



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN LA
POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL CENTRO DE SALUD “EL PROGRESO” 2024**

Línea de investigación:

Salud mental

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor

Zenteno Canchan, David Jhoel

Asesor

Del Villar Alarcón, Carmen

ORCID: 0000-0002-5411-5159

Jurado

Tantaleán Dafieno, José Alberto

Muñante Ascencio, María Salome

Cruzado Villanueva, Magda

Lima - Perú

2025

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL CENTRO DE SALUD “EL PROGRESO” 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%	17%	3%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
2	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
5	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
6	www.sap.org.ar Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	www.grafiati.com Fuente de Internet	<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN LA
POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL CENTRO DE SALUD “EL PROGRESO” 2024**

Línea de investigación

Salud Pública

Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor

Zenteno Canchan, David Jhoel

Asesora:

Del Villar Alarcón, Carmen

ORCID: 0000-0002-5411-5159

Jurado:

Tantaleán Dafieno, José Alberto J.

Muñante Ascencio, María Salome

Cruzado Villanueva, Magda

Lima-Perú

2025

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
I. INTRODUCCIÓN	8
1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:	8
1.1.1. Descripción del problema.....	9
1.1.2. Formulación del problema	9
1.2. ANTECEDENTES	10
1.2.1. Antecedentes internacionales	10
1.2.2. Antecedentes Nacionales	14
1.3. OBJETIVOS	16
1.3.1 Objetivo General.....	16
1.3.2 Objetivos Específicos	16
1.4. JUSTIFICACIÓN	17
1.5. HIPÓTESIS	18
II. MARCO TEÓRICO	19
2.1. BASES TEÓRICAS SOBRE EL TEMA DE INVESTIGACIÓN	19
2.1.1. Autocuidado.....	19
2.1.2. Automedicación	19
2.1.3. Resistencia antimicrobiana:	20
2.1.4. Consideraciones Especiales en el Manejo de Medicamentos en Niños ..	21
2.1.5. Categoría Ocupacional.....	22

III. MÉTODO	24
3.1. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN	24
3.2. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL	24
3.3. VARIABLES	24
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA:	25
3.5. INSTRUMENTOS:.....	25
3.6. PROCEDIMIENTOS	26
3.7. ANÁLISIS DE DATOS:	27
3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	27
IV. RESULTADOS	29
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	44
VI. CONCLUSIONES:	46
VII. RECOMENDACIONES	47
VIII. REFERENCIAS.....	48
IX. ANEXOS.....	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Sexo del Paciente.....	35
Figura 2 Motivo de consulta	35
Figura 3 Medicación usada	36
Figura 4 Persona que recomienda el tratamiento.....	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Prevalencia de automedicación en el C.S. Progreso</i>	29
Tabla 2 <i>Análisis descriptivo de la variable: edad del paciente</i>	29
Tabla 3 Tabla de frecuencias	29
Tabla 4 Tabla de asociación de “tiempo transcurrido entre inicio de los síntomas y consulta” y “automedicación”	39
Tabla 5 Tabla de asociación de “motivo de consulta” y “automedicación”	40
Tabla 6 Tabla de asociación de “sexo del paciente” y “automedicación”	41
Tabla 7 Tabla de asociación de “nivel educativo de los padres” y “automedicación”	42

RESUMEN

Objetivo: Determinar cuáles son los principales factores asociados a la automedicación en la población pediátrica que asiste al centro de salud “El progreso” Lima – Perú durante los meses de octubre a diciembre del año 2024. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal en 81 participantes seleccionados por muestreo no probabilístico. Se aplicó un cuestionario validado que incluyó variables como nivel educativo y ocupacional de los padres, número de hijos, orden de nacimiento, tiempo entre síntomas y consulta médica, y tipo y procedencia de los medicamentos. Se usaron herramientas estadísticas descriptivas y pruebas de asociación. **Resultados:** La prevalencia de automedicación fue del 70.4%, predominando antipiréticos (50.9%), analgésicos (30.9%) y antibióticos (5.5%). El 82.5% de las medicaciones fueron indicadas por las madres, y en el 66.7% de los casos, por iniciativa propia. El 71.9% de los medicamentos fueron comprados directamente y el 28.1% se usaron de tratamientos previos. Se observó una mayor tendencia a la automedicación en familias con menor nivel educativo, más hijos y consultas médicas retrasadas. **Conclusiones:** La alta prevalencia de automedicación destaca la necesidad de campañas educativas para padres y el fortalecimiento de políticas que regulen la dispensación y el uso racional de medicamentos en niños.

Palabras claves: automedicación pediátrica, factores de riesgo asociados, autocuidado

ABSTRACT

Introduction: Determine the main factors associated with self-medication in the pediatric population attending the “El Progreso” health center in Lima – Peru during the months of October to December 2024. **Methods:** A descriptive and cross-sectional study was conducted in 81 participants selected by non-probabilistic sampling. A validated questionnaire was applied that included variables such as educational and occupational level of parents, number of children, birth order, time between symptoms and medical consultation, and type and origin of medications. Descriptive statistical tools and tests of association were used. **Results:** The prevalence of self-medication was 70.4%, with a predominance of antipyretics (50.9%), analgesics (30.9%) and antibiotics (5.5%). In 82.5% of the medications were prescribed by the mothers, and in 66.7% of the cases, on their own initiative. A total of 71.9% of the medications were purchased directly and 28.1% were used from previous treatments. A greater tendency to self-medication was observed in families with lower educational level, more children and delayed medical consultations. **Conclusions:** The high prevalence of self-medication highlights the need for educational campaigns for parents and the strengthening of policies that regulate the dispensing and rational use of medications in children.

Keywords: pediatric self-medication, associated risk factors, self-care.

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas en la práctica del autocuidado de la salud es la automedicación. En general, esta práctica es un problema de salud pública, ya que enmascara y retrasa el diagnóstico, favorece la resistencia a los antibióticos, produce efectos no controlados llegando incluso a la intoxicación y, en última instancia, puede causar complicaciones mortales.

En el caso de la población pediátrica, este comportamiento resulta preocupante, debido a que los padres o tutores son los principales responsables de la salud de sus hijos, y en muchas oportunidades, la respuesta más rápida a la que recurren ante la enfermedad aguda es la automedicación.

La automedicación pediátrica se convirtió en un fenómeno que, en lugar de disminuir, adquirió escala en diferentes entornos, siendo influenciada por diversos factores que facilitan el acceso a medicamentos sin prescripción médica. Si bien este comportamiento es comprensible como una estrategia inmediata de afrontamiento contra el dolor de un niño, representa un problema de salud infantil.

A pesar de que los padres quieren ver la rápida recuperación de sus hijos, no siempre pueden evaluar debidamente los peligros de la automedicación, lo que resalta la importancia de la educación en salud y la promoción de una orientación médica adecuada.

Este estudio pretende hacer parte de la búsqueda de los factores asociados a la automedicación en la población pediátrica del centro de salud “El Progreso”. De manera específica, se pretende analizar patrones de comportamiento que permitan comprender mejor las causas de este fenómeno y contribuir al establecimiento de bases para diseñar estrategias orientadas a reducir la automedicación y sus riesgos en esta comunidad.

1.1. Descripción y formulación del Problema

1.1.1. Descripción del problema

La automedicación es una práctica común a nivel global, abarcando tanto el uso de medicamentos de venta libre como de aquellos previamente prescritos para otras enfermedades o personas. En la población pediátrica, factores como la dosis y las restricciones específicas de los medicamentos son cruciales; por ello, esta práctica es particularmente preocupante debido a la vulnerabilidad inherente de los niños, quienes muchas veces están en mayor riesgo en comparación con los adultos.

Cada año, casi nueve millones de niños menores de cinco años mueren en todo el mundo, y una gran parte de estas muertes se atribuye al uso irracional de medicamentos (Agudelo Perez, 2021). Este es un problema de alcance global, con prevalencias de automedicación reportadas de más del 50 % y cercanas al 100 % en algunas áreas de Latinoamérica. (Cucho et al., 2023)

En el Perú, la automedicación es un fenómeno ampliamente extendido. La accesibilidad a medicamentos en farmacias y otros puntos de venta sin necesidad de receta médica, combinada con la falta de regulación estricta, contribuye a la prevalencia de esta práctica. Otros factores como el bajo nivel de educación en temas de salud de los padres, las barreras de acceso a servicios médicos, las creencias culturales, número de hijos, nivel ocupacional, también juegan un papel importante. La automedicación en la población peruana se estima entre un 40 % y un 60 %. Según el Ministerio de Salud (MINSA), la automedicación dificulta el correcto diagnóstico de enfermedades, siendo especialmente común en el tratamiento de infecciones respiratorias como la rinofaringitis y la faringoamigdalitis, donde los medicamentos suelen adquirirse sin prescripción médica (Vargas Vera, 2018).

1.1.2. Formulación del problema

Ante la elevada prevalencia de automedicación en la población pediátrica a nivel global, y considerando que en Perú la automedicación infantil puede alcanzar cifras como el 70.7% en niños menores de cinco años (Brenis Díaz, 2020), siendo los antibióticos, los más utilizados; surge una preocupación sobre las consecuencias de esta práctica en la salud pública, puesto que genera riesgos importantes, como la resistencia bacteriana y el uso de dosis inadecuadas de medicamentos, especialmente en contextos donde el acceso a atención médica es limitado.

A nivel nacional, se ha identificado que factores como el nivel educativo de los padres, su experiencia previa con tratamientos y el número de hijos influyen en la decisión de automedicar a sus hijos. En Lima, donde el acceso a medicamentos sin receta es común y las campañas de concientización son limitadas, es fundamental explorar esta problemática más a fondo en entornos urbanos vulnerables.

