



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



TESIS

“AUTOMEDICACIÓN Y NIVEL SOCIOECONÓMICO DE MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA”

QUE PRESENTA

LUCRECIA MUÑOZ ROJO

ALUMNA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

ZACATECAS, ZAC.

SEPTIEMBRE 2022



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
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



TESIS

“AUTOMEDICACIÓN Y NIVEL SOCIOECONÓMICO DE MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA”

QUE PRESENTA

LUCRECIA MUÑOZ ROJO

ALUMNA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

DR. LUIS ROBERTO LÓPEZ APARICIO
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ASESOR METODOLÓGICO

DR. JOSÉ GUILLERMO CARRILLO MEDRANO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS.
ASESOR CLÍNICO.

ZACATECAS, ZAC.

SEPTIEMBRE 2022

**“AUTOMEDICACIÓN Y NIVEL SOCIOECONÓMICO DE MADRES DE NIÑOS MENORES
DE CINCO AÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA”**

ANTEPROYECTO DE INVESTIGACIÓN QUE ES PARA OBTENER EL DIPLOMA DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
DEL IMSS

PRESENTA:

DRA. LUCRECIA MUÑOZ ROJO

AUTORIZACIONES:

DRA. VIRGINIA PALACIOS CASTILLO
JEFA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MEDICAS

DRA. SOL MARÍA QUIRARTE BÁEZ
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

DR. LUIS ROBERTO LÓPEZ APARICIO
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ASESOR METODOLOGICO

DR. ILDEFONSO APARICIO TREJO
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. MIGUEL ÁNGEL LÓPEZ SUASTEGUI
DIRECTOR DEL HGZ No.1

DR. GILBERTO FLORES HERNÁNDEZ.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ No.1

DR. JOSÉ DE JESÚS GUILLÉN RIVERA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
ASESOR CLÍNICO

ZACATECAS, ZACATECAS

SEPTIEMBRE 2021

**“AUTOMEDICACIÓN Y NIVEL SOCIOECONÓMICO DE MADRES DE NIÑOS MENORES
DE CINCO AÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

PRESENTA:

DRA. LUCRECIA MUÑOZ ROJO

AUTORIZACIONES:

**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE 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**

**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**

Lugar: Unidad de Medicina Familiar No. 52

Dirección: Lotes s/n Col Centro CP 98480

Localidad y Municipio: Cañitas de Felipe Pescador, Zacatecas.

Investigador: Lucrecia Muñoz Rojo; Médico General Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 52 Cañitas de Felipe Pescador.

Matricula: 99344597

RFC: MURL790901E32

CURP: MURL790901MZSXJC07

luckymunoz44@gmail.com

lmuozrojo@yahoo.com

Domicilio: C. Jalpa No 315 Col. Industrial. Fresnillo, Zacatecas. CP 99030

TEL: 4931170447

Dr. Luis Roberto López Aparicio

Encargado de la Coordinación Auxiliar Médico de Educación en Salud.

Matricula: 99344529

RFC: LOAL821120CS2

CURP: LOAL821120HZSPPS08

luis.lopeza@imss.gob.mx

Domicilio: Calle Restauradores No. 3 colonia Dependencias Federales, Guadalupe Zacatecas, CP 98618

Tel. 492 899 1016

Dr. José Guillermo Carrillo Medrano

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.

Matricula: 98340767

RFC: CAMG881219F21

CURP: CAMG881219HZSRDL04

jose.carrillom@imss.gob.mx

Domicilio: Interior Alameda No. 45, Centro Histórico, Zacatecas, Zac. C.P. 98000.

Tel. 492 922 6373

DEDICATORIA

A mis hijas:

Jaqueline Haro Muñoz y Julieta Haro Muñoz.

A mi esposo:

Ignacio Haro Flores

A ellos por acompañarme en el trayecto, por comprender mis ausencias, por su paciencia, tolerancia y gran apoyo en los días que más lo necesite, fueron la principal razón para subir un peldaño más, en esta carrera de éxito y felicidad. ¡Gracias!

Por ustedes y para ustedes, seguiré avanzando.

AGRADECIMIENTO

A mi compañero Pedro Pablo por el apoyo y la comprensión, por ser apoyo en los momentos difíciles y siempre estar a la par, quien siempre me brindo su amistad, apoyo y solidaridad a cada momento.

A la Dra. Gladys Marlene García Pacheco, Dr. José de Jesús Guillén Rivera y al Dr. José Guillermo Carrillo Medrano, médicos especialistas en medicina familiar asesores clínicos, al Dr. Eduardo Martínez Calderada. Y al Dr. Luis Roberto López Aparicio, coordinador auxiliar médico de investigación en salud, asesor metodológico quienes me brindaron su conocimiento y apoyo en la realización de este trabajo.

A la coordinación de enseñanza del HGZ 1 del IMSS, por su comprensión y apoyo incondicional.

Al H. Jurado examinador de este trabajo por el tiempo y la confianza dedicados a este trabajo otorgándome su aprobación.

A todas las personas que no mencione, pero que de uno u otra forma me brindaron apoyo en este proyecto.

Por último, pero no menos importante a Dios, por darme la fe y esperanza para seguir adelante.

Por ustedes, que siempre confiaron en mí y que siguen a mi lado.

“El éxito es la suma de pequeños esfuerzos repetidos día tras día”

A T E N T A M E N T E

Lucrecia Muñoz Rojo

Médico especialista en Medicina Familiar

ABREVIATURAS

AMAI	Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercadeo
RM	
CLIS	Comité local de investigación en salud
CLEIS	Comité local de ética de Investigación en Salud
IRAS	Infección
IMSS	Instituto mexicano del seguro social
No.	Número
NOM	Norma oficial mexicana
OMS	Organización mundial de la salud
S/N	Sin número
<u>SPSS</u>	Statistical Package for the Social Sciences
UMF	Unidad de medicina familiar

Índice	Páginas
Portada y contraportada	
Autorizaciones	
Dedicatoria	
Agradecimientos	
Abreviaturas	
Índice general	I
Índice de tablas	IV
Índice de gráficos	IV
Índice de anexos	V
Resumen estructurado	VI
Abstract	VII
1.- Introducción	1
2.- Antecedentes científicos	2
3.- Planteamiento del problema	14
4.- Pregunta de investigación	14
5.- Justificación	14
6.- Objetivos de investigación	16
6.1.- Objetivo general	16
6.2.- Objetivos específicos	16
7.- Hipótesis de trabajo	16
7.1.- Hipótesis nula	16

8.- Material y método	17
8.1.- Tipo de diseño	17
8.2.- Ejes de estudio	17
8.3.- Universo de la población	17
8.4.- Población de estudio	17
8.5.- Lugar de estudio	17
8.6.- Tiempo de estudio	17
9.- Criterios de selección de la población	18
9.7.1.- Criterios de inclusión	18
9.7.2.- Criterios de exclusión	18
9.7.3.- Criterios de eliminación	18
10.- Diseño muestral	18
10.8.1.- Tamaño de la muestra	18
10.8.2.- Tipo de muestreo	18
11.- Variables de estudio	19
11.1.- Variable dependiente	19
11.2.- Variable independientes	19
11.3.- Variables universales	20
12.- Definición operacional de variables	20
13.- Procedimientos para recopilar la información	22
14.- Flujo grama	24
15.- Análisis estadístico	25

16.-Consideraciones éticas	25
17.- Administración del trabajo	36
17.1.- Recursos humanos	36
17.2.- Recursos materiales	36
15.4.- Recursos financieros	36
18.- Productos esperados	37
19.- Resultados	37
20.- Discusión de resultados	51
21.- Conclusiones	57
22.- Perspectivas del estudio	58
22.1.- Clínicas	58
22.2.- Metodológicas	58
23.- Limitaciones del estudio	58
24.- conflictos de interés	58
25.- Agradecimientos	59
26.- Anexos	60
27.- Glosario	70
28.- Referencias bibliográficas	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I	Medidas de tendencia central	37
Tabla II	Análisis del uso de antipiréticos	44
Tabla III	Análisis del usos de antivirales	45
Tabla IV	Análisis del uso de antibióticos	45
Tabla V	Análisis del uso de antihistamínicos	46
Tabla VI	Uso de automedicación y número de embarazos de la madre	47
Tabla VII	Uso de automedicación y ocupación de la madre	47
Tabla VIII	Uso de automedicación y escolaridad de la madre	48
Tabla IX	Uso de antibióticos asociados a la automedicación	48
Tabla X	Uso de retrovirales asociados a la automedicación	49
Tabla XI	Uso de tratamiento sintomático asociado a la automedicación	49
Tabla XII	Uso de automedicación asociados al nivel socioeconómico	50
Tabla XIII	Uso de automedicación asociados a la edad del menor	50
Tabla XIV	Factores de riesgo para automedicación por parte de madres de niños menores de 5 años con IRAs	51

ÍNDICE DE IMÁGENES

Grafico 1	Distribución de la población infantil por sexo	38
Grafico 2	Distribución de las madres con base en su ocupación	38
Grafico 3	Distribución de las madres por nivel socioeconómico	39
Grafico 4	Número de baños en el hogar	39
Grafico 5	Número de vehículos en el hogar	40

Grafico 6	Población con conexión a internet	40
Grafico 7	Personas mayores de 14ª que trabajaron en la última quincena	41
Grafico 8	Número de cuartos utilizados para dormir	41
Grafico 9	Nivel socioeconómico según AMAI	42
Grafico 10	Población que hace uso de la automedicación	42
Grafico 11	Población que hace uso de antibióticos como automedicación	43
Grafico 12	Población que hace uso de retrovirales como automedicación	43
Grafico 13	Población que hace uso de Tx. sintomático como automedicación	44

ÍNDICE DE ANEXOS

Carta de consentimiento informado	60
Instrumento de Recolección de la información	63
Carta de no inconveniente	68
Hoja de dictamen de aprobación	69

RESUMEN ESTRUCTURADO

“Automedicación y nivel socio económico de madres de niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda”

Muñoz Rojo Lucrecia¹ López Aparicio Luis Roberto ² Carrillo Medrano José Guillermo³

¹ Alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS, UMF No.52 de Cañitas de Felipe Pescador, Zacatecas

² Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud. OOAD, Zacatecas

³ Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS.

Introducción: La automedicación en niños menores de 5 años por cuadros de infección de vías respiratorias agudas representa un creciente problema mundial y la población mexicana ha recurrido a esta práctica debido a aspectos atribuibles a la población, como la educación médica, la cultura, los usos y costumbres, influidos por el gran aparato de comercialización con que cuentan las empresas productoras de medicamentos, así como el nivel socioeconómico que favorecen su práctica continua.

Objetivo general: Se identificó la relación entre la automedicación y el nivel socioeconómico de las madres de niños menores de cinco años que cursan con infecciones respiratorias agudas.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico, prospectivo que se realizó de noviembre 2020 a febrero del 2022, en un tamaño de muestra de 147 (fórmula de estimación de proporciones para poblaciones finita: $N=275$, Z al 95%) niños menores de 5 años con infección de vías respiratorias agudas de ambos sexos, con rangos de 0 a 5 años de edad, ambulatorios, del turno matutino de cualquier consultorio de adscripción, con antecedente de haber sido automedicado por la mamá antes de llevarlo a atención médica previa de la UMF No. 52, Cañitas de Felipe Pescador, Zacatecas, los cuáles fueron seleccionados mediante muestreo probabilístico por conglomerados. Se excluyeron aquellos niños con infección de vías respiratorias agudas complicadas y quienes mediante carta de consentimiento informado no aceptaron participar en el estudio. Se eliminaron cuestionarios incompletos. Se utilizó un instrumento para el estudio de la variable de automedicación basado en dos ítems para saber si ha automedicado a su hijo además del instrumento llamado “AMAI” para medir el nivel socioeconómico y se analizó que tipo de relación tiene la automedicación con el nivel socioeconómico. Análisis estadístico en SPSS® v23 con estadística descriptiva. Las variables cualitativas nominales dicotómicas, politémicas u ordinales y variables cuantitativas de intervalo se analizaron mediante tablas de frecuencias relativas, absolutas, así como porcentajes. Las variables cuantitativas continuas o discontinuas mediante medidas de tendencia central y dispersión. Análisis estadístico bivariado con RM de prevalencia, con X^2 o Exacta de Fisher, IC 95% y valor $p \leq 0.05$. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

Recursos e infraestructura: El presente estudio se realizó en población de 0 a 5 años, de ambos sexos, derechohabientes y adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 52, del IMSS, Cañitas de Felipe Pescador, con antecedente de haber sido automedicado por la madre. Los investigadores son: Médico Residente de la Especialización de Medicina Familiar, asesores clínicos y metodológicos quienes tienen amplia experiencia metodológica de la investigación y se utilizaron recursos propios de los investigadores y de la propia institución.

Palabras clave: Automedicación, Infección de vías respiratorias menor de 5 años.

ABSTRACT

"Self-medication and socio-cultural factors in acute respiratory infections of children under five years of age in FMU No 52"

Muñoz Rojo Lucrecia,¹ López Aparicio Luis Roberto,² Carrillo Medrano José Guillermo,³

¹ Student of the Family Medicine Specialization Course for General Doctors of the IMSS, UMF No.52 of Cañitas de Felipe Pescador, Zacatecas

² Assistant Medical Coordinator of Health Research. JPSM, Zacatecas

³ Full Professor of the Family Medicine Specialization Course for General Doctors of the IMSS.

Introduction: Self-medication in children under 5 years of age due to acute respiratory tract infection represents a growing global problem and the Mexican population has resorted to this practice due to aspects attributable to the population, such as medical education, culture, uses and customs, influenced by the great marketing apparatus that drug-producing companies have, as well as the socioeconomic level that favors their continuous practice.

General objective: To identify the relationship between self-medication and the socioeconomic status of mothers of children under five years of age with acute respiratory infections.

Material and methods: Observational, analytical, prospective study to be carried out from November 2020 to February 2021, in a sample size of 291 (formula for estimating proportions for finite populations: $N = 812$, Z at 95%) children under 5 years with acute respiratory tract infection of both sexes, with ranges from 0 to 5 years of age, outpatients, from the morning shift of any assignment clinic, with a history of having been self-medicated by the mother before taking him to previous medical attention of the FMU No. 52, Cañitas de Felipe Pescador, Zacatecas, which will be selected by probabilistic cluster sampling. Children with complicated acute respiratory tract infection and those who, through an informed consent letter, do not agree to participate in the study, will be excluded. Incomplete questionnaires will be removed. An instrument will be used to study the self-medication variable based on two items to find out if you have self-medicated your child in addition to the instrument called "AMAI" to measure the socioeconomic level, and the type of relationship self-medication has with the socioeconomic level will be analyzed. Statistical analysis in SPSS® v23 with descriptive statistics. Nominal dichotomous, polytomous or ordinal qualitative variables and quantitative interval variables will be analyzed using tables of relative and absolute frequencies, as well as percentages. Continuous or discontinuous quantitative variables using measures of central tendency and dispersion. Bivariate statistical analysis with prevalence MRI, with X² or Fisher's exact, 95% CI and p-value ≤ 0.05 . The results will be presented in tables and graphs.

Resources and infrastructure: This study will be carried out in a population aged 0 to 5 years, of both sexes, beneficiaries and assigned to the Family Medicine Unit No. 52, of the IMSS, Cañitas de Felipe Pescador, with a history of having been self-medicated by the mother. The researchers are: Resident Physician of the Family Medicine Specialization, clinical and methodological advisers who have extensive methodological experience of the research and the researchers' own resources and those of the institution itself will be used.

Key words: Self-medication, Respiratory tract infection.

1.- INTRODUCCIÓN

La automedicación es la toma del medicamento por iniciativa propia, sin ningún reconocimiento médico ni diagnóstico. Si se utilizan medicamentos de forma responsable para tratar síntomas menores como el dolor, la fiebre o la acidez de estómago no hay problemas. Los problemas vienen cuando se toman durante un tiempo prolongado, abusamos de la cantidad recomendada o no tenemos conocimiento sobre el verdadero efecto del fármaco. (1).

Sobre el término “automedicación”, aparece una variedad de estudios y aproximaciones en las que se ha buscado dar un concepto más unificado frente a este término, que haga más fácil su abordaje teórico-práctico. Los factores de riesgo a la automedicación se mantienen en ser mujer, edad comprendida entre 16 y 44 años, nivel de estudios secundarios, entre otros. (2).

La automedicación es una práctica común en países en vías de desarrollo en especial en América Latina, donde la resistencia bacteriana se ha vuelto parte importante del uso indiscriminado de antibióticos; aunque en países en desarrollo tiene sus efectos benéficos en países desarrollados ya que ha disminuido el número de veces que se acude al médico por patologías de fácil resolución dejando así espacio para que el profesional se dedique a atender enfermedades con mayor gravedad (3).

