

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 "TEQUESQUINAHUAC" ESTADO DE  
MEXICO ORIENTE

**"PARENTALIDAD Y SU ASOCIACIÓN CON RINITIS ALÉRGICA EN MENORES  
DE 12 AÑOS AFILIADOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64."**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. Rueda Campos Yareli

Asesor:

E. EN M.F. Tamayo Calderón Jehú Arturo

Registro de autorización:

R-2020-1408-009



Ciudad Universitaria, Ciudad de México, 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**Parentalidad y su asociación con rinitis alérgica en menores de 12 años  
afiliados a la Unidad de Medicina Familiar 64.**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA:**

M.C. Rueda Campos Yareli

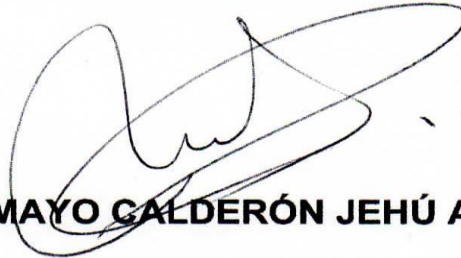
**AUTORIZACIONES:**



**E. EN M.F. SAUCEDO MARTINEZ MARIA GUADALUPE**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR


UMF No 64 Tequesquihuac



**E. EN M.F. TAMAYO CALDERÓN JEHÚ ARTURO**

ASESOR DE TESIS

MÉDICO FAMILIAR



**E- EN M.F. VARGAS HERNANDEZ FRANCISCO**

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Ciudad Universitaria, Ciudad de México 2022

---

**Parentalidad y su asociación con rinitis alérgica en menores de 12 años  
afiliados a la Unidad de Medicina Familiar 64.**

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**M.C. Rueda Campos Yareli**

AUTORIZACIONES:

**Dr. Javier Santacruz Varela**  
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**Dr. Geovani López Ortiz**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DE LA SUBDIRECCION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

**Dr. Isaías Hernández Torres**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

Ciudad Universitaria, Ciudad de México 2022

---

**“Parentalidad y su asociación con rinitis alérgica en menores de 12 años  
afiliados a la Unidad de Medicina Familiar 64.”**

---

## RESUMEN:

### PARENTALIDAD Y SU ASOCIACIÓN CON RINITIS ALÉRGICA EN MENORES DE 12 AÑOS AFILIADOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64.

**Antecedentes:** La rinitis alérgica es un trastorno sintomático de la nariz, mediada por IgE e inducida por exposición a alérgenos. El primer contacto de los infantes con el mundo es a partir de la relación paterno filial, si esta es negativa puede generar estrés en el infante, provocando alteraciones neuroinmunoendocrinas y con esto mayor predisposición para presentar rinitis alérgica. **Objetivos:** Asociar la parentalidad con la presencia de rinitis alérgica en niños menores de 12 años en la Unidad de Medicina Familiar No 64 en el año 2020. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio clínico, transversal, comparativo y analítico, en 282 cuidadores de menores de 12 años, de la unidad de medicina familiar número 64, previa explicación y firma del consentimiento informado, aceptando contestar los ítems de la ficha de identificaciones, así como la encuesta de competencia parental positiva y del cuestionario diagnóstico de rinitis alérgica para estudios epidemiológicos. Se empleo SPSS v.25 para el análisis de datos sociodemográficos, mediante estadística descriptiva. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba Chi cuadrada para estimar la asociación entre rinitis alérgica y la relación parental. **Resultados:** De la muestra de 282 cuidadores de menores de 12 años, se distribuyeron en dos grupos, conformado cada uno por el 50% del tamaño de la muestra, un grupo con cuestionario diagnóstico de rinitis alérgica para estudios epidemiológicos menor de 0.75 (sin rinitis alérgica) y otro con puntaje mayor a 0.75 (con rinitis alérgica). En el grupo de rinitis alérgica se obtuvo un predominio de parentalidad de monitoreo y riesgo 102 (72.3%) vs parentalidad optima 39 (27.7%); sin embargo, en el grupo sin presencia de rinitis alérgica se obtuvo predominio en parentalidad óptima 84 (59.6%) vs parentalidad en monitoreo y riesgo de 57 (40.4%). **Conclusiones:** Los hallazgos obtenidos muestran un predominio en la parentalidad de monitoreo y riesgo en padres de menores con rinitis alérgica comparado con el predominio en parentalidad óptima en padres sin rinitis alérgica. Lo que sugiere que existe una asociación entre la rinitis alérgica y una mala relación parental, pudiendo ser esta un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.

---

**Palabras clave: rinitis alérgica, competencia parental, parentalidad.**

## **SUMMARY**

### **PARENTALITY AND ITS ASSOCIATION WITH ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN UNDER 12 YEARS OLD AFFILIATED TO THE FAMILY MEDICINE UNIT NUMBER 64, 2020.**

Background: Allergic rhinitis is a symptomatic disorder of the nose, mediated by IgE and induced by exposure to allergens. The first contact of infants with the world is from the paternal filial relationship, if this is negative it can generate stress in the infant, causing neuroimmunoendocrine alterations and, with this greater predisposition to present allergic rhinitis. Objectives: Associate parenting with the presence of allergic rhinitis in children under 12 years of age in Family Medicine Unit No. 64 in 2020. Material and Methods: A clinical, cross-sectional, comparative and analytical study was carried out in 282 caregivers of children under 12 years of age, from family medicine unit number 64, after explaining and signing the informed consent, agreeing to answer items on the identification card, as well as the positive parental competence survey and the allergic rhinitis diagnostic questionnaire for epidemiological studies . SPSS v.25 was used for the analysis of sociodemographic data, using descriptive statistics. For the bivariate analysis, the Chi square test was used to estimate the association between allergic rhinitis and the parental relationship. Results: From the sample of 282 caregivers of children under 12 years of age, they were distributed into two groups, each made up of 50% of the sample size, a group with a diagnostic questionnaire for allergic rhinitis for epidemiological studies less than 0.75 (without rhinitis). allergic) and another with a score greater than 0.75 (with allergic rhinitis). In the allergic rhinitis group, a predominance of monitoring parenting and risk was obtained 102 (72.3%) vs optimal parenting 39 (27.7%); However, in the group without the presence of allergic rhinitis, 84 (59.6%) prevailed in optimal parenting versus parenting in monitoring and risk of 57 (40.4%). Conclusions: The findings obtained show a predominance in monitoring parenting and risk in parents of minors with allergic rhinitis compared to the predominance in

---

optimal parenting in parents without allergic rhinitis. This suggests that there is an association between allergic rhinitis and a poor parental relationship, which may be a risk factor for the development of the disease.

Key words: allergic rhinitis, parental competence, parenting.

---



## INDICE GENERAL

CAPITULO			PÁGINA
I		<b>MARCO TEORICO</b>	
	I.1	Antecedentes	1
		I.1.1 Rinitis alérgica	1
		I.1.2 Estrés y sistema inmune	5
		I.1.3 Parentalidad	6
II		<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	9
	II.1	Argumentación	9
	II.2	Pregunta de investigación	11
III		<b>JUSTIFICACIÓN</b>	12
IV		<b>OBJETIVOS</b>	
	IV.1	General	15
	IV.2	Específicos	15
V		<b>HIPÓTESIS</b>	
	V.1	Hipótesis de trabajo	16
	V.2	Hipótesis alterna	16
	V.3	Hipótesis nula	16
VI		<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	
	VI.1	Tipo de Estudio	17
	VI.2	Población, lugar y tiempo de estudio	18
	VI.3	Tipo de muestra y tamaño de muestra	18
	VI.4	Criterios de selección	
		VI.4.1 Criterios de inclusión	19
		VI.4.2 Criterios de exclusión	19
		VI.4.3 Criterios de eliminación	19
	VI.5	Operacionalización de variables	20
	VI.6	Desarrollo del proyecto	23
	VI.7	Instrumentos de Investigación	
		VI.7.1 Escala de Parentalidad Positiva	24
		VI.7.1.1 Descripción	24
		VI.7.1.2 Validación	25
		VI.7.1.3 Aplicación	25
		VI.7.2 Diagnóstico de Rinitis Alergia para Estudios Epidemiológicos	26
		VI.7.2.1 Descripción	26
		VI.7.2.2 Validación	27
		VI.7.2.3 Aplicación	27
		VI.7.3 Cuestionario Nivel Socioeconómico AMAI 2018	27
		VI.7.3.1 Descripción	27
		VI.7.3.2 Validación	28
		VI.7.3.3 Aplicación	28
	VI.8	Plan de análisis	29

---

	<b>VI.9</b>	Consideraciones éticas	29
<b>VII</b>		<b>ORGANIZACIÓN</b>	35
<b>VIII</b>		<b>RESULTADOS</b>	36
<b>IX</b>		<b>TABLAS Y GRAFICOS</b>	39
<b>X</b>		<b>DISCUSIÓN</b>	53
<b>XI</b>		<b>CONCLUSIONES</b>	56
<b>XII</b>		<b>RECOMENDACIONES</b>	59
<b>XIII</b>		<b>BIBLIOGRAFIA</b>	60
<b>XIV</b>		<b>ANEXOS</b>	64

---

## I. MARCO TEORICO

### I.1 ANTECEDENTES

#### I.1.1 RINITIS ALÉRGICA

El término rinitis etimológicamente viene la raíz griega *rhinos* que significa nariz y de *itis* que significa inflamación; que en su conjunto se define como la inflamación de la mucosa de las fosas nasales <sup>1</sup>; por su parte la palabra alergia viene del griego *allos*= otro, *ergon*= acción, trabajo; que la real academia española la define como respuesta inmunitaria excesiva provocada en individuos hipersensibles <sup>2</sup>. La rinitis alérgica está definida como una enfermedad crónica inflamatoria de la mucosa que reviste la nariz, inducida por respuesta inmunológica mediada por anticuerpos IgE posterior a la exposición de alérgenos en sujetos hipersensibles <sup>3</sup>.

La rinitis alérgica es la enfermedad crónica más común en los niños y adultos, notándose un aumento de manera progresiva en la prevalencia de esta en el transcurso de los años, lo que se atribuye a factores de riesgo relacionados con el estilo de vida occidental, modificaciones dietéticas, exposición a alérgenos y mayor nivel socioeconómico.<sup>4</sup>

A nivel mundial según American Academy of otoryngology Head and Neck Surgery Foundation se ha encontrado una prevalencia muy variable entre el 1.5% al 39.7%, en Estados unidos se ha observado en un estudio longitudinal de 8 años el aumento de la prevalencia de la rinitis alérgica del 13% al 19%.<sup>5</sup> Según Pinar en su metaanálisis realizado en el 2016 encontró un predominio en el sexo femenino durante la infancia, con un cambio hacia predominio femenino alrededor de la pubertad.<sup>6</sup>

Se estima que a nivel mundial aproximadamente 400 millones de personas viven con rinitis alérgica, la mayoría de estos sin adecuado diagnóstico o con tratamiento incorrecto, debido a que los síntomas tienden a ser confundidos con infecciones de vías respiratorias altas. Esta patología ocasiona un deterioro significativo en la calidad de vida de los sujetos, tanto en la actividad física, laboral y actividades de

ocio; así como deterioro del descanso nocturno; comprometiendo el desempeño cognitivo, toma de decisiones y la percepción personal. <sup>7</sup>

De acuerdo a la revista Alergia México en el año 2017 se realizó un estudio de prevalencia de rinitis alérgica, así como la asociación de los síntomas con la enfermedad, encontrándose una prevalencia del 12% de acuerdo al Cuestionario Diagnostico de Rinitis Alérgica para Estudios Epidemiológicos, presentándose en 7.6% en el sexo femenino y en el 4.4% en el masculino, sin embargo, al comparar la asociación de los síntomas de la enfermedad se obtuvo un 50% agregar con una  $p < 0.001$  posiblemente secundario a otras patologías de rinitis no alérgica.<sup>8</sup>

La rinitis alérgica está asociada con dermatitis y asma alérgicas, lo que nos indica que la rinitis no solo es una respuesta alérgica epitelial de la piel y la nariz, sino que es una respuesta sistémica. Está es de origen multifactorial, encontrándose una relación estrecha con el ambiente del domicilio de los enfermos tales como moho, ácaros, epitelio de mascotas y humedad, al igual relacionado con el ambiente externo, en especial con la contaminación ambiental. Un dato relevante para esta investigación es que Philco Toaza encontró mayor incidencia en sujetos hijos únicos. <sup>9</sup>

Fisiopatológicamente la rinitis alérgica inicia posterior a la inhalación del alérgeno el cual es asimilado por las células presentadoras de antígeno (macrófagos, células dendríticas, linfocitos B y células epiteliales), expresando posteriormente El Complejo Mayor de Histocompatibilidad-II (CMH-II) a Linfocitos T CD4; quien crea IgE's al entrar en contacto con el alérgeno ocasiona una reacción calcio dependiente, con una posterior liberación de mediadores de respuesta alérgica inmediatos (histamina y triptasa, prostaglandina D2, leucotrienos, factor activador de plaquetas). <sup>10</sup>

La secreción de interleucinas como L4, L5, L10 y L13; la principal sensibilizadora para producción IgE es la IL-4, al igual se unen a mastocitos y basofilos, liberando histamina, factor de necrosis tumoral e IL4 los cuales atraen a eosinofilos TCD4 y basofilos. <sup>11</sup>

La mucosa y submucosa cuenta con un complejo sistema inmunológico con presencia de células presentadoras de antígenos específicos, debida a la acción de los linfocitos Th2 sobre las células B, las cuales producen IgE específica. Los linfocitos CD4 secretan interleucinas (IL.4 y 5, 6, 10,13). La estimulación de los mastocitos mediada por IgE es la primera respuesta inmunológica, los gránulos de estos contienen mediadores preformados (histamina, leucotrienos, citocinas y otros), más tardíamente, se produce el reclutamiento de células T, eosinófilos y basófilos.<sup>12</sup>

La sintomatología en orden de frecuencia en la rinitis alérgica de acuerdo a la Revista Alergia México son: estornudos en salva presentado en el 58,5%, posteriormente congestión nasal (51.4%), resfriados reiterados con presencia de rinorrea anterior acuosa y prurito nasal (41.9%), estos presentados en la mayor parte de las ocasiones en la noche en un 79.1%, acompañado de síntomas oculares y tos crónica en el 46.7% y 31.8% respectivamente, siendo poco frecuente la obstrucción nasal en el 13.1%, el 51% con presencia de ojeras.<sup>13</sup>

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de Rinitis Alérgica el diagnóstico se basa en el cuadro clínico, así como la exploración física, enfocado a la presencia de facies adenoidea caracterizada por ojeras, líneas de Dennie (pliegues en el párpado inferior) y surco nasal transversal; un método diagnóstico es la citología nasal con una sensibilidad del 18% y especificidad de 96%, las pruebas cutáneas se deben realizar en pacientes con rinitis moderada-severa y/o si después de 3 meses de control de medidas ambientales y medicamentos no se obtiene respuestas.<sup>14</sup> Otra opción es aplicar el cuestionario diagnóstico de rinitis alérgica para estudios epidemiológicos, el cual indaga sobre síntomas de rinitis alérgica, validado para su aplicación en los padres de menores de 12 años, con sensibilidad del 92%, especificidad 93%, valor predictivo positivo del 93%, valor predictivo negativo del 92%, con Alfa de Cronbach del 0.7<sup>15</sup> Además se puede complementar el diagnóstico clínico con la determinación de IgE, la cual se encuentra elevada en el 80% de los pacientes con rinitis alérgica.<sup>10</sup>

De acuerdo a la alteración en las actividades rutinarias del paciente, se puede dividir como leve o moderada/grave; siendo clasificado como leve si el sueño y las actividades diarias no se ven afectadas y moderadas/grave si afecta alguno de estos dos aspectos de la vida. La clasificación ARIA la divide a su vez en intermitente caracterizándose por síntomas presentados en menos de 4 días a la semana y persistente con síntomas presentados en más de 4 días de la semana. <sup>16</sup>

El tratamiento de la rinitis alérgica según la Adaptación de la Guía de Práctica Clínica ARIA 2016, recomienda el uso de antihistamínicos de nueva generación, con la ventaja sobre previas generación de que no causan sedación y no interactúan con el citocromo P450, al igual recomienda el uso de corticoides intranasales en lugar de antihistamínicos H1 intranasales; se recomienda el uso de esquema corto de descongestivos nasales de manera coadyuvante con otros fármacos en caso de obstrucción severa. La inmunoterapia subcutánea específica es recomendada en niños.<sup>17</sup> En el estudio realizado por Zozaya se demostró, disminución en la severidad de los síntomas en un 75%, al aplicar inmunoterapia, en un promedio de 7.5 meses después de su aplicación. <sup>18</sup>

De acuerdo con un estudio realizado en Cuba el tratamiento con antagonistas de los receptores de leucotrienos, en este caso específico el Montelukast, ya sea solo o combinado con antihistamínicos, en pacientes con síntomas de moderados a severos; mostrando gran mejoría en la congestión nasal, con una P de 0.000, síntoma que afecta considerablemente la calidad de vida. <sup>19</sup> Según Álvarez en el estudio realizado en niños con presencia de rinitis alérgica, tratados con montelukast, se observó disminución de sintomatología nasal en un 95%, ocular en un 85%, sintomatología nocturna en un 95% y disminución de la presencia de eosinófilos en un 85% de los casos estudiados, por lo que se concluye que este fármaco es un tratamiento eficaz para los infantes con rinitis alérgica. <sup>20</sup>

La rinitis puede presentar diversas complicaciones, entre las que destacan goteo post-nasal permanente, conjuntivitis alérgica, rinosinusitis, otitis, así como ronquidos nocturnos, tos, excoriaciones de las narinas y aparición de un pliegue entre el tercio medio e inferior del puente nasal (línea de Morgan); incluso múltiples

infantes con esta patología presentan la famosa facies alérgica, caracterizada por boca abierta, mentón hacia atrás y ojeras.<sup>21</sup>

La presencia de rinitis alérgica en los infantes genera alteraciones en la vía respiratoria alta, con posterior inadecuada ventilación, ocasionando alteraciones en la cantidad y calidad del sueño, reportándose en en el 80% de los pacientes que presentan rinitis, lo que consecuentemente lleva a la presencia de fatiga durante el día, ocasionando un déficit en sus actividades diarias, en la socialización y rendimiento escolar, además el funcionamiento como nitivo también se ve afectado; si esto persiste hasta la edad adulta, podrían generar adultos con alteraciones biopsicosociales<sup>22</sup>

### I.1.2ESTRÉS Y SISTEMA INMUNE

La real academia española define al estrés como la “Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas”.<sup>23</sup>

Según Briones Aranda el estrés infantil se presenta en 43.1% de los infantes, en el 60% de los casos es secundario a factores familiares, pudiendo generar un impacto negativo sobre la salud y desarrollo biopsicosocial. El estrés ocasiona una elevada liberación de corticoides, los cuales interactúan con diversos sistemas, entre los que destaca el sistema inmunológico, ocasionando disminución de la síntesis de anticuerpos, así como la anti inflamación a través de la inhibición de la síntesis de prostaglandinas; causando desde resfriados comunes hasta enfermedades autoinmunes.<sup>24</sup>

El estrés ocasiona diferentes respuestas tanto a nivel conductual como fisiológico, ocasionando la activación del eje hipotálamo- hipófisis- adrenal, este regula el sistema inmune liberando glucocorticoides. El aumento de estos produce aumento en la liberación de neutrófilos maduros, disminuyendo su paso desde la sangre a los tejidos y aumentando la migración del pool circulante ubicado en las paredes de los vasos sanguíneos y tejidos cercanos a la circulación, en cuadros de estrés crónico se produce leucocitosis.<sup>25</sup>

Cuando se presenta estrés agudo se ha observado también aumento de los niveles de inmunoglobulinas G, así como variaciones en los niveles de cortisol, estas variaciones se producen antes y durante el proceso de estrés, relacionado con mala adaptación. Sin embargo, si el proceso del estrés se vuelve crónico la secreción de cortisol puede presentar un aumento de hasta 10-15 veces, estas a su vez afectan al sistema neuroendocrino y a la respuesta inmunológica, volviendo más vulnerable al sujeto a enfermedades infecciosas, crónicas o autoinmunes.<sup>26</sup>