En este contexto, se formula la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuáles son los principales factores asociados a la automedicación en la población pediátrica que acude al centro de salud “El Progreso” durante los meses de octubre a diciembre del año 2024?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes internacionales

Bedhomme et al. (2023), en Francia, realizó un estudio descriptivo para describir las Intervenciones Farmacéuticas Pediátricas (PPIs) en la automedicación durante solicitudes espontáneas de medicamentos en farmacias comunitarias. El estudio se llevó a cabo en 139 farmacias de la región Auvergne-Rhône-Alpes desde febrero hasta mayo, durante un período de cinco años (2017-2021). Se recopilaban datos a través de una cuadrícula de notificación validada, con una muestra de 3,552 intervenciones farmacéuticas. De estas, el 8.3% (n=286) correspondieron a PPIs. Entre estas PPIs, el 35% se generó por solicitudes de medicamentos

de prescripción opcional que estaban contraindicados por la condición fisiopatológica del paciente, el 28.3% correspondió a medicamentos que requerían receta médica, y el 20.6% a medicamentos de venta libre que no se adecuaban a los síntomas presentados. El 10% de las solicitudes requirió una derivación para consulta médica. Las clases terapéuticas más frecuentes fueron: sistema respiratorio (39.5%), tracto alimentario y metabolismo (19.2%), sistema nervioso (11.5%), y sistema musculoesquelético (10.8%). Los medicamentos más comunes implicados en las PPIs fueron ibuprofeno, combinaciones de alcanfor con aceites esenciales, principalmente debido a contraindicaciones relacionadas con la edad o el peso. Se concluye que el farmacéutico comunitario tiene un papel importante a la hora de proporcionar información sobre los medicamentos y su correcto uso a los pacientes.

Valenzuela Ortiz et al. (2017), en España, realizaron un estudio observacional prospectivo con el objetivo de analizar los factores maternos y familiares asociados a la automedicación pediátrica. El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Se incluyeron 1,714 madres de niños de entre 0 y 14 años que acudieron al servicio de urgencias. Se aplicó una encuesta validada para recoger datos sociodemográficos y de automedicación. La prevalencia de automedicación infantil fue del 32.8%, y los fármacos más comúnmente utilizados fueron antitérmicos y anticatarrales. Los factores asociados significativamente con la automedicación incluyeron el nivel educativo de las madres, el número de hijos y el orden de nacimiento entre los hermanos. La automedicación fue más frecuente en madres con estudios medios o superiores, y en familias con más de un hijo, siendo los hijos no primogénitos más propensos a recibir medicación sin receta. El estudio concluyó que el nivel educativo de la madre y la experiencia previa con otros hijos influyen en la automedicación infantil, y sugiere la necesidad de campañas educativas para concienciar sobre los riesgos de esta práctica.

Ben Mabrouk et al. (2021), en Túnez, realizó un estudio transversal con el objetivo de evaluar el conocimiento de los padres sobre el uso de antibióticos e identificar los factores asociados con la automedicación en niños. El estudio se llevó a cabo durante un período de un año, desde agosto de 2019 hasta julio de 2020, en el departamento de pediatría del hospital universitario Taher Sfar en Mahdia. Se incluyeron 354 padres de niños que consultaban o estaban hospitalizados, y se recogieron datos mediante una entrevista guiada por cuestionario. El puntaje promedio de conocimiento de los padres fue bajo, con un promedio de 2 ± 1.3 puntos. El 61.6% de los padres demostraron un conocimiento insuficiente sobre los antibióticos. La frecuencia de uso de antibióticos sin receta entre los niños fue del 20.6%, siendo la amoxicilina el antibiótico más comúnmente utilizado (72.6%). Los principales síntomas que llevaron a la automedicación fueron dolor de garganta (60.3%), fiebre importante (34.2%) y síntomas similares a la gripe (23.3%). La razón más frecuente para la automedicación fue la prescripción previa del mismo antibiótico para los mismos síntomas (58.9%). El antibiótico provenía de una receta anterior en el 57.5% de los casos y fue recomendado por el farmacéutico en el 39.7% de los casos. Los factores asociados con la automedicación parental incluyeron la edad avanzada de los padres, la capacidad de nombrar un antibiótico y una puntuación de conocimiento superior a 2. El estudio concluyó que el conocimiento de los padres sobre el uso de antibióticos es bajo, y recomienda restringir la venta de antibióticos sin receta y promover la educación pública para abordar este problema de salud.

Jing Yuan et al. (2021), en China, realizó una encuesta transversal nacional con el objetivo de estimar la prevalencia de la automedicación reportada por los padres entre niños menores de 12 años en China. La encuesta se llevó a cabo mediante un cuestionario en línea autoadministrado, y se incluyeron cuestionarios válidos de 4,608 padres. Se preguntó a los padres si habían automedicado a sus hijos en los últimos 12 meses. El análisis de regresión

logística identificó que el 24.21% de los encuestados informaron haber recurrido a la automedicación en el último año. Los resultados mostraron que los padres con títulos de posgrado tenían menos probabilidades de automedicar a sus hijos (Odds Ratio Ajustado = 0.436; IC 95% = 0.296-0.641). Aunque no alcanzó significación estadística, las probabilidades de automedicación se asociaron con ser padre, vivir en el norte de China y tener un hijo de 6-11 años. El estudio concluyó que la automedicación es común en niños menores de 12 años en China, y que el nivel educativo de los padres es un factor de riesgo importante. Se recomienda implementar intervenciones específicas y programas educativos para mejorar la seguridad del uso de medicamentos en esta población.

Tarciuc et al. (2020), en Rumania, realizó un estudio piloto con el objetivo de observar las actitudes y comportamientos de un grupo de padres rumanos respecto a la automedicación de sus hijos, específicamente sus creencias, riesgos percibidos y frecuencia de automedicación, así como los síntomas y tipos de medicamentos más comúnmente utilizados sin asesoría médica. El cuestionario fue enviado por correo electrónico o enlace de WhatsApp, utilizando los datos existentes en el consultorio del médico de cabecera, junto con el formulario de protección de datos y el consentimiento informado. De 246 cuestionarios aplicados, se obtuvo una tasa de respuesta del 98%. El estudio reveló que el 70% de los padres automedican a sus hijos. Se encontró una relación significativa entre las creencias de los padres sobre la automedicación y su tendencia a administrar medicamentos a sus hijos sin consejo médico. Además, se observó una relación significativa entre la probabilidad de automedicación parental y el número de enfermedades experimentadas por los hijos durante los seis meses previos a la encuesta. Aunque los padres comprenden los riesgos de la automedicación, esta comprensión no se alinea con su comportamiento real, y continúan administrando medicamentos a sus hijos sin asesoramiento médico. El estudio concluye que es importante describir los patrones de

decisión de los padres respecto a la automedicación de sus hijos e identificar a los padres más predispuestos a esta práctica.

Pathan et al. (2023), en India, realizó un estudio con el objetivo de abordar la creciente prevalencia de la automedicación en la atención pediátrica en India. Este fenómeno, que implica el uso de medicamentos sin una receta válida basada en síntomas autodiagnosticados, ha ganado relevancia en países en desarrollo como India debido a factores como el deseo de reducir costos de atención médica, ahorrar tiempo y limitaciones financieras. El estudio encontró que la automedicación está en aumento, especialmente entre familias de bajos y medianos ingresos, impulsada por la asequibilidad, la conveniencia y la conciencia limitada de los padres. Los riesgos asociados con la automedicación en niños incluyen efectos adversos graves, el enmascaramiento de síntomas de enfermedades crónicas y el aumento de la resistencia a los antibióticos. Para abordar este problema, el estudio destaca la necesidad de un enfoque multifacético que incluya iniciativas educativas sobre atención médica, medidas regulatorias para monitorear las ventas de medicamentos de venta libre y campañas de concientización pública. También se recomienda la colaboración entre proveedores de atención médica, organismos gubernamentales, compañías farmacéuticas e instituciones educativas para defender políticas que prioricen la salud infantil y garantizar el acceso a una atención médica adecuada para todos los niños en India.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Vargas (2018), en Perú, realizó un estudio con el objetivo de identificar los factores asociados a la automedicación con antibióticos en pacientes que acuden a los consultorios externos de pediatría del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú, en enero de 2018. Este estudio descriptivo, prospectivo y transversal incluyó una muestra de 273 pacientes. Los resultados mostraron que el 69,78% de los padres automedicaron a sus hijos. La edad más

frecuentemente automedicada fue de 1 mes y 1 día a 2 años (56,47%). El 55,4% de los pacientes eran de sexo masculino, y el nivel económico predominante fue Medio-Bajo (74,1%). Los principales motivos para la automedicación fueron la fiebre (49,28%), siendo las principales fuentes de antibióticos la recomendación de un farmacéutico (35,6%) y el uso de una receta anterior (34,53%). Los factores asociados a la automedicación identificados fueron el bajo conocimiento sobre antibióticos de los padres, el sexo masculino del paciente, el uso de recetas anteriores y la recomendación del farmacéutico, todos con un valor de $p < 0,005$, sugiriendo una asociación estadística significativa.

Cucho-Vásquez et al. (2023), en Perú, realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados a la automedicación en niños con enfermedades de vías respiratorias altas en un centro materno infantil. El estudio, de diseño observacional transversal analítico, incluyó una muestra de 206 padres de familia que acudieron al servicio de Emergencia. La automedicación en niños presentó una prevalencia del 91,3%. Se utilizó un cuestionario aprobado por Valenzuela M. y el análisis se realizó con el programa SPSS, aplicando análisis bivariado y regresión logística de Poisson. Los resultados indicaron que los padres con educación primaria y secundaria tenían una mayor probabilidad de automedicar a sus hijos (Razón de Prevalencia ajustada = 1,22; IC 95%: 1,01-1,40). Los primogénitos mostraron una menor probabilidad de automedicación (Razón de Prevalencia ajustada = 0,86; IC 95%: 0,76-0,97). Los padres de 20 a 29 años (Razón de Prevalencia ajustada = 1,04; IC 95%: 0,96-1,13), los niños menores de 7 años (Razón de Prevalencia ajustada = 0,99; IC 95%: 0,91-1,07) y los padres con un solo hijo (Razón de Prevalencia ajustada = 1,04; IC 95%: 0,90-1,20) mostraron diferencias en las probabilidades de automedicación. Las conclusiones destacan que el nivel educativo de los padres y el orden de nacimiento, como ser el primogénito, están significativamente asociados con la automedicación en niños.