El mantenimiento de la salud de una persona es una de los objetivos que el ser humano busca durante toda su vida, y el autocuidado es una de las formas más utilizadas para cubrir la homeóstasis en la población, por lo que a través del tiempo la familia y el entorno cultural han influido positiva o negativamente en la resolución de problemas de salud; remedios de antaño y técnicas curativas han sido transmitidas de generación en generación por personal que no necesariamente tiene adiestramiento en la salud (4).

2.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En la actualidad la automedicación se define como la “voluntad y *capacidad de las personas o pacientes para participar de manera inteligente y autónoma en las decisiones y la gestión de actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen*” (4).

La población en general tiene la intención de automedicarse y en algún momento del futuro terminara haciéndolo por alguna situación de emergencia o por practicidad ya que tienen un alto porcentaje de hacerlo en un futuro, por lo que se puede ver incrementado el riesgo de esta práctica en los años subsecuentes. En poblaciones europeas con alto nivel educativo en el 50% de los casos que presentaron alguna sintomatología que los aquejaba se automedicaron (5).

Las estrategias educativas han tratado de disminuir la ingesta de medicamentos en México destacando el de antibióticos ya que está causando preocupación la frecuencia con que estos son tomados de manera indiscriminada y sostenida además de factores socioculturales y económicos que influyen en esta práctica; se describe que en el país los medicamentos más utilizados en gente adulta son el ambroxol y paracetamol con 45% y “Desenfriol” ® con 44% que aunque no son antibióticos su ingesta es concomitante a estos (6).

La automedicación constituye una de las expresiones más modernas de la siempre presente necesidad de hombres y mujeres de velar por su propia salud. Sin embargo, y a diferencia de otras expresiones de los autocuidados, la automedicación tiene, para buena parte de la población y para la mayoría de los médicos, connotaciones negativas. (7).

Se apuntan como principales razones para la automedicación: la autorrealización, el sentimiento de independencia y el deseo de control de propia salud, La automedicación es el uso de productos medicinales sin prescripción médica con el fin

de tratar síntomas o enfermedades agudas o crónicas. Algunos autores proponen el concepto de automedicación responsable como la voluntad y la capacidad de las personas pacientes para participar de manera informada, responsable y segura (8).

En México a diferencia de lo que ocurre en los países más desarrollados se ha encontrado que los medicamentos que requieren receta médica frecuentemente son vendidos en las farmacias sin exigirse la receta. Obteniendo de 43 y 59% de los medicamentos que requieren receta médica son vendidos sin este requisito (9).

La medicación almacenada en los domicilios fue la siguiente:

Analgésicos 93,1%

Antiinflamatorios 87,9%

Antigripales 77,6%

Antibióticos 60,3%

Antiinflamatorios tópicos 48,3%

Antiácidos 46,6%

Preparados bucales 44.8%.

Corticoides tópicos 41.4%.

Antihistamínicos 36.2%

Ansiolíticos 32.8%.

Antibióticos tópicos 31%.

Antidiarreicos 27.6%.

Antieméticos 25.9%.

Colirios 17.2%.

Preparados para el estreñimiento 15.5%.

Por grupos de antibióticos fue:

Amoxicilina 42,4%.

Amoxicilina y ácido clavulánico 34.8%.

Macrólidos 13.8%

Quinolonas 9%.

Por formas de presentación, la medicación fue: un 63,6%

Formas orales sólidas 63.6%.

Formas orales líquidas 36.4% (10).

Los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos han sido los grupos más extensamente estudiados debido a dos razones: son medicamentos que se utilizan en numerosas ocasiones como paliativos antes de acudir a consulta médica, así como acceso fácil y son causa de una alta morbimortalidad con ingresos hospitalarios (11).

Proveer información que especifique los efectos secundarios y adversos es darle al usuario de medicamentos herramientas para que tome decisiones informadas sobre su salud, y protegerlo de riesgos potenciales derivados de consumir medicamentos. Así como se ha mostrado que los consumidores quieren información sobre sus medicamentos, y que la información adecuada disminuye la ocurrencia de reacciones adversas (12).

La población recurre a lugares donde puedan proveerlos de medicamentos entre estos lugares se encuentran las farmacias donde pedir consejos podría originar dos vertientes, que la información proporcionada por el farmacéutico no esté del todo errónea o equivocada y pueda servir como “efecto protector” para evitar complicaciones de automedicarse y se debate que el hecho de ingerir medicamentos por parte de personal farmacéutico no constituye como tal automedicación (13).

Calva señala la influencia del sexo femenino en países de América Latina como México y Perú a diferencia de diversos estudios se menciona la equidad de influencia en ambos sexos al ejercer la automedicación, así como no mostro una influencia consistente por nivel educativo, como si lo es por el estrato socioeconómico más bajo. Lo que sugiere un peso mayor al factor económico ligado a los accesos de salud (14) (15).

Existen otros factores sociodemográficos que influyen en la presencia de la automedicación tales como la edad y el sexo, los cuales se han encontrado como las variables de mayor aparición en los estudios. ⁽¹³⁾ tales como el realizado por Sevalzqueirido. I en Medellín Colombia refiere que los pacientes que acudieron a la farmacia a consultar por un problema de salud relacionado con la gripe o el resfriado fueron de mujeres en un 60%, de edad intermedia adulta (18-64 años), y el propio paciente, en la mayoría de los casos (72,5%), acudió a la farmacia solicitando el servicio de indicación. ⁽¹⁵⁾

En países desarrollados se ha encontrado aspectos positivos en la práctica de la automedicación ya que ha disminuido el número de consultas o asistencias médicas en patologías que no ponen en peligro la vida como infecciones respiratorias sin complicaciones, contusiones leves, pero no se puede decir lo mismo de los países en vías de desarrollo donde la educación en salud es aún precaria en numerosos sectores de México ⁽¹⁶⁾.

En estudio realizado por Llanos Zavalaga menciona que el factor familiar está relacionado con la práctica de automedicación, ya que familias que ganan 300 soles (1700 pesos mexicanos aproximadamente) mensuales que están consideradas pobres se automedican más que las personas que están catalogadas como pobreza extrema; haciendo que el factor económico impida que las familias en extrema pobreza no cuenten con recursos suficientes para conseguir o comprar medicamentos y los orilla a acudir a servicios de salud proporcionados por el estado buscando refugio en la medicina tradicional o empírica ⁽¹⁷⁾.

Tobón Marulanda F. A. et al. menciona en un estudio realizado en la Unidad Residencial Tricentenario de Medellín, en donde se realizó la Aplicación de una encuesta entre enero y julio de 2013 a 51 familias de la Unidad Residencial Tricentenario de Medellín, con el 95% de confianza y un error del 1,9%, usando el programa Epidat 3.1 para tratar de entender los aspectos subjetivos que influyen en la práctica de la automedicación, se encontró que el 42% de las familias elige usar

medicamentos sin prescripción por la influencia de los medios de comunicación (televisión principalmente) y efecto terapéutico ⁽¹⁸⁾.

En un estudio realizado Soriano Hernández, en la población rural de Oaxaca en el cual analizaron 87 niños con infección respiratoria aguda. Encontró que cuarenta y siete (58.8%) fueron automedicados; la automedicación fue realizada por la madre en 85.1%, se usaron antihistamínicos, vasoconstrictores (“antigripales”) combinados en 29.7%, dentro de la herbolaria se documentó té de pitona y gordolobo en 12.7%. El efecto observado referido en el paciente al automedicar fue: mejoría en 6.4%, empeoramiento en 14.9%. Refirieron haber obtenido la información para utilizar medicamentos en la televisión 38.3% siendo frecuente la automedicación en zonas rurales. ⁽¹⁹⁾.

La automedicación es una práctica muy habitual en nuestro país con cifras que rondan el 72% entre los adultos cuando, por ejemplo, les duele la cabeza. ⁽²⁰⁾.

Nivel Socioeconómico en México

El nivel socioeconómico no es una característica física y fácilmente informable, sino que se basa en la integración de distintos rasgos de las personas o sus hogares. The New Dictionary of Cultural Literacy Third Edition 2002 lo refiere como *“la posición de un individuo u hogar dentro de una estructura social jerárquica”* ⁽¹⁷⁾⁽⁹⁾.

Para conocer acerca de las diferentes condiciones económicas y sociales que existen en nuestro país existe la medición “nivel socioeconómico” que es la medición de bienestar de un hogar, que indaga que tan cubiertas están las necesidades de una familia mexicana, se consideran los siguientes ítems para la evaluación de la calidad de vida, dentro de los que encontramos: Desarrollo intelectual, finanzas y prevención, comunicación y entretenimiento, comodidad y practicidad, salud e higiene y por último espacio ⁽²¹⁾.

De acuerdo con lo anterior las clasificaciones de los niveles socioeconómicos en México son las siguientes:

Nivel socioeconómico A/B (Nivel Alto). - Que consta del 6.8% de los hogares mexicanos, donde el jefe de familia tiene un nivel de estudios de licenciatura o posgrado, son familias emprendedoras y materialistas además de que sus compras las deciden por factores aspiracionales y estatus, su vivienda cuenta con estética y arquitectura definidas y los pertenecientes a este grupo tienen ingresos extras a los de un sueldo por ejemplo renta de propiedades, jubilaciones etc. (21).

Nivel socioeconómico C+ (Medio Alto). - 14.2% de hogares mexicanos se encuentran en este nivel, donde el jefe de familia cuenta con licenciatura completa o incompleta, las compras están regidas por beneficios psicológicos, viviendas sobre terrenos de 300 metros cuadrados, con construcciones superiores a los 200 mts, cuentan con uno o dos vehículos para su transportación (21).

Nivel socioeconómico C (Medio Típico).- Las familias que tienen este nivel cuentan con recursos y servicios que permiten tener una vida práctica y una calidad de vida sin lujos ni excedentes, a este grupo pertenece el 17% de hogares en México, donde el jefe de familia tiene estudios de preparatoria o universidad, las compras están relacionadas al costo-beneficio, 1 de cada 6 familias vive en casa o departamento rentado y solo cuenta con una fuente de ingresos motivo por el cual más miembros de la familia tienen que laborar.

Nivel socioeconómico C- (Nivel medio emergente). - Las familias de este nivel tienen recursos mínimos para cubrir sus necesidades más básicas, 17.1% pertenecen a este nivel, donde el jefe de familia tiene estudios de secundaria o bachillerato, en este segmento hay familias reconstruidas, las compras pesa mucho el factor costo beneficio, 1 de cada 4 hogares son casas de interés social y la principal fuente de ingreso viene de una sola fuente de ingresos o del comercio informal (17).

Nivel Socioeconómico D+ (Nivel bajo típico).- Donde las familias de este nivel cuentan con mala calidad de vida, pasan por problemas para contar con lo básico para vivir y regularmente pasan por condiciones sanitarias mínimas; 18.5% de los hogares pertenecen a este nivel, el jefe de familia cuenta con la secundaria, se trata de familias autoritarias y sin reglas de convivencias y sus compras están enfocadas exclusivamente al precio, una quinta parte comparte terreno o vivienda con otra familia, la principal fuente de ingresos proviene de una fábrica o empresa ⁽²¹⁾.

Nivel Socioeconómico D (Nivel bajo extremo). - Las familias de este nivel cuentan con problemas para subsistir son el 21.4 de hogares mexicanos, incluso no completan sus alimentos en ocasiones, donde el jefe de familia tiene estudios de primaria o secundaria, tienen poco espacio en vivienda enfocado a cumplir las necesidades básicas de comer y dormir, aquí la fuente de ingresos es de trabajo asalariado incluso con ayudas gubernamentales ⁽²¹⁾.

Nivel Socioeconómico E (Nivel bajo muy extremo). - Familias con escasez de todos servicios y bienes siendo el 5% de los hogares donde el jefe de familia tiene nivel de estudios menor a la primaria, donde son familias con valores individualistas y de subsistencia, y no cuentan con aparatos que faciliten las labores del hogar ⁽²¹⁾

Se ha encontrado relación del factor socioeconómico con la automedicación que está muy cercano a la accesibilidad de los servicios de salud, siendo que los estratos económicos más bajos son los que practican la automedicación, aunque se excluye el nivel educativo; es decir tiene más peso o influencia el nivel socioeconómico que el grado de estudios que tenga la población ⁽³⁾.

El nivel socioeconómico que más practico automedicación fue en el nivel muy bajo con 17%, nivel bajo 36.7%, nivel medio 27% y medio alto 19.25% en una tesis de investigación en Perú, aunque fue en el área odontológica, muestra la tendencia que predomina en países en vías de desarrollo, donde se mezclan el nivel socioeconómico con la accesibilidad a los servicios de salud ⁽³¹⁾.

Infecciones Respiratorias Agudas

La clasificación original de las Infecciones Respiratorias Agudas, propuesta por la Organización Mundial de la Salud, comprendía 3 divisiones denominadas: infecciones respiratorias agudas (IRAS) “graves” (exigían envío al hospital), “moderadas” (se recomendaba antibioticoterapia en el hogar) y “leves” (se trataban solo con medidas paliativas y sin antibióticos); sin embargo se ha considerado, que esta clasificación ha generado varias discrepancias entre familiares encargados del cuidado de los niños, pues argumentaron que los cuadros mencionados anteriormente es difícil para ellos clasificar o identificar cada una ya que ellos no están familiarizados con la terminología y , resultaba difícil al personal de salud vigilar por separado la frecuencia y calidad del tratamiento de cada una (22).

Tamayo y Bastart consideran válidas estas objeciones, ya que reconocen que esa clasificación *“permitía al menos, focalizar la atención en la gravedad del cuadro clínico, lo que resultaba un elemento de suma importancia en la lucha por disminuir las muertes por IRA en niños pequeños (22)”*.

La infección de vías respiratorias superiores son la primera causa de enfermedad, en México; igualmente es el primer motivo por el cual se busca atención médica. Se refiere a la 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. (22)

Se estima que, a nivel mundial en 2015, 33 millón de episodios de infección respiratoria resultaron en aproximadamente 3,2 millones ingresos hospitalarios, y 59 600 (48 000-74 500) muertes intrahospitalarias en niños menores de 5 años. En niños menores de 6 meses, 1,4 millones ingresos hospitalarios y 27 300 muertes intrahospitalarias se debieron a infección respiratoria. También se estima que la mortalidad general por infección podría ser tan alta como 118 200. La incidencia y la mortalidad variaron sustancialmente de un año a otro en cada población determinada. ²³⁻³²

Por otro lado, la CIE 10 propuesta por la OMS agrupa a las IRAS según códigos como se explican a continuación:

Tabla 1.- Clasificación de las infecciones respiratorias según la OMS

Infecciones Vías Aéreas Superiores.

- 1.-Rinofaringitis Aguda
- 2.-Sinusitis Aguda
- 3.-Faringitis Aguda
- 4.-Amigdalitis Aguda
- 5.-Laringitis y traqueítis aguda
- 6.-Laringitis Obstructiva Agua y Epiglotitis

Infección de las vías aéreas complicadas

- 1.-Adenitis
- 2.-Otitis media
- 3.-Sinusitis Aguda
- 4.-Absceso periamigdalino
- 5.-IRAS bajas

Otras infecciones agudas De las vías respiratorias inferiores

- 1.-Bronquitis Aguda
- 2.-Bronquiolitis Aguda
- 3.-Infeccion aguda no especificada de las vías inferiores.

Dado que en México no se requiere de un profesional de la salud de tiempo completo en las farmacias, la mayoría de los medicamentos son dispensados por empleados poco capacitados. Entre el 70 y 80% de las recomendaciones terapéuticas proporcionadas por empleados de farmacias son para infecciones respiratorias, gastrointestinales e infecciones del tracto genitourinario, y van acompañados de una polifarmacia innecesaria con el propósito meramente comercial. ⁽¹²⁾

Las infecciones respiratorias recidivantes repercuten negativamente en las familias y la frustración para el personal médico; para la mayoría de los pacientes representan una sucesión de infecciones influidas por la edad, la maduración del sistema inmunitario y el medio ambiente y para otros será las primeras manifestaciones de enfermedades alérgicas atópicas ⁽³³⁾.

Se puede presentar entre 2 a 4 episodios de infecciones respiratorias, al año; sin embargo, no es raro que presenten 5 a 8 episodios de resfriado común al año. Se sabe que del 80 a 90% de los casos la etiología es viral, estas infecciones respiratorias misceláneas son exacerbadas por factores ambientales de cada localidad del país así cómo juega un rol de importancia en lo menores de cinco años, la exposición a lugares muy cerrados, acompañados de climas o calefacciones repercute en el tracto respiratorio del menor ⁽³³⁾.

En el caso de los infantes las madres deben hacer conciencia sobre el uso irresponsable e inapropiado de medicamentos sin receta o prescritos con anterioridad que por iniciativa y voluntad propia de la persona trata de buscar alivio de una determinada enfermedad o síntoma sin que exista la debida supervisión de un profesional de la salud, teniendo en consideración el aumento de resistencia bacteriana, complicación de cuadros clínicos respiratorios que puede ocasionar el uso sin conocimiento de medicamentos ⁽³⁴⁾.

