

MED. GRAL. FLOR DANIELA
SARMIENTO PADILLA

EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA ASOCIADAS A ENFERMEDAD
ALERGICA DE LA VIA RESPIRATORIA

2023



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

**EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA ASOCIADAS A
ENFERMEDAD ALERGICA DE LA VIA RESPIRATORIA**

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Médico Gral. Flor Daniela Sarmiento Padilla

Dirigido por:

M.I.M.S.P Verónica Escorcía Reyes

Querétaro, Qro. 31 de Marzo 2023



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Experiencias adversas en la infancia asociadas a
enfermedad alérgica de la vía respiratoria

por

Flor Daniela Sarmiento Padilla

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0
Internacional](#).

Clave RI: MEESN-293443



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Dirección de Investigación y Posgrado

**“EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA ASOCIADAS A ENFERMEDAD
ALERGICA DE LA VIA RESPIRATORIA”**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Flor Daniela Sarmiento Padilla

Dirigido por:

M.I.M.S.P Verónica Escorcía Reyes

M.I.M.S.P Verónica Escorcía Reyes
Presidente

Med. Esp. Ivonne Rosillo Ortiz
Secretario

Med. Esp. José Luis Loya Martínez
Vocal

Med. Esp. Erasto Carballo Santander
Suplente

Dr. en C.S. Nicolás Camacho Calderón
Suplente

Centro Universitario,
Querétaro, Qro. 31 de Marzo 2023
México

Dedicatoria

A mi bebé, mi Juliencito. Mi amor, te tocó una mamá un poco ausente en tus primeros 3 años de vida, quiero que sepas que la decisión de hacer una especialidad siempre fue pensando en ti, por 2 motivos, en primer lugar, para brindarte un futuro estable, quizás no con lujos, pero sin carencias; en segundo lugar, para demostrarte que todo lo que te propongas lo puedes cumplir, que nada ni nadie te detenga. Recuerda siempre que tú eres la inspiración en mis estudios, en mi trabajo y en mi vida. Gracias por escogerme a mí. Mi amor por ti es infinito.

Agradecimientos

A mis padres, Leonel y Lilia por amarme tanto de una manera incondicional, por apoyarme y guiarme en todos los momentos difíciles y disfrutar conmigo todas mis alegrías. Gracias a todo eso que han hecho por mí que en este momento es imposible de enlistar. Si les pudiera pedir algo más sería que vivan para siempre. Los amo.

Agradezco a mi amado esposo, que siempre ha sido paciente, quien está en todo momento para mí, gracias por tu apoyo constante y por confiar en mí. Quiero que sepas que también estoy orgullosa de ti, por esforzarte todos los días para cumplir tus metas. ¿Y qué más puedo pedir? Si yo te tengo a ti.

A mi hermano Leonel. Eres el mejor regalo que mis padres me han dado, gracias por tu apoyo, por no dudar de mí y por ser el mejor tío del mundo. No dudes que siempre estaré para ti, te amo.

A mis amigos Martha, Amaranta, Ale, Argenes y Juan, por compartir y vivir conmigo esta experiencia dulce y amarga llamada residencia. Lo mejor que me pudo pasar fue encontrar personas como ustedes, que saben hacer de pequeños instantes, grandes momentos.

A la Dra. Verónica Escorcía, gracias por su impecable labor como doctora, coordinadora, profesora, directora de tesis y amiga. Usted nos mostró el maravilloso mundo de la investigación, gracias por guiarme y decirme que mis ideas eran posibles.

Gracias a Dios por haberme permitido concluir satisfactoriamente esta etapa de mi vida, por la salud, por mi familia y por mi existencia.

Especial agradecimiento a todos los pacientes que aceptaron participar en esta investigación, por darme su confianza y ayudarme a generar conocimiento.

¡ Lo logré !

Índice

Contenido	Página
Resumen	VI
Summary	VII
I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
III. Fundamentación teórica	4
III.1 Experiencias Adversas en la infancia	4
III.2 Asma	10
III.3 Rinitis Alérgica	17
IV. Hipótesis	22
V. Objetivos	22
V.1 General	22
V.2 Específicos	23
VI. Material y métodos	23
VI.1 Tipo de Investigación	23
VI.2 Población o unidad de análisis	23
VI.3 Muestra y tipo de muestra	23
VI.3.1 Criterios de selección	24
VI.3.2 Variables estudiadas	25
VI.4 Procedimientos	25
VI.4.1 Análisis estadístico	26
VI.4.2 Consideraciones éticas	26
VII. Resultados	27
VIII. Discusión	38
IX. Conclusiones	40
X. Propuestas	41
XI. Bibliografía	42
XII. Anexos	50

Índice de Cuadros

Cuadro	Página
Cuadro 1. Características sociodemográficas del total de la población estudiada.	28
Cuadro 2. Características de pacientes con enfermedad alérgica de la vía respiratoria en el total de la población.	30
Cuadro 3. Índice de masa corporal por grupos.	31
Cuadro 4. Experiencias adversas de la infancia y enfermedad alérgica de la vía respiratoria.	32
Cuadro 5. Abuso sexual y características sociodemográficas de la población.	33
Cuadro 6. Abuso físico y características sociodemográficas de la población.	34
Cuadro 7. Abuso emocional y características sociodemográficas de la población.	35
Cuadro 8. Negligencia física y características sociodemográficas de la población.	36
Cuadro 9. Negligencia emocional y características sociodemográficas de la población	37

Índice de Figuras

Figuras	Página
Figura 1. Tipos de violencia.	6
Figura 2. Asma alérgica.	12
Figura 3. Clasificación de la gravedad del asma.	12
Figura 4. Tratamiento farmacológico de la rinitis alérgica.	21

Resumen

Introducción: Las enfermedades alérgicas de la vía respiratoria, asma y rinitis alérgica se consideran un problema de salud pública. Las experiencias adversas en la infancia ocupan el primer lugar en abusos y homicidios en la población mexicana menor de 17 años. Existen estudios que señalan una relación entre factores emocionales y enfermedad alérgica. **Objetivo:** Identificar las experiencias adversas en la infancia asociadas a enfermedad alérgica de la vía respiratoria. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal, analítico de asociación. En adultos de 18 a 40 años que acudieron a la consulta externa con diagnóstico de asma y/o rinitis alérgica desde su infancia y adultos de 18 a 40 años sin diagnóstico de asma o rinitis alérgica, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.6 IMSS, San Juan del Río, Querétaro. Se aplicó el cuestionario CTQ-SF que evalúa las experiencias adversas de la infancia y el instrumento de recolección de datos, previo consentimiento informado. El tamaño de la muestra se obtuvo con la fórmula para estudios de dos poblaciones de porcentajes $n= 80$ por grupo, técnica de muestreo por cuota. Se analizaron variables: personales (edad, sexo, talla, peso, índice de masa corporal), sociodemográficas (escolaridad, estado civil, ocupación), edad al momento del diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad), lugar que ocupa entre los hermanos y escolaridad de los padres. **Plan de análisis:** promedios, porcentajes, desviaciones estándar, intervalos de confianza y χ^2 . **Resultados:** La enfermedad alérgica de la vía respiratoria que predominó fue la rinitis alérgica en un 28.7% (IC 95%; 21.7-35.7), la experiencia adversa en la infancia más frecuente fue la negligencia emocional en el 16.3%, seguida del abuso emocional 15% y abuso sexual 14.4%. Al evaluar los tipos de las experiencias adversas de la infancia se encontró una asociación entre el abuso sexual y la enfermedad alérgica de la vía respiratoria, con una χ^2 de 6.144 ($p=0.011$). **Conclusiones:** existe asociación entre abuso sexual y la enfermedad alérgica de la vía respiratoria.

Palabras clave: *Experiencias adversas en la infancia; asma; rinitis alérgica.*

Summary

Introduction: Allergic diseases of the respiratory tract, asthma and allergic rhinitis are considered a public health problem. Adverse childhood experiences occupy the first place in abuses and homicides in the Mexican population under 17 years of age. There are studies that indicate a relationship between emotional factors and allergic disease. **Objective:** Identify adverse childhood experiences associated with the allergic disease of the respiratory tract. **Material and methods:** Observational, cross-sectional, analytical association study. In adults from 18 to 40 years of age who attended the outpatient clinic with a diagnosis of asthma and/or allergic rhinitis since childhood, and adults from 18 to 40 years of age without a diagnosis of asthma or allergic rhinitis, beneficiaries of the Family Medicine Unit No. 6 IMSS, San Juan del Río, Querétaro. The CTQ-SF questionnaire that evaluates adverse childhood experiences and the data collection instrument were applied, with prior informed consent. The sample size was obtained with the formula for studies of two populations of percentages $n = 80$ per group, quota sampling technique. Variables were analyzed: personal (age, sex, height, weight, body mass index), sociodemographic (education level, marital status, occupation), age at diagnosis, time of evolution of the disease), place it occupies among the siblings and schooling of the parents. **Analysis plan:** means, percentages, standard deviations, confidence intervals, χ^2 y OR. **Results:** The allergic disease of the respiratory tract that predominated was allergic rhinitis in 28.7% (IC 95%; 21.7-35.7), the most frequent adverse childhood experience was emotional neglect in 16.3%, followed by emotional abuse 15% and sexual abuse 14.4%. When evaluating the types of adverse childhood experiences, an association was found between sexual abuse and allergic disease of the respiratory tract, with a χ^2 of 6.144 ($p = 0.011$). **Conclusions:** there is a significant association between sexual abuse and the allergic disease of the respiratory tract.

Keywords: *Adverse childhood experiences; asthma; allergic rhinitis*

I. Introducción

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) son un factor de riesgo en la aparición, mantenimiento y gravedad de trastornos físicos y mentales posteriores. Estas vivencias incluyen desde el abuso sexual, el maltrato directo y el quiebre del subsistema conyugal, hasta la violencia en el contexto comunitario y social del niño o niña. El abordaje y cribado de las experiencias adversas en la infancia son relevantes para la prevención y la promoción en salud, y disminuir el impacto de la adversidad tanto en los infantes como en los adultos (Centro de Estudios para el Logro de la Igualdad de Género, 2019; Vega-Arce y Núñez-Ulloa, 2017).

Los primeros años de vida son una ventana de tiempo sensible para sufrir los embates de la adversidad, pero también para propiciar el desarrollo integral y sentar las bases de una crianza sensible a las necesidades infantiles. Desde el punto de vista neurobiológico, el maltrato infantil se asocia con importantes alteraciones del sistema nervioso central (SNC), sistema nervioso autónomo (SNA), sistema endocrino y sistema inmune (Vega-Arce y Núñez-Ulloa, 2017; Vega y Moro, 2013).