Brenis Díaz et al. (2020), en Chiclayo, Lambayeque, Perú, realizó un estudio con el objetivo de caracterizar la administración de medicamentos sin indicación médica en menores de cinco años. Este estudio descriptivo transversal, con muestreo no probabilístico consecutivo, se llevó a cabo en dos centros comerciales y se aplicó un cuestionario validado por expertos. Se entrevistó a 379 madres, con una edad promedio de $30,49 \pm 8,29$ años (mediana de 29; rango 25-75: 18 a 70 años). La frecuencia de automedicación con antibióticos en los niños fue del 70,7%, siendo la amoxicilina el antibiótico más utilizado (33,9%). El dolor de garganta y el resfriado fueron las manifestaciones clínicas más frecuentemente descritas, mientras que la fiebre fue el signo clínico principal para el uso de antibióticos. El motivo más común para no acudir al médico fue la percepción de que las madres ya sabían lo que se recetaría. La convivencia con el niño se asoció con la automedicación. Las conclusiones indican una alta frecuencia de automedicación en niños menores de cinco años, con amoxicilina como el fármaco más prescrito y una tendencia de las madres a evitar la consulta médica debido a su experiencia previa.

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar cuáles son los principales factores asociados a la automedicación en la población pediátrica que asiste al centro de salud “El progreso” Lima – Perú durante los meses de octubre a diciembre del año 2024.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar las características educativas, ocupacionales y familiares asociados a la automedicación en la población pediátrica que asiste al centro de salud “El progreso” Lima – Perú durante los meses de octubre a diciembre del año 2024.

- Identificar los tipos de medicamentos utilizados en la automedicación pediátrica y la procedencia de estos, así como el modo en que fueron adquiridos en la población pediátrica que asiste al centro de salud “El Progreso” en Lima, Perú, durante los meses de octubre a diciembre del año 2024.
- Evaluar la relación entre el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la consulta médica y el uso de medicamentos sin indicación médica en la población pediátrica que asiste al centro de salud “El progreso” Lima – Perú durante los meses de octubre a diciembre del año 2024.

1.4. Justificación

La automedicación en la población pediátrica es un fenómeno preocupante que puede traer consecuencias graves al niño y a la salud pública. En nuestro país, la alta prevalencia de esta práctica demuestra que es necesario comprender con precisión cómo y por qué los padres recurren a esta práctica.

Este estudio se justifica por la necesidad de identificar los patrones y factores asociados a la automedicación en niños y así evitar consecuencias fatídicas, tales como el aumento de resistencia bacteriana, enmascaramiento de enfermedades graves, interacciones medicamentosas, sobredosis, reacciones alérgicas, impactos en el desarrollo del niño, entre otros.

Este estudio permitirá documentar la frecuencia de la automedicación, los tipos de medicamentos más utilizados, y los motivos que llevan a los padres a automedicar a sus hijos. Además, contribuirá a un conocimiento más profundo del problema y apoyará la formulación de políticas y programas educativos que promuevan un uso más seguro y adecuado de los medicamentos en la población pediátrica.

1.5. Hipótesis

El presente estudio busca explorar las posibles relaciones entre características demográficas (edad de la madre, número de hijos, orden de nacimiento del paciente), ocupacionales (tipo de ocupación o trabajo) y características conductuales (persona que indica la medicación, tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la consulta, tipo y procedencia de los medicamentos utilizados) de los participantes y la prevalencia de automedicación. Las hipótesis planteadas permitirán verificar si existen asociaciones significativas entre dichas variables y el comportamiento de automedicación, contribuyendo a la comprensión de este fenómeno en la población pediátrica.

Hipótesis nula (H_0): No existe una asociación significativa entre los factores ocupacionales, demográficos y conductuales y la automedicación en la población pediátrica del centro de salud “El progreso” en Lima.

Hipótesis alternativa (H_1): Existe una asociación significativa entre los factores ocupacionales, demográficos y conductuales y la automedicación en la población pediátrica del centro de salud “ El progreso” en Lima.

II.MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. Autocuidado

Autocuidado se define como la capacidad de individuos, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener el bienestar y gestionar la salud en general, con o sin la intervención de profesionales de salud. Este concepto abarca una gama de prácticas y actividades que van desde la higiene personal y la nutrición hasta el manejo de condiciones de salud específicas. (Lifshitz, 2020)

En el ámbito de la salud, el autocuidado incluye no solo acciones relacionadas con la automedicación y el tratamiento de enfermedades menores, sino también el uso de recursos disponibles para el manejo de la salud en el hogar y en el entorno cotidiano. Es una parte integral del sistema de salud, que complementa en lugar de sustituir la atención profesional. Las definiciones de autocuidado destacan su relación dinámica con el sistema de salud, describiéndolo como un proceso continuo que puede incluir desde el manejo de enfermedades crónicas hasta la búsqueda de atención cuando sea necesario.

El autocuidado implica la participación de los individuos en la vigilancia y adaptación a sus propias condiciones de salud. Esto puede involucrar la toma de decisiones informadas sobre el cuidado personal y el acceso a servicios de salud, así como la colaboración con profesionales de salud para garantizar un enfoque integral en la promoción de la salud y el manejo de enfermedades. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022)

2.1.2. Automedicación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la automedicación se define como "el proceso por el cual una persona elige y utiliza un medicamento para tratar una afección o síntoma que ha identificado por sí misma" (Baracaldo-Santamaría, 2022)

La Organización Panamericana de la Salud (PAHO) amplía esta definición, describiéndola como un comportamiento individual de consumo que involucra la autoadministración, o administración a otros, de medicamentos fuera de una prescripción médica o alterando una prescripción, con el fin original de autocuidado de la salud o por otros motivos (PAHO, 2021)

2.1.3. Resistencia antimicrobiana:

La resistencia antimicrobiana es un fenómeno en el cual los microorganismos, como bacterias, virus, hongos y parásitos, desarrollan la capacidad de hacer frente a los mecanismos de acción de los medicamentos diseñados para eliminarlos o inhibir su crecimiento. Este problema se ha convertido en una de las mayores amenazas para la salud pública a nivel global, debido a que complica el tratamiento de infecciones comunes, prolonga la duración de las enfermedades, aumenta la mortalidad, y eleva significativamente los costos de atención médica. (Lugo-Zamudio, 2023)

La resistencia bacteriana, una de las formas más estudiadas de resistencia antimicrobiana, se refiere específicamente a la capacidad de las bacterias para sobrevivir y proliferar en presencia de concentraciones terapéuticas de antibióticos. Este fenómeno puede ser de origen natural (resistencia intrínseca) o adquirido (resistencia extrínseca). La resistencia intrínseca es inherente a ciertas especies bacterianas y no depende de la exposición previa a los antimicrobianos, mientras que la resistencia adquirida se produce como resultado de cambios genéticos en las bacterias, muchas veces promovidos por el uso inadecuado o excesivo de antibióticos. (Giono-Cerezo, 2020)

Los mecanismos por los cuales las bacterias desarrollan resistencia son variados e incluyen la modificación del sitio de acción del antibiótico, la inactivación enzimática del fármaco, la reducción de la permeabilidad celular al antibiótico, y la expulsión activa del

mismo a través de sistemas de eflujo. Estos mecanismos permiten que las bacterias no solo sobrevivan al tratamiento antimicrobiano, sino que también puedan transferir genes de resistencia a otras bacterias, ampliando así el problema.

El uso indebido de antibióticos en el ámbito de la automedicación, especialmente en poblaciones vulnerables como los niños, ha acelerado la aparición y propagación de cepas resistentes, llevando al mundo hacia lo que algunos expertos denominan la era postantibiótica, donde las infecciones comunes podrían volverse intratables. Por ello, la resistencia antimicrobiana se considera un problema de salud pública en constante evolución, que exige la implementación de estrategias eficaces para su contención, tales como el uso prudente de antibióticos, la promoción de la educación sanitaria, y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica. (Silvas, 2023)

2.1.4. Consideraciones Especiales en el Manejo de Medicamentos en Niños

El manejo farmacológico en pacientes pediátricos presenta desafíos únicos debido a las diferencias en ciertos aspectos como la farmacocinética y farmacodinamia en comparación con los adultos. Los niños no son una población homogénea, ya que las características fisiológicas y de desarrollo varían ampliamente entre las diferentes etapas de la infancia, desde neonatos hasta adolescentes. Estas variaciones requieren una adaptación cuidadosa de las dosis y formulaciones de medicamentos.

- **Farmacocinética en Pediatría:** El cuerpo en desarrollo de los niños afecta la absorción, distribución, metabolismo y excreción de los fármacos. Por ejemplo, la absorción oral puede verse afectada por la inmadurez del sistema digestivo, lo que implica que los medicamentos podrían tener una absorción más lenta y errática. Asimismo, la distribución de los fármacos en el cuerpo se ve influenciada por la mayor proporción de agua corporal y la

menor unión a proteínas plasmáticas, lo que puede alterar la concentración efectiva de los medicamentos en los tejidos. (Molina, 2011)

- **Farmacodinamia en Pediatría:** Los efectos de los medicamentos también pueden variar significativamente en los niños. Por ejemplo, algunos fármacos pueden tener efectos adversos sobre el crecimiento o el desarrollo óseo, como es el caso de los corticoides y las tetraciclinas. Además, el comportamiento farmacodinámico de ciertos medicamentos puede diferir, lo que requiere un ajuste específico de las dosis para evitar toxicidad o ineficacia. (Saavedra, 2008)

- **Dosis y Ajustes:** La dosificación en pediatría no puede basarse únicamente en la proporción del peso corporal respecto a las dosis de los adultos, ya que la relación entre dosis, concentración y efecto cambia a lo largo de la infancia. Factores adicionales como la presencia de patologías subyacentes, como sepsis o insuficiencia renal, también influyen en la selección de la dosis adecuada, lo que puede complicar aún más el manejo terapéutico.