En base a las estadísticas oficiales, en México la infección de vías respiratorias superiores constituye la primera causa de morbilidad y egreso hospitalario en los menores de 5 años, con frecuencia de 13 episodios por cada 100 consultas médicas. Lo anterior representa dos a cuatro episodios de infección respiratoria aguda al año por niño los cuales pueden complicarse con neumonía grave ⁽³⁴⁾.

Automedicación en pacientes pediátricos

Cuando se presentan infecciones respiratorias de repetición aquejan notoriamente a las familias, en una evolución normal deberían resolverse hacia la curación, cuando esto no sucede lo más probable es que se deba a una alergia, diagnóstico desconocido por los padres lo que ocasiona la recurrencia de la automedicación en los niños pequeños ⁽³⁵⁾.

El problema de la automedicación no está exento en los niños ya que la mayoría de los estudios y revisiones enfocadas son en el adulto y poca información sobre el rol materno y la práctica de otorgar medicamentos sin consultarlo con un profesional de la salud por lo que en ocasiones omiten esa información a la hora del interrogatorio médico ⁽³⁶⁾.

En el estudio realizado por Valenzuela afirma que el 90% de las personas que practican medicación a su hijo son las madres y que existe una asociación entre el número de hijos con el aumento del fenómeno ya que las madres se sienten más “capacitadas y experimentadas” para tratar cualquier molestia o padecimiento que tuvo algún hijo previo; y que las madres con estudios medios o superiores están asociadas con el otorgamiento de algún medicamento a su hijo en algún cuadro que curse con infecciones respiratorias, respecto a las madres con estudios básicos ⁽³⁶⁾.

Se debe de entender que el tratamiento farmacológico será *“eficaz y seguro en los pacientes pediátricos siempre y cuando se tomen en cuenta los cambios relacionados con la maduración, a las características de cada fármaco, la edad, a los estados de enfermedad, al sexo y las necesidades individuales; de lo contrario, el tratamiento puede ser ineficaz o incluso tóxico”* Con base en lo expresado previamente, es posible afirmar que la mayoría de los pacientes con infección de vías respiratorias superiores solo requieren de tratamiento sintomático. El uso de antibióticos sólo está justificado en casos específicos de infección bacteriana ⁽³⁷⁾.

Se demostró mayor prevalencia en menores de un año aumentando en el rango de edad entre los 2 y 6 meses de edad, dependiendo del sexo del menor y el área donde vive, ya sea rural o urbana. La prevalencia fue de un 34.3% en Querétaro hasta 59.7% en Colima y se reportaba que el 0.85 de los padres encuestados refirieron un cuadro previo de neumonía en los tres meses anteriores (38).

Los principales síntomas que presentan los infantes portadores de una infección respiratoria fueron fiebre con 87.9%, tos con 95.3, y rinorrea 77.7%; la fiebre es el síntoma que más preocupa a las madres por lo que las obliga a otorgar tratamiento previo a la consulta con su médico, también depende de la estación del año, se pueden presentar variaciones en la sintomatología (39).

El ser humano ha buscado a través del cuidado de sí y el cuidado de los otros mantener la salud y prevenir las enfermedades, así como sucede en la parte terapéutica la búsqueda de la cura o alivio de una determinada enfermedad o síntoma, recurriendo por iniciativa y voluntad propia de la persona al uso irresponsable e inapropiado de medicamentos sin receta o prescritos con anterioridad, sin que exista la debida supervisión de un profesional de salud, ocasionando daños que en muchos casos pueden ser irreversibles y conducir a la muerte. En la actualidad existe un uso indiscriminado de medicamentos como los antibióticos, que trae consigo la resistencia bacteriana y, por ende, la no efectividad de los mismos. (40).

El nivel socioeconómico que más practica automedicación fue en el nivel muy bajo con 17%, nivel bajo 36.7%, nivel medio 27% y medio alto 19.25% el factor económico, el percibir un tipo de ingreso, corresponde a un hecho que se ajusta a la edad. Sin embargo, en las mujeres que son amas de casa, el trabajo continúa a pesar de estar jubiladas. A nivel de educación formal, esta información es consistente con las tendencias de ese momento, pues en general, el 73% no cursó estudios superiores. (41).

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Magnitud

La automedicación es considerada un problema de salud pública por su alta prevalencia en México y el mundo la estadística es muy variada dependiendo de la literatura y el autor, teniendo un rango de un 10 hasta un 90%. En la literatura mexicana se reporta hasta un 50%. Uno de los principales factores asociados con ellos es el bajo nivel socio económico ya que el escaso acceso a los servicios de salud condiciona que los jefes de familia o las madres en el caso de los niños realicen este tipo de conductas.

En Zacatecas, así como en la Unidad de Medicina Familiar No 52 no se cuenta con estudios que analizaran la relación de la automedicación con el nivel socioeconómico de la población de la región o derechohabiente de la unidad. Por lo tanto, fue importante realizar un trabajo de investigación del fenómeno de la automedicación para comenzar a realizar documentación en la región.

Trascendencia

Fue de vital importancia conocer la incidencia de la automedicación ya que se está expuesto a efectos negativos como infecciones respiratorias complicadas que pueden dejar secuelas respiratorias en un futuro así como resistencia bacteriana, principalmente en grupos que comprenden menores de cinco años de edad, siendo afectados a posterior por la poca eficacia que puedan tener los antibióticos en infecciones teniendo cada vez menos opciones terapéuticas por la elevada resistencia o teniendo más hospitalizaciones por cuadros respiratorios viendo afectada la economía y dinámica familiar ya que los padres dejan de trabajar y causa crisis para normativas familiares.

Vulnerabilidad

En los procesos de estudio de cualquier patología el primer paso fue conocer en qué medida se presentan los fenómenos en la población de estudio por ello la necesidad de conocer la prevalencia de automedicación relacionada con el nivel socio económico en madres de menores de cinco años con infección de vías respiratorias agudas con el objetivo de realizar estrategias encaminadas a disminuir la realización de tales prácticas.

Factibilidad

En la Unidad de Medicina Familiar No 52 Cañitas de Felipe Pescador se tiene la población adscrita de 4729 derechohabientes de los cuales 275 son menores de cinco años, 137 son del sexo masculino y 138 del sexo femenino.

Urgencia

Derivado de la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad se planteó la siguiente pregunta de investigación.

4.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación que existe entre la automedicación y el nivel socioeconómico de las madres de niños menores de cinco años que cursan con infección respiratoria aguda?

5.- JUSTIFICACIÓN

Las características de la población y del sistema de salud en México como las familias extensas y compuestas, con bajo nivel de escolaridad, bajo nivel socio económico, creencias, el uso de la medicina tradicional, el escaso control de medicamentos como antibióticos, el escaso seguimiento de consultorios particulares, hacen de la automedicación una práctica muy común, principalmente en niños

menores de 5 años, que presentan en promedio 3 a 4 cuadros de infección de vías respiratorias por año, lo cual se traduce en uso indiscriminado de antibióticos y otros medicamentos que condicionan la complicación de cuadros infecciosos principalmente por resistencia bacteriana, incrementando los costos de asistencia médica y de mortalidad.

6.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

6.1 Objetivo General

Identificar la relación entre la automedicación y el nivel socioeconómico de las madres de niños menores de cinco años que cursan con infecciones respiratorias agudas.

6.2 Objetivos Específicos

- 6.2.1** Identificar las características socio demográficas de los niños menores de 5 años
- 6.2.2** Identificar la automedicación mediante modelo de encuesta
- 6.2.3** Identificar nivel socio económico mediante escala AMAI que evalúa el nivel socioeconómico de las familias mexicanas
- 6.2.4** Identificar el grupo farmacológico más prevalente de automedicación en menores de 5 años que cursan con infecciones respiratorias agudas.

7.- HIPÓTESIS DE TRABAJO

7.1.- Hipótesis Nula:

- 7.1.1** El nivel socioeconómico no se relaciona con la automedicación en madres de niños menores de 5 años que cursan con infecciones respiratorias agudas.

7.2.- Hipótesis Alterna:

- 7.2.1** El nivel socioeconómico se relaciona con la automedicación en madres de niños menores de 5 años que cursan con infecciones respiratorias agudas.

8.- MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 Tipo de Diseño

Observacional

8.2 Ejes de estudio

Transversal

Descriptivo

Analítico

Prospectivo

8.3 Universo de la población

Madres de niños de 0 a 5 años que cursaron con infecciones respiratorias agudas altas adscritos al Órgano de Operación Administrativa Desconcentrado, Zacatecas.

8.4 Población de estudio

Madres de niños de 0 a 5 años que cursaron con infecciones respiratorias agudas altas adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 52, Cañitas de Felipe Pescador, del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrado, Zacatecas.

8.5.- Lugar de estudio

Unidad de Medicina Familiar No 52, Cañitas de Felipe Pescador, del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrado, Zacatecas.

8.6.- Tiempo de estudio

Septiembre a diciembre 2021

9 CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.1 Criterios de inclusión

Se incluyeron niños menores de 5 años, independientemente del sexo, tratamiento o consultas previas, que cursaron con infecciones respiratorias agudas altas sin importar su etiología; en específico rinofaringitis aguda (resfriado común), amigdalitis aguda, faringitis aguda.

9.2 Criterios de Exclusión

Se excluyeron a niños menores de 5 años con infecciones respiratorias altas complicadas y aquellos que no acepten sus padres o tutores mediante carta de consentimiento y asentimiento.

9.3 Criterios de eliminación

Cuestionarios ilegibles, incompletos.

10.- DISEÑO DE MUESTRAL

10.1 Tamaño de muestra

Se utilizó fórmula para muestras finitas determinar tamaño de muestra

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

N: Tamaño de la población: 275 niños menores de 5 años.

Z: Nivel de confianza: 95% (1.96)

d: error muestral deseado: 5% (0.05)

p: proporción de individuos que poseen la característica de estudio: 0.5

q: proporción de individuos que no poseen la característica de estudio: 0.5

n: tamaño de la muestra: 275 niños menores de 5 años.

$$n = \frac{(275) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (812-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(275) (3.8416) (0.25)}{(0.0025) (811) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{(275) (0.9604)}{(2.0275) + (0.9604)}$$

$$n = \frac{264.11}{2.9879}$$

$$n = 147$$

10.2 Tipo de muestreo

Probabilístico aleatorio sistemático

11- VARIABLES DE ESTUDIO

11.1.- Variable dependiente:

Infecciones respiratorias

11.2.- Variable independiente:

Automedicación

11.3 Variables universales

Edad

Sexo

Gesta

Medicamento

Nivel socio económico

Escolaridad de la madre

Ocupación

Edad de la madre

12.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS.

NOMBRE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Edad en años del niño en el momento de la entrevista	Cuantitativa Discreta	Años
Grupo de edad	Conjunto de personas reunidas de acuerdo con la edad	Clasificación del menor de 5 años de acuerdo con su edad	Cualitativa Ordinal	1.-Recién nacido (0-28 días de vida) 2.-Lactante menor (29 días a 12 meses de edad) 3.-Lactante mayor (12 a 24 meses de edad) 4.- Preescolar (2 a 5 años)
Sexo	Condición orgánica masculino o femenino	Sexo del niño al momento de la entrevista	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.- Masculino 2.- Femenino

Gesta	Cantidad de embarazos que ha tenido la mujer	Número de embarazo que fue el menor entrevistado.	Cuantitativa Discreta	
Automedicación	Situación de administración de medicamentos sin prescripción medica	En instrumento de recolección se interrogará si "ha automedicado a su hijo"	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.- Si 2.- No

Variables de la madre del menor

Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde que nació hasta la actualidad	Edad en años que manifieste la madre del menor al momento de la entrevista	Cuantitativa Discreta	Años
Ocupación	Es el oficio o profesión de una persona	Ocupación actual de la madre del menor al momento de la entrevista	Cualitativa Nominal Politómica	1.- Ama de casa 2.-Operaría 3.-Empleada 4.-Comerciante 5.-Profesionista 6.-Negocio propio
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Es el nivel de escolaridad actual que tiene la madre del menor al momento de la entrevista	Cualitativa Ordinal	1.-Sin estudios 2.-Sabe leer y escribir 3.- Educación básica 4.- Educación media superior 5.- Educación superior 6.- Posgrado
Medicamento	Sustancia que administrado a un organismo sirve para prevenir, curar o aliviar enfermedad (RAE)	Grupo de medicamento que exprese la madre haber otorgado al menor en caso de infección respiratoria aguda	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.- Antibióticos 2.-Analgésicos 3.-Antiviral 4.Antihistamínicos 5.-Antitusígenos 6.-Antigripal combinado
Nivel socioeconómico	Características sociales y económicas	Nivel socioeconómico determinado mediante	Cualitativa Nominal Politómica	1.-A/b Nivel Alto 205 puntos 2.-C+ Medio alto 166 a 204 puntos

		instrumento AMAI		3.-C Medio típico de 136 a 145 puntos 4.-C- M. emergente de 112 a 135 puntos 5.-D+ Bajo Típico D Bajo Extremo de 90 a 111 puntos 6.-E Bajo muy extremo de 48 a 89 puntos
--	--	------------------	--	---

13. PROCEDIMIENTO PARA RECOPIRAR INFORMACIÓN

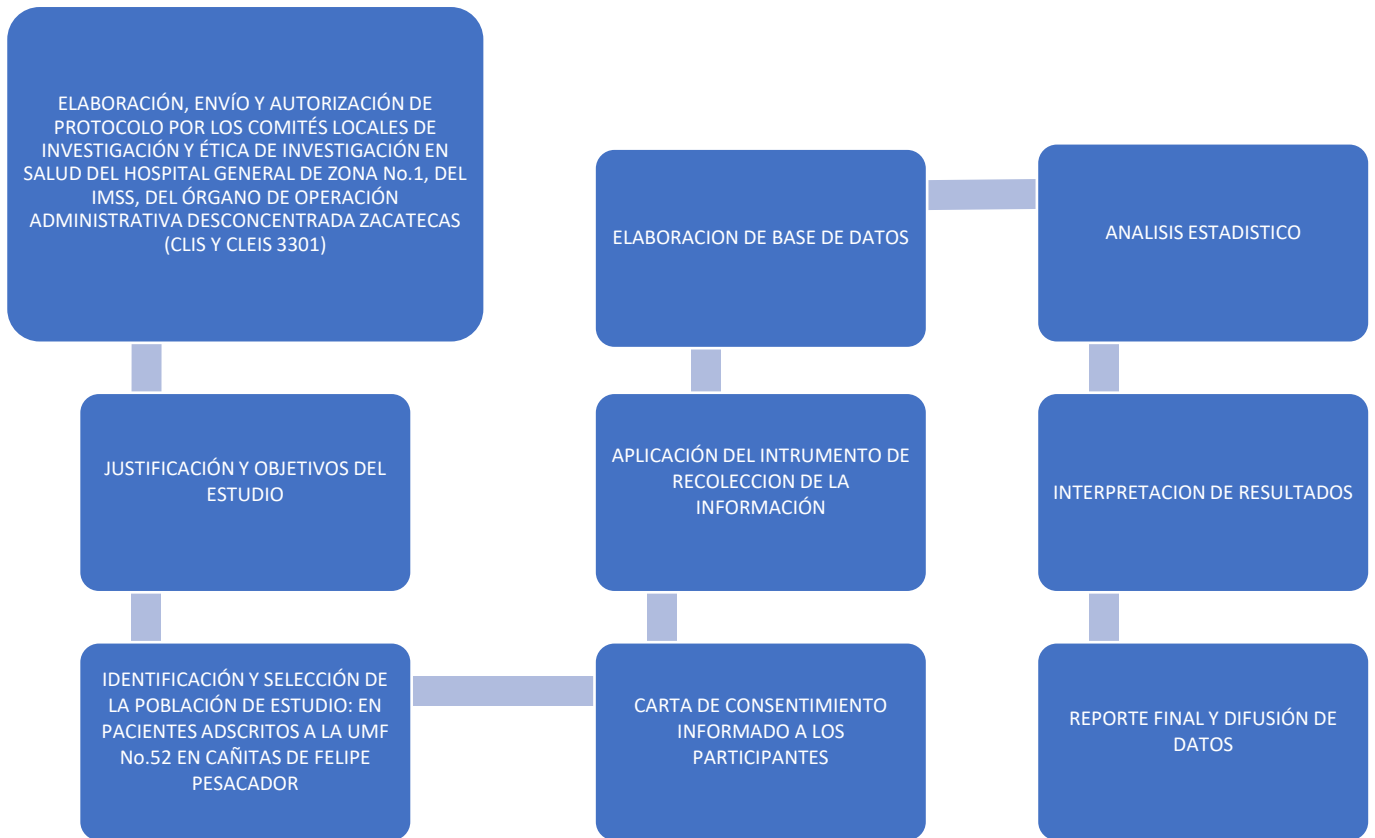
El presente trabajo de investigación en salud fue enviado a los Comités Locales de Investigación y Ética de Investigación en Salud del Hospital General de Zona No.1, del IMSS, de la OOAD Estatal Zacatecas (CLIS y CLEIS 3301) habiendo sido dictaminado como autorizado con el número de registro. También se acudió con el personal directivo y administrativo de la UMF No. 52 de Cañitas de Felipe Pescador, Zacatecas, para darles a conocer la justificación y objetivos que se pretendieron alcanzar en la ejecución de este estudio.