Se ha demostrado que los factores de índole psicológica pueden jugar un importante papel en la patogenia y fisiopatología del asma, ya sea a través de mecanismos fisiológicos o de forma indirecta a través de diversos factores de estilo de vida, cogniciones, hábitos de salud, manejo de enfermedades, etc. No todos los sujetos que han sufrido abusos o abandono en la niñez van a presentar psicopatologías o déficits funcionales per se (Coogan et al., 2013; Vega y Moro, 2013).

Existen estudios que señalan la relación entre factores psicológicos, sobre todo emocionales y enfermedad alérgica. En este sentido, la rinitis alérgica puede guardar relación con variables de índole psicológica, pero para afirmar de modo satisfactorio y firme esta relación se necesitan investigaciones más concretas para

poder modificar los índices de morbilidad del trastorno (Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017).

Sobre el asma, se ha identificado una relación entre la salud psicológica de la familia y el asma de sus hijos. Los factores de riesgo fueron: problemas matrimoniales significativos, depresión de la madre y problemas de los padres referentes al cuidado diario del niño. Un seguimiento de 3 años encontró una mayor probabilidad de padecer asma ante la presencia de dos o más factores de riesgo (Coogan et al., 2013).

El determinar las experiencias adversas en la infancia asociadas a enfermedad alérgica de la vía respiratoria puede aportar información útil y valiosa a los sistemas de salud con la finalidad de proporcionar un diagnóstico oportuno y manejo multidisciplinario dirigido a los niños que les permita un desarrollo adecuado, y a futuro sean adultos sanos y funcionales.

II. Antecedentes

Las EAI se refieren a factores traumáticos que crean un alto nivel de estrés en forma de negligencia, abuso físico, emocional o sexual. Cada exposición puede causar estrés severo y crónico ejerciendo un efecto multiplicador en la morbilidad de la enfermedad alérgica. Investigaciones muestran que las experiencias adversas en la infancia están relacionadas con la desregulación inmune y el posterior inicio y exacerbación de varias patologías, incluidas el asma (Exley et al., 2015).

Los niños que han estado expuestos a EAI pueden contar con condiciones médicas crónicas, asma, rinitis alérgica, obesidad, disfunción miccional, mala salud dental y más atenciones médicas. Las secuelas se manifiestan durante la adultez, por tal motivo la importancia de su detección temprana para llevar medidas que

permitan disminuir o eliminar el estrés tóxico asociado y evitar sus efectos (Vega-Arce y Núñez-Ulloa, 2017).

Es importante resaltar las diferencias individuales y la resiliencia, ya que algunas variables, como el tipo de maltrato recibido van a marcar el desarrollo posterior a la experiencia. Por eso, no todos los sujetos que han sufrido EAI van a presentar patologías o deficiencias funcionales (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011).

En un estudio transversal realizado en Estados Unidos de América en el 2015, acerca de la asociación entre EAI específicamente vividas en el hogar y el asma pediátrica, se encontró una fuerte asociación positiva. Los niños expuestos a una sola EAI tienen un 28% más probabilidad de desarrollar asma de por vida en comparación con niños sin EAI. Las probabilidades de padecer asma incrementaban con cada EAI que se sumara a la vida del infante, se observó que con 4 EAI el porcentaje de probabilidad aumentaba hasta el 73% (Wing et al., 2015).

Diversos estudios señalan la relación de la rinitis alérgica con variables de carácter psicológico. Se ha encontrado que las emociones negativas parecen promover respuestas alérgicas inflamatorias. Los factores psicológicos, conductuales y emocionales pueden provocar la inflamación de la mucosa nasal y por tanto aumentar la presencia de rinitis alérgica (Fernández y Herrera, 2012).

III. Fundamentación teórica

III. 1 Experiencias Adversas en la Infancia

III.1.1 Epidemiología

El primer contacto con las EAI (Experiencias Adversas en la Infancia) acontece a los 18 meses de vida. Una vez que un suceso hostil sucede en la vida de un niño, acrecienta significativamente la posibilidad de presentar EAI adicionales, ante esto se crea una cadena de riesgos tempranos (Vega-Arce y Núñez-Ulloa, 2017).

A nivel global, la información estadística sobre violencia en todos los grupos de edad es limitada, sin embargo, de acuerdo con la UNICEF en la infancia y adolescencia, los registros administrativos sólo dan cuenta de casos detectados o poblaciones especiales, las encuestas no suelen ser representativas de la población en general, sino de instituciones, ciudades o grupos específicos y señalan solo los casos que solicitan ayuda o atención física y/o psicológica (Álvarez y Castillo, 2019).

Las EAI suelen ser habituales y abundantes: 2/3 de la población ha sufrido un ataque antes de los 18 años y un 10% ha experimentado 5 o más ataques. Esto confirma lo que otros estudios han informado, que una parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños, de estos, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres han sufrido abusos sexuales en la infancia. El 98.1% de los niños de entre 18 y 71 meses de edad han vivido un evento adverso, el 50.5% presenta 4 o más, se encontró que las EAI vividas en el hogar se presentaron en el 12.5% de niños y niñas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020a; Vega-Arce y Núñez-Ulloa, 2017).

En México residen 39.2 millones de niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años, lo que representa 32.8% de la población total. De los 39.2 millones, 16.5% tiene de 0 a 4 años, 28.6% de 5 a 9 años, 28.0% de 10 a 14 años y 26.9% de 15 a 17 años (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2018).

Según datos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) México ocupa el primer lugar en abusos y homicidios cometidos contra la población menor de 17 años (Centro de Estudios para el Logro de la Igualdad de Género, 2019).

La educación violenta es ejercida en 62.4% de las niñas y 62.7% de los niños de 1 a 14 años. La fuerza física y la intimidación verbal se utilizan con frecuencia en la educación de los infantes (Instituto Nacional de las Mujeres, 2020).

Según los datos de la UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) en México las principales agresiones fueron: verbales (48%), golpes, patadas, puñetazos (48%) la violencia físicamente más severa como agresiones sexuales, empujones desde lugares elevados, heridas por arma de fuego o estrangulamiento se presentaron hasta en un 16% (Álvarez y Castillo, 2019).

III.1.2 Definición Experiencias Adversas en la Infancia

Las EAI son eventos estresantes que se presentan en la infancia y tienen repercusiones en la vida adulta. Ocurren en mayor frecuencia en los primeros seis años de vida, que son la base en el desarrollo de un individuo, ocasionando disminución de la calidad de vida, conductas de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta (Castillo et al., 2017).

La OMS define el maltrato infantil como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años e incluye todos los tipos de maltrato que causen

o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o ponen en riesgo su vida. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil (OMS, 2020a).

La etapa de la infancia es la base para el desarrollo de un individuo. Por eso se debe tener atención en los primeros años de vida de un individuo, que es cuando se adquieren los recursos físicos, cognitivos, emocionales y sociales para alcanzar el bienestar (Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017; Vega-Arce y Núñez-Ulloa, 2017).

III.1.3 Tipos de Violencia

Independientemente de los tipos de EAI, a todas ellas subyace una situación disfuncional y patológica que afecta al desarrollo cerebral del menor y, por tanto, condiciona su desarrollo neurológico y su funcionamiento neuropsicológico. **Véase Figura 1.**

Figura 1. Tipos de violencia

Abuso físico	Acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo ponga en riesgo de padecerlos.
Abuso emocional	Hostilidad verbal crónica como insultos, desprecios, críticas o amenazas de abandono, así como al constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro) por parte de cualquier adulto del grupo familiar, e incluye formas de atemorizar, humillar o rechazar a los menores.
Negligencia física	Omisión de cuidados, supervisión o atención y privación de los elementos necesarios para el correcto desarrollo físico, incluido el abandono.
Negligencia emocional	Privación de estimulación afectiva, respuestas inconsistentes por parte de los adultos a las señales de interacción afectiva del niño;

	omisión de cuidados psicológicos y de atención a las necesidades del menor, incluido el abandono.
Abuso sexual	Toda acción sexual ejercida sobre un menor y exposición a contenidos pornográficos o sexuales.
Maltrato prenatal	Acciones e inacciones potencialmente nocivas para el desarrollo del feto.
Maltrato Institucional	Acciones e inacciones realizadas por instituciones (orfanatos, hospitales, colegios), que pongan en situación de desprotección al menor, afecten su desarrollo social, físico, psicológico e intelectual, y pueda repercutir en su funcionamiento o adaptación futura.

Fuente: (Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017).

III.1.4 Efectos secundarios de EAI

Se sabe poco sobre la asociación de las EAI con el estado funcional a lo largo de la vida adulta. Las investigaciones sugieren que las EAI puede reducir la esperanza de vida (Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017; J. Laditka, y S. Laditka, 2018).

La exposición al abuso infantil aumenta la prevalencia de trastornos inmunológicos como el asma y la rinitis alérgica, debido a cambios psicológicos y fisiológicos que ocurren como resultado del abuso. El tipo de maltrato prenatal se asocia con niveles altos de inmunoglobulina E al nacer, lo que sugiere que el maltrato puede estar asociado con el desarrollo de enfermedades alérgicas (Tomfohr-Madsen et al., 2016).

En el caso de las enfermedades alérgicas se ha señalado frecuentemente la presencia de factores psicológicos incluso existe evidencia entre las exacerbaciones alérgicas en personas predispuestas y estrés. En este sentido, son ya conocidos los trabajos que relatan la relación entre sistema inmune y factores

psicológicos. La rinitis alérgica se podría considerar como un trastorno de tipo psicofisiológico, y a su vez, los factores psicológicos aparecen en la rinitis como estímulos desencadenantes (Fernández y Herrera, 2012).

Las experiencias adversas en épocas tempranas de la vida son un factor de riesgo para el desarrollo de asma, y la vía de la resistencia a los glucocorticoides representa la asociación más importante. Los pacientes sometidos a estrés importante en la infancia tienen una falta de regulación del sistema nervioso simpático y parasimpático y del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), incluyendo resistencia a los glucocorticoides, la cual dirige las respuestas del sistema inmune hacia una respuesta de predominio a los linfocitos Th2, una hiperactividad del sistema inmune e inflamación que producen el asma (Resendiz, s.f).

Los estilos de crianza, el estrés de los padres y la depresión en los mismos se ha asociado a un uso incrementado de corticoesteroides para el asma de sus hijos. La irritabilidad y la ira irracional de la madre, así como la pobre afectividad de esta hacia sus hijos se ha asociado a mayor severidad en el asma de los niños. También los hijos de madres que han sido expuestas a violencia por parte del padre y que tienen un nivel menor de actividades madre-hijo tienen mayor incidencia de asma (Resendiz, s.f).