- **Uso Off-Label y Farmacovigilancia:** La falta de evidencia científica sólida y la aprobación regulatoria para muchos medicamentos en pediatría ha llevado a un uso frecuente de fármacos "off-label". Este uso no autorizado incrementa el riesgo de reacciones adversas y errores de medicación, subrayando la necesidad de un monitoreo terapéutico cuidadoso y de una farmacovigilancia activa para garantizar la seguridad y efectividad de los tratamientos en esta población. (Gonzales, 2016)

2.1.5. Categoría Ocupacional

La categoría ocupacional se clasifica en función del tipo de trabajo realizado y el nivel de especialización que se requiere. Siguiendo las recomendaciones de la CIUO y adaptaciones locales, las ocupaciones se dividen en tres categorías principales:

1. **Trabajo manual o informal:** Incluye ocupaciones con baja o ninguna especialización formal, como jornaleros, empleados de limpieza o trabajadores independientes en condiciones informales.
2. **Técnico, administrativo o comerciante:** Ocupaciones que requieren formación técnica o habilidades específicas, como asistentes técnicos, pequeños comerciantes o empleados administrativos.
3. **Profesional, directivo o gerencial:** Trabajos de alta cualificación y responsabilidad, como médicos, ingenieros, gerentes empresariales o directores ejecutivos.

Esta clasificación facilita el análisis de las diferencias sociales y económicas que pueden influir en las decisiones y conductas familiares. (CIUO, 2005)

III.MÉTODO

3.1. Tipo de la investigación

Este estudio llevará a cabo un diseño observacional, puesto que no se manipularán intencionalmente las variables. Asimismo, el estudio es de corte transversal, ya que se recolectarán los datos en un único momento temporal.

El tipo de investigación será descriptiva y correlacional, ya que se describirán las características que determinan la automedicación en la población pediátrica, y se medirá el grado de relación entre los factores asociados.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La recolección de los datos se realizará en los meses de octubre a diciembre del año 2024 en el centro de salud “El progreso” Lima – Perú

3.3. Variables

3.3.1. *Variable Dependiente*

- Automedicación en el paciente

3.3.2. *Variables Independientes*

- Persona que indica la medicación
- Edad de los padres
- Grado de instrucción de los padres
- Categoría ocupacional de los padres
- Número de hijos de la familia
- Orden de hijo que representa el paciente
- Edad del paciente
- Sexo del paciente
- Tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la consulta

- Tipo de medicamentos usados
- Procedencia de los medicamentos utilizados

Operacionalización de Variables (Ver Anexo B)

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población:

La población del estudio estará conformada por los padres o tutores de niños entre 0 y 15 años que asisten al centro de salud “El progreso” Lima – Perú

3.4.2. Muestra:

La muestra fue conformada por 81 padres o tutores que asistieron al Centro de Salud “El Progreso” en Lima, Perú, durante los meses de octubre a diciembre de 2024. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando su accesibilidad y disponibilidad para participar en el estudio.

Los criterios de inclusión incluyeron a padres o tutores que aceptaron participar de forma voluntaria y cuyos niños estuvieran dentro del rango de 10 a 15 años. Se excluyeron a familiares indirectos que no convivían con los niños y a aquellos que, por barreras lingüísticas o cognitivas, no pudieron proporcionar datos adecuados.

El tamaño de la muestra fue calculado previamente para garantizar la representatividad de los resultados, utilizando un intervalo de confianza del 95% y considerando una prevalencia de automedicación del 91% basada en estudios previos.

3.5. Instrumentos

Para la recolección de datos, se realizó un cuestionario en la plataforma de Google forms basado en el cuestionario validado y diseñado por Valenzuela et al. (2017) en su estudio sobre “Automedicación en niños, por poderes en pediatría” (Anexo A). Las encuestas se

llevaron a cabo con padres o tutores que asistieron al Centro de Salud “El Progreso” entre octubre y diciembre del año 2024

Con el fin de proteger la privacidad de los participantes, los nombres no fueron registrados en el cuestionario.

Antes de iniciar la encuesta, se obtuvo el consentimiento informado verbal, proporcionando una explicación detallada sobre el objetivo del estudio. Las encuestas se realizaron de forma verbal, con el entrevistador completando el cuestionario en función de las respuestas proporcionadas por los padres o tutores.

3.6. Procedimientos

Primera Etapa: Coordinar con los responsables del centro de salud El Progreso para obtener permisos y brindar información sobre el estudio a los responsables y al personal involucrado.

Segunda Etapa: Aplicar las encuestas a los participantes (padres o tutores de niños en el centro de salud), garantizando que la participación sea voluntaria y que la información se maneje con estricta confidencialidad.

Tercera Etapa: Recopilar y analizar los datos obtenidos para evaluar los factores asociados a la automedicación en la población pediátrica del centro de salud.

3.6.1. Criterios de inclusión:

- Padres o tutores de niños de 0 a 15 años que acuden al centro de salud “El progreso” durante el período de octubre a diciembre del 2024
- Padres o tutores dispuestos a participar voluntariamente en la encuesta.

3.6.2. Criterios de exclusión:

- Familiares indirectos que no convivan con los niños

- Padres o cuidadores que no pueden proporcionar información adecuada debido a barreras lingüísticas o cognitivas.

3.7. Análisis de datos:

Se utilizará Spss versión 25.0 para analizar los datos. La muestra será presentada y resumida mediante un análisis descriptivo. Se crearán tablas estadísticas y gráficos para mostrar la frecuencia y distribución de factores relacionados con la automedicación en la comunidad pediátrica. Los objetivos del proyecto serán la base para la interpretación de los resultados, lo que permitirá identificar patrones y correlaciones relevantes para comprender mejor el fenómeno de la automedicación en el centro de salud “El progreso”.

3.8. Consideraciones éticas

- Autonomía: Los participantes del estudio recibieron información precisa y completa sobre el propósito y los procedimientos del estudio, lo que les permitió participar de forma independiente. Se solicitó el consentimiento informado de forma verbal a cada participante.
- Justicia: El trato justo garantiza que todos los participantes sean tratados de manera justa y sin discriminación. No se harán distinciones basadas en rasgos personales o sociales.
- Beneficencia: Los resultados del estudio podrán contribuir al diseño de estrategias de prevención y educación sobre automedicación en población pediátrica.
- No maleficencia: El estudio se llevó a cabo sin ningún daño a los participantes. Se tomaron todas las precauciones necesarias para garantizar que su salud no se vea afectada por su participación en el estudio.

3.8.1. Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado de forma verbal de todos los participantes antes de realizar las encuestas, luego de una breve y detallada explicación del estudio. Se garantiza que la participación fue completamente voluntaria con la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, sin repercusiones.

3.8.2. *Confidencialidad*

Se aseguró la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes. Los datos recolectados fueron anónimos y se almacenaron de manera segura.

3.8.3. *Limitaciones del Estudio*

La dependencia de las respuestas de los padres o cuidadores puede introducir sesgos, como el sesgo de observación, dentro de ello, el sesgo de memoria.

IV.RESULTADOS

A continuación, se presenta el análisis de datos obtenidos y recolectados en relación con los principales factores de riesgo de la automedicación en el C.S. Progreso durante los meses de octubre a diciembre del 2024.

Tabla 1

Prevalencia de automedicación en el C.S. Progreso

Frecuencia			Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	57	70.4	70.4	70.4
	No	24	29.6	29.6	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

De los 81 participantes, el 70.4% (n=57) reportó haber recibido automedicación, mientras que el 29.6% (n=24) indicó no haberla recibido.

Las siguientes tablas de análisis descriptivo considera a los participantes que fueron automedicados.

Tabla 2

Análisis descriptivo de la variable: edad del paciente

N	Válidos	57
	Perdidos	0
Media		5.95
Mediana		5.00
Moda		5

De los 57 pacientes con datos válidos sobre la edad, la edad promedio fue de 5.95 años. La mediana fue de 5 años, lo que indica que la mitad de los pacientes tenía 5 años o menos. La moda fue de 4 años, siendo esta la edad más frecuente entre los pacientes.

Tabla 3

Tabla de frecuencias

		Frecuen cia	Porcent aje	Porcent aje válido	Porcenta je acumula do
Sexo del Paciente	Masculino	33	57.9	57.9	57.9
	Femenino	24	42.1	42.1	100.0
	Total	57	100.0	100.0	
Motivo de consulta	Enfermedades Respiratorias	2	3.5	3.5	3.5
	Fiebre	3	5.3	5.3	8.8
	Enfermedades Respiratorias y Fiebre	36	63.2	63.2	71.9
	Enfermedades gastrointestinales	5	8.8	8.8	80.7
	Otros	11	19.3	19.3	100.0
	Total	57	100.0	100.0	
Tiempo transcurri do entre inicio de los síntomas y la consulta	< 6 hrs	7	12.3	12.3	12.3
	6-12 hrs	13	22.8	22.8	35.1
	12-24 hrs	11	19.3	19.3	54.4
	24-48 hrs	8	14.0	14.0	68.4
	>48 hrs	18	31.6	31.6	100.0
	Total	57	100.0	100.0	
	Madre	47	82.5	82.5	82.5

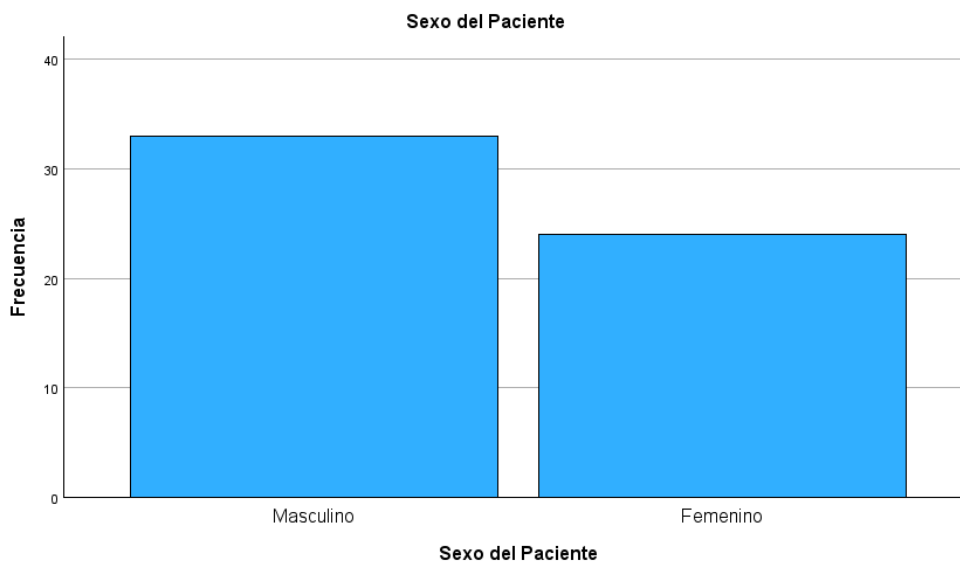
Persona que indica la medicación	Otros	10	17.5	17.5	100.0
	Total	57	100.0	100.0	
Persona que recomienda a el medicamento	Propia iniciativa	38	66.7	66.7	66.7
	Farmacéutico	16	28.1	28.1	94.7
	Otro	3	5.3	5.3	100.0
	Total	57	100.0	100.0	
Medicación usada	Antibiótico	3	5.3	5.5	5.5
	Analgésico	17	29.8	30.9	36.4
	Antipirético	28	49.1	50.9	87.3
	Otros	7	12.3	12.7	100.0
	Total	55	96.5	100.0	
Perdidos	Sistema	2	3.5		
Total		57	100.0		
Procedencia de medicamento	Le sobró de un tratamiento anterior	16	28.1	28.1	28.1
	La compró	41	71.9	71.9	100.0
	Total	57	100.0	100.0	
	Primaria	14	24.6	24.6	24.6