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula de estimación de proporciones para población finita N: Tamaño de la población: Z: Nivel de confianza: 95% (1.96), d: error muestral deseado:5% (0.05), p: proporción de individuos que poseen la característica de estudio: 0.5, q: proporción de individuos que no poseen la característica de estudio: 0.5, n: tamaño de la muestra.

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo, en el que se buscó la relación entre la práctica de la automedicación por parte de madres de niños menores de 5 años que cursaron con una infección respiratoria aguda y el nivel socioeconómico. Se buscó en la sala de espera a madres que acudan con sus niños y que éste sea menor de 5 años al salir o previo a su consulta en la Unidad de Medicina Familiar No 52 por un cuadro compatible con una infección respiratoria

aguda alta y se invitará a la madre para participar en el estudio. Se le explico los beneficios de participar en la investigación y podrá firmar la carta de consentimiento informado, si estaba de acuerdo con su participación en el estudio de investigación. Una vez que firmaron, se recabo el documento donde las madres acepten consentimiento informado y se entregó el instrumento de recolección de datos. El primer apartado es la ficha de identificación que servirá para recopilar información de la madre de los infantes menores de cinco años y el segundo apartado está integrado el instrumento AMAI que permite la evaluación del nivel socioeconómico. El tercer apartado realizo preguntas para determinar si han automedicado a su hijo por el padecimiento actual y se interrogo el medicamento utilizado una vez que conteste el instrumento, la encuesta se incluyó en base de datos realizada en hoja de cálculo de programa Microsoft Excel versión 2007, y se realizo, en base de datos y análisis estadístico en sistema IBM SPSS versión 22. con estadística descriptiva. Las variables cualitativas nominales dicotómicas, politómicas u ordinales y variables cuantitativas de intervalo se analizo mediante tablas de frecuencias relativas, absolutas, así como porcentajes. Las variables cuantitativas continuas o discontinuas mediante medidas de tendencia central y dispersión. Análisis estadístico bivariado con RM de prevalencia, con X² o Exacta de Fisher, IC 95% y valor p ≤0.05. Los resultados se presentarán en tablas y gráficos.

14.- FLUJOGRAMA



15.- ANALISIS ESTADISTICO

Se aplico mediante el programa estadístico SPSS versión 22, por medios de los cuales se obtendrán medidas de tendencia central para la variable edad de la madre, edad del menor, y frecuencias y porcentajes para las variables de sexo del niño, escolaridad y ocupación de la madre con frecuencias y porcentajes también; así como practica o no de la automedicación, y que tipo de medicamento ha otorgado.

El análisis de las variables a comparar la relación entre la variable nivel socioeconómico con la práctica de la automedicación. Se utilizo el intervalo de confianza 95% para la diferencia de proporciones mediante la estadística Chi cuadrada de Pearson para dar respuesta a la hipótesis de trabajo

16.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los principios establecidos en la declaración de Helsinki y en la resolución adoptada en la 18 asamblea medica mundial Helsinki Finlandia en junio de 1964 y debido a esta investigación se consideró como el 3er principio básico de dicha declaración que establece que “la investigación biomédica que implica seres humanos debe ser realizado únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente”.

Se cuida la privacidad del paciente de acuerdo con la declaración de Helsinki, para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de sus datos personales. Se realizará previo consentimiento informado el cual debe ser voluntario, ninguna persona que firme su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

En la investigación sobre la automedicación fue elaborada por el médico residente de segundo año de la especialidad de medicina familiar bajo la supervisión de médico familiar que fungirá como investigador responsable y pediatra certificado que tendrá el puesto de investigador asociado.

De acuerdo con el 6to principio que dice “Debe respetarse el derecho de las personas a salvaguardar su integridad, deben respetarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto de estudio sobre su integridad física y mental”. En la presente investigación se respeta este principio ya que se salvaguardará la identidad de las personas y no se pondrá en riesgo su intimidad ni se revelará su identidad, no está en riesgo su integridad física ni mental ya que solo se enfocará en contestar algunos instrumentos de evaluación sencillos.

Respecto al consentimiento informado como indica la NOM 004 en su apartado 4.2 que dice “a los documentos, escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vinculo, mediante las cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente”.

Se enfoco en el apartado de investigación, en el protocolo de estudio el paciente lleno, leyo y firmo el consentimiento informado, donde se explicó a detalle el motivo de la investigación, los inconvenientes que pudieran existir en los cuestionarios o instrumentos a ser contestados por ellos. Por tal se le explico en que consiste el consentimiento informado y el proceso del cómo se llevara a cabo la recolección de datos; ya explicado el paciente firmo de conformidad. Por ello para la autonomía del paciente será fundamental contar con el consentimiento informado debidamente leído y explicado, para la investigación que se pretende hacer.

Respecto al informe de Belmont que cita lo siguiente “El respeto por las personas exige que, a los sujetos, hasta el grado en que sean capaces se les dé la oportunidad de escoger lo que les ocurrirá o no”. En la investigación el paciente tuvo la libre elección de llenar o no el consentimiento informado de acuerdo con los

intereses que a él convengan, situación que no tendrá repercusión en su atención médica en la unidad o el recibir malos tratos por ello.

Confidencialidad y privacidad de la información

La investigación tiene que regirse en base a la “Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares”. Haciendo énfasis en los artículos 16, 17, 18,19, y 20, señalando el artículo 19 que dice “El responsable no deberá obtener y tratar datos personales a través de medios engañosos o fraudulentos, privilegiando la protección de los intereses del titular y la expectativa razonable de la privacidad” En mi investigación jamás se utilizaran trampas o engaños para recabar la información, siempre se informara clara y objetivamente el motivo por el que se realiza el instrumento de evaluación.

Artículo 18 “Todo tratamiento de datos personales que efectuó el responsable deberá estar justificado por finalidades concretas, lícitas, explícitas y legítimas”. Este trabajo de investigación tiene el objetivo de obtener datos concretos y específicos, no se obtendrán datos a gusto del recabador o del responsable de aplicar los instrumentos de evaluación con fines de alevosía o ventaja.

Es de vital importancia que los datos del paciente permanezcan confidenciales, haciendo una excepción cuando se encuentre en la evaluación alguna enfermedad o patología que requiera de atención médica o valoración por el área de psicología, nutrición o el sistema de cuidado de menores en la entidad (DIF), previa valoración con el coordinador clínico de enseñanza y autoridades del Instituto se hará uso de los datos obtenidos para efectuar acciones de prevención o curación inmediatas.

Esta investigación no transgredió los valores universales (no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía) que se mencionaron en el informe de Belmont. Las personas que formaron parte de la investigación tendrán garantizado el respeto y

su libre elección de participar o no en la investigación, y a que sean resueltas sus dudas e inquietudes.

De acuerdo con el principio de beneficencia, esta investigación no ocasiono ningún perjuicio o daño a los participantes, de acuerdo con el principio de justicia se respeto en esta investigación, ya que no se hizo distinción o selección a placer del encuestador, buscando un trato igualitario para los participantes.

Respecto al principio de no maleficencia no se transgredió ya que no ocasiono daño de ninguna índole al paciente, no puso en riesgo su salud debido a que no se hizo experimentación que falte a los principios de la ética.

El principio de autonomía se respetó con el consentimiento informado en el trabajo de investigación ya que el paciente tuvo la libertad de querer participar en el estudio y no fue sometido a presiones o influencias por parte del encuestador para obtener resultados favorables para este.

El principio de justicia fue respetado ya que el trabajo de investigación no hizo distinciones de color de piel, condición social, lenguaje, lugar de origen; es decir todos tuvieron la misma oportunidad de participar en el estudio.

El plan de acción al encontrar riesgo arrojado por las encuestas de los instrumentos se planteó a continuación; Una vez obtenidos los resultados se realizaron intervenciones educativas que incluyeron a las madres que han auto medicado a sus hijos en un grupo ya sea de autoayuda compartiendo información de utilidad y testimonios que enriquecieron el conocimiento sobre la automedicación.

Los beneficios de la investigación fue el aportar conocimiento y documentar en la región el fenómeno de la automedicación y poder tomar estrategias de medicación responsable en la población. La investigación no implica riesgos para el paciente ya

que no pone en evidencia su identidad ni viola sus principios morales o religiosos, que puedan ver sesgada la recopilación de información

17.- ADMINISTRACIÓN DEL TRABAJO

17.1 Recursos humanos:

Investigador responsable

Investigador Asociado

Residente de Medicina Familiar

17.2 Recursos materiales:

Instrumento de recolección de datos, hojas de papel bond tamaño carta y tamaño oficio, impresiones, lápices No. 2, bolígrafos, tres tablas rígidas de madera para escribir, equipo de cómputo con sistema operativo Windows

17.3 Financiamiento

Autofinanciada

17.4.- Recursos Financieros

Material	Costo Unitario	Número de piezas	Costo total
Hojas tamaño carta	\$ 82.00	2	\$ 164.00
Copias fotostáticas	\$ 1.00	400	\$ 400.00
Bolígrafos	\$ 18.00	4	\$ 72.00
Lápiz No. 2 (paquete con 3 pzas)	\$ 85.00	1	\$ 85.00
Tabla madera rígida p/ escribir	\$ 52.00	2	\$ 104.00
Goma de borrar (paq c/ 3 pzas)	\$ 27.00	1	\$ 27.00
Impresora Epson	\$ 2250.00	1	\$ 2250.00
Laptop Hacer	\$ 9500.00	1	\$ 9500.00
TOTAL			\$ 12,602

18.- PRODUCTOS ESPERADOS

Tesis

Artículo

Síntesis ejecutiva

19. RESULTADOS

Con una respuesta del 100%, se aplicaron 147 encuestas de donde se obtuvieron los siguientes resultados.

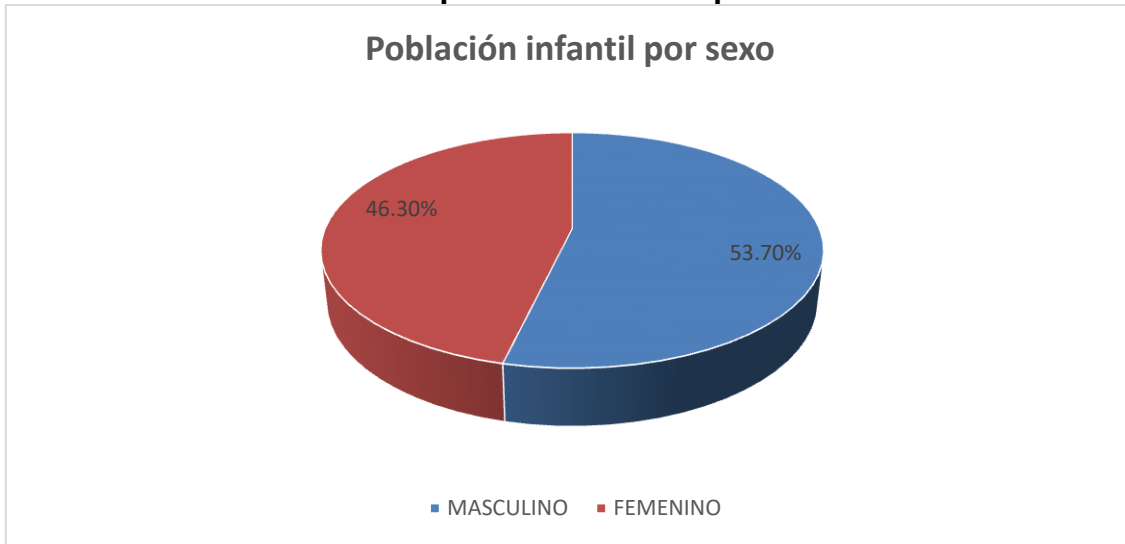
Al analizar la edad del niño se encontró una media de 1.54, una mediana de 1, moda de 1, con un valor máximo de 4 y un mínimo de .1, con una desviación estándar de +/- 1.27, respecto al número de embarazos de la madre donde hubo una media de 1.90, una mediana de 2, moda de 1, con un valor máximo de 4 y un mínimo de 1, con una desviación estándar de +/- .95. (Tabla I).

Tabla I. Medidas de tendencia central

Medidas de tendencia central						
Variable	Media	Mediana	Moda	Máximos	Mínimos	D. estándar
Edad del niño	1.54	1	1	4	.1	+/- 1.27
Embarazos de la madre	1.90	2	1	4	1	+/- .95

Fuente: base de datos.

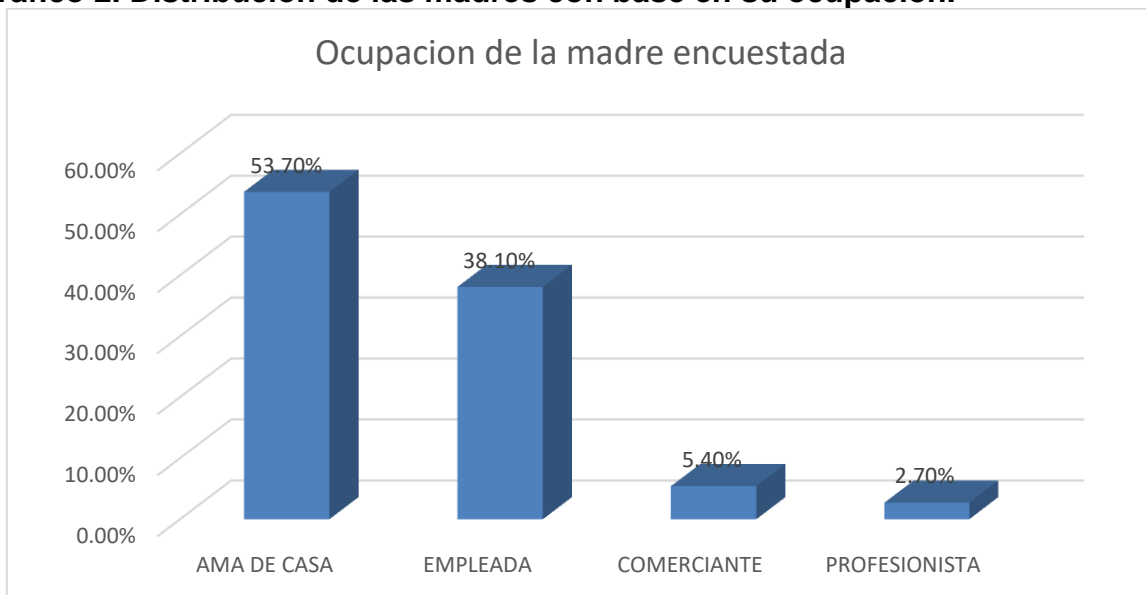
Gráfico 1. Distribución de la población infantil por sexo.



Fuente: base de datos.

Con relación al sexo del menor predominó el sexo masculino con un 53.7% (n=79). (Gráfico 1).

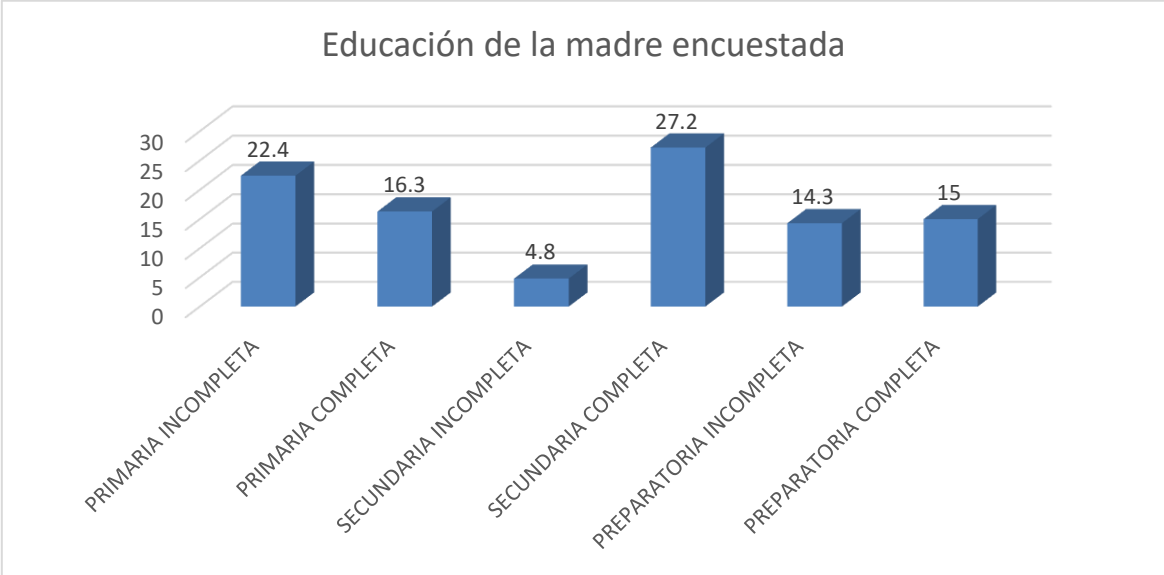
Gráfico 2. Distribución de las madres con base en su ocupación.



