



Violencia familiar como factor asociado a la frecuencia de crisis asmáticas en niños. Estudio preliminar

Dra. María de Jesús Bolaños-Rodríguez,* Dr. Arturo Loredo-Abdalá,** Dr. Jorge Trejo-Hernández,**
Dr. José Huerta-López****

RESUMEN

Introducción: La violencia familiar (VF) ocurre cuando un miembro de la familia arremete a otro en función de su poder físico, psicológico o ambos. Son vulnerables los niños, los adultos mayores y las personas con capacidades diferentes. El estrés crónico que sufren los niños al ser testigos o víctimas de VF altera su respuesta inmunológica y agrava enfermedades como el asma bronquial (AB), padecimiento multifactorial y crónico de la edad escolar. La VF ha ocasionado un incremento en la frecuencia de cuadros agudos.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y analítico en 40 pacientes de la Clínica de Asma (CIA) del Instituto Nacional de Pediatría (INP) para establecer la existencia de violencia familiar (VF) y su posible relación con un incremento en las crisis de asma (CA).

Resultados: Hubo VF en la mitad de los casos a pesar de que todos pertenecían a una familia nuclear (padre, madre, hijos). El maltrato psicológico predominó en la mayoría de las familias. No se precisó una asociación significativa entre VF y AB.

Discusión: La literatura señala la asociación entre AB y VF. Sin embargo, los resultados de este estudio piloto no confirmaron esta correlación. Es probable que el apego a la CIA y lo pequeño de la muestra expliquen estos resultados. A pesar de ello, se insiste en la necesidad de buscar sistemáticamente datos de VF y de maltrato infantil (MI). Es necesario aumentar el tamaño de la muestra para obtener resultados confiables.

Palabras clave. Asma bronquial, maltrato infantil, violencia familiar, maltrato psicológico.

ABSTRACT

Introduction. Family violence (FV) occurs when someone in the family endowed with physical and/or psychological power aggresses another member. Not only children are vulnerable; adults and people with different capacities may also be victimized. Chronic stress suffered by children who are both victims of FV, or who witness FV, alters their immunological response, which aggravates illnesses such as bronchial asthma (BA). This illness is a chronic multifactorial problem in school age children. There is a stronger relation in the higher frequency of BA and FV in some cases.

Methodology. A retrospective, observational, and analytic study was done in 40 patients seen at the Asthma Clinic of the Instituto Nacional de Pediatría (INP), in Mexico City, in order to establish the existence of family violence (FV), and its possible relation with an increase in crises of BA.

Results. We could establish the existence of FV, in half of the cases studied, despite the fact that all of them belonged to nuclear families. Psychological aggression prevailed in most of the families. It was not possible to establish a meaningful relation between FV, and BA.

Discussion. Literature on the subject indicates that there is an association between BA and FV. However, results in our pilot study did not establish such relation. It is possible that the close relation of our patients with the CA, and the small size of the sample are responsible for those results. Despite of this we emphasize the need for investigating FV and maltreatment in children (Mch). It is necessary to increase the size of the sample in order to obtain reliable results.

Key words: Bronchial asthma, child maltreatment, family violence, psychological abuse.

* Residente del Curso de Posgrado "Atención Integral al Niño Maltratado". Instituto Nacional de Pediatría.

** Médico Pediatra. Coordinador Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado. Instituto Nacional de Pediatría.

*** Médico Pediatría. Adscrito a la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado. Instituto Nacional de Pediatría.

**** Jefe de Servicio de Inmunología y Alergia. Instituto Nacional de Pediatría.

diatría. Insurgentes Sur 3700-C Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F. cainm_inp@hotmail.com

Recibido: abril, 2010. Aceptado: julio, 2010.

Este artículo debe citarse como: Bolaños-Rodríguez MJ, Loredo-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Huerta-López J. Violencia familiar como factor asociado a la frecuencia de crisis asmáticas en niños. Estudio preliminar. Acta Pediatr Mex 2010;31(5):222-226.