Grado de estudios de la Madre	Secundaria	26	45.6	45.6	70.2
	Técnico	8	14.0	14.0	84.2
	Superior	9	15.8	15.8	100.0
	Total	57	100.0	100.0	
Situación Laboral de la madre	Trabaja fuera de casa	23	40.4	40.4	40.4
	No trabaja fuera de casa	34	59.6	59.6	100.0
	Total	57	100.0	100.0	
Número de hijos	1	16	28.1	28.1	28.1
	2	15	26.3	26.3	54.4
	3 o más	26	45.6	45.6	100.0
	Total	57	100.0	100.0	
Lugar que ocupa entre los hermanos	Primero	23	40.4	40.4	40.4
	Segundo	17	29.8	29.8	70.2
	Tercero o más	17	29.8	29.8	100.0
	Total	57	100.0	100.0	
Quién cuida al niño la mayor parte del tiempo	Madre	44	77.2	77.2	77.2
	Otros	13	22.8	22.8	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

Categoría ocupacional de los padres	Trabajo manual/Informal/Desempleado	15	26.3	65.2	65.2
	Técnico/Administrativo/Comerciante	3	5.3	13.0	78.3
	Profesional/directivo/Gerente empresarial	5	8.8	21.7	100.0
	Total	23	40.4	100.0	
Perdidos	Sistema	34	59.6		
Total		57	100.0		
Estado civil de los padres	Conviviente	41	71.9	71.9	71.9
	Casado	4	7.0	7.0	78.9
	Separados	12	21.1	21.1	100.0
	Total	57	100.0	100.0	
Horas de trabajo de los padres	6-8 hrs	10	17.5	23.3	23.3
	8-12 hrs	9	15.8	20.9	44.2
	>12 hrs	24	42.1	55.8	100.0
	Total	43	75.4	100.0	
Perdidos	Sistema	14	24.6		
Total		57	100.0		
Grado de estudio del padre	Primaria	8	14.0	18.6	18.6
	Secundaria	27	47.4	62.8	81.4
	Técnico	5	8.8	11.6	93.0

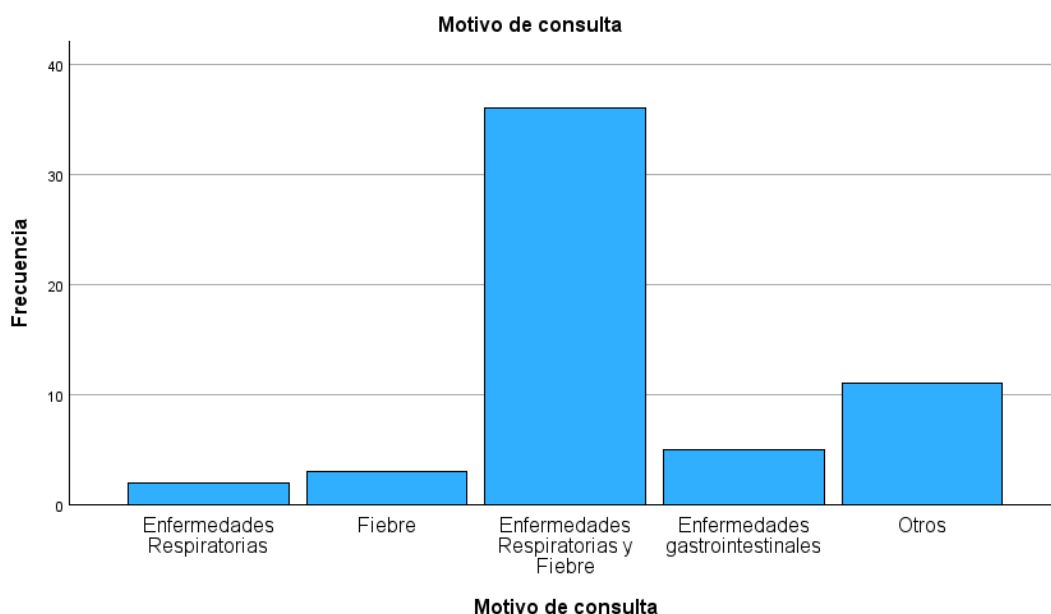
	Superior	3	5.3	7.0	100.0
	Total	43	75.4	100.0	
Perdidos	Sistema	14	24.6		
Total		57	100.0		
Categoría ocupacion al del padre	Trabajo	22	38.6	51.2	51.2
	manual/Informal/Desemplead o				
	Técnico/Administrativo/Come rciante	18	31.6	41.9	93.0
	Profesional/directivo/Gerente empresarial	3	5.3	7.0	100.0
	Total	43	75.4	100.0	
Perdidos	Sistema	14	24.6		
Total		57	100.0		

De los 57 participantes incluidos en el estudio, el 57.9% (n=33) eran de sexo masculino, mientras que el 42.1% (n=24) eran de sexo femenino.

Figura 1*Sexo del Paciente*

En cuanto a los motivos de consulta, el 63.2% (n=36) reportó enfermedades respiratorias combinadas con fiebre, el 19.3% (n=11) presentó otros motivos, el 8.8% (n=5) consultó por enfermedades gastrointestinales, el 5.3% (n=3) tuvo fiebre como único motivo, y el 3.5% (n=2) acudió exclusivamente por enfermedades respiratorias.

Figura 2*Motivo de consulta*

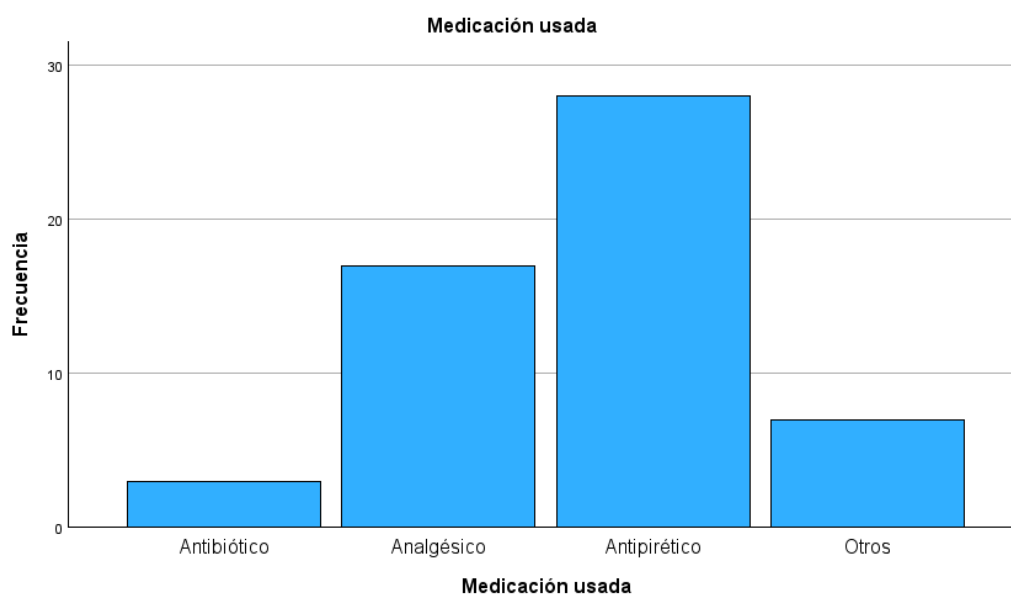


Respecto al tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la consulta, el 31.6% (n=18) de los pacientes consultó después de más de 48 horas, el 22.8% (n=13) entre 6 y 12 horas, el 19.3% (n=11) entre 12 y 24 horas, el 14% (n=8) entre 24 y 48 horas, y el 12.3% (n=7) dentro de las primeras 6 horas.

En cuanto a la medicación utilizada, el 50.9% (n=28) fueron antipiréticos, el 30.9% (n=17) analgésicos, el 12.7% (n=7) otros medicamentos, y el 5.5% (n=3) antibióticos. Además, el 82.5% (n=47) de las madres indicaron la medicación, mientras que el 17.5% (n=10) fue indicada por otras personas.

Figura 3

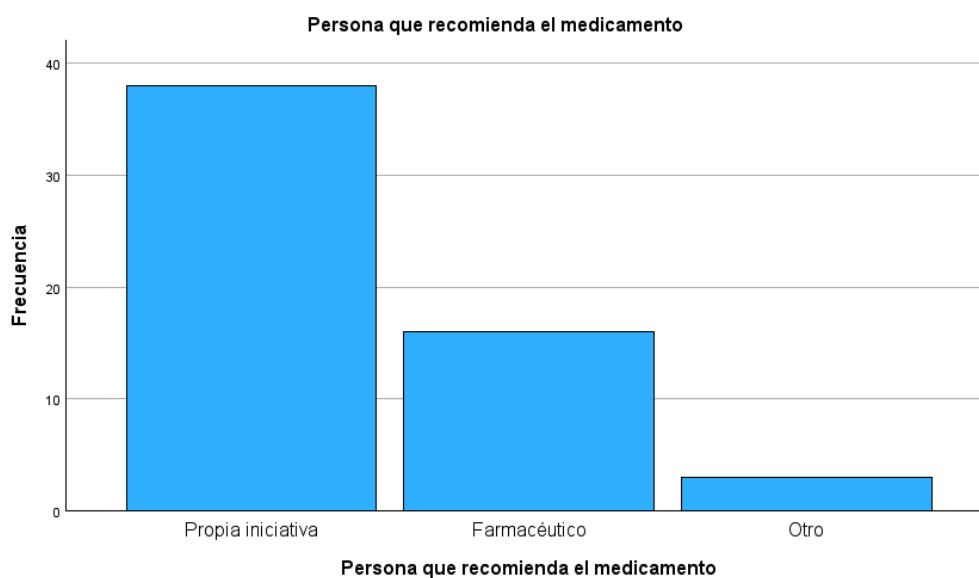
Medicación usada



El 66.7% (n=38) de los medicamentos fueron recomendados por iniciativa propia, el 28.1% (n=16) por farmacéuticos, y el 5.3% (n=3) por otras personas.