### I.1.3 PARENTALIDAD

De acuerdo con la real academia española parental viene del latín *parentalis*= relativo a los padres que significa perteneciente o relativo a los padres o a los parientes.<sup>27</sup>

La familia toma un papel crucial en el desarrollo del infante, es en el núcleo de la familia, en donde los niños obtienen hábitos y valores congruentes con la cultura, educación y la imitación de los adultos mayores.<sup>28</sup> Los padres son el primer contacto con el mundo del infante es a través de sus padres, las experiencias tempranas de vínculos de apego se constituyen como reguladoras de las vivencias del estrés en el infante; la percepción de un estilo parental positivo es de suma importancia para un desarrollo adecuado, tanto afectivo como cognitivo, por el contrario, si el infante percibe una relación parental negativa, se desarrollara mayor presencia de comportamientos hostiles.<sup>29</sup>

De acuerdo a Martinez Licon, reporta que las madres de familia continúan llevando mayor control y atención en la supervisión de los asuntos escolares y los padres son menos participativos, por lo que los estilos parenterales recaen más en la madre.<sup>30</sup> Vargas encontró asociación entre los niveles de estrés elevados y un retraso en la madures cerebral en niños y adolescentes, siendo de vital importancia los factores ambientales, como lo son la calidez materna, el apoyo social y los estímulos cognitivos para el adecuado desarrollo del infante. <sup>31</sup>

El estrés parental es un proceso en el cual los progenitores se sienten desbordados ante las demandas que deben afrontar como padres.<sup>32</sup> Se ha observado que los



niveles de estrés de los padres se asocian con aumentos en la liberación y producción de interleucina 4, antes ya mencionada como primordial en la presencia de rinitis alérgica; así como IL - 22, la cual es secretada predominantemente por célula T helper tipo 17 (Th17), la cual se expresa en diversas patologías tanto infecciosas como inflamatorias, entre las que destaca rinitis alérgica y asma. Al igual se ha encontrado IL-6 e IL-8 relacionados con el estrés fisiológico y a su vez con alergias infantiles.<sup>33</sup>

La competencia parenteral está definida como la creencia de los padres sobre sus propias habilidades para lograr un resultado específico, esta determinará, según Bandura, la cantidad de esfuerzo que se invierte en una tarea y que tan perseverante se es para enfrentar dificultades. La autoconfianza de los cuidadores determina la conducta de afrontamiento al estrés frente a las dificultades. Está demostrado que las madres que se sienten carentes de habilidad harán menos intentos y se rendirán más rápidamente, resultando en efectos negativos y depresión.<sup>34</sup>

La parentalidad positiva se refiere al comportamiento de los padres, basado en el interés del niño, esta a su vez se basa en el apoyo, el afecto, el diálogo, la cercanía y la implicación en la vida del infante, así como la no violencia, el reconocimiento constante y la orientación necesaria, sin dejar de promover los límites en esta etapa.<sup>35</sup>

La Escala de Parentalidad Positiva, se realizó en base a: la teoría ecosistema del desarrollo humano, teoría del apego y la teoría de la resiliencia humana; evaluando las 4 áreas de competencia parental: vinculares, formativas, protectoras y reflexivas. Cuenta con una consistencia interna que va de buena a excelente, con un alfa de Cronbach de 0.95; los resultados se clasifican en 3 percentiles zona óptima que va del percentil 90 al 50, zona monitoreo que va del percentil de 40 al 30 y finalmente zona de riesgo que va del percentil 20 al 10.<sup>36</sup>

Según Bernal-Ruiz existe una relación directa entre los cuidadores primarios de los sujetos escolares que tienen más desarrolladas las competencias protectoras, reflexivas y formativas con un mayor desarrollo de las funciones ejecutivas,

coincidiendo con lo que planteaba Bomstein de que las prácticas orientadas a la protección y al cuidado de los infantes, genera estimulación y libertad de exploración física, favoreciendo a la vez al mejor funcionamiento cognitivo.<sup>37</sup>

Ramírez-Lucas realizó un estudio sobre los estilos parentales y la inteligencia emocional de los padres con el desarrollo emocional de sus hijos; concluye que un cuidador sensible a las señales del infante y que responde a ellas, induce una elevada inteligencia emocional, esto ocasionando una buena capacidad de regulación emocional, minimización del estrés, elevadas competencias sociales y de afrontamiento. La relación maternal influye en el desarrollo de la empatía en los infantes.<sup>38</sup>

De acuerdo con Ruvalcava Romero es importante fomentar la comunicación y autonomía, para la elevación de los indicadores positivos de salud mental en el adolescente, es necesaria una adecuada relación paternal para la prevención de ansiedad, depresión y conductas disociales.<sup>39</sup>

Según Morales Rodríguez quien comparo grupo de infantes de ambos sexos, encontró que las niñas obtienen mayores puntuaciones estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento solución activa, comunicar el problema a otros, búsqueda de información y guía y actitud positiva (afrontamiento centrado en el problema) mientras que los niños puntúan más en la estrategia conducta agresiva (afrontamiento improductivo). Respecto a la edad, los niños y niñas menores utilizan más la estrategia reservarse el problema.<sup>40</sup>

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### II.1 Argumentación

#### Magnitud:

A nivel mundial se ha encontrado prevalencias muy variables, de acuerdo a cada país desde un 1.5.% hasta un 39.7%; en Estados Unidos, se ha observado un aumento del 13 al19% en un estudio longitudinal, en cuestión de edad la rinitis alérgica se presenta

Una prevalencia del 22.3% en sujetos de 5 a 19 años y del 19.4% de 20 a 44 años, por lo que tiene mayor prevalencia en edad infantil. Sin embargo, la prevalencia en México durante el 2017 del 12% según el Cuestionario Diagnostico de Rinitis Alérgica para Estudios Epidemiológicos, presentándose en mayor proporción en el sexo femenino, con un 7.6% y en el 4.4% en el masculino.

#### Transcendencias:

La transcendencia del estudio radica en determinar la competencia parenteral, identificando relaciones de riesgo, con el fin de prevenir posible estrés en pediátricos secundario a malas relaciones parenterales, así como contribuir al conocimiento sobre dicha patología.

Es bien sabido que la rinitis alérgica tiene una gran importancia por el impacto que produce sobre la calidad de vida, ocasionando alteraciones de sueño, problemas de conducta, ansiedad, cefalea, déficit de atención, problemas de aprendizaje, somnolencia diurna, como consecuencia una afectación en el rendimiento escolar, así como también respiración oral y problemas de mala oclusión.

A nivel social tiene un gran impacto económico ya que genera a nivel mundial un costo aproximado de 16.7 millones de dólares en consultas médicas, con un total de 4,500 millones de dólares anuales, mas de 3.8 millones de dólares en días de ausentismo laboral y escolar y costos indirectos de comorbilidades; ademas de ocasionar un problema a nivel económico, también genera problemática en la esfera

biopsicosocial del individuo con la patología y por lo tanto en su estrato familiar y social.

Vulnerabilidad:

Hasta este momento se ha encontrado que el estrés está ampliamente relacionado con las alteraciones neuroinmunoendocrónicas, generando mayor riesgo de presentar patologías alérgicas y autoinmunes, también se ha encontrado en múltiples estudios que el infante puede percibir estrés y que en su mayor parte es secundario a sus vínculos familiares y sus relaciones con este.

Sigue persistiendo esta problemática, ya que el origen de la rinitis alérgica es multifactorial, al contrario, con la urbanización del mundo, se ha demostrado que este ha aumentado en incidencia.

Se continúa con la problemática, ya que no se ha estudiado posibilidades de que realmente se pueda intervenir, se ha estudiado durante muchos años la manera en tratar la rinitis alérgica, sin embargo no se le da mucho énfasis en la prevención, en caso de que la hipótesis planteada en este protocolo fuera comprobada, significaría haber encontrado otro factor de riesgo para el desarrollo de dicha patología, para posteriormente fomentar estrategias para mejorar la relación parental, ayudando a sí a la disminución de la percepción de estrés secundario a relación familiar, disminuyendo la incidencia de esta patología y de múltiples más secundarias al estrés en la infancia.

Factibilidad:

El presente estudio fue factible, ya que se cuenta con el personal necesario, al solo requerir contestar cuestionarios, conlleva costos bajos al investigador, pudiendo costear estos; se logró captar a la población de estudio en visitas al área de vacunación, así como a sus consultas rutinarias de niño sano, por lo que no se representa costo extra para el traslado del sujeto de estudio, ni pago en especie por parte del investigador hacia el sujeto de investigación.

## II.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación entre la parentalidad y la rinitis alérgica en niños menores de 12 años de la Unidad de Medicina Familiar Numero 64 en el año Octubre – Diciembre 2020?

### III. JUSTIFICACION

Las experiencias tempranas de vínculos de apego de los infantes son de vital importancia para el desarrollo del mismo, con mayor impacto la relación paterno filial, una mala relación podría generar estrés en el infante, este a su vez genera una elevada liberación de corticosteroides, que interactúan con múltiples sistemas, entre los que destaca el inmunológico, ocasionando disminución de la síntesis de anticuerpos, así como la inhibición de la síntesis de prostaglandinas y anti-inflamación.

El estrés ocasiona diferentes respuestas tanto a nivel conductual como fisiológico, ocasionando activación del eje hipotálamo- hipófisis- adrenal, este regula el sistema inmune liberando glucocorticoides, los cuales moderan la expresión de citoquinas, moléculas de adhesión quimioattractantes y otros factores inflamatorios, pueden bloquear la maduración linfocitaria. El aumento de glucocorticoides produce aumento en la liberación de neutrófilos maduros, disminuyendo su paso desde la sangre a los tejidos y aumentando la migración del pool circulante ubicado en las paredes de los vasos sanguíneos y tejidos cercanos a la circulación.

También se ha observado que la percepción de la competencia parenteral puede influir de manera directa en los infantes, asociándose con aumentos en la liberación y producción de interleucina 4 así como IL - 22, las cuales se expresa en diversas patologías tanto infecciosas como inflamatorias, entre las que destaca rinitis alérgica y asma. Al igual se ha encontrado IL-6 e IL-8 relacionados con el estrés fisiológico y a su vez con alergias infantiles.

Por lo que se concluye que una competencia parental en zona de riesgo puede ocasionar estrés en el menor de 12 años, lo que conllevaría a alteraciones a nivel del sistema neuroinmunoendocrino, ocasionando mayor predisposición para la presencia de rinitis alérgica.

México no cuenta con datos sobre la prevalencia de competencia parenteral prácticamente en ninguna edad, por lo que se espera que la realización del siguiente

protocolo obtenga una estimación de la incidencia de los diversos tipos de relación parental dentro de esta unidad.

En relación con la rinitis alérgica a nivel mundial según American Academy of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery Foundation se ha encontrado una prevalencia muy variable entre el 1.5% al 39.7% entre los países estudiados. De acuerdo a la revista Alergia México en el año 2017 se realizó un estudio de prevalencia de rinitis alérgica en el Estado de Puebla, así como la asociación de los síntomas con la enfermedad, encontrándose una prevalencia del 12% de acuerdo al Cuestionario Diagnóstico de Rinitis Alérgica para Estudios Epidemiológicos, presentándose en 7.6% en el sexo femenino y en el 4.4% en el masculino, encontrándose menor prevalencia que en estudios previos realizados en zonas costeras, donde se reportó un 22%, sin embargo al comparar su asociación de los síntomas de la enfermedad se obtuvo un 50%.

La presencia de rinitis alérgica en los infantes genera alteraciones en la vía respiratoria alta, lo que ocasiona alteraciones en la mecánica ventilatoria, produciendo alteraciones en la cantidad y calidad del sueño en un 80% de los sujetos con dicha patología, lo que consecuentemente lleva a la presencia de fatiga durante el día, generando un déficit en sus actividades diarias, en la socialización, rendimiento escolar y funcionamiento cognitivo; si esto persiste podrían generar infantes, jóvenes y adultos con alteraciones biopsicosociales.

La relación que lleva el infante con su cuidador primario es de vital importancia para su desarrollo biopsicosocial, alteraciones en esta relación podría causar estrés en el paciente, ocasionando alteraciones en el sistema neuroinmunoendocrino haciéndolos más propensos a desarrollar enfermedades alérgicas y autoinmunes, así como todas las patologías resultantes de la presencia del estrés; es de vital importancia ya que una mala relación parental no solo afecta a este nivel, si no que puede causar alteraciones psicológicas que llevaría a mayor predisposición para presentar en un futuro próximo trastornos psiquiátricos como son ansiedad y depresión.

La ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma) estima que a nivel mundial la Rinitis alérgica implica un costo económico de 16.7 millones de dólares en consultas médicas, con un total de 4,500 millones de dólares anuales, más de 3.8 millones de dólares en días de ausentismo laboral y escolar y costos indirectos de comorbilidades. Se estima que anualmente se pierden hasta 2 millones de días escolares y 100 millones de días de trabajando. La realización de este protocolo de investigación podría permitir la reducción de costos a los servicios de salud, impulsando un adecuado cribado para la identificación de relaciones parentales de riesgo, así como su importancia en el desarrollo de infantes para una intervención oportuna.

Esta investigación se llevó a cabo con la finalidad de obtener el título de especialidad en medicina familiar, es importante el estudio de la rinitis alérgica debido a que es la enfermedad crónica más frecuente en niños, con un gran impacto biopsicosocial y en la calidad de vida.



## **IV. OBJETIVOS**

### IV.1 General

Asociar la parentalidad con la presencia de rinitis alérgica en niños menores de 12 años en la Unidad de Medicina Familiar No 64 en el año 2020.

### IV.2 Específicos

- Describir perfil sociodemográfico (edad y género) de la población de niños menores de 12 años de la Unidad de Medicina Familiar No 64.
- Describir perfil sociodemográfico (edad, género, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico) de los padres de los niños menores de 12 años de la unidad de medicina Familiar No 64.
- Identificar el tipo de parentalidad según los padres de los niños menores de 12 años de la unidad de medicina familiar No 64.
- Identificar a los menores de 12 años de la unidad de medicina familiar número 64 con diagnóstico de rinitis alérgica de acuerdo al Cuestionario Diagnostico de Rinitis Alérgica.

## **V. HIPOTESIS**

### V.1 Hipótesis de trabajo

La parentalidad en zona de riesgo está asociada a la presencia de rinitis alérgica en niños menores de 12 años, de la unidad de medicina familiar numero 64.

### V.2 Hipótesis alterna

La competencia parenteral en zona de riesgo está asociada a la presencia de rinitis alérgica en niños menores de 12 años, de la unidad de medicina familiar número 64.

### V.3 Hipótesis nula

La competencia parental en zona de riesgo no está asociada a la presencia de rinitis alérgica en niños menores de 12 años, de la unidad de medicina familiar número 64.

## **VI. MATERIAL Y METODOS**

### **VI.1 Tipo de Estudio**

El siguiente estudio, tiene un área clínica ya que se basa en rinitis alérgica, en población infantil, así como su asociación con la competencia parental.

Fuente de datos: Primaria, ya que se obtuvieron los resultados directamente por medio de cuestionarios (escala de parentalidad positiva y cuestionario diagnóstico de rinitis alérgica) que se aplicaron a los padres de los menores de 12 años.

Medición del fenómeno en el tiempo: De tipo prospectivo ya que se evaluó la competencia parental, por medio del cuestionario de parentalidad positiva, así cómo se aplicó el cuestionario diagnóstico de rinitis alérgica para estudios epidemiológicos, para determinar la presencia o no de rinitis alérgica en la población de estudio.

Fue un estudio de tipo observacional ya que no se manipuló ninguna de las variables por parte del investigador, solo se describieron los resultados obtenidos.

Fue de tipo abierto debido a que en el presente protocolo los participantes y el investigador conocieron las variables y se identificaron las respuestas de los cuestionarios de estudio.

De tipo analítico ya que se asoció el resultado de rinitis alérgica y competencia parental en población menor de 12 años, posteriormente se comparó la prevalencia del resultado de competencia parental en zona de riesgo con la de los que no se encuentran en esta zona de riesgo, y presentan rinitis alérgica.

Tipo transversal comparativo, ya que se tomó un grupo de padres con hijos menores de 12 años posteriormente se dividieron de acuerdo con los resultados obtenidos en el Cuestionario Diagnóstico de rinitis alérgica para estudios epidemiológicos, en dos grupos, uno con un resultado del Cuestionario Diagnostico de rinitis alérgica igual o mayor a 0.75 y otro con un resultado menor a 0.74, donde se comparo el tipo de competencia parental en ambos grupos para su posterior análisis.

## VI.2 Población, lugar y tiempo de estudio

La siguiente investigación se llevó a cabo en la Unidad de medicina familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual se encuentra ubicada en Avenida de los Bomberos sin número, unidad habitacional Tequesquinahuac, municipio de Tlalnepantla de Baz, Estado de México, en la que se brinda atención de primer nivel a toda la población derecho-habiente mediante dos modalidades: espontánea y con citas previas.

Aquí se cuenta con los siguientes servicios: 39 consultorios de medicina familiar, 14 consultorios de medicina preventiva, 4 cubículos de trabajo social, 5 consultorios de odontología, 2 consultorios de medicina del trabajo, epidemiología, jefatura de enseñanza, jefatura del trabajo social, oficinas de trabajo social, oficina de jefe de departamento clínico, planificación familiar, oficina de coordinador de asistentes médicas, oficinas administrativas, sala de lectura, farmacia, laboratorio, rayos X, archivo, auditorio, C.E.Y.E., atención médica continua, departamento de persona, oficina de conservación.

Con áreas de influencia a los siguientes municipios: Atizapán de Zaragoza, Cuautitlán Izcalli, Tlalnepantla y Tultitlán.

En los consultorios se lleva a cabo el seguimiento de enfermedades crónico-degenerativas, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas, seguimiento de embarazo y puerperio y control del niño sano.

## VI.3 Tipo de muestra y tamaño de muestra

Muestreo no probabilístico por cuota con 282 cuidadores primarios de menores de 12 años, dividido en dos tamaños muestrales, uno de 141 con presencia de rinitis alérgica y otro de 141 sin presencia de rinitis alérgica.

Se realizó el cálculo del tamaño muestral mediante la calculadora Epi Info 7 para un estudio transversal, para contraste de hipótesis por comparación de medias en grupos independientes, con un nivel de confianza del 95% con frecuencia esperada

al 50%, con límite de confianza de 5%, obteniéndose un tamaño muestral de 281 cuidares primarios de menores de 12 años.

#### VI.4 Criterios de selección

##### VI.4.1 Criterios de inclusión

- Sujetos de estudio mayores de edad.
- Sujetos de estudio con al menos un hijo menor de 12 años.
- Sujetos de estudio que acepten participar en el siguiente protocolo de investigación.

##### VI.4.2 Criterios de exclusión

- Sujetos de estudio que no cohabiten con los niños menores de 12 años, con la finalidad de obtener un resultado más acertado del cuidador primario en el cuestionario de competencias parentales.

##### VI.4.3 Criterios de eliminación

- Sujetos que no concluyan el cuestionario.