El problema de la violencia familiar (VF) ha sido de interés inicialmente en el ámbito académico y recientemente de dominio público.^{1,2}

Este problema se había mantenido en silencio porque las personas que lo sufren habitualmente tienen miedo, su autoestima es baja, están influidas por “usos y costumbres” o no saben a dónde acudir para obtener ayuda o pedir consejo.^{3,4}

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la UNICEF, la VF, especialmente la infligida a mujeres y niños, es un problema universal sin límites geográficos, económicos ni sociales.⁵

La conducta violenta, entendida como el uso de la fuerza física o el poder psicológico para la resolución de conflictos personales, surge cuando existe un desequilibrio de poder momentáneo o permanente por el cual se genera un abuso contra otra persona, aparentemente más débil física, emocional o económicamente.⁶

El Banco Mundial y la OMS consideran que en México la VF ocupa uno de los primeros lugares en frecuencia y morbilidad, tomando como indicador la pérdida de la salud debido a la agresión física, psicológica o el abandono que sufren algunos miembros de la familia, según se observa en una de tres a cinco mujeres y en uno de cada tres hogares.^{7,8}

Los grupos vulnerables a la VF son las mujeres, las personas con capacidades diferentes, los adultos mayores y los niños.^{9,10}

De este último grupo, los menores pueden sufrir este problema de dos maneras: ser testigos de la misma o ser víctimas directas. En ambas situaciones, el impacto físico o emocional dependerá de la frecuencia, la severidad, la cronicidad, de la persona que lo genera y se expresará a corto, mediano o largo plazo. También es importante considerar que al mismo tiempo ocurre un impacto emocional y económico, de grado y severidad variables en las familias y en la sociedad: Esta situación a su vez puede agravar la VF e incluso perpetuarla.^{11,12}

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 define la VF como “*acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en relación de poder, en función de género, edad o condición física en contra de uno o varios miembros de la familia, sin importar el espacio físico donde ocurra el abuso físico, psicológico, sexual o abandono.*”¹³

En México existen diversas instituciones para atender esta problemática como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) a nivel nacional y estatal; las Procuradurías Generales de Justicia estatales (PGJ), las Unidades de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF) y la Dirección General de Igualdad y Equidad Social, principalmente.¹⁴

Por otro lado, el maltrato infantil (MI) ha sido estudiado y atendido en el país por diversos grupos académicos y organizaciones no gubernamentales (ONG). Dentro del primer grupo destaca la función que ha realizado en 13 años la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría en los campos de asistencia, docencia e investigación con objeto de estudiar y atender integralmente este problema médico social legal.^{15,16}

En los niños no solamente hay que atender las consecuencias médicas, quirúrgicas o médico quirúrgicas originadas por alguna forma de maltrato; también se debe considerar la alteración en el desarrollo cognitivo, afectivo y de relación en el niño, situaciones que le pueden ocasionar depresión, psicosis, bajo rendimiento escolar, trastorno de conducta, principalmente. Asimismo, en algunos casos se pueden generar diversas manifestaciones psicósomáticas o en ocasiones agravar algún padecimiento orgánico como el asma bronquial (AB).^{16,17}

El AB es una enfermedad crónica cuya prevalencia, morbilidad y mortalidad están en aumento en todo el mundo.^{18,19}

El paciente con AB habitualmente sufre crisis agudas recurrentes, principalmente en la noche o en la madrugada que frecuentemente requieren asistencia médica de urgencia.²⁰⁻²⁵

Estas características conocidas desde que Areteo, San Agustín y Maimónides las señalaron en antiguas épocas de la humanidad han sido estudiadas en las últimas tres o cuatro décadas por alergólogos, inmunólogos y psiquiatras, profesionales que han determinado la personalidad del menor, la dinámica familiar y otros factores desencadenantes de AB.^{26,27} En este sentido, el componente emocional y el estrés se han considerado factores primordiales de crisis asmáticas en diversas publicaciones de Subramanian en India y Cohen en Puerto Rico.^{28,29}

Considerando la posibilidad de que los niños con AB sufren de estrés causado por VF que agrave su problema, se realizó este trabajo piloto con pacientes de la Clínica de Asma (CIA) del Instituto Nacional de Pediatría. (INP)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y analítico de 40 niños con AB atendidos de octubre a diciembre del 2009.

