el medicamento: antibiótico, analgésico, antiinflamatorio y antipirético empleado en las infecciones de vías respiratorias altas en los hijos de los sujetos entrevistados.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal Politómica</p>	<p>Automedicación con antibióticos</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampicilina</li> <li>2. Amoxicilina</li> <li>3. Eritromicina</li> <li>4. Ceftriaxona</li> <li>5. Cefalexina</li> <li>6. Trimetoprima/Sulfametoxazol</li> <li>7. Cloranfenicol</li> <li>8. Amikacina</li> <li>9. Otro, especifique</li> </ol> <p>Automedicación con antigripales</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amantadina (Antiflu-Des, Aliren, Deples, Rosel).</li> <li>2. Otro, especifique</li> </ol> <p>Automedicación con analgésicos (AINES)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paracetamol</li> <li>2. Ibuprofeno</li> <li>3. Naproxeno</li> <li>4. Diclofenaco</li> <li>5. Otro, especifique</li> </ol>

					<p>Automedicación con broncodilatadores, mucolíticos y antitusígenos</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dextrometorfano</li> <li>2. Ambroxol</li> <li>3. Salbutamol</li> <li>4. Otro, especifique</li> </ol> <p>Automedicación con antihistamínicos</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desloratadina/ fenilefrina (liberdux, dimegan D, sensibit)</li> <li>2. Clorfenamina (Cloro-trimetón P, Blendox)</li> <li>3. Fexofenadina (allegra)</li> <li>4. Otro, especifique</li> </ol>
<b>Dosis empleada de medicamentos</b>	Cantidad total de medicamento que se administra de una sola vez o total de las cantidades fraccionarias administradas durante un período determinado. <sup>63</sup>	Es la dosis que emplea el padre o madre de antibióticos, antigripales, antiinflamatorios, broncodilatadores, mucolíticos y antitusígenos a su hijo (a).	Cualitativa	Nominal Politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dosis indicada en la posología.</li> <li>2. Dosis según su criterio.</li> <li>3. Dosis por recomendación de alguien.</li> </ol>
<b>Frecuencia de automedicación</b>	Frecuencia es el número de veces que aparece, sucede o se realiza una cosa durante un	Es la cantidad de veces que el padre o madre entrevistado ha administrado antibióticos, antigripales, antiinflamatorios,	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Una vez</li> <li>2. Dos o más veces</li> </ol>

	período o un espacio determinados. <sup>64</sup>	broncodilatadores, mucolíticos y antitusígenos a su hijo (a).			
<b>Género</b>	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico. <sup>65</sup>	Roles sociales al que pertenece el padre o madre entrevistado y su hijo/hija, categorizado en masculino y femenino	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masculino</li> <li>2. Femenino</li> </ol>
<b>Edad pediátrica</b>	La edad es el tiempo que la persona ha vivido desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista, expresado en años cumplidos. <sup>66</sup>  <b>Edad del niño/a:</b> tiempo cronológico de vida cumplido por el niño o niña hasta el momento de la entrevista.	Tiempo en años en los que ha vivido el hijo o hija menor de 5 años contando desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista, expresada en números naturales	Cualitativa	Ordinal	<b>Edad del niño:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. menor de un año</li> <li>2. 1 año a 1 año 11 meses 29 días</li> <li>3. 2 años a 2 años 11 meses 29 días</li> <li>4. 3 años a 3 años 11 meses 29 días</li> <li>5. 4 años a 4 años 11 meses 29 días</li> <li>6. 5 años a 5 años 11 meses 29 días</li> </ol>

<p><b>Edad del padre o la madre</b></p>	<p>La edad es el tiempo que la persona ha vivido desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista, expresado en años cumplidos.<sup>66</sup></p> <p><b>Edad del padre o la madre:</b> tiempo cronológico de vida cumplido por el padre o madre hasta el momento de la entrevista.</p>	<p>Tiempo en años en los que ha vivido el padre o madre contando desde su nacimiento hasta el momento de la entrevista, expresada en números naturales</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Edad del padre o la madre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15 a 25 años</li> <li>2. 26 a 35 años</li> <li>3. 36 a 45 años</li> <li>4. 46 a 55 años</li> </ol>
<p><b>Estado civil</b></p>	<p>Situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación, Situación en la que se encuentra una persona según</p>	<p>Relación en la que se encuentra el padre o la madre entrevistado con respecto a los demás miembros de la sociedad</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal Politómica</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soltero</li> <li>2. Casado</li> <li>3. Divorciado</li> <li>4. Separado</li> <li>5. Viudo</li> <li>6. Unión libre</li> </ol>

	<p>sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos. Existen distintos criterios para clasificar los estados civiles: por el matrimonio, el estado de soltero, casado, viudo o divorciado.<sup>67-68</sup></p>				
<b>Escolaridad</b>	<p>Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.<sup>69</sup></p>	<p>Grado de estudios cursado por los padres o madres entrevistados.</p>	Cualitativa	Nominal Politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analfabeta</li> <li>2. Sabe leer y escribir</li> <li>3. Primaria</li> <li>4. Secundaria</li> <li>5. Bachillerato / preparatoria</li> <li>6. Profesional o licenciatura</li> <li>7. Maestría o posgrado</li> </ol>
<b>Ocupación</b>	<p>Tipo de trabajo, empleo, puesto u oficio que la población ocupada realiza en su trabajo principal a cambio de un sueldo, salario, jornal u otro tipo de pago en</p>	<p>Actividad laboral a la que se dedica el padre o madre entrevistado.</p>	Cualitativa	Nominal Politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hogar</li> <li>2. Profesionista</li> <li>3. Comerciante</li> <li>4. Desempleado</li> </ol>

	dinero o en especie. <sup>70</sup> Trabajo, empleo, labor u oficio que tiene un individuo. <sup>71</sup>				
<b>Número de hijos</b>	Se refiere al número de hijos que han tenido los padres en algún momento de su vida alguno nacido vivo, incluyendo los hijos que luego fallecieron. <sup>72</sup>	Cantidad de hijos vivos, incluidos los fallecidos hasta el momento de la entrevista que han tenido los padres.	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uno a dos</li> <li>2. Tres a cuatro</li> <li>3. Cinco o más</li> </ol>
<b>Posición entre los hermanos</b>	Orden de nacimiento y el lugar en la familia que ocupan los hijos. <sup>73</sup>	Es el lugar en la familia que ocupa el hijo menor de 5 años del padre o madre entrevistado.	Cualitativa	Nominal Politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Único</li> <li>2. Mayor</li> <li>3. De en medio o Sándwich</li> <li>4. Menor</li> </ol>
<b>Principales signos y síntomas del menor</b>	Signo: Manifestación objetiva de una enfermedad o un síndrome, que resulta evidente para un observador diferente del sujeto que lo presenta. Puede ser espontáneo o provocado por	Es el signo o síntoma de una infección aguda de vías respiratorias altas que lleva al sujeto de investigación a la acción de automedicar a sus hijos.	Cualitativa	Nominal Politómica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fiebre</li> <li>2. Tos</li> <li>3. Escurrimiento nasal.</li> <li>4. Respiración rápida</li> <li>5. Se ve enfermo</li> <li>6. No come ni bebe</li> <li>7. Le sale pus por el oído</li> <li>8. Puntos blancos en la garganta</li> <li>9. Otro</li> </ol>

	<p>una maniobra exploradora.          Síntoma:          Manifestación subjetiva de una enfermedad o de un síndrome, solo es percibida por el individuo que lo padece.<sup>74</sup></p>				
<p><b>Tratamiento no farmacológico utilizado por los padres.</b></p>	<p>Cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante en la salud.<sup>75</sup>          Son medidas de bienestar para los pacientes durante una infección aguda de vías respiratorias superiores.<sup>53</sup></p>	<p>Son las medidas de tratamiento no farmacológico. Se pretende saber si los padres realizan estas prácticas o intervenciones de atención a la salud con sus hijos con infecciones agudas de vías respiratorias altas.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal          Politémica</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descanso</li> <li>2. Suspensión de lácteos</li> <li>3. Incremento de líquidos</li> <li>4. Aumento en el consumo de cítricos</li> <li>5. Otro</li> </ol>

### **8.1 Variable dependiente**

Automedicación de padres a niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la de la UMF No. 75 Nezahualcóyotl.

### **8.2 Variable independiente**

Estilos parentales de padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la de la UMF No. 75 Nezahualcóyotl.

## **IX. MÉTODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

### **Ficha técnica**

#### **9.1 Cédula de datos sociodemográficos**

Se llevó a cabo la recolección de datos sociodemográficos (ver anexo 3) donde se registró la edad, género, escolaridad, ocupación de los padres, número de hijos, edades de los mismos y lugar que ocupan en la familia, posteriormente se aplicaron los instrumentos. (Anexo 3, ítem 1 al 8)

#### **9.2 Cuestionario sobre automedicación**

Consiste en un test impreso auto-aplicable, basado en el cuestionario de automedicación creado por la licenciada Huaroc Guiza Pamela, de Perú, con un alfa de Cronbach de 0,965, consistente en 20 preguntas de respuesta múltiple, fue creado para determinar la relación entre automedicación de padres hacia niños menores de 5 años en la reincidencia con enfermedades respiratorias agudas en 2019. Incluye 5 apartados con 4 ítems de opción múltiple que corresponden a la dimensión de automedicación con antibióticos, 4 ítems correspondientes a la dimensión de automedicación con antigripales, 4 ítems de dimensión de automedicación con AINES, 4 ítems con automedicación con broncodilatadores, antitusígenos y mucolíticos, 4 ítems de dimensión automedicación con antihistamínicos. (Anexo 3, ítem 9 al 28) Incluye además un ítem acerca de los principales signos y síntomas que lleva a los padres a practicar la automedicación a sus hijos y uno más con los tratamientos no farmacológicos empleados. (Anexo 3, ítem 29 y 30). De acuerdo a las preguntas 9,13,17,21 y 25 si sus

respuestas fueron afirmativas en al menos una de ellas se consideró que se practica la automedicación por los padres hacia su niño o niña, si, por el contrario, las respuestas en todas las preguntas fueron negativas, se descartó la práctica de la automedicación de los padres hacia sus hijos.

### **9.3 Cuestionario de prácticas parentales de Robinson (1995). Adaptado por Fernández y Vera (2008)**

La segunda escala que se aplicó fue el Cuestionario de prácticas parentales de Robinson (1995). Adaptado por Fernández y Vera (2008), (ver anexo 4), el cual consiste en 41 ítems de opción de respuesta con escala tipo Likert. las preguntas están divididas en tres grandes grupos que pertenecen a cada estilo de crianza, las preguntas (1-15) valora la presencia de estilo autoritario, (16-30) estilo permisivo, (31-41) valora la presencia del estilo democrático. Las respuestas están planteadas en una escala de tipo Likert, su valor es el siguiente: lo hago siempre (3 puntos), lo hago con frecuencia (2 puntos), lo hago poco (1 punto) y, por último, usualmente no lo hago (0 puntos).

El baremo utilizado para la calificación fue el siguiente: (0-1.54) ausencia o baja presencia del estilo de crianza; (1.55-3) presencia de estilo de crianza. Para obtener esta escala se dividió el puntaje obtenido en cada estilo y se dividió por el número de preguntas correspondientes.

La consistencia interna del instrumento tiene un Alfa de Cronbach para cada dimensión: dimensión autoritativa o democrática 0.91, dimensión autoritaria 0.86 y dimensión permisiva 0.75.

## **X. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

La siguiente investigación fue realizada por la médica cirujana Juárez Lemus Jessica, residente de la especialidad de Medicina Familiar, en este estudio ella participó en la obtención de datos, aplicó la metodología correspondiente, calculó y obtuvo la muestra, redactó y explicó ampliamente al participante el consentimiento informado, aplicó los instrumentos a los participantes, (Cuestionario de prácticas parentales de Robinson y Cuestionario sobre automedicación), (VER ANEXOS 1, 3 y 4) posteriormente realizó un análisis de resultados, interpretación y conclusión de los mismos.

La investigación estuvo realizada por la Dra. Norma Herrera González, quien fue la investigadora responsable; el Dr. Imer Guillermo Herrera Olvera fue el investigador asociado, ambos médicos cuentan con la especialidad en Medicina Familiar y se encuentran laborando en la UMF No. 75. Ellos, además, fueron quienes estuvieron a cargo de orientar a la investigadora principal en todo momento sobre los datos e informes de seguimiento técnico, aplicativo SIRELCIS.

El proyecto fue evaluado por el Comité de ética en investigación 14088 y por el Comité Local de Investigación en Salud 1408, una vez obtenida su autorización se procedió a realizar la investigación.

El objetivo general del estudio fue identificar si existe una asociación entre la automedicación hacia los hijos con los estilos parentales de los padres. Se explicó al sujeto de investigación (padre o madre) que el estudio tenía la intención de conocer si existe la automedicación hacia sus hijos y si esta tiene asociación con los estilos parentales.

En la realización de la investigación se respetó en todo momento el derecho de las personas de salvaguardar su integridad, intimidad y seguridad de datos obtenidos.

Para llevar a cabo la investigación, ésta se realizó en el aula anexa al auditorio, el cual es un espacio dentro de la Unidad de Medicina Familiar N. 75, cómodo para el encuestado y la investigadora, el cual se encuentra libre de tránsito de pacientes y personal de la unidad, además de tener una adecuada iluminación y ventilación. Se

mantuvo en todo momento la sana distancia mínima de 1.5 metros entre la investigadora y el sujeto de investigación, se proporcionó gel antibacterial para higiene de manos.

La investigadora portó la siguiente vestimenta; uniforme reglamentario, el cual consiste en blusa, pantalón, zapatos blancos, y bata médica, con el logo IMSS y el de la especialidad de medicina familiar de la UMF No. 75. Se presentó con el sujeto de investigación con un saludo cordial, respetando la sana distancia, se presentó con su nombre completo y categoría, en todo momento portó su identificación personal que avalaban los datos anteriores, para verificar los datos de los sujetos de investigación, se les solicitó su cartilla personal de salud del IMSS, donde se verificaron datos como su número de seguridad social, además se registró su edad. Se interrogó si la persona es madre o padre de familia y se preguntó sobre la edad de sus hijos y, si éstos eran menores de 5 años se procedía con la entrevista.

Los instrumentos que se utilizaron estaban impresos en papel y para su llenado se utilizó bolígrafo tinta azul. La recolección de datos, análisis de información y de los resultados fueron procesados por medio de una computadora con corriente eléctrica e internet.

Los sujetos de investigación que conformaron la muestra del estudio eran abordados en la sala de espera de la UMF No. 75. El medio de selección fue muestreo no probabilístico por cuotas, se le preguntó si es derechohabiente y si tiene niños menores de 5 años, una vez seleccionado y cumpliendo con los criterios de inclusión del estudio, se pasó a formar parte de la muestra representativa.

Los criterios de inclusión para el estudio consistían en que los participantes debieran ser adultos, madres o padres de familia, derechohabientes al IMSS, adscritos a la UMF No. 75, de 15 a 55 años, que hayan aceptado participar de manera voluntaria y posterior a firmar su carta de consentimiento informado (ver Anexo 1), previamente explicado.

El riesgo que existió durante en este estudio fue mínimo, debido a que se aplicó la encuesta bajo consentimiento informado, con solicitud de datos personales que quizá consideró el participante como información sensible.

Por lo que se le explicó al sujeto investigado que se llevaría a cabo una investigación con padres de familia sobre la automedicación y la forma en cómo realiza el cuidado de su hijo (a), se dijo que en ella se debieran contestar dos cuestionarios breves.

Al aceptar participar en la investigación le ayudaría al sujeto de investigación a conocer si practica la automedicación en sus hijos, y cuáles son los estilos parentales que se involucraron, se le explicaron acciones que puede llevar a cabo para prevenir, disminuir o incluso evitar la práctica de automedicación.

Para la aplicación de los instrumentos se llevó a un espacio libre de tránsito de pacientes y trabajadores de la unidad. Una vez explicado los objetivos y en que consistía el estudio y su participación en él, se le entregó un consentimiento informado ( ver anexo 1), y una hoja de privacidad para la protección de datos personales donde se especificó que sus datos no serían difundidos ni compartidos a terceras personas y los resultados sólo se utilizarán con fines de investigación para la UMF 75 y el IMSS (ver anexo 2), posteriormente se le proporcionó un tiempo para que leyera el consentimiento informado y la hoja de privacidad detenidamente, y en todo momento se aclararon las dudas que surgían, una vez aceptando la participación se procedió a la firma del consentimiento informado. (En caso de que no aceptara participar se le agradecía por su tiempo y su atención, se le haría entrega de un tríptico y se le explicaría el contenido de éste).

Posteriormente se entregó el cuestionario de recolección de datos sociodemográficos (ver anexo 3) dónde se preguntaron la edad, género, escolaridad, ocupación de los padres, número de hijos, edades de los mismos y se aplicaron los instrumentos, el primero de ellos fue el cuestionario sobre automedicación, el cual consistió en un test impreso auto aplicable, (ver anexo 3) consistente en 5 apartados en el que tuvo que contestar 4 ítems de opción múltiple que correspondían a la dimensión de automedicación con antibióticos, 4 ítems correspondientes a la dimensión de automedicación con antigripales, 4 ítems de dimensión de automedicación con AINES, 4 ítems con automedicación con broncodilatadores, antitusígenos y mucolíticos, 4 ítems de dimensión automedicación con antihistamínicos. La segunda escala que se aplicó fue el Cuestionario de prácticas parentales de Robinson (ver anexo 4), el cual consistió en

41 ítems de opción de respuesta con escala tipo Likert. Si el sujeto de investigación no sabía leer se haría lectura en voz alta de las preguntas y se irán señalando las respuestas aportadas en los cuestionarios.

Una vez finalizados los dos cuestionarios, se agradeció por su tiempo. Como beneficio por su participación se le hizo entrega de un tríptico informativo sobre automedicación, (el cual contenía definición de automedicación, algunos datos epidemiológicos, etiología, riesgos para la salud, y medidas de prevención para evitarla) se respondieron dudas, en caso de que existieran, con el objetivo de limitar esta práctica en niños.

Una vez obtenidos los datos con los instrumentos contestados, estos se vaciaron en Excel para su organización y análisis mediante tablas y gráficos. Posteriormente se realizó un análisis estadístico, descriptivo y de asociación de los datos obtenidos en cada instrumento. Se llevó a cabo una discusión de resultados y se emitieron diversas conclusiones.

## **XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Una vez obtenidos los datos por medio de los instrumentos aplicados a los padres, se ordenaron y tabularon por medio de tablas y gráficos mediante el programa SPSS edición 26.0 (Paquete estadístico para las Ciencias Sociales) y el programa Excel. Para las variables de tipo cualitativas, como la automedicación, estilos parentales, medicamentos empleados en la automedicación, género, edad del niño o niña, edad del padre o la madre, estado civil, escolaridad, ocupación, número de hijos, posición entre los hermanos, principales signos y síntomas, se utilizaron frecuencias y porcentajes, así como gráficas de barras para demostrar la proporción y relación de las variables.

Para la estadística inferencial, con las variables automedicación y los estilos parentales se utilizó la prueba paramétrica para demostrar diferencias estadísticas de  $X^2$  de tendencia lineal, obteniendo frecuencias, proporciones y porcentajes, que fueron visualizadas en tablas de contingencia y gráficas de barras.

## **XII. ASPECTOS ÉTICOS**

Esta investigación abordó el tema de automedicación en infecciones agudas de vías respiratorias altas, es un estudio que se realizó en seres humanos, por lo cual es importante señalar la normativa dictaminada por las comisiones específicas. Se describirán a continuación:

### **12.1 Código de Núremberg**

El código de Núremberg es el primer documento donde se planteó explícitamente la obligación de tener un consentimiento informado previo a realizar investigaciones médicas, este código fue publicado el 20 de Agosto de 1947, luego del Juicio de Núremberg, en donde se condenó a médicos por violaciones en los derechos humanos de las personas que eran objeto de experimentos, el código de Núremberg establece 9 recomendaciones; las cuales son consideradas en este estudio para describir cómo son factores sociodemográficos, la práctica de automedicación en niños y los estilos parentales presentes en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de vías respiratorias altas de la UMF No. 75 Nezahualcóyotl.

En el presente estudio se considera el consentimiento informado y voluntario del padre o madre participante como esencial, se explicaron previamente los riesgos y beneficios de la aplicación de los instrumentos “Cuestionario sobre aspectos sociodemográficos y automedicación” y el “Cuestionario de prácticas parentales de Robinson (1995). Adaptado por Fernández y Vera (2008)”, con los cuales se tomaron datos sociodemográficos de importancia para la investigación, se evaluó la práctica de la automedicación y los estilos parentales de los padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75 y fueron aplicados previa autorización.

La finalidad de este estudio fue obtener resultados que generen conocimiento para el bien del grupo poblacional elegido y la sociedad, ya que a partir de la asociación entre los factores que interfieren en la automedicación se pudo identificar cuáles son los elementos que se pueden modificar para limitar esta práctica.

Esta investigación fue diseñada y sustentada científicamente a partir del pleno conocimiento sobre la automedicación y los estilos parentales, de modo que se encontró fundamentado en toda su organización, evitando el sufrimiento y daño innecesario, ya sea físico o mental de los sujetos de investigación, a partir de la información exhaustiva previa. Se concluye que hay poca información en nuestro país acerca de la asociación entre la automedicación y estilos parentales en niños con infecciones agudas de las vías aéreas superiores.

Los instrumentos utilizados no ocasionaron algún daño, sufrimiento o lesión, dado que se realizó llenado de cuestionarios, por esta situación los riesgos fueron menores que los beneficios en la salud de los niños y niñas, adquiriendo conocimiento sobre la automedicación y los estilos parentales implicados, favoreciendo por parte de los padres buenas prácticas sobre el cuidado de sus hijos con respecto a la automedicación.

Se tomaron las precauciones necesarias y se dispuso de las instalaciones óptimas para la aplicación de los instrumentos, la cual fue dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 75, de acuerdo con la disponibilidad de las áreas. Al ir contestando el cuestionario puede que al sujeto de investigación le surjan dudas por lo que se tuvo la mejor disposición de resolverlas. Se tomaron en todo momento las medidas de higiene y prevención de la pandemia por Covid-19, como son el guardar la sana distancia, etiqueta respiratoria, uso de cubrebocas, careta y lavado de manos con jabón o sanitización de manos con alcohol gel.

La investigación se llevó a cabo en todo momento por recursos humanos científicamente calificados de los cuales los investigadores responsables: la médica residente Jessica Juárez Lemus y doctora Norma Herrera González médica especialista en Medicina Familiar y el investigador colaborador: Dr. Imer Guillermo Herrera Olvera, médico especialista en Medicina Familiar y en salud ocupacional, presentan una amplia experiencia en investigación, aspectos clínicos, bioéticos y metodológicos.

Durante el estudio, el entrevistado pudo y tuvo la libertad de poner fin en cualquier momento a las preguntas de investigación que se le realizaron. Por estas razones, nuestra investigación cumplió y consideró las recomendaciones establecidas en el código de Núremberg.

## **12.2 Declaración de Helsinki de Asociación Médica Mundial**

La declaración de Helsinki funge como recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas, fue adoptada en Junio de 1964, en Finlandia Helsinki. Bajo la premisa del código internacional de ética médica que declara que “cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente el médico deberá actuar únicamente en interés del paciente”; sabiendo que el progreso médico se basa en la investigación y en algunas ocasiones en la experimentación realizada en personas, en esta investigación sobre automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de vías respiratorias altas nos basamos hacia el conocimiento de características y con ello, en investigaciones futuras a la mejora del diagnóstico del tratamiento para las infecciones agudas de vías respiratorias altas y limitar a su vez, la praxis de la automedicación.

Este estudio cumplió con los principios científicos ya que se tiene conocimiento suficiente sobre los factores asociados a la automedicación, así como de los estilos parentales, el cual se ha obtenido mediante la revisión de literatura científica y actualizada.