III. 2 Instrumento de evaluación de las EAI.

III.2.1 CTQ-SF (Childhood Trauma Questionnaire-Shor Form). (Véase Anexo 1)

Es una escala que evalúa de manera retrospectiva las experiencias adversas en la infancia. Se trata de la versión corta del CTQ (Childhood Trauma Questionnaire) realizada por Bernstein, et al., en 1994. Es uno de los instrumentos más utilizados, la cual consta de 70 ítems, su consistencia interna, en estudios internacionales, oscila entre 0,79 y 0,94. Posteriormente, Bernstein et al., en 2003 desarrolló la versión corta CTQ-SF, la cual está compuesta por 25 ítems clínicos y

3 ítems agregados para detectar traumas falsos o negativos. Es evaluada con un formato tipo Likert (desde nunca = 1, raramente = 2, a veces = 3, muchas veces = 4 y casi siempre = 5); Este instrumento califica 5 tipos de EAI: abuso emocional (reactivos 3, 8, 14, 18, 25), abuso físico (reactivos 9, 11, 12, 15, 17), abuso sexual (reactivos 20, 21, 23, 24, 27), negligencia emocional (reactivos 5, 7, 13, 19, 28) y negligencia física (reactivos 1, 2, 4, 6, 26). La puntuación final va de 25 a 125 y los ítems de 5 a 25 puntos (Behn et al., 2020; Morante, 2017).

- Abuso sexual: se considera positivo con una puntuación de 8 o más.
- Abuso físico: positivo con 10 o más puntos.
- Abuso emocional: requiere de un puntaje de 13 o más.
- Negligencia física: positivo con 10 o más puntos.
- Negligencia emocional: positivo con 15 o más puntos.

Es un instrumento de referencia internacional que evalúa de manera retrospectiva las EAI, demostrando gran utilidad clínica en enfermedades físicas y mentales del adulto. En comparación con otros métodos de evaluación, el cuestionario CTQ-SF es una herramienta más confiable, ya que demostró mayor sensibilidad y especificidad aunado a ser resistente a sesgos de notificación debidos a los estados de ánimo transitorios que pudiera experimentar el entrevistado (Behn et al., 2020).

El CQT-SF ha sido traducido en diferentes idiomas, uno de ellos en castellano por Hernández et al., en 2013, validado en una muestra de 185 mujeres hospitalizadas con diferentes trastornos mentales, presentando un coeficiente alfa de Cronbach: abuso emocional (0.87), abuso físico (0.89), abuso sexual (0.94), negligencia emocional (0.83) y negligencia física (0.66); la correlación entre los factores es alta, oscilando entre 0,29 y 0,50. Se concluyó que el CTQ-SF es una herramienta confiable que puede ser utilizada internacionalmente para la evaluación de las EAI (Ordoñez-Cambolor et al., 2016).

III. 3 Asma.

III.3.1 Epidemiología

En los últimos 20 años la prevalencia del asma se ha incrementado en grado notable y se calcula que en el mundo hay alrededor de 300 millones de personas con asma. La OMS calcula que en la actualidad hay 235 millones de pacientes asmáticos y es la enfermedad crónica más frecuente en los niños (Barraza, 2018; OMS, 2020b).

En Latinoamérica la prevalencia de asma se estima en 17% pero se encontraron amplias variaciones regionales: Ecuador 9.4% en escolares, Bolivia 16% en estudiantes de 9 a 15 años, Chile de 18% en escolares de 7 a 13 años, Brasil registró una prevalencia de 24.3% en niños y 19% en adolescentes y Argentina reportó asma en 15.4% en niños entre 6 y 7 años y de 9.9% en adolescentes entre 13 y 14 años (Mancilla-Hernández et al., 2019; Ocampo et al., 2017).

Mientras que en México la prevalencia promedio es del 8%, en algunas de sus ciudades se encontraron prevalencias de 14% en Puebla, Puebla; 17% en Tulancingo, Hidalgo; 14% en Cancún, Quintana Roo; 7% en Tlaxcala y 11.9% en Cuernavaca, Morelos (Barraza, 2018; Mancilla-Hernández et al., 2019).

Diferentes estudios epidemiológicos realizados a nivel mundial, así como por investigadores mexicanos adscritos al Instituto Nacional de Salud Pública indican que durante la niñez el asma es más frecuente entre los hombres y que conforme se incrementa la edad, sobre todo en la adolescencia y adultez, la frecuencia se presenta mayormente en mujeres (Barraza, 2018).

Más del 80% de las muertes por asma tienen lugar en países de ingresos bajos y medios-bajos. Se estima que el asma causa 495,000 muertes en todo el

mundo cada año, con tasas de letalidad muy variables que pueden reflejar diferencias en el manejo. Por estas razones se ha convertido en un importante problema de salud pública en la actualidad (Global Initiative for Asthma [GINA], 2020a; OMS, 2020b).

III.3.2 Definición

Asma se define según la guía GINA (Global Initiative for Asthma) 2020 como una enfermedad heterogénea, generalmente caracterizada por inflamación crónica de la vía respiratoria. Se define por la historia de síntomas respiratorios como sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, varían en el tiempo y en intensidad, junto con una limitación variable del flujo de aire respiratorio (Global Initiative for Asthma [GINA], 2020b).

Para la OMS el asma es una enfermedad crónica que se caracteriza por ataques recurrentes de disnea y sibilancias, que varían en severidad y frecuencia de una persona a otra. Los síntomas pueden sobrevenir varias veces al día o a la semana, y en algunas personas se agravan durante la actividad física o por la noche (OMS, 2020b).

Junto a las definiciones anteriores podemos agregar que el asma es una enfermedad crónica no transmisible, multifactorial, influida por la genética, medio ambiente y factores sociales (Ocampo et al., 2017).

III.3.3 Clasificación.

Se han identificado muchos fenotipos clínicos de asma. Los más comunes son: asma alérgica, asma no alérgica, asma de inicio tardío, asma con limitación persistente del flujo de aire y asma con obesidad. En esta investigación se revisará exclusivamente el fenotipo asma alérgica. **Véase Figura 2.**

Figura 2. Asma alérgica.

Asma alérgica	Es el más fácil de reconocer, frecuentemente comienza en la infancia y se asocia con un pasado y/o antecedentes familiares de enfermedades alérgicas como eccema, rinitis alérgica o alergia a alimentos o medicamentos. El examen de esputo inducido antes del tratamiento a menudo revela inflamación eosinofílica de las vías respiratorias. Estos pacientes suelen responder bien al tratamiento con corticoesteroides inhalados
---------------	--

Fuente: (GINA, 2020b).

Figura 3. Clasificación de la gravedad del asma.

	Episódica ocasional	Episódica frecuente	Persistente moderada	Persistente grave
Episodios	De pocas horas o días de duración, <1/10-12 semanas. Máximo 4-5 crisis anuales	<1/5-6 semanas. Máximo 6-8 crisis/año	>1/4-5 semanas	Frecuentes
Síntomas intercrisis	Asintomático, con buena tolerancia al ejercicio	Asintomático	Leves	Frecuentes
Sibilancias	-	Con esfuerzos intensos	Con esfuerzos moderados	Con esfuerzos mínimos
Síntomas nocturnos	-	-	≤ 2 noches/semana	> 2 noches/semana
SABA	-	-	≤3 días/semana	3 días/semana
-FEV1	>80%	>80%	>70 - <80%	<70%
-Variabilidad PEF	<20%	<20%	>20 - <30%	<30%

FEV1: volumen espirado forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo; SABA: b2 agonista de acción corta.

Fuente: (Álvarez y García, 2021).

III.3.4 Factores de Riesgo

Los pacientes con asma presentan características comunes que son producto de las interacciones entre la genética y el medio ambiente, por lo tanto, son factores de riesgo que influyen en su desarrollo y expresión (GINA, 2020a).

III.3.4.1 Factores del hospedero

- Genéticos.
- Sexo.
- Antecedentes perinatales.
- Obesidad.
- Depresión.

III.3.4.2 Factores ambientales.

- Alérgenos.
- Ocupacional.
- Estrés.
- Tabaquismo.
- Contaminación del ambiente.
- Dieta.

III.3.5 Diagnóstico

III.3.5.1 Clínica

Los síntomas y signos que presentan los pacientes son clave, más no patognomónicos, su variabilidad en intensidad y tiempo deben hacer sospechar al médico. Tiene un patrón característico relacionado con exposición a desencadenantes, que revierten con tratamiento broncodilatador, aunque la falta de respuesta no excluye el diagnóstico (Larenas-Linnemann et. al, 2017).

Para el diagnóstico se deben reconocer los síntomas propios (tos, sibilancias, disnea u opresión torácica). La anamnesis debe indagar sobre antecedentes personales y familiares, con mayor énfasis en los neonatales y de atopia. Para la exploración física conviene comprobar el aspecto general de la persona, morfología torácica, valorar rasgos faciales, datos de atopia, así como vía aérea superior e inferior (Álvarez y García, 2021).

III.3.5.2 Pruebas que muestran obstrucción al flujo de aire

III.3.5.2.1 Espirometría

Es una prueba que mide la máxima cantidad de aire que se puede exhalar desde una inspiración máxima, es la prueba de primera elección para el diagnóstico de asma (Larenas-Linnemann et. al, 2017).

Los principales parámetros son el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV_1) y la capacidad vital forzada (FVC). La obstrucción se define con el cociente FEV_1/FVC por debajo de los valores de referencia. (Guía Española para el Manejo del Asma [GEMA 5.1], 2021).

III.3.5.2.2 Pruebas de reversibilidad

Posterior a la prueba de espirometría se indica una segunda prueba usando salbutamol 100 μg (4 disparos separados por un tiempo aproximado de 30 segundos una de la otra, mediante aerocámara), siempre que no haya alguna contraindicación, en tal caso se disminuirá la dosis a 200 μg o se utilizará un anticolinérgico (bromuro de ipratropio 80 μg). La respuesta se mide entre 10 a 15 minutos después, al observarse un incremento $\geq 12\%$ y 200ml de FEV_1 se dice que la reversibilidad fue positiva (Gutiérrez et. al, 2018).

En el caso de pacientes con probable diagnóstico de asma que cuenten con espirometría normal, se intenta con otra prueba terapéutica, administrando

corticoesteroide inhalado durante 6 semanas o 40 mg de prednisona cada 24 horas por 15 días; la reversibilidad será positiva si FEV1 aumenta > 12% y 200 ml o flujo espiratorio máximo FEM > 20% (Larenas-Linnemann et. al, 2017).

III.3.6 Tratamiento

El objetivo del tratamiento del asma es mantener un control prolongado, evitar reagudizaciones, la alteración funcional, así como la pérdida progresiva de la función pulmonar, Para obtener este objetivo es necesario realizar una estrategia individualizada con la aceptación del paciente, dándole una adecuada información acerca de la enfermedad, tratamiento no farmacológico y farmacológico. Es importante explicar al paciente el uso adecuado de los dispositivos inhalatorios para evitar un mal control de la enfermedad (Llanos-Guevara y Huerta-López, 2018).