Figura 4

Persona que recomienda el tratamiento



Respecto a la procedencia del medicamento, el 71.9% (n=41) lo compró, mientras que el 28.1% (n=16) usó medicamentos sobrantes de un tratamiento anterior.

En cuanto al nivel educativo de las madres, el 45.6% (n=26) contaba con secundaria completa, el 24.6% (n=14) con primaria, el 15.8% (n=9) con educación superior, y el 14% (n=8) con formación técnica. Por otro lado, el 59.6% (n=34) de las madres no trabajaban fuera de casa, mientras que el 40.4% (n=23) sí lo hacían.

En cuanto a la categoría ocupacional de las madres, el 26.3% (n=15) trabajaban en actividades manuales, informales o estaban desempleadas.

Con relación al número de hijos, el 45.6% (n=26) tenía tres o más hijos, el 28.1% (n=16) un solo hijo, y el 26.3% (n=15) dos hijos. Además, el 40.4% (n=23) de los niños eran el primero entre sus hermanos, el 29.8% (n=17) ocupaban el segundo lugar, y el 29.8% (n=17) eran el tercero o más.

El 77.2% (n=44) de los niños eran cuidados mayormente por sus madres, y el 22.8% (n=13) por otras personas.

Respecto al estado civil de los padres, el 71.9% (n=41) convivían, el 21.1% (n=12) estaban separados y el 7% (n=4) eran casados.

En cuanto al nivel educativo de los padres, el 47.4% (n=27) tenía secundaria completa, el 14% (n=8) primaria, el 8.8% (n=5) formación técnica, y el 5.3% (n=3) educación superior. En relación con las horas de trabajo, el 55.8% (n=24) laboraba más de 12 horas, el 23.3% (n=10) entre 6 y 8 horas, y el 20.9% (n=9) entre 8 y 12 horas.

Finalmente, en cuanto a la categoría ocupacional de los padres, el 38.6% (n=22) trabajaban en actividades manuales, informales o estaban desempleados, el 31.6% (n=18) se desempeñaban en actividades técnicas, administrativas o como comerciantes, y el 5.3% (n=3) eran profesionales, directivos o gerentes empresariales.

Se realizó un análisis estadístico de las relaciones entre las variables estudiadas y la automedicación utilizando el test de Chi cuadrado, el test de Fisher, así como los coeficientes Phi y V de Cramer para determinar la fuerza y dirección de las asociaciones.

Tabla 4

Tabla de asociación de “tiempo transcurrido entre inicio de los síntomas y consulta” y “automedicación”

			Tiempo transcurrido entre inicio de los síntomas y la consulta					Total
			< 6	6-12	12-24	24-48	>48	
			hrs	hrs	hrs	hrs	hrs	
Recibió Automedicación	Sí	Recuento	7	13	11	8	18	57
		% dentro de	12.3	22.8	19.3	14.0	31.6	100.0
		Recibió Automedicación	%	%	%	%	%	%
	No	Recuento	5	2	1	4	12	24
		% dentro de	20.8	8.3%	4.2%	16.7	50.0	100.0
		Recibió Automedicación	%			%	%	%
Total		Recuento	12	15	12	12	30	81
		% dentro de	14.8	18.5	14.8	14.8	37.0	100.0
		Recibió	%	%	%	%	%	%

	Automedicación						
	n						

Se evidenció una relación moderada entre el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y la automedicación, con un valor de Chi cuadrado de $\chi^2 = 6.981$, $P = 0.137$ y un V de Cramer de 0.294. Aunque la relación no fue significativa ($P > 0.05$), se observó una tendencia en la cual los pacientes que demoraron más de 48 horas en acudir a consulta eran más propensos a automedicarse.

Tabla 5

Tabla de asociación de “motivo de consulta” y “automedicación”

			Motivo de consulta					Total
			Enfermedades Respiratorias	Fiebre	Enfermedades Respiratorias y Fiebre	Enfermedades gastrointestinales	Otros	
Recibió	Sí	Recuento	2	3	36	5	11	57
Automedicación		% dentro de Recibió Automedicación	3.5%	5.3%	63.2%	8.8%	19.3%	100.0%
	No	Recuento	1	1	9	6	7	24

	N	% dentro de Recibió Automedicación	4.2%	4.2%	37.5%	25.0%	29.2%	100.0%
Total	Recuento		3	4	45	11	18	81
	% dentro de Recibió Automedicación		3.7%	4.9%	55.6%	13.6%	22.2%	100.0%

El motivo de consulta se analizó también mediante el test de Chi cuadrado, obteniendo un valor de $\chi^2 = 6.077$, $P = 0.193$ y un coeficiente Phi de 0.274. La relación tampoco fue estadísticamente significativa ($P > 0.05$). Sin embargo, se observó que las enfermedades respiratorias y la fiebre fueron las principales razones asociadas a la automedicación.

Tabla 6

Tabla de asociación de “sexo del paciente” y “automedicación”

			Sexo del Paciente		Total
			Masculino	Femenino	
Recibió Automedicación	Sí	Recuento	33	24	57
		% dentro de Recibió Automedicación	57.9%	42.1%	100.0%
	No	Recuento	9	15	24

		% dentro de Recibió Automedicación	37.5%	62.5%	100.0%
Total	Recuento		42	39	81
	% dentro de Recibió Automedicación		51.9%	48.1%	100.0%

En cuanto a la relación entre el sexo del paciente y la automedicación, el chi cuadrado mostró un valor de $\chi^2 = 2.814$, $P = 0.093$ con un coeficiente Phi de 0.186. Estos resultados indican que no existe una relación estadísticamente significativa entre el sexo del paciente y la automedicación ($P > 0.05$). Aunque se observó una mayor proporción de niños automedicados en comparación con niñas, esta diferencia podría ser atribuible al azar.

Tabla 7

Tabla de asociación de “nivel educativo de los padres” y “automedicación”

Tabla cruzada							
			Grado de estudios de la Madre				Total
			Primari a	Secundari a	Técnic o	Superio r	
Recibió Automedicació n	sí	Recuento	14	26	8	9	57
		% dentro de Recibió Automedicació n	24.6%	45.6%	14.0%	15.8%	100.0 %
	no	Recuento	7	10	4	3	24
		% dentro de Recibió Automedicació n	29.2%	41.7%	16.7%	12.5%	100.0 %
Total		Recuento	21	36	12	12	81
		% dentro de Recibió Automedicació n	25.9%	44.4%	14.8%	14.8%	100.0 %

El análisis de Chi cuadrado no evidenció una relación significativa entre el nivel educativo de los padres y la automedicación, con valores de $\chi^2 = 0.400$, $P = 0.940$ para la madre y $\chi^2 = 2.344$, $P = 0.504$ para el padre. Sin embargo, se observó que los padres con menor nivel educativo tendían a automedicar con más frecuencia a sus hijos.

Los análisis estadísticos revelaron que algunas variables mostraron tendencias importantes, aunque no fueron estadísticamente significativas. Entre ellas, el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la consulta, el motivo de consulta y el tipo de medicación utilizada destacan como factores relevantes en la automedicación. Los antipiréticos fueron los medicamentos más utilizados, y los farmacéuticos jugaron un rol relevante en la recomendación de estos medicamentos; además, el nivel educativo de los padres podría ser un factor determinante en las decisiones relacionadas con la automedicación.

V.DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio determinó que el 70.4% de los niños evaluados habían recibido automedicación, con una mayor prevalencia del uso de antipiréticos (50.9%), seguidos de analgésicos (30.9%) y, en menor medida, antibióticos (5.5%). La iniciativa para la administración de medicamentos provino mayoritariamente de las madres (82.5%), y el 66.7% de los medicamentos fueron recomendados por iniciativa propia, mientras que un 28.1% fue sugerido por farmacéuticos. Además, el 71.9% de los medicamentos fueron adquiridos mediante compra directa y el 28.1% provinieron de tratamientos anteriores.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de diversas investigaciones nacionales e internacionales que resaltan la elevada prevalencia de la automedicación en población pediátrica.

Brenis-Díaz et al. (2020), en un estudio realizado en Chiclayo, evidenciaron una prevalencia del 70,7% de automedicación en niños menores de cinco años, destacándose el uso frecuente de antipiréticos y antibióticos. Este hallazgo es consistente con los resultados obtenidos en el presente estudio, donde los antipiréticos fueron los medicamentos más frecuentemente utilizados, mientras que los antibióticos representaron un porcentaje significativamente menor.

Asimismo, Pathan et al. (2024) llevaron a cabo un estudio en India, donde constataron que la automedicación es una práctica común entre familias de ingresos bajos y medios, impulsada principalmente por la conveniencia y la reducción de costos en la atención médica. Del mismo modo, en el presente estudio se observó que la mayoría de los medicamentos fueron adquiridos por compra directa (71,9%), estos datos reflejan la prevalencia de este fenómeno en contextos donde el acceso a servicios de salud puede ser limitado.

En España, Valenzuela Ortiz et al. (2017) reportaron una prevalencia del 32,8% de automedicación en niños, observándose que los principales factores asociados eran el nivel educativo de las madres y el número de hijos. Si bien la prevalencia encontrada en España es inferior a la reportada en este estudio, ambos trabajos coinciden en destacar que los padres con menor nivel educativo son más propensos a automedicar a sus hijos.