La Asociación Médica Mundial ha preparado algunas recomendaciones como guía para las investigaciones biomédicas, en las cuales se basa nuestra investigación sobre automedicación, los estilos parentales y los factores sociodemográficos presentes en padres de niños menores de años con infecciones agudas de las vías respiratorias altas de la UMF No. 75 Nezahualcóyotl, se formuló primeramente un protocolo el cual fue presentado para la consideración, comentarios y recomendaciones a un comité de ética delegacional, quien dió pauta para continuar con nuestros propósitos. Una vez aprobado

el protocolo, la investigación se llevó a cabo por la médica residente de medicina familiar Jessica Juárez Lemus, estuvo bajo la supervisión estricta de un facultativo clínicamente competente y se basó en una evaluación minuciosa de los factores asociados y características de la automedicación en hijos de los sujetos de estudio que fueron cuestionados. En nuestra búsqueda se respetó el derecho de las personas de salvaguardar su integridad, intimidad y seguridad de datos obtenidos; en la publicación de resultados sobre las características sociodemográficas y estilo parental encontrado, preservamos la exactitud y con cautela los resultados obtenidos, el sujeto de estudio estuvo informado de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos o molestias por manejo de datos sensibles, que el estudio pudo tener sobre su persona, por lo que se consideró un riesgo mínimo, se trató de proteger la integridad mental del sujeto de investigación en todo momento, una vez informados, fueron libres de decidir si podían y querían o no participar, de esta forma creemos que se cumplió con las recomendaciones éticas de la declaración de Helsinki.

### **12.3 Informe de Belmont (Principios bioéticos de Belmont)**

En el informe Belmont se establecen algunos principios que sirven como justificación básica para las prescripciones éticas particulares de las acciones humanas, y en este sentido, se prescriben cuatro principios: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La investigación sobre automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75, Nezahualcóyotl cumplió con los principios dictados en dicho informe:

**Respeto a la Autonomía:** Los sujetos de estudio fueron tratados con respeto, como seres autónomos, y serán capaces de decidir si participaban o no en esta investigación. Por lo que cuando se aplicó la recolección de datos, se otorgó previa información, principalmente sobre la justificación, los objetivos, el uso que se le dió a los datos de las características sociodemográficas, prácticas de automedicación y estilos parentales obtenidos, así como la forma de publicación de los resultados, y se utilizó el consentimiento informado (Anexo 1), donde las personas participantes plasmaron su autorización.

**Beneficencia:** Nos dirigiremos en todo momento con trato ético al sujeto de investigación y no se llevaron a cabo acciones que lo perjudiquen física ni psicológicamente; además, fue de vital importancia tener una retribución para el derechohabiente que participó, motivo por el cual se realizó un tríptico informativo sobre la automedicación en niños, donde se explicaron los riesgos que esta práctica conlleva, encaminado a prevenir y limitar esta conducta (Anexo 7). Aunque no deseó participar el sujeto de investigación se le brindó el tríptico y se explicó, si éste lo permitía, su contenido.

**No maleficencia:** Se respetó en todo momento la integridad física del paciente, para fines de la búsqueda de la asociación entre automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de vías aéreas superiores de la UMF No. 75, Nezahualcóyotl no se utilizaron técnicas o tratamientos médicos que dañaran dicha integridad.

**Justicia:** No se negó a ningún derechohabiente información sobre el contenido de la investigación sobre automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75, además se buscó durante el progreso de esta investigación, la igualdad de género, edad, religión, al momento de la selección y la obtención de datos de las encuestas. Así mismo, los beneficios sobre las estadísticas que se arrojaron a partir de este estudio son para la población en general por lo que en ningún momento se excluyó a ninguna persona de enterarse de los resultados obtenidos.

#### **12.4 Reglamento de la ley general de salud en material de investigación para la salud, título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos**

La investigación automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75, Nezahualcóyotl cumplió con los artículos expuestos en la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud, en donde se establece la regulación y supervisión de la investigación. Cumplimos con el **artículo 13, 14, 20 y 21** al preservar el respeto a la dignidad de cada uno de los sujetos de investigación, respetando así el derecho de ser

considerado como ser individual y social, durante la entrevista se buscó no perturbar el bienestar de las personas participantes. Se contó con un comité de ética asesor, quien emitió de forma crítica sugerencias para llevar a cabo éticamente la presente investigación. Contamos con consentimiento informado (**Anexo 1**), el cual dio pauta a la autorización por parte del sujeto de investigación para llevar a cabo la entrevista propuesta, con previa explicación clara y completa sobre la justificación, objetivos, y procedimientos que se llevaron a cabo para la recolección de datos, cuyo proceso es realizado y supervisado por profesionales de la salud. **En el artículo 17** se explicó el riesgo en el que una investigación puede caer según la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. De acuerdo a esta clasificación, la investigación sobre la automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75, Nezahualcóyotl, se consideró dentro de la clasificación “Investigación con riesgo mínimo”, ya que es un estudio descriptivo que emplea el riesgo mínimo al obtener datos con información sensible a través de la aplicación de una encuesta, no afectó la salud, no produjo ningún daño durante la aplicación de este cuestionario de investigación.

### **12.5 NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012**

Esta norma establece los criterios normativos de carácter administrativo, ético, metodológico, para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. El estudio de la automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75, Nezahualcóyotl tuvo como fin el cumplimiento de las normativas para su elaboración. No se llevo a cabo el empleo de medicamentos o materiales nuevos en el ser humano, prevalecieron los criterios de respeto a la dignidad del sujeto de investigación, por otro lado, no se expuso al sujeto de investigación a riesgos innecesarios. En el apartado 8, la norma habla sobre las instituciones o establecimientos donde se realiza la investigación, la presente con título “Automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías

respiratorias superiores de la UMF No. 75, Nezahualcóyotl” se llevó a cabo en la UMF 75, que cuenta con la infraestructura y capacidad suficiente para entrevistar y llevar a cabo los beneficios programados para los derechohabientes. Por otro lado, nuestro protocolo fue aprobado por un comité de ética y otro de investigación, los cuales estuvieron bajo una integración con la cual nos guiaron bajo los regímenes que en el apartado 6 de la norma se establecen.

### **12.6 Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de los particulares**

Esta ley tiene por objetivo la protección de los datos personales en posesión de los particulares, con la finalidad de regular su tratamiento legítimo, controlado e informado, garantizando la privacidad y el derecho a la autodeterminación informativa de las personas. Nuestra investigación “Automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75, Nezahualcóyotl” conllevó el uso de datos personales como las características sociodemográficas presentes y las condiciones de automedicación en niños menores de 5 años, así como el estilo parental asociado, entre ellas la edad, número de hijos, escolaridad entre otros datos que pudieron ser sensibles para el sujeto de investigación, por tal motivo asumimos la responsabilidad del tratamiento de dichos datos, cumpliendo con lo establecido en esta ley, y específicamente respetando el **artículo 7**, pues no obtuvimos los datos mediante métodos engañosos o fraudulentos, la información obtenida fue posterior a la lectura y firma de un consentimiento informado por escrito, y a partir de dicha información se creó una base de datos para su eventual descripción. La base de datos obtenida solamente fue utilizada para conocer como son las condiciones de la automedicación en sus hijos, los factores sociodemográficos presentes y los estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75, Nezahualcóyotl, es decir, con fines científicos, sin violación de la privacidad o utilización para uso de publicidad, u otros fines distintos a los propósitos de esta investigación, respetando así el **artículo 12 y 13**. Adoptamos las medidas necesarias para proteger los datos del sujeto de estudio, pudiendo este cancelar

la portación ajena de los datos personales. Además, se contó con el aviso de privacidad de manera escrita (**Anexo 2**), para la autorización del uso de los datos recabados durante el protocolo, sabiendo el sujeto de investigación podía revocar en cualquier momento, sin presentar represalias en su contra.

## **XIII. RECURSOS**

### **13.1 Recursos humanos**

La investigadora principal fue la médica cirujana Juárez Lemus Jessica, quién actualmente está cursando la residencia de Medicina Familiar, está adscrita a la UMF No. 75, Nezahualcóyotl, al ser la investigadora principal, se encargó de realizar el protocolo de investigación, de recolectar la información y datos para el desarrollo de éste, y fue la encargada de la aplicación de los instrumentos (anexo 3 y 4), análisis de los datos obtenidos e interpretación de los resultados.

Como investigadora responsable se contó con la participación de la médica familiar Herrera González Norma, adscrita a la UMF No. 75, Nezahualcóyotl.

Se contó con la colaboración del doctor Herrera Olvera Imer Guillermo, como Investigador asociado en la investigación, quien es especialista en Medicina Familiar y en Salud Ocupacional, además de Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, adscrito a la UMF No. 75.

Todos con amplia experiencia en el área de investigación y con participación en la asesoría durante la elaboración, desarrollo, análisis y publicación de resultados obtenidos.

### **13.2 Recursos materiales**

Se utilizó equipo de cómputo, impresora, papelería, bolígrafos, lápices, borradores, folders, clips, engrapadora, material de higiene y sanitización como gel antibacterial, sanitizante, sanitas, cubrebocas.

**Infraestructura:** Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar N. 75 del Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México.

### **13.3 Recursos financieros**

Los gastos que se realizaron para la investigación corrieron por cuenta de la investigadora principal. Con los recursos económicos invertido se obtuvieron los recursos materiales adecuados y suficientes para llevar a cabo el estudio.

Con la investigación se pretendió generar un bienestar a la sociedad como consecuencia de haber contribuido a solucionar el problema identificado. Generando prácticas de automedicación responsable por parte de los padres y una adecuada prescripción de antibióticos por parte de los médicos.

Para esta investigación no se identificaron alternativas de solución con menores costos que los ya contemplados.

Se esperaba que el índice de automedicación en pacientes pediátricos con IRAS tuviera un decremento y a su vez, un aumento en el control de la prescripción de medicamentos.

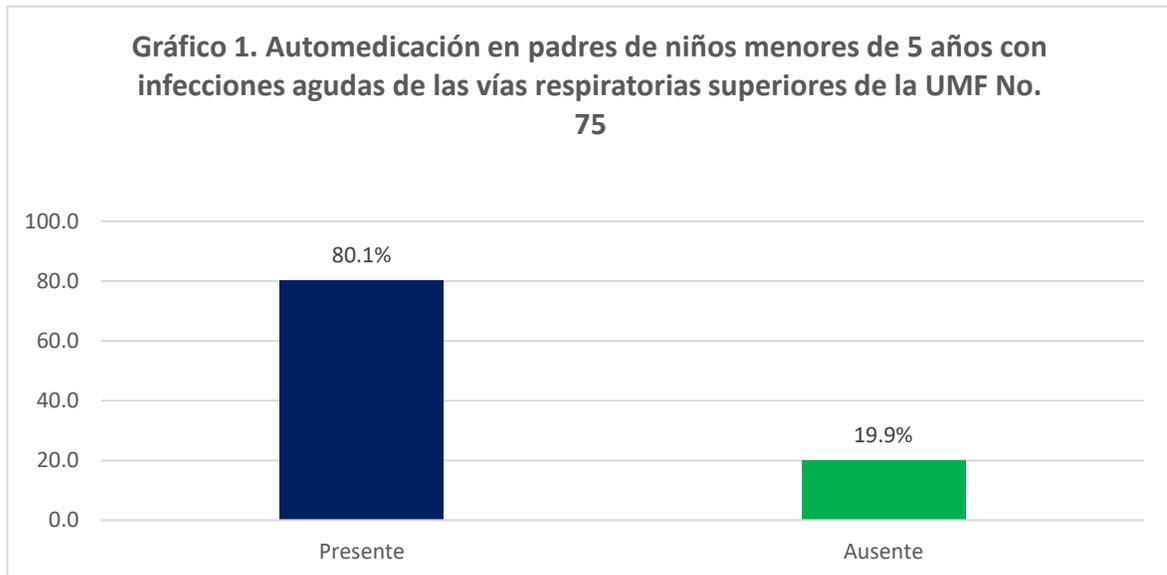
Se calculó un aproximado de inversión de entre 10 000 a 15,000 pesos, incluyendo los gastos de traslado a la UMF N. 75, equipo de cómputo, electricidad, servicio de internet, impresora, tinta, papelería, lápices, bolígrafos, borradores.

#### XIV. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

**Tabla 1. Automedicación en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Automedicación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Presente	229	80.1
Ausente	57	19.9
Total	286	100

- Fuente: concentrado de datos



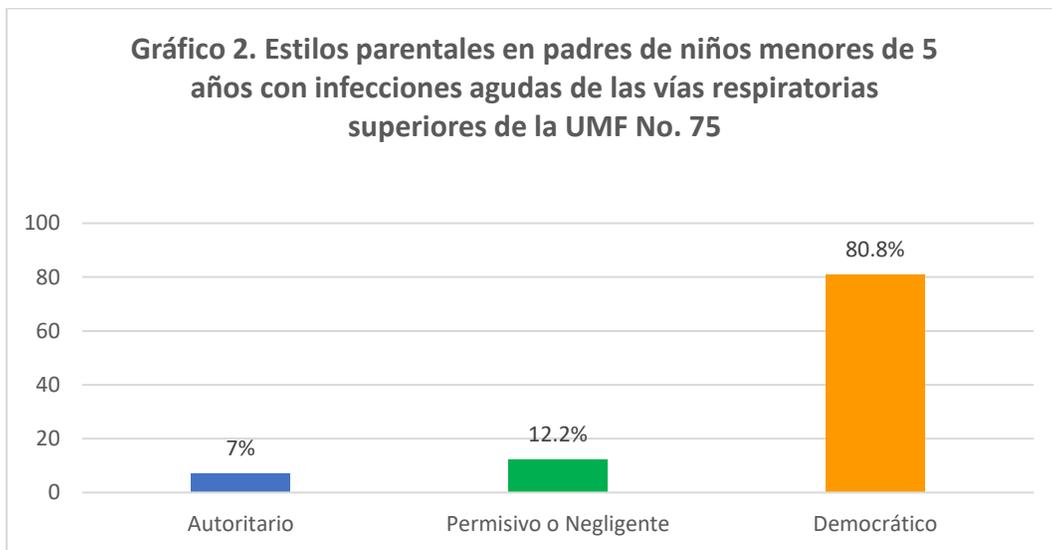
- Fuente: tabla 1

Se observó en los resultados la práctica de automedicación presente en 229 padres (80.1%) y ausente en 57 (19.9%).

**Tabla 2. Estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Estilo parental	Frecuencia	Porcentaje (%)
Autoritario	20	7.0
Permisivo o Negligente	35	12.2
Democrático	231	80.8
Total	286	100

- Fuente: concentrado de datos



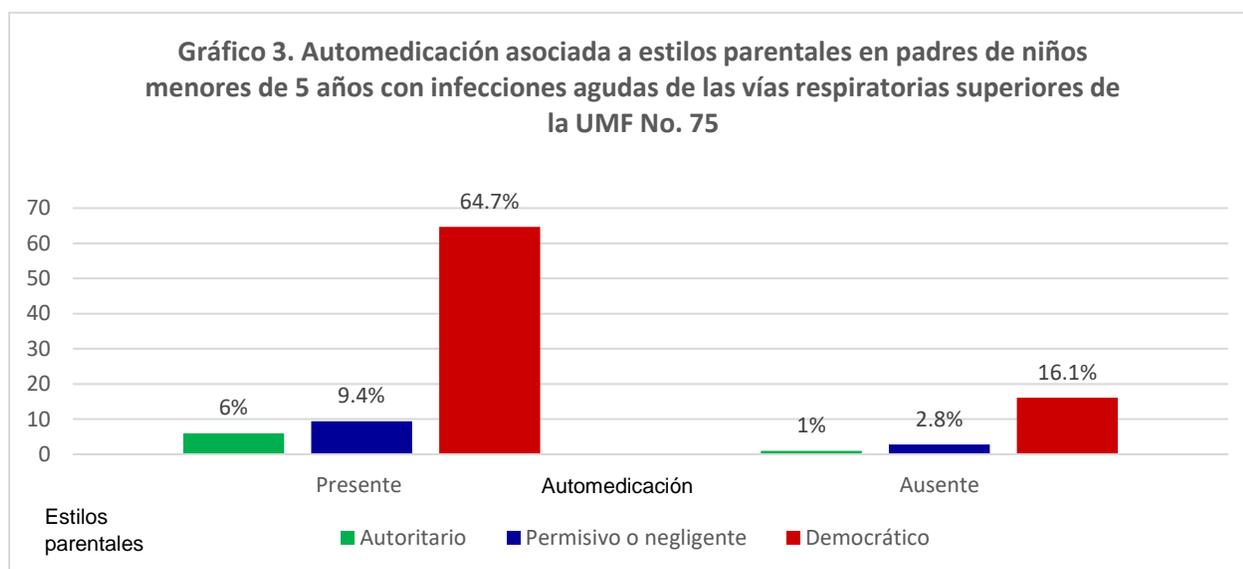
- Fuente: tabla 2

Con respecto al estilo parental predominante en la población en estudio se encontró el estilo parental democrático con 231 padres (80.8%), seguido del estilo parental permisivo con 35 padres (12.2%) y finalmente el estilo parental autoritario con 20 padres (7%).

**Tabla 3. Automedicación asociada a estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Automedicación \ Estilos parentales	Presente		Ausente		Total	
	F	%	F	%	F	%
Autoritario	17	6.0	3	1.0	20	7.0
Permisivo o negligente	27	9.4	8	2.8	35	12.2
Democrático	185	64.7	46	16.1	231	80.8
Total	226	80.1	60	19.9	286	100

- Fuente: concentrado de datos
- Nota aclaratoria: F: frecuencia, %: Porcentaje
- Valor de p=0.808



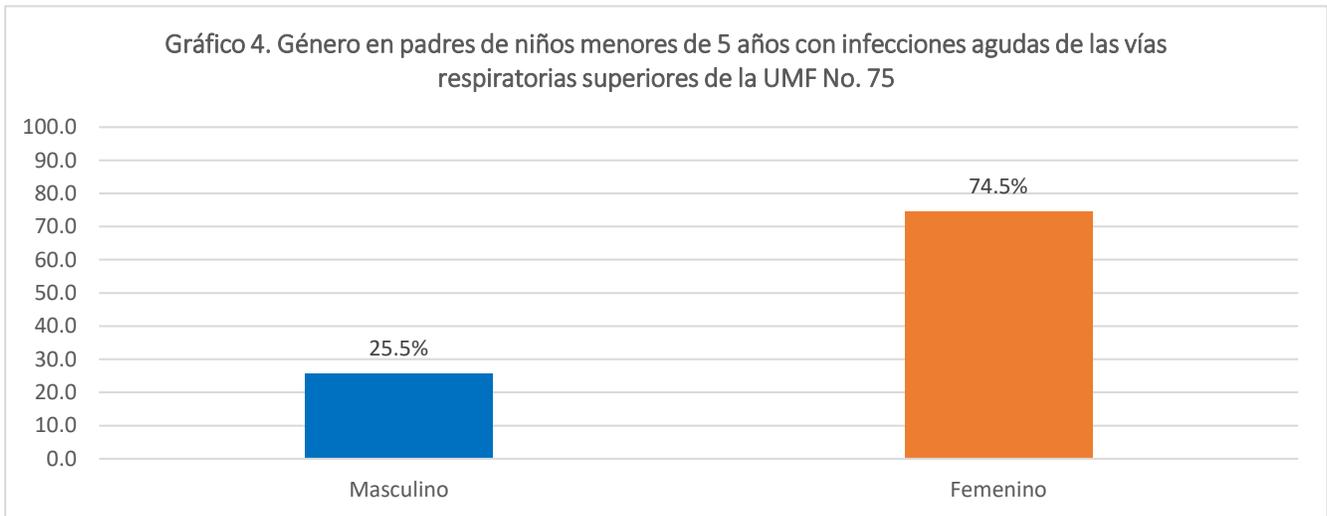
- Fuente: tabla 3

Los resultados que se observan en la tabla y el gráfico son un total de 286 padres (100%), de los cuales 60 (19.9%) presentaron una práctica de automedicación ausente, de este grupo 46 (16.1%) tuvieron un estilo parental democrático, seguido de 8 (2.8%) permisivo y 3 (1.0%) autoritario. Con presencia de automedicación resultaron 226 padres (80.1%) de los cuales 185 (64.7%) predominan el estilo parental democrático, 27 (9.4%) permisivo y 17 (6.0%) autoritario.

**Tabla 4. Género en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Género	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	73	25.5
Femenino	213	74.5
Total	286	100.0

- Fuente: concentrado de datos



- Fuente: tabla 4

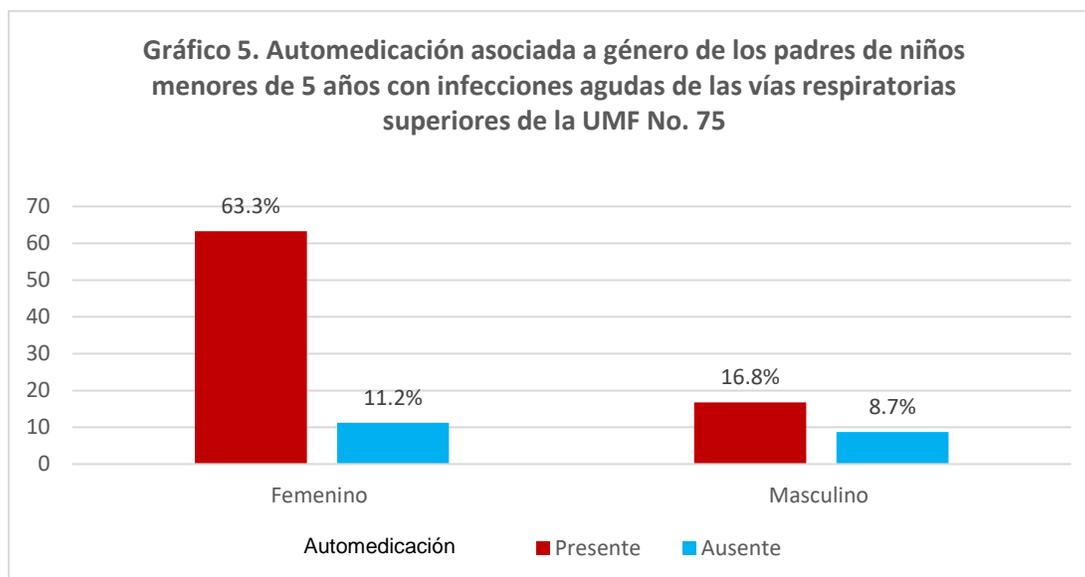
El género que predominó fue el femenino con 213 mujeres representando el 74.5%, mientras que el género masculino obtuvo 73 participantes, correspondiente al 25.5% de los participantes.