## VI.5 Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>					
Tipo de Competencia Parental	La competencia parenteral es: La creencia de los padres sobre sus propias habilidades para lograr un resultado específico. <sup>27</sup>	Conocimientos, habilidades y prácticas cotidianas de parentalidad, que se llevan a cabo con la finalidad del bienestar del niño  Escala de parentalidad positiva (Ep2): estadificando en tres estadio: Zona de riesgo percentil 20 a 10, Zona de monitoreo del percentil 40 a 30 y Zona optima que va del percentil de 90 a 50. <sup>28</sup>	Cualitativa	Ordinal	Zona de riesgo  Zona de monitoreo  Zona optima
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>					
Presencia de Rinitis alérgica.	La rinitis alérgica esta definida como una enfermedad crónica inflamatoria de la mucosa que reviste la nariz, inducida por respuesta inmunológica mediada por anticuerpos IgE posterior a la exposición de alérgenos en sujetos hipersensibles. <sup>3</sup>	Presencia de síntomas caracterizados por rinorrea, estornudos, congestión y prurito nasal.  Cuestionario diagnóstico de rinitis alérgica para estudios epidemiológicos: clasificando como con presencia de rinitis alérgica con un puntaje mayor a 0.75. y No rinitis alérgica si se obtiene un puntaje menor a 0.75 <sup>15</sup>	Cualitativa	Ordinal	Si  No

## VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLE	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad de medición
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona, ciertos animales o vegetales. <sup>41</sup>	Tiempo vivido una persona.	Cuantitativa	Numero entero
GENERO	Atributos socialmente contruidos, roles, actividades, responsabilidades y necesidades predominantemente relacionados con la pertenencia del sexo masculino o femenino en determinadas sociedades o comunidades en un momento dado. <sup>42</sup>	Atributo social al que el sujeto es perteneciente de acuerdo al sexo femenino o masculino.	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino
ESTADO CIVIL	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. <sup>43</sup>	Condición de una persona según registro civil.	Cualitativo	Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. <sup>44</sup>	Ultimo grado de estudio concluido por los cuidadores primarios de los niños.	Cualitativo	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado

<p>NIVEL SOCIO-ECONOMICO</p>	<p>Perteneciente o relativo a los factores sociales y económicos.<sup>45</sup></p>	<p>Nivel socioeconómico según resultado en cuestionario AMAI realizado a los sujetos de estudio.<sup>39</sup> A/B: es el segmento más alto, tiene cubiertas las necesidades de bienestar y cuenta con recursos para invertir y planear para el futuro.</p> <p>C+: cubre todas las necesidades de bienestar, con limitaciones para invertir y ahorrar para el futuro.</p> <p>C: nivel de vida practica con ciertas comodidades.</p> <p>C-: tiene cubierta las necesidades de espacio y sanidad; asegurando el mínimo de practicidad y comodidad</p> <p>D+:tiene cubiertola mínima infraestructura sanitaria en su hogar</p> <p>D : caracteriza por haber alcanzado una propiedad, pero carece de la mayoría de los servicios y bienes satisfactores. E: carece de todos los servicios y bienes satisfactores.</p>	<p>Cualitativo</p>	<p>A/B C+ C C- D+ D E</p>
------------------------------	--	--	--------------------	---



## VI.6 Desarrollo del proyecto

Posterior a que el proyecto de investigación fue evaluado y autorizado por el comité de investigación y por el comité de ética en investigación, contando con número de registro R-2020-1408-009 , se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar número 64 “Tequexquahuac” del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el año 2020, se reconoció a los sujetos de estudio en las instalaciones de la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar, cuando acudieron a consulta médica o a aplicación de esquema de vacunación, ya que la población de interés fue identificada, se abordó al cuidador primario del menor de 12 años (sujeto de investigación), invitándole a participar en el protocolo mencionado, se sometió a un filtro de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, ya con el sujeto de investigación óptimo para dicho estudio, se procedió a explicarle los objetivos, finalidad, riesgos y beneficios de dicha participación, en los casos en que los sujetos de estudio aceptaron participar, se solicitó la lectura del aviso de privacidad (ANEXO 4) y consentimiento informado (ANEXO 5) , con posterior aclaración de sus dudas, se le solicitó a el sujeto de estudio parafraseara la información recibida para corroborar la adecuada comprensión de lo mencionado, si aceptó participar se le proporcionó una tabla y una pluma indeleble solicitándole firmara el consentimiento informado. Posteriormente se le otorgó la ficha de identificación (ANEXO 2), así como el cuestionario AMAI (ANEXO 3), los cuales contienen información de tipo estadística, se le indicó que lea detalladamente las indicaciones, así como responda todos los ítems, posterior a esto se le proporcionó la escala de parentalidad positiva para su contestación (ANEXO 6 ), así como el Cuestionario diagnóstico de rinitis alérgica para estudios epidemiológicos (ANEXO 7), recalcando la importancia de responder a todos los ítems y que se estaría pendiente de aclaración de dudas, durante su contestación, al término se le agradeció al sujeto de investigación por su participación en este protocolo, se procedió a la cuantificación de los ítems y su clasificación de acuerdo al puntaje de dichos cuestionarios, con la finalidad de otorgar dichos resultados a la brevedad al sujeto de investigación, en los casos en donde se obtuvo puntaje mayor a 0.75 en

el Cuestionario Diagnostico de Rinitis Alérgica se canalizo con su médico familiar, para su adecuado seguimiento; dividiendo a la población en dos grupos, al finalizar se les entregó 2 trípticos, uno sobre rinitis alérgica (ANEXO 8) y otro sobre relación parental (ANEXO 9), con la finalidad de que el sujeto de investigación este informado sobre esta patología y recomendaciones para disminuir episodios de esta; y sobre la importancia que tiene la relación parental, así como recomendaciones para mejorar la misma.

Los datos obtenidos en los anexos antes comentados fueron vaciados en una base de datos, para el posterior análisis, al igual se asignó un código numérico para cada sujeto de investigación, omitiendo datos personales de los sujetos de investigación involucrados, para la protección de su identidad.

## VI.7 Instrumentos de Investigación

### VI.7.1 Escala de Parentalidad Positiva

#### VI.7.1.1 Descripción

Se aplicó a los sujetos de investigación que cumplieron con los criterios de inclusión la Escala de Parentalidad Positiva, la cual fue realizada en base de tres marcos teóricos, los cuales son: la teoría ecosistemica del desarrollo humano (realizado en Bronfenbrenner, 1987 y Bronfenbrenner and Evans en 2000), teoría del apego (Bowlby en 1969, Ainsworth, Blehar, Waters and Wall 1987, Cassidy and Shaver, 1999 y Zeanah 2009) y por último la teoría de la resiliencia humana (Walsh en 2004 y Gómez and Kotliarenco 2010).

Este cuestionario se realizó en diversas ocasiones, la primera versión se realizó de 130 ítems, la segunda versión se realizó de 76 ítems y la última versión de 54 ítems. Cuenta con cuatro diferentes opciones de respuesta que van desde Casi nunca, con valor de 1 punto, hasta Siempre con valor de 4 puntos, conservando las cuatro áreas de competencia parental, las cuales son: vinculares, formativas, protectoras y reflexivas.

### VI.7.1.2 Validación

Validación: El estudio de la validación de esta escala contó con 4 etapas:

- 1) Estudio piloto, versión de 130 ítems la cual presento un alfa de Cronbach de 0.97 para la escala total.
- 2) Estudios con la versión de 76 ítems, con alfa de Cronbach de 0.91 para la escala total
- 3) Reanálisis, generando una versión de 42 ítems
- 4) Estudio con la versión de 54 ítems la última versión de este cuestionario, tiene una consistencia interna que va de buena a excelente, con un alfa de Cronbach para la escala total de 0.95, 0.89 para competencias vinculares, 0.86 para competencias formativas, 0.84 para competencias protectoras y 0.82 para competencias reflexivas.

De acuerdo a sus características psicométricas el cuestionario presenta 54 frases, las cuales describen situaciones habituales de crianza, se le solicitará al cuidador primario del infante que conteste a cada frase con alguna de las cuatro opciones: Casi nunca, con un valor de 1 punto, A veces con valor de 2 puntos, Casi siempre con valor de 3 puntos y siempre con valor de 4 puntos, siempre y cuando reafirmando que solo debe seleccionar una de estas, posterior al termino del cuestionario se realizará la sumatoria total, obteniendo un puntaje, en caso de que el ítem 29 y 30 no apliquen, se elegirá esta opción, y para la corrección se sumarán los ítems del 27 al 43 y se dividirá el valor entre 15, se multiplicará por 2 y ese valor se sumará posteriormente a la suma total, esta se clasificará en 3 percentiles zona óptima que va del percentil 90 al 50, zona monitoreo que va del percentil de 40 al 30 y finalmente zona de riesgo que va del percentil 20 al 10. (ANEXO 6).

### VI.7.1.3 Aplicación

Aplicación: Se le explico al sujeto de investigación el presente protocolo, recalcando los beneficios y riesgos que estos puedan presentar, el investigador proporciono al sujeto de estudio el cuestionario, así como una pluma para la contestación de este,

solicitando leer cuidadosamente las instrucciones del mismo, indicando un máximo tiempo para su contestación de 20 minutos.

## VI.7.2 Diagnóstico de Rinitis Alergia para Estudios Epidemiológicos

### VI.7.2.1 Descripción

Se aplicó a los sujetos de investigación que cumplieran con los criterios de inclusión el Cuestionario Diagnóstico de rinitis alérgica para estudios epidemiológicos, este cuestionario cuenta con 11 ítems, los cuales investigan acerca de antecedentes familiares alérgicos, así como signos y síntomas de rinitis alérgica en los hijos de los sujetos de investigación.

Este cuestionario valora los ítems de la siguiente manera: cuadros catarrales recurrentes (una vez al mes, dos veces al mes y cada dos o tres meses) se le asigna 0.5, antecedentes familiares de alergia 0.05, síntomas nasales aumentan en la noche o en la mañana 0.05, estornudos en salva 0.05, tos recurrente acompañante de síntomas nasales 0.05, la nariz se constipa con el frío 0.05, constipación por olores fuertes 0.05, comezón en la nariz 0.05, síntomas nasales acompañantes de síntomas oculares 0.05, línea nasal o marca transversa 0.05, ojeras durante la enfermedad 0.05.

### VI.7.2.2 Validación

Validación: Se realizó la validación de un cuestionario diagnóstico de rinitis alérgica para estudios epidemiológicos, en el año 2014, publicado en la Revista Alergia México, fue sometido a proceso de validación de noviembre de 2012 a febrero 2014, con 300 pacientes, en 150 adultos y 150 niños, el cuestionario de niño se aplicó a los padres con hijos de 2 a 12 años, el instrumento mide dicotómicamente los síntomas que identifican la rinitis alérgica, las pruebas de validación se cumplieron con validez de contenido y de expresión y la cuantificación de validez mostró en el punto de corte de 0.75, la sensibilidad de 85% y especificidad del 95%, tasa de falsos positivos del 5%, con un alfa de Cronbach del 0.7. (Tabla 2)

### VI.7.2.3 Aplicación

Aplicación: Se le explico al sujeto de investigación el presente protocolo, recalcando los beneficios y riesgos que estos puedan presentar, el investigador proporcionara al sujeto de estudio el cuestionario, así como una pluma para la contestación del mismo, solicitando leer cuidadosamente las instrucciones del mismo, así como contestar dicho cuestionario en relación a los síntomas de su hijo, indicando un máximo tiempo para su contestación de 5 minutos.

Las posibles consecuencias del cuestionario diagnóstico de rinitis alérgica son con presencia de rinitis alérgica con un resultado mayor a 0.75, y no presencia con resultado igual o menor de 0.74, por su parte la escala de parentalidad positiva se clasifica en 3 zonas distintas, zona de riesgo, zona optima, zona de monitoreo y zona de riesgo; para fines del presente protocolo, se tomaran dos zonas, la óptima que incluirá la zona optima solamente y la zona de riesgo que incluirá la zona de monitoreo y la zona de riesgo.

### VI.7.3 Cuestionario Nivel Socioeconómico AMAI 2018

#### VI.7.3.1 Descripción

Se aplicó a los sujetos de investigación que cumplieron con los criterios de inclusión el cuestionario de Nivel Socio Económico AMAI 2018, esta generado a partir de los resultados oficiales de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, llevado a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía Mexicano (INEGI), utilizando un modelo de regresión; entre las variables analizadas se consideraron las percepciones totales, las erogaciones totales y el ingreso corriente.

Se realizaron pruebas de asociación de Ingreso Corriente con diversas variables de distintos módulos, finalmente teniendo tres variables: la tabla de viviendas, la tabla de hogares y la tabla concentrado/hogar.

### VI.7.3.2 Validación

Validación: se realizaron múltiples validaciones de la consistencia y confiabilidad de resultados, se verificó que todas las variables del modelo se pudieran clasificar dentro de las dimensiones que consideraba AMAI bajo el concepto de nivel socioeconómico; se realizaron una serie de validaciones cuantitativas para asegurar que los resultados del modelo fueran coherentes con lo que se vive en los hogares mexicanos, se comparó los datos obtenidos en ENIGH 2016, comparando las distribuciones de los niveles socioeconómicos generados por la regla AMAI 2018 con las obtenidas en ENIGH 2014

El cuestionario está conformado por 6 variables, las cuales son: nivel educativo del jefe de hogar, número de baños completos en la vivienda, número de autos en el hogar, tenencia de conexión a Internet en el hogar, número de integrantes en el hogar de 14 años o más que trabajan y número de dormitorios en la vivienda; con lo que se logra un panorama general del nivel de bienestar de los hogares del país.

### VI.7.3.3 Aplicación

Aplicación: Se le explicó al sujeto de investigación el presente protocolo, recalcando los beneficios y riesgos que estos puedan presentar, el investigador proporcionó al sujeto de estudio el cuestionario, así como una pluma para la contestación de este, solicito leer cuidadosamente las instrucciones del mismo, indicando un máximo tiempo para su contestación de 2 minutos.

## VI.8 Plan de análisis

Se realizó la estandarización de datos, tomando en cuenta 282 cuidadores de menores de 12 años, clasificándolos en dos grupos, uno con presencia de rinitis alérgica y otro sin presencia de la misma, de acuerdo al cuestionario de estudios epidemiológicos de rinitis alérgica, a ambos grupos se les solicitó contestar la ficha de identificación, así como el cuestionaría de relación parental.

Posterior a la obtención y recolección de datos, se concentraron los mismos en una base de datos en el programa Microsoft Windows Excel 2017, así como en el programa SPSS V-20 en español (Statistical Package for the social avientes) para su correcto análisis.

Para el análisis univariado de las variables cualitativas (sexo, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico) se obtuvieron porcentajes y frecuencias, siendo estas posteriormente representadas por medio de gráficos de barras.

En cambio, para las variables cuantitativas (edad) se obtuvo media y mediana y se representaron mediante histogramas

Para el análisis bivariado, de variables cualitativas utilizó pruebas estadísticas no paramétrica, mediante la aplicación de la prueba ji cuadrada para encontrar la asociación de la competencia parental y la rinitis alérgica, siendo estas variables cualitativas ordinales, con un nivel de confianza del 95%, significancia estadística P -valor 0.05

## VI.9 Consideraciones éticas

El siguiente protocolo se basó en el código de Nuremberg:<sup>46</sup>

1. Se obtuvo la aprobación de los sujetos de investigación para participar en dicho protocolo, en base a un consentimiento informado, en el que se explicó a los sujetos de investigación los beneficios de su participación dentro del estudio, así como los riesgos e inconvenientes que su participación podría generarle, el cual es la dedicación de aproximadamente 20 minutos de su tiempo para la

contestación de la escala de parentalidad positiva, la cual se explicó de manera verbal, clara y precisa, resolviendo las dudas que surgieron en el participante, posterior a lo cual se solicitó la firma en el consentimiento informado para su participación en dicho estudio.

2. El protocolo de estudio aportó a la población en general estadísticas que sustente la asociación de parentalidad positivas y la rinitis alérgica, así como la cuantificación del cuestionario diagnóstico de rinitis alérgica, para establecer el diagnóstico de rinitis alérgica.
3. Se obtuvo prevalencias de rinitis alérgicas en la unidad de medicina familiar 64, así como de competencia parental, encontrando la asociación entre estas variables.
4. Durante el protocolo de investigación se evitó todo sufrimiento físico, mental, así como daños innecesarios al sujeto de investigación
5. No se generó durante la realización de este protocolo daño físico o psicológico a los sujetos de investigación, ya que el cuestionario de parentalidad positiva no genera daño físico ni psicológico
6. El siguiente protocolo se desarrolló en la unidad de medicina familiar número 64, contando en esta con las medidas establecidas de seguridad e higiene para la realización del protocolo
7. El investigador aplicó la escala de parentalidad positiva, como el cuestionario de diagnóstico de rinitis alérgica, previamente estudiadas, para la resolución de dudas durante su aplicación
8. El sujeto de estudio se encontró en libertad de abandonar el experimento en el momento que así lo desearan, sin presentar repercusiones y con confidencialidad.

La investigación se llevó a cabo en base a los aspectos de ética de la declaración de Helsinki<sup>47</sup>:



- 1) Se realizó una investigación minuciosa de la literatura científica, concordando que una competencia parental de riesgo puede generar estrés en el infante y este a su vez generar alteraciones neuroinmunoendocrinas que genera liberación de citocinas, aumentando la probabilidad de desarrollar rinitis alérgica.
- 2) El siguiente protocolo se presentó para la consideración, comentarios y guía en base al comité de ética.
- 3) Se llevó a cabo por el médico residente de medicina familiar Yareli Rueda Campos bajo la supervisión estricta del Dr. Jehú Tamayo Calderón.
- 4) Dicho protocolo presentó un riesgo mínimo para los sujetos de investigación, ya que durante este solo se solicitó al sujeto de investigación el llenado de encuestas.
- 5) Se llevó a cabo respetando los derechos de los sujetos de investigación, en la ficha de identificación se omitió la solicitud del nombre, salvaguardando así su intimidad y su integridad, reduciendo el impacto del estudio sobre su integridad mental.
- 6) Se preservó la exactitud de los resultados que se obtuvieron durante dicha investigación
- 7) Durante la misma se informó a los sujetos de investigación sobre los objetivos, los cuales son identificar la competencia parenteral de zona de riesgo y su asociación en el desarrollo de rinitis alérgica, el cual se llevó a cabo por medio de la escala de parentalidad positiva, así como cuestionario diagnóstico de rinitis alérgica, con posible molestia ya que la realización de dichas escalas conllevó inversión de 25 minutos del tiempo de los sujetos de investigación. Se les aclaró que son libres de decidir no participar en el estudio de investigación y en el momento que desearan retirar su participación sin sufrir repercusiones en su atención médica en esta unidad.

El protocolo se basó en el informe de Belmont de la siguiente manera<sup>48</sup>:

- I. Durante el protocolo se protegió la autonomía de los participantes, brindándoles la oportunidad de decidir si desean o no participar en este, posterior a la explicación detallada de riesgos, beneficios y posibles complicaciones.
- II. Se respetó el principio de beneficencia, ya que en el protocolo se busca los beneficios de los participantes al otorgarle trípticos para su lectura y aplicación.
- III. Se respetó el principio de justicia ya que los riesgos y beneficios del estudio de investigación son repartidos equitativamente en los sujetos de investigación, no se realizó en población de riesgo, ya que el cuestionario se realizó a los cuidadores primarios de los menores de 12 años.

De acuerdo al Reglamento a la Ley general en Materia de Investigación en Salud:

Nuevo reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, con última reforma publicada DOF 02-04-2014. <sup>49</sup>

13. Durante el presente protocolo de investigación, se respetó la dignidad de cada uno de nuestros sujetos de investigación, respetando así el derecho de los sujetos de investigación de ser valorado y respetado como ser individual y social.

14. El presente protocolo de investigación fue sometido a evaluación por parte del comité de ética 402, mismo que se encargó de realizar revisiones periódicas, evaluando diversos apartados, como lo es el consentimiento informado, el cual contiene de manera explícita y clara los riesgos y beneficios que podrían generar, supervisando su adecuada realización por parte de dicho comité

16. Se mantuvo la privacidad de los sujetos de investigación, asegurándose que nadie tuviera acceso a los datos obtenidos durante este protocolo, en caso de requerirse su utilización posterior se entregará al paciente como lo indica la ley federal de Protección de datos personales, un consentimiento para la utilización de estos datos; al igual se analizaron los resultados obtenidos, los cuales solo podrán identificarse por los investigadores del presente protocolo.

17. Este protocolo representó para los sujetos de investigación un riesgo mínimo, ya que no afectó la salud, ni producir un daño durante la aplicación de las encuestas de competencia parental positiva, así como cuestionario diagnóstico de rinitis alérgica, como únicos inconvenientes el uso del tiempo del sujeto de investigación y la incomodidad al responder algún ítem de la escala de parentalidad positiva, ya que podría generar vergüenza en el cuidador primario sobre la manera de educar a sus hijos.

18. El sujeto de investigación fue informado y libre de abandonar el proyecto de investigación, en el momento que así lo requiriera, sin presencia de consecuencias negativas hacia su persona ni hacia su atención en el instituto.

20. El presente protocolo cuenta con consentimiento informado, el cual fue valorado y dictaminado por el comité de ética, así mismo se le mencionó los riesgos y beneficios que se obtuvieron al participar en este.