La edad de los pacientes de ambos sexos fue de seis a diez años.

Para precisar la existencia de VF se aplicó la Encuesta Nacional de Violencia Contra las Mujeres en las madres de los niños estudiados.³⁰

En los casos donde se detectó VF se revisaron los expedientes para establecer la frecuencia de crisis asmáticas (CA) durante el año previo a su estudio.

Para analizar los resultados se utilizó estadística descriptiva y correlación de variables.

RESULTADOS

De los 40 pacientes con AB, 20 estuvieron expuestos a VF a pesar de pertenecer a una familia nuclear (grupo A). En 18 de estos casos había violencia psicológica; en uno, física y psicológica y en otro económica. Todos recibían tratamiento médico y tenían apego al mismo. Los otros 20 pacientes en quienes no se detectó VF provenían de familias nucleares (grupo B) y recibían cuidado hospitalario y tratamiento.

La edad predominante en los niños del grupo A fue de nueve a diez años (11 casos); del sexo masculino. La edad de los casos del grupo B osciló entre siete y ocho años (16 niños), 12 de ellos del sexo masculino. No se encontró correlación entre la edad de los pacientes y la presencia de violencia ($r=.210$ $p=.194$)

El antecedente de CA en los niños del grupo A, un año antes de esta revisión, fue: en 18 casos una crisis; en uno, dos crisis y en otro, tres. Quince de los pacientes del grupo B tuvieron una CA y cinco ninguna.

Para valorar la asociación entre el número de CsAs durante un año y la exposición a violencia se utilizó la prueba U Mann Witney y se obtuvo un valor de $Z=-.792$ no significativo estadísticamente ($p > .05$).

DISCUSIÓN

Una característica de la VF es que puede abarcar todas las formas de maltrato humano durante la relación familiar y es tan común, que se ha convertido en un problema mundial de salud pública.^{31,32}

La dificultad para identificar VF en forma temprana, es que ocurre en la intimidad del hogar aunque en algunas ocasiones su detección y su diagnóstico se pueden precisar más claramente según el tipo de abuso que sufra la víctima, así como por la severidad y frecuencia del maltrato.³³ En este contexto, otros factores que pueden influir son: el nivel socioeconómico y educativo de la familia; el seguimiento de “usos y costumbres” si el problema se desarrolla en un ambiente urbano, suburbano o rural, principalmente.³⁴⁻³⁶

En numerosas sociedades el MI está inmerso en la VF³⁷ y en tal caso, los menores pueden ser receptores físicos o testigos de ella. Por lo tanto, su expresión clínica puede ser “visible” o “invisible”.³⁸ En la “visible” existen lesiones en la piel, en las mucosas, en los huesos o en diversos órganos de la economía, consecuencia de un traumatismo, de una quemadura, de una intoxicación, etc.³⁹⁻⁴¹ Las “invisibles” habitualmente son consecuencia de abuso psicológico o de negligencia y se pueden expresar como desnutrición de grado variable^{16,42}, talla baja,⁴³ sobrepeso u obesidad, agravamiento de una enfermedad.⁴⁴

Además, el niño puede tener algunas características que lo ponen en situación de riesgo para ser víctima de MI: la existencia de una malformación congénita, de daño neurológico; sufrir una enfermedad crónica, etc. Con estos antecedentes, la posibilidad de MI es del 12 al 14 %, lo cual es más factible si no recibe atención médica y tiene apego al profesional que lo atiende.^{15,45}

Tomando en cuenta que el AB en una enfermedad crónica que requiere atención médica constante y en ocasiones hospitalizaciones repetidas, el médico tratante debe resolver los problemas que genera esta enfermedad y también debe estar atento para detectar alguna expresión de MI, sobre todo si existen ciertas condiciones familiares que lo pueden desencadenar como la VF.⁴⁶⁻⁴⁸

Con los resultados de este trabajo piloto, se pueden establecer cinco consideraciones interesantes:

Se determinó la existencia de VF en este tipo de pacientes, ya que 20 de los 40 niños estudiados vivían en un ambiente familiar hostil. Esta cifra coincide con descripciones nacionales en población abierta.⁹ Por lo tanto, se insiste en que estos niños deben ser vigilados con esta orientación, para detectar tempranamente MI.