De igual manera, Yuan et al. (2021) llevaron a cabo un estudio en China que evidenció una prevalencia de automedicación del 24,21% en niños menores de 12 años, encontrando que los padres con mayor nivel educativo mostraban una menor tendencia a automedicar. Este hallazgo también se observó en el presente estudio, donde los padres con niveles educativos más bajos reportaron mayores tasas de automedicación.

En Túnez, Ben Mabrouk et al. (2021) identificaron que el 20,6% de los niños recibieron antibióticos sin receta médica, siendo la amoxicilina el antibiótico más utilizado. Aunque el uso de antibióticos en el presente estudio fue menor (5,5%), ambos trabajos resaltan los riesgos asociados a la automedicación con este tipo de fármacos.

En Rumania, Tarcu et al. (2020) reportaron que el 70% de los padres automedican a sus hijos, siendo los síntomas respiratorios los principales motivos para la automedicación. Estos hallazgos coinciden con el presente estudio, donde los síntomas respiratorios fueron una de las razones más comunes para la automedicación.

En el ámbito nacional, Cucho-Vásquez et al. (2023) identificaron una prevalencia de automedicación del 91,3% en un centro materno infantil en Lima, destacando que los padres con niveles educativos más bajos eran los más propensos a automedicar a sus hijos. Este estudio también identificó que los antibióticos eran uno de los medicamentos más utilizados en la automedicación infantil, similar a los hallazgos del presente estudio.

VI.CONCLUSIONES:

- El presente estudio permitió identificar que las características educativas, ocupacionales y familiares de los padres guardan cierta relación con la prevalencia de la automedicación en la población pediátrica del centro de salud “El Progreso”. Aunque no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas, los resultados muestran una tendencia donde los padres con menor nivel educativo y mayor número de hijos presentan una mayor predisposición a automedicar a sus hijos.
- Los tipos de medicamentos más utilizados en la automedicación pediátrica fueron los antipiréticos y analgésicos, seguidos en menor medida por los antibióticos. Asimismo, la mayoría de los medicamentos fueron adquiridos mediante compra directa en farmacias, lo que refleja la facilidad de acceso a medicamentos sin receta médica.
- Se observó una posible relación entre el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y la consulta médica con la automedicación. Los padres que esperaron más de 48 horas antes de acudir a un centro de salud mostraron una mayor tendencia a automedicar a sus hijos. Sin embargo, dichas asociaciones no fueron estadísticamente significativas.

VII.RECOMENDACIONES

- Aunque este estudio no evidenció relaciones significativas entre las variables analizadas, es fundamental continuar con la investigación, adoptando un enfoque más integral. Debido a que probablemente otras variables, tales como el nivel de conocimiento en salud, la percepción del riesgo o las prácticas de salud a nivel comunitario, ejerzan una influencia más significativa en la práctica de la automedicación.
- Ministerio de Salud (MINSA): Fortalecer las campañas educativas dirigidas a los padres de familia sobre los riesgos de la automedicación en niños, haciendo énfasis en el uso inadecuado de medicamentos y sus consecuencias en la salud pública.
- Farmacias: Implementar controles más estrictos y eficientes para la venta de medicamentos sin receta médica. De igual manera, capacitar al personal farmacéutico para que brinde una orientación adecuada a los usuarios sobre el uso responsable de los medicamentos.
- Centros de salud: Realizar talleres y campañas educativas dirigidas a los padres sobre la importancia de acudir oportunamente a los servicios médicos ante la presencia de síntomas en los niños y evitar lo más posible la automedicación.

VIII.REFERENCIAS

- Agudelo, S., Maldonado, M., Gamboa, O., Uppegui, D. y Durand, Y. (2020). Estudio de prevalencia de automedicación en niños que consultan por infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda a una clínica universitaria. *Revista Salud Uninorte*, 36(1), 46-61. <https://doi.org/10.14482/sun.36.1.616.21>
- Baracaldo-Santamaría, D., Trujillo-Moreno, M. J., Pérez-Acosta, A. M., Feliciano-Alfonso, J. E., Calderon-Ospina, C. A., & Soler, F. (2022). Definition of self-medication: a scoping review. *Therapeutic advances in drug safety*, 13. <https://doi.org/10.1177/20420986221127501>
- Bedhomme, S., Vaillant-Roussel, H. & Vorilhon, P. (2023) Pediatric pharmaceutical interventions in self-medication: a descriptive study in community pharmacies. *BMC Prim. Care* 24, 232. <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02180-9>
- Ben Mabrouk, A., Larbi Ammari, F., Werdani, A., Jemmali, N., Chelli, J., Elomma Mrabet, H., Rassas, A., Habib Sfar, M., El Mhamdi, S., Mahjoub, B. (2022). Parental self-medication with antibiotics in a Tunisian pediatric center. *Therapie* 77(4), 477-485. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2021.10.007>
- BrenisDíaz, C., Marcelo De los Santos, S., Rojas Rioja, A., Iglesia Osoreo, S. y Arce Gil, Z. (2020). Administración de medicamentos sin indicación médica en menores de cinco años de una ciudad del norte del Perú. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque* 6(1) <https://doi.org/10.37065/rem.v6i1.418>
- Camacho Silvas L. A. (2023). Resistencia bacteriana, una crisis. *Revista española de salud publica*, 97, e202302013. [Resistencia bacteriana, una crisis actual - PMC](https://doi.org/10.1016/j.respon.2023.02.013)

- Cucho-Vásquez, K., Loo-Valverde, M. y Chanduvi-Puicón, W. (2023). Automedicación en niños con enfermedades de vías respiratorias altas en un centro materno infantil en Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma*. 2023;23(2):95-100. <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/5657>
- Giono-Cerezo, S., Santos-Preciado, J., Morfin-Otero, M, Torres-López, J., Alcántar-Curiel, M. (2020). Antimicrobial resistance. Its importance and efforts to control it. *Gac Med Mex*. 2020;156(2) <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.M20000358>
- Gonzales, C. (2016). Farmacología del paciente pediátrico. *Revista Médica Clínica Las Condes* 27(5) 652-659. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864016300918>
- Kłoda, K, Babicki, M., Biesada A., Galazka-Sobotka, M., Kowalska-Bobko, I. y Mastalerz-Migas, A. (2024). Self-medication of adults and children in Poland - results from outpatient health care physicians online questionnaire. *Frontiers in Pharmacology*, 15. <https://www.frontiersin.org/journals/pharmacology/articles/10.3389/fphar.2024.14138>
- 11
- Lifshitz, A., Arrieta, O., Burgos, R., Campillo Serrano, C., Celis, M., De la Llata, M., et al. (2020). Self-medication and self-prescription. *Gaceta Médica de Mexico*;156(6). <http://dx.doi.org/10.24875/GMM.M21000456>
- Lugo-Zamudio, G. y Cureño-Díaz, M. (2023). La resistencia antimicrobiana, una amenaza en tres dimensiones. *Salud Pública de Mexico*. 65(4), 323-324. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/15141>
- Molina-Valverde, E. (2011). Farmacocinética Clínica en Pediatría. En E. Valverde. (Tercera ed.). *Farmacia Pediátrica Hospitalaria*. (pp. 47-62) Elsevier.

Organización Internacional del Trabajo. (s.f.). *Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones*. <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/5657>

Organización Panamericana de la Salud. (4 de marzo del 2021). Crece el mapa de motivaciones para automedicarse. <https://www.paho.org/es/noticias/4-3-2021-crece-mapa-motivaciones-para-automedicarse>

Organización panamericana de la salud (2022). *Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK586748/> doi: 10.37774/9789275326275

Pathan S R, Bhende V V. & Sharma K B, (2024) A Growing Concern: The Prevalence of Self-Medication in Pediatric Healthcare in India . *Cureus* 16(2): e53807. [A Growing Concern: The Prevalence of Self-Medication in Pediatric Healthcare in India | Cureus](#)

Saavedra, I., Quiñones, L., Saavedra, M., Sasso, J., León, T. y Roco, A. (2008).

Farmacocinética de medicamentos de uso pediátrico, visión actual. *Revista chilena de pediatría*, 79(3), 249-258. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000300002>

Tarciuc, P., Stanescu, A. M. A., Diaconu, C. C., Paduraru, L., Duduciuc, A., & Diaconescu, S. (2020). Patterns and Factors Associated with Self-Medication among the Pediatric Population in Romania. *Medicina*, 56(6), 312.
<https://doi.org/10.3390/medicina56060312>

Valenzuela-Ortiz, M., Sanchez, F., Uberos, J., Checa-Ros, A., Valenzuela-Ortiz, C., Augustín-Morales, M. y Muñoz-Hoyos, A. (2017). Automedicación, autoprescripción y medicación «por poderes» en pediatría. *Anales de Pediatría*, 85(5), 264-269.
<https://analesdepediatría.org/es-automedicacion-autoprescripcion-medicacion-por-poderes-articulo-S1695403316302065>

- Vargas Vera, S. (2018). *Factores asociados a la automedicación en población pediátrica, en el hospital nacional hipolito unanue enero*. Unfv. [Tesis de Pregrado] Universidad Nacional Federico Villarreal. Repositorio Institucional UNFV [Factores asociados a la automedicación en población pediátrica, en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero 2018](#)
- Yewale, V. N., & Dharmapalan, D. (2012). Promoting appropriate use of drugs in children. *International journal of pediatrics*, 2012, 906570.
<https://doi.org/10.1155/2012/906570>
- Yuan, J., Zhiping, L., Qiao, D. y Guo, M. (2022). Prevalence and Risk Factors of Self-Medication Among the Pediatric Population in China: A National Survey. *Frontiers in Public Health* , 9. <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2021.770709>

IX.ANEXOS

Anexo A:

Tabla 1 Modelo de encuesta validada

PACIENTE nº _____ Fecha ____/____/____/ Día semana _____ Hora ____ Edad ____

Varón / Mujer . Patología previa _____

¿Toma medicamentos? _____ Cuáles y para qué _____

Habitualmente lo ven en: Consult-Ambulat / Hospital / Urgencias / Consulta privada/ Otro _____

Frecuencia: Periódica cada _____ / Sólo cuando está enfermo.