**Tabla 5. Automedicación asociada a género de los padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No.**

**75**

Género	Automedicación				Total	
	Presente		Ausente			
	F	%	F	%	F	%
Femenino	181	63.3	32	11.2	213	74.5
Masculino	48	16.8	25	8.7	73	25.5
Total	229	80.1	57	19.9	286	100

- Fuente: concentrado de datos
- Nota aclaratoria: F: frecuencia, %: Porcentaje
- Valor de  $p=0.000$



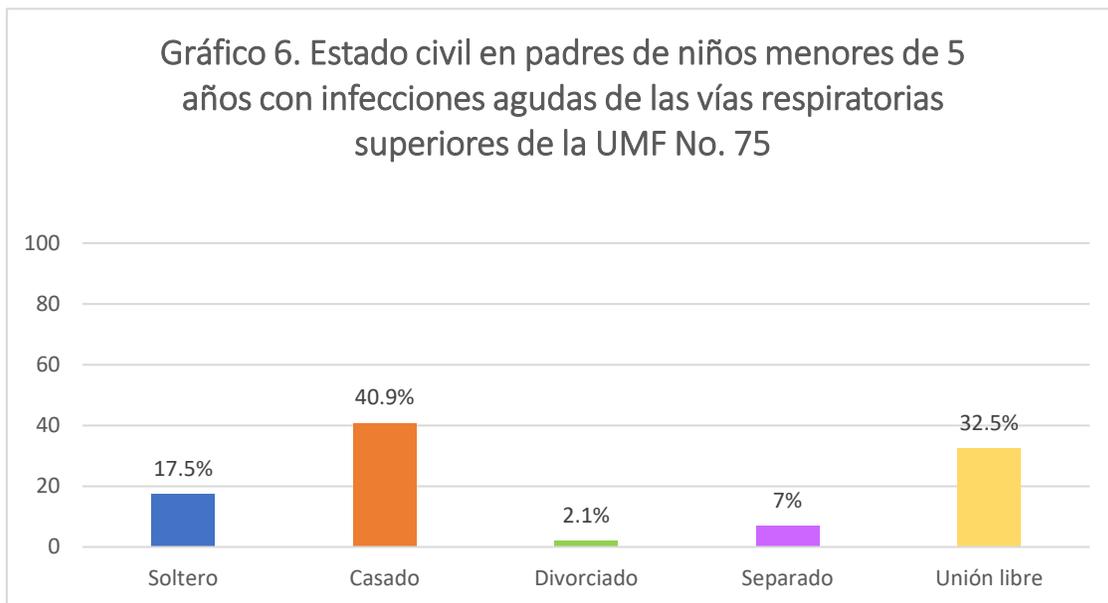
- Fuente: tabla 5

En el gráfico se observa un predominio de las mujeres que tuvieron práctica de automedicación en 181 (63.3%) y los hombres con automedicación son 48 (16.8%), mientras que en las mujeres en las que estuvo ausente la automedicación obtuvieron una cifra de 32 (11.2%) en el caso de los hombres son 25 (8.7%). Por lo que encontramos una relación significativa de la práctica de automedicación con el género femenino (OR= 2.28, IC 95%:1.45 a 3.57, con un valor de  $p=0.000$ ).

**Tabla 6. Estado civil en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	50	17.5
Casado	117	40.9
Divorciado	6	2.1
Separado	20	7.0
Unión libre	93	32.5
Total	286	100

• Fuente: concentrado de datos



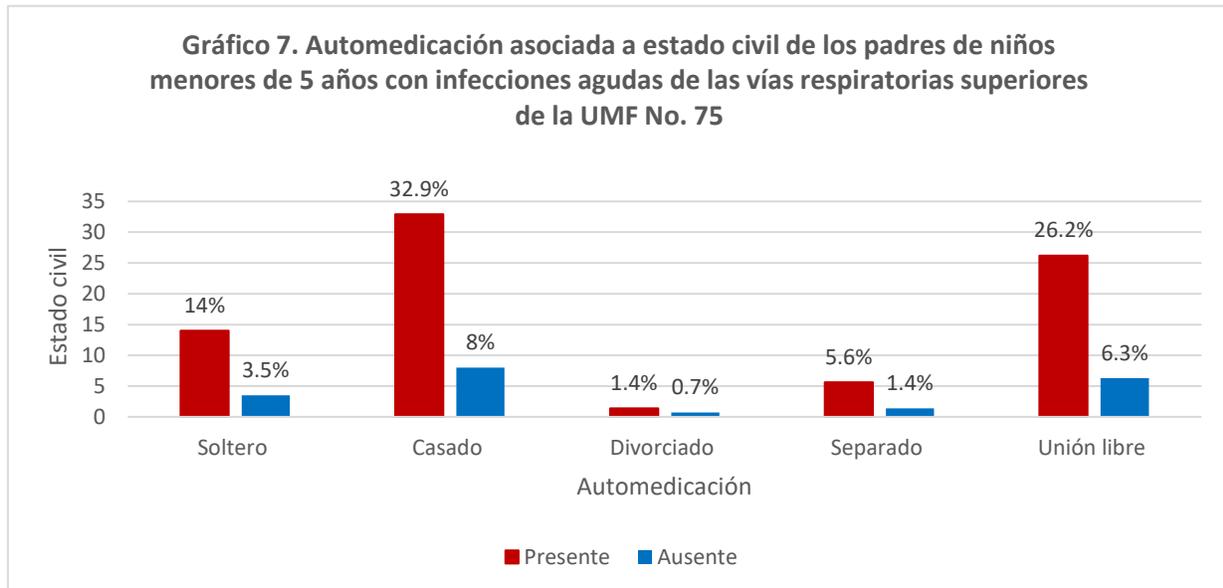
• Fuente: tabla 6

El estado civil que predominó en los padres fue el de casado con 117 participantes (40.9%), seguido de 93 (32.5%) en unión libre, 50 (17.5%) solteros, 20 (7%) separados y 6 (2.1%) divorciados.

**Tabla 7. Automedicación y estado civil en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Estado civil	Automedicación				Total	
	Presente		Ausente		F	%
	F	%	F	%		
Soltero	40	14.0	10	3.5	50	17.5
Casado	94	32.9	23	8.0	117	40.9
Divorciado	4	1.4	2	0.7	6	2.1
Separado	16	5.6	4	1.4	20	7.0
Unión libre	75	26.2	18	6.3	93	32.5
Total	229	80.1	57	19.9	286	100

- Fuente: concentrado de datos
- Nota aclaratoria: F: frecuencia, %: Porcentaje
- Valor de p=0.921



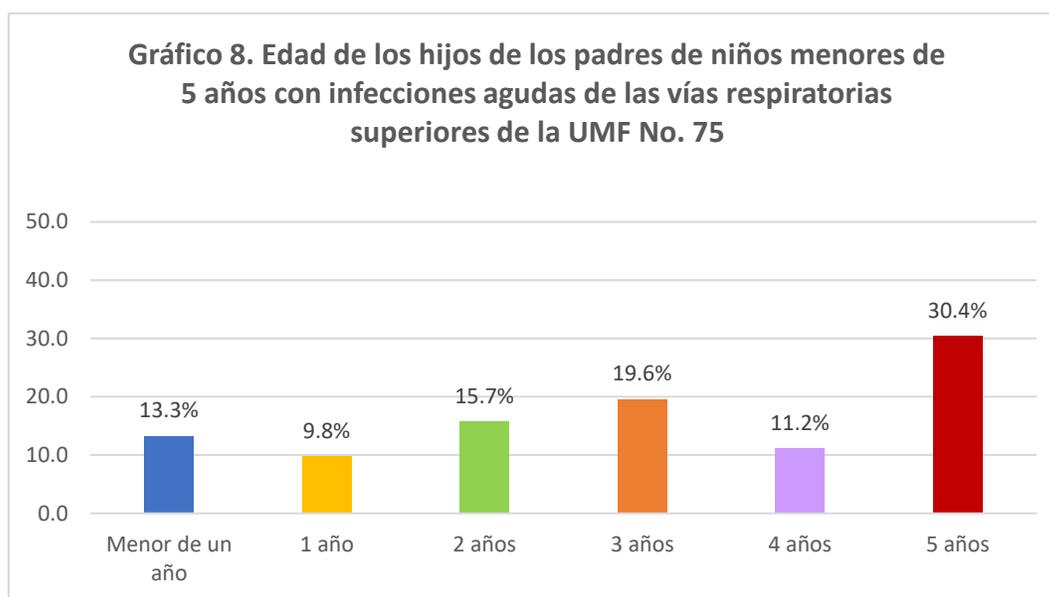
- Fuente: tabla 7

En el gráfico se muestra un predominio de la práctica de automedicación y el estado civil; casado con 94 (32.9%) de los padres, 75 (26.2%) estuvieron en unión libre, 40 (14%) fueron solteros, 16 (5.6%) separados, y 4 (1.4%) divorciados. En cuanto al estado civil de los padres en los que está la automedicación ausente, predominaron los casados con 23 (8.0%), seguido por unión libre 18 (6.3%), 10 (3.5%) solteros, 4 (1.4%) separados y 2 (0.7%) divorciados.

**Tabla 8. Edad de los hijos de los padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Edad pediátrica	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menor de un año	38	13.3
1 año	28	9.8
2 años	45	15.7
3 años	56	19.6
4 años	32	11.2
5 años	87	30.4
Total	286	100.0

- Fuente: concentrado de datos



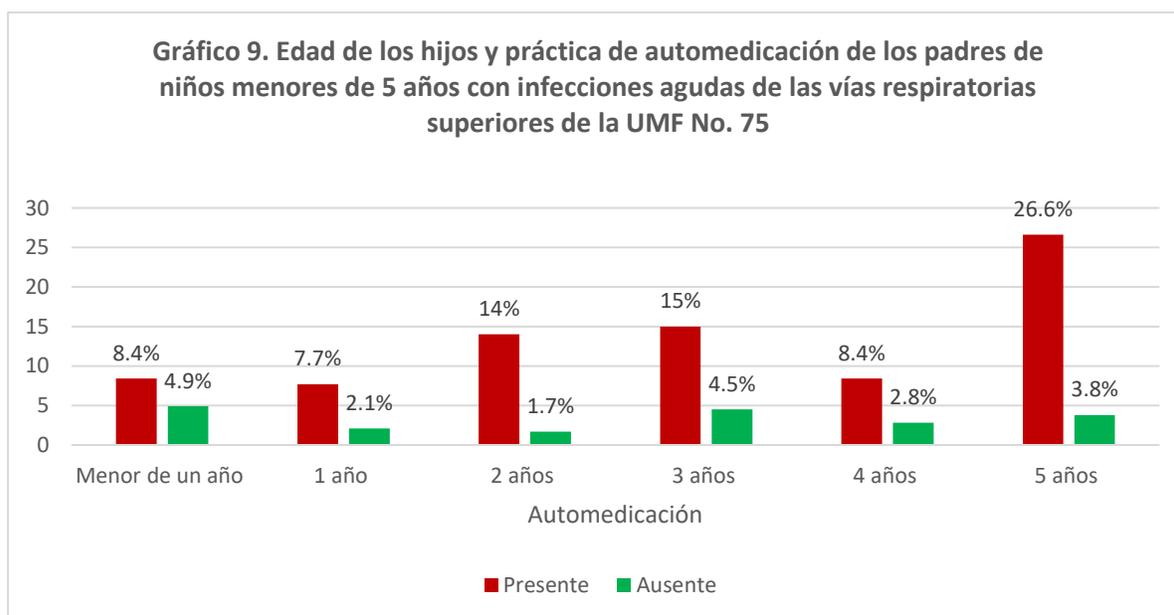
- Fuente: tabla 8

En cuanto a la edad de los hijos de los padres participantes vemos el grupo de edad de 5 años como predominante con 87 niños (30.4%), seguido del grupo de 3 años con 56 (19.6%), 45 (15.7%) de 2 años, continuando con 38 (13.3%) menores de 1 año, 32 (11.2%) con 4 años y finalmente 28 (9.8%) fueron niños de 1 año.

**Tabla 9. Edad de los hijos y práctica de automedicación de los padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Edad pediátrica	Automedicación				Total	
	Presente		Ausente			
	F	%	F	%	F	%
Menor de un año	24	8.4	14	4.9	38	13.3
1 año	22	7.7	6	2.1	28	9.8
2 años	40	14.0	5	1.7	45	15.7
3 años	43	15.0	13	4.5	56	19.6
4 años	24	8.4	8	2.8	32	11.2
5 años	76	26.6	11	3.8	87	30.4
Total	229	80.1	57	19.9	286	100

- Fuente: concentrado de datos
- Nota aclaratoria: F: frecuencia, %: Porcentaje
- Valor de  $p=0.022$



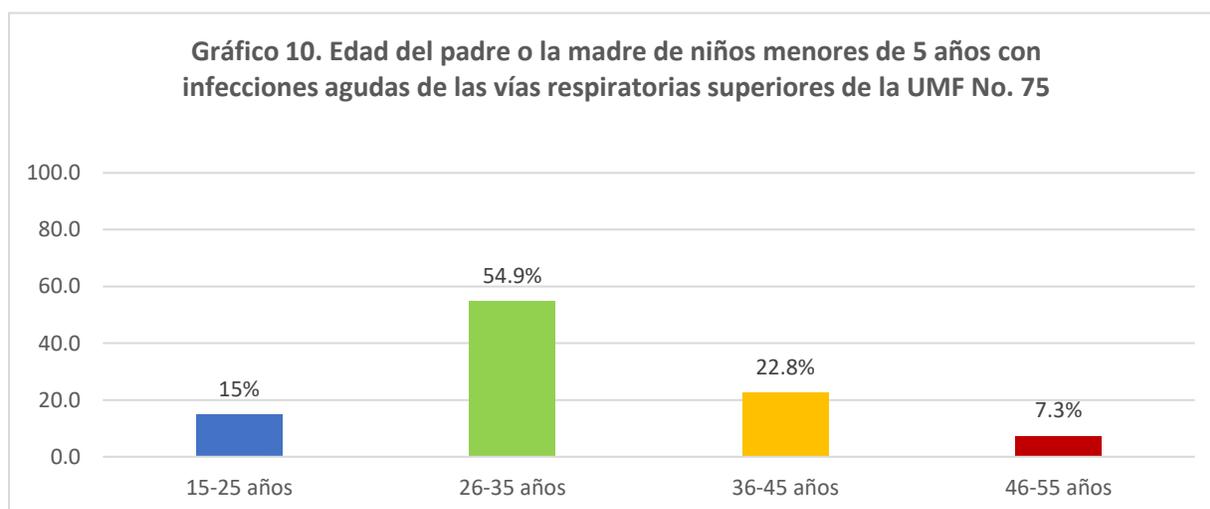
- Fuente: tabla 9

En cuanto la edad de los hijos y la práctica de automedicación, observamos que la edad que predominó en la que está presente la automedicación fue la de 5 años con 76 (26.6%), seguida de la edad de 3 años: 43 (15.0%), continuando con los niños de 2 años: 40 (14.0%), para los niños menores de 1 año y de 4 años se tuvo 24 (8.4%) respectivamente y al final se encontraron los niños de 1 año con 22 (7.7%). En cuanto a los niños a los que no se practicó la automedicación predominó la edad de menores de 1 año: 14 (4.9%) seguidos de niños de 3 años: 13 (4.5%), niños de 5 años: 11 (3.8%) continuando con los de 4 años: 8 (2.8%), de 1 año: 6 (2.1%) y finalmente los niños de 2 años: 5 (1.7%).

**Tabla 10. Edad del padre o la madre de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Edad del padre o la madre	Frecuencia	Porcentaje
15-25 años	43	15.0
26-35 años	157	54.9
36-45 años	65	22.8
46-55 años	21	7.3
Total	286	100.0

- Fuente: concentrado de datos



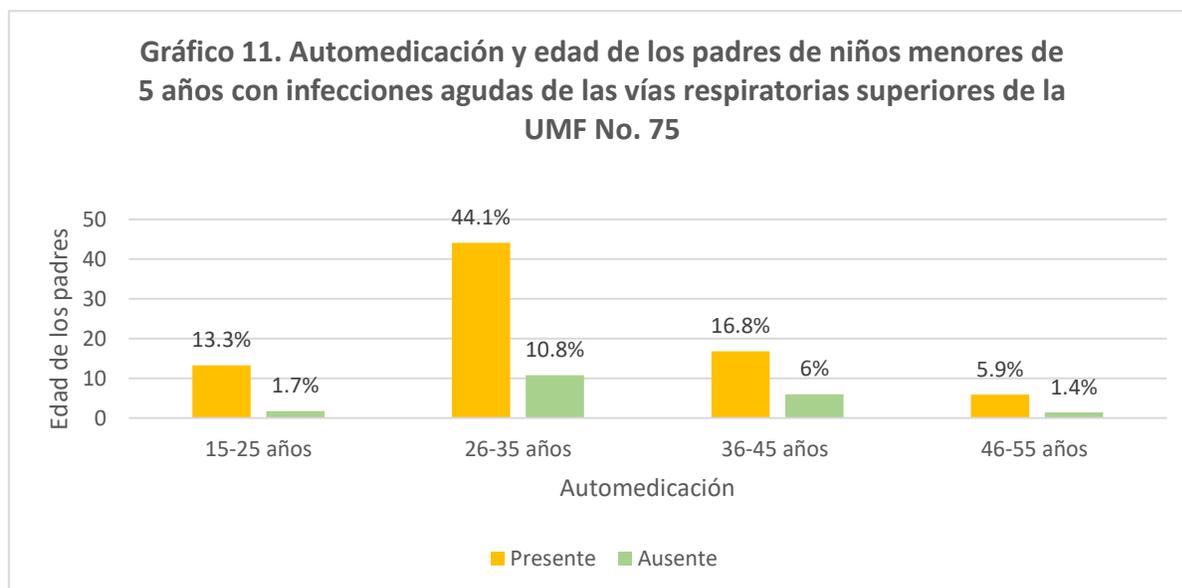
- Fuente: tabla 10

Con respecto a la edad de los padres tenemos el grupo de 26-35 años como predominante con 157 (54.9%) participantes, del grupo de 36-45 años 65 (22.8%), de 15-25 años 43 (15%) y finalmente de 46-55 años 21 participantes (7.3%).

**Tabla 11. Automedicación y edad de los padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Edad de los padres	Automedicación				Total	
	Presente		Ausente			
	F	%	F	%	F	%
15-25 años	38	13.3	5	1.7	43	15.0
26-35 años	126	44.1	31	10.8	28	54.9
36-45 años	48	16.8	17	6.0	45	22.8
46-55 años	17	5.9	4	1.4	56	7.3
Total	229	80.1	57	19.9	286	100

- Fuente: concentrado de datos
- Nota aclaratoria: F: frecuencia, %: Porcentaje
- Valor de  $p=0.174$



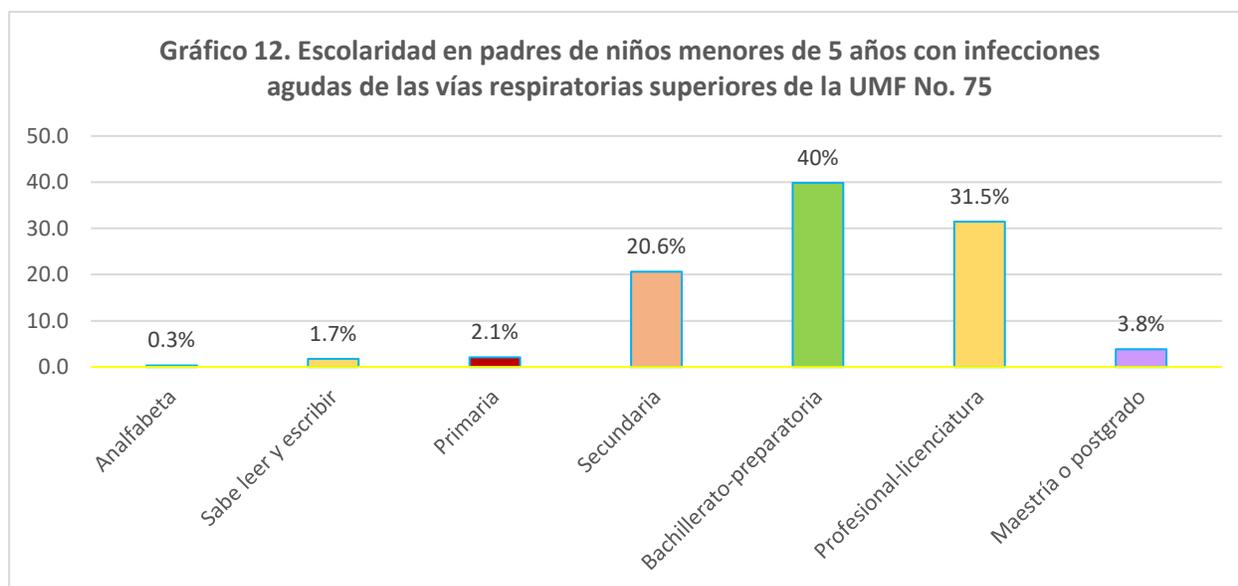
- Fuente: tabla 11

En el siguiente gráfico se observa la relación de la práctica de automedicación con la edad de los padres, predominó la edad de 26-35 años con 126 (44.1%), seguido de 48 (16.8%) de 36-45 años, 38 (13.3%) tuvieron 15-25 años, y 17 (5.9%) 46-55 años, en cuanto a quienes tienen automedicación ausente predominaron los padres de 26-35 años con 31 (10.8%), 17 (6.0%) de 36-45 años, 5 (1.7%) de 15-25 años, y finalmente 4 (1.4%) 46-55 años.

**Tabla 12. Escolaridad en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	0.3
Sabe leer y escribir	5	1.7
Primaria	6	2.1
Secundaria	59	20.6
Bachillerato-preparatoria	114	40.0
Profesional-licenciatura	90	31.5
Maestría o postgrado	11	3.8
Total	286	100.0

• Fuente: concentrado de datos



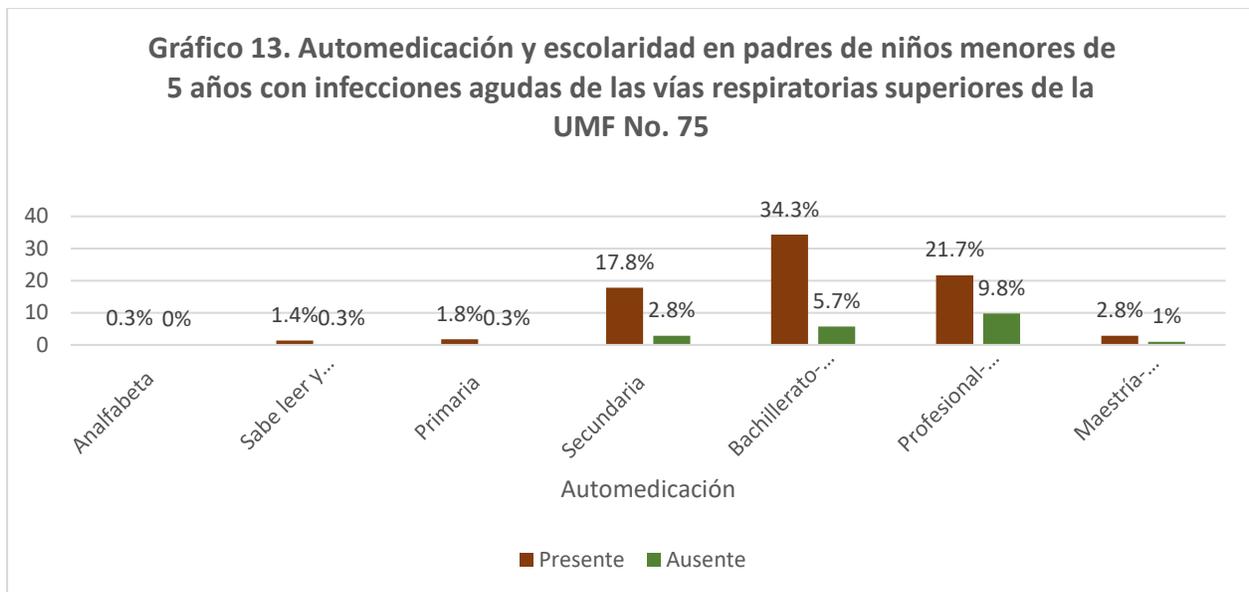
• Fuente: tabla 12

En cuanto a escolaridad, el nivel de bachillerato-preparatoria predominó con 114 padres (40.0%), seguido de 90 (31.5%) con educación profesional-licenciatura, 59 (20.6%) tuvieron educación secundaria, 11 (3.8%) maestría-postgrado, 6 (2.1%) educación primaria, 5 de los padres (1.7%) saben leer y escribir y finalmente 1 de los participantes (0.3%) fue analfabeta.