Se confirmó que el abuso psicológico es el tipo predominante de MI en estos niños, lo que ocurrió en 18 de 20

casos. Hubo un caso de abuso físico y otro de violencia económica, lo que confirma la frecuencia relativamente baja de estas formas de maltrato.⁴⁹

Un dato significativo, fue que los 40 casos pertenecían a familias nucleares y a pesar de ello, la mitad de los niños vivían en un ambiente familiar violento. Por lo tanto, a pesar de que la familia es considerada como una fortaleza social, los médicos deben estar alerta por este hecho ante la existencia de algún dato que haga pensar en MI.

Un factor que probablemente protegió a los niños que vivían en un ambiente agresivo fue la adhesión de la familia a la CA y por ende, al tratamiento médico.⁴⁵

Por otro lado, no se demostró un incremento en los cuadros de AB en los niños inmersos en un ambiente familiar violento. Es probable que este hecho se explique también por la adhesión de las familias a la CA, así como por lo pequeño de la muestra estudiada.

Otros datos como el sexo y la edad de los pacientes de ambos grupos no fueron significativos para el desarrollo de *ca*, aunque la enfermedad predominó en varones de edad escolar, como se describe en la literatura.⁵⁰⁻⁵⁴ Sin embargo, en todos los aspectos y características encontradas se deberá precisar su valor real en una población mayor.

Finalmente, es necesario insistir a los médicos pediatras, alergólogos e inmunólogos sobre la necesidad de considerar MI en un niño con AB, cuando proviene de una familia donde exista la VF, si no responde adecuadamente al tratamiento médico específico y con mayor razón, si muestra lesiones físicas en cualquier parte de la economía sin una explicación lógica y convincente. También debe considerarse este diagnóstico aunque la familia tenga apego al hospital o al tratamiento médico: En estos casos, la acuciosidad del médico tratante investigará si existe VF y de encontrarla, deberá implementar estrategias precisas para prevenir el MI.^{55,57}