III.3.6.1 Tratamiento no farmacológico.

Se debe poner mayor énfasis en los factores modificables que aumentan el riesgo de una crisis asmática, a continuación, se enlistan algunos de ellos: (Larenas-Linnemann et. al, 2021).

- aconsejar la suspensión del tabaquismo activo o pasivo
- Promover la actividad física regular
- Evitar exposición a sustancias a las que esté sensibilizado
- Realizar dieta rica en frutas y verduras
- Evitar la humedad en casa ayuda a mejorar los síntomas de asma
- Estimular el uso de calefacción y estufa con bajo nivel de contaminación dentro de casa
- Ventilar diariamente toda la casa
- Evitar mascotas en casa
- Cambiar ropa de cama y fundas de almohadas

III.3.6.2 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se compone de fármacos de rescate, los cuales tienen un mecanismo de acción rápido y son los de primera línea en reagudizaciones; y los fármacos de mantenimiento utilizados diariamente para controlar la inflamación y de esta manera tener un control de la enfermedad (Schuers et al., 2019).

III.3.6.2.1 Manejo de rescate

Como primera elección para el alivio sintomático, se recomienda un fármaco agonista β_2 de acción corta por su tiempo de acción rápido y presentan menos efectos secundarios. Como segunda elección cuando el agonista β_2 de acción corta está contraindicado, no se cuenta con él o sea mal tolerado, se usa el bromuro de ipratropio; en síntomas resistentes se puede combinar el agonista β_2 de acción corta y el bromuro de ipratropio (Llanos-Guevara y Huerta-López, 2018; Larenas-Linnemann et. al, 2017).

III.3.6.2.2 Terapia de mantenimiento

Los corticoesteroides a dosis bajas (como Budesonida 100-400 μ g/día) son de primera elección solos o combinados disminuyen la frecuencia y la gravedad de las crisis asmáticas (Llanos-Guevara y Huerta-López, 2018).

Cuando no se logra controlar con corticoesteroides se añade un LABA (agonista β_2 adrenérgico de acción larga) en este grupo se encuentran Salmeterol, Formoterol y Vilanterol. Es importante mencionar que los LABA no se deben indicar como monoterapia. Como alternativa, se puede combinar un antileucotrieno con corticoesteroide inhalado a dosis bajas. No se recomienda usar teofilina y agonistas β_2 orales (Larenas-Linnemann et. al, 2017).

Aumentar la dosis del corticoesteroide inhalado si no hay un adecuado control con la combinación de LABA y el corticoesteroide, sí aun así no existiera un buen control, se deberá agregar un tercer medicamento del grupo de anticolinérgicos de acción prolongada como Tiotropio inhalado (Llanos-Guevara y Huerta-López, 2018)

La terapia con corticoesteroides sistémicos está indicada en las primeras horas de una reagudización grave, como tratamiento de mantenimiento a largo plazo a dosis bajas y en asma de difícil control. Se debe tener una vigilancia estricta para prevenir la aparición de supresión adrenal, hipertensión arterial, hiperglucemia, cataratas, osteoporosis, glaucoma y atrofia cutánea. (Llanos-Guevara y Huerta-López, 2018).

La inmunoterapia específica con alérgeno es un complemento para el control de pacientes con asma alérgica y que cuenten con confirmación de sensibilización mediada por IgE (Larenas-Linnemann et. al, 2021).

El tratamiento biológico incluye anticuerpos monoclonales como: omalizumab, mepolizumab, dupilumab, benralizumab, etc. (Larenas-Linnemann et. al, 2021).

III. 4 Rinitis Alérgica.

III.4.1 Epidemiología

En México, se encontraron diferentes prevalencias en ciudades y estados; Ciudad Victoria, Mexicali, Monterrey y Tijuana presentaron un 24%, Ciudad de México obtuvo una prevalencia entre 29.5 y 47.7%, Morelos en mayores de 6 años se encontró una prevalencia de 9.6 y 10.1%, Puebla con 15%, Hidalgo 17% y Tlaxcala el 8% (Mancilla-Hernández et al., 2017).

III.4.2 Definición

La rinitis alérgica es una enfermedad crónica inflamatoria de la mucosa nasal caracterizada por una respuesta inducida por inmunoglobulina E (IgE), junto con diversos mediadores y células, secundaria a la exposición a uno o más alérgenos. Los síntomas incluyen: obstrucción nasal, prurito nasal, estornudos y rinorrea (Amérigo et al., 2017).

III.4.3 Clasificación según gravedad (Zozaya-García et al., 2019).

- Intermitente.
Síntomas < 4 días a la semana y < de 4 semanas consecutivas.
- Persistente.
Síntomas >4 días a la semana y 4 semanas consecutivas.
- Leve.
No afecta actividades diarias, sueño normal, síntomas presentes, pero no molestos.
- Moderada-severa.
Presencia de síntomas molestos que afectan la actividad diaria, alteración del sueño.

III.4.4 Factores de Riesgo

El papel más importante para el desarrollo de la enfermedad lo tienen la exposición a alérgenos inhalados y/o alimentarios. Los inhalados más frecuentes son: polen, árboles, pasto, ácaros, esporas de moho y epitelio de animales domésticos. Dentro de los alimentarios podemos encontrar el huevo, leche, nueces, cacahuates, mariscos, etc. El medio ambiente también es un factor de riesgo por su alta contaminación, se ha realizado investigaciones que documentan que el

ambiente rural es un factor protector para rinitis alérgica (Philco-Toaza y Proaño-Cortez, 2019).

Los factores de riesgo para desarrollar rinitis alérgica en edades tempranas son la ablactación temprana, tabaquismo materno o paterno, antecedente de enfermedades alérgicas en los padres, animales domésticos y presentar niveles elevados de IgE de los 9 meses a 6 años (Zozaya-García et al., 2019).

III.4.5 Diagnóstico

III.4.5.1 Historia clínica

Durante el interrogatorio, los pacientes describirán los síntomas clásicos de rinitis alérgica, se evaluarán desencadenantes potenciales en hogar y trabajo, incluidos pólenes, animales con pelaje, suelos, tapizados, textiles, humo de tabaco, humedad, etc. El uso de ciertos medicamentos como betabloqueadores, ácido acetilsalicílico, AINES, IECA, uso de drogas. Interrogar acerca de antecedentes familiares de enfermedad atópica, se pueden conocer los antecedentes perinatales que pudieran ser factores de riesgo y encaminar la sospecha diagnóstica (Small et al., 2018).

III.4.5.2 Exploración física

Se pueden encontrar diversos signos como epifora, secreción hialina, ojeras alérgicas, inyección conjuntival, senos paranasales dolorosos a la presión, en boca se observa hiperplasia gingival, alteraciones dentarias a consecuencia de la respiración oral, signo de Dennie-Morgan que muestra un doble pliegue palpebral inferior secundario a edema, el surco nasal transversal, lengua geográfica, entre otros menos frecuentes. La rinoscopia anterior puede ayudar a la visualización de la situación del tabique, secreciones, aspecto de la mucosa nasal y meatos (Aristizabal et al., 2021).

III.4.5.3 Estudios de Laboratorio

- Recuento de eosinófilos: muestra de sangre periférica, se considera poco sensible e inespecífico, el resultado debe mostrar eosinofilia >750 eosinófilos/mm³.
- Citología nasal: se analiza la secreción nasal, eosinofilia hace sugerencia de patología alérgica, aunque su ausencia no la descarta. Ayuda a evaluar la respuesta al tratamiento y la evolución.
- Las pruebas cutáneas evidencian la presencia de IgE en la superficie de mastocitos y su porcentaje de positividad debe relacionarse con el curso clínico.
- La determinación de IgE específica se realiza cuando las pruebas cutáneas no son concluyentes o no se pueden realizar. Se considera estándar de oro (Zozaya-García et al., 2019; Aristizabal et al., 2021).

III.4.5.4 Estudios de Gabinete

La toma de imágenes radiográficas no se recomienda para el diagnóstico de rinitis alérgica, aunque pueden descartar otras entidades como rinosinusitis. El uso de tomografía axial computarizada se limita exclusivamente si los hallazgos sugieren patologías asociadas (Aristizabal et al., 2021).

III.4.6 Tratamiento

III.4.6.1 Tratamiento no farmacológico

Los principios básicos del tratamiento de la rinitis alérgica son: evitar los alérgenos siempre que sea posible, educación del paciente y familiares sobre la cronicidad de la enfermedad, conocer las complicaciones, saber que el tratamiento es a largo plazo y solo se logra el control (Aristizabal et al., 2021).

III.4.6.2 Tratamiento farmacológico

Figura 4. Tratamiento farmacológico de la rinitis alérgica.

Antihistamínicos orales	Fármacos utilizados con mayor frecuencia por su efecto rápido, seguridad, ausencia de taquifilaxia o tolerancia tras su uso continuo.
Descongestivos	Valorar si la congestión nasal no se debe a defectos estructurales; en caso de no ser así se pueden utilizar los descongestivos tópicos o sistémicos, los cuales son vasoconstrictores alfa-agonistas
Esteroides nasales	Junto con los antihistamínicos, se consideran la piedra angular del tratamiento de rinitis alérgica
Antileucotrienos Inmunoterapia	Tratamiento adyuvante en combinación con antihistamínicos Alérgenos específicos para disminuir los síntomas a largo plazo y con ello disminuir el uso de fármacos además de mejorar la calidad de vida de las personas.

Fuente: (Zozaya-García et al., 2019, Amérigo et al., 2017).

IV. Hipótesis

IV.1 Hipótesis general

Existe asociación de las experiencias adversas en la infancia con la enfermedad alérgica de la vía respiratoria.

IV.2 Hipótesis estadísticas

Ha: Existe una asociación de las experiencias adversas en la infancia con enfermedades alérgicas de la vía respiratoria mayor del 28% y una asociación de las experiencias adversas en la infancia sin enfermedad alérgica de la vía respiratoria mayor del 12.5%

Ho: Existe una asociación de las experiencias adversas en la infancia con enfermedad alérgica de la vía respiratoria menor o igual del 28% y una asociación de las experiencias adversas en la infancia sin enfermedad alérgica de la vía respiratoria menor o igual del 12.5%

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar las experiencias adversas en la infancia asociadas a enfermedad alérgica de la vía respiratoria.

V.2 Objetivos específicos

- Determinar las experiencias adversas en la infancia asociadas a rinitis alérgica.
- Determinar las experiencias adversas en la infancia asociadas a asma.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico de asociación.

VI.2 Población o unidad de análisis

Adultos de 18 a 40 años con diagnóstico de asma y/o rinitis alérgica desde su infancia, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No.6, en seguimiento por el servicio de Alergología del Hospital General de Zona No. 3, San Juan del Río, Querétaro, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

Se utilizó la fórmula para estudios de dos poblaciones de porcentajes.