21. Se captó a la población de manera aleatoria simple en sala de espera, explicándoles de manera clara y precisa en que consiste el protocolo de investigación, así como se indicó que se realice una adecuada lectura de los cuestionarios a evaluar, así como los posibles riesgos y complicaciones de su participación, posteriormente se solicitó la firma del consentimiento informado, así como aviso de privacidad, este previamente autorizado por el comité de ética, recalcando la libertad que tiene para abandonar dicho estudio en el momento que lo desee, recordándole que nadie tendrá acceso a sus datos personales.

22. El presente protocolo cuenta con consentimiento informado, evaluado y aceptado previamente por el comité de ética, realizado por duplicado, en este se encuentra explicado la manera en el cual se llevará a cabo este; cuenta con el apartado para la colocación de nombre y firma del paciente, así como datos personales de investigación y colaboradores.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012.<sup>50</sup>

El siguiente protocolo de investigación se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar 64 perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual cuenta con la infraestructura necesaria para llevar a cabo dicho protocolo. Se contó con carta de consentimiento informado, en el que se reportaron los posibles riesgos y beneficios, con lenguaje claro para el adecuado entendimiento del sujeto de investigación, durante la realización del protocolo no se puso en riesgo en ningún momento la integridad de los sujetos de investigación, con riesgos mínimos durante su desarrollo.

Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.<sup>43</sup>

Artículo 6: El médico familiar asesor del presente protocolo Tamayo Calderón Jehú y la residente asesora Rueda Campos Yareli, responsables de los datos personales aquí tratados, aplicaron los principios de licitud, calidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad, al ser los únicos que tendrán acceso a estos datos, sin ser proporcionados a terceros.

Artículo 7: Los datos aquí solicitados se obtuvieron de manera legal, sin engaños, los datos personales se recabaron y trataron de manera lícita, respetándose en todo momento la privacidad de los sujetos de investigación.

Artículo 8: Se entregó un aviso de privacidad de manera escrita (ANEXO 3), para la autorización de la utilización de los mismos durante este protocolo, sin hacer uso indebido de estos ni proporcionarlos a terceros, sabiendo el sujeto de investigación podrá revocar en cualquier momento, sin presentar represarías en su contra.

Se explicó de manera detallada la manera en que se obtendrían los datos personales, siendo estos resguardados, con total confidencialidad, con acceso a estos datos solo por parte del investigador.

## **VII. ORGANIZACIÓN**

En el presente trabajo de investigación fue realizado por:

Tesista: M.C. Yareli Rueda Campos

Médico residente de tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar, quien fue la encargada de captar cuidadores primarios de menores de 12 años para la investigación, así como la debida aplicación de los los ítems de la ficha de identificación, así como el cuestionario epidemiológico de rinitis alérgica y competencias parenterales en la Unidad de Medicina Familiar número 64.

Director: E. en M.F. Jehú Tamayo Calderón. Médico Especialista en Medicina Familiar, quien participó en la elaboración de la tesis, supervisando y apoyando cada proceso de investigación.

Para efectos de publicación y presentación en eventos académicos (foro y congresos), el Tesista aparecerá como primer autor y el director de tesis como segundo autor en todos los casos. El director de tesis será autor de correspondencia en caso de publicaciones.

## VIII. RESULTADOS

En el presente estudio clínico, transversal, analítico, de tipo comparativo, en el que participaron 282 cuidadores de menores de 12 años, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 64, distribuidos en dos grupos uno con rinitis alérgica y otro sin rinitis alérgica; analizando los datos con el programa estadístico IBP SSPS versión 25 R, por medio del cual se obtuvieron los siguientes resultados:

Se obtuvo en total 282 cuidadores primarios de menores de 12 años, se distribuyó en dos grupos el 50% conformado por padres de hijos con rinitis alérgica (puntaje mayor o igual a 0.75 en el cuestionario de rinitis alérgica para estudios epidemiológicos) y el otro 50% conformado por padres de hijos sin rinitis alérgica (puntaje menor a 0.75 en el cuestionario de rinitis alérgica para estudios epidemiológicos). Al analizar la distribución de los datos y corroborar la normalidad, se utilizó la prueba Chi cuadrada; obteniéndose una P – con valor de 0.000.

El grupo de cuidadores primarios con hijos con rinitis alérgica obtuvo una parentalidad optima de 39 (27.7%) y una parentalidad en monitoreo y riesgo de 102 (72.3%); en comparación con el grupo de hijos sin rinitis alérgica se obtuvo una parentalidad optima de 84 (59.6%), así como una parentalidad en monitoreo y riesgo de 57 (40.4%). (Tabla 1, Grafico 1)

Referente a la edad de los menores de 12 años, se analizaron ambos grupos; obteniendo una media de edad para el grupo con rinitis alérgica de 6.84 años y una mediana de 7 años y para el grupo sin rinitis alérgica se obtuvo una media de 5.39 años y una mediana de 5 años. Con una media general de la población de 6.12 años y una mediana de 6 años. (Tabla 2, Grafico 2). De acuerdo con el género de menores de 12 años se obtuvo en pacientes con Rinitis alérgica una frecuencia de 61 (43.3%) de población femenina y una frecuencia de 80 (56.7%) de población masculina. Con respecto a pacientes sin Rinitis Alérgica se obtuvo una frecuencia de 75 (53.2%) de población femenina y una frecuencia de 66 (46.8%) de población masculina. (Tabla 3, Grafico 3)

La edad de los cuidadores de menores de 12 años se obtuvo en un rango entre 18 y 52 años; en el grupo con hijos con rinitis alérgica se obtuvo una media de edad de 32.24 años y una mediana de 32 años y para el grupo sin rinitis alérgica una media de 31.73 años y una mediana de 30 años. Con una media general de los dos grupos, de 32 años y una mediana de 31 años. (Tabla 4, Grafico 4)

En cuanto al género de cuidadores de menores de 12 años se obtuvo en pacientes con Rinitis alérgica, una frecuencia de 114 (80.9%) de población femenina y una frecuencia de 27 (19.1%) de población masculina. Y el grupo sin Rinitis Alérgica se obtuvo una frecuencia de 125 (88.7%) de población femenina y una frecuencia de 16 (11.3%) de población masculina. (Tabla 5, Grafico 5)

La escolaridad en cuidadores de menores de 12 años con rinitis alérgica se obtuvieron los siguientes resultados: Primaria 3 (2.1%), Secundaria 31 (22%), Preparatoria 86 (61%), Licenciatura 20 (14.2%) y Especialidad 1 (0.7%). En cambio, en los cuidadores de menores de 12 años sin rinitis alérgica se obtuvieron los siguientes resultados: Primaria 10 (7.1%), Secundaria 46 (32.6%), Preparatoria 67 (47.5%), Licenciatura 18 (12.8%) y Especialidad 0 (0.0%). (Tabla 6, Grafico 6)

Referente al estado civil de cuidadores de menores de 12 años con rinitis alérgica, se obtuvo lo siguientes: Soltero 19 (13.5%), Unión libre 51 (36.2%), Casado 61 (43.3%), Divorciado 8 (5.7%), y Viudo 2 (1.4%). En cambio, en los cuidadores de menores de 12 años sin rinitis alérgica, se obtuvo lo siguiente: Soltero 26 (18.4%), Unión libre 45 (31.9%), Casado 63 (44.7%), Divorciado 5 (3.5%), y Viudo 2 (1.4%). (Tabla 7, Grafico 7)

En cuanto al nivel socioeconómico de los cuidadores de menores de 12 años con rinitis alérgica se obtuvo: Nivel A/B 10 (7.1%), C+ 23 (16.3%), C 44 (31.2%), C- 31 (22%), D+ 17 (12.1%), D 12 (8.5%) y E 4 (2.8%). Con referente a los cuidadores de menores de 12 años sin rinitis alérgica se obtuvo: Nivel A/B 12 (8.5%), C+ 18 (12.8%), C 35 (24.8%), C- 31 (22%), D+ 24 (17.0%), D 16 (11.3%) y E 5 (3.5%). (Tabla 8, Grafico 8)

La parentalidad que se obtuvo en cuidadores de menores con rinitis alérgica fue la siguientes: Optima 39 (27.7%), Monitoreo 17 (12.1%) y Riesgo 85 (60.3%); con respecto a los cuidadores de menores sin rinitis alérgica fue: Optima 82 (58.2%), Monitoreo 21 (14.9%) y Riesgo 38 (26.2%). (Tabla 9, Grafico 9)

La escala de parentalidad positiva, divide a la misma en diversas competencias, la primera de ellas fueron las competencias vinculares obteniendo lo siguiente: en menores con rinitis alérgica en zona Optima 39 (27.7%), Monitoreo 27 (19.1%) y riesgo 75 (53.2%), en el grupo sin rinitis alérgica en zona Optima 88 (62.4%), zona de Monitoreo 26 (18.4%) y en zona de riesgo 27 (19.1%). (Tabla 10, Grafico 10).

En las competencias formativas se obtuvo lo siguiente: en menores con rinitis alérgica en zona Optima 44 (31.2%), Monitoreo 20 (14.2%) y riesgo 77 (54.6%), en menores sin rinitis alérgica en zona Optima 88 (62.4%), zona de Monitoreo 26 (18.4%) y en zona de riesgo 27 (19.1%). (Tabla 11, Grafico 11).

En cuanto a las competencias protectores se obtuvo lo siguiente: en menores con rinitis alérgica en zona Optima 37 (26.2%), Monitoreo 34 (24.1%) y riesgo 70 (49.6%), en menores sin rinitis alérgica en zona Optima 72 (51.1%), zona de Monitoreo 37 (26.2%) y en zona de riesgo 32 (22.7%). (Tabla 12, Grafico 12).

Con referente a las competencias reflexivas se obtuvo lo siguiente: en menores con rinitis alérgica en zona Optima 33 (23.4%), Monitoreo 16 (11.3%) y riesgo 92 (64.5%), en menores sin rinitis alérgica en zona Optima 70 (49.6%), zona de Monitoreo 23 (16.3%) y en zona de riesgo 48 (34%). (Tabla 13, Grafico 13).



## IX. TABLAS Y GRAFICOS

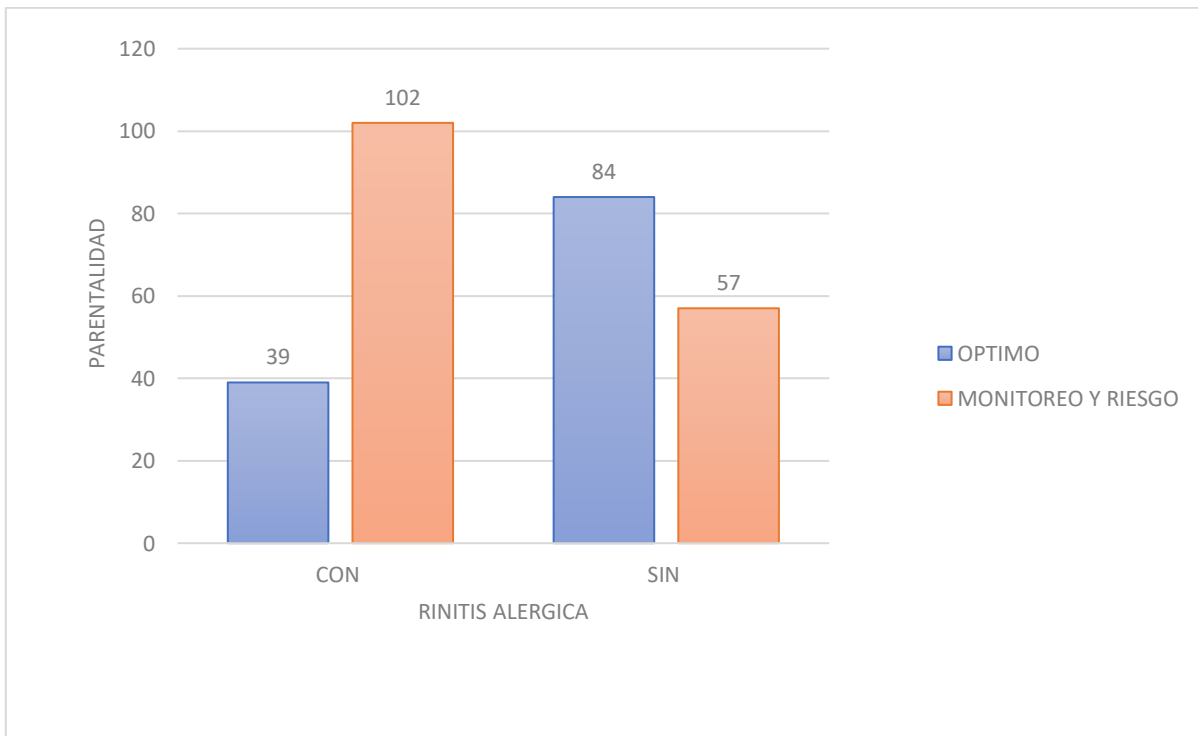
Tabla 1 Asociación entre parentalidad y rinitis alérgica en menores de 12 años afiliados a la unidad de medicina familiar número 64.

RINITIS ALERGICA \ PARENTALIDAD	CON		SIN		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<i>OPTIMO</i>	39	27.7%	84	59.6%	123	43.6%
<i>MONITOREO Y RIESGO</i>	102	72.3%	57	40.4%	159	56.4%
<i>TOTAL</i>	141	100.0%	141	100.0%	282	100.0%

Prueba chi cuadrada obteniéndose una P – con valor de 0.000.

Fuente: Concentrado de resultados de Cuestionario Diagnóstico de Rinitis Alérgica para Estudios Epidemiológicos asociada a resultados de Escala de Parentalidad positiva, en menores de 12 años afiliados a la unidad de medicina familiar.

Gráfico: Asociación entre parentalidad y rinitis alérgica en menores de 12 años afiliados a la unidad de medicina familiar número 64.



Fuente: Tabla 1

Tabla 2 Frecuencia por edad de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.

<i>RINITIS ALERGICA</i> <i>EDAD</i>	CON		SIN	
	Fr	%	Fr	%
1.00	4	2.8	9	6.4
2.00	8	5.7	15	10.6
3.00	14	9.9	22	15.6
4.00	16	11.3	19	13.5
5.00	11	7.8	16	11.3
6.00	16	11.3	15	10.6
7.00	15	10.6	16	11.3
8.00	10	7.1	4	2.8
9.00	7	5.0	7	5.0
10.00	12	8.5	2	1.4
11.00	16	11.3	9	6.4
12.00	12	8.5	7	5.0
<i>Total</i>	141	100.0	141	100.0

Fuente: Cedula de identificación

Fr: Frecuencia %: Porcentaje.

Grafica 2 Frecuencia por edad de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.



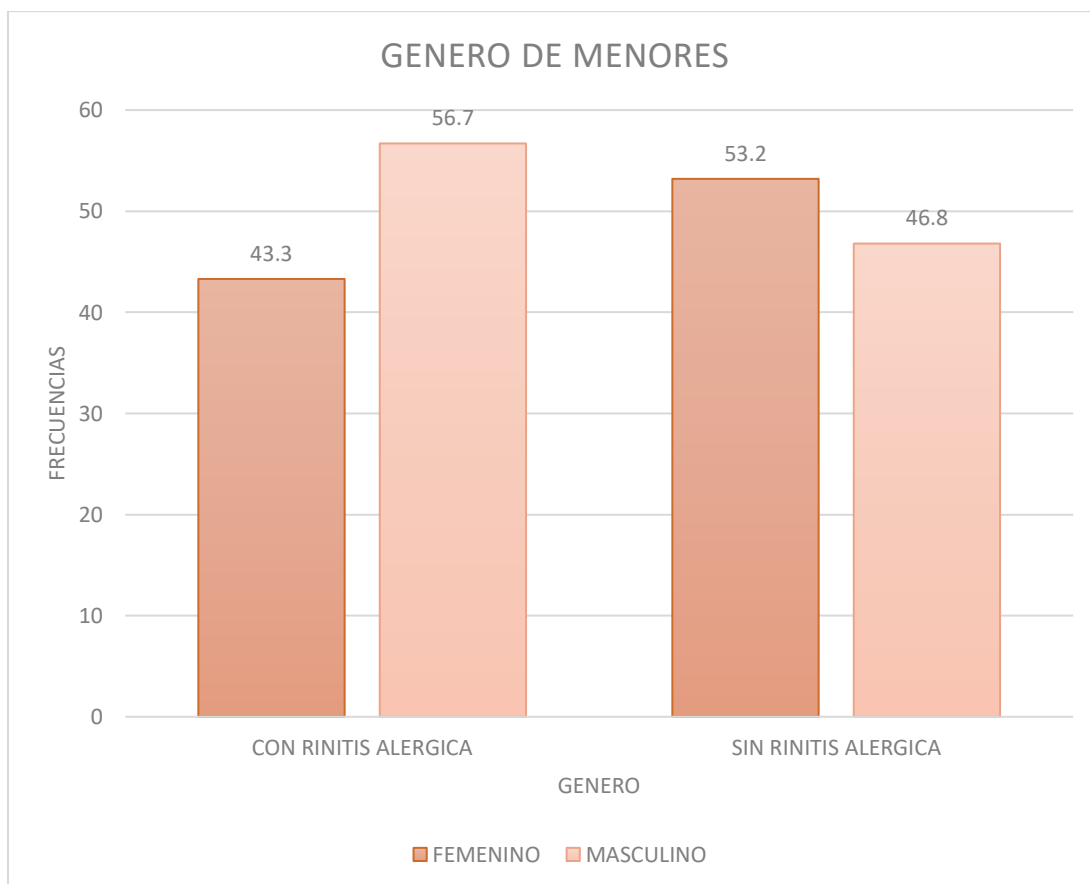
Media: 6.12 años, Mediana: 6 años; Media de pacientes con Rinitis alérgica: 6.8440, Mediana de pacientes con Rinitis alérgica: 7; Media de pacientes sin Rinitis Alérgica: 5.39, Mediana de pacientes sin rinitis alérgica: 5 Fuente: Tabla 2

Tabla 3 Frecuencia de genero en menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.

<i>RINITIS ALERGICA</i>	CON		SIN	
	Fr	%	Fr	%
<i>GENERO FEMENINO</i>	61	43.3	75	53.2
<i>MASCULINO</i>	80	56.7	66	46.8
<i>Total</i>	141	100	141	100

Fuente: Cedula de identificación Fr: Frecuencia %: Porcentaje.

Gráfico 3 Frecuencia de género en menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64



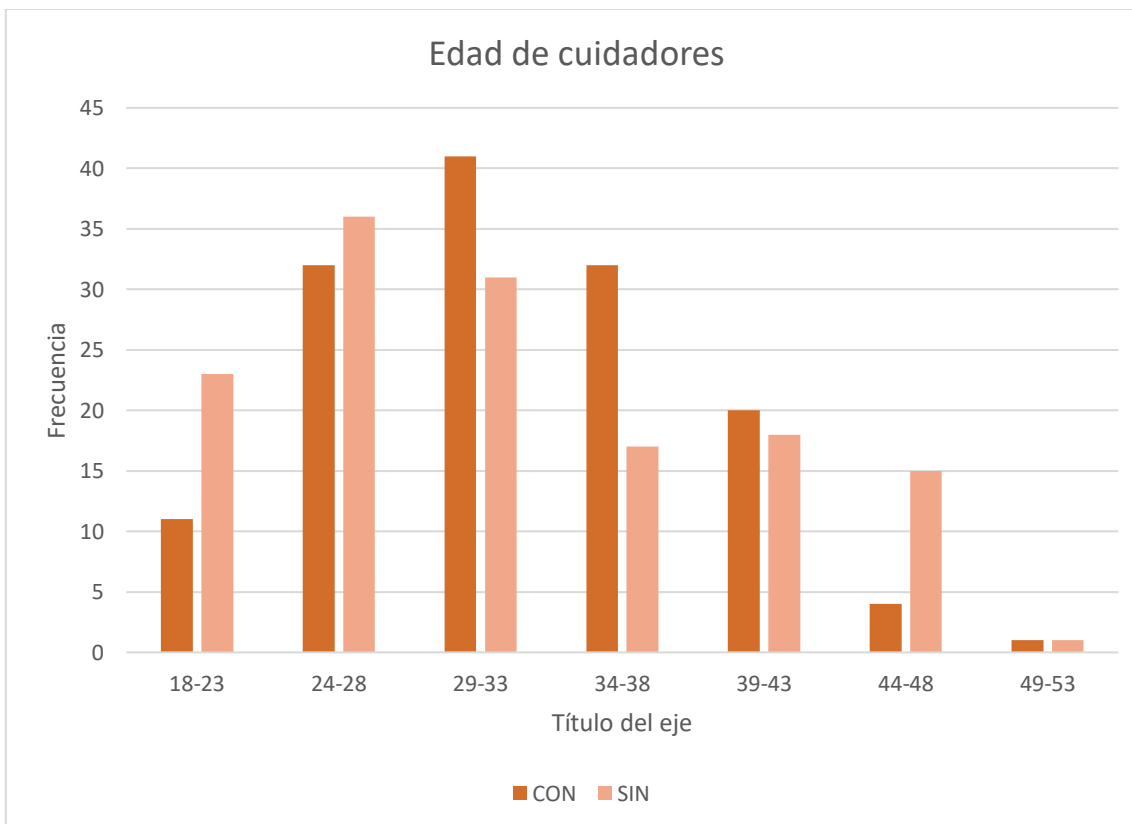
Fuente: Tabla 3

Tabla 4 Frecuencia por edad de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.