**Tabla 13. Automedicación y escolaridad en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Escolaridad de los padres	Automedicación				Total	
	Presente		Ausente			
	F	%	F	%	F	%
Analfabeta	1	0.3	0	0	1	0.3
Sabe leer y escribir	4	1.4	1	0.3	5	1.7
Primaria	5	1.8	1	0.3	6	2.1
Secundaria	51	17.8	8	2.8	59	20.6
Bachillerato-Preparatoria	98	34.3	16	5.7	114	40
Profesional-Licenciatura	62	21.7	28	9.8	90	31.5
Maestría-Posgrado	8	2.8	3	1	11	3.8
Total	229	80.1	57	19.9	286	100

- Fuente: concentrado de datos
- Nota aclaratoria: F: frecuencia, %: Porcentaje
- Valor de  $p=0.012$



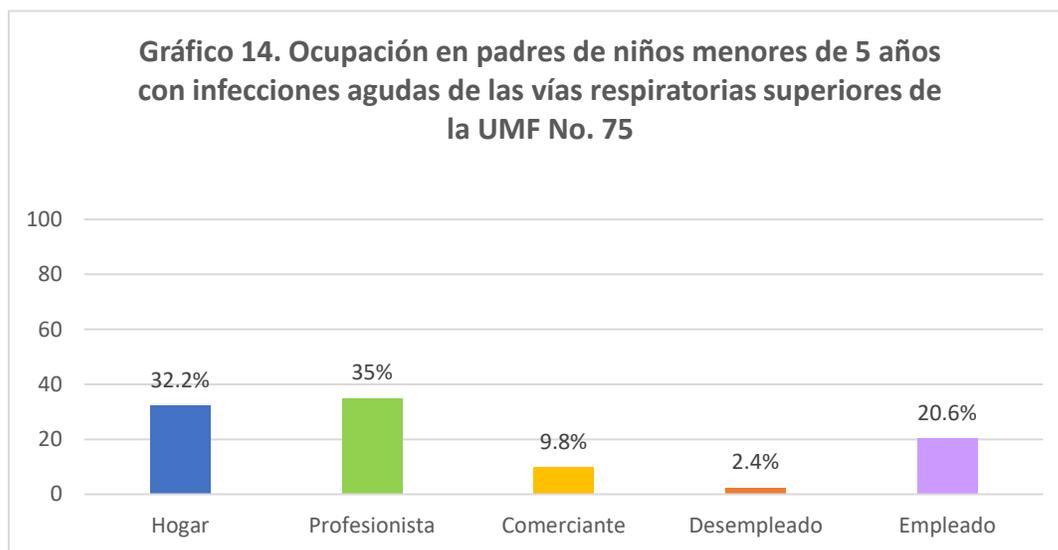
• Fuente: tabla 13

Con respecto a la escolaridad de los padres que practican la automedicación predominaron quienes tienen bachillerato o preparatoria 98 (34.3%), seguido de 62 (21.7%) con profesional-licenciatura, 51 (17.8%) secundaria, 8 (2.8%) tuvieron maestría-posgrado, 5 (1.8%) solo primaria, 4 (1.4%) sabe leer y escribir y solo 1 (0.3%) fue analfabeta. En cuanto a la escolaridad de los padres con automedicación ausente 28 (9.8%) tuvieron profesional-licenciatura, 16 (5.7%) con bachillerato-preparatoria, 8 (2.8%) secundaria, 3 (1.0%) maestría-posgrado, 1 (0.3%) tiene primaria y también 1 (0.3%) sabe leer y escribir.

**Tabla 14. Ocupación en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	92	32.2
Profesionista	100	35.0
Comerciante	28	9.8
Desempleado	7	2.4
Empleado	59	20.6
Total	286	100

- Fuente: concentrado de datos



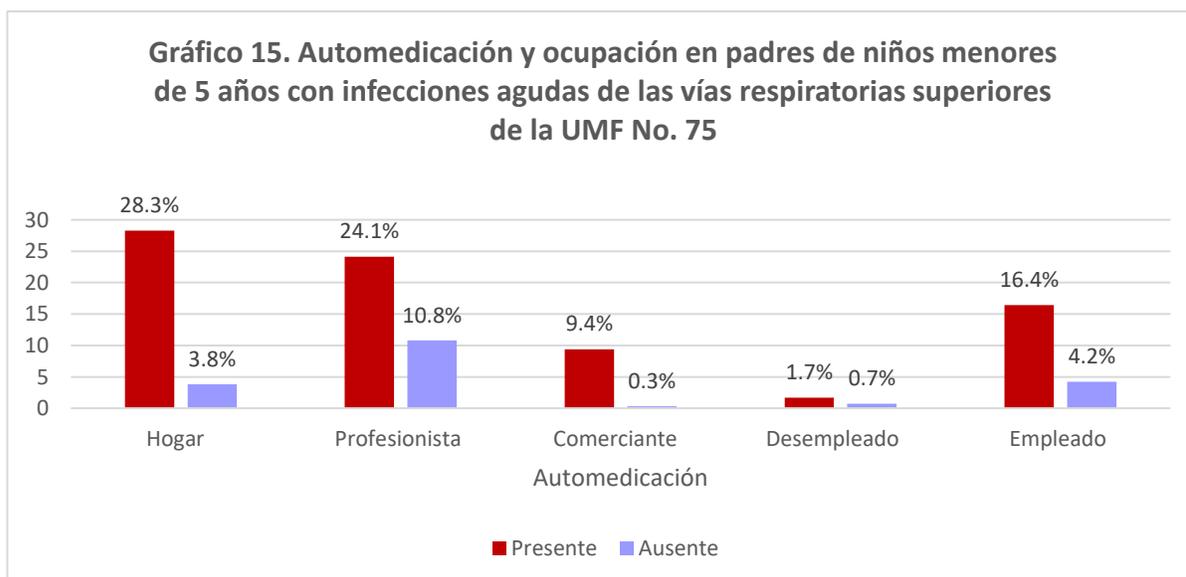
- Fuente: tabla 14

En cuanto a la ocupación de los padres que predominó se encuentra el ser profesionista con 100 (35%) participantes, seguida por 92 personas que se dedican al hogar (32.2%), 59 (20.6%) son empleados, 28 (9.8%) comerciantes y 7 (2.4%) son desempleados.

**Tabla 15. Automedicación y ocupación en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Ocupación de los padres	Automedicación				Total	
	Presente		Ausente			
	F	%	F	%	F	%
Hogar	81	28.3	11	3.8	92	32.2
Profesionista	69	24.1	31	10.8	100	35
Comerciante	27	9.4	1	0.3	28	9.8
Desempleado	5	1.7	2	0.7	7	2.4
Empleado	47	16.4	12	4.2	59	20.6
Total	229	80.1	57	19.9	286	100

- Fuente: concentrado de datos
- Nota aclaratoria: F: frecuencia, %: Porcentaje
- Valor de p=0.639



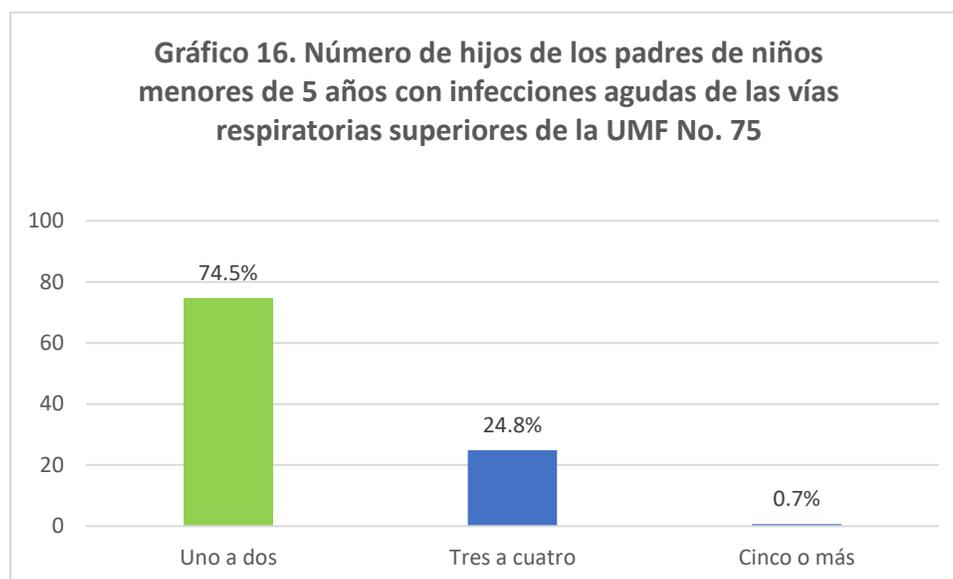
- Fuente: tabla 15

En cuanto a la ocupación de los padres con automedicación presente tenemos que predominaron quienes se dedican al hogar 81 (28.3%), seguido de los profesionistas 69 (24.1%), 47 (16.4%) empleados, 27 (9.4%) comerciantes y 5 (1.7%) son desempleados. Con respecto a la ocupación de los padres con automedicación ausente tenemos que predominaron los profesionistas 31 (10.8%), seguido de empleados 12 (4.2%), 11 (3.8%) se dedican al hogar, 2 (0.7%) desempleados y 1 (0.3%) comerciante.

**Tabla 16. Número de hijos de los padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Uno a dos	213	74.5
Tres a cuatro	71	24.8
Cinco o más	2	0.7
Total	286	100

- Fuente: concentrado de datos



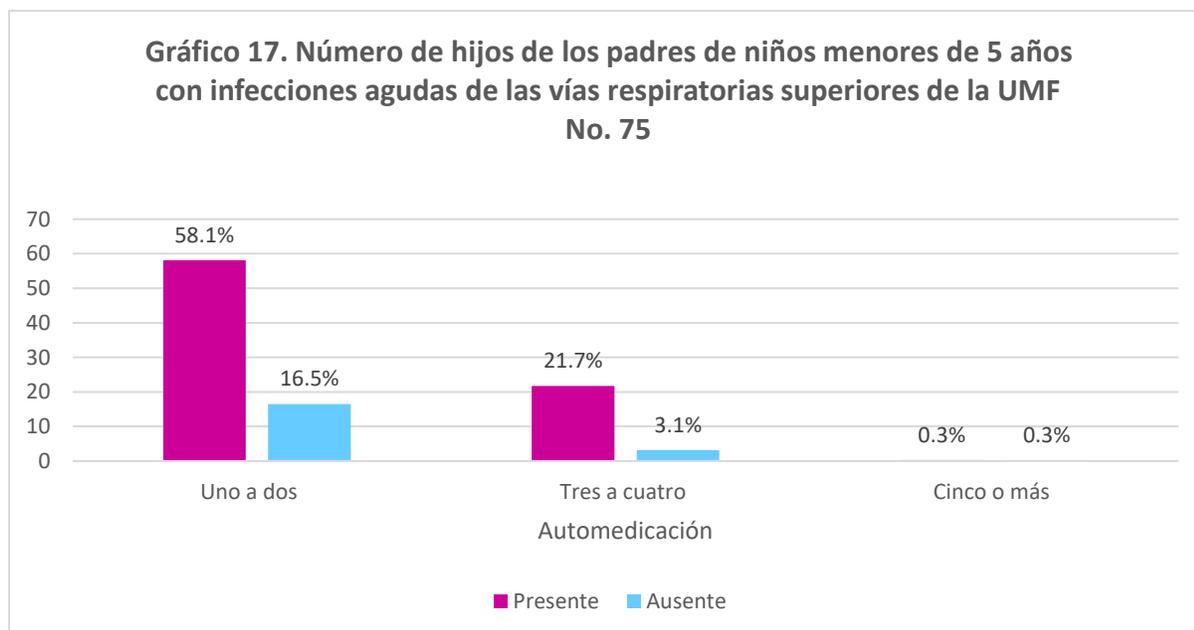
- Fuente: tabla 16

En el número de hijos de los padres observamos que 213 (74.5%) tuvo de uno a dos hijos, 71 (24.8%) con tres a cuatro hijos y tan solo 2 de los participantes (0.7%) tiene 5 o más hijos.

**Tabla 17. Número de hijos de los padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Número de hijos	Automedicación				Total	
	Presente		Ausente			
	F	%	F	%	F	%
Uno a dos	166	58.1	47	16.5	213	74.6
Tres a cuatro	62	21.7	9	3.1	71	24.8
Cinco o más	1	0.3	1	0.3	2	0.6
Total	229	80.1	57	19.9	286	100

- Fuente: concentrado de datos
- Nota aclaratoria: F: frecuencia, %: Porcentaje
- Valor de  $p=0.200$



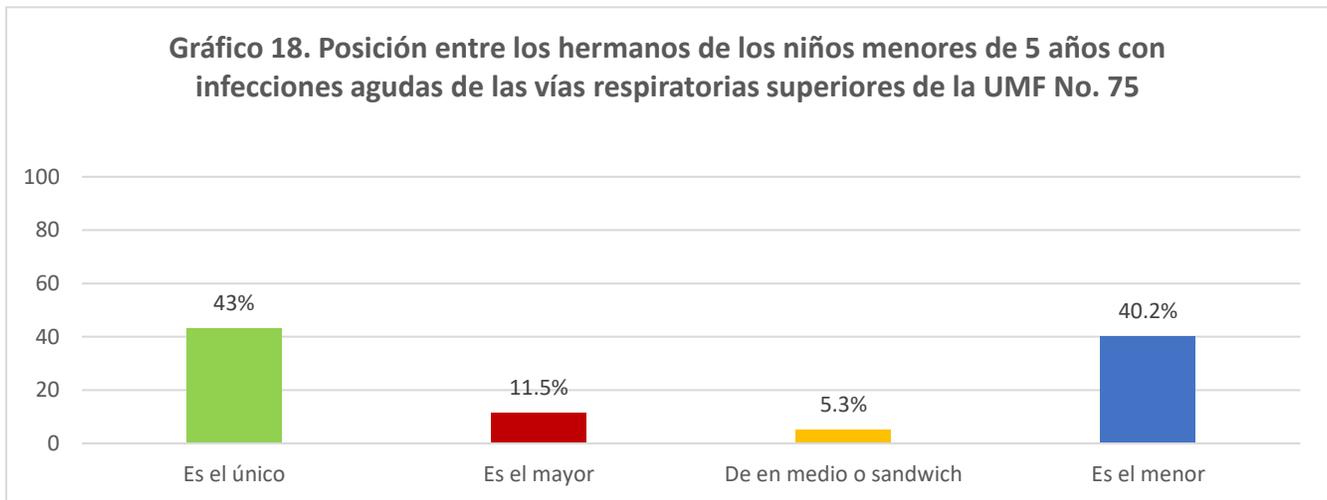
- Fuente: tabla 17

En el número de hijos de los padres con automedicación presente observamos que 166 (58.1%) tuvo de uno a dos hijos, 62 (21.7%) de tres a cuatro y tan solo 1 de los participantes (0.3%) con 5 o más hijos. En cuanto a los padres que tienen automedicación ausente 47 (16.5%) uno a tuvo dos hijos, 9 (3.1%) de tres a cuatro y 1 (0.3%) cinco o más.

**Tabla 18. Posición entre los hermanos de los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Posición entre los hermanos	Frecuencia	Porcentaje
Es el único	123	43.0
Es el mayor	33	11.5
De en medio o sándwich	15	5.3
Es el menor	115	40.2
Total	286	100

• Fuente: concentrado de datos



• Fuente: tabla 18

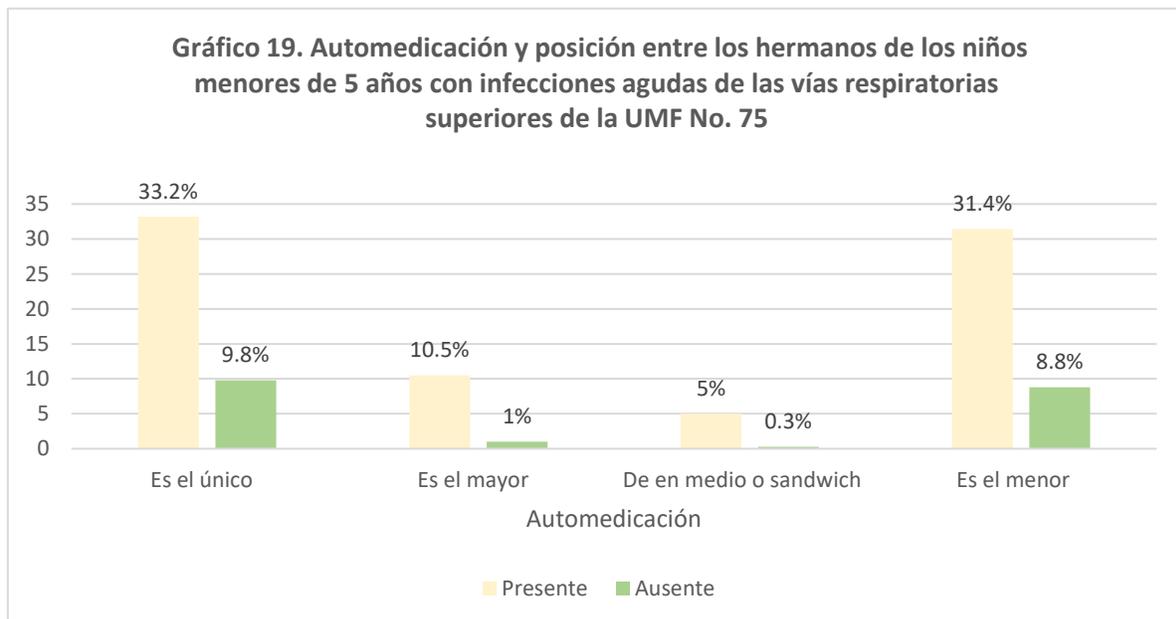
En cuanto a posición entre los hermanos de los niños de los padres participantes predominó con 123 (43%) “es el único”, seguido con 115 (40.2%) “es el menor”, 33 (11.5%) corresponde a “es el mayor” y finalmente 15 (5.2%) son “de en medio o sandwich”.

**Tabla 19. Automedicación y posición entre los hermanos de los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No.**

**75**

Posición entre los hermanos	Automedicación				Total	
	Presente		Ausente			
	F	%	F	%	F	%
Es el único	95	33.2	28	9.8	123	43
Es el mayor	30	10.5	3	1	33	11.5
De en medio o sándwich	14	5	1	0.3	15	5.3
Es el menor	90	31.4	25	8.8	115	40.2
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>80.1</b>	<b>57</b>	<b>19.9</b>	<b>286</b>	<b>100</b>

- Fuente: concentrado de datos
- Nota aclaratoria: F: frecuencia, %: Porcentaje
- Valor de  $p=0.888$



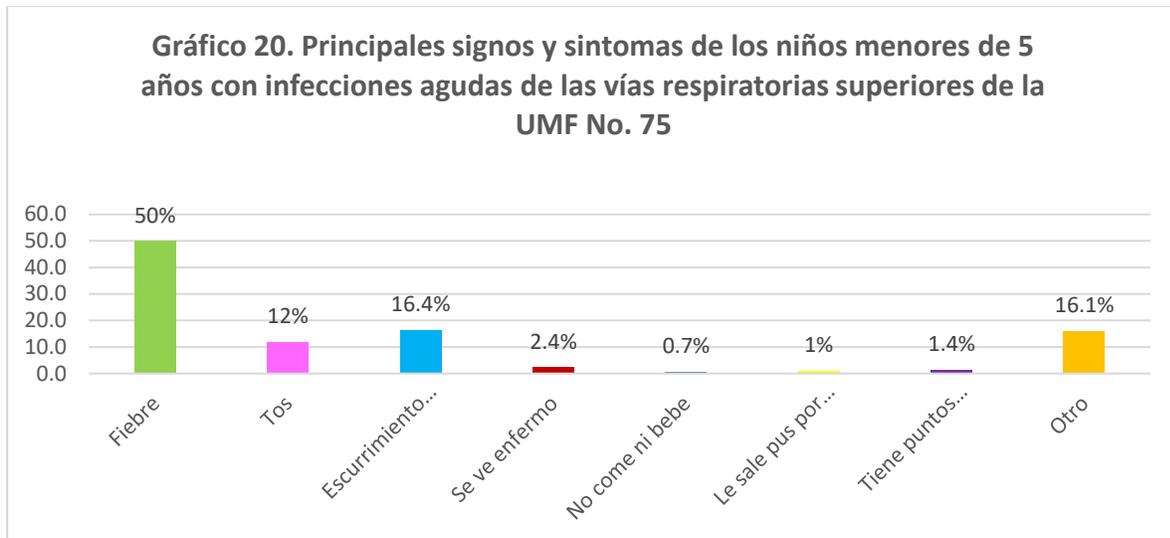
- Fuente: tabla 19

En la práctica de automedicación y la posición entre los hermanos de los hijos de los padres del estudio predominó “el único” con 95 (33.2%), 90 (31.4%) “es el menor”, 30 (10.5%) “es el mayor” y 14 (5%) es el de “en medio o sandwich”. En cuanto a quienes la automedicación esta ausente predominó con 28 (9.8%) “el único”, 25 (8.8%) “es el menor”, 3 (1%) “es el mayor”, y 1 (0.3%) “es el hijo “de en medio o sandwich”.

**Tabla 20. Principales signos y síntomas de los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Signos y síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Fiebre	143	50.0
Tos	34	12
Escurrecimiento nasal	47	16.4
Se ve enfermo	7	2.4
No come ni bebe	2	0.7
Le sale pus por el oído	3	1.0
Tiene puntos blancos en la garganta	4	1.4
Otro	46	16.1
Total	286	100.0

- Fuente: concentrado de datos



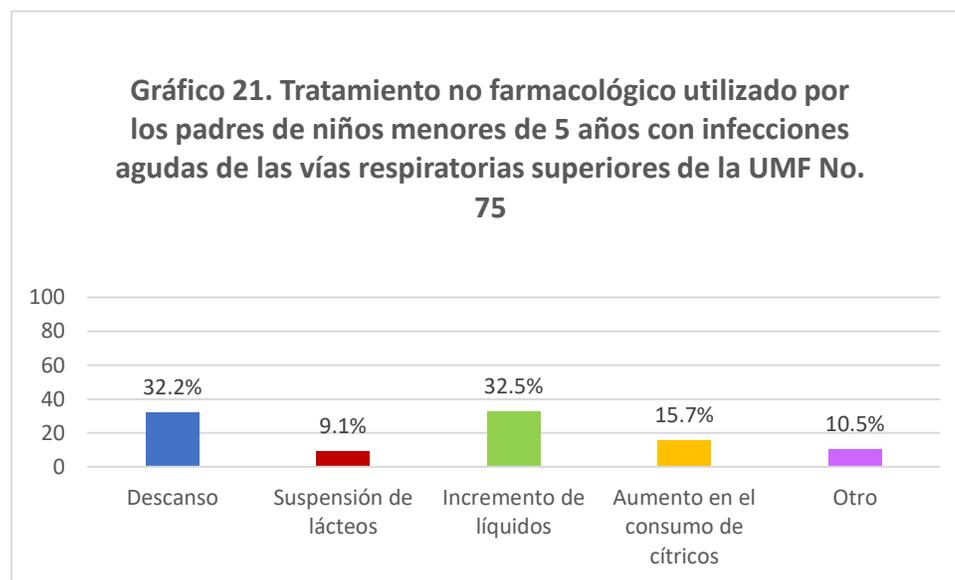
• Fuente: tabla 20

En cuanto a los principales signos y síntomas de los niños por los cuales se realiza la automedicación se encontraron, en primer lugar, con 143 (50%) la fiebre, seguido de 47 (16.4%) escurrimiento nasal, 46 (16.1%) con otros síntomas, 34 (12.0%) tos, 7 (2.4%) “se ve enfermo”, 4 (1.4%) con puntos blancos en la garganta, 3 (1%) le sale pus por el oído y 2 (0.7%) no come ni bebe.