BIBLIOGRAFIA

1. Valdez Santiago R, Hajar Medina M. Del silencio privado a las salas de urgencias: la violencia familiar como un problema de salud pública. *Gac Med Mex* 2002;138:159-63.
2. Loredó Abdalá A. La violencia familiar ¿un problema que se hereda o se aprende? *Gac Med Mex* 2002;138:157-76.
3. Ramírez JC, Patiño MC. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: resultados de un estudio piloto. *Cad Saúde Públ* 1996;12:405-9.
4. Shrader E, Sagot M. La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la Violencia Intrafamiliar. Protocolo de investigación. OPS/OMS. División de Salud y Desarrollo Humano, Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, DC: OPS; 1998. p. 144
5. Organización Panamericana de la Salud 2003. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
6. English DJ, Graham Ch, Newton RR, Lewis TL, Thompson R, Kotch JB, Weisbart C. At-risk and maltreated children exposed to intimate partner aggression/violence what the conflict looks like and its relationship to child outcomes. *Child Maltreatment* 2009;14:157-71.
7. Lozano Ascencio R, del Río Zolezzi A, Azaola Garrido E, Castro Pérez R, Pamplona Rangel F, Atrián Salazar ML, Hajar Medina M. Informe Nacional Sobre Violencia y Salud. 1ª edición. México: Secretaría de Salud; 2006.
8. Heise L. Violencia contra la mujer. La carga oculta contra la salud. Washington D.C.: El Banco Mundial OPS; 1994. p. 103.
9. Alvarado Zaldívar G, Salvador Moysén J, Estrada Martínez S, Terrones González A. Prevalencia de la violencia doméstica en la Ciudad de Durango. *Salud Pub Méx* 1998;40:481-6.
10. Rodríguez H. Violencia y maltrato. Publicación Técnica del INAME. Época Montevideo: INAME-Escuela de Funcionarios. *Rev Nosotros* 1996; 5: 6-8. <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/sindrome%20nino%20maltratado.pdf>.
11. Cantera L. Maltrato infantil y violencia familiar: de la ocultación a la prevención. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en El Salvador. 2002;1-32.
12. Patrón Hernández R, Limiñana Gras RM, Víctimas de violencia familiar: consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales Psico* 2005;21:11-17.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.
14. Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Secretaría De Salud y Dirección Adjunta de Equidad de Género. 2003. p. 40.
15. Loredó Abdalá A Diversas formas del maltrato infantil. En: *Maltrato en niños y adolescentes*, México: Editores de Textos Mexicanos; 2004.
16. Arcos G E, Uarac M, Molina V I. Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Rev Med Chile* 2003;131:1454-62.
17. Padmaja Subbarao Piush J, Malcolm RS. Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. *CMAJ* 2009;181:181-90.
18. Stone Aguilar H, García Caballero R, López González L, Barragán Meijeiro M. Asma infantil, guías para su diagnóstico y tratamiento. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica* 2005; 14:18-36.
19. Asher MI. Recent perspectives on global epidemiology of asthma in childhood. *Allergol Immunopathol* 2010. "en prensa".
20. Fernández Vega M, Regalado Pineda J, Chapela Mendoza R, Salas Hernández J. Características de pacientes asmáticos mexicanos atendidos en consulta externa. *Rev Invest Clin* 2005;57:513-21.
21. Romero Placeres M, Más Bermejo P, Lascasafía Navarro M, Téllez M, Aguilar Valdés J. Contaminación atmosférica, asma bronquial e infecciones respiratorias agudas en menores de edad de La Habana. *Salud Pùb Mex* 2004;46:222-33.
22. Valdívía G. Asma bronquial y enfermedades atópicas como problema emergente de salud pública: nuevas hipótesis