RINITIS ALERGICA EDAD	CON		SIN	
	Fr	%	Fr	%
18-23	11	7.8	23	16.3
24-28	32	22.7	36	25.5
29-33	41	29.1	31	22
34-38	32	22.7	17	12.1
39-43	20	14.2	18	12.8
44-48	4	2.8	15	10.6
49-53	1	.7	1	.7
<i>Total</i>	141	100	141	100

Fuente: Cedula de identificación. Fr: Frecuencia; %:Porcentaje

Gráfico: Frecuencia por edad de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.



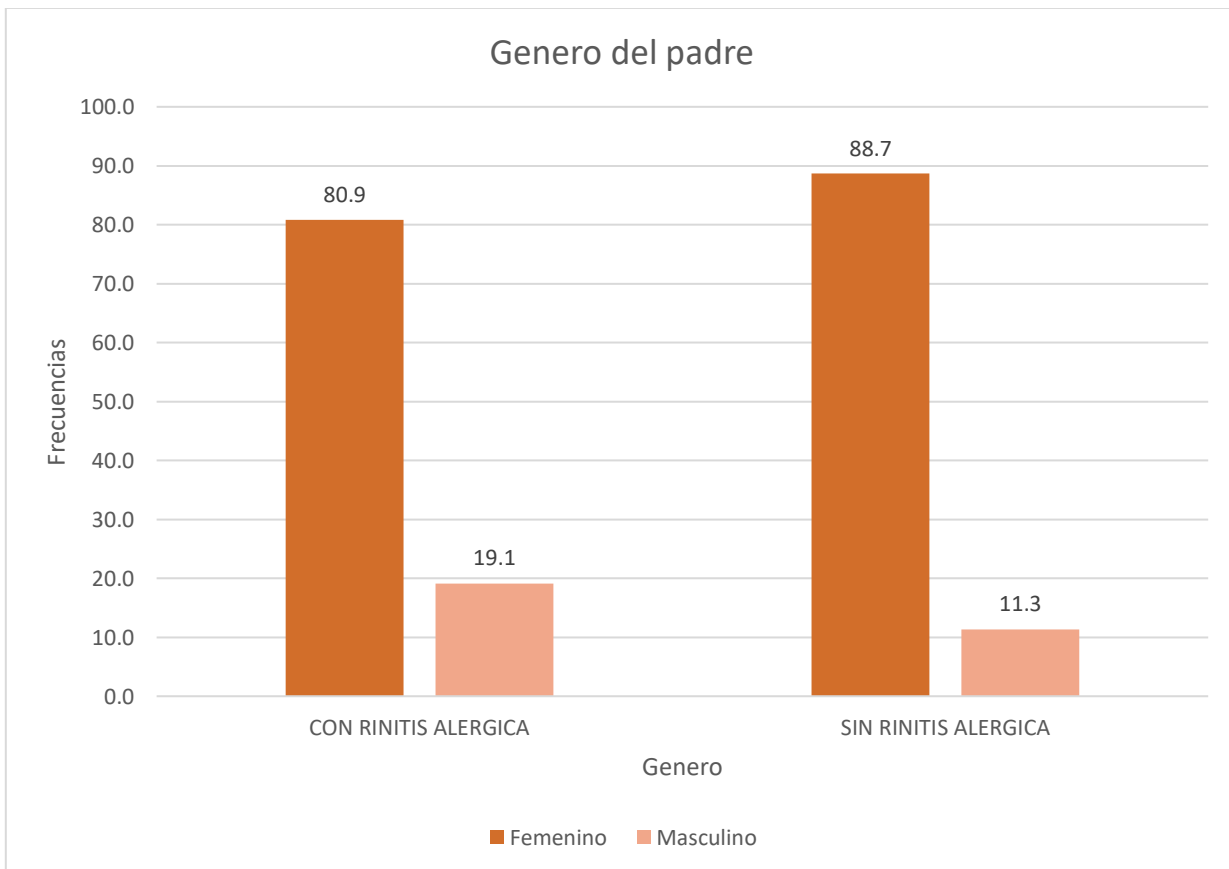
Media:32 años, Mediana: 31 años; Media de pacientes con Rinitis alérgica: 32.24, Mediana de pacientes con Rinitis alérgica: 32; Media de pacientes sin Rinitis Alérgica: 31.73, Mediana de pacientes sin rinitis alérgica: 30 Fuente: Tabla 4

Tabla 5 Frecuencia por genero de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.

<i>GENERO</i>	<i>RINITIS ALERGICA</i>	CON		SIN	
		Fr	%	Fr	%
<i>Femenino</i>		114	80.9	125	88.7
<i>Masculino</i>		27	19.1	16	11.3
<i>Total</i>		141	100.0	141	100.0

Fuente: Cedula de identificación Fr: Frecuencia %: Porcentaje

Gráfico 5: Frecuencia por genero de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.



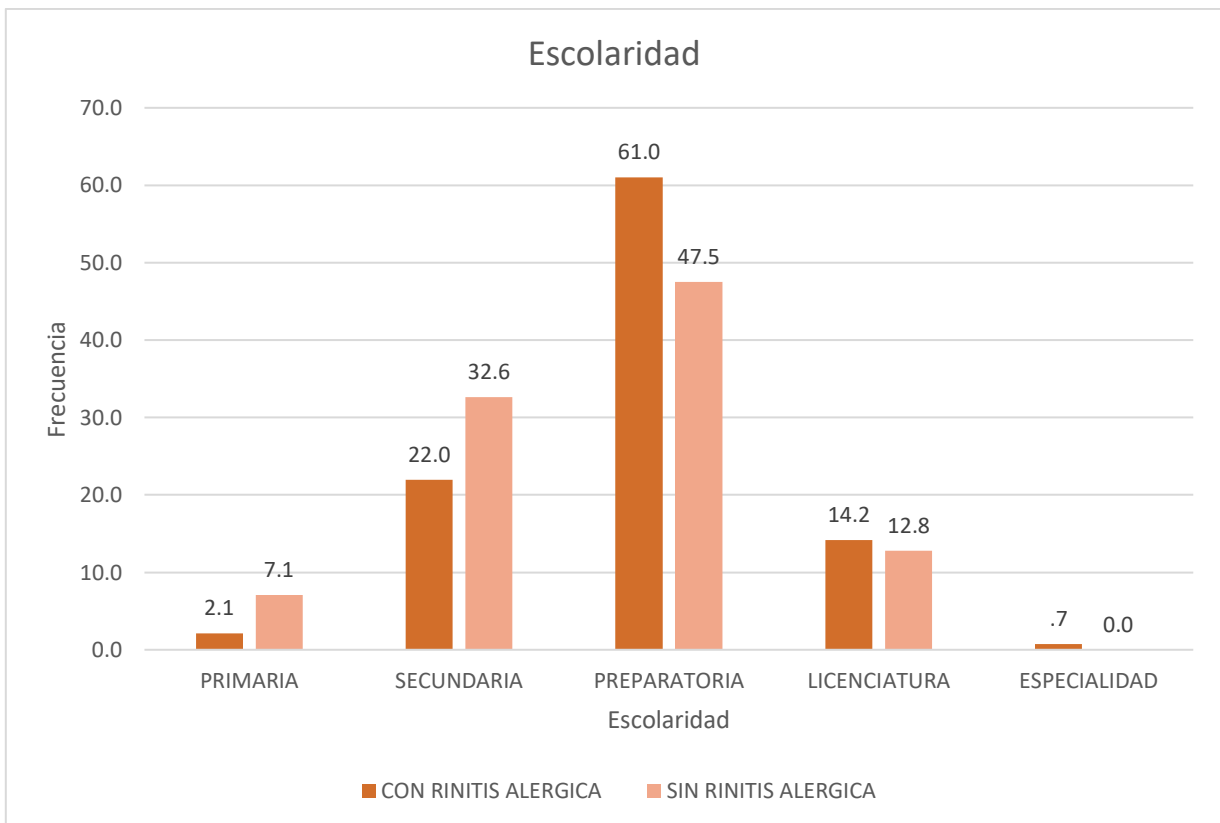
Fuente: Tabla 5

Tabla 6 Frecuencia por escolaridad de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.

<i>RINITIS ALERGICA</i>	CON		SIN	
	Fr	%	Fr	%
<i>ESCOLARIDAD PRIMARIA</i>	3	2.1	10	7.1
<i>SECUNDARIA</i>	31	22.0	46	32.6
<i>PREPARATORIA</i>	86	61.0	67	47.5
<i>LICENCIATURA</i>	20	14.2	18	12.8
<i>ESPECIALIDAD</i>	1	.7	0	0.0
<i>Total</i>	141	100.0	141	100.0

Fuente: Cédula de identificación

Gráfico 6: Frecuencia por escolaridad de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.



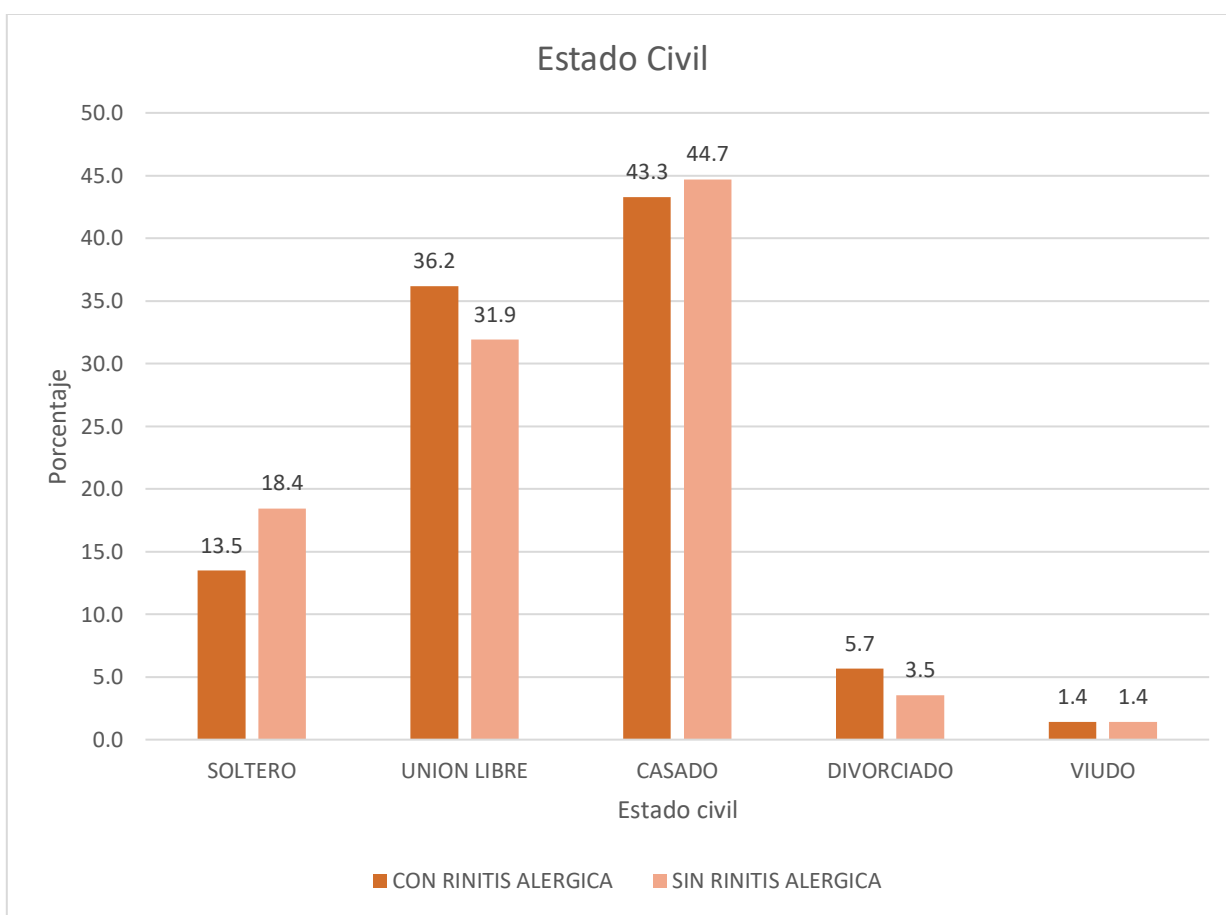
Fuente: Tabla 6

Tabla 7 Frecuencia por estado civil de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.

<i>RINITIS ALERGICA</i> <i>ESTADO CIVIL</i>	CON		SIN	
	Fr	%	Fr	%
<i>SOLTERO</i>	19	13.5	26	18.4
<i>UNION LIBRE</i>	51	36.2	45	31.9
<i>CASADO</i>	61	43.3	63	44.7
<i>DIVORCIADO</i>	8	5.7	5	3.5
<i>VIUDO</i>	2	1.4	2	1.4
<i>Total</i>	141	100.0	141	100.0

Fuente: Cedula de identificación

Gráfico 7: Frecuencia por estado civil de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.



Fuente: Tabla 7

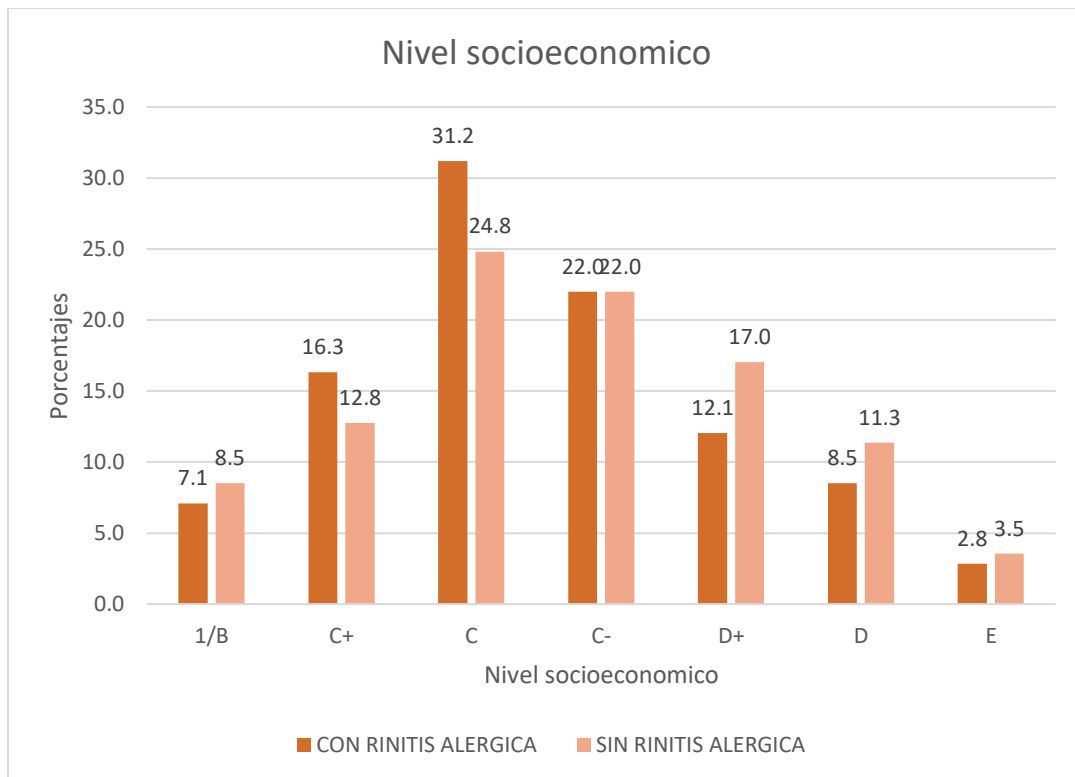


Tabla 8 Frecuencia por nivel socioeconómico de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.

<i>RINITIS ALERGICA</i>	CON		SIN	
	Fr	%	Fr	%
<i>1/B</i>	10	7.1	12	8.5
<i>C+</i>	23	16.3	18	12.8
<i>C</i>	44	31.2	35	24.8
<i>C-</i>	31	22.0	31	22.0
<i>D+</i>	17	12.1	24	17.0
<i>D</i>	12	8.5	16	11.3
<i>E</i>	4	2.8	5	3.5
<i>Total</i>	141	100.0	141	100.0

Fuente: Cedula de identificación Fr: Frecuencia %: Porcentaje

Grafico 8: Frecuencia por edad de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.



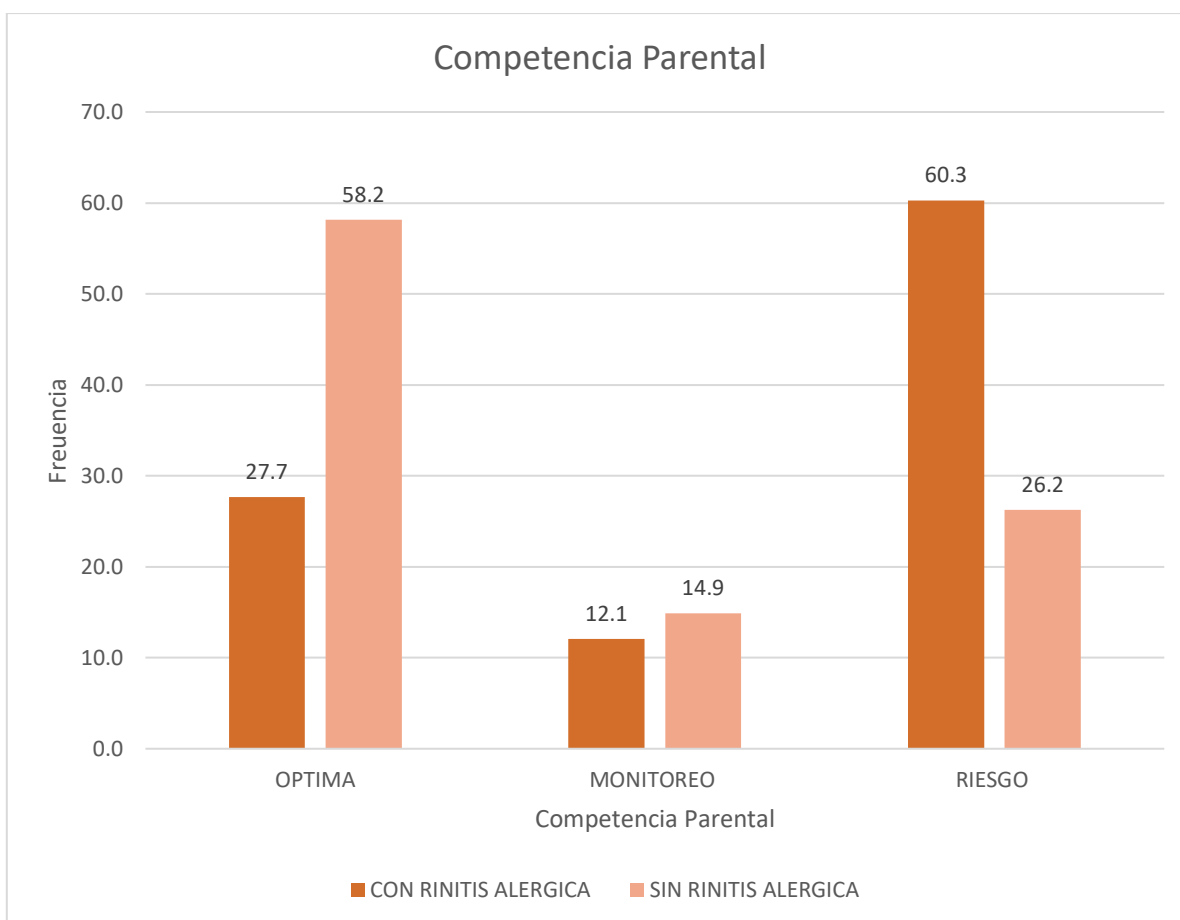
Fuente: Tabla 8

Tabla 9 Frecuencia de tipo de parentalidad de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.