**Tabla 21. Tratamiento no farmacológico utilizado por los padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Tratamiento no farmacológico utilizado por los padres	Frecuencia	Porcentaje
Descanso	92	32.2
Suspensión de lácteos	26	9.1
Incremento de líquidos	93	32.5
Aumento en el consumo de cítricos	45	15.7
Otro	30	10.5
<b>Total</b>	<b>286</b>	<b>100</b>

- Fuente: concentrado de datos



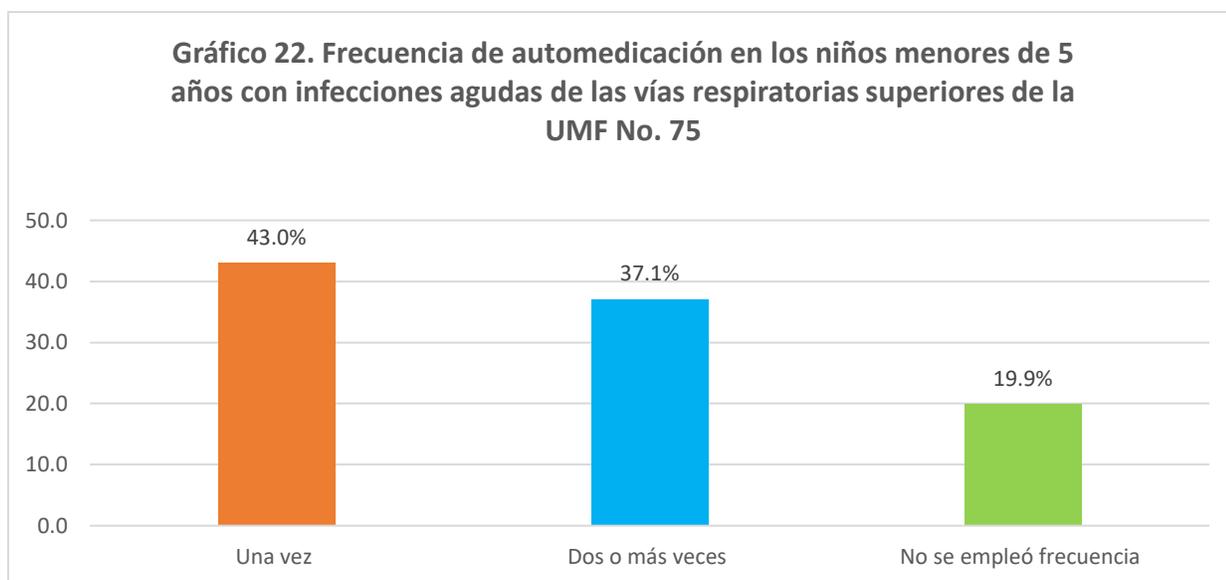
- Fuente: tabla 21

Con respecto al tratamiento no farmacológico utilizado por los padres hacia sus hijos en primer lugar se encontró el incremento de líquidos con 93 (32.5%), seguido de 92 (32.2%) que tuvieron descanso, 45 (15.7%) corresponde al aumento en el consumo de cítricos, 30 (10.5%) utilizaron otro y finalmente 26 (9.1%) tuvo suspensión de lácteos.

**Tabla 22. Frecuencia de automedicación en los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Frecuencia de automedicación	Frecuencia	Porcentaje
Una vez	123.0	43.0
Dos o más veces	106.0	37.1
No se empleó frecuencia	57.0	19.9
Total	286.0	100.0

- Fuente: concentrado de datos



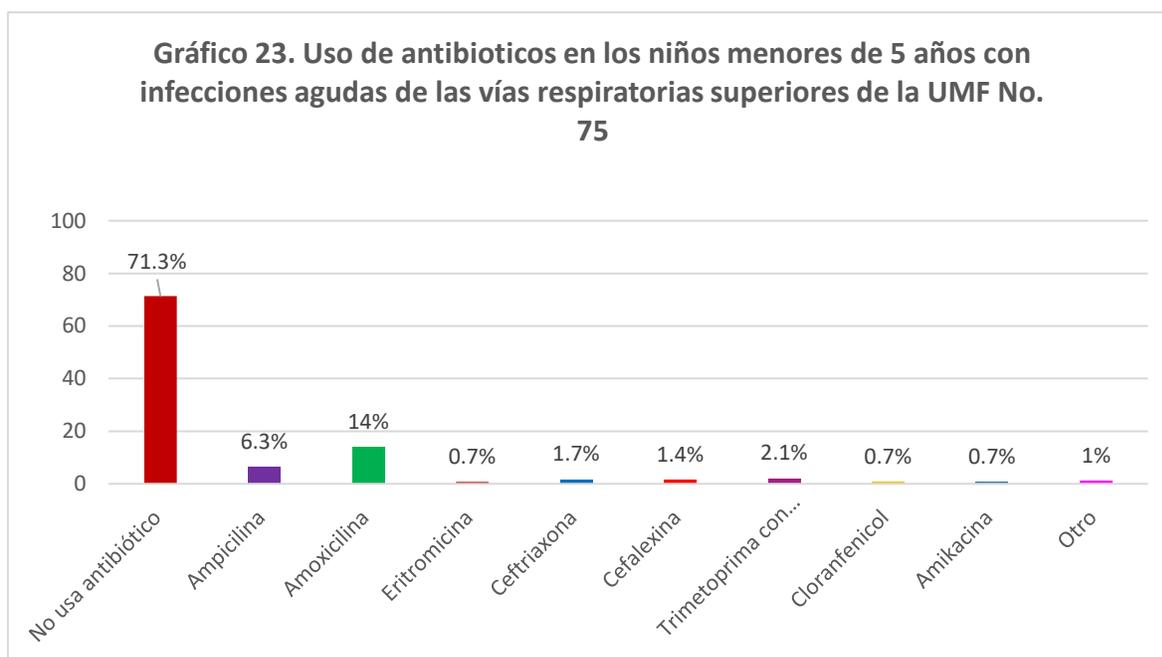
- Fuente: tabla 22

En cuanto a la frecuencia de automedicación a los niños observamos que la frecuencia de una vez predominó con 123 (43%), seguida de 106 (37.1%) con dos o más veces y al final en 57 (19.9%) no se empleo frecuencia.

**Tabla 23. Uso de antibióticos en los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Uso de antibióticos	Frecuencia	Porcentaje
No usa antibiótico	204	71.4
Ampicilina	18	6.3
Amoxicilina	40	14.0
Eritromicina	2	0.7
Ceftriaxona	5	1.7
Cefalexina	4	1.4
Trimetoprima con Sulfametoxazol	6	2.1
Cloranfenicol	2	0.7
Amikacina	2	0.7
Otro	3	1.0
Total	286	100

• Fuente: concentrado de datos



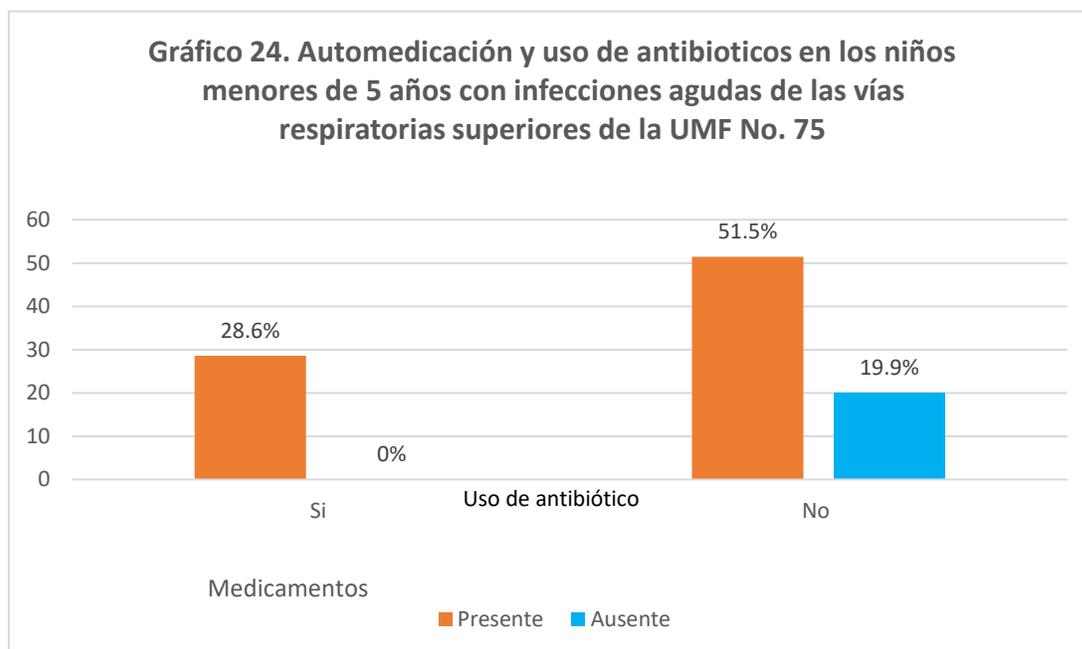
• Fuente: tabla 23.

En cuanto al uso de antibioticos tenemos que son los niños que no usaron antibióticos los que predominaron con 204 (71.3%), en quienes si se usaron antibioticos vemos que el fármaco de elección fue la amoxicilina con 40 (14%), seguido de 18 (6.3%) que usaron ampicilina, trimetoprima con sulfametoxazol 6 (2.1%), ceftriaxona 5 (1.7%), cefalexina 4 (1.4%), otro 3 (1%) finalmente eritromicina, cloranfenicol y amikacina con 2 (0.7%) respectivamente.

**Tabla 24. Automedicación y uso de antibióticos en los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Uso de antibióticos	Automedicación				Total	
	Presente		Ausente			
	F	%	F	%	F	%
Si	82	28.6	0	0	82	28.6
No	147	51.5	57	19.9	204	71.4
Total	229	80.1	57	19.9	286	100

- Fuente: concentrado de datos
- Nota aclaratoria: F: frecuencia, %: Porcentaje
- Valor de  $p=0.000$



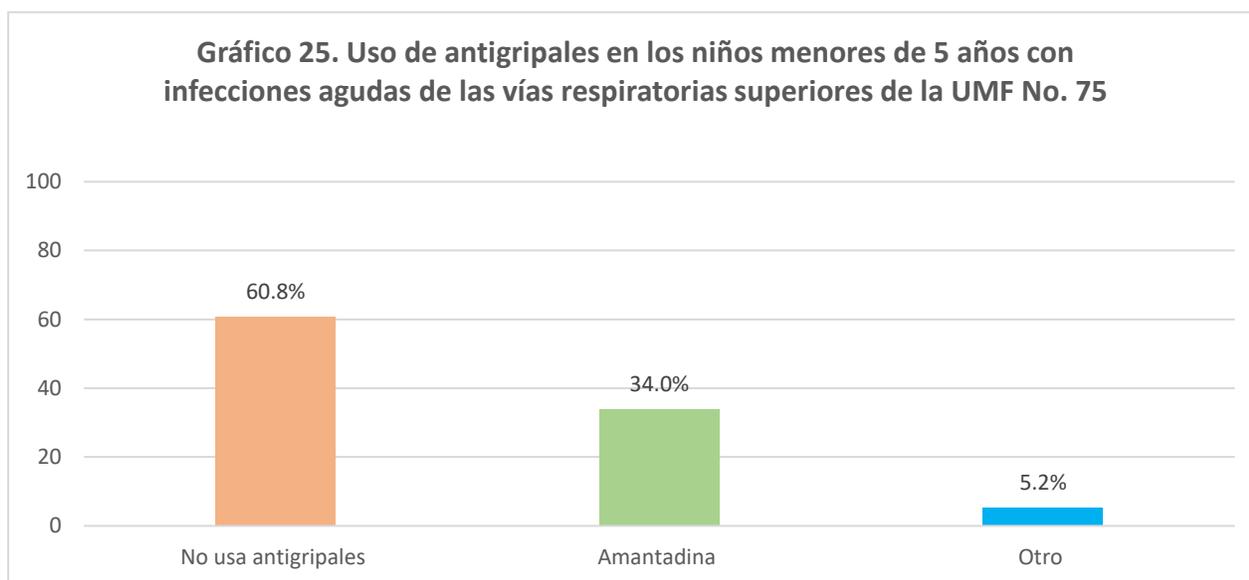
- Fuente: tabla 24.

En esta tabla y gráfico observamos que quienes practicaron automedicación 82 (28.6%) usan antibiótico, y 147 (51.4%) no los usa, mientras que 57 (19.9%) son en quienes no se práctica la automedicación. (OR= 1.38, IC 95%:1.27 a 1.51, con un valor de  $p=0.000$ ).

**Tabla 25. Uso de antigripales en los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Uso de antigripales	Frecuencia	Porcentaje
No usa antigripales	174	60.8
Amantadina	97	34.0
Otro	15	5.2
Total	286	100

- Fuente: concentrado de datos



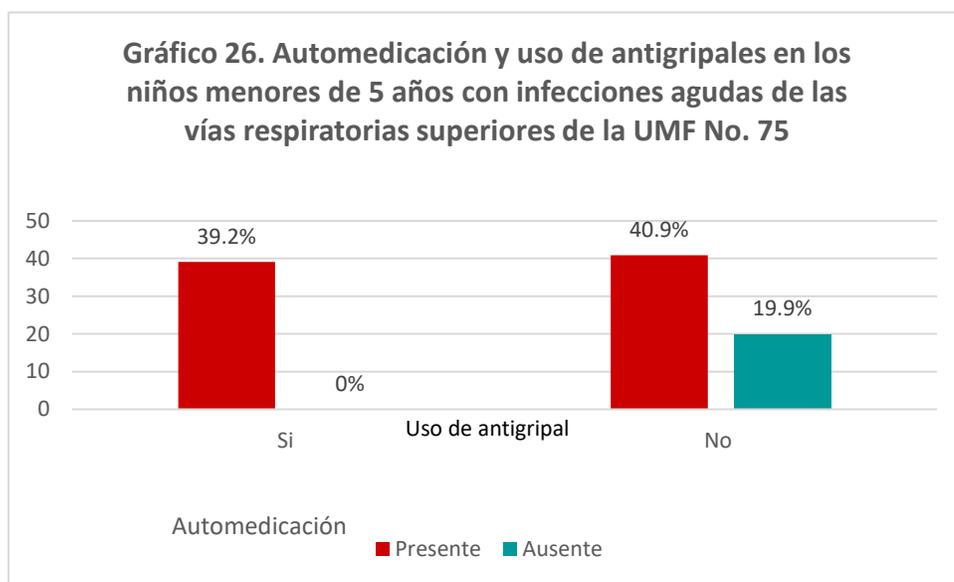
- Fuente: tabla 25

Con respecto a la frecuencia del uso de antigripales en los niños, observamos que no se les automedicó antigripales a 174 (60.8%), seguido de quienes usaron amantadina con 97 (34.0%) y finalmente 15 (5.2%) utilizaron otro antigripal.

**Tabla 26. Automedicación y uso de antigripales en los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Uso de antigripales	Automedicación				Total	
	Presente		Ausente			
	F	%	F	%	F	%
Si	112	39.2	0	0	112	39.2
No	117	40.9	57	19.9	174	60.8
Total	229	80.1	57	19.9	286	100

- Fuente: concentrado de datos
- Nota aclaratoria: F: frecuencia, %: Porcentaje
- Valor de  $p=0.000$



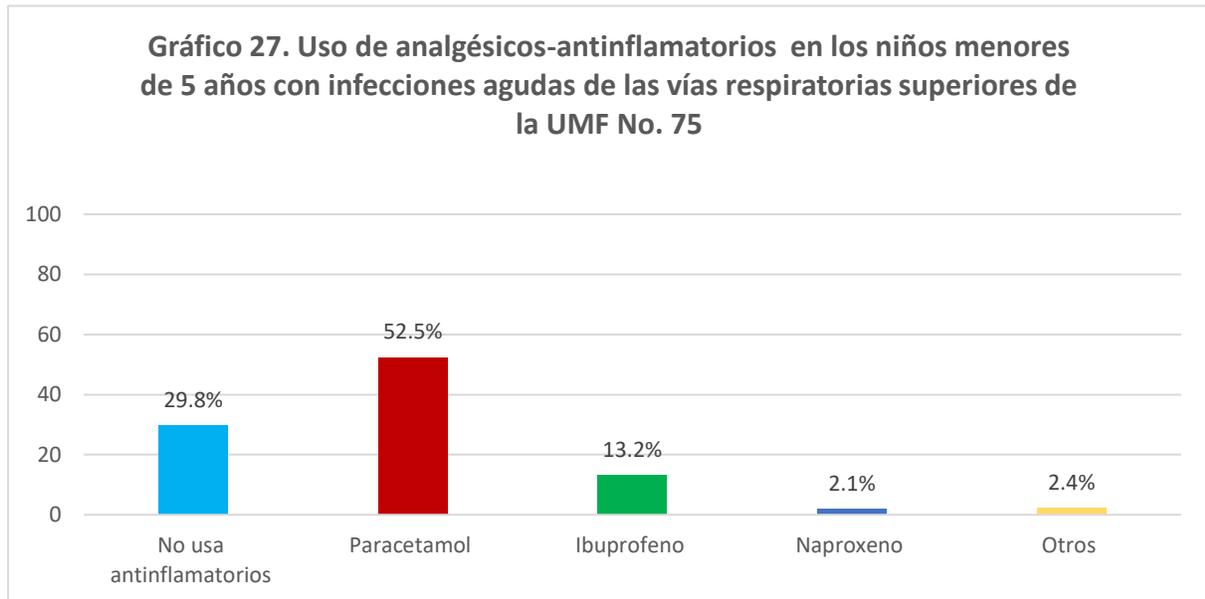
- Fuente: tabla 26.

En esta tabla y gráfico observamos que quienes practican automedicación 112 (39.2%) usaron antigripales, y 117 (40.9%) no los usó, mientras que 57 (19.9%) fueron en quienes no se práctica la automedicacion. (OR= 1.48, IC 95%:1.34 a 1.65, con un valor de  $p=0.000$ ).

**Tabla 27. Uso de analgésicos-antinflamatorios en los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Uso de antinflamatorios	Frecuencia	Porcentaje
No usa antinflamatorios	85	29.8
Paracetamol	150	52.5
Ibuprofeno	38	13.2
Naproxeno	6	2.1
Otros	7	2.4
Total	286	100

- Fuente: concentrado de datos



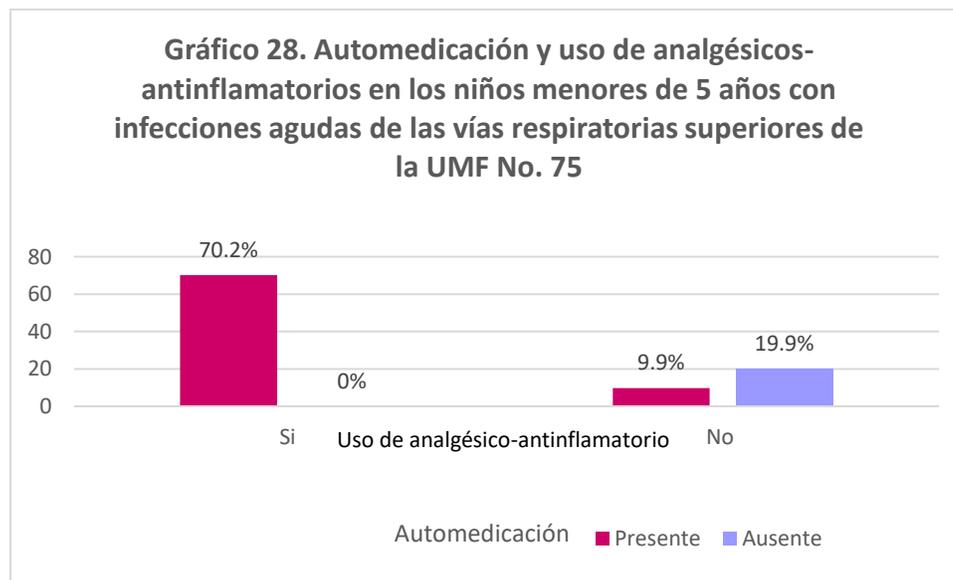
- Fuente: tabla 27.

En el uso de analgésicos-antinflamatorios observamos que la automedicación de paracetamol se encontró en primer lugar con 150 (52.5%), seguido de 85 (29.8%) que no usaron analgésicos-antinflamatorios, continuando con 38 (13.2%) que utilizaron ibuprofeno, 7 (2.4%) otros, y finalmente 6 (2.1%) naproxeno.

**Tabla 28. Automedicación y uso de analgésicos-antinflamatorios en los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Uso de analgésicos-antinflamatorios	Automedicación				Total	
	Presente		Ausente			
	F	%	F	%	F	%
Si	201	70.2	0	0	201	70.2
No	28	9.9	57	19.9	86	29.7
Total	229	80.1	57	19.9	286	100

- Fuente: concentrado de datos
- Nota aclaratoria: F: frecuencia, %: Porcentaje
- Valor de  $p=0.000$



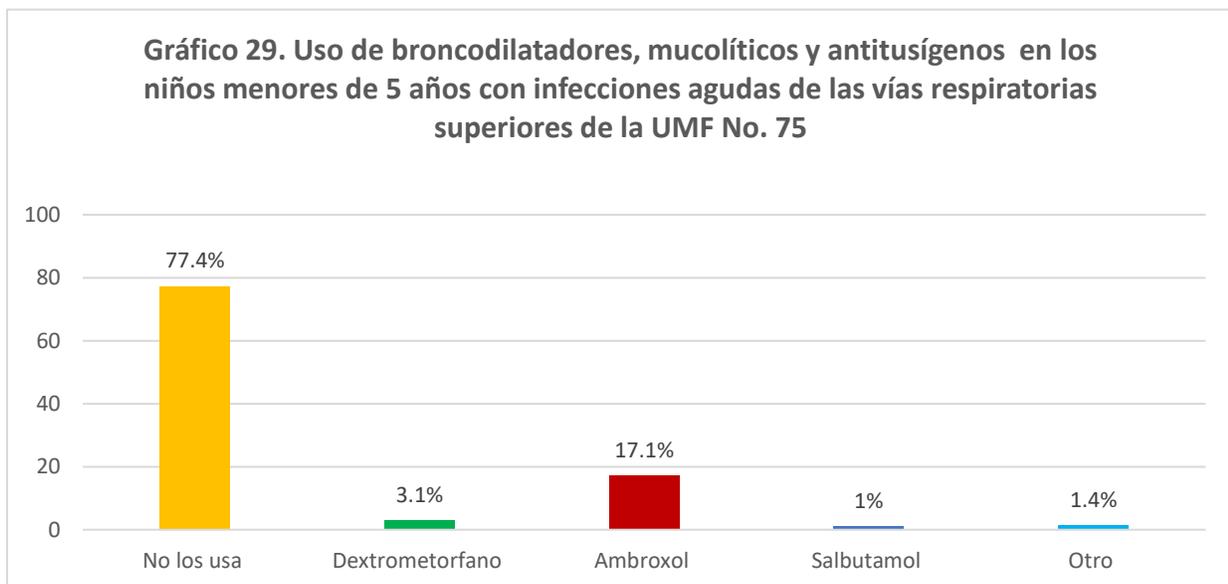
- Fuente: tabla 28.

En esta tabla y gráfico observamos que quienes practicaron automedicación 201 (70.2%) usan analgésicos-antinflamatorios, y 28 (9.9%) no los usa, mientras que 57 (19.9%) son en quienes no se práctica la automedicación. (OR= 3.03, IC 95%: 2.24 a 4.11, con un valor de  $p=0.000$ ).