MADRE: Edad ____ Estado civil _____ Estudios: Analf / 1ºs / 2ºs / Medios / Superiores

Trabaja fuera: Sí / No Profesión _____ Horario _____ Nº hijos _____

Edades _____ Lugar que ocupa _____ ¿quién cuida del hijo? _____

PADRE: Edad ____ Estado civil _____ Estudios: Analf / 1ºs / 2ºs / Medios / Superiores

Profesión _____ Horario _____

MOTIVO DE CONSULTA _____ desde cuándo _____

¿Le ha dado para ello alguna medicación?: Sí / No ¿Cuál? _____

¿Qué dosis? _____ ¿Quién se la ha dado? _____

¿Cuanto tiempo antes de consultar? _____ ¿Que esperaba conseguir? _____

¿Por qué disponía de ella?: Sobró de un ttº anterior / la compró / se la dió alguien _____

¿Quién la recomendó?: Propia iniciativa / El _____ en otra ocasión / Otros _____
Pediatra, Médico Familia, Médico Urgencias, ATS, etc

DIAGNÓSTICO TRAS LA CONSULTA _____

La medicación que tomó era adecuada para conseguir el efecto que se buscaba: Sí / No

¿Estaba indicada para este cuadro?: Sí / Sí aunque no para conseguir el efecto buscado / No

La dosis fue: Correcta / Alta / Baja ¿Tuvo efectos contraproducentes?: No / Sí / Sí Peligrosos

Anexo B:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	N° DE ÍTEMS	INDICADORES	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Edad del paciente	Quantitativa Discreta	La edad del paciente se refiere al número de años completos que han transcurrido desde su nacimiento hasta el momento de la consulta.	Se mide en años completos y se asigna el valor correspondiente al número de años cumplidos al momento de la consulta.	1	Número de años completos	Se asigna el valor numérico correspondiente a la cantidad de años cumplidos por el paciente.
Sexo del paciente	Qualitativa Nominal	El sexo del paciente se refiere al atributo biológico asignado al nacer que distingue entre hombres y mujeres, determinado por los cromosomas sexuales.	Se clasifica al paciente en función de su sexo biológico asignado al nacer.	3	Masculino, Femenino	1. Masculino: El paciente tiene asignado el sexo masculino al nacer. 2. Femenino: El paciente tiene asignado el sexo femenino al nacer.
Motivo de consulta	Qualitativa nominal	El motivo principal por el cual el paciente o su familia busca atención médica, relacionado con los síntomas más evidentes que experimenta el paciente.	Se registra el motivo específico de consulta, basado en los síntomas principales como resfrío, fiebre, diarrea, etc.	3	Enfermedades respiratoria, Fiebre, Enfermedades Gastrointestinales, Otro	1. Se asigna el valor "Enfermedades respiratorias" si el motivo es relacionado con resfrío, gripe o tos. 2. Se asigna el valor "Fiebre" si el motivo es relacionado con fiebre. 3. Se asigna el valor "Enfermedades gastrointestinales" si el motivo es relacionado con diarrea. 4. Se asigna el valor "Otros" si el motivo no encaja en las categorías anteriores.
Tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la consulta	Quantitativa Ordinal	El intervalo de tiempo que ha transcurrido desde el inicio de los síntomas del paciente hasta la consulta médica.	Se mide el tiempo en horas entre el primer síntoma experimentado por el paciente y la consulta médica	5	<6 h 6-12 hr 12-24 hr 24-48 hr >48 hr	Se asigna el valor "<6 h" si el tiempo transcurrido es menor a 6 horas Se asigna el valor "6-12 h" si el tiempo transcurrido es entre 6 y 12 horas. Se asigna el valor "12-24 h" si el tiempo transcurrido es entre 12 y 24 horas. Se asigna el valor "24-48 h" si el tiempo transcurrido es entre 24 y 48 horas. Se asigna el valor ">48 h" si el tiempo transcurrido es mayor a 48 horas.
Persona que indica la medicación	Qualitativa (nominal)	Se refiere a la persona que, en última instancia, decide o recomienda el uso de un medicamento para el paciente sin la intervención de un profesional de la salud.	Se mide a partir de la persona que menciona haber indicado la medicación para el paciente en el contexto de automedicación.	3	Padre, Madre, Otros	1. "Padre": Si el padre fue quien indicó la medicación. 2. "Madre": Si la madre fue quien indicó la medicación. 3. "Otros": Si otra persona (como un familiar u otro) indicó la medicación.
Persona que recomienda el medicamento a usar	Qualitativa nominal	Se refiere a la persona o fuente que sugiere o recomienda al paciente el medicamento a utilizar para tratar su condición.	Se categoriza según quién haya dado la recomendación del medicamento: propia iniciativa, farmacéutico, otro.	3	Propia iniciativa Farmacéutico Otro	El valor asignado dependerá de quién haya recomendado el medicamento. Se clasifica como: 1. Propia iniciativa: El paciente o su familia decide sin consejo. 2. Farmacéutico: Un profesional de farmacia. 3. Otro: Otro tipo de fuente.
Medicación usada	Qualitativa nominal	Se refiere al tipo de medicamento que se ha utilizado para tratar los síntomas del paciente	Se recopila información sobre los medicamentos que ha usado el paciente	4	Medicamentos utilizados: - Analgésicos - Antipiréticos - Otros	Se asigna un valor nominal según los tipos de medicamentos reportados: "Antibiótico", "Analgésico", "Antipirético", "Otro". Si se indica otro medicamento, se especifica.
Procedencia de medicamentos utilizados	Qualitativa Nominal	Origen o fuente de los medicamentos utilizados para la automedicación del paciente	Se clasifica según la forma en que el paciente obtuvo el medicamento: lo dio otra persona, sobró de un tratamiento anterior o fue comprado.	3	Se la dio alguien Le sobró de un tratamiento anterior La compró	El valor asignado dependerá de cómo obtuvo el medicamento: 1. Se la dio alguien: El medicamento fue proporcionado por otra persona. 2. Le sobró de un tratamiento anterior: El medicamento sobrante de un tratamiento previo fue utilizado. 3. La compró: El medicamento fue adquirido por el paciente o la familia en una farmacia o tienda.
Edad de Los padres	Quantitativa Discreta	a edad de ambos padres del paciente, medida en años completo	Se registra la edad exacta de los padres del paciente	1	Edad de la madre (en años completos)	Se asigna el valor correspondiente a los años completos de la madre
Grado de estudios de los padres	Qualitativa nominal	Se refiere al nivel educativo alcanzado por la madre y padre del paciente.	Se clasifica según el nivel más alto de estudios alcanzado por la madre y el padre.	4	Primaria, Secundaria, técnico, Universitario	El valor asignado dependerá del nivel educativo alcanzado: 1. Primaria: Ha completado la educación primaria. 2. Secundaria: Ha completado la educación secundaria. 3. Técnico: Ha completado estudios técnicos. 4. Universitario: Ha completado estudios universitarios.
Situación laboral de la madre	Qualitativa nominal	Se refiere a si la madre trabaja fuera de casa, lo que implica un empleo formal o informal fuera del hogar.	Se clasifica en dos categorías: si la madre trabaja fuera de casa o no.	2	Trabaja fuera de casa, No trabaja fuera de casa	1. La madre tiene un empleo formal o informal fuera del hogar 2. La madre no tiene un empleo
Numero de hijos	Quantitativa ordinal	Se refiere a la cantidad de hijos biológicos que tiene una madre.	Se clasifica en categorías según el número total de hijos biológicos	3	1 hijo, 2 hijos, 3 o más hijos	1. La madre tiene exactamente un hijo biológico. 2. La madre tiene exactamente dos hijos biológicos. 3. La madre tiene tres o más hijos biológicos.
Lugar que ocupa el niño entre sus hermanos	Quantitativa ordinal	Se refiere al lugar en el que el niño está ubicado según el orden de nacimiento entre sus hermanos.	Se clasifica según el lugar en el que el niño ocupa en la secuencia de nacimientos.	3	Primero, segundo, tercero o más	1. El niño es el primer hijo en nacer. 2. El niño es el segundo hijo en nacer. 3. El niño es el tercer hijo o más en nacer.
Quien cuida al niño la mayor parte del tiempo	Qualitativa nominal	Se refiere a la persona que se encarga de cuidar al niño durante la mayor parte del tiempo.	Se clasifica según la persona que cuida al niño la mayor parte del tiempo.	3	Papá, Mamá, otros	1. El papá cuida al niño la mayor parte del tiempo. 2. La mamá cuida al niño la mayor parte del tiempo. 3. Otra persona (abuelo, tía, etc.) cuida al niño la mayor parte del tiempo.
Categoría ocupacional de los padres	Qualitativa ordinal	Describe la categoría o nivel de ocupación de los padres en función de su tipo de trabajo.	La ocupación de los padres según su nivel jerárquico o especializado.	3	Trabajo manual/Informal/Desempleado, Técnico/Administrativo/Comerciante, Profesional/directivo/Gerente empresarial	1. Trabajo manual/Informal/Desempleado: No tiene formación técnica o académica específica. 2. Técnico/Administrativo/Comerciante: Realiza trabajo con alguna formación técnica o administrativa. 3. Profesional/directivo/Gerente empresarial: Ocupa un cargo profesional o de responsabilidad empresarial.
Estado civil de los padres	Qualitativa nominal	El estado civil de los padres hace referencia a la situación legal en la que se encuentran en relación al matrimonio o pareja.	El estado civil de los padres será registrado con base en su situación legal actual	3	Conviviente, Casado, Soltero	1. Conviviente: Está en una relación de pareja sin estar casado legalmente. 2. Casado: Está casado legalmente. 3. Soltero: No está casado ni en pareja
Horas de trabajo de los padres	Quantitativa Discreta	Los padres se refieren al tiempo dedicado diariamente al empleo	Se registrará de acuerdo con la cantidad de horas	4	<6 hrs, 6-8 hrs, 8-12 hrs, >12 hrs	1. <6 hrs: Menos de 6 horas de trabajo al día. 2. 6-8 hrs: Entre 6 y 8 horas de trabajo al día. 3. 8-12 hrs: Entre 8 y 12 horas de trabajo al día. 4. >12 hrs: Más de 12 horas de trabajo al día.