<i>RELACION PARENTAL</i>	<i>RINITIS ALERGICA</i>		CON		SIN	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<i>OPTIMA</i>	39	27.7	82	58.2		
<i>MONITOREO</i>	17	12.1	21	14.9		
<i>RIESGO</i>	85	60.3	38	26.2		
<i>Total</i>	141	100.0	141	100.0		

Fuente: Resultados obtenidos de la Escala de parentalidad positiva Fr: Frecuencia %:Porcentaje

Gráfico 9: Frecuencia de tipo de parentalidad de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.



Fuente: Tabla 9

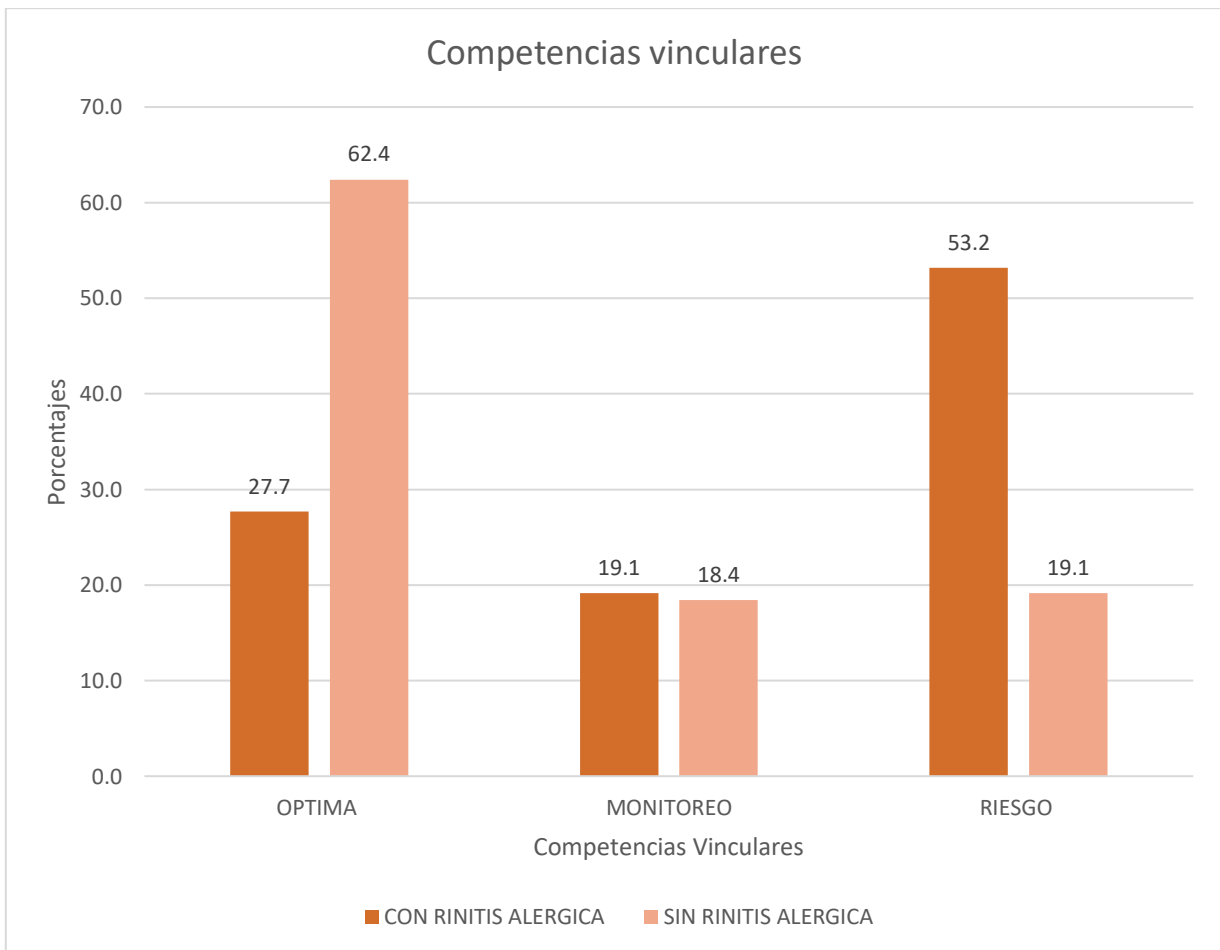
Tabla 10 Frecuencia de tipo de competencias vinculares de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.

<i>RINITIS ALERGICA</i> <i>COMPETENCIA VINCULARES</i>	CON		SIN	
	Fr	%	Fr	%
<i>OPTIMA</i>	39	27.7	88	62.4
<i>MONITOREO</i>	27	19.1	26	18.4
<i>RIESGO</i>	75	53.2	27	19.1
<i>Total</i>	141	100.0	141	100.0

Fuente: Resultados obtenidos de la Escala de parentalidad positiva.  
Frecuencia %:Porcentaje

Fr:

Gráfico10: Frecuencia de tipo de competencias vinculares de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.



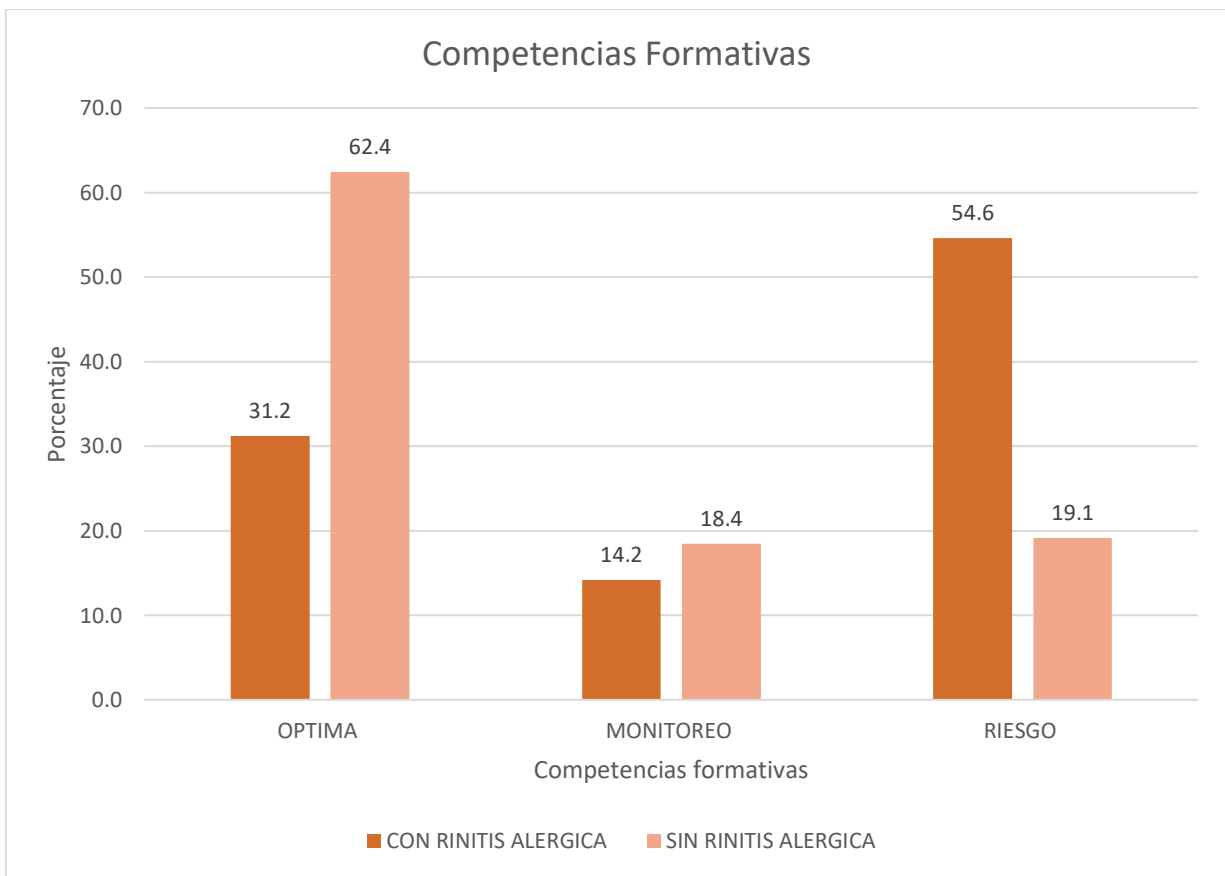
Fuente: Tabla 10.

Tabla 11. Frecuencia de tipo de competencias formativas de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.

<i>RINITIS ALERGICA</i> <i>COMPETENCIA FORMATIVAS</i>	CON		SIN	
	Fr	%	Fr	%
<i>OPTIMA</i>	44	31.2	88	62.4
<i>MONITOREO</i>	20	14.2	26	18.4
<i>RIESGO</i>	77	54.6	27	19.1
<i>Total</i>	141	100.0	141	100.0

Fuente: Resultados obtenidos de la Escala de parentalidad positiva Fr: Frecuencia %:Porcentaje

Gráfico 11: Frecuencia de tipo de competencias formativas de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.



Fuente: Tabla 11

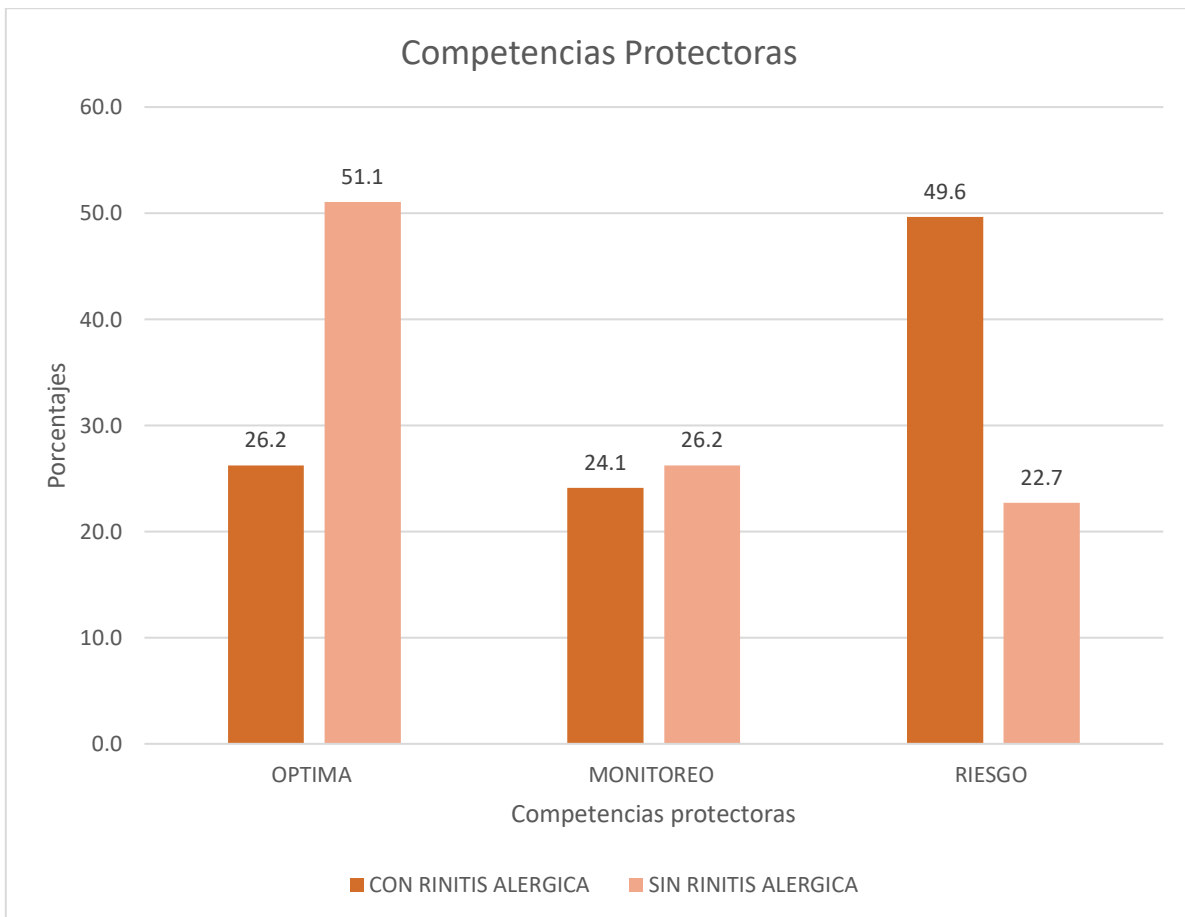
Tabla 12 Frecuencia de tipo de competencias protectoras de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.

<i>RINITIS ALERGICA</i> <i>COMPETENCIA PROTECTORAS</i>	CON		SIN	
	Fr	%	Fr	%
<i>OPTIMA</i>	37	26.2	72	51.1
<i>MONITOREO</i>	34	24.1	37	26.2
<i>RIESGO</i>	70	49.6	32	22.7
<i>Total</i>	141	100.0	141	100.0

Fuente: Resultados obtenidos de la Escala de parentalidad positiva.  
Frecuencia %:Porcentaje

Fr:

Gráfico 12: Frecuencia de tipo de competencias protectoras de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.



Fuente: Tabla 12 Fr: Frecuencia %:Porcentaje

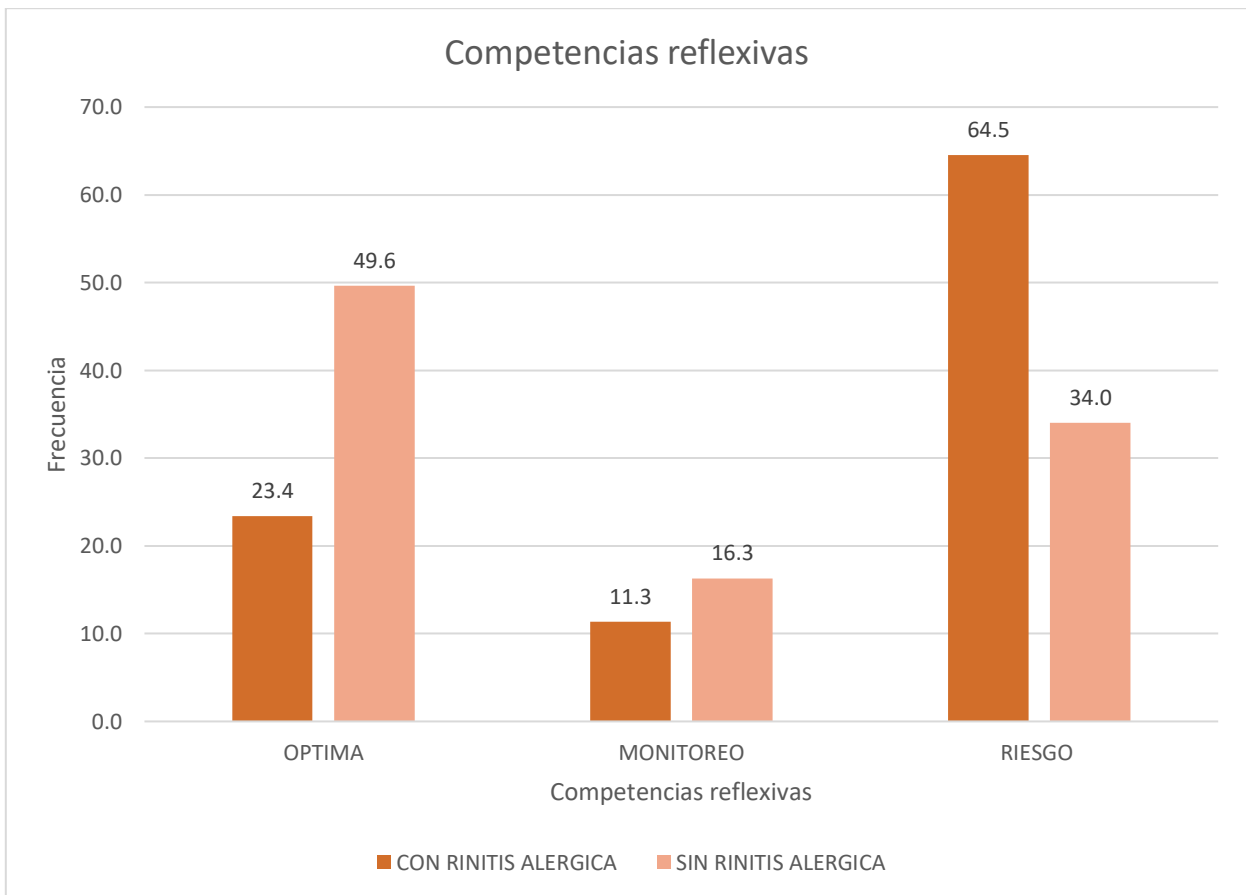
Tabla 13 Frecuencia de tipo de competencias reflexivas de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64.

<i>RINITIS ALERGICA</i> <i>COMPETENCIAS REFLEXIVAS</i>	CON		SIN	
	Fr	%	Fr	%
<i>OPTIMA</i>	33	23.4	70	49.6
<i>MONITOREO</i>	16	11.3	23	16.3
<i>RIESGO</i>	92	64.5	48	34.0
<i>Total</i>	141	100.0	141	100.0

Fuente: Resultados obtenidos de la Escala de parentalidad positiva.  
Frecuencia %:Porcentaje

Fr:

Gráfico 12: Frecuencia de tipo de competencias reflexivas de padres de menores de 12 años afiliados a la Unidad de Medicina Familiar Numero 64



Fuente: Tabla 1

## X. DISCUSIÓN

El primer contacto con el mundo del infante es a través de sus padres, el nivel de estrés de los padres se asocia con aumento en la liberación y producción de interleucinas relacionadas con el estrés fisiológico y a su vez con las alergias infantiles. <sup>27</sup> Ramírez-Lucas<sup>31</sup> realizó un estudio sobre los estilos parentales y el desarrollo emocional en sus hijos; concluyendo que un cuidador sensible a las señales del infante y que responde a ellas, induce una elevada inteligencia emocional y por lo tanto una minimización del estrés en el infante, así como elevadas competencias sociales y de afrontamiento. Para fines del presente trabajo se obtuvo en el grupo de rinitis alérgica una parentalidad en monitoreo y riesgo predominante 102 (72.3%) vs de parentalidad optima 39 (27.7%), a diferencia del grupo sin rinitis alérgica que se obtuvo un predominio en la parentalidad óptima 84 (59.6%) vs parentalidad de riesgo y monitoreo 57 (40.4%). (tabla 1). Aceptando la hipótesis plantada en el presente trabajo, sobre la asociación entre una relación parental de riesgo y monitoreo y la presencia de rinitis alérgica.