**Tabla 29. Uso de broncodilatadores, mucolíticos y antitusígenos en los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Uso de broncodilatadores, mucolíticos y antitusígenos	Frecuencia	Porcentaje
No los usa	221	77.4
Dextrometorfano	9	3.1
Ambroxol	49	17.1
Salbutamol	3	1.0
Otro	4	1.4
Total	286	100

• Fuente: concentrado de datos



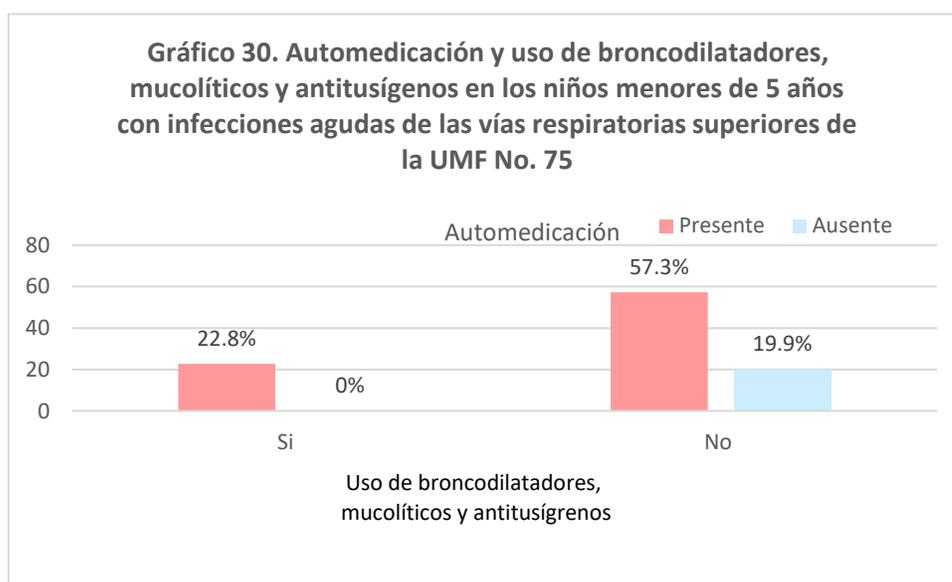
• Fuente: tabla 29

En cuanto al uso de broncodilatadores, mucolíticos y antitusígenos observamos que 221 (77.4%) no los utilizó, el medicamento más empleado en este grupo fue el ambroxol con 49 (17.1%), seguido de 9 (3.1%) que utilizaron dextrometorfano, 4 (1.4%) usaron otros y finalmente 3 (1%) emplearon salbutamol.

**Tabla 30. Automedicación y uso de broncodilatadores, mucolíticos y antitusígenos en los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Uso de broncodilatadores, mucolíticos y antitusígenos	Automedicación				Total	
	Presente		Ausente			
	F	%	F	%	F	%
Si	65	22.8	0	0	65	22.8
No	164	57.3	57	19.9	221	77.2
Total	229	80.1	57	19.9	286	100

- Fuente: concentrado de datos
- Nota aclaratoria: F: frecuencia, %: Porcentaje
- Valor de  $p=0.000$



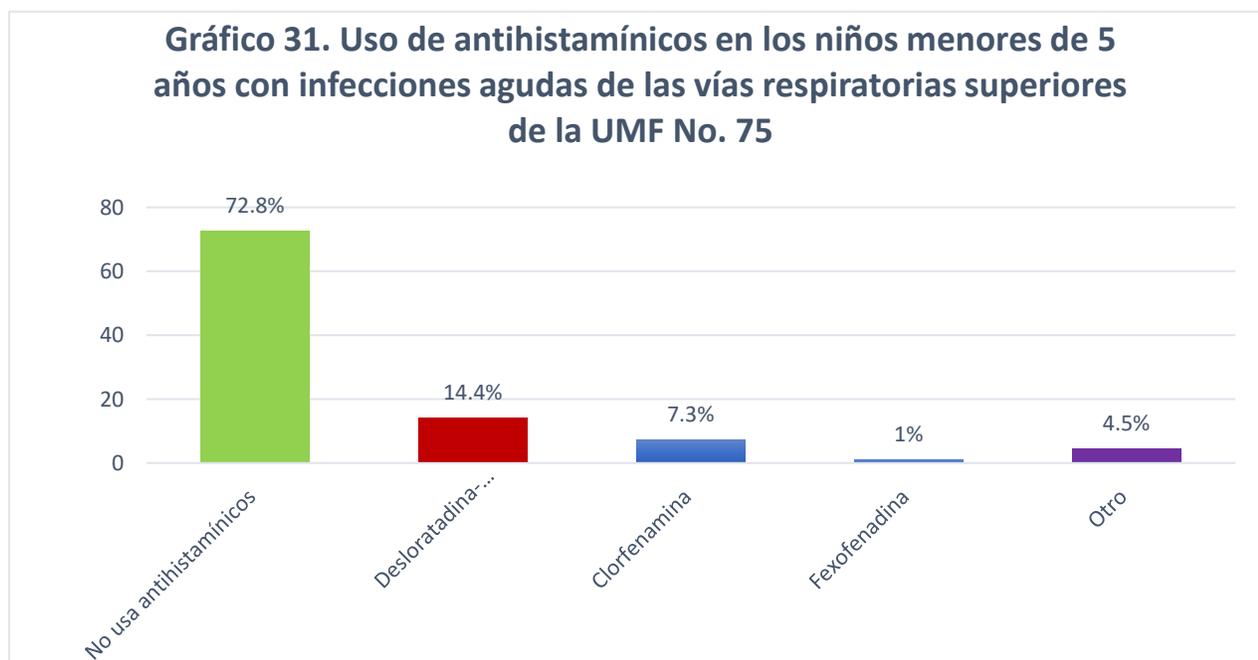
- Fuente: tabla 30

En esta tabla y gráfico observamos que quienes practicaron automedicación 65 (22.8%) usaron broncodilatadores, mucolíticos y antitusígenos, y 164 (57.3%) no los usó, mientras que 57 (19.9%) fueron en quienes no se practicó la automedicación. (OR= 1.34, IC 95%:1.24 a 1.45, con un valor de  $p=0.000$ ).

**Tabla 31. Uso de antihistamínicos en los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Uso de antihistamínicos	Frecuencia	Porcentaje
No usa antihistamínicos	208	72.8
Desloratadina-fenilefrina	41	14.4
Clorfenamina	21	7.3
Fexofenadina	3	1.0
Otro	13	4.5
Total	286	100

• Fuente: concentrado de datos



• Fuente: tabla 31

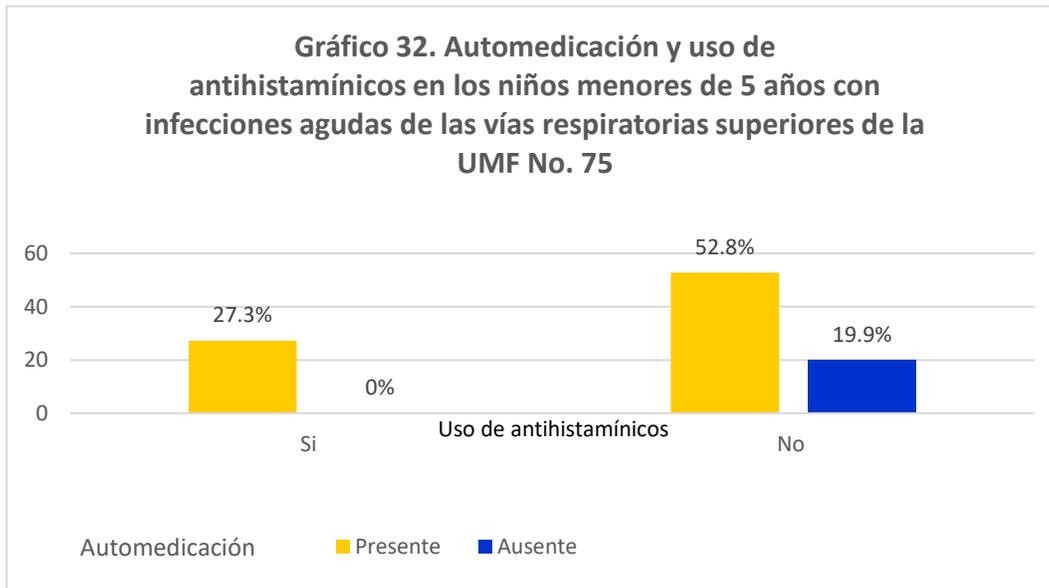
En el uso de antihistamínicos tenemos que predominan quienes no los utilizaron con 208 (72.8%), seguido de 41 (14.4%) quienes usaron desloratadina, continuando con 21 (7.3%) quienes emplearon clorfenamina, 13 (4.5%) usaron otros y finalmente 3 (1%) utilizaron fexofenadina.

**Tabla 32. Automedicación y uso de antihistamínicos en los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No.**

**75**

Uso de antihistamínicos	Automedicación				Total	
	Presente		Ausente			
	F	%	F	%	F	%
Si	78	27.3	0	0	78	27.3
No	151	52.8	57	19.9	208	72.7
Total	229	80.1	57	19.9	286	100

- Fuente: concentrado de datos
- Nota aclaratoria: F: frecuencia, %: Porcentaje
- Valor de p=0.000



- Fuente: tabla 32

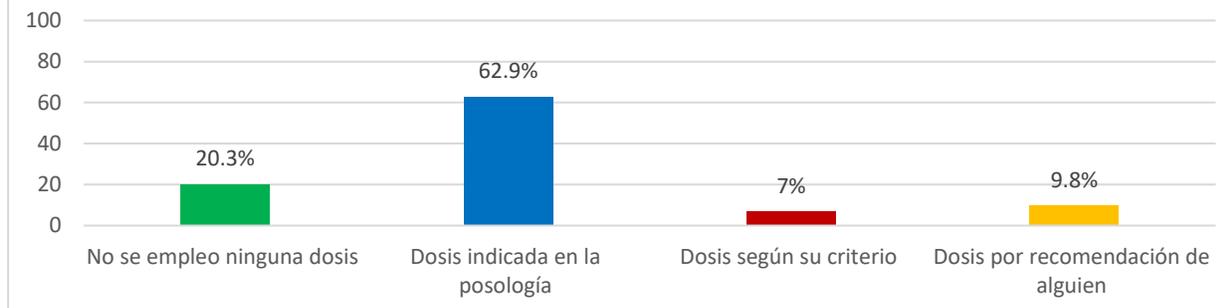
En esta tabla y gráfico observamos que quienes practicaron automedicación 78 (27.3%) usaron antihistamínicos y 151 (52.8%) no los usó, mientras que 57 (19.9%) son en quienes no se practicó la automedicación. (OR= 1.37, IC 95%:1.26 a 1.49, con un valor de  $p=0.000$ ).

**Tabla 33. Dosis empleada de medicamentos en los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Dosis empleada de medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
No se empleo ninguna dosis	58	20.3
Dosis indicada en la posología	180	62.9
Dosis según su criterio	20	7.0
Dosis por recomendación de alguien	28	9.8
Total	286	100

- Fuente: concentrado de datos

**Gráfico 33. Dosis empleada de medicamentos en los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**



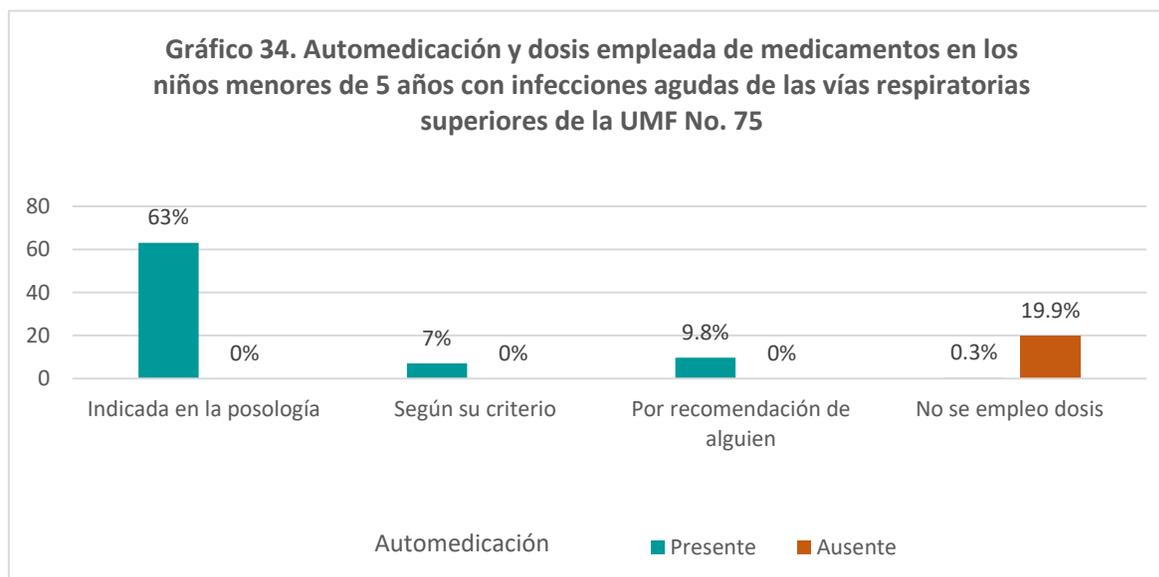
• Fuente: tabla 33

En cuanto a la dosis empleada de medicamentos en los niños, tenemos que en primer lugar se utilizó la dosis recomendada en la posología con 180 (62.9%), seguida de 58 (20.3%) quienes no emplearon ninguna dosis de medicamentos, 28 (9.8%) utilizaron la dosis recomendada por alguien y al final 20 (7%) utilizaron la dosis según su criterio.

**Tabla 34. Automedicación y dosis empleada de medicamentos en los niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75**

Dosis empleada de medicamentos	Automedicación				Total	
	Presente		Ausente		F	%
	F	%	F	%		
Indicada en la posología	180	63	0	0	180	63
Según su criterio	20	7.0	0	0	20	7.0
Por recomendación de alguien	28	9.8	0	0	28	9.8
No se empleó dosis	1.0	0.3	57	19.9	58	20.2
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>80.1</b>	<b>57</b>	<b>19.9</b>	<b>286</b>	<b>100</b>

- Fuente: concentrado de datos
- Nota aclaratoria: F: frecuencia, %: Porcentaje
- Valor de p=0.000



- Fuente: tabla 34

Se observó que quienes tuvieron automedicación presente 180 (63%) utilizaron la dosis indicada en la posología, 28 (9.8%) usaron la recomendada por alguien, 20 (7.0%) la utilizaron según su criterio y 1 (0.3%) no empleó dosis, en cuanto a quienes tiene automedicación ausente se encuentran 57 (19.9%) participantes.

## XV. DISCUSIÓN

En el presente estudio se muestra que no hay una relación significativa entre la automedicación y los estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75 ya que se obtuvo una Chi cuadrada de tendencia lineal con valor de p de 0.808.

Así mismo, en esta investigación, la prevalencia de la práctica de automedicación fue de 80.1%, cifra comparada con el estudio reportado por Agudelo Pérez S., 2020, donde reporta una prevalencia de automedicación en niños con infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda de 46% <sup>77</sup>, y el estudio realizado por Kamati en 2019, donde se reporta una prevalencia de automedicación de 60% en niños con infecciones respiratorias agudas, <sup>50</sup> por lo que se puede concluir que la práctica de la automedicación ha tenido un aumento en los últimos años en niños con infecciones agudas.

Los estilos parentales se refieren a la manera en que los padres comunican, actúan sus creencias y establecen reglas de comportamiento y cuidado hacia sus hijos e hijas, en la literatura se ha visto que el estilo parental permisivo se relaciona con prácticas dañinas para niños y adolescentes como lo son el consumo de tabaco, alcohol y alteraciones de la alimentación que provocan sobrepeso y obesidad, <sup>55,56,61,78</sup> sin embargo en esta investigación el estilo parental democrático fue el predominante con 80.8%, el cual está basado principalmente en la comunicación bidireccional, se caracteriza por una combinación de afecto, interés y apoyo con dosis de control y diálogo. Este resultado se compara con un estudio realizado en México donde Padrós Blázquez, 2020 obtiene una prevalencia de 61.3%.<sup>79</sup> Si bien en la presente investigación no se han encontrado estudios con esta asociación de variables después de una búsqueda bibliográfica exhaustiva, es notable ver una relación ascendente entre la práctica de automedicación con el estilo parental democrático.

El género prevalente en este estudio fue el femenino con 74.5%. En la relación del género de los padres y automedicación se observó una asociación estadísticamente significativa, con respecto al género femenino y esta práctica, se obtuvo una Chi cuadrada de Pearson con valor de p de 0.000, (OR= 2.28, IC 95%:1.45 a 3.57, con un valor de p=0.000).

Diversos estudios concuerdan que la automedicación se lleva a cabo mayormente por mujeres.<sup>20, 48</sup> Por lo que podemos concluir en el presente estudio que la automedicación se presenta en una proporción mujeres versus hombres de 2.28:1, es decir que el género femenino es un factor influyente en la automedicación.

El estado civil de casado fue el más prevalente con 40.9%, y con respecto a la automedicación se obtuvo 32.9% (valor de  $p$  0.921) es decir una relación estadísticamente no significativa, comparado con un estudio realizado por Elong E, 2019, donde describe que las personas que tienden a practicar automedicación son en su mayoría casados (valor de  $p$  de 0.034)<sup>6</sup>, con lo que se concluye de acuerdo con los resultados, que el estado civil no es condicionante para la práctica de automedicación.

La edad que predominó en los niños fue de 5 años con 30.4%. En la asociación entre la edad pediátrica y la práctica de automedicación se obtuvo una Chi cuadrada de tendencia lineal con valor de  $p$  de 0.022 lo cual es estadísticamente significativo. Coincidiendo con un estudio realizado por Xu J, 2020, donde menciona que la edad promedio de niños automedicados en su investigación fue de 5.1 años. Estudios anteriores han concluido que mientras la edad del niño aumenta, la tendencia a la automedicación se incrementa.<sup>80</sup> Podemos concluir entonces que a mayor edad pediátrica los niños tienden a ser medicados con mayor frecuencia.

El intervalo de edad de los padres más prevalente es el de 26 a 35 años con 54.9% y con relación a quienes practican automedicación se encontró un 44.1% en este mismo rango, se obtuvo una Chi cuadrada de tendencia lineal con valor de  $p$  de 0.174, por lo que no es estadísticamente significativo. Los resultados se comparan con un estudio sobre automedicación en pacientes pediátricos mexicanos donde la edad promedio de los padres es de 31.7 años.<sup>21</sup>

La escolaridad que predominó en los padres fue el nivel bachillerato o preparatoria con 40.0%, y en quienes practican la automedicación se encontró un 34.3%. obteniéndose una Chi cuadrada de tendencia lineal con valor de  $p=0.012$ , por lo que es significativa la asociación. Coincidiendo con una investigación donde las madres automedicaban a sus

hijos hasta 63.0% y en donde se refiere que las mismas automedican más a sus hijos mientras su nivel académico es mayor.<sup>81</sup>

La ocupación de los padres con mayor prevalencia fue profesionista con 35% y en relación con la automedicación la que obtuvo mayor porcentaje fue quienes se dedican al hogar con 28.3% con un Chi cuadrada de tendencia lineal con valor de p de 0.639. En una investigación realizada por Barragán M, 2020 se obtuvo a la ocupación al hogar como principal relacionada con la automedicación en su población de estudio por lo que se podría llegar a concluir que el nivel de ocupación bajo tiene una alta frecuencia de automedicación.<sup>82</sup>

La mayoría de los padres tiene de uno a dos hijos con prevalencia de 74.5%, sin embargo, de aquellos que practican la automedicación se tiene un porcentaje de 58.1%. Con Chi cuadrada de tendencia lineal con valor de p de 0.200, los resultados coinciden con un estudio realizado por P, 2020 donde se describe una tendencia de hasta un 59% de parejas con un solo hijo.<sup>83</sup> Se puede concluir que el número de hijos no se relaciona con la automedicación por no obtener un valor de p estadísticamente significativo.

En la posición que ocupan los hermanos, tenemos que el valor “es el único” tiene una prevalencia de 43%, con relación a la automedicación tenemos un porcentaje de 33.2%, con Chi cuadrada de tendencia lineal con valor de p de 0.888. Se realizó una búsqueda exhaustiva de la bibliografía para comparar nuestro resultado sin embargo no se encontraron, pero si tiene relación con la variable previa en la cantidad de hijos.

Los principales signos y síntomas que influyen en la decisión de los padres a automedicar a sus hijos se encuentran en primer lugar la fiebre 50%, escurrimiento nasal 16.4% y otros con 16.1%. diversos estudios coinciden con que la fiebre es el principal signo por el que se automedican a los niños,<sup>60, 84</sup> en la investigación realizada por Vera Rodríguez, 2020 se menciona a la fiebre, el dolor de garganta y otros síntomas como principales.<sup>85</sup>

En la investigación el tratamiento no farmacológico se basó principalmente en incremento de líquidos 32.5%, descanso 32.2%, y aumento en el consumo de cítricos 15.7%, se fundamenta con el estudio realizado por Lucas S, 2019, donde se comenta que tienen relevancia el descanso y el tratamiento a base de hábitos de alimentación durante el

periodo de enfermedad como son el aumento en la ingesta de líquidos, de cítricos y eliminar o disminuir el consumo de lácteos.<sup>48,70</sup>

En la frecuencia de la automedicación, predomina el valor de “una vez” con 43%, este resultado se compara con los obtenidos en una investigación, donde se determinó que se automedicaba a los niños “algunas veces” en mayor frecuencia. Por lo que podemos concluir que a pesar de ser la automedicación una práctica prevalente no se realiza de manera rutinaria.

Los medicamentos más utilizados en la automedicación son los analgésicos antiinflamatorios con 70.2%, como primera elección fue el paracetamol. Diversos estudios concuerdan que este medicamento es el más usado por los padres, principalmente para mejoría de los síntomas.<sup>77,83,85</sup> (OR= 3.03, IC 95%:2.24 a 4.11, con un valor de  $p=0.000$ ).

La dosis indicada en quienes automedican se obtuvo una cifra predominante de “dosis indicada en la posología” con 62.9%, con Chi cuadrada de tendencia lineal con valor de  $p$  de 0.000, se realiza la comparación del estudio realizado por Oliveira, 2019, donde los participantes definen correctamente la posología de los medicamentos ya que el que tuvieran una prescripción médica previa los motivaría a llevar a cabo la automedicación.<sup>20</sup> Sería adecuado realizar un estudio para comprobar si realmente el tener una prescripción médica previa hace que los padres automediquen a sus hijos en nuestra población.

## **XVI. CONCLUSIONES**

La práctica de automedicación no tiene relación con el estilo parental permisivo, sin embargo, la automedicación y el estilo parental democrático tienen una relación ascendente. Los estilos parentales evolucionan conforme el paso del tiempo y la adaptación social y cultural, nos encontramos entonces ante un panorama en el cual los padres se basan en el razonamiento, la negociación y la reciprocidad jerárquica, sin embargo, la acción de automedicar a un niño cae en negligencia por las repercusiones a la salud que esta práctica conlleva. Se considera importante promover acciones para informar acerca de los efectos de los medicamentos en niños.

El perfil de los padres relacionado a la práctica de automedicación es: género femenino, de 26 a 35 años, estado civil casado, con escolaridad media superior, ocupación ama de casa, la mayoría tiene de uno a dos hijos, de 5 años de edad, en cuanto a la posición que ocupa el hijo entre los hermanos, en su mayoría es el único o el hijo menor. El principal síntoma que hace que los padres automediquen a sus niños es la fiebre, entre las medidas de tratamiento no farmacológico que emplean está el incremento en el consumo de líquidos y el descanso, en cuanto a la frecuencia de automedicación, aseguran que ha sido una vez, con respecto al medicamento que se emplea en mayor frecuencia está el paracetamol y la dosis más utilizada, es la indicada en la posología.

## **XVII. RECOMENDACIONES**

Se recomienda a los médicos familiares principalmente el fomento de tener una buena comunicación médico-paciente para que promuevan la acción de informar al padre de familia y/o tutores acerca de los efectos nocivos a la salud que conlleva la práctica de automedicar a sus hijos, que les explique acerca de la historia natural de la enfermedad de las IRAS, y que se mencione que el tratamiento solo es sintomático en la mayoría de los casos, hacer hincapié en las medidas de prevención para contribuir en lo posible a disminuir su incidencia y capacitar a los padres con los signos de alarma en una infección aguda de las vías aéreas superiores.