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (p_1 q_1 + p_0 q_0)}{(p_1 - p_0)^2}$$

$$n = \frac{(1.64 + 0.842)^2 ((0.125)(0.875) + (0.28)(0.72))}{(0.125 - 0.28)^2}$$

Donde:

Z α Nivel de confianza: 95% con una zona de rechazo=1.64

Z β Poder de la prueba: 80%=0.842

p 1 Prevalencia del fenómeno en el grupo 1=0.125

q 1 $1 - p_1 = 0.875$

p 0 Prevalencia del fenómeno en el grupo 2 =0.28

q 0 $1 - p_0 = 0.72$

n= 79.73 pacientes para cada grupo. 160 pacientes en total (80 por grupo).
Muestreo por cuota.

VI.3.1 Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- Pacientes de 18 a 40 años con diagnóstico establecido de asma y/o rinitis alérgica desde su infancia.
- Pacientes que se encuentran en tratamiento y seguimiento de asma y/o rinitis alérgica en la UMF No.6 y el servicio de Alergología.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Adultos con diagnósticos diferenciales como:
 - Sinusitis crónica
 - Fibrosis quística
 - Desviación de tabique nasal
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
 - Bronquitis crónica
 - Secuelas de Covid19

Criterios de eliminación:

- Pacientes que ya no desearon participar en el estudio
- Cuestionarios incompletos

VI.3.2 Variables estudiadas.

Se analizaron variables de tipo personal (edad, sexo, talla, peso, índice de masa corporal), sociodemográficas (escolaridad, estado civil, ocupación), relacionadas con la patología (tratamiento farmacológico, tratamiento con inmunoterapia, edad al momento del diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad), lugar que ocupa entre los hermanos y escolaridad de los padres.

VI.4 Procedimientos.

Para la ejecución del estudio se solicitó la autorización a directivos del Hospital General de Zona n. 3, San Juan del Río, Querétaro. La recolección de información se obtuvo de dos fuentes: los pacientes que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 6, IMSS, Querétaro y a la consulta externa de Alergología del HGZ No.3.

A todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión se les explicó la finalidad del estudio, el contenido de los cuestionarios, así como posibles beneficios y riesgos, solo aquellos que aceptaron participar se les entregó carta de consentimiento informado (Véase Anexo 2).

Se aplicó el cuestionario CTQ-SF versión en español (Véase Anexo 1) para determinar las experiencias adversas de la infancia, posteriormente se llenaron los ítems de la ficha de acuerdo con los puntajes obtenidos en cada subescala. Por último, el instrumento de recolección de datos (Véase Anexo 3) fue contestado entre el investigador y el paciente.

Una vez obtenidos, los datos se ingresaron a la base de datos del programa SPSS para su análisis estadístico.

VI.4.1 Análisis estadístico

El plan de análisis incluyó promedios, porcentajes, desviaciones estándar, intervalos de confianza y χ^2 .

VI.4.2 Consideraciones éticas

Este proyecto fue aprobado por la Dirección de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma de Querétaro, con número de registro 13191. Evaluado y aceptado por el comité local de investigación y ética en investigación de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, con número de registro R-2021-2201-015 (Anexo 4).

El estudio se apegó a los principios enunciados en la declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki de 1964 y su revisión en la Asamblea de Fortaleza, Brasil, en 2013. En la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información, que requiere consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de estos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio de investigación. (Declaración de Helsinki de la AMM, 2013).

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en su última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación, en su título segundo, capítulo I, la investigación no representa riesgo y no viola los derechos humanos.

La información que otorgó el participante, previo consentimiento informado,

es de carácter confidencial y anónimo, los datos fueron usados exclusivamente para la investigación. Los cuestionarios son resguardados y archivados por el investigador.

VII. Resultados

Se estudiaron 160 pacientes. Un grupo de 80 pacientes con enfermedad alérgica de la vida respiratoria y 80 pacientes sin enfermedad alérgica.

En el total de la población estudiada el género predominante fue femenino en 69.4% (IC 95%; 62.3 - 76.5) y 30.6% (IC 95%; 23.5 - 37.7) de masculinos. El rango de edad que mayor se presentó fue de 34 a 40 años en un 45.7% (IC 95%; 38 - 53.4) y el que menor se presentó fue de 23.7% (IC 95%; 17.1 - 30.3) de 18 a 26 años.

Respecto al estado civil del total de la población, los pacientes casados fueron más frecuentes con el 44.4% (IC 95%; 36.7 - 52.1), seguido de pacientes solteros en 40% (IC 95%; 32.4 - 47.6), unión libre con el 12.5% (IC 95%; 7.4 - 17.6), divorciados 1.9% (IC 95%; 0 - 4) y viudos 1.3% (IC 95%; 0 - 3.1).

Se presenta un alto grado de escolaridad en la población estudiada, con un 43.8% (IC 95%; 36.1 - 51.5) de licenciatura, seguido de bachillerato en el 25% (IC 95%; 18.3 - 31.7), secundaria 21.3% (IC 95%; 15 - 27.6), posgrado 8.1% (IC 95%; 3.9 - 12.3), primaria 1.3% (IC 95%; 0 - 3.1) y analfabeta en el 0.6% (IC 95%; 0 - 1.8).

La ocupación predominante fue de empleado en 27.5% (IC 95%; 20.6 - 34.4). La ocupación con menor presencia fue desempleada en 1.9% (IC 95%; 0 - 4).

Cuadro 1.

Cuadro 1. Características sociodemográficas del total de la población estudiada

		n=160	
		IC 95%	
Género	<i>Porcentaje</i>	<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Masculino	30.6	23.5	37.7
Femenino	69.4	62.3	76.5
Edad			
18 a 26 años	23.7	17.1	30.3
27 a 33 años	30.8	23.6	38.0
34 a 40 años	45.7	38.0	53.4
Estado Civil			
Soltero	40.0	32.4	47.6
Casado	44.4	36.7	52.1
Unión libre	12.5	7.4	17.6
Divorciado	1.9	0	4
Viudo	1.3	0	3.1
Grado escolar			
Analfabeta	0.6	0	1.8
Primaria	1.3	0	3.1
Secundaria	21.3	15	27.6
Bachillerato	25.0	18.3	31.7
Licenciatura	43.8	36.1	51.5
Posgrado	8.1	3.9	12.3
Ocupación			
Hogar	23.1	16.6	29.6
Obrero	5.6	2.0	9.2
Empleado	27.5	20.6	34.4
Profesionista	26.9	20.0	33.8
Desempleado	1.9	0	4
Otro	15.0	9.5	20.5

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Experiencias adversas en la infancia asociadas a enfermedad alérgica de la vía respiratoria”.

La enfermedad alérgica de la vía respiratoria que presentaron la mayor parte de la población fue la rinitis alérgica en el 28.7% (IC 95%; 21.7 - 35.7) con menor frecuencia fue asma en el 9.4% (IC 95%; 4.9 - 13.9). Los pacientes con ambos diagnósticos se presentaron en el 11.9% (IC 95%; 6.9 - 16.9).

Con relación a la edad en que se realizó el diagnóstico de la enfermedad alérgica de la vía respiratoria, fue entre los 10 a 12 años en el 50% (IC 95%; 42.3 - 57.7), en menor porcentaje el rango de edad de 1 a 3 años en 7.5% (IC 95%; 3.4 - 11.6).

El 60% (IC 95%; 52.4 - 67.6) de la población tiene un tiempo de evolución de la enfermedad alérgica respiratoria de 21 a 30 años y solo el 1.25% (IC 95% 0 - 3) fue de menos de 10 años. El tratamiento predominante fue la inmunoterapia en 55% (IC 95%; 47.3 - 63.7). **Cuadro 2.**

Cuadro 2. Características de pacientes con enfermedad alérgica de la vía respiratoria en el total de la población

n=160

Pacientes con enfermedad alérgica de la vía respiratoria.	<i>Porcentaje</i>	IC 95%	
		<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Asma	9.4	4.9	13.9
Rinitis alérgica	28.7	21.7	35.7
Ambas	11.9	6.9	16.9
Edad al momento del diagnóstico.			
1 a 3 años	7.5	3.4	11.6
4 a 6 años	15	9.5	20.5
7 a 9 años	27.5	20.6	34.4
10 a 12 años	50	42.3	57.7
Tiempo de evolución de la enfermedad.			
< 10 años	1.25	0	3.0
11 a 20 años	23.75	17.2	30.3
21 a 30 años	60.0	52.4	67.6
31 a 40 años	15.0	9.5	20.5
Tratamiento de Inmunoterapia			
No	45	37.3	52.7
Si	55	47.3	63.7

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Experiencias adversas en la infancia asociadas a enfermedad alérgica de la vía respiratoria”.

El índice de masa corporal que sobresalió en el grupo con enfermedad alérgica de la vía respiratoria fue el sobrepeso con el 38.8% (IC 95%; 30.8 - 45.8); sin embargo, en el grupo sin enfermedad alérgica de la vía respiratoria fue el peso normal en el 36.3% (IC 95%; 28.8 - 43.8). **Cuadro 3.**

Cuadro 3. Índice de masa corporal por grupos

n=160

Clasificación Índice de masa corporal	Con enfermedad alérgica de la vía respiratoria			Sin enfermedad alérgica de la vía respiratoria		
	<i>Porcentaje</i>	IC 95%		<i>Porcentaje</i>	IC 95%	
		<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>		<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Normal	33.8	26.5	41.1	36.3	28.8	43.8
Sobrepeso	38.8	30.8	45.8	35.0	27.6	42.4
Obesidad grado 1	18.8	12.7	24.9	23.8	17.2	30.4
Obesidad grado 2	5.0	1.6	8.4	5.0	1.6	8.4
Obesidad grado 3	3.8	0.8	6.8	0.0	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Experiencias adversas en la infancia asociadas a enfermedad alérgica de la vía respiratoria”.

Al evaluar los tipos de las experiencias adversas de la infancia se encontró una asociación entre el abuso sexual y la enfermedad alérgica de la vía respiratoria, con una Chi² de 6.144 (p=0.011).

El abuso físico ($p=0.227$), abuso emocional ($p=0.254$), negligencia física ($p=0.051$) y negligencia emocional ($p=0.66$) no se encontró asociación. **Cuadro 4.**

Cuadro 4. Experiencias adversas de la infancia y enfermedad alérgica de la vía respiratoria

Experiencias adversas en la infancia				Chi ²	Valor de p
		Con enfermedad alérgica de la vía respiratoria	Sin enfermedad alérgica de la vía respiratoria		
Abuso sexual	Si	21.3	7.5	6.144	0.011
	No	78.8	92.5		
Abuso físico	Si	13.8	8.8	1.002	0.227
	No	86.3	91.3		
Abuso emocional	Si	17.5	12.5	0.784	0.254
	No	82.5	87.5		
Negligencia física	Si	13.8	5.0	3.605	0.051
	No	86.3	95.0		
Negligencia emocional	Si	21.3	11.3	2.939	0.066
	No	78.8	88.8		

Fuente: Instrumento de recolección de datos "Experiencias adversas en la infancia asociadas a enfermedad alérgica de la vía respiratoria".