Fuente: base de datos.

Al describir la ocupación de la madre se encontró predominio de las amas de casa con un 53.75 (n=79), seguida de las madres empleadas con un 38.1% (n=56). (Grafico 2).

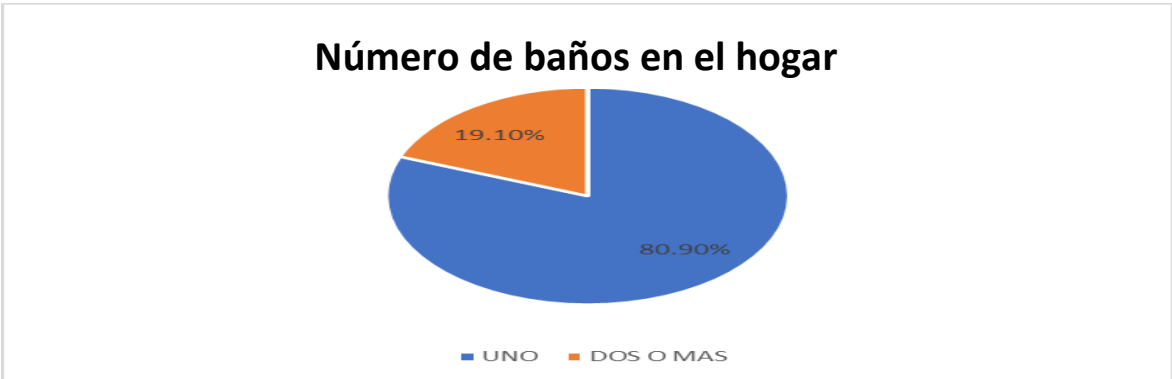
Gráfico 3. Distribución de las madres por nivel educativo.



Fuente: base de datos.

En el grado escolar de la madre, encontramos que predomina el grado de secundaria completa con un 27.2 (n=40), seguida, pero con cierta diferencia el grado escolar de primaria incompleta con un 22.4 (n=33) (Grafico 3).

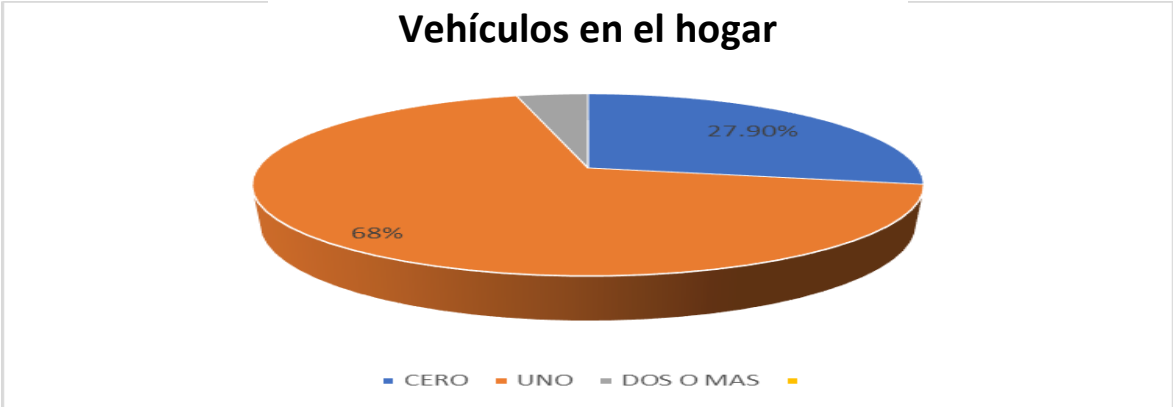
Gráfico 4. Numero de baños en el hogar.



Fuente: Base de datos

La información acerca del número de baños, solicitada en el ítem de la escala AMAI, nos arroja un resultado en el que predominan hogares con 1 solo baño completo con un porcentaje de 80.9% (n=119), con 2 o más baños cuentan el 19.1% (n=28). (Grafico 4).

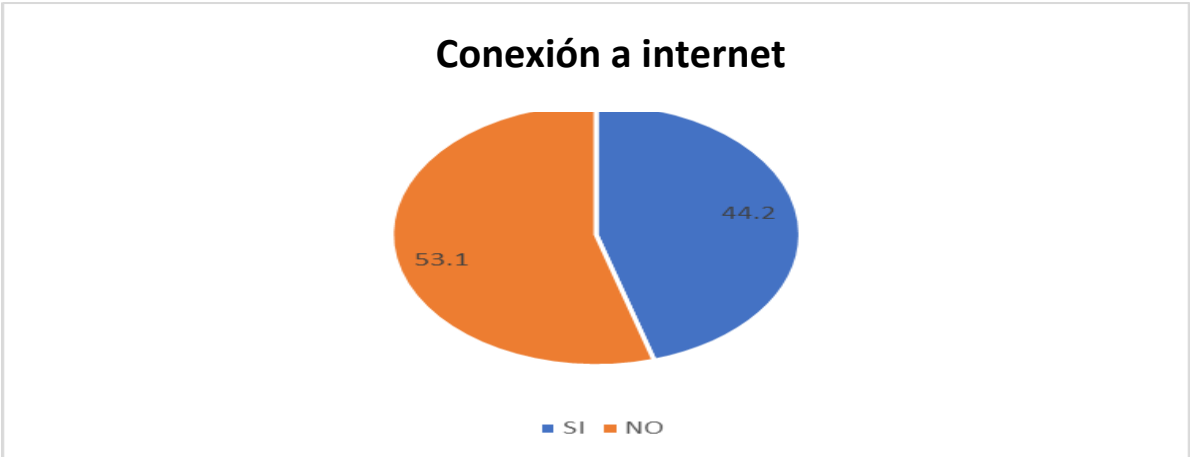
Gráfico 5. Número de vehículos en el hogar.



Fuente: Base de datos

En cuanto al número de vehículos por familia en los hogares de Cañitas, se registra que el 68% (n=100) que cuentan con 1 vehículo y el 27.9% (n=41) no tiene vehículos. (Grafico 5).

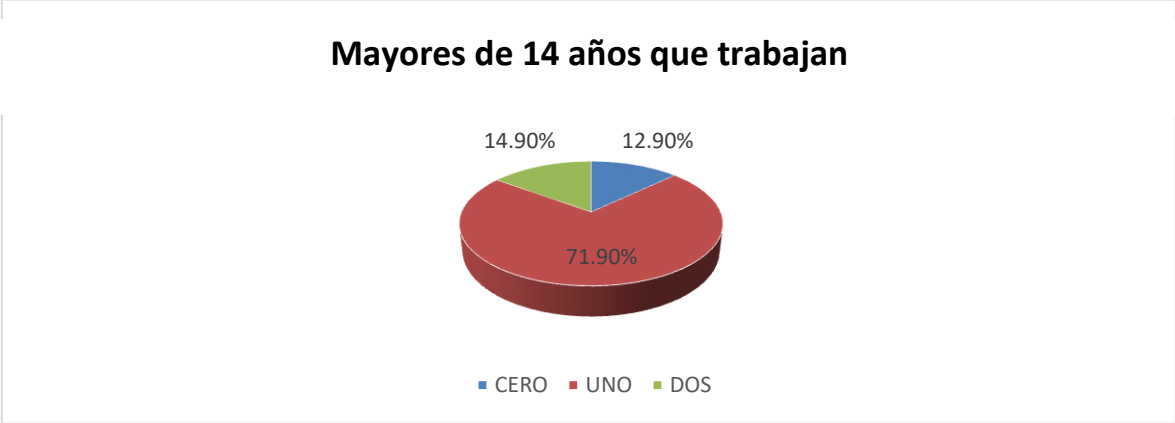
Gráfico 6: Población con conexión a internet



Fuente: Base de datos

En conexión a internet, se observa que no cuentan con el servicio el 53.1% (n=80) de las familias; solo el 44.2% (n=67) cuentan con el servicio. (Grafico 6).

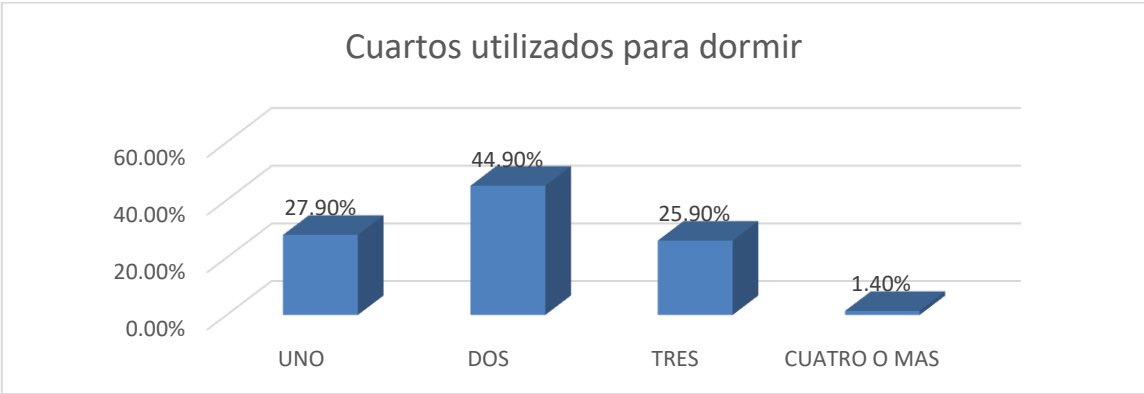
Gráfico 7. Personas mayores de 14ª que trabajaron en el último mes.



Fuente: Base de datos

Se observo que el número de personas mayores de 14 años que trabajaron en el último mes fue solo una persona con 71.90%, seguido de 2 personas con 14.90%. (Grafico 7).

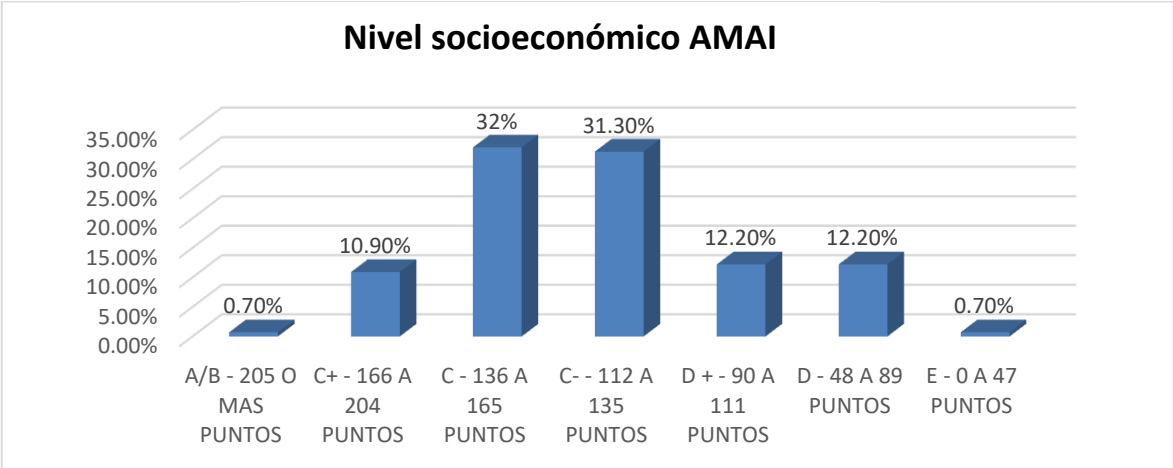
Gráfico 8: Numero de cuartos utilizados para dormir



Fuente: Base de datos

Al registrar el número de dormitorios en los hogares, predominan las casas con 2 dormitorios. Con un 44.9% (n=66), y con 1 dormitorio el 41%(n=41).(Grafica 8).

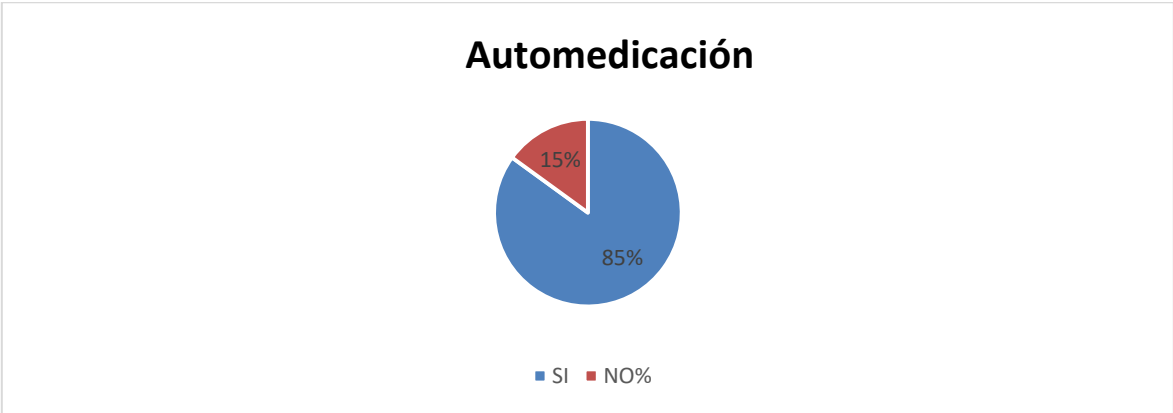
Grafica 9. Nivel socioeconómico según escala AMAI



Fuente: Base de datos

Finalizando con los ítems de escala AMAI se concluye que el 32% (n=47) de los hogares. Se clasifican con un nivel socioeconómico C (Medio Típico), siguiéndole muy de cerca el Nivel socioeconómico C- (Nivel medio emergente) con un 31.3% (n=46). (Grafico 9).

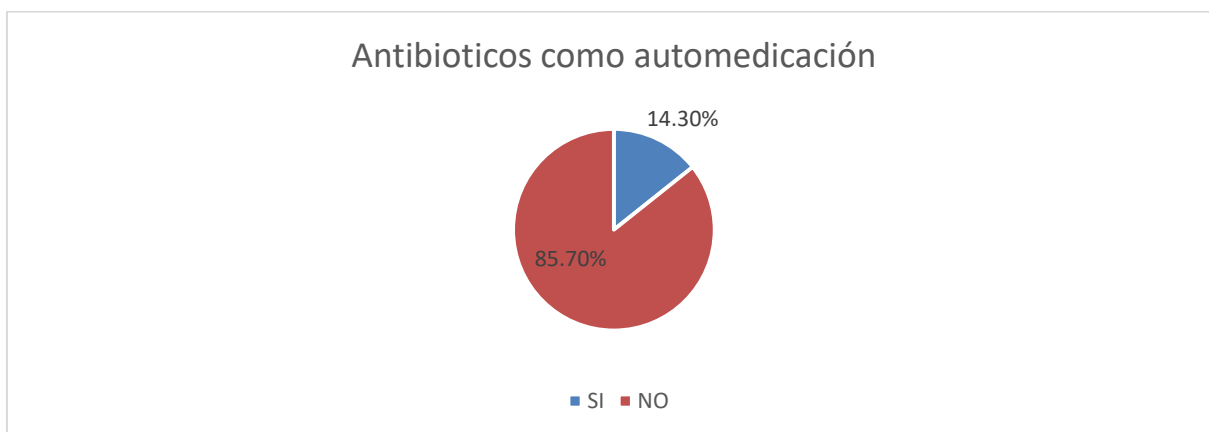
Gráfico 10. Población que hace uso de la automedicación



Fuente: Base de datos

El uso de la automedicación por madres de niños menores de 5ª con infección de vías respiratorias agudas, predominó en un 85% (n=125). (Gráfico 10).