Recordarles a los médicos familiares que su actuar profesional tiene que ser con información precisa, actualizada y basada en evidencia científica para evitar el uso indiscriminado de antibióticos en IRAS. Se sugiere hacer un reforzamiento de conocimiento por medio de platicas, sesiones generales, entrega de trípticos, difusiones, promoción de cursos gratuitos en línea, etc.

Continuar promoviendo en los médicos familiares el cumplimiento de las acciones de la cartilla de salud de niños para llevar al cien por ciento la aplicación de inmunizaciones de acuerdo con la edad del niño o la niña, con apoyo de los módulos de medicina preventiva.

Hacer promoción de las recetas retardadas a los médicos familiares y que reciban capacitación de las mismas, estas consisten en otorgar receta con antibiótico en una consulta subsecuente si la sintomatología del menor no mejora en 48 horas.

Que el medico familiar favorezca la incorporación a grupos de ayuda o talleres para padres o tutores en caso de detectar un estilo parental no favorecedor hacia su hijo o hija, apoyándonos del servicio de trabajo social.

## XVIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Diccionario de la Real Academia Española. Medicamento. 2018. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=OkIjC3R>
2. Secretaria de Salud. Automedicación, una mala costumbre que puede tener graves consecuencias. 2016. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/automedicacion-una-mala-costumbre-que-puede-tener-graves-consecuencias>
3. Gobierno del Estado de México. Secretaría de Salud Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. La automedicación no es una opción. 2018. Disponible en: <https://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/difusion/tripticos/2017/Semana%2033.pdf>
4. Secretaria de Salud. Gobierno del Estado de México. No te automediques. 2020. Disponible en: <https://salud.edomex.gob.mx/salud/automedicacion>
5. DOF. Secretaria de Salud Art. 226 y 228 Ley General de salud. 2020. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Ley\\_General\\_de\\_Salud.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf)
6. Elong E, Ebongue O, Penda IC, Nnanga N, MpondoMpondo E, Eboumbou M. Knowledge, practices and attitudes on antibiotics use in Cameroon: Self-medication and prescription survey among children, adolescents and adults in private pharmacies. PLoS ONE. 2019; 14 (2): e0212875. DOI:10.1371/journal.pone.0212876
7. García J, Atucha N. Self-medication in Pharmacy students. Educ Med. 2018; 19(5): 277- 282. Disponible en: [DOI:10.1016/j.edumed.2017.07.005](https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.005)
8. Hernández A. Roldan A. Farmacología general. Capítulo 21. Automedicación. Access medicina. 2014. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1489&sectionid=96952696>

9. Munk H, Jorgensen A, Klug T. Antibiotics for recurrent acute pharyngo-tonsillitis: systematic review. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*. 2018: 1-10. DOI: [10.1007/s10096-018-3245-3](https://doi.org/10.1007/s10096-018-3245-3)
10. Pilapanta G. Evaluación retrospectiva del uso de antibióticos en infecciones respiratorias agudas en pacientes menores de 5 años del hospital pediátrico Alfonso Villagómez Román. 2019. Disponible en: <http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/11117/1/56T00883.pdf>
11. Chang J, Zhu S, Yu J, Zhang Y, Ye D, Majid M, et al. Non-prescription use of antibiotics among children in urban China: a cross-sectional survey of knowledge, attitudes, and practices. *Expert Review of Antiinfective Therapy*. 2018:1-9. DOI: [10.1080/14787210.2018.1425616](https://doi.org/10.1080/14787210.2018.1425616)
12. Cristescu C, Negreș S, Suciú M, Voicu A, Buda V, Suciú L. Study regarding the parents' use of self – medication among children under 12 years old. *Farmacia*. 2018;66(5): 811-819. DOI: [10.31925/farmacia.2018.5.10](https://doi.org/10.31925/farmacia.2018.5.10)
13. Mande B, Tebandite E, Marini R. & Alworonga. Determinants of self-medication of children by their parents at Kisangani. *Asian Journal of Research in Medical and Pharmaceutical Sciences*. 2018; 4(1): 1-8. AJRIMPS.41206 ISSN: 2457-0745
14. Fornes R, Robledo L, Carvajal E., Navarro A., Perez C. Usefulness of clinical criteria for the appropriate diagnosis of pharyngoamygdalitis in the pediatric emergency. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; 93: e1-11. e201911061
15. Hamdy E, Basem H., Hameed S, Abed B. Prevalence and Predictors of SelfMedication with Antibiotics for Children in Makkah, Saudi Arabia. *European Journal of Preventive Medicine*. 2017; 5(5), pp. 60-64. Disponible en DOI: 10.11648/j.ejpm.20170505.12
16. Miao N, Wang T, Fong-Ching C, Chun-Hsien L. Prevalence and association of pain experiences, drug literacy and use of medication in children and adolescents in Taiwan. *Journal of Pediatric Nursing*. 2019; 46:E64 - e71 DOI: [10.1016/j.pedn.2019.03.002](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.03.002)
17. Calderón A, Franklin S, Pérez-Acosta A. El Observatorio del Comportamiento de Automedicación de la Universidad del Rosario y su rol en la pandemia de COVID-19. *Rev. Cienc. Salud*. 2020; 18(2):1-8. ISSN 2145-4507

18. Fereidouni Z, Kameli M, Najafi M. DARU Journal of Pharmaceutical Sciences. 2019; 1-7. DOI: [10.1007/s40199-019-00244-9](https://doi.org/10.1007/s40199-019-00244-9)
19. Moreno-Venegas L, González J. Infecciones de vías respiratorias superiores y estado nutricional en población pediátrica de la comunidad de Santo Domingo, Chiapas. Rev Cadena Cereb. 2019; 3(1): 46-53. Disponible en: <https://www.cadenadecerebros.com/single-post/art-ao-31-02>
20. Oliveira de Sousa F, Monteiro M. Percepción asociada a la automedicación con antimicrobianos en farmacias de Fortaleza, Brasil. Aten Primaria. 2019; 1-2. DOI: [10.1016/j.aprim.2019.06.006](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.06.006)
21. Ortiz M, Martínez B, Ramírez R, Castelan-Campos M, Cariño R. Self-medication in Mexican pediatric patients. Irán J Public Health. 2018; 42(12): 2293–2295. PMID: 31993399; PMCID: PMC6974850.
22. Lagarza M, Ojendiz H, Pérez M, Juanico M. Nivel de conocimientos sobre infecciones respiratorias agudas en madres de niños menores de cinco años en una unidad de medicina familiar. Aten. Fam. 2019; 26(1):13-17. DOI: [10.22201/facmed.14058871p.2019.1.67711](https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.1.67711)
23. O'Connor R, O'Doherty J, O'Regan A, & Dunne C. Antibiotic use for acute respiratory tract infections (ARTI) in primary care; what factors affect prescribing and why is it important? A narrative review. Ir J Med Sci. 2018;1971. DOI: [10.1007/s11845-018-1774-5](https://doi.org/10.1007/s11845-018-1774-5)
24. Clegg et al. Impact of Education and Peer Comparison on Antibiotic Prescribing for Pediatric Respiratory Tract Infections. Pediatr Qual Saf. 2019; 4: e195; DOI: 10.1097 / pq9.0000000000000195
25. Mortazhejri et al. Systematic review of patient-oriented interventions to reduce unnecessary use of antibiotics for upper respiratory tract infections. Systematic Reviews. 2020; 9:106. DOI: [10.1186/s13643-020-01359-w](https://doi.org/10.1186/s13643-020-01359-w)
26. Rezaei S, et al. Adopción de conductas de prevención de la automedicación de acuerdo con construcciones del modelo de creencias de salud. Hormozgan Med J. 2019; 24(1): e94791. DOI:10.5812/hmj.94791
27. Ministerio de Salud y Protección Social de Bogotá. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). 2020. Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-\(IRA\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-(IRA).aspx)

28. Tesini B. Generalidades sobre las infecciones virales respiratorias. MSD manuals.com. 2020. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/enfermedades-infecciosas/virus-respiratorios/generalidades-sobre-las-infecciones-virales-respiratorias>
29. Vera T, & Zambrano E. Attention to children of the Chongón health center for acute respiratory infections Revista Publicando. 2020; 7(24): 71-79. ISSN1390-9304
30. Estrada C, Recio I, Martínez D, Collejo Y, Mariño S. Caracterización epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas graves. Granma, marzo-mayo de 2020. Multimed. 2020; 24(6): 2142-1257. ISSN 1028-4818
31. OMS. Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave presuntamente causada por el nuevo coronavirus (2019-nCoV). Orientaciones provisionales. 2020. Disponible: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330938/WHO-nCoV-Clinical-2020.3-spa.pdf>
32. Rodríguez C, Barrios Barreta D y García A. Actualización de las infecciones respiratorias en Urgencias. Medicine. 2019;12(88):5170-9. DOI: [10.1016/j.med.2019.10.013](https://doi.org/10.1016/j.med.2019.10.013)
33. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud 2018-19. ISBN 978-607-511-205-3. 2020. Disponible en: [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_informe\\_final.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf)
34. Secretaria de Salud. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Infecciones respiratorias agudas (IRAS). 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/infecciones-respiratorias-agudas-iras>
35. Abadeano C. y Solis U. Comparative study on the incidence of acute respiratory tract infection in children under 5 years of age from urban and rural áreas. Rev Carib de Ciencias Soc. 2019. ISSN: 2254-7630

36. Mantilla D. Rinofaringitis Aguda (Resfriado, Gripe, Influenza) Diagnóstico y tratamiento. Centro de diagnóstico médico de otorrinolaringología. 2020. Disponible en: <https://www.danilomantilla.org/post/rinofaringitis>
37. Silva N, Borrego E. Programa de formación continuada en pediatría extrahospitalaria. Obstrucción de la vía aérea superior. *Pediatría integral*. 2019; 23(1): 25-36. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/02/Pediatria-Integral-XXIII-1\\_WEB.pdf#page=29](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/02/Pediatria-Integral-XXIII-1_WEB.pdf#page=29)
38. Cedeño-Zavalu V, Arias-Nazareno C, Barreto-Lopez R, Mastarreno-Cedeño M, Cevallos-Villamar J, Barreto-Loor J. Main causal manifestations of the presence of infantile rhinopharyngitis. *Pol Con*. 2019; 4(1): 133–159. DOI: 10.23857/pc.v4i1.880
39. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología. Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad por Causas Sujetas a Vigilancia Epidemiológica en México 2017. México: SS. 2019. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/498153/ANUARIO\\_MORTALIDAD\\_2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/498153/ANUARIO_MORTALIDAD_2017.pdf)
40. Barry B, Bernard S. Infecciones de las vías respiratorias superiores. EMC - Tratado de Medicina. 2018; 22(2): 1-8. ISSN 1636-5410
41. J. de la Flor I. Brú. Upper respiratory infections, acute and recurrent pharyngitis. ABS Sant Vicenç dels Horts. DAP Baix Llobregat -Litoral. ICS. 2018. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi06/01/n6-385-393\\_JosepFlor1.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi06/01/n6-385-393_JosepFlor1.pdf)
42. Pérez R, Pávez D, Rodríguez J. & Cofré J. Recommendations for diagnosis and etiological treatment of acute streptococcal pharyngotonsillitis in pediatrics. *Rev Chilena Infectol*. 2019; 36 (1): 69-77. DOI: 10.4067/S0716-10182019000100069
43. Piñeiro R, Alvez F, Baquero-Artigao F, Cruz M., De la Flor J., Fernández A., et al. Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr*. 2020: 1-8. DOI: [10.1016/j.anpedi.2020.05.004](https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.004)

44. Quesada, M. C. Otitis media aguda: generalidades y resistencia antibiótica. *Revista Médica Sinergia*. 2019; 4(5): 1-9. ISSN:2215-4523 / e-ISSN:2215-5279
45. Kimberlin D W, Brady M T, Jackson M A, Long S. Group A streptococcal infections. *Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 31st ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics. 2018: 748-62. DOI: 10.1542/9781610021470
46. Fernández C, Kirchschräger S. Acute pharyngitis Guide-ABE. *Infections in Pediatrics*. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. 2019. Disponible en <http://www.guia-abe.es>
47. Brinker Jr DL, MacGeorge EL, Hackman N. Diagnostic accuracy, prescription behavior, and watchful waiting efficacy for pediatric acute Otitis Media. *clinical pediatrics*. 2019; 58(1): 60-65. DOI: [10.1177/0009922818806312](https://doi.org/10.1177/0009922818806312)
48. Lucas S, Leach M, Kumar S, Phillips A. complementary and alternative medicine practitioner's management of acute respiratory tract infections in children – A qualitative descriptive study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2019; 12: 947–962. DOI: 10.2147/JMDH.S230845
49. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. *Preventips para las Infecciones Respiratorias Agudas*. México: Gobierno de México. 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/censia/articulos/infecciones-respiratorias-agudas-iras-130994?state=published>
50. Kamati M, Godman B, Kibuule D. Prevalencia de la automedicación para las infecciones respiratorias agudas en niños pequeños en Namibia: hallazgos e implicaciones. *J Res Pharm Pract*. 2019; 8: 220-4. IP: 189.191.234.97
51. Mortazhejri et al. Systematic review of patient-oriented interventions to reduce unnecessary use of antibiotics for upper respiratory tract infections. *Systematic Reviews*. 2020;9:106. DOI: [10.1186/s13643-020-01359-w](https://doi.org/10.1186/s13643-020-01359-w)
52. Asfaw D, Yifru S. Non-prescribed sale of antibiotics for acute childhood diarrhea and upper respiratory tract infection in community pharmacies: a 2 phase mixed-methods study. *Erku and Abera Antimicrobial Resistance and Infection Control*. 2018; 7:92. DOI: [10.1186/s13756-018-0389-y](https://doi.org/10.1186/s13756-018-0389-y)
53. IMSS. *Guía de Practica Clinica*. actualización 2016. Diagnóstico y manejo de la infección aguda vías aéreas superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta

- 18 años de edad. Evidencias y recomendaciones. Catalogo maestro de guías de practica clínica: IMSS-062-08. 2013. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/062GER.pdf>
54. Villarejo S, Martínez-Escudero J, García O. Estilos parentales y su contribución al ajuste personal y social de los hijos, *Ansiedad y Estrés ScienceDirect*. 2020; 26(1): 1-8 ISSN 1134-7937. DOI: [10.1016/j.anyes.2019.12.001](https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.12.001).
55. Capano, Álvaro; Ubach, Andrea. Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Cienc. Psicol*. 2013; 7(1): 83-95. ISSN 1688-4221
56. Patock-Peckham A, Corbin W.R, Perfectionism and self-medication as mediators of the links between parenting styles and drinking outcomes, *Addictive Behaviors Reports*. 2019; (10). DOI: [10.1016/j.abrep.2019.100218](https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100218).
57. Suárez V. Suárez R. Las estrategias de aprendizaje y las metas académicas en función del género, los estilos parentales y el rendimiento en estudiantes de secundaria J. M. *Rev. complut. educ*. 30(1) 2019: 167-184. DOI:10.5209/RCED.56057
58. Alba L, et al. Main causes of self-medication among students in the health área. *Rev CONAMED*;2020. 25(1): 3-9. DOI: [10.35366/92889](https://doi.org/10.35366/92889)
59. Soriano R, Reyes U, Reyes D, Reyes U, Garcia J, Garzon E. Frecuencia de automedicación en niños con infección respiratoria aguda en un área rural. *Rev. Fac. Med. UNAM*. 2009; 52(3): 110-113. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2009/un093e.pdf>
60. Almeida M., Priego H., Córdova J., Morales M., Sevilla P. Automedicación de medicamentos genéricos en usuarios de farmacias en un municipio mexicano. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*. 2020; 22 (1): 24 – 32. DOI: 10.47373/rfcs.2020.v22.1573
61. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF para cada niño. Los derechos de la infancia y la adolescencia en México. 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/media/1791/file/SITAN-UNICEF.pdf>
62. National Institute on Drug Abuse, NIH. El uso indebido de los medicamentos recetados. Reporte de investigación. 2020. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/download/37630/el-uso-indebido-de-los->

- [medicamentos-recetados-reporte-de-investigacion.pdf?v=add4ee202a1d1f88f8e1fdd2bb83a5ef](#)
63. Secretaria de Salud. FEUM. Farmacopea. Dosis. 2018. Disponible en: [http://www.anmat.gov.ar/webanmat/fna/flip\\_pages/farmacopea\\_vol\\_iv/files/assets/basic-html/page211.html](http://www.anmat.gov.ar/webanmat/fna/flip_pages/farmacopea_vol_iv/files/assets/basic-html/page211.html)
64. Diccionario virtual. Definición de frecuencia. S/A. Disponible en: <https://www.significados.com/frecuencia/>
65. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Definición de género. 2020. Disponible en: <https://dle.rae.es/g%C3%A9nero>
66. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. Encuesta Nacional de Cultura Cívica (ENCUCI). Glosario. Definición edad. 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=encuci2020>
67. Enciclopedia jurídica. Diccionario jurídico de derecho. Definición estado civil. 2020. Disponible en: <http://www.encyclopedia-juridica.com/d/estado-civil/estado-civil.htm>
68. Arribas H. Conceptos jurídicos, Derecho civil. Definición de estado civil. Disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/estado-civil/>
69. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Definición de escolaridad. 2020. Disponible en: <https://dle.rae.es/escolaridad>
70. Coll F. Economipedia. Definición oficio. 2020. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/oficio.html#:~:text=El%20oficio%20es%20el%20trabajo,labor%20que%20desempe%C3%B1a%20una%20persona.>
71. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Glosario. Definición ocupación. 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=CPV2000>
72. Eustat. Euskal Estatistika Erakundea. Instituto Vasco de Estadística. Definición número de hijos. S/A. Disponible en: [https://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_639/elem\\_14987/definicion.html](https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_639/elem_14987/definicion.html)
73. Escobari M. The place of children in the family and leadership. RIP: Desafíos Educativos. 2017; 17(1): 51-82. ISSN: 2223-3033
74. Vivar N. Traducción médica, técnica y literaria. Signos y síntomas en medicina. 2016. Disponible en:

<https://traduccionmedicatecnicaliteraria.wordpress.com/2016/11/05/signo-y-sintoma-en-medicina/>

75. AFA de Huelva. Asociación de familiares de personas con Alzheimer y otras demencias de Huelva. Tratamiento no farmacológico. 2008; Disponible en: <http://www.afahuelva.org/tratamiento-no-farmacologico/>
76. National Library of Medicine. Self medication. En: MeSH Descriptor Data. 2020. Disponible en: <https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D012651>
77. Agudelo Pérez S, et al. Estudio de prevalencia de automedicación en niños que consultan por infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda a una clínica universitaria. Salud, Barranquilla. 2020; 36 (1): 46-61. DOI: 10.14482/sun.36.1.616.21
78. Paz M, et al. Funcionalidad familiar, crianza parental y su relación con el estado nutricional en preescolares. Aten Primaria. 2020; 52(8): 548–554. DOI: 10.1016/j.aprim.2020.02.017
79. Padrós B, Cervantes H, y Cervantes P. Estilos parentales y su relación con el rendimiento académico de estudiantes de telesecundaria de Michoacán, México. Rev. estud. exp. educ. 2020; 19(41): 43-56. DOI: [10.21703/rexe.20201941padros3](https://doi.org/10.21703/rexe.20201941padros3).
80. Xu J, Wang X, Sun KS, Lin L, Zhou X. Parental self-medication with antibiotics for children promotes antibiotic over-prescribing in clinical settings in China. Antimicrobial resistance and infection control. 2020; 9(1):150. DOI:10.1186/s13756-020-00811-9
81. Enríquez Báez VA. Factores asociados en la automedicación por poderes en niños menores de cinco años. Centro de Salud N.1. 2019. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9478>
82. Barragán Montesinos F. Automedicación: factores y consecuencias, Universidad Privada Autónoma del Sur. 2020. Disponible en: <http://repositorio.upads.edu.pe/xmlui/handle/UPADS/157>
83. Tarcuc P, et al. Patterns and Factors Associated with Self-Medication among the Pediatric Population in Romania. Medicina 1; 2020; 56(312): 1-12. DOI: 10.3390/medicina56060312

84. Tobón FA, Montoya S, Orrego MA. Automedicación familiar, un problema de salud pública. *Educ Med.* 2017; 158. DOI: 10.1016/j.edumed.2017.03.004
85. Vera Rodríguez, T. E. Validación de un instrumento sobre factores sociales, económicos y culturales asociados a la automedicación en menores de cinco años. *Revista Publicando.* 2020; 7(26), 38-47. ISSN 1390-9304



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de  
investigación**

Nombre del estudio:	Automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75
Patrocinador externo:	Ninguno
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 75, ubicada en Av. Chimalhuacán esquina con Av. López Mateos S/N Col. El Palmar C.P. 57450 Nezahualcóyotl, Estado de México
Registro Institucional:	<b>R – 2021 – 1408 – 026</b>
Justificación y objetivo del estudio:	Hola, mi nombre es Jessica Juárez Lemus, soy médica residente de la UMF No. 75. Este estudio tiene como finalidad saber si usted ha practicado la automedicación hacia sus hijos y si ésta se relaciona con la forma de educar a su niño o niña. Se le preguntarán datos personales como edad, género, estado civil, escolaridad, ocupación, número de hijos, entre otros, los cuales nos ayudarán a entender dicho problema para así encontrar estrategias para poder frenar esta práctica. Este estudio se realiza debido a que la automedicación en niños puede generar problemas graves en su salud tales como alergias, resistencia bacteriana a los medicamentos, intoxicaciones, incluso la muerte.
Procedimientos:	Si usted acepta participar en este estudio se le harán preguntas relacionadas con la edad de usted y su niño (a), su escolaridad, ocupación, número de hijos que tiene, el lugar que ocupa su hijo (a) en la familia, se le preguntará acerca de si ha automedicado a su hijo o hija, en qué casos lo ha hecho, qué medicamentos ha empleado y qué otras medidas realiza cuándo su hijo (a) está enfermo (a), además de preguntarle acerca de cómo se relaciona con su hijo (a). No existen respuestas correctas o incorrectas, solo la mejor que usted considere y la más cercana a su experiencia como madre o padre de familia, se tomarán aproximadamente 25 minutos de su tiempo, sí durante la entrevista usted tiene alguna duda, con toda confianza puede preguntar y la investigadora le explicará.
Posibles riesgos y molestias:	Conocer algunas características sobre la práctica de automedicación hacia sus hijos, sobre la forma en cómo realiza el cuidado de su hijo (a), y el solicitar datos específicos como su edad, escolaridad, ocupación, estado civil, número de hijos que usted tiene, podrían ser causa de incomodidad, sin embargo usted es libre de elegir no contestar y puede retirarse en el momento que considere necesario, no se le va a juzgar, sino que se pretende conocer su forma de cuidado a sus hijo (a) para poder así establecer estrategias para evitar la automedicación. Esta investigación implica un riesgo mínimo, por el interrogar información que pueden ser sensible.
Probables beneficios que recibirá participando:	Si usted acepta participar en el estudio, al final del llenado del cuestionario se le otorgará un tríptico el cual se le explicará y lo orientará a practicar una automedicación responsable hacia sus hijos. Tendrá por escrito los principales riesgos para la salud y medidas de prevención contra esta práctica.