Al evaluar el abuso sexual con las características de la población sexo ($p=0.137$), estado civil ($p=0.815$), grado escolar del paciente ($p=0.135$) grado escolar de los padres (0.126) no se encontró asociación. **Cuadro 5.**

Cuadro 5. Abuso sexual y características sociodemográficas de la población

n= 160

	Si	No	Chi²	Valor de p
Sexo				
Masculino	17.4	32.8	2.214	0.137
Femenino	82.6	67.2		
Estado civil				
Soltero	47.8	38.7	1.567	0.815
Casado	43.5	44.5		
Unión libre	8.7	13.1		
Divorciado	0	2.2		
Viudo	0	1.5		
Grado escolar del paciente				
Analfabeta	0	0.7	8.410	0.135
Primaria	4.3	0.7		
Secundaria	39.1	18.2		
Bachillerato	13	27		
Licenciatura	39.1	44.5		
Posgrado	4.3	8.8		
Grado escolar de los padres				
Analfabeta	8.7	5.8	8.610	0.126
Primaria	56.6	30.7		
Secundaria	13	24.1		
Bachillerato	13	16.1		
Licenciatura	4.3	21.2		
Posgrado	4.3	2.2		
IMC				
Normal	43.5	33.6	8.187	0.085
Sobrepeso	43.5	35.8		
Obesidad grado 1	0	24.8		
Obesidad grado 2	8.7	4.4		
Obesidad grado 3	4.3	1.5		

Fuente: Instrumento de recolección de datos "Experiencias adversas en la infancia asociadas a enfermedad alérgica de la vía respiratoria".

Al evaluar el abuso físico y las características sociodemográficas de la población estudiada se encontró una asociación entre el abuso físico y el estado civil, con una Chi² de 12.83 (p=0.012). **Cuadro 6**

Cuadro 6. Abuso físico y características sociodemográficas de la población

n= 160

	Si	No	Chi²	Valor de p
Sexo				
Masculino	27.8	31	0.077	0.781
Femenino	72.2	69		
Estado civil				
Soltero	38.9	40.1	12.830	0.012
Casado	33.3	45.8		
Unión libre	11.1	12.7		
Divorciado	11.1	0.7		
Viudo	5.6	0.7		
Grado escolar del paciente				
Analfabeta	0	0.7	1.575	0.904
Primaria	0	1.4		
Secundaria	27.8	20.4		
Bachillerato	27.8	24.6		
Licenciatura	33.3	45.1		
Posgrado	11.1	7.7		
Grado escolar de los padres				
Analfabeta	16.7	4.9	10.186	0.070
Primaria	22.2	35.9		
Secundaria	11.1	23.9		
Bachillerato	33.3	13.4		
Licenciatura	16.7	19		
Posgrado	0	2.8		
IMC				
Normal	44.4	33.8	5.065	0.281
Sobrepeso	16.7	39.4		
Obesidad grado 1	27.8	20.4		
Obesidad grado 2	11.1	4.2		
Obesidad grado 3	0	2.1		

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Experiencias adversas en la infancia asociadas a enfermedad alérgica de la vía respiratoria”.

Respecto al abuso emocional y las características sociodemográficas de la población estudiada se encontró una asociación entre el abuso emocional y el estado civil, con una Chi^2 de 12.66 ($p=0.013$). **Cuadro 7**

Cuadro 7. Abuso emocional y características sociodemográficas de la población

	n= 160			
	Si	No	Chi ²	Valor de p
Sexo				
Masculino	25	31.6	0.420	0.517
Femenino	75	68.4		
Estado civil				
Soltero	54.2	37.5	12.660	0.013
Casado	29.2	47.1		
Unión libre	4.2	14		
Divorciado	8.3	0.7		
Viudo	4.2	0.7		
Grado escolar del paciente				
Analfabeta	0	0.7	2.202	0.820
Primaria	0	1.5		
Secundaria	25	20.6		
Bachillerato	33.3	23.5		
Licenciatura	33.3	45.6		
Posgrado	8.3	8.1		
Grado escolar de los padres				
Analfabeta	8.3	5.9	2.761	0.737
Primaria	29.2	35.3		
Secundaria	29.2	21.3		
Bachillerato	20.8	14.7		
Licenciatura	12.5	19.9		
Posgrado	0	2.9		
IMC				
Normal	54.2	31.6	5.505	0.239
Sobrepeso	20.8	39.7		
Obesidad grado 1	20.8	21.3		
Obesidad grado 2	4.2	5.1		
Obesidad grado 3	0	2.2		

Fuente: Instrumento de recolección de datos "Experiencias adversas en la infancia asociadas a enfermedad alérgica de la vía respiratoria".

En cuanto a la negligencia física y las características sociodemográficas de la población estudiada se encontró una asociación con el grado escolar del paciente, con una Chi^2 de 21.057 ($p=0.001$). **Cuadro 8**

Cuadro 8. Negligencia física y características sociodemográficas de la población

	n= 160			
	Si	No	Chi ²	Valor de p
Sexo				
Masculino	26.7	31	0.122	0.727
Femenino	73.3	69		
Estado civil				
Soltero	33.3	40.7	1.466	0.833
Casado	46.7	44.1		
Unión libre	20	11.7		
Divorciado	0	2.1		
Viudo	0	1.4		
Grado escolar del paciente				
Analfabeta	0	0.7	21.057	0.001
Primaria	0	1.4		
Secundaria	53.3	17.9		
Bachillerato	6.7	26.9		
Licenciatura	13.3	46.9		
Posgrado	26.7	6.2		
Grado escolar de los padres				
Analfabeta	20	4.8	8.111	0.150
Primaria	46.7	33.1		
Secundaria	13.3	23.4		
Bachillerato	13.3	15.9		
Licenciatura	6.7	20		
Posgrado	0	2.8		
IMC				
Normal	53.3	33.1	3.282	0.512
Sobrepeso	20	38.6		
Obesidad grado 1	20	21.4		
Obesidad grado 2	6.7	4.8		
Obesidad grado 3	0	2.1		

Fuente: Instrumento de recolección de datos “Experiencias adversas en la infancia asociadas a enfermedad alérgica de la vía respiratoria”.

En la negligencia emocional se encontró una asociación con el grado escolar del paciente, con una χ^2 de 15.63 ($p=0.008$). **Cuadro 9**

Cuadro 9. Negligencia emocional y características sociodemográficas de la población

	n= 160			
	Si	No	Chi ²	Valor de p
Sexo				
Masculino	19.2	32.8	1.897	0.168
Femenino	80.8	67.2		
Estado civil				
Soltero	38.5	40.3	7.899	0.095
Casado	42.3	44.8		
Unión libre	7.7	13.4		
Divorciado	7.7	0.7		
Viudo	3.8	0.7		
Grado escolar del paciente				
Analfabeta	0	0.7	15.633	0.008
Primaria	3.8	0.7		
Secundaria	46.2	16.4		
Bachillerato	11.5	27.6		
Licenciatura	26.9	47		
Posgrado	11.5	7.5		
Grado escolar de los padres				
Analfabeta	19.2	3.7	10.408	0.064
Primaria	30.8	35.1		
Secundaria	15.4	23.9		
Bachillerato	19.2	14.9		
Licenciatura	15.4	19.4		
Posgrado	0	3		
IMC				
Normal	46.2	32.8	7.010	0.135
Sobrepeso	19.2	40.3		
Obesidad grado 1	23.1	20.9		
Obesidad grado 2	11.5	3.7		
Obesidad grado 3	0	2.2		

Fuente: Instrumento de recolección de datos "Experiencias adversas en la infancia asociadas a enfermedad alérgica de la vía respiratoria".

VIII. Discusión

Esta investigación tuvo como propósito identificar aquellas experiencias adversas en la infancia asociadas al diagnóstico de asma y/o rinitis alérgica. Nos centramos en cinco experiencias adversas, abuso sexual, físico, emocional, negligencia física y emocional; las secuelas de este tipo de vivencias se manifiestan claramente durante la adultez, con consecuencias tan diversas como asma, rinitis alérgica, entre otras (Vega-Arce y Núñez-Ulloa, 2017).

Se encontró una mayor prevalencia de la rinitis alérgica en la población con enfermedad alérgica de la vía respiratoria, esto concuerda con lo mencionado por Américo et al. (2017), la rinitis alérgica es la enfermedad alérgica más común y una de las patologías más frecuentes a nivel mundial.

La literatura menciona que la prevalencia de rinitis entre los pacientes asmáticos varía del 80 al 95% esto es importante ya que, seguido de la rinitis alérgica, se encontraron aquellos pacientes que padecen ambas enfermedades. Por este motivo, en todo paciente con rinitis alérgica es recomendable descartar la existencia de asma (Américo et al., 2017).

La mayor parte de los pacientes con enfermedad alérgica de la vía respiratoria fueron diagnosticados entre los 10 y 12 años, esto concuerda con el estudio de Navalta et al. (2018) que encontró una asociación entre la exposición crónica al estrés causado por las EAI y resultados negativos en la salud, como las alergias.

Se sabe que gran parte de los pacientes que padecen rinitis alérgica y asma no utilizan tratamientos con inmunoterapia debido al buen control que se puede

tener con el tratamiento farmacológico, sin embargo, en nuestro estudio, más de la mitad de los pacientes con enfermedad alérgica de la vía respiratoria utilizan tratamiento inmunológico (Gómez-Bastero y Serra-Batlles, 2019).

En esta revisión sobresalió como IMC el sobrepeso en pacientes con antecedentes de haber sufrido EAI y que presentan enfermedad alérgica de la vía respiratoria. Tal como lo afirma Morán (2021) quién observó que los individuos expuestos a EAI muestran un aumento del 20 al 50% de padecer sobrepeso u obesidad.

En los hallazgos se evidenció una asociación entre el abuso sexual y el asma y/o la rinitis alérgica; mientras que el resto de las experiencias adversas, aunque predominaron en el grupo de pacientes con enfermedad alérgica no se obtuvo significancia estadística. Según Hughes et al. (2017) el tipo de maltrato más dañino en las etapas tempranas de la vida es el abuso sexual.

Según Mesa-Gresa (2011), es importante destacar que el sexo de la víctima parece estar relacionado con la violencia sexual, y prueba de ello es que las niñas suelen sufrir más abusos que los niños. Lo cual se muestra en esta investigación siendo las mujeres quienes predominaron en todas las EAI incluyendo en el abuso sexual.