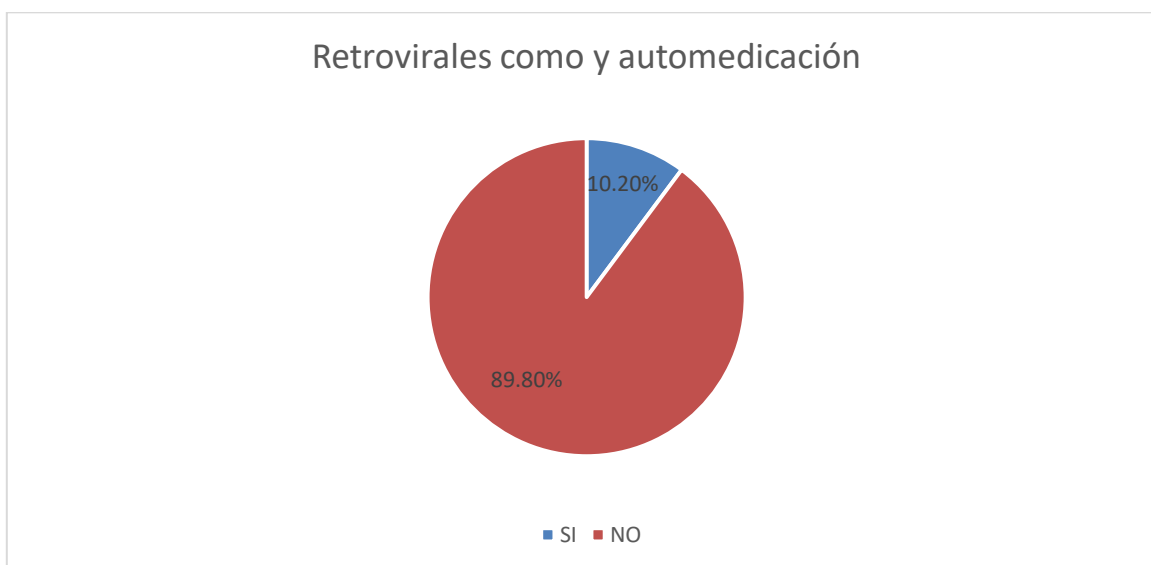
Gráfico 11. Población que hace uso de antibióticos como automedicación.



Fuente: Base de dato

De la población que hizo uso de la automedicación el 14.30% (n=21) utilizó algún tipo de antibiótico. (Gráfico 11).

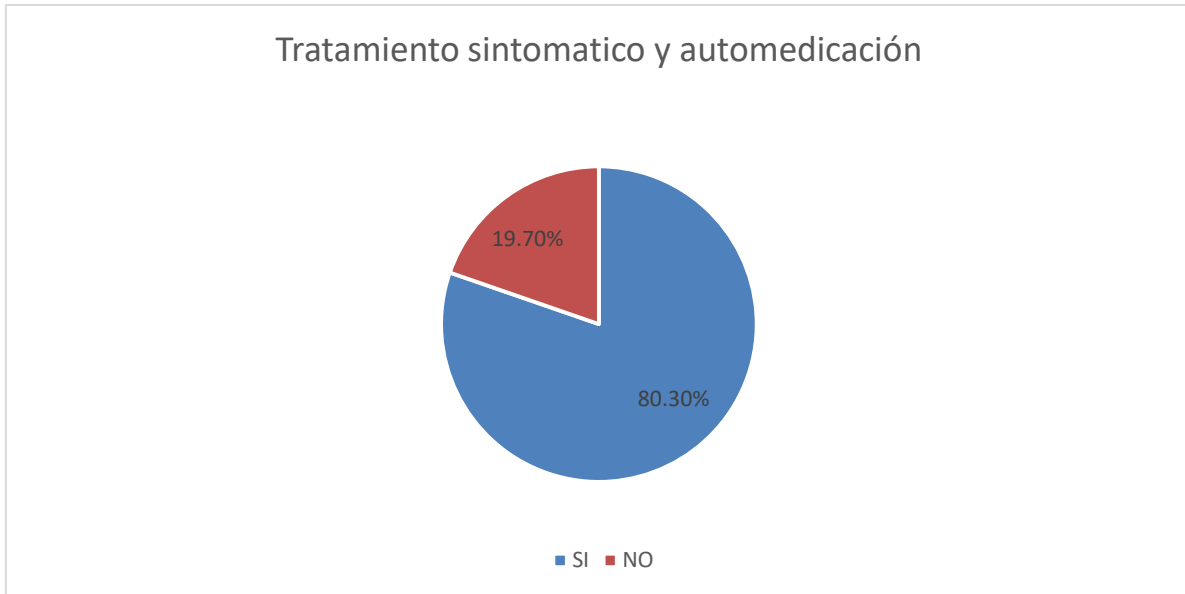
Gráfico 12. Población que hace uso de retrovirales como automedicación.



Fuente: Base de dato

El 10.20 % (n=15) utilizaron algún retroviral como automedicación. (Grafico 12).

Gráfico 13. Población usa Tx. sintomático como automedicación.



Fuente: Base de dato

Y 19.70% (n=118) utilizaron medicamento como terapia sintomática. (Grafico 13).

Respecto al uso de antipiréticos en la automedicación por parte de la madre, los medicamentos más utilizados fueron el paracetamol con 62.6% (n=92) y el ibuprofeno con 33.3% (n=49). (Tabla II)

Tabla II. Análisis del uso de antipiréticos

Uso de antipiréticos			
		Frecuencia	Porcentaje
Paracetamol	SI	92	62.6%
	NO	55	37.4%
Ibuprofeno	SI	49	33.3%
	NO	98	66.0%
Naproxeno	SI	2	1.4%
	NO	145	98.6%

Nimesulida	SI	0	0%
	NO	147	100%
Diclofenaco	SI	14	9.5%
	NO	133	90.5%
Metamizol	SI	12	8.2%
	NO	135	91.8%
Febrax	SI	3	2.0%
	NO	144	98.0%
Fuente: Base de datos			

En el uso de antivirales para la automedicación por parte de la madre, se encontró que Amantadina fue el medicamento más utilizado con 6.1% (n=9) y el Rosel con 5.4% (n=8). (Tabla III)

Tabla III: Análisis del uso de antivirales.

Uso de antivirales			
		Frecuencia	Porcentaje
Amantadina	SI	9	6.1%
	NO	138	93.9%
Rosel	SI	8	5.4%
	NO	139	94.6%
Fuente: Base de datos			

En el uso de antibióticos en la automedicación por parte de la madre, los medicamentos más utilizados fueron trimetoprima con sulfametoxazol 10.9% y la amoxicilina con 4.8 % (n=7). (Tabla IV).

Tabla IV: Análisis del uso de antibióticos

Uso de antibióticos			
		Frecuencia	Porcentaje
Amoxicilina	SI	7	4.8%
	NO	140	94.6%
Ampicilina	SI	1	.7%
	NO	146	98.6%

Cefalexina	SI	0	0%
	NO	147	100%
Claritromicina	SI	1	.7%
	NO	146	99.3%
Trimetoprima	SI	16	10.9%
	NO	131	89.1%
Ceftriaxona	SI	1	.7%
	NO	146	99.3%
Amikacina	SI	0	0%
	NO	147	100%
Lincomicina	SI	0	0%
	NO	147	100%
Azitromicina	SI	1	.7%
	NO	146	99.3%
Fuente: Base de datos			

Con el uso de antihistamínicos en la automedicación por parte de la madre, los medicamentos más utilizados fueron la clorfenamina con 11.6 % (n=17) y loratadina con 10.2% (n=15). (Tabla V)

Tabla V: Análisis del uso de antihistamínicos

Uso de antihistamínicos			
		Frecuencia	Porcentaje
Loratadina	SI	15	10.2%
	NO	132	89.8%
Clorfenamina	SI	17	11.6%
	NO	130	88.4%
Difenhidramina	SI	6	4.1%
	NO	141	95.9%
Hidroxizina	SI	2	1.4%
	NO	145	98.6%
Desloratadina	SI	0	0%
	NO	147	100%
Bromfeniramina	SI	0	0%
	NO	147	100%
Sencibit	SI	0	0%
	NO	147	100%

Antifludes	SI	0	0%
	NO	147	100%
Dimetapp	SI	3	2.0%
	NO	144	98.0%
Fuente: Uso de datos			

Respecto al uso de la automedicación en relación al número de embarazo, este predominó en las mujeres con antecedente de 2 embarazos previos con un 91.3%, esto con alta significancia estadística. (Tabla VI).

Tabla VI. Uso de automedicación y número de embarazos de la madre.

Automedicación y número de embarazos							
		1 embarazo n= 59 F= (100%)	2 embarazos n= 58 F= (100%)	3 embarazos n= 15 F= (100%)	4 embarazos n= 15 F= (100%)	Chi 2	Sig
USO DE AUTOMEDICACION	SI	52 (88)	53 (91.3)	10 (66.66)	10 (66.66)	10.234	0.017**
	NO	7 (11.86)	5 (8.6)	5 (33.33)	5 (33.33)		
Fuente: Base de datos. *** significancia estadística							

Respecto a la automedicación asociada a la ocupación de la madre, fueron las mujeres profesionistas quienes más uso hicieron de esta, con un 100% de prevalencia. Lo anterior sin significancia estadística. (Tabla VII).

Tabla VII: Uso de automedicación y ocupación de la madre.

Automedicación y ocupación de la madre							
		AMA DE CASA n= 79 F= (100%)	EMPLEADA n= 56 F= (100%)	COMERCIANTE n= 8 F= (100%)	PROFESIONISTA n= 4 F= (100%)	Chi 2	Sig
USO DE AUTOMEDICACIÓN	SI	72 (91.1)	42 (75)	7 (87.5)	4 (100)	7.486	0.058
	NO	7 (8.8)	14 (25)	1 (12.5)	---		
Fuente: Base de datos. *** significancia estadística							

Referente a la automedicación y el nivel de escolaridad de la madre se encontró alta asociación entre el uso de medicamentos sin indicación médica y contar con secundaria completa. Esto alta significancia estadística. (Tabla VIII).

Tabla VIII. Uso de automedicación y escolaridad de la madre.

Automedicación y escolaridad de la madre									
		PRIM. INCOMP. n= 33 F =(100%)	PRIM. COMP. n= 24 F= (100%)	SEC. INCOMP. n= 7 F= (100%)	SEC. COMP. n= 40 F= (100%)	PREP. INCOMP. n= 21 F= (100%)	PREP. COMP. n= 22 F= (100%)	Chi 2	Sig
USO DE	SI	29 (87.8)	14 (58.3)	4 (57.1)	39 (97.5)	18 (85.7)	21 (95.4)	24.70	0.000**
AUTOMEDICACION	NO	4 (12.1)	10 (41.6)	3 (42.8)	1 (2.5)	3 (14.1)	1 (4.5)		

Fuente: Base de datos.
*** significancia estadística

Al asociar el uso de antibiótico como terapia de automedicación se encontró alta asociación entre el uso de antibióticos con el uso de automedicación con un 100%. Encontrando alta significancia estadística. (Tabla IX).

Tabla IX. Uso de antibióticos asociados a la automedicación.

Antibióticos y automedicación					
		Con antibióticos n= 21 F=(100%)	Sin antibióticos n= 126 F=(100%)	Chi 2	Sig
USO DE	SI	21 (100)	104 (82.5)	4.312	0.025***
AUTOMEDICACION	NO	---	22 (17.4)		

Fuente: Base de datos.
*** significancia estadística

Respecto al uso de retrovirales asociados a la automedicación se encontró que la mayoría de de encuestadas que hacían uso de la automedicación no usaban ningún tipo de retroviral. Esto sin significancia estadística. (Tabla X).

Tabla X. Uso de retrovirales asociado a la automedicación.

Retrovirales y automedicación					
		Con retrovirales n= 15 F=(100%)	Sin retrovirales n= 132 F=(100%)	Chi 2	Sig
USO DE AUTOMEDICACION	SI NO	11 (73.3) 4 (26.6)	114 (86.3) 18 (13.6)	1.797	.166
Fuente: Base de datos. *** significancia estadística					

Y respecto al uso de tratamiento sintomático asociado al uso de automedicación se encontró que el 100% de la población que hacía uso de la automedicación utilizaba este tipo de medicamentos. Con alta significancia estadística. (Tabla XI).

Tabla XI: Uso de tratamiento sintomático asociado a la automedicación

Tratamiento sintomático y automedicación					
		Con Tx. Sintomático n= 118 F=(100%)	Sin Tx. Sintomático n= 29 F=(100%)	Chi 2	Sig
USO DE AUTOMEDICACION	SI NO	118 (100) ---	7 (24.1) 22 (75.8)	105.272	.000**
Fuente: Base de datos. *** significancia estadística					

Al asociar el uso de automedicación con el nivel socioeconómico se encontró predominio del uso de esta en los extremos de la clasificación del nivel socioeconómico encontrando un 100% de prevalencia en los niveles AB, D- y E. con alta significancia estadística. (Tabla XII).

Tabla XII. Uso de la automedicación asociada a el nivel socioeconómico

Automedicación y nivel socioeconómico										
		A/B n= 1 F= (100%)	C+ n= 16 F= (100%)	C n= 47 F= (100%)	C- n= 46 F= (100%)	D + n= 18 F= (100%)	D - n= 18 F= (100%)	E n= 1 F= (100%)	Chi 2	Sig
USO DE AUTOMEDICACION	SI	1 (100)	12 (75)	43 (91.4)	33 (71.7)	17 (94.4)	18 (100)	1 (100)	13.966	.030**
	NO	---	4 (25)	4 (8.5)	13 (28.2)	1 (5.5)	---	---		

Fuente: Base de datos.
*** significancia estadística

Referente a la automedicación y la edad del menor, se observó predominio de la automedicación en niños de 2 y 3 años con una prevalencia del 100%. Con alto nivel de significancia. (Tabla XIII).

Tabla XIII. Uso de automedicación y edad del menor

Automedicación y edad del menor								
		De 1 año n= 62 F= (100%)	1 año n= 28 F= (100%)	2 años n= 19 F= (100%)	3 años n= 20 F= (100%)	4 años n= 18 F= (100%)	Chi 2	Sig
USO DE AUTOMEDICACION	SI	49 (79)	25 (89.2)	19 (100)	20 (100)	12 (66.66)	32.220	.002**
	NO	13 (21)	3 (7.1)	---	---	6 (33.33)		

Fuente: Base de datos.
*** significancia estadística

Al analizar las variables sociodemográficas como factores de riesgo para el uso de automedicación por parte de las madres de niños menores de 5 años con IRAS, se encontró que una edad del menos entre 2 y 3 años, antecedente de dos embarazos en la madre, ser profesionista, contar con educación nivel secundaria y pertenecer a un nivel socioeconómico bajo es factor de riesgo para el uso de medicamentos sin indicación de un médico. Todos con significancia estadística. (Tabla XIV).

Tabla XIV, factores de riesgo para automedicación por parte de madres de niños menores de 5 años con IRAs.

Factores de riesgo para automedicación					
	t	Sig.	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
				Inferior	Superior
EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	14.699	.000***	1.54714	1.3391	1.7552
NÚMERO DE EMBARAZOS DE LA MADRE	24.227	.000***	1.905	1.75	2.06
OCUPACIÓN DE LA MADRE	26.407	.000***	1.571	1.45	1.69
ESCOLARIDAD DE LA MADRE	37.045	.000***	5.395	5.11	5.68
NIVEL SOCIOECONOMICO	38.288	.000***	3.830	3.63	4.03
SEXO DE HIJO	35.444	.000***	1.463	1.38	1.54

Fuente: Base de datos.
*** significancia estadística

19. DISCUSIÓN

De forma general, se entiende por automedicación aquella situación en la que los pacientes consiguen y utilizan los medicamentos sin ninguna intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad ni en la prescripción o la supervisión del tratamiento).

Hace un cuarto de siglo la crítica a la automedicación hizo su aparición en los debates sanitarios. El artículo publicado por Iván Illich en 1974 afirmaba que: «en los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante. Cada día más la definición de enfermedad va ligada a las disponibilidades tecnológicas. Conforme aumenta la capacidad tecnológica, se incrementa la sensibilidad en la identificación de patologías, con lo que aumenta la incidencia de las enfermedades y, por tanto, se reduce el umbral para la introducción de los tratamientos. Así, cada vez es más frecuente definir la enfermedad sólo ante simples síntomas y signos, problemas estéticos, la presencia de factores de riesgo o la probabilidad de presentar en el futuro una enfermedad.

La automedicación es un problema de alta prevalencia, la cual se muestra independiente del nivel educativo de la población, mientras que sí está relacionada con el estatus económico y la falta de afiliación al Sistema de Seguridad Social.

Un artículo publicado en el 2016 titulado Automedicación, auto prescripción y medicación «por poderes» en pediatría escrito por María Valenzuela Ortiz y colaboradores, refiere que la automedicación o medicación «por poderes» en el niño no es una decisión autónoma, libre y voluntaria del paciente, sino que se fundamenta en la interpretación subjetiva que hace de los síntomas la madre o una tercera persona responsable del menor. Analizar esta situación parece de vital importancia, a fin de conocer condicionantes, percepciones y realidades relacionadas con esta problemática. Los resultados de este estudio parecen indicar que el nivel educativo, y la experiencia adquirida por las madres con hijos previos, les genera la confianza suficiente para elegir los fármacos, que casi en el 85% de los casos proceden del «botiquín doméstico». (42) Los resultados de nuestro estudio coinciden con lo antes mencionado ya que se observó alta prevalencia de la automedicación por parte de las madres de niños menores de 5 años, donde el nivel educativo y el hecho de contar con embarazos previos tubo alta asociación con el uso de medicamentos sin indicación médica, esto probablemente debido a que como menciona el artículo de referencia el hecho de contar con experiencia y conocimiento de algunos medicamentos puede aumentar el uso de los mismos de manera indiscriminada, así como el que las madres tengan acceso a información en línea, incrementa el nivel de conocimiento de un fármaco, pero esto no significa que el fármaco elegido sea el correcto o la posología utilizada sea la adecuada.