## **ANEXO 2. Aviso de privacidad**

La investigadora Juárez Lemus Jessica y la asesora Dra. Herrera González Norma, son las principales responsables del tratamiento de los datos personales y laborales que usted nos proporcione con motivo de la participación del presente proyecto de investigación, los investigadores cuentan con domicilio en: UMF 75. Ciudad Nezahualcóyotl, Av. Chimalhuacán esquina con Av. López Mateos S/N Col. El Palmar C.P. 57450 Nezahualcóyotl, Estado de México. También puede localizarlos mediante el Tel: (55) 57353322 Ext. 51407. La finalidad de recabar los datos solicitados son poder describir como son las condiciones bajo las que se lleva la automedicación hacia los niños de los derechohabientes relacionada con los estilos de crianza y las características sociodemográficas presentes como escolaridad, estado civil, número de hijos, etc., con un objetivo meramente científicos. No se vulnerarán los datos personales, y se protegerán los datos sensibles recabados, evitando en todo momento se usen para fines distintos a los científicos, protegeremos su identidad de acuerdo con lo establecido en los artículos 6,7 y 8 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares. Solo los investigadores podrán acceder a sus datos proporcionados, derivado de la carta de consentimiento informado anteriormente requisitada y firmada. Usted podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales en el momento que lo desee. Le aseguramos no se transferirán los datos proporcionados, no se realizará un cambio de aviso de privacidad, y se omitirá en todo momento el nombre de los participantes, así como de los datos personales sensibles.

Firma del padre o madre participante

---

ANEXO 3. Folio: \_\_\_\_\_



## HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y CUESTIONARIO SOBRE AUTOMEDICACIÓN



**Título:** Automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75

**Instrucciones:** A continuación, subraye la opción que más se adecue a su situación como padre o madre con respecto a la práctica de automedicación hacia su hijo o hija. Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Numero de pregunta	Pregunta y opción de respuesta	Respuesta
<b>1</b>	De las siguientes opciones ¿En qué rango se encuentra <b>su edad</b> ? 1) 15-25 años    2) 26-35 años    3) 36-45 años    4) 46-55 años	Respuesta
<b>2</b>	¿Cuál es su <b>género</b> ? 1) Masculino    2) Femenino	Respuesta
<b>3</b>	¿Cuál es su <b>escolaridad</b> ? 1) Analfabeto    2) Sabe leer y escribir    3) Primaria    4) Secundaria 5) bachillerato/preparatoria    6) profesional/licenciatura    7) Maestría o postgrado	Respuesta
<b>4</b>	¿Cuál es su <b>estado civil</b> ? 1) Soltero    2) Casado    3) Divorciado    4) Separado    5) Viudo    6) Unión libre	Respuesta
<b>5</b>	¿Cuál es su <b>ocupación</b> ? 1) Hogar    2) Profesionista    3) Comerciante    4) Desempleado	Respuesta
<b>6</b>	¿Cuál es el <b>número de hijos</b> que tiene? 1) Uno a dos    2) Tres a cuatro    3) Cinco o más	Respuesta
<b>7</b>	¿Cuál es la <b>edad de su hijo o hija</b> que tiene 5 años o menos? 1) menor de 1 año    2) 1 año    3) 2 años    4) 3 años    4) 4 años    5) 5 años	Respuesta
<b>8</b>	¿Cuál es el <b>lugar en la familia</b> que ocupa si hijo o hija menor o con edad de 5 años? 1) Es el único    2) Es el mayor    3) De en medio o sándwich    4) Es el menor	Respuesta
<b>9</b>	¿Cuándo su hijo/a tiene una enfermedad respiratoria lo <b>automédica con antibiótico</b> ? 1) Si    2) No	Respuesta
<b>10</b>	De los siguientes <b>antibióticos</b> , ¿cuál de ellos utilizó para automedicar a su hijo/a? 1) Ampicilina    2) Amoxicilina    3) Eritromicina    4) Ceftriaxona 5) Cefalexina    6) Trimetoprima/Sulfametoxazol    7) Cloranfenicol    8) Amikacina 9) Otro, escríbalo: _____	Respuesta



<b>22</b>	De los siguientes <b>broncodilatadores, mucolíticos y antitusígenos</b> , cuál de ellas utilizo para auto medicar a su niño/a:	
	1) Dextrometorfano 2) Ambroxol 3) Salbutamol 4) Otro, escríbalo: _____	
<b>23</b>	La <b>frecuencia</b> con que realizó la <b>automedicación con broncodilatador, mucolítico y antitusígeno</b> en su niño con enfermedad respiratoria fue:	Respuesta
	1) Una vez 2) Dos o más veces	
<b>24</b>	La <b>dosis</b> que utilizó en la automedicación con <b>broncodilatador, mucolítico y antitusígeno</b> fue:	Respuesta
	1) Dosis indicada en la posología 2) Dosis según su criterio 3) Dosis por recomendación de alguien	
<b>25</b>	Cuando su hijo/a tiene enfermedad respiratoria lo ha <b>automedicado</b> con algún <b>antihistamínico</b> .	Respuesta
	1) Si 2) No	
<b>26</b>	De los siguientes <b>antihistamínicos</b> , cuál de ellas utilizo para automedicar a su niño/a	Respuesta
	1) Desloratadina/fenilefrina (liberdux, Dimegan D, Sensibit) 2) Clorfenamina (Cloro-trimetón P, Blendox) 3) Fexofenadina (Allegra) 4) Otro, escríbalo: _____	
<b>27</b>	La <b>frecuencia</b> con que realizó la <b>automedicación con antihistamínicos</b> en su niño con enfermedad respiratoria fue:	Respuesta
	1) Una vez 2) Dos o más veces	
<b>28</b>	La <b>dosis</b> que utilizó en la <b>automedicación</b> con Antihistamínicos fue:	Respuesta
	1) Dosis indicada en la posología 2) Dosis según su criterio 3) Dosis por recomendación de alguien	
<b>29</b>	¿Cuál es el principal motivo por el cual usted da medicamentos a su hijo/a?	Respuesta
	1) Fiebre 2) Tos 3) Escurrimiento nasal 4) Respiración Rápida 5) se ve enfermo 6) No come ni bebe 7) Le sale pus por el oído 8) Tiene puntos blancos en la garganta 9) Otro, escríbalo: _____	
<b>30</b>	Además de medicamentos que otras medidas no farmacológicas ocupa cuando su hijo/a esta enfermo/a?	
	1) Descanso 2) Suspensión de lácteos 3) Incremento de líquidos 4) Aumento en consumo de cítricos 5) Otro, escríbalo: _____	

¡Le agradecemos por su participación!

#### ANEXO 4.

### CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS PARENTALES DE ROBINSON (1995) ADAPTADO POR FÉRNANDEZ Y VERA (2008)

El propósito de este cuestionario es identificar los estilos de crianza predominantes en los padres de familia de la UMF No. 75. Recuerde que todas las respuestas son válidas, no existen respuestas buenas o malas, simplemente responda con la respuesta más parecida a su situación. Instrucciones: Lea detenidamente cada frase y marque con una "X" en los cuadros correspondientes, según las siguientes opciones.

Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
-----------------------	--------------	------------------------	-----------------

Afirmaciones	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
1. Digo a mis hijos lo que tienen que hacer.	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
2. Mantengo el control de mis hijos.	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
3. Como madre soy autoritaria con mis hijos.	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
4. Explico a mis hijos las razones por las cuales deben obedecerme.	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
5. Explico a mis hijos las consecuencias de lo que les ocurrirá si me desobedecen.	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
6. Explico a mis hijos las situaciones para que me obedezcan.	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
7. Averiguo con quién están mis hijos.	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
8. Le digo a mis hijos las amistades que deben escoger-mantener.	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
9. Cuando alguna compañía de mis hijos no me gusta, obligo a mis hijos a dejarla.	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
10. Como madre tomo todas las decisiones respecto a mis hijos.	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
11. Resuelvo por mis hijos hasta que tengan edad para hacerlo.	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
12. Tengo que tomar decisiones, pues mis hijos son poco experimentados-inseguros.	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre

13. <b>Castigo físicamente a mis hijos cuando me desobedecen.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
14. <b>Reprendo a mis hijos cuando actúan por su propia voluntad sin consultarme.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
15. <b>Mis hijos se mandan solos.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
16. <b>Trato de no meterme en lo que quieren hacer mis hijos.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
17. <b>Solo opino si mis hijos lo solicitan</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
18. <b>Explico a mis hijos la importancia de expresar sus emociones.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
19. <b>Dejo que mis hijos razonen por sí mismos.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
20. <b>Dejo que mis hijos expresen sus emociones libremente.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
21. <b>Comprendo todos los errores de mis hijos</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
22. <b>Siempre me pongo en el lugar de mis hijos ante un problema.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
23. <b>Comprendo que mis hijos necesiten expresarse de la manera que consideran conveniente.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
24. <b>Les permito a mis hijos que hagan cosas, aunque sé que están equivocados.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
25. <b>Converso con mis hijos sobre la necesidad de que ellos decidan que deben hacer.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
26. <b>Como madre sé que mi responsabilidad con mis hijos tiene un límite.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
27. <b>Tiendo a dejar que mis hijos hagan lo que consideren.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
28. <b>Explico a mis hijos el porqué de las cosas que ocurren.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
29. <b>Explico a mis hijos cuando cometen un error.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
30. <b>Procuro responder a las inquietudes de mis hijos en forma oportuna.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
31. <b>Procuro hablar con mis hijos sobre valores.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
32. <b>Explico a mis hijos lo importante del control de sus propias emociones.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
33. <b>Oriento a mis hijos en todo lo que a su comportamiento se refiere.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
34. <b>Me esfuerzo por comprender a mis hijos en sus actuaciones.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre

<b>35. Converso con mis hijos para comprender sus problemas.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
<b>36. Puedo comprender a mis hijos, pero también reprenderlos cuando sea necesario.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
<b>37. Colaboro con mis hijos para resolver sus problemas.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
<b>38. Me intereso constantemente por los problemas de mis hijos.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
<b>39. Busco conjuntamente con mis hijos la solución de los problemas.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
<b>40. Incentivo en mis hijos que asuman su responsabilidad.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre
<b>41. Reprendo a mis hijos cuando no asumen la responsabilidad de sus actos.</b>	Usualmente no lo hago	Lo hago poco	Lo hago con frecuencia	Lo hago siempre

Puntaje: (0-1.54) ausencia o baja presencia del estilo de crianza; (1.55-3) presencia de estilo de crianza.

## Anexo 5. Tabla de recolección de datos

BASE DE DATOS SPSS 26.01.21.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Empleo_de...	Númerico	8	0	Empleo_de_ant...	{1, Usa anti...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
2	Empleo_de...	Númerico	8	0	Empleo de anti...	{1, Usa anti...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
3	Empleo_de...	Númerico	8	0	Empleo_de_bro...	{1, Usa de b...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
4	Empleo_de...	Númerico	8	0	Empleo_de_ant...	{1, Usa anti...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
5	Empleo_de...	Númerico	8	0	Empleo_de_an...	{1, Usa anal...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
6	Automedica...	Númerico	8	0	Automedicacion	{1, Presente...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
7	Estilos_par...	Númerico	8	0	Estilos_parenta...	{1, Autoritari...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
8	Uso_de_ant...	Númerico	8	0	Uso_de_antibio...	{1, Ausente}	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
9	Uso_de_ant...	Númerico	8	0	Uso_de_antigr...	{1, Ausente}	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
10	Uso_de_ant...	Númerico	8	0	Uso_de_antinfl...	{1, Ausente}	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
11	Uso_de_bro...	Númerico	8	0	Uso_de_bronco...	{1, Ausente}	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
12	Uso_de_ant...	Númerico	8	0	Uso_de_antihis...	{1, Ausente}	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
13	Dosis_empl...	Númerico	8	0	Dosis_emplead...	{1, Dosis in...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
14	Frecuencia...	Númerico	8	0	Frecuencia_de...	{1, Una vez}	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
15	Género	Númerico	8	0	Género	{1, Masculin...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
16	Edad_pediá...	Númerico	8	0	Edad_pediátrica	{1, Menor d...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
17	Edad_del_p...	Númerico	8	0	Edad_del_padr...	{1, 15-25 añ...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
18	Estado_civil	Númerico	8	0	Estado_civil	{1, Soltero}	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
19	Escolaridad	Númerico	8	0	Escolaridad	{1, Analfabe...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
20	Ocupación	Númerico	8	0	Ocupación	{1, Hogar}	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
21	Numero_de...	Númerico	8	0	Numero_de_hijos	{1, Uno a do...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
22	Posicion_en...	Númerico	8	0	Posicion_entre...	{1, Es el úni...	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
23	Principales...	Númerico	8	0	Principales_sig...	{1, Fiebre}	Ninguna	8	Centro	Nominal	Entrada
24	Tratamiento...	Númerico	8	0	Tratamiento_no...	{1, Descans...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

BASE DE DATOS SPSS 26.01.21.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 64 de 64 variables

	Empleo_d... e_antigrp ales	Empleo_d... e_antibiot ico	Empleo_d... e_bronco dilatadore	Empleo_d... e_antihist aminicos	Empleo_d... e_analg sicos_ant	Automedicacion	Estilos_p arentales	Uso_de_a ntibiotico s	Uso_de_a ntigripale s	Uso_de_a ntinflamato rios	Uso_de_l roncodila adores_m	Uso_de_a ntihistami nicos	Dosis_en pleada_c e medica	Frecuenc a_de_auf omecac	Género	Et
1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	3	1	1	3	1	2	
2	2	1	2	2	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	
3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	4	3	1	
4	2	2	2	2	1	1	1	1	1	3	1	1	2	1	2	
5	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	4	3	2	
6	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	4	3	2	
7	1	2	2	2	1	1	2	1	2	3	1	1	2	1	1	
8	2	1	2	2	1	1	3	4	1	2	1	1	1	1	2	
9	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	4	3	1	
10	2	2	2	2	1	1	2	1	1	6	1	1	1	1	2	
11	2	1	2	2	1	1	1	10	1	2	1	1	1	1	2	
12	2	1	1	2	1	1	1	5	1	2	2	1	3	1	2	
13	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	4	3	2	
14	2	1	2	2	1	1	3	3	1	2	1	1	1	1	1	
15	2	1	2	2	1	1	3	2	1	2	1	1	1	1	2	
16	2	2	2	2	1	1	3	1	1	3	1	1	3	2	1	
17	1	2	2	2	2	1	3	1	2	1	1	1	1	2	2	
18	1	2	1	1	1	1	3	1	2	2	3	2	3	2	2	
19	1	2	2	1	1	1	3	1	2	2	1	3	1	2	2	
20	2	2	2	2	1	1	3	1	1	2	1	1	3	1	2	
21	1	2	1	1	1	1	3	1	2	2	3	2	1	1	1	

Vista de datos Vista de variables

## ANEXO 6. Desglose financiero

Material	Cantidad	Costo en pesos mexicanos
Gastos de traslado a la UMF No. 75	\$6,000	\$6,500
Paquetería Office 365 personal	1	\$1,200
Programa SPSS	1	\$435
Tablas de apoyo	10	\$450
USB	1	\$200
Cubre bocas	200	\$500
Gel antibacterial	1litro	\$200
Impresiones de material de apoyo (trípticos)	300	\$300
Copias de recolección de datos	300	\$300
Plumas tinta azul	25	\$100
Total		\$10,185

## Anexo 7. Tríptico de automedicación en niños

### ¿Es buena la automedicación?

Es importante que ante cualquier signo sintoma de enfermedad de su hijo/a, este sea valorado por un profesional de la salud, ya que como pudo ver en el apartado anterior, son muchos los riesgos a su salud que esta práctica puede provocar.

### ¿Cómo puedo evitar automedicar a mi hijo/a?

- ✓ Si nota algún dato de enfermedad en su niño o niña no dude en acudir con su médico más cercano.
- ✓ No administre medicamentos de tratamientos anteriores o sobrantes de medicamentos que tenga en casa a su hijo/a.
- ✓ Evite comprar medicamentos sin una receta en su farmacia.
- ✓ Evite pedir consejería a dispensadores de farmacia, amigos, vecinos, generalmente no poseen el conocimiento adecuado sobre enfermedades, el tipo de medicamento que necesitan, dosis e interacciones, ¡no ponga en riesgo la vida de su niño o niña!
- ✓ Evite buscar tratamientos por internet, no todas las fuentes de información que aparecen en la red son verdaderas, fidedignas o actualizadas.
- ✓ Recuerde que el médico es la persona más capacitada para tratar las enfermedades que usted o su niño puedan padecer.
- ✓ Le recomendamos seguir al pie de la letra lo que su médico pueda recetarle.
- ✓ Una vez iniciado el tratamiento indicado por su médico, no lo suspenda, para evitar recaídas, conclúyalo y deseche los medicamentos sobrantes en los centros de recolección adecuados.

## “ Evite automedicar a sus hijos, no ponga en riesgo su vida”



**RESPONSABLES DE LA INVESTIGACIÓN:**  
 Residentes de Medicina Familiar Juárez-Larrea Jessica  
 Mat. 98154409. Correo electrónico:  
[jessicajl@imss.gob.mx](mailto:jessicajl@imss.gob.mx) Teléfono: 5575401076  
 y Dra. Herrera González Norma Mat.97153779.  
 Correo electrónico: : [dra\\_normah@imss.gob.mx](mailto:dra_normah@imss.gob.mx) Tel:  
 5511577400

**COLABORADORA:** Dr. Inesir Guillermo Herrera Olvera  
 Mat. 98150497. Correo electrónico:  
[inesir@imss.gob.mx](mailto:inesir@imss.gob.mx) Tel: 5514244124

#### Bibliografía:

Sotiano R, Reyes U, Reyes D, Reyes U, García J, Garzón E. Frecuencia de automedicación en niños con infección respiratoria aguda en un área rural. *Rev. Fac. Med. UNAM*. [Internet] 2009 [Citado 03 octubre 2020]; 52(3): 110-113.

Pomies R, Robledo L, Carvajal E., Navarro A., Pérez C. Usefulness of clinical criteria for the appropriate diagnosis of pharyngotonsillitis in the pediatric emergency. *Rev Esp Salud Pública*. [Internet] 2019 [Consultado 23 agosto 2020]; 93: e1-11. Disponible en: [www.rcsp.es/revista](http://www.rcsp.es/revista)

Hamdy E, Bakem H, Hamed S, Abed B. Prevalence and Predictors of Self-Medication with Antibiotics for Children in Makkah, Saudi Arabia. *European Journal of Preventive Medicine*. [Internet]. 2017. [Consultado 20 agosto 2020]; 5(5), pp. 60-64. Disponible en doi: 10.11948/ejpm.20170505.12

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: [comite\\_etica@imss.gob.mx](mailto:comite_etica@imss.gob.mx)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
 Y POLÍTICAS DE SALUD  
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Automedicación y estilos parentales en padres de niños menores de 5 años con infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de la UMF No. 75



## Automedicación en niños

¡UNA PRÁCTICA DE RIESGO!

## ¿Qué es la automedicación?



Es la utilización de medicamentos sin receta, por elección propia de las personas. Esta incluye el uso de medicamentos convencionales o medicina complementaria y alternativa.

La automedicación en niños es el acto de administrar medicamentos a los niños o niñas, sin una prescripción médica, estos pueden ser dados por los padres o sus cuidadores.

❖ Según un boletín por parte de la Secretaría de Salud el 80% de la población usa medicamentos por iniciativa propia sin indicación médica y sin receta.

❖ Hasta un 58.8% de los niños son automedicados por sus cuidadores.

## ¿Por qué los padres automedican a sus hijos?

Existen varios motivos, entre los principales están:

- Facilidad para adquirir medicamentos.
- Falta de tiempo para llevar a los niños al médico.
- Publicidad y acceso a información rápida mediante la tecnología y comunicación
- Lejanía de los centros de salud u hospitales.
- Altos costos en consultas y medicamentos.
- Sobrantes de tratamientos previos.



Gran parte de los síntomas por los cuales los padres automedican a sus hijos son:

- Tos
- Dolor
- Fiebre

Los medicamentos más usados para estas molestias son: Paracetamol y amoxicilina con ácido clavulánico

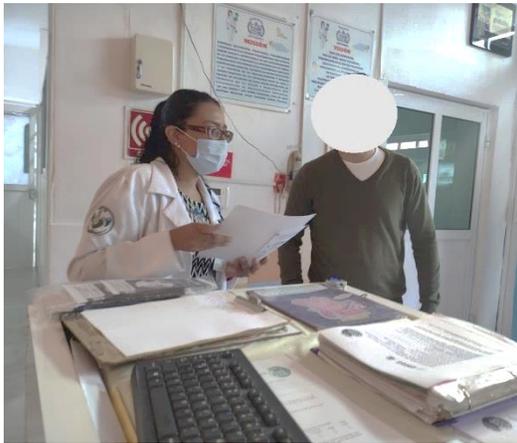


## ¿Cuáles son los principales riesgos para la salud de mi hijo o hija si lo automedico?

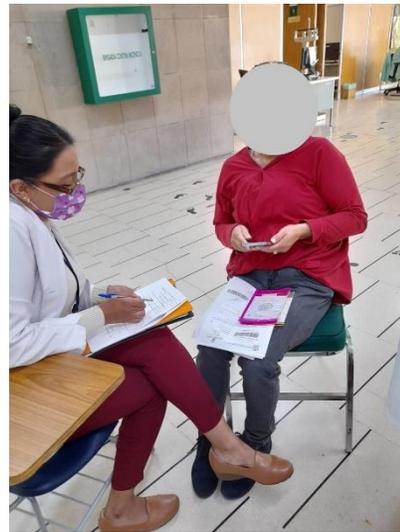
- ☒ Se puede provocar una intoxicación o reacción adversa por no administrar la dosis correcta
- ☒ Se pueden enmascarar signos y síntomas que pudieran ser importantes para que el médico pueda diagnosticar adecuadamente
- ☒ Puede existir una ineffectividad para las enfermedades a las que estaba destinado el medicamento por dar una mala dosis y mal tiempo de tratamiento
- ☒ Puede interactuar con otros medicamentos
- ☒ Puede generar resistencia bacteriana
- ☒ Puede causar otros síntomas como dolor de cabeza, resfriados frecuentes, dolores de músculos y huesos, así como alteraciones digestivas (diarrea, náusea y vómito)



## Anexo 8. Aplicación de instrumentos



**Imagen 1.** Aplicación de instrumentos  
Fuente: Residente UMF 75



**Imagen 2.** Aplicación de instrumentos  
Fuente: Residente UMF 75



**Imagen 3.** Aplicación de instrumentos  
Fuente: Residente UMF 75



**Imagen 4.** Aplicación de instrumentos  
Fuente: Residente UMF 75

## Anexo. 9

### Cronograma de actividades

Actividad		2020-	1er semestre					2do semestre				1er trimestre					
		2021	2021											2022			
		Marzo-agosto	Septiembre-febrero	Marzo-abril	Mayo-junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Elaboración del protocolo <sup>(1)</sup>	P																
	R																
Autorización por comité de ética en Investigación y comité local de investigación	P																
	R																
Obtención de número de registro Sirelcis	P																
	R																
Aplicación de encuestas Estandarización de métodos e instrumentos	P																
	R																
Elaboración de base de datos Recolección de datos	P																
	R																
Captura de información	P																
	R																
Análisis de resultados y estadístico	P																
	R																
Redacción del escrito final	P																
	R																

Programado	
Realizado	

(1): Obtención de la idea de investigación, elaboración de marco teórico, objetivos, hipótesis, planteamiento del problema, material y métodos, plan de análisis estadístico, aspectos éticos, operacionalización de variables, instrumentos y bibliografía.

## CRÉDITOS

**Tesista, M.C Juárez Lemus Jessica**

**Asesora de tesis: E. en M. F. Norma Herrera González**

**Colaborador: C.C.E.I.S. Imer Guillermo Herrera Olvera**

**Créditos:** para efectos de publicación, presentación de foros locales, nacionales de investigación o congresos, el tesista siempre deberá aparecer como primer autor y el asesor, como según autor, así como los respectivos colaboradores en orden secuencial de participación, que están descritos en el presente.

Esto deberá realizarse en todos los casos con el fin de proteger los derechos de autor.



---

**M.C JUÁREZ LEMUS JESSICA  
TESISTA**



---

**E. en M. F. NORMA HERRERA GONZÁLEZ  
ASESOR DE TESIS**



---

**C.C.E.I.S IMER GUILLERMO HERRERA OLVERA  
COLABORADOR**