El estado civil que predominó en los pacientes con abuso sexual, abuso físico y abuso emocional fueron los solteros, siendo estadísticamente significativo en el abuso físico y emocional. Algunas de las razones es que las personas que sufrieron estos abusos en la infancia se caracterizan por presentar problemas en las relaciones interpersonales, baja autoestima y desconfianza. La sexualidad puede convertirse en un área de conflicto en la edad adulta (Salazar, 2020).

En algunos estudios se ha observado que en el *estatus* social bajo se presentan con frecuencia algunos tipos de abusos, prueba de ello es que en el abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia física y negligencia emocional; el grado escolar de los padres fue bajo colocando a la familia muy probablemente en este estatus social; aunque ninguno de estos resultados obtuvo significancia estadística (Jaramillo, 2021).

IX. Conclusiones

Las experiencias adversas en la infancia son situaciones altamente estresantes que, vividas en la infancia, tienen repercusiones en la vida adulta.

Los pacientes con enfermedad alérgica de la vía respiratoria tienen una tendencia al sobrepeso en comparación de los que no tiene diagnóstico de asma y/o rinitis alérgica.

El abuso sexual y la negligencia emocional son las experiencias adversas más frecuentes en pacientes con asma y/o rinitis alérgica. Sin embargo, el abuso sexual es la única que presenta asociación con la enfermedad alérgica de la vía respiratoria.

Las experiencias adversas en la infancia menos predominantes en pacientes con asma y/o rinitis alérgica son el abuso y la negligencia física.

Las personas sin enfermedad alérgica de la vía respiratoria presentan abuso emocional con mayor frecuencia.

El rol de los profesionales del área de salud es fundamental para resguardar las condiciones de vida del niño o niña, especialmente aquellos expuestos a experiencias adversas en la infancia.

X. Propuestas

Averiguar en la consulta de primer nivel acerca de la historia infantil del cuidador ya que suelen observarse patrones por generación. Posteriormente, el niño o niña a su cargo puede responder un cuestionario sobre la exposición a experiencias adversas.

Captar a padres con abuso de sustancias, violencia intrafamiliar, intentos de suicidio o graves trastornos psiquiátricos, con el fin de activar protocolos de cribado de maltrato infantil.

Concientizar a los padres sobre las situaciones de vulnerabilidad a la que sus hijos pueden ser víctimas como dejarlos al cuidado de desconocidos, evitando así situaciones de abuso o negligencia.

Modificar las creencias inadecuadas de los padres sobre el cuidado de los hijos. En gran parte del entorno cultural aún existe tolerancia a utilizar golpes, gritos, insultos como una forma de conseguir disciplina en los hijos, considerándose normal.

Gestionar espacios en las unidades de medicina familiar que incentiven relaciones estables y seguras entre cuidadores y niños, como terapias familiares, actividades recreativas; esto a través del apoyo de médicos, enfermería y trabajo social.

Desarrollar programas de prevención y detección temprana de entornos en los que puede darse el maltrato, los cuales son imprescindibles para garantizar la protección de la infancia y permitir el desarrollo de adultos sanos y funcionales.

Ampliar las investigaciones acerca de las experiencias adversas en la infancia y sus repercusiones en la salud a corto, mediano y largo plazo del infante, para promover acciones multidisciplinarias dirigidas a las familias, en un contexto mundial.

XI. Bibliografía

Álvarez, F., y García, M. (2021). Asma: concepto, fisiopatología, diagnóstico y clasificación. *Pediatr Integral*, 25(2), 56-66.

Álvarez, M.G., y Castillo, J.G. (2019). Panorama estadístico de la violencia contra niñas y adolescentes en México. *UNICEF*, 23-27.
<https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf>

Amérigo, D., Sánchez, M., Barbarroja, J., y Álvarez-Mon, M. (2017). Rinitis alérgica. *Medicine*, 12(30), 1757-66. [RA G.pdf](#)

Amores-Villalba, A., y Mateos-Mateos, R. (Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología educativa*, 23, 81-88.
<https://journals.copmadrid.org/psed/archivos/articulo20171222164840.pdf>

- Aristizabal, M., Martínez, F., Ropero, J., García, G., y Torres, M. (2021). Rinitis alérgica en el mundo. *Scientific & Education Medical Journal*, 2(1), 5-17.
[Rinitis diagnóstico F.pdf](#)
- Barraza, A. (2018). El asma infantil: un importante problema de salud pública. *Academia de ciencias de Morelos*. <https://invdes.com.mx/los-investigadores/asma-infantil-importante-problema-salud-publica/>
- Behn, A., Vöhringer, P., Domínguez, A.P., González, A., Casrrasco, M., y Gloger, S. (2020). Validación de la versión en español del Childhood Trauma Questionnaire-Short Form en Chile, en una muestra de pacientes con depresión clínica. *Rev Med Chile*, 148(3), 336-343.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v148n3/0717-6163-rmc-148-03-0336.pdf>
- Castillo, A., Cleves, D., García, A.M., Laverde, L., Medina, V., Cortés, H., Ramírez, D., y Dávalos, D.M. (2017). Experiencias adversas de la infancia en una muestra de pacientes con enfermedades crónicas en Cali-Colombia. *Med. U.P.B*, 36(1), 9-15. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159051102002>
- Coogan, P., Wise, L.A., O'connor, G.T., Browm, T.A., Palmer, J.R., y Rosenberth, L. (2013). Abuse during childhood and adolescence and risk of adult-onset asthma in African American women. *J Allergy Clin Immunol*, 131(4), 1058-1063. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3615035/pdf/nihms427811.pdf>
- Centro de Estudios para el Logro de la Igualdad de Género. (2019). Niñas, niños y adolescentes víctimas de la violencia en México.
<http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/336723/1202791/file/LA%20VIOLENCIA%20CONTRA%20LAS%20NI%C3%91AS.%20NI%C3%91OS%20Y%20ADOLESCENTES.pdf>

- Exley, D., Alyson, N., y Hyland, M. (2015). Adverse childhood experience and asthma onset: a systematic review. *Eur Respir Rev*, 24, 299-305.
<https://err.ersjournals.com/content/errev/24/136/299.full.pdf>
- Fernández, J., y Herrera, M. (2012). Rinitis y factores psicológicos: estado de su relación. *Escritos de psicología*, 6(1), 14-19.
<http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v6n1/revision2.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). Estadísticas a propósito del día del niño.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/EAP_Nino.pdf
- Global Initiative for Asthma. (2020a). Global strategy for asthma management and prevention. Only appendix.
https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/04/GINA-2020-Appendix_final-wms.pdf
- Global Initiative for Asthma. (2020b). Global strategy for asthma management and prevention.
https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/04/GINA-2020-Appendix_final-wms.pdf
- Gómez-Bastero, A. y Serra-Batlles, J. (2019). Inmunoterapia en asma. *Rev. Asma*. 4(1), 26-30.
<https://www.separcontenidos.es/revista3/index.php/revista/article/view/157/218>
- Guía Española para el Manejo del Asma 5.1. (2021).
https://www.semg.es/images/2021/Documentos/GEMA_5.1.pdf
- Gutiérrez, M., Beroiza, W., Borzonet, G., Caviedes, I., Céspedes, J., Gutiérrez, M., Oyarzún, M., Palacios, S., Cartagenas, C., Corrales, R., Álvarez, C. y Schonfeldt, G. (2018). Espirometría: Manual de procedimientos. *Rev Chil Enferm Respir*, 34, 171-188. [Espirometria manual C.pdf](#)

Hughes, K., Bellis, M., Hardcastle, K., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2, e356-66.

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2817%2930118-4>

Instituto Nacional de las Mujeres. (2020). Maltrato Infantil.

http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Maltrato_infantil.pdf

Jaramillo, W. (2021). La trascendencia de la victimología en el abuso sexual infantil. [Tesis docotoral, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil].

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/17476>

Laditka, J., & Laditka, S. (2018). Adverse childhood circumstances and functional status throughout adult life. *J Aging Health*, 30(9), 1347-1368.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6119649/pdf/nihms-985144.pdf>

Larenas-Linnemann, D., Salas-Hernández, J., Vázquez-García, J.C., Ortíz-Aldana, I., Fernández-Vega, M., y Del Río-Navarro, B.E. (2017). Guía Mexicana del Asma. *Rev Alerg Mex*, 64(1), 11-128.

<https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/download/272/406>

Larenas-Linnemann, D., Salas-Hernández, J., Del Río-Navarro, B., Luna-Pech, J., Navarrete-Rodríguez, E., Gochicoa, L., Cano-Salas, M., García-Ramírez, U., López-Estrada, E., Ortega-Martell, J., Aguilar-Aranda, A., Caretta-Barradas, S., Bedolla-Barajas, M., Camargo, R., Cuevas-Schacht, F., Fernández-Vega, M., García-Bolaños, C., Garrido-Galindo, C., Jiménez-Chobillón, A., ...Vázquez-García, J. (2021). MIA 2021, Manejo integral del asma. *Rev Alerg Mex*, 68, 1-122. [Manejo integral del asma D.pdf](#)

Llanos-Guevara, Y., y Huerta-López, J. (2018). Actualización en el tratamiento del asma en pediatría. *Inmuno Pediatr*, 27(1), 10-17.

<http://www.medigraphic.com/alergia/>

Mancilla-Hernández, E., González-Solórzano, E., Medina-Ávalos, M., y Barnica-Alvarado, R. (2017). Prevalencia de rinitis alérgica y de sus síntomas en la población escolar de Cuernavaca, Morelos, México. *Rev Alerg Mex*, 64(3), 243-249.

https://www.researchgate.net/publication/322348778_Prevalencia_de_rinitis_alergica_y_de_sus_sintomas_en_la_poblacion_escolar_de_Cuernavaca_Morelos_Mexico

Mancilla-Hernández, E., Hernández-Morales, M.R., y González-Solórzano, E. (2019). Prevalencia de asma y grado de asociación de los síntomas en población escolar de la sierra norte de Puebla. *Rev Alerg Mex*, 66(2), 178-183.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v66n2/2448-9190-ram-66-02-178.pdf>

Mesa-Gresa, P., y Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el “ciclo de la violencia”. *Rev Neurol*, 52(8), 489-503.

https://www.researchgate.net/publication/331129835_Neurobiologia_del_maltrato_infantil_el_ciclo_de_la_violencia

Morán, D. (2021). Relación de las experiencias adversas durante la infancia y las fortalezas familiares durante la niñez con el desbalance metabólico y la depresión en pacientes adultos jóvenes con hipertensión arterial sistémica [Tesis doctoral, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo].