El artículo publicado en el 2016 titulado Automedicación, auto prescripción y medicación «por poderes» en pediatría escrito por María Valenzuela Ortiz y colabores, señala que prevalencia de automedicación es alta y similar a la encontrada en la literatura. Los posibles factores asociados a la automedicación en niños son la experiencia previa de automedicación y la edad del niño. Ellos comentan que desde la atención primaria se deben realizar campañas educativas a la población de los riesgos de la automedicación.(42) El articulo mencionado tiene gran asociación con el resultado de nuestros estudios, ya que hubo asociación con el

hecho de que la madres de los niños automedicados, sentían confianza de dar ciertos medicamentos por el beneficio previo que habían obtenido en síntomas similares de cuadros previos, o con otros hijos, pudiendo sentir confianza de recomendar a otras madres darles dicho medicamento para tales síntomas; sin embargo es sumamente importante reconocer que el conjunto de síntomas conforman un padecimiento y varios síntomas son similares en diferentes cuadros patológicos sin tratarse de la misma patología, por lo que debemos destacar la importancia de la asociación entre automedicación y el hecho de contar con embarazos previos, la edad del niño, el nivel socioeconómico que probablemente sean factores que aumenten esta confianza de usar los medicamentos sin prescripción médica.

En el artículo publicado en el 2009 llamado Frecuencia de automedicación en niños con infección respiratoria aguda en un área rural, escrito por Rusben Soriano Hernández y colaboradores, refiere que la automedicación es una práctica frecuente a nivel mundial y un problema de salud pública, especialmente en los países en desarrollo. Ellos estudiaron 87 niños con infección respiratoria aguda, en el Zapotalito, Tututepec, Oaxaca. Cuarenta y siete (58.8%) fueron automedicados; lo realizó la madre en 85.1%, se usaron antihistamínicos, vasoconstrictores (“antigripales”) combinados en 29.7%, dentro de la herbolaria se documentó té de pitiona y gordolobo en 12.7%. El efecto observado referido en el paciente al automedicar fue: mejoría en 6.4%, empeoramiento en 14.9%. Refirieron haber obtenido la información para automedicar en la televisión 38.3%. La automedicación es una práctica frecuente en esta área rural. El efecto referido del fármaco fue de empeoramiento, una de cada tres se da por recomendaciones de los anuncios de la televisión, se requiere educación para la salud sobre esta problemática que va en incremento (43). Dichos resultados tienen gran coincidencia con nuestro estudio, ya que concluimos que gran porcentaje de niños automedicados en infección de vías respiratorias agudas, se hizo uso de medicamentos sintomáticos, con predominio en el uso de loratadina y clorfenamina como uso más común de antihistamínico, y debido al fácil acceso que tiene la población de estudio a la información mediante las

redes sociales, este puede ser un factor determinante en el uso excesivo de la automedicación en nuestra población.

En el artículo llamado Percepción asociada a la automedicación con antimicrobianos en farmacias de Fortaleza, publicado en el 2019 por Francisco Fabio Oliveira de Sousa Brasil. La automedicación es un fenómeno habitual en la actualidad, con motivaciones y consecuencias diversas. Cuando se practica de manera inadecuada, además de la posibilidad de no haber cura y del riesgo de reacciones adversas, contribuye para el surgimiento y diseminación de la resistencia microbiana ya que en muchos casos se utilizan antibióticos de manera indiscriminada. (44) Este aspecto coincide con los nuestros resultados ya que nuestra población tubo un alto porcentaje de uso de antibióticos, lo que en efecto puede aumentar la resistencia antimicrobiana y los efectos que de ellos deriven, como cuadros más complicados, incidencia de complicaciones y días de recuperación prolongados.

El artículo de Factores socioeconómicos y culturales asociados a la autoformulación en expendios de medicamentos en la ciudad de Barranquilla, publicado por Martha Peñuela y colaboradores en el 2002, refiere que la automedicación no mostrase una asociación evidente con el nivel educativo de las personas, hallada en otros estudios, mientras que sí se encontró relacionada con la pertenencia a los estratos socioeconómicos más bajos, dado que estas dos variables suelen estar relacionadas. (45). En el estudio que realizamos se encontró que las madres que practicaban la automedicación en su mayoría cuentan con nivel de estudio básico, con secundaria terminada, y el estrato socioeconómico medio, también cabe señalar que la totalidad de los pacientes valorados cuentan con seguridad social, mientras que los encuestados en el artículo mencionado, en su mayoría no cuentan con cobertura de algún servicio de salud, la diferencia en el nivel socioeconómico y educativo con el estudio referido puede deberse a las características de desarrollo de México como país, ya que como sabemos en nuestro país es obligación que la mayoría de la población cuente con educación básica que implica primaria y secundaria, y el nivel socioeconómico predominante en nuestra población corresponde a un nivel medio, lo que pudo condicionar la asociación entre estos aspectos y el uso de la automedicación en nuestra población.

En el artículo publicado en el 2019 llamado Estudio de prevalencia de automedicación en niños que consultan por infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda a una clínica universitaria, por Sergio Agudelo Pérez y colaboradores, refiere que la prevalencia de automedicación fue del 46 %. Los medicamentos más usados fueron el acetaminofén (78 %) y el ibuprofeno (15 %). Se encontró posible asociación de la automedicación con el antecedente de previo de automedicación y la edad del niño (46). Esta referencia tiene un alto grado de asociación con el resultado de nuestro estudio puesto que dentro de los medicamentos más utilizados fueron los sintomáticos, donde predomina el uso de analgésicos, con un uso mayoritario de paracetamol (acetaminofén), seguido de ibuprofeno, entre otros, lo que pudo deberse al hecho de que estos medicamentos son de venta libre y además cuentan con amplias campañas publicitarias en los medios de comunicación lo que puede estar aumentando la confianza por parte de las madres de hacer uso de estos medicamentos con mayor frecuencia.

En el artículo publicado en el 2019 llamado Estudio de prevalencia de automedicación en niños que consultan por infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda a una clínica universitaria, por Sergio Agudelo Pérez y colaboradores, señala que, en cuanto a la escogencia del medicamento, hay igualmente consistencia con la literatura con relación al uso de analgésicos y antipiréticos. Los medicamentos más usados fueron el acetaminofén, el ibuprofeno y el salbutamol. Sin embargo, a diferencia de estos mismos estudios, en los que el uso de antibióticos (amoxicilina y metronidazol), antigripales y antitusivos son los principales medicamentos utilizados, en la población estudiada mostró una prevalencia de uso baja. Sin embargo, es importante tener en cuenta reforzar las medidas de prevención de uso libre de estos medicamentos, ya que se reportan complicaciones por su uso indiscriminado como neumonía por resistencia antibiótica y la disminución de la expulsión de secreciones. (46). En el estudio que realizamos, se muestra resultados similares respecto a los demás medicamentos utilizados en la automedicación, ya que a pesar de uso mínimo de antibióticos, antivirales y sintomáticos, pues no se descarta la posibilidad de crear resistencia antimicrobiana y/o provocar efectos secundarios indeseables ya que no se cuenta con el debido

conocimiento, de igual forma en la población que usa antibióticos como automedicación un gran porcentaje usa la ampicilina, amoxicilina y el trimetoprim de manera libre, además del resto de medicamentos sintomáticos que lejos de ayudar terminan empeorando el cuadro, incluso como lo refiere la literatura muchas veces los medicamentos empleados pertenecen a el botiquín domestico que muchas veces está conformado de medicamentos usados previamente y de dosis que sobraron de tratamientos previos, que pueden ya no estar en condiciones adecuadas de uso lo que puede generar bajo efecto y mayor resistencia a los medicamentos.

Referente a la automedicación en un artículo de revisión sistemática, titulado “Automedicación en pediatría: una revisión integrativa” publicado por Andrade da Silva et al. En 2020 en la editorial Atenas, concluyen que sus resultados mostraron que la automedicación es una práctica antigua y algunas familias almacenan medicamentos en casa y se los administran a los niños sin tomar ninguna precaución, pudiendo resultar en intoxicaciones que requieren hospitalización. (47) Aunque no fue el objetivo de este estudio si se observó alta prevalencia de uso de automedicación por parte de las madres estudiadas, lo que indudablemente aumenta el riesgo de efectos secundarios en nuestra población menos de 5 años.

Finalmente, en el artículo antes citado publicado en el 2016 titulado Automedicación, auto prescripción y medicación «por poderes» en pediatría escrito por María Valenzuela Ortiz y colaboradores, concluyen que Las cifras obtenidas sobre pacientes que reciben medicación (70,3%) y los automedicados (32,8%) concuerdan con las publicadas por otros autores. Existen amplias variaciones propias de la influencia cultural y sociosanitaria. En España se comunican cifras de automedicación del 34%²⁰ que, apegadas al uso específico de antitérmicos, alcanzan el 63%. Esta cifra en Italia es del 28% y en áreas rurales de México del 58% (42). Aunque los datos de nuestro estudio son mayores respecto al uso de la automedicación, coincidimos en que el uso de la misma continua siendo alto y con ello aumenta el riesgo de posibles complicaciones por esta mala práctica, coincidimos con el autor en que la diferencia encontrada respecto a sus resultados y los nuestros se puede deber a las diferencias culturales y sociales de cada región, en nuestro caso el área de estudio fue una unidad de primer nivel, donde la población

por lo general cuenta con características que según la literatura revisada aumentan el riesgo del uso de la automedicación.

Con base en lo antes discutido, la automedicación en nuestra población es un problema con alto índice de prevalencia, por lo que se deben implementar estrategias que disminuyan esta mala práctica y fomenten el uso correcto de medicamentos, lo que ayudara a evitar efectos secundarios derivados de la automedicación.

21. CONCLUSIONES

Con base en los resultados de este estudio se aprueba la hipótesis de estudio y se descarta la hipótesis nula de investigación, ya que se observó una relación significativa entre el nivel socioeconómico y la práctica de la automedicación en las madres niños menores de 5 años que cursan con infecciones respiratorias agudas, siendo mas practicada por madre con nivel socioeconómico del AMAI.

En la población de estudio la incidencia de automedicación por madres de niños menores de 5 años que cursan con infecciones respiratorias agudas es mayor al 50%

El grupo farmacológico más prevalente de automedicación por las madres de niños menores de 5 años que cursan con infecciones respiratorias agudas altas son los AINE'S con finalidad antipirética, siendo el paracetamol y el ibuprofeno nos las utilizados.

Existe predominio de nivel socioeconómico medio/bajo en madres de niños menores de 5 años que cursan con infecciones respiratorias que practican la automedicación

22. PERSPECTIVAS DEL ESTUDIO

22.1. Clínicas: este estudio tiene como finalidad identificar y describir la relación que existe entre la automedicación y el nivel socioeconómico de la madre de niños menores de 5 años con infección de vías respiratorias superiores, determinar cuáles son aquellos factores sociodemográficos que más se presentan en el grupo de estudio, además, de identificaron aquellos medicamentos más utilizados en la automedicación; para establecer el impacto de la estrategia educativa a largo plazo en la población expuesta y conocer los beneficio de una atención médica oportuna además de evitar resistencia antimicrobiana y/o efectos secundarios indeseables de los medicamentos utilizados en los niños la población y para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

22.2. Metodológicas. Se recomienda seguir con la misma línea de investigación del control ya que se cuenta con muy poca literatura de automedicación pediátrica, con la finalidad de orientar a la madre y cuidador sobre las complicaciones que esta práctica pueden complicar el estado de salud del niño a corto o largo plazo debido a la resistencia de medicamentos.

23. LIMITANTES DEL ESTUDIO

Es posible que el uso de la automedicación sea muy común hoy en día, y algunas madres de familia, evitan llevar a su hijo a atención medica ya sea por falta de tiempo o porque presentan leve mejoría sintomática al automedicarlos o por no contar con seguro médico. Por lo que se sugiere realizar este estudio contemplando la población derechohabiente y no derechohabiente.

24. CONFLICTOS DE INTERÉS


Los investigadores del presente trabajo de investigación declaramos la ausencia de conflictos de interés.

25. AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la UMF No. 52 del IMSS, al personal que labora, al departamento de enseñanza de la HGZ1 y al personal médico por las facilidades otorgadas para la realización de este estudio; sin dejar de mencionar a mis asesores clínico y metodológico.

26.- ANEXOS

26.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)	
Nombre del estudio:	Automedicación y nivel socioeconómico de madres de niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda.
Patrocinador externo (si aplica):	NA
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No 52 Cañitas de Felipe Pescador, Zacatecas. De septiembre a diciembre 2021
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Estimada madre de familia se ha visto un aumento en la medicación que se da a los niños menores de 5 años, que padecen cuadros gripales por personas que no son medicos, puede ser porque la madre piense que no es una enfermedad grave, que no tengan cerca un servicio de salud, que les sea imposible continuar un seguimiento con un médico particular por falta de dinero. El objetivo de este estudio es saber sí existe una relación del medicamento que se le da a un niño por cualquier persona que no sea médico con el nivel socioeconómico de madres de niños menores de cinco años con infección respiratoria
Procedimientos:	Su participación consistirá en contestar una serie de preguntas donde usted en algunas de ellas escribirá unos datos y la mayor parte elegirá una respuesta de las ya escritas por el entrevistador
Posibles riesgos y	El presente estudio no representa riesgo para usted la única molestia que puede tener es incomodidad con alguna pregunta,

molestias:	puede negarse a contestar alguna pregunta sí así lo desea.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá ningún beneficio directo a corto plazo, a mediano largo plazo podrá ser incluida en grupo de capacitación si así lo desea, dependiendo de los resultados.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Usted tendrá derecho a conocer informes sobre los resultados del estudio si así lo desea y se derivará con su médico familiar en caso de resultar afirmativa la aseveración de la automedicación
Participación o retiro:	Puede aceptar su participación al firmar la presente y retirarse en el momento que lo considere adecuado
Privacidad y confidencialidad:	Los datos solicitados en la presente mantienen el carácter de confidencial y solo serán manejados por los investigadores.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DRA. LUCRECIA MUÑOZ ROJO MATRICULA: 99344597 e-mail: luckymunoz44@gmail.com Cel:4931170447
Colaboradores:	DR. JOSÉ DE JESÚS GUILLEN RIVERA e-mail: jose.quillenr@imss.gob.mx
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión Local de Ética de Investigación del Hospital General de Zona Zacatecas, interior Alameda 45 Zona Centro, CP 98000. Tel: 4929226373 ext. 41300, con la Dra. Ana Yadira Álvarez Esquivel presidenta de dicho comité o al correo electrónico anayadira.alvarez@hotmail.com	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

26.2 Cédula de recolección de información

" Automedicación y nivel socioeconómico de madres de niños menores de 5 años que cursan con infección respiratoria aguda"

Objetivo general: Identificar la relación entre la automedicación y el nivel socioeconómico de las madres de niños menores de cinco años que cursan con infecciones respiratorias agudas.

Instrumentos:

AMAI para determinar nivel socioeconómico.

Instrucciones: A continuación, le presentamos un total de 19 preguntas, de las cuales 6 son preguntas de respuesta abierta y 13 son preguntas con respuesta de opción múltiple, favor de contestar las mismas subrayando, tachando o anotando el número correspondiente en la línea o en el paréntesis según considere aplica para usted o su familiar, favor de no dejar ninguna pregunta sin responder y en caso de alguna duda hacérsela conocer a quien está aplicando al presente cuestionario.

I.- Ficha de identificación

- 1.- Número de folio. _____
- 2.- Fecha de aplicación del instrumento: _____
- 3.- Identificación del paciente (escribir iniciales): _____
- 4.- Número de afiliación al seguro social: _____

II.-Características sociodemográficas

IIA. - Características sociodemográficas del menor de 5 años:

- 5.- ¿Qué edad tiene su hijo (a)? _____
- 6.- ¿Cuál es el sexo de su hijo (a)? ()
 - 1.- Masculino
 - 2.- Femenino
- 7.- ¿Cuántos años tiene actualmente su hijo (a)? _____
- 8.- ¿A qué grupo de edad pertenece su hijo (a)? ()
 - 1.- Recién nacido (0-28 días)
 - 2.- Lactante menor (29 días-12 meses)
 - 3.- Lactante mayor (12-24 meses)
 - 4.- Preescolar (2-5 años)
- 9.- ¿Numero de embarazo que fue el hijo(a) que trae a consultar? ()
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5Otro: _____

IIB Características sociodemográficas de la madre del menor de 5 años.