La rinitis alérgica es la enfermedad crónica más común en los niños y adultos, con un aumento progresivo en la prevalencia con el transcurso de los años, de un 13% al 19% <sup>5</sup>. Pinart<sup>6</sup> en el 2016, no encontró en pacientes con rinitis alérgica un predominio de sexo. Sin embargo, en el presente estudio se obtuvo un predominio en la población masculina, con un 56% de la misma contra 43.3% en población femenina. Por el contrario, en población sin rinitis alérgica se obtuvo una presencia predominante de sexo femenino con un 53.2% contra 46.8% en sexo masculino. Esto posiblemente secundario a que el metaanálisis realizado por Pinart fue del mundo, comparado con este estudio realizado en la población afiliada a la Unidad de Medicina Familiar 64

De acuerdo con la revista alérgica México<sup>13</sup> en el 2019, se realizó un estudio en población entre 5 y 44 años, encontrándose una prevalencia de rinitis alérgica del 22.3% en sujetos de entre 5 y 19 años en población argentina. Sin embargo, Hanco Soto<sup>44</sup> encontró en el el año 2021 un predominio en población con rinitis

alérgica, con edades comprendidas entre 6 a 11 años de edad, en población Peruana; ambos en el grupo de edad, tomado para fines de este trabajo de investigación. Con respecto al presente estudio, se analizaron ambos grupos de menores de 12 años, obteniendo una media de edad para el grupo con presencia de rinitis alérgica de 6.84 y para el grupo de menores de 12 años, sin rinitis alérgica de obtuvo una media de 5.39. (Tabla 3)

En cuanto al género de cuidadores de menores de 12 años se obtuvo un predominio de población femenina, de acuerdo con el interrogatorio, probablemente secundario a que la mayor parte de la población femenina se dedica al hogar, por lo que tienen más posibilidad de acudir a la consulta con los menores. Lo cual coincide con las cifras reportadas en el INEGI en el año 2020, indicando que la población económicamente activa es un 72.2% masculino y 39.2% femenino.<sup>45</sup>

De acuerdo con la escolaridad, en ambas poblaciones se obtuvo un predominio en escolaridad preparatoria. (tabla6), contrarrestando con los datos obtenidos en el INEGI para el año 2020, quien refiere que el mayor porcentaje de población mayor de 15 años, se encuentran en educación Básica.<sup>46</sup>. Esto posiblemente secundario a la edad encuestada para fines de este estudio, encontrándose mayor nivel de escolaridad, en pacientes más jóvenes, que, en población de la tercera edad, no entrevistada.

Con respecto al estado civil en ambas poblaciones predominó el estado civil casado. (Tabla 7), en relación con el nivel socioeconómico en ambas poblaciones hubo predominio en nivel C. (Tabla 8)

La escala de parentalidad positiva divide a la misma en diversas competencias, la primera de ellas fueron las competencias vinculares. García Vega encontró en población con rinitis alérgica, un predominio en parentalidad de monitoreo y riesgo en el 59% de su población,<sup>49</sup> en comparación con el presente estudio de obtuvo un predominio de zona de riesgo en la población con rinitis alérgica y de zona óptima en población sin rinitis alérgica. Con respecto a las competencias formativas en población infantil con rinitis alérgica predominó la zona de riesgo



vs población sin rinitis alérgica predominó la zona óptima. Al igual que en el estudio de García Vega que obtuvo parentalidad de monitoreo y riesgo en el 53% de su población con presencia de rinitis alérgica.<sup>49</sup> Pudiendo explicarse en la sobreprotección que otorgan los cuidadores a los infantes con rinitis o cualquier otra enfermedad, limitando así la socialización de los infantes, por el temor de agudizar esta enfermedad al estar en contacto con otros infantes y/o medio ambiente.

En las competencias protectoras en la población con rinitis alérgica se obtuvo predominio de zona de riesgo, sin embargo, en población sin rinitis alérgica predominó la zona óptima, en comparación con el estudio de García Vega, en esta competencia obtuvo parentalidad óptima en el 50% de su población, sin encontrarse diferencia entre una y otra población.<sup>49</sup> Posiblemente secundario a que la mayoría de los padres enfocan la crianza y parentalidad al cuidado de las necesidades del desarrollo y derechos de los infantes.

En relación con las competencias reflexivas al igual se obtuvo predominio de zona de riesgo en la población con rinitis alérgica y zona óptima en no rinitis alérgica, sin embargo, en esta última predominó en casi un 50% de la población en general, lo que nos indica que los cuidadores primarios dedican poco tiempo a pensar sobre las influencias, trayectoria y automonitoreo de su propia parentalidad.

De acuerdo con García Vega<sup>44</sup> en su estudio sobre estrés parental y su influencia en el desarrollo de competencias parentales encontró que cuando el estrés aumenta en el padre disminuye las competencias que este presenta en la parentalidad, por lo que podríamos inclinarnos a que una competencia parental de riesgo puede ser un factor de riesgo para presentar rinitis alérgica.

## **XI. CONCLUSIONES**

El primer contacto con el mundo del infante es a través de sus padres, el nivel de estrés de los padres se asocia con aumento en la liberación y producción de interleucinas relacionadas con el estrés fisiológico y a su vez con las alergias infantiles.

Con base al argumento previo surgió la interrogante, ¿Una mala relación parental podría aumentar los niveles de estrés en el infante, y por lo tanto aumentar la probabilidad de presentar rinitis alérgica?

Por lo que en este estudio se captó a cuidadores de menores de 12 años, a los cuales se les realizaron dos encuestas, uno sobre sintomatología de rinitis alérgica y otra sobre relación parental, se dividió en dos grupos esta población, uno con rinitis alérgica y el otro sin rinitis alérgica. En cuestión del grupo de rinitis alérgica se obtuvo una parentalidad en monitoreo y riesgo predominante 102 (72.3%) vs de parentalidad óptima 39 (27.7%), a diferencia del grupo sin rinitis alérgica que se obtuvo un predominio en la parentalidad óptima 84 (59.6%) vs parentalidad de riesgo y monitoreo 57 (40.4%). (tabla 1). Aceptando la hipótesis plantada en el presente trabajo.

Se concluyó que existe una asociación entre las competencias parenterales y la rinitis alérgica, ya que al comparar los grupos de rinitis alérgica y sin rinitis alérgica, se encontró competencias parentales de monitoreo y riesgo predominante en población con rinitis, por el contrario, se encontró predominio en competencias parentales óptimo en población sin rinitis alérgica.

Con el presente estudio se evidencia la importancia de enfatizar en la relación padres-hijos desde su nacimiento, así como su involucro en el cuidado y desarrollo del infante, con la finalidad de mejorar esta relación y disminuir factores de riesgo para diversas patologías alérgicas y mejorando el desarrollo psicosocial del infante.

En pacientes con rinitis alérgica se encontró un predominio en población masculina, con respecto a la edad, se obtuvo una media de 6.84. Comparado con pacientes sin

rinitis alérgica se obtuvo un predominio de sexo femenino, con respecto a la edad se encontró una media de 5.39

En los cuidadores primarios de los infantes menores de 12 años con y sin presencia de rinitis alérgica, se encontraron predominio en el sexo femenino, esto secundario probablemente a que la mayor parte de la población femenina encuestada se dedica al hogar, por lo que resulta más factible que el infante acuda a la unidad con su madre, que con el padre, ya que según el INEGI la mayor parte de la población trabajadora activa son masculinos.

De acuerdo con el nivel de escolaridad en la población en general encuestada, y dividida en grupos, se encontró un predominio de nivel preparatoria, esto de acuerdo con las características de la población encuestada. En estado civil se encontró un predominio de estado civil casado, así como un nivel socioeconómico clasificado como tipo C. No se encontró diferencias entre los dos grupos y sus variables sociodemográficas, ya que los grupos se obtuvieron de manera aleatorizada en la unidad de medicina familiar número 64.

De acuerdo a las competencias parenterales de manera agrupada en sus cuatro diversos tipos se encontró predominio en las competencias vinculantes, formativas y protectoras en zona de riesgo y monitoreo en la población con presencia de rinitis alérgica, comparado con la población sin rinitis alérgica en la que se encontró predominio de competencia en zona óptima, apoyando así a la hipótesis planteada en el protocolo y comprobada de acuerdo a la utilización de la prueba estadística Chi cuadrada, con una P de 0.000.

Sin embargo, en la competencia parental de tipo reflexiva se encontró una disminución en la calificación de los ítems en ambas poblaciones, lo que nos hace reflexionar que los cuidadores primarios dedican poco tiempo a pensar sobre las influencias, trayectoria y automonitoreo de su propia parentalidad.

La hipótesis planteada en el presente estudio es aceptada, de acuerdo con los datos obtenido, obteniéndose una P de 0.0001, encontrándose asociación entre relación parental de riesgo y presencia de rinitis alérgica, sin embargo, por las características

del estudio no es posible determinar si la presencia de parentalidad en zona de riesgo es un factor de riesgo para presentar rinitis alérgica o si la presencia de rinitis alérgica ocasiona una parentalidad en zona de riesgo.

Una competencia parental de riesgo se asocia con la presencia de rinitis alérgica. Sin embargo, para determinar la dirección de esta asociación, se recomienda en próximas investigaciones realizar un estudio longitudinal.

## **XII. RECOMENDACIONES**

- I. De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación, se recomienda realizar diversas acciones como son:
- II. Reforzar la vigilancia de presencia de síntomas de rinitis alérgica en los infantes y en la población en general, esto con la finalidad de aumentar el diagnóstico precoz y evitar complicaciones en la población derechohabientes.
- III. Continuar aportando información sobre rinitis alérgicas y sus síntomas, para la identificación oportuna del mismo, así como recordarles a los padres la importancia de una buena relación padres – hijo, enfatizando los beneficios biopsicosociales que atrae.
- IV. Fomentar la relación padres-hijos, así como el apego materno, y resolución de dudas sobre la paternidad, durante las consultas médicas prenatales y control de niño sano.
- V. Hacer énfasis en la estimulación temprana durante la consulta del médico familiar, así como con la enfermera EMI.
- VI. Se recomienda continuar con la investigación sobre la asociación de rinitis alérgica y competencias parentales, así como realizar un estudio de tipo longitudinal para determinar el orden de las variables.

### XIII BIBLIOGRAFIA

- 1) ASALE R. rinitis. Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2020 [consultado 15 May 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/rinitis>
- 2) ASALE R. alergia. Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2020 [consultado 15 May 2020]. Disponible en: <https://drae.es/palabras/alergia>
- 3) Mancilla-Hernandez E, Medina-Ávalos MA, Barnica-Alvarado RH, Soto-Candia D, Guerrero-Venegas R, Zecua-Najera Y. Prevalencia de rinitis alérgica en poblaciones de varios estados de México. *Rev Alerg Méx* [internet].2002; 62 (3), 196–201.
- 4) Mancilla-Hernández, E.González-Solorzano V., Medina-Avalos M., Barnica-Alvarado R. Prevalence of allergic rhinitis and its symptoms in the school children population of Cuernavaca, Morelos, México. In *Rev Alerg Mex*. 2017; Vol. 64 (3): 243-249
- 5) Seidman, M. D., Gurgel, R. K., Lin, S. Y., Schwartz, S. R., Fuad M., Bonner J., et al. Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 2015; 152 (IS): 1-43
- 6) Pinar M., Keller T., Reich A., Fröhlich M., Cabieses B., Hohmann. C., et al. Sex-Related Allergic Rhinitis Prevalence Switch from Childhood to Adulthood: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Archives of Allergy and Immunology*, 2017;172(4), 224–235.
- 7) Cedeño-Zavalu, V. M., Alonso-Muñiz, G. R., Sornoza-Pin A., Cepeda-García V Castillo-Chavez K., Quijije-Segovia S. Strategies for a quality of life in patients with allergic rhinitis *Dom. Cien*. 2018, 4(4), 255–269.
- 8) Mancilla-Hernández E, González-Solórzano E. Prevalencia de rinitis alérgica y los síntomas como indicadores de riesgo en escolares de la sierra norte de Puebla. *Rev Alerg Mex*.2018;65(2):140-147.
- 9) Philco Toaza, P. E., & Proaño Cortez, P. F.. Factores de riesgo asociados a rinitis alérgica en niños de 3 a 5 años. *Universidad y Sociedad*. 2019. 11(4), 135-140,
- 10) García, A. F., San, E., & Rodríguez, R. Rinitis alérgica en el niño, *Actualización de otorrinolaringología Pediátrica*, 2017;edición 1, 83-90.
- 11) Bercedo Sanz, M., Callén Blecua, M., Guerra Pérez, A., Praena Crespo, M., Luis Montón Álvarez, J., Mora Gandarillas, I., et al. *Protocolos del GVR (P-GVR-6)*

Rinitis Alérgica. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. 2016, 1-20

- 12) Muñoz L., Rinoconjuntivitis alérgica, *Pediatría Integral* Consejo Editorial Subdirectores Ejecutivos. 2018; XXII(2): 94-101.
- 13) Vázquez D, Medina I, Logusso G, Arias S, Gattolin G, Parisi C. Encuesta transversal sobre la prevalencia de rinitis alérgica en Argentina: el estudio PARA. *Rev Alerg Mex.* 2019;66(1):55-64
- 14) Guía de referencia rápida Diagnóstico y Tratamiento de Rinitis Alérgica. (2008). Guía de Referencia Rápida. 2008, disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/041\\_GPC\\_RinitisAlergica/IMSS\\_041\\_08\\_GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/041_GPC_RinitisAlergica/IMSS_041_08_GRR.pdf)
- 15) Mancilla-Hernandez E, Medina-Avalos M, Osorio-Escamilla R. Validación de un cuestionario diagnóstico de rinitis alérgica para estudios epidemiológicos. *Rev Alerg Mex.* 2014. 61:153-161.
- 16) Brożek, J. L., Bousquet, J., Agache, I., Agarwal, A., Bachert, C., Bosnic-Anticevich, S., et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines—2016 revision. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2017. 140(4), 950–958.
- 17) Miguel, B.L., Eglis C.R., Iglermys F.G., Gunard C.A., Estruch F.I., Montelukast en pacientes con rinitis alérgica severa, *Acta Medica*, 2019, Vol 20, No 1
- 18) Zozaya G.A., Huerta L.U.G., et al. Rinitis alérgica: tiempo de mejoría de síntomas con inmunoterapia en pacientes mexicanos y revisión de la literatura. *Revista Alergia Asma Inmunología Pediátrica* 2019; 28(1), 8-17
- 19) zPhilco Toaza, P. E., & Proaño Cortez, P. F.. Factores de riesgo asociados a rinitis alérgica en niños de 3 a 5 años. *Universidad y Sociedad*, 2019. 11(4), 135-140
- 20)Álvarez P.O., Parra C.M., Martínez R.R. Evaluación clínica de niños con rinitis alérgica tratados con Montelukast, ISSN 1560-4381, *Correo Médico Científico*, 2016 (3).
- 21) Sánchez, T., Rojas, C., Casals, M., Bennett, J. T., Gálvez, C., Betancur, C., Mesa, J. T., & Brockmann, P. E. Prevalence and risk factors for sleep-disordered breathing in Chilean schoolchildren. *Revista Chilena de Pediatría*, 2018 89(6), 718–725.
- 22) Estrés | Diccionario panhispánico de dudas [Internet]. «Diccionario panhispánico de dudas». 2020 [consultado 15 May 2020]. Disponible en: <https://www.rae.es/dpd/estr%C3%A9s>
- 23) Aranda, A. B., Vega V. V., González L.A., Castellanos P.M., Suárez S.J. Prevalencia de estrés en escolares de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, México y factores familiares asociados, *Información psicológica*, 2014;108:19–30.

- 24) Odeón, M. M., Maidana, S. S., & Romera, S. A., RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y EL SISTEMA INMUNE. Revista de la facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. 2015 , N13,1-12
- 25) Banegas Cardero A.,Sierra-Calzado A. Biochemical and immunologic variables in patients with chronic or acute stress. In MEDISAN. 2017; Vol. 21(8):1038, 2-10
- 26) ASALE R. parental | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2020 [consultado 15 May 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/parental>
- 27) Vasquez N., Problemas comportamentales y emocionales en niños preescolares, su relacion con la calidad del vinculo parental, Biblioteca digital de la universidad Catolica Argetina, 2015 [consultado 13 Feb 2020] disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=tesis&d=problemas-comportamentales-emocionales>
- 28) Martinez-Licon J., Rodriguez G.G. Nociones y concepciones de parentalidad y familia. Esc. Anna Nereyda, 2018, 22(1).
- 29) Tsuji, M., Koriyama, C., Yamamoto, M., Anan, A., Shibata, E., Kawamoto, T, The association between maternal psychological stress and inflammatory cytokines in allergic young children. PeerJ, 2016, 1-14.
- 30)Ortiz Z.M., Moreno A.O. Estilos parentales: implicaciones sobre el rendimiento escolar en alumnos de educación media. Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencias Sociales, 2016, 01-19.
- 31)Vargas-Rubilar J.& Aran-Filippetti. Importancia de la parentalidad para el desarrollo cognitivo infantil: una revisión teórica. Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud. 12(1), pp(171-186).
- 32)Perez P.J., Álvarez-Dardet S. Un análisis tipológico del estrés parental en familias en riesgo psicosocial. Salud mental, 2014, vol 37(1)
- 33) Farkas-Klein, C. Escala de evaluación parental (EEP): Desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. Universitas Psychologica, 2008 7(2), 457–467.
- 34)Gomez Muzzio. (2014). Escala de Parentalidad Positiva. 2014; 1-53
- 35)Capano A. Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. Ciencias Psicológicos, 2018, VII (1), 83-95
- 36) Bernal-Ruiz, F., Rodríguez-Vera, M., González-Campos, J., & Torres-Álvarez, A. Competencias parentales que favorecen el desarrollo de funciones ejecutivas en escolares. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 2017 16(1), 163–176.
- 37) Ramírez, A., Ferrando, M., & Sainz, A. ¿Influyen los Estilos Parentales y la



Inteligencia Emocional de los Padres en el Desarrollo Emocional de sus Hijos Escolarizados en 2o Ciclo de Educación Infantil? *Acción Psicológica*, 2015, 12(1), 65.

38) Ruvalcaba-Romero, N. A., Gallegos-Guajardo, J., Caballo M, V. E., & Villegas-Guinea, D. Parenting practices and markers of mental health in adolescence. *Psicología Desde El Caribe*, 2016; 33(3), 223–236.

32) ASALE R. edad. Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2020 [consultado 10 Marzo 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>

33) ASALE R. genero. Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2020 [consultado 10 Marzo 2020]. Disponible en: <https://dej.rae.es/lema/g%C3%A9nero>

34) ASALE R. estado civil. Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2020 [consultado 10 Marzo 2020]. Disponible en: <https://dej.rae.es/lema/estado-civil>

35) ASALE R. escolaridad. Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2020 [consultado 15 Marzo 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/escolaridad>

36) ASALE R. nivel socioeconómico. Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2020 [consultado 15 Marzo 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/socioecon%C3%B3mico>

37) Nivel Socioeconómico AMAI, Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión, [Internet] 2017 [consultado 18 May 2020] Disponible en: <http://www.amai.org/nse/wp-content/uploads/2018/04/Nota-Metodolo%CC%81gico-NSE-2018-v3.pdf>

38) Código de Nuremberg, Bioética en la red, [Internet] 2006 [consultado 18 May 2020] Disponible en: <https://www.bioeticaweb.com/>

39) Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos. [Internet] 2013 [consultado 20 Mayo 2020] Disponible en: [http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion\\_Helsinki\\_Brasil.pdf](http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/Declaracion_Helsinki_Brasil.pdf)

40) Informe Belmont. Comité de ética en investigación. [Internet] 2017 [consultado 21 Mayo 2020] Disponible en: [http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/informe\\_belmont.html](http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/informe_belmont.html)

- 41) Reglamento de la ley general de salud en material de investigación para salud, Diario Oficial de la Federación. [Internet] 1983 [consultado 22 Mayo 2020] Disponible en:<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- 42) Norma oficial Mexicana NOM 012-SSA3-2012 Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Diario Oficial de la Federación. [Internet] 2013 [consultado 23 Mayo 2020] Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013)
- 43) Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. [Internet] 2017 [consultado 24 Mayo 2020] Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPDPPSO.pdf>
- 44) Hancco Soto, Factores sociodemograficos asociados al mal control de la rinitis alérgica en pacientes pediátricos del programa de asma del hospital III Yanahuara-Essalud, Peru, 2021, 1-46
- 45) INEGI, Resultados de la encuesta nacional de ocupación y empleo (nueva edición), Comunicado de prensa 416/20, 3 de septiembre 2020.
- 46) INEGI, Tasa neta de matriculación según nivel educativo, Comunicado de prensa 416/20, 3 de septiembre 2020. INEGI Censos y Conteos de Población y Vivienda
- 47) García Vega El estrés parental y su influencia en el desarrollo de las competencias parentales en familias de niños y niñas de 12 a 36 meses, Quito, 2019, 1-139.