Biblos-e Archivo.

http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/bitstream/handle/DGB_UMICH/4337/FCMB-E-2021-0058.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Morante, M. (2017). Antecedente de eventos traumáticos durante la infancia como factor asociado a trastorno límite de la personalidad en adultos. *Universidad privada Antenor Orrego*. <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2721>
- Navalta, C., McGee, L. & Underwood, J. (2018). Adverse Childhood Experiences, Brain Development, and Mental Health: A Call for Neurocounseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 40(3), 266-278.
<https://doi.org/10.17744/mehc.40.3.07>
- Ocampo, J., Gaviria, R., y Sánchez, J. (2017). Prevalencia del asma en América Latina. Mirada crítica a partir del ISAAC y otros estudios. *Rev Alerg Mex*, 64(2), 188-197. <http://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v64n2/2448-9190-ram-64-02-00188.pdf>
- Ordoñez-Cambolor, N., Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., García-Álvarez, L., Pizarro-Ruiz, J.P., y Lemos-Giráldez, S. (2016). Evaluación de experiencias traumáticas tempranas en adultos. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 36-44.
<http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/2660.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2020a). Maltrato Infantil.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Organización Mundial de la Salud. (2020b). Asma.
<https://www.who.int/respiratory/asthma/es/>
- Philco-Toaza, P., & Proaño-Cortez, J. (2019). Factores de riesgo asociados a rinitis alérgica en niños de 3 a 5 años. *Universidad y Sociedad*, 11(4), 135-140. <http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus>
- Resendiz, A. (s.f). Visión psicosomática del asma. *INCMNSZ*.
<http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/mpc/Tema1.pdf>

- Salazar, R. (2020). Trascendencia de la educación sexual integral como prevención del delito de abuso sexual de menores. [Tesis maestría, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla].
<https://hdl.handle.net/20.500.12371/9893>
- Schuers, M., Chapron, A., Guihard, H., Bouchez, T., & Darmon, D. (2019). Impact of non-drug therapies on asthma control: A systematic review of the literature. *European Journal of General Practice*, 25(2), 65-76.
<https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1574742>
- Small, P., Keith, P., & Kim, H. (2018). Allergic rhinitis. *Allergy Asthma Clin Immunol*, 14(2), 51. <https://doi.org/10.1186/s13223-018-0280-7>
- Tomfohr-Madsen, L.M., Bayrampur, H., & Tough, S. (2016). Maternal history of childhood abuse and risk of asthma and allergy in 2 year old children. *Psychosomatic Medicine*, 78:1031-1042. <http://allourbabiesstudy.com/wp-content/uploads/2016/12/Tomfohr-Madsen-et-al-Psychomatic-Med-Maternal-History-of-Abuse.pdf>
- Vega-Arce, M., y Núñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias adversas en la infancia: revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería universitaria*, 14(2), 124-130. <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/43>
- Vega, M.T., y Moro-G, L. (2013). La representación social de los malos tratos infantiles en la familia. Factores psicosociales que influyen en la percepción de las conductas de maltrato. *Psychosocial Intervention*, 22(1), 7-14.
<http://dx.doi.org/10.5093/in2013a2>

Wing, R., Gjelsvik, A., Nocera, M., & McQuaid, E. (2015). Association between adverse childhood experiences in the home and pediatric asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 114(5), 379-384.

<https://doi.org/10.1016/j.anai.2015.02.019>

Zozaya-García, A., Huerta-López, J., López-Pérez, G., y García-Benítez, L. (2019). Rinitis alérgica: tiempo de mejoría de síntomas con inmunoterapia en pacientes mexicanos y revisión de la literatura. *Alergia, asma e inmunología pediátrica*, 28(1), 8-17. <http://www.medigraphic.com/alergia/>

XII. Anexos

Anexo 1. Escala de Acontecimientos Traumáticos en la Infancia (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ-SF)

Edad: _____

Sexo: _____

Quando era pequeño y/o adolescente	Nunca	Raramente	A veces	Muchas veces	Casi Siempre
1. No tenía suficiente para comer.					
2. Me sentía cuidado y protegido.					
3. Algunos miembros de mi familia me llamaban “tonto”, “flojo” o “feo”.					
4. Mis padres estaban demasiado borrachos o “drogados” para ocuparse de la familia.					
5. Alguien de mi familia me hacía sentir importante o especial.					
6. Tenía que vestirme con ropa sucia.					
7. Me sentía querido.					
8. Pensaba que mis padres no querían que hubiera nacido.					
9. Me golpeaban tan fuerte que tuve que ir al médico o al hospital.					
10. No he querido cambiar de familia.					
11. Algún miembro de mi familia me pegaba tan fuerte que me dejaba marcas o moretones.					
12. Me castigaban con un cinturón, un palo, una cuerda u otro objeto contundente.					
13. Los miembros de mi familia cuidaban unos de otros.					

14. Miembros de mi familia me insultaban o decían cosas que me hacían daño.					
Cuando era pequeño y/o adolescente	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Casi siempre
15. Creo que he sido maltratado físicamente					
16. He tenido una infancia perfecta.					
17. Me golpeaban tan fuerte que alguien llegó a notar las marcas (ej. un profesor, un vecino o un médico).					
18. Sentía que alguien de mi familia me odiaba.					
19. Los miembros de mi familia se sentían cercanos entre sí.					
20. Alguien intentó tocarme o me hizo hacer tocaciones sexuales.					
21. Alguien me amenazó con hacerme daño si no hacía algún acto sexual con él o ella.					
22. Tenía la mejor familia del mundo.					
23. Alguien me obligó a hacer actos sexuales o me hizo ver tales actos.					
24. He sido víctima de acoso sexual.					
25. Creo que sufrí maltrato psicológico.					
26. Había alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba.					
27. Pienso que han abusado de mi sexualmente.					
28. Mi familia era una fuente de seguridad y apoyo.					

Anexo 2. Consentimiento Informado.

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“Experiencias adversas en la infancia asociadas a enfermedad alérgica de la vía respiratoria”
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar N. 6 San Juan del Río, Querétaro
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El objetivo de este estudio es saber si existe una asociación entre las experiencias de trauma que pudo haber vivido en su infancia y la enfermedad alérgica de la vía respiratoria, como asma y rinitis alérgica.
Procedimientos:	Si usted acepta participar en el protocolo, se la aplicará un cuestionario sobre experiencias de trauma que pudo haber vivido durante su infancia. Consistirá en 28 preguntas, se llevará a cabo en un consultorio vacío, manteniendo su privacidad y un ambiente tranquilo con adecuada iluminación, para mayor su concentración. El tiempo aproximado de respuesta es de 45 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Algunas de las preguntas podrían traerle recuerdos que le pudieran ocasionar tristeza, estrés o crisis de angustia, de ser así hágale saber al investigador y de ser necesario, usted recibirá atención médica.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer si su enfermedad alérgica está relacionada con experiencias adversas de su infancia y de ser necesario se le derivará al servicio de psicología y trabajo social para que usted reciba una atención completa.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información de resultados se dará al final de la investigación, si usted está interesado en conocerlos podremos contactarlo para darle a conocer dicha información.
Participación o retiro:	Usted es libre de decidir si participa en este protocolo de investigación y podrá retirarse del mismo en el momento que lo desee sin que esto afecte la atención que recibe del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información que usted proporcione es completamente confidencial, su nombre y número de afiliación, así como otros datos no serán expuestos en ningún momento. Los datos serán para uso exclusivo de la investigación y se utilizará un número de folio. Los cuestionarios serán guardados por el investigador.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Usted conocerá si existe o no una asociación entre los eventos difíciles o traumáticos que vivió en su infancia y la enfermedad alérgica que padece.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Flor Daniela Sarmiento Padilla Mat. 98231750 cel. 5530586549
Colaboradores:	Dra. Verónica Escorcía Reyes Mat. 99233622 cel. 4272909835
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330, 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 5627 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma de sujeto

Dra. Flor Daniela Sarmiento Padilla 98231750

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Anexo 3. Instrumento de recolección de datos.

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. “EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA ASOCIADAS A ENFERMEDAD ALÉRGICA DE LA VÍA RESPIRATORIA”.			
Folio:		Consultorio:	
Edad:	Talla: m.	IMC: kg/m ²	Peso: kg
Datos personales			
Sexo: (1) Masculino (2) Femenino	Estado civil: (1) Soltero (2) Casado (3) Unión libre	Grado escolar: (1) Analfabeta (2) Primaria (3) Secundaria	(4) Divorciado (5) Viudo (6) Posgrado (4) Bachillerato (5) Licenciatura (6) Posgrado
Grado escolar de los padres: (1) Analfabeta (2) Primaria (3) Secundaria		Ocupación: (1) Hogar (2) Obrero (3) Empleado	(4) Profesionalista (5) Desempleado (6) Otro _____ Lugar que ocupa entre los hermanos: _____
Antecedentes personales patológicos			
Diagnóstico: Asma: (si) (no) ; Rinitis Alérgica: (si) (no) ; Ambas: (si) (no)			
Edad de la infancia al momento del diagnóstico: años Tiempo de evolución de la enfermedad:	Tratamiento farmacológico: (1) Teofilina (2) Ipratropio (3) Salmeterol (4) Budesonida (5) Fluticasona (6) Beclometasona	(7) Salbutamol (8) Epinastina (9) Montelukast (10) Hidroxicina (11) Mometasona (12) Loratadina (13) Otro:	Tratamiento de inmunoterapia: (si) (no)
Experiencias Adversas de la Infancia (EAI)			
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso sexual: (si) (no) • Abuso físico: (si) (no) • Abuso emocional: (si) (no) • Negligencia física: (si) (no) • Negligencia emocional: (si) (no) 			

Anexo 4. Dictamen de aprobación.

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



ORGANIZACIÓN
DE INVESTIGACIÓN
EN
Salud

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2201,
H. ORAL REGIONAL RUP1

Registro COFEPRIS 17 CI 22 014 021
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 22 DEI 001 2018073

FECHA Viernes, 26 de marzo de 2021

Dra. Verónica Escorcia Reyes

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Experiencias adversas en la infancia asociadas a enfermedad alérgica de la vía respiratoria** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional
R-2021-2201-015

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

ATENTAMENTE


Lic. BENJAMIN ARRIAGA RUIZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir


IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 5. Reporte Turnitin.

Identificación de reporte de similitud. oid:7696:227121507

NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
TESIS COMPLETA(1).pdf	Daniela Sarmiento

RECuento DE PALABRAS	RECuento DE CARACTERES
13746 Words	71003 Characters
RECuento DE PÁGINAS	TAMAÑO DEL ARCHIVO
65 Pages	603.9KB
FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
Apr 24, 2023 11:37 AM CDT	Apr 24, 2023 11:40 AM CDT

- **40% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

• 34% Base de datos de Internet	• 30% Base de datos de publicaciones
• Base de datos de Crossref	• Base de datos de contenido publicado de Crossref
• 27% Base de datos de trabajos entregados	
- **Excluir del Reporte de Similitud**

• Material bibliográfico	• Material citado
--------------------------	-------------------