- etiológicas. La experiencia de sociedades desarrolladas. *Rev Med Chile* 2000;128:339-46.
23. Gordon R, Bloomberg GR, Chen E. The relationship of psychologic stress with childhood asthma. *Immunol Allergy Clin N Am* 2005;25:83-105.
 24. Rodríguez Orozco AR, Kanán Cedeño EG, Vázquez Romero ME, Barbosa Sánchez C, Tejeda Cárdenas RE. Asma y disfunción familiar. Un acercamiento a la medicina psicosomática. *Alergol Inmunol Clin* 2007;19:101-9.
 25. Sepúlveda García de la Torre A. La violencia de género como causa de maltrato infantil. *Cuad Med Forense* 2006;12:149-64.
 26. Jáuregui Presa I, Tejedor Alonso MA. Asma y factores psicosociales. *Alergol Inmunol Clin* 2004;16:4-5.
 27. Finkelstein C, Semenuik G. Articulación clínica-psicológica en pacientes asmáticos. *Rev Arg Med Resp* 2005;5:8-19.
 28. Subramanian SV, Ackerson Leland K, Subramanyam Malavika A, Wright RJ. Domestic violence is associated with adult and childhood asthma prevalence in India. *Int J Epidemiol*. 2007;36:569-79.
 29. Cohen RT, Canino GJ, Bird R, Celedón J C. Violence, abuse, and asthma in Puerto Rican children. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;178:453-9.
 30. Olaiz G, Rico B, del Río A. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. 1ª edición. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
 31. Calzada Reyes C. Algunos aspectos de interés sobre la violencia y el maltrato infantil. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2004;20:5-31.
 32. Valtueña JA. La violencia intrafamiliar. Análisis de una epidemia social. *OFFARM*. 2007;26:8
 33. Manual de conceptos básicos sobre violencia familiar en adolescentes, Centro el Faro, Montevideo, Uruguay www.iin.oea.org/Cursos_a...sexual/Lectura10.Manual.Faro.pdf
 34. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática 2004. Encuesta nacional de la dinámica de las relaciones en los hogares, 2003. INEGI/México.
 35. Loredo Abdalá A, Trejo HJ, García PC, López NGE, Perea MA, Gómez JM, Casimiro VA, Melquiades PE, Martín MV. La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado: Implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2009;66:283-92.
 36. Propuestas Para La Prevención de La Violencia Familiar. México: Instituto Ciudadano De Estudios Sobre La Inseguridad A.C.: 2005. p. 36.
 37. Azaola E. Violencia intrafamiliar y maltrato infantil. Cuadernos para la educación en Derechos Humanos. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 2005. p. 72.
 38. INMUJERES-Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", Encuesta de Maltrato Infantil en Adolescentes de Secundarias en cuatro estados de la República Mexicana. 2006.
 39. Louwers ECF, Affourtit MJ, Moll HA, et al. Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. *Arch Dis Child* 2010;95:214-8.
 40. MacMillan HJ, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM et al. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet* 2009;373:250-66.
 41. Comité de expertos sobre maltrato infantil. El papel del pediatra en el empleo de indicadores clínicos para sospechar maltrato físico en un niño. *Bol Med Hosp Inf Mex* 1999;56:195-7.
 42. Valdez Santiago R, Sanín Aguirre LE. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Sal Pub Méx* 1996;38:352-62.
 43. Calzada León R, Dorantes Álvarez LM, Barrientos Pérez M. Recomendaciones de la Sociedad Mexicana de Endocrinología Pediátrica, A. C., para el uso de hormona de crecimiento en niños y adolescentes. *Bol. Med. Hosp Infant Mex* 2005;62:362-74.
 44. López Navarrete GE, Perea Martínez A, Loredo Abdalá A. Obesidad y maltrato infantil. Un fenómeno bidireccional. *Acta Pediatr Méx* 2008;29:342-6.
 45. Zúñiga Serratos C, Loredo Abdalá A, Trejo Hernández J, Perea Martínez A, Villa Romero AR. Maltrato infantil: indicadores clínicos y sociales de maltrato físico en niños con cáncer. *Acta Pediatr Mex* 2007;28:15-20.
 46. Loredo Abdalá A. El papel del alergólogo en la prevención del maltrato infantil. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátrica* 2003;12:44-5.
 47. Merrill LL, Crouch JL, Thomsen JC, Guimond MJ. Risk for intimate partner violence and child physical abuse: Psychosocial characteristics of multirisk male and female Navy Recruits. *Child Maltreatment* 2004;9:18-29.
 48. Milton B, Whitehead M, Holland P, Hamilton V. The social and economic consequences of childhood asthma across the life course: a systematic review. *Child: Care, Health Develop* 2004;30:711-28.
 49. De Jong EE. Violencia familiar y maltrato infantil. *Rev Trabajo Soc Ciencias Soc*. <http://dialnet.unirioja.es>
 50. Hinojosa M. El "redescubrimiento" de la etiología del asma. *Rev. Esp Alergol Inmunol Clín* 1997;12:1-31.
 51. Salazar J. Asma bronquial. Estado del arte. *Colombia Med* 2001;32:76-82.
 52. González Gámez JG, Barrera Gómez LE, Arévalo Orozco MA. Prevalencia del asma bronquial en la Ciudad de Guadalajara, Jal., México. *Rev Alerg Mex* 1992;39:3-7.
 53. Baeza Bacab M, Graham Zapata LF. Prevalencia del asma. Encuesta en una población escolar de Villahermosa, Tabasco, México. *Rev Alergia Mex* 1992;39:32-6. http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc_pdf/encuesta.pdf
 54. Lee SI. Prevalence of childhood asthma in Korea: international study of asthma and allergies in childhood. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2010;2:61-4.
 55. Loredo Abdalá A, Perea Martínez A. La atención integral y la prevención del maltrato infantil en México. *Acta Pediatr Mex* 2005;26:137-40.
 56. Mock Ch, Peden M, Hyder AA, Butchart A, Krug E. Child injuries and violence: responding to a global challenge. *Bull World Health Organ* [serial on the Internet]. 2009; May [cited 2010; Apr 05]; 87(5):326.