## VII. ANEXOS

## ANEXO 1 DOCUMENTO DE AUTORIZACION



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



### Dictamen de Aprobado

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

Registro COFEPRIS 17 CI 15 104 043

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 15 CEI 003 2018041

FECHA Martes, 04 de agosto de 2020

Lic. JEHÚ TAMAYO CALDERÓN

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PARENTALIDAD Y SU ASOCIACIÓN CON RINITIS ALÉRGICA EN MENORES DE 12 AÑOS AFILIADOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64** 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-2020-1408-009

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 reprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**MARIA ISABEL RAMÍREZ MURILLO**

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1408

[Imprimir](#)

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## ANEXO 2 FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha \_\_\_\_\_ Folio \_\_\_\_\_

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas y elija una respuesta de las opciones múltiples.

### DATOS DE LA MADRE O PADRE:

Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo

Escolaridad: Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Especialidad  
Maestría Doctorado Género: Femenino Masculino

### DATOS DEL MENOR:

Género: Femenino Masculino Edad: \_\_\_\_\_

## ANEXO 3 CUESTIONARIO AMAI

1. -Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿Cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?

Sin instrucción
Preescolar
Primaria incompleta
Primaria completa
Secundaria incompleta
Secundaria completa
Preparatoria incompleta
Preparatoria completa
Licenciatura incompleta
Licenciatura completa
Posgrado

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

0
1
2 o mas

3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tiene en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabinas o caja?

0
1
2 o mas

4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿Este hogar cuenta con Internet?

Si tiene
No tiene

5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿Cuántas trabajaron en el último mes?

0
1
2
3
4 O MAS

6. En esta vivienda, ¿Cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

0
1
2
3
4 O MAS

## ANEXO 4 AVISO DE PRIVACIDAD

La investigadora Rueda Campos Yareli y el asesor el Dr Tamayo Calderón Jehú son los responsables del tratamiento de los datos personales que usted nos proporcione con motivo de la participación en el presente protocolo de Investigación, cuentan con domicilio en: UMF No. 64 Tequesquahuac, Av. de los Bomberos s/n, Col. Industrial San Nicolás, Tlalnepantla de Baz, Estado de México. La finalidad de los datos que nos proporciona es el recabar información para poder rechazar o verificar la hipótesis planteada en el consentimiento informado, así como obtener datos demográficos de la población de estudio. No se vulnerarán sus datos personales, se protegerá la identificación de los mismos, de acuerdo a los artículos 6, 7 y 8 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los particulares. Los investigadores podrán acceder a sus datos personales y sensibles, derivado de la carta de consentimiento informado, anteriormente requisitada y firmada. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales en el momento que así lo desee. No se transferirán los datos proporcionados, No se realizará un cambio de aviso de privacidad, Se omitirá el nombre de los participantes, así como datos personales sensibles.

## ANEXO 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

**Carta de consentimiento informado para la realización de estudios de investigación.**

Nombre del estudio:	<b>"Parentalidad y su asociación con rinitis alérgica en menores de 12 años afiliados en la unidad de medicina familiar 64, IMSS"</b>
Patrocinador externo:	NO APLICA
Lugar y fecha:	UMF No. 64 Tequesquinahuac, Av. de los Bomberos s/n, Col. Industrial San Nicolás, Tlalnepantla de Baz, Estado de México. De junio del 2020 a septiembre del 2020.
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Esta investigación tiene como objetivo evaluar la asociación entre la relación padre - hijo y la presencia de alergia en la nariz. Una mala relación padre - hijo puede causarle estrés a los menores de 12 años, ocasionando disminución de las defensas del individuo, sin embargo no se ha estudiado el impacto que tiene la parentalidad con el estrés infantil.
Procedimientos:	Si usted acepta participar en la investigación se le entregarán unas hojas en las que se le pide contestar una ficha de identificación y dos cuestionario los cuales les tomará 20 minutos de su tiempo responderlo.
Posibles riesgos y molestias:	<p>La presente investigación presenta un riesgo mínimo, ya que no se realizarán intervenciones que puedan ocasionar algún daño a usted ni a su hijo, ni conllevará algún gasto por su parte si decide participar en el estudio. El estudio se realizará en un área segura solo otorgándose cuestionarios, sin ocasionar daño.</p> <p>Las posibles molestias que se podrían presentar son que nos dedique de 15 a 20 minutos de su tiempo. El tipo de preguntas pueden ocasionar incomodidades de algún tipo, como vergüenza por el tipo de parentalidad.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los participantes recibirán un tríptico sobre la alergia en la nariz, donde vendrán medidas que se pueden realizar para disminuir los síntomas, así como el posible diagnóstico de esta enfermedad y un tríptico sobre prácticas para fomentar una buena relación parental.



Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se le informará sobre el resultado de las competencias parentales, así como de Diagnostico de al término de su realización.

Participación o retiro: En caso de que usted decida NO participar o no concluir el cuestionario, esto no afectará su atención médica ni servicios que reciba en esta institución.

Privacidad y confidencialidad: Se mantendrá en absoluta confidencialidad y privacidad todos sus datos personales. En caso de divulgación de resultados de este proyecto de investigación (foros, congresos, publicaciones) no se expondrán datos que permitan identificar a los participantes.

**Declaración de consentimiento:**

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar en el estudio.

**En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:**

Investigadora o Investigador Dr. Jehú Tamayo Calderón [yehukald@gmail.com](mailto:yehukald@gmail.com)  
Responsable: 5591997967

Dra. Rueda Campos Yareli [drarueda.yareli@gmail.com](mailto:drarueda.yareli@gmail.com)

55 26 68 58 33

Colaboradores:

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

Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: [iris.contreras@imss.gob.mx](mailto:iris.contreras@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante I

Yareli Rueda Campos  
\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. **Clave:**

**2810-009-013**

## ANEXO 6 ESCALA DE PARENTALIDAD POSITIVA

Instrucciones: coloque una X en cada pregunta del siguiente cuestionario de acuerdo a la repuesta que considere mas acertada de acuerdo a la relación con su hijo.

Durante los últimos 3 meses, en la crianza de mi hijo o hija yo.....		CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Me hago el tiempo para jugar, dibujar y hacer otras cosas con mi hijo/a				
2	Con mi hijo/a cantamos o bailamos juntos/as				
3	Con mi hijo/a, vemos juntos programas de TV o películas apropiadas a su edad				
4	Cuando mi hijo/a, esta irritable, puede identificar las causas (ej. Me doy cuenta si esta mal genio porque estaba cansado o tiene hambre o esta enfermo)				
5	Ayudo a mi hijo/a, a que reconozca sus emociones y les ponga nombre (ej, le diga ¿tiene hambre mi niño?, ¿te sientes sólito?)				
6	Reservo un momento exclusivo del dia para compartir con mi hijo/a (ej jugar con mi niño/a a la hora del baño)				
7	Mi hijo y yo conversamos de los temas que a el o ella le interesan (ej, le comento que le estoy preparando de comida, le pregunto como estuvo su día en el jardín)				
8	Logro ponerme en el lugar de mi hijo/a (ej. Entiendo su desesperación cuando tiene hambre)				
9	Cuando mi hijo/a esta estresado, me busca para que lo ayude a calmarse (ej. Cuando esta asustado o enfermo)				
10	Cuando mi hijo/a pide mi atención, respondo pronto, en poco tiempo				
11	Con mi hijo/a, nos reímos juntos de cosas divertidas				
12	Cuando mi hijo/a llora o se enoja, logro calmarlo/a en poco tiempo				
13	Mi hijo/a y yo jugamos juntos (ej a las cosquillas, “esta, no esta”, rompecabezas)				
14	Le demuestro explícitamente mi cariño a mi hijo/a (ej. Le digo “hijo/a te quiero mucho” o le doy besos y abrazos)				
15	Cuando mi hijo/a no entiende una idea, encuentro otra manera de explicársela y que me comprenda (ej. Le doy ejemplos de cosas que conoce, se lo explico usando sus juguetes)				
16	Hablo con mi hijo/a sobre las cosas que no se deben hacer (ej pegarle a los demás, romper las cosas de la casa)				
17	Converso con mi hijo/a algún tema o acontecimiento del día, para que aprenda (ej. Sobre la lluvia que cayo o la visita de los familiares a la salida que hicimos)				
18	Le explico cuales son las normas y limites que deben respetar (ej. Horario de acostarse)				
19	Le explico que las personas pueden equivocarse				

20	Me disculpo con mi hijo/a cuando me equivoco (ej, si le he gritado o me ha demorado mucho en responderle)				
21	Lo acompaño a encontrar una solución a sus problemas por si mismo/a (ej le acerco las cosas que quiere tomar, le muestro como hacerlo y luego le pido que lo repita "ahora hazlo tu")				
22	Lo motivo a tomar sus propias decisiones ofreciéndole alternativas de acuerdo a su edad (ej, elegir los juguetes con los que va a jugar, o en que lugar de la casa quiere estar)				
23	En casa, logro que mi hijo/a respete y cumpla la rutina diaria (ej, horario de televisión, horario de acostarse, horario de comida)				
24	Cuando se porta mal, mi hijo/a y yo buscamos juntos formas positivas de reparar el error (ej, pedir disculpas o ayudar a ordenar)				
25	Le enseño a mi hijo a como debe comportarse en la calle, reuniones, cumpleaños....				
26	Le explico como espero que se comporte antes de salir de casa (ej, ir a comprar a la feria, "esta vez no me pidas juguetes", "no te alejes de mi en la calle)				
27	Me relaciono con los amiguitos, primitos o vecinitos actuales de mi hijo/a (ej, converso con ellos/ellas en su cumpleaños o cuando vienen de visita)				
28	Me relaciono con las familias de los amiguitos, primitos o vecinitos actuales de mi hijo/a				
29	Me mantengo informado/a de lo que mi hijo realiza en la sala cuna o jardín infantil (ej pregunto a la tía o a otro apoderado)	NO APLICA			
30	Asisto a las reuniones de apoderados en la sala de cuna o jardín infantil	NO APLICA			
31	Cuando no estoy con mi hijo/a, estoy seguro/a que el adulto o los adultos que lo cuidan lo tratan bien				
32	Le enseño a mi hijo/a a reconocer en que personas se puede confiar (ej, a quien abrirle la puerta y a quien no, que nadie puede tocarle sus partes intimas)				
33	Cuando la crianza se me hace difícil busco ayuda de mis amigos o familiares (ej, cuando esta enfermo/a y tengo que ir al colegio, cuando me siento sobrepasado)				
34	Averiguo y utilizo los recursos o servicios que hay en la comuna para apoyarme en la crianza (ej, el consultorio, la municipalidad)				
35	Si tengo duda sobre un tema de crianza, pido consejos, orientación y ayuda				
36	En casa, mi hijo/a utiliza juguetes u objetos que estimulan su aprendizaje de acuerdo a su edad (ej, cascabeles, pinturas, rompecabezas, etc)				

37	En casa mi hijo juega con libros y cuentos apropiados para su edad (ej, le leo cuentos antes de dormir, o el/ella da vuelta a la pagina para divertirse)				
38	Me ocupo de la higiene y cuidado que necesita (ej, lavarse los dientes, bañarse, vestirse)				
39	Mi hijo/a puede usar un espacio especial de la casa, para jugar y distraerse (ej, ver cuentos, rompecabezas, etc.)				
40	En casa logro armar una rutina para garantizar el día de mi hijo/a				
41	Logro que mi hijo/a se alimente de forma balanceada para su edad( ej, que coma verduras, frutas, leche, etc.)				
42	Mi hijo/a anda limpio y bien aseado				
43	Llevo a mi hijo/a a controles preventivos de salud (ej, sus vacunas, control de niño sano, etc)				
44	La crianza me ha dado tiempo para disfrutar de otras cosas que me gustan (ej, juntarme con mis amigos, ver películas)				
45	Dedico tiempo a pensar como apoyarlo(a en los desafíos para su edad (ej, decidir llevarlo al parque para que desarrolle su destreza física o juntarlo con otros niños para que aprenda a hacer amigos)				
46	Antes de relacionarme con mi hijo/a, me limpio de rabias, penas o frustraciones (ej, respiro hondo antes de entrar a casa)				
47	Reflexiono sobre como superar las dificultades de relación que pueda tener con mi hijo				
48	He logrado mantener un clima familiar bueno para el desarrollo de mi hijo/a (ej, las discusiones no son frente al niño/a, hay tiempo como familia para disfrutar y reírnos)				
49	Me doy espacios para mi mismo/a, distintos de la crianza (ej, participar de una liga de fútbol, grupo de baile, batucada, etc)				
50	Siento que tengo tiempo para descansar				
51	Dedico tiempo a evaluar y pensar sobre como se esta desarrollando mi hijo/a (ej, si habla de acuerdo a su edad, si su estatura y peso esta normal, etc)				
52	Siento que he logrado mantener una buena salud mental (ej, me siento contenta/o, me gusta como me veo)				
53	Me he asegurado de que mi vida personal no dañe a mi hijo/a (ej, las peleas con mi pareja son en privado, no delante de mi hijo)				
54	Logro anticipar los momentos difíciles que vendrán en la crianza y me preparo con tiempo (ej, me informo de como ayudarlo o dejar los pañales, o como hacer un destete respetuoso)				

## ANEXO 7 CUESTIONARIO DIAGNOSTICO DE RINITIS ALERGICA PARA ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS

Instrucciones: coloque una X en cada pregunta del siguiente cuestionario de acuerdo con la respuesta que considere mas acertada para el caso de su hijo.

Antecedentes familiares de alergias                      SI                      NO                      (asma, rinitis alérgica, urticaria, alergia a alimentos, alergia a medicamentos, a picadura de insectos, dermatitis atópica)

Cuadros catarrales recurrentes                      SI                      NO

- Cuadros catarrales todo el tiempo
- Una vez al mes
- Dos veces al mes
- Cada dos a tres meses
- Cada seis meses
- Una vez al año
- Otro tiempo \_\_\_\_\_

Marque los síntomas que manifiesta:

- Congestión nasal
- Esgurrimiento de moco
- Estornudos
- Comezón en la nariz

Más frecuentes en la noche o en la mañana (o en ambas):                      SI                      NO

Estornudos en salva (más de tres estornudos seguidos):                      SI                      NO

Los síntomas catarrales se acompañan de tos recurrente:                      SI                      NO

- Siempre
- Casi siempre
- A veces \_\_\_\_\_

Con el frío se tapa (constipa) la nariz:                      SI                      NO

Constipación nasal por olores fuertes:                      SI                      NO                      Comezón en la nariz:                      SI                      NO

Los síntomas nasales se acompañan de síntomas oculares(lagrimeo, comezón ocular):                      SI                      NO

- Siempre
- Casi siempre
- A veces \_\_\_\_\_

Tiene línea o marca sobre la nariz:                      SI                      NO

Tiene ojeras cuando se enferma:                      SI                      NO

## ANEXO 8 TRIPTICO DE RINITIS ALERGICA

### RINITIS ALERGICA

¿Qué es?

Es una enfermedad crónica que causa inflamación de la mucosa que reviste la nariz, posterior a la exposición de alérgenos en sujetos hipersensibles



¿Que síntomas puedo presentar?

Se presentan principalmente en la noche

- Estornudos en salva
- Ccongestión nasal
- Resfriados frecuentes
- Flujo nasal
- Comezón nasal
- Comezón en los ojos
- Tos crónica

Físicamente puede presentar:

- ◆ Ojeras
- ◆ Pliegues en el parpado inferior
- ◆ Surco transverso en la nariz



¿A que puedo ser alérgico?

- ✓ Polen
- ✓ Ácaros
- ✓ Pelo de mascotas



Tratamiento:

El tratamiento es individualizado e indicado por su médico familiar, pudiendo ser:



¿Que complicaciones tiene esta enfermedad?

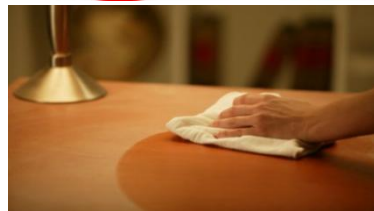
- Conjuntivitis alérgica
- Rinosinusitis
- Otitis
- Ronquidos nocturnos
- Tos
- Pliegue entre el tercio medio e inferior del puente nasal
- Facies alérgica (boca abierta, mentón hacia atrás y ojeras)
- Alteraciones en la cantidad y calidad del sueño
- Fatiga durante el día.



shutterstock.com • 555475435

¿Qué puedo hacer?

- ✧ Evitar actividades al aire libre en días secos y calurosos
- ✧ Evitar tumbarse en el pasto
- ✧ Secar la ropa en el interior
- ✧ No usar alfombras, cortinas, peluches o tapizado
- ✧ Eliminar el polvo de superficies
- ✧ Evitar animales domésticos dentro del hogar
- ✧ No fumar ni estar cerca de fumadores



Realizado por: Rueda Campos Yareli

Residente de Medicina Familiar

Correo electrónico: [drarueda.yareli@gmail.com](mailto:drarueda.yareli@gmail.com)

## RINITIS ALERGICA



Unidad de medicina familiar No. 64  
Instituto Mexicano del Seguro Social

## ANEXO 9 TRIPTICO DE RELACION PARENTAL

### ¿Qué es la relación parental?

Es el tipo de relación que guardan los padres con los hijos.



### ¿Por qué es importante esta relación?

Es importante porque los padres son el primer contacto del infante con el mundo, así que el tipo de relación que tengan entre sí, influirá de manera directa e importante con el desarrollo del infante.

### ¿Cómo puedo mejorar la relación con mi hij@?

#### ✧ ESTIMULE LA AUTOESTIMA DE SU HIJO

- El elogio de los logros, aunque sean pequeños, hará que los niños estén orgullosos.
- Permítales que hagan cosas por sí solos los hará sentir que son capaces y fuertes.
- Elija las palabras con cuidado y sea compasivo.

#### ✧ RECONOZCA LAS BUENAS ACCIONES

- "Hiciste la cama sin que te lo pidiera, ¡eso es genial!"
- Sea generoso con las recompensas: su amor, sus abrazos y elogios pueden hacer maravillas y suelen ser suficiente gratificación.



#### ✧ ESTABLEZCA LIMITES Y SEA COHERENTE CON LA DISCIPLINA

- Poner reglas en la casa ayuda a que los niños entiendan sus expectativas y desarrollen el autocontrol.
- Es recomendable que implemente un sistema: una advertencia seguida de consecuencias (siempre cumplirla)



#### ✧ HAGA UN TIEMPO PARA SUS HIJOS

- Los niños que no reciben la atención que desean de sus padres a menudo sobreactúan o se comportan mal porque, de ese modo, están seguros de que recibirán su atención.
- Programe una "noche especial" cada semana



#### ✧ SEA UN BUEN MODELO A SEGUIR

- Esté siempre consciente de que sus hijos lo están observando.



- Sirva de ejemplo de las cualidades que desea cultivar en sus hijos: respeto, cordialidad, honestidad, amabilidad



❖ **HAGA DE LA COMUNICACIÓN UNA PRIORIDAD**

- No puede esperar que los niños hagan todo sólo porque usted como padre "así lo dice". Ellos desean y merecen explicaciones al igual que los adultos
- Haga sugerencias y ofrezca alternativas.

❖ **SEA FLEXIBLE Y ESTE DISPUESTO A ADAPTAR SU ESTILO DE CRIANZA**

- A medida que su hijo cambie, tendrá que modificar gradualmente su estilo de crianza. Lo más probable es que lo que hoy resulta eficaz con su hijo ya no lo sea tanto en uno o dos años.

❖ **DEMUESTRE QUE SU AMOR ES INCONDICIONAL**



❖ **ESTE CONSCIENTE DE SUS PROPIAS NECESIDADES Y LIMITACIONES COMO PADRE**

- Reconozca sus habilidades: "Soy cariñoso y dedicado".
- Prometa trabajar en sus debilidades: "Debo ser más coherente con la disciplina". Intente tener expectativas realistas para usted, su cónyuge y sus hijos



Realizado por: Rueda Campos Yareli

Residente de Medicina Familiar

Correo electrónico: [drarueda.yareli@gmail.com](mailto:drarueda.yareli@gmail.com)

**RELACION PARENTAL**



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