- 10.- ¿Cuál ocupación tiene usted? ()
 - 1.- Ama de casa

- 2.- Empleada
- 3.- Comerciante
- 4.- Profesionista
- 5.- Negocio propio

11.- ¿Cuál es el grado de escolaridad que tiene usted? ()

- 1.-Sin estudios
- 2.-Sabe leer y escribir
- 3.-Educación básica
- 4.-Educación media superior
- 5.-Educación superior
- 6.-Posgrado

III.- Evaluación de estudio socioeconómico (AMAI):

12.- Pensando en el cuidador primario del paciente, ¿Cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela? ()

- 1.- Sin Instrucción
- 2.-Preescolar
- 3.-Primaria Incompleta
- 4.-Primaria Completa
- 5.-Secundaria Incompleta
- 6.-Secundaria Completa
- 7.-Preparatoria Incompleta
- 8.-Preparatoria Completa
- 9.-Licenciatura Incompleta
- 10.-Licenciatura Completa
- 11.-Posgrado

13.- ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda? ()

- 1.-0
- 2.-1
- 3.-2 o más

14.- ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja? ()

- 1.-0
- 2.-1
- 3.-2 o más

15.- Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet? ()

- 1.-Si
- 2.-No

16.- De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes? ()

- 1.-0
- 2.-1
- 3.-2
- 4.-3
- 5.-4 o más

17.- En la vivienda donde habita el paciente, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños? ()

- 1.-0
- 2.-1
- 3.-2

4.-3

5.-4 o más

18.- ¿Cuál es el nivel socioeconómico del paciente de acuerdo con la escala AMAI? (a determinar por el investigador)

Nivel Socioeconómico

1.- A/B 205 o más puntos

2.- C+ 166 a 204 puntos

3.- C 136 a 165 puntos

4.- C- 112 a 135 puntos

5.- D+ 90 a 111 puntos

6.- D 48 a 89 puntos

7.- E 0 a 47 puntos

19.- ¿Cuándo su hijo (a) comenzó con “tos, dolor de garganta o flujo nasal” le dio medicamento antes de venir a consultar sin que se lo indicara un doctor para esta ocasión? ()

1.-Si

2.-No

20.- De haberle dado medicamentos antes de venir a consultar, ¿qué medicamento le dio?

Puede marcar más de uno si le dio varios.

Si no le dio medicamento, muchas gracias por su participación, puede entregar la encuesta al entrevistador.

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| Analgésicos | () |
| I. Paracetamol (Tempra, mejoralito) | |
| 1. SI | |
| 2. No | |
| II. Ibuprofeno (Motrin) | () |
| 1. SI | |
| 2. No | |
| III. Naproxeno | () |
| 1. SI | |
| 2. No | |
| IV. Nimesulida (Severin) | () |
| 1. SI | |
| 2. No | |
| V. Diclofenaco (Cataflam) | () |
| 1. SI | |
| 2. No | |
| VI. Metamizol (Neomelubrina) | |
| 1. SI | |
| 2. No | |
| VII. Febrax | () |
| 1. SI | |
| 2. No | |
| Antiviral | () |
| I. Amantadina | () |
| 1. SI | |
| 2. No | |
| II. Rosel | () |
| 1. SI | |
| 2. No | |

Antibiótico

- I. Amoxicilina (Amobay, Amoxil) ()
 - 1. SI
 - 2. No
- II. Ampicilina (Binotal, Pentrexil) ()
 - 1. SI
 - 2. No
- III. Cefalexina ()
 - 1. SI
 - 2. No
- IV. Claritromicina ()
 - 1. SI
 - 2. No
- V. Trimetoprim/ sulfametoxazol (Bactrim) ()
 - 1. SI
 - 2. No
- VI. Ceftriaxona ()
 - 1. SI
 - 2. No
- VII. Amikacina ()
 - 1. SI
 - 2. No
- VIII. Lincomicina ()
 - 1. SI
 - 2. No
- IX. Azitromicina ()
 - 1. SI
 - 2. No

Antihistamínico

- I. Loratadina ()
 - 1. SI
 - 2. No
- II. Clorfenamina ()
 - 1. SI
 - 2. N
- III. Difenhidramina ()
 - 1. SI
 - 2. No
- IV. Hidroxicina ()
 - 1. SI
 - 2. No
- V. Desloratadina ()
 - 1. SI
 - 2. No
- VI. Bromfeniramina ()
 - 1. SI
 - 2. No

Antihistamínico combinado

- I. Sensibit ()
 - 1. SI

- 2. No
- II. Antifludes ()
 - 1. SI
 - 2. No
- III. Dimetapp ()
 - 1. SI
 - 2. No

Antitusígenos

- I. Ambroxol ()
 - 1. SI
 - 2. No
- II. Dextrometorfano ()
 - 1. SI
 - 2. No
- III. Jarabe Vick ()
 - 1. SI
 - 2. No
- IV. Tukol ()
 - 1. SI
 - 2. No
- V. Bisolvon ()
 - 1. SI
 - 2. No
- VI. Tesalón ()
 - 1. SI
 - 2. No
- VII. Broncolín ()
 - 1. SI
 - 2. No
- VIII. Histicil ()
 - 1. SI
 - 2. No

¡Muchas gracias por su participación!

Nombre del entrevistador: _____

Teléfono del entrevistador: _____

Fecha: _____

26.3.- Carta de no inconveniente

26.4.- Hoja de aceptación de anteproyecto

27. GLOSARIO

Automedicación: Es la utilización de medicamentos por iniciativa propia sin ninguna intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad, ni en la prescripción o supervisión del tratamiento).

IRA: Las infecciones respiratorias agudas son enfermedades que afectan desde oídos, nariz, garganta hasta los pulmones, generalmente se autolimitan, es decir, no requieren de antibióticos para curarlas y no suelen durar más de 15 días.

Medicamento: Son compuestos químicos que se utilizan para curar, detener o prevenir enfermedades; para aliviar síntomas; o para ayudar a diagnosticar algunas enfermedades.

Indicación Médica: una indicación es el término que describe una razón válida para emplear una prueba diagnóstica, un procedimiento médico, un determinado medicamento, o técnica quirúrgica.

Tratamiento: En medicina, tratamiento o terapia es el conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.

Nivel Socioeconómico: El nivel socioeconómico es una medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación con otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.

Gesta: es el número total de embarazos que ha tenido una mujer, sin importar el resultado. Paridad es el número de partos, tanto antes como después de las 20 semanas de gestación, e incluye cuatro componentes: Nacimientos a término.

Analgesico: sustancia, medicamento] Que hace que un dolor o molestia sea menos intenso o desaparezca, sin causar pérdida de la conciencia o el conocimiento.

Antiretrovirales: Medicamento empleado para impedir la multiplicación de un retrovirus, como el VIH. Por lo general, el término se refiere a los medicamentos antirretrovirales contra el VIH.

Antibióticos: Un antibiótico, considerando la etimología, es una sustancia química producida por un ser vivo o derivado sintético, que mata o impide el crecimiento de ciertas clases de microorganismos sensibles.

28.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cholvi M. La automedicación con antibióticos puede provocar una epidemia de “super bacterias”. Elsevier. 2017 disponible online. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/la-automedicacion-con-antibioticos-puede-provocar-una-epidemia-de-superbacterias>
2. Del Toro Rubio, Moraima; Díaz Pérez, Anderson; Barrios Puerta, Zorayda; Castillo Ávila, Irma Yolanda AUTOMEDICACIÓN Y CREENCIAS EN TORNO A SU PRÁCTICA EN CARTAGENA, COLOMBIA Revista CUIDARTE, 2017;8(1):1509-1518
3. Sánchez N. Aspectos sociales relacionados a la conducta de automedicación. Novavet. 2020. 6(64): 2422-2216. <https://www.urosario.edu.co/Revista-Nova-Et-Vetera/Omnia/Aspectos-sociales-relacionados-a-la-conducta-de-au/>
4. Niclós G, Rodilla V, Olivar T. Prescripción o automedicación: estudio del consumo de medicamentos y factores asociados a la automedicación a partir de la Encuesta Europea de Salud 2009 y 2014. Farmacéuticos Comunitarios. 2016 May 26(1); 8-12
5. Machado-Alba J, (et al). Social cultural and economics factor associated with self-medication. Biomedica 2014; 34:580-8.
6. Gonzales R (a. Antibiotic knowledge and self-care for acute respiratory tract infections in Mexico. Salud pública de México. 2012; 54(2): p. 152-157.
7. Caamano-Isorna, Francisco & Figueiras, Adolfo & Lema, E. & Gestal Otero, Juan Jesús. (2013). La automedicación: concepto y perfil de sus «usuarios». Gaceta Sanitaria. 14. 294–299. 10.1016/S0213-9111(00)71480-4.
8. Berrouet Mejía, Marie Claire; Lince Restrepo, Manuela; Restrepo Bernal, Diana Automedicación de analgésicos y antibióticos en estudiantes de pregrado de medicina U.P.B., vol. 36, núm. 2, julio-diciembre, 2017, pp. 115-122 Universidad Pontificia Bolivariana Medellín, Colombia
9. Carrera Las Fuentes P, Aguilar I. (et al). Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo. Elsevier. [Internet].2016;45(10):528-535
10. Salazar Z, (et al). Factores asociados a la automedicación con antibióticos Cuenca-Ecuador periodo 2017. Open Journal System. 2017; 1 (1): 1-4.
11. Del Toro M, Diaz A, Barrios Z, Castillo I. Automedicación y creencias en torno a su practica en Cartagena Colombia. Rev Cuidarte.2016; 8(1): 1509-1518
12. M. V. Automedicación en personas con enfermedad reciente que no buscan y su asociación con lugares. Salud Publica de México. 2017; 59(5): p. 509-510.
13. Viruloza M. Automedicación en personas con enfermedad reciente que no buscan y su asociación con los lugares en los que pide ayuda. Salud Publica de Mexico.2017;59(5):509-510.
14. Calva J, Bojalil R. Antibiotic use in a community in México Soc Sci Med 2015;42:1121-1128.

15. Seva I FMMF. Automedicación previa a la indicación farmacéutica en gripe o resfriado. *VITAE*. 2014; 21(1): p. 30-37
16. Salazar Z, (et al). Factores asociados a la automedicación con antibióticos Cuenca-Ecuador periodo 2017. *Open Journal System*. 2017; 1 (1): 1-4.
17. Llanos Zavalaga L CRC. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Rev Med Hered*. 2015; 12(4): p. 127-131.
18. Tobón Marulanda FÁ et al. Automedicación familiar, un problema de salud pública. *Educ Med*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.004>
19. AEP. Automedicación en niños y botiquín doméstico. *Asoc Esp Ped*. 201. Disponible en <https://www.aeped.es/noticias/automedicacion-en-ninos-y-botiquin-domestico>
20. Kroeger A, Ochoa H, Arana B, Diaz A, Rizzo N, Flores W. Inadequate drug advice in the pharmacies of Guatemala and Mexico: the scale of the problem and explanatory factors. *Ann Trop Med Parasitol* 2001; 95:605-616.
21. Niveles socioeconómicos en México (2016) <https://www.rankia.mx/blog/mejores-opiniones-mexico/3095882-niveles-socioeconomicos-mexico>
22. Tamayo-Reus C, Bastart-Ortiz E. Nuevo enfoque sobre la clasificación de las infecciones respiratorias agudas en niños. *MEDISAN* 2015 19(5): 680.
23. Theodoratou E, McAllister DA, Reed C. Global, regional, and national estimates of pneumonia burden in HIV-infected children in 2010: a meta-analysis and modelling study. *Lancet Infect Dis*. 2014; 14:1250–1258.
24. Liu L, Oza S, Hogan D. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2016; 388:3027–3035.
25. Nair H, Nokes DJ, Gessner BD. Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2010; 375:1545–1555.
26. Mazur NI, Martinon-Torres F, Baraldi E. Lower respiratory tract infection caused by respiratory syncytial virus: current management and new therapeutics. *Lancet Respir Med*. 2015; 3:888–900.
27. Nair H, Brooks WA, Katz M. Global burden of respiratory infections due to seasonal influenza in young children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2011; 378:1917–1930.
28. Shi T, Balsells E, Wastnedge E. Risk factors for respiratory syncytial virus associated with acute lower respiratory infection in children under five years: systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 2015; 5:020416.
29. Liu L, Oza S, Hogan D. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2015; 385:430–440.

30. Weinberger DM, Klugman KP, Steiner CA, Simonsen L, Viboud C. Association between respiratory syncytial virus activity and pneumococcal disease in infants: a time series analysis of US hospitalization data. *P Los Med.* 2015;12: e1001776.
31. Nokes DJ, Okiro EA, Ngama M. Respiratory syncytial virus infection and disease in infants and young children observed from birth in Kilifi District, Kenya. *Clin Infect Dis.* 2008; 46:50–57
32. Zhang S, Sammon PM, King I. Cost of management of severe pneumonia in young children: systematic analysis. *J Glob Health.* 2016; 6:010408.
33. Carmona-Hernández J. Infección respiratoria aguda en relación con la contaminación atmosférica y otros factores ambientales. *Arc Med Manizales* 2009 9(1): 69-79.
34. Dirección General de Epidemiología. Anuario Estadístico 2019. México, D.F.2011. Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>.
35. Ciria-Martin A (a. Factores de riesgo para infecciones respiratorias altas recurrentes en niños preescolares. *Revista alergia México.* 2014; 59(2): p. 113-122.
36. Valenzuela-Ortiz. Automedicación, auto prescripción y medicación por poderes en pediatría. *Anales de pediatría* 2017;86(5):264-269.
37. Alberta Clinical Practice Guidelines: Guideline for the Diagnosis and Treatment of Acute Pharyngitis.2018
38. Ferreira-Guerrero E, (et al). Infecciones respiratorias agudas en niños y signos de alarma identificados por padres y cuidadores en México. *Salud Publica de México.* 2016; 55 (2): 307-313
39. García Corzo J (et al). Etiología y estacionalidad de las infecciones respiratorias virales en menores de cinco años en Bucaramanga Colombia. *IATREIA.* 2017;30(2):107-116.
40. Lo presti AC, Barbera F. AUTOMEDICACIÓN: UNA VISIÓN DESDE LA EXPERIENCIA HUMANA EN EL CONTEXTO COMUNITARIO. REPRESENTACIONES SOCIALES. 2018. Univ Carab Tesis Doctoral. Disponible en <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/5904/1/alopresti.pdf>
41. Bacca JL. Factores Económicos, sociales y Culturales, asociados a la Automedicación de analgésicos en adultos mayores del Centro de Edad Dorada, de la Ciudad de San Juan de Pasto. Univ Anto Tesis. 2020 disponible en https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/18845/1/BaccaJosel_2020_Automedicaci%C3%B3nAnalgesicos.pdf
- 42 María Valenzuela Ortiz a, Francisco Javier Sánchez Ruiz-Cabello b, José Uberos c,*, Ana Fátima Checa Ros c, Cristina Valenzuela Ortiz d, María Carmen Agustín Morales e y Antonio Muñoz ~ Hoyos f. Automedicación, autoprescripción y medicación «por poderes» en pediatría. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.06.002> 1695-4033/© 2016 Asociación Española ~ de Pediatría. Publicado por Elsevier España, ~ S.L.U. Todos los derechos reservados
43. Rusben Soriano Hernández,¹ Ulises Reyes-Hernández,² Diana Reyes Hernández,² Ulises Reyes Gómez,² José Luis García-Galavíz,² Ernesto Garzón Sánchez³. Frecuencia de automedicación en niños con infección respiratoria aguda en un área rural. *Rev Fac Med UNAM* Vol. 52 No. 3 Mayo-Junio, 2009.

44. Francisco Fábio Oliveira de Sousa,* y Mirian Monteiro b. Percepción asociada a la automedicación con antimicrobianos en farmacias de Fortaleza, Brasil. © 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

45. Martha Peñuela¹ , Alonso de la Espriella² , Eugenio Escobar² , María Victoria Velásquez² , Julián Sánchez² , Armando Arango² , Oswaldo Gómez². Factores socioeconómicos y culturales asociados a la autoformulación en expendios de medicamentos en la ciudad de Barranquilla. Salud Uninorte, núm. 16, julio-diciembre, 2002, pp. 30-38

46. Sergio Agudelo Pérez¹ , María Maldonado Calderón² , Oscar Gamboa Garay³ , Daniel Upegui Mojica⁴ , Yenny Durán Cárdenas⁵. Estudio de prevalencia de automedicación en niños que consultan por infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda a una clínica universitaria. DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.36.1.616.21>

47. Andrade da Silva et al. Automedicación en pediatría: una revisión integrativa (Capítulo 5). Editorial Atena, 2022; 1(5): 1-12.