



1226
2 ej 20

Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios Superiores
FACULTAD DE MEDICINA

Hospital General de Zona Aragón No. 29
Instituto Mexicano del Seguro Social

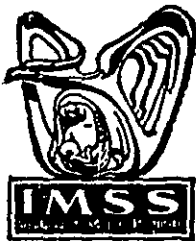
RELACION DE LA PSORIASIS CON LA
DINAMICA FAMILIAR

T E S I S

Para obtener el Título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

p r e s e n t a

DRA. HILDA CASTREJON LOPEZ



México, D. F.

Enero 1988

FALLA DE ORIGEN



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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO DE REFERENCIA	
PSORIASIS	3
DINAMICA FAMILIAR	12
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	20
JUSTIFICACION	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA E HIPOTESIS	22
OBJETIVOS	23
DISEÑO DE INVESTIGACION	24
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	25
DETERMINACION DE VARIABLES	26
INDICADORES	27
MATERIAL Y METODOS	28
CATEGORIZACION DE VARIABLES	29
RESULTADOS	32
CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFIA	43

INTRODUCCION

La medicina familiar pretende brindar una atención integral y continua a la familia. De esta manera, el médico familiar deberá proporcionar atención continua, amplia y personalizada a los pacientes de todas las edades y a sus familias, teniendo la responsabilidad de la atención de todas las necesidades de salud del individuo, debiendo conservar una relación íntima, confidencial y personal con sus pacientes.

Así el médico familiar puede estar en posibilidad de prevenir una serie de fenómenos que afectan en una u otra forma la salud de la familia. Siendo la Dinámica familiar otro elemento indispensable para el médico familiar, la cual se puede estudiar a través de los subítemas, que permiten definir los diferentes tipos de alianzas que se dan en la familia, pudiendo influir en el éxito o fracaso de la terapéutica.

En base a esto se realizó el presente estudio, en el que se determina si existe relación entre la Esquizofrenia y la Dinámica familiar de estos pacientes, pudiendo existir un factor familiar desencadenante o coadyubante para la presentación, exacerbación o recidiva de esta enfermedad. Ya que los pacientes con Esquizofrenia presentan una base psicológica importante lo cual pudiera tener su origen en su núcleo familiar.

Siendo el resultado obtenido importante para determinar la necesidad de un manejo más integral al paciente con Esquizofrenia, incluyéndose en su tratamiento, manejo psicológico y terapia de grupos su familia, viéndose esto como la terapéutica ideal para estos pacientes.

MARCO TEORICO DE REFERENCIA

Se mencionaran primero las generalidades de la Psoriasis, siendo esta la variable independiente del presente estudio y en segundo termino la Dinámica Familiar como variable dependiente, ya que de estos conocimientos parte la iniciativa de llevar a cabo esta investigación.

PSORIASIS

DEFINICION: Es una enfermedad inflamatoria de la piel, crónica y recidivante, caracterizada por placas eritematoescamosas, de extensión variable, localizadas en diferentes partes de la piel.

FRECUENCIA Y PREVALENCIA: Se presenta con una frecuencia equivalente en ambos sexos. Farber y col. han comprobado que el promedio de edad de aparición es de 27 años.

Se ha demostrado que del 0.25% al 1.5% de la población padece Psoriasis, observandose con menor frecuencia en los trópicos y siendo rara entre los individuos de raza negra.

En un estudio que realizaron Farber y cols. de 2144 pacientes un 36% tenían familiares afectos con psoriasis. El tiempo caluroso mejoró la enfermedad en un 77% de ellos, el tiempo frío en un 12% y la luz solar en un 73%. La desaparición periódica completa de la psoriasis en su evolución se comprobó en un 39%.

En el embarazo se observa una tendencia bien definida hacia la mejoría e incluso una desaparición temporal. Sin embargo, después del parto se produce una tendencia hacia la exacerbación de las lesiones. Puede comportarse de forma diferente de uno a otro embarazo en la misma enferma. -

Durante la menopausia, las lesiones mejoran o empeoran, sin que exista - ningún patron de comportamiento establecido.

Las infecciones pueden producir tendencia a la aparición de nuevas - lesiones.(4).

ETIOLOGIA: La causa de la psoriasis sigue siendo desconocida, solo - se han formulado varias teorías al respecto del origen de esta enfermedad las cuales se mencionaran a continuación:

Teoría Genética: El único hecho fundamental conocido hasta la fecha - acerca de la causa de la psoriasis es que la predisposición para su desa- rrollo se transmite genéticamente en forma autosómica dominante; Se han en- contrado antecedentes familiares de psoriasis en el 33% de los pacientes.

Enfermedad Psicosenésica: A los elementos emocionales en los padeci- mientos dermatológicos descuidados en el pasado, en la actualidad se le- da mayor importancia y se les considera dentro del sustrato de todas las dermatosis ya sea como factores causales o como factores coadyuvantes (Sa- cker y Stokes). Con el propósito de ser más congruentes con este pensamien- to se menciona la forma en que actúan los factores emocionales en algu- nos padecimientos dermatológicos como la psoriasis, la cual se encuentra dentro de las organoneurosis, que serían las alteraciones fisiológicas -- producidas por el uso inadecuado de la función, es decir, que los sínto- mas podrían expresarse a través de los siguientes factores psicodinámicos

- a) Equivalentes de afecto
- b) Resultados de cambios en el quimismo de la persona insatisfecha, - afectados por un estancamiento (expresiones de afecto inconciente).
- c) Resultantes físicos de actitudes inconcientes o de patrones de con

ducta de determinismos inconcientes.

d) Toda clase de combinaciones de las tres posibilidades anteriores.

En la psoriasis los factores emocionales se señalan, en algunas situaciones traumáticas, como los desencadenantes u originantes de las exacerbaciones de esta enfermedad. Algunos autores coinciden en esta aseveración, siempre y cuando se presenten en terreno predispuesto a la psoriasis.

Hasta el momento, no es factible establecer una relación de causa a efecto entre los factores de orden emocional y la psoriasis; pero si se puede observar el agravamiento de la enfermedad consecutivo a transtornos emocionales severos. Se señala además la posibilidad de curar la afección o provocarla a través de la hipnosis.

Tarber y Cox, al analizar los factores emocionales en esta enfermedad encontraron que la personalidad obsesiva era el hallazgo más común, acompañada de ansiedad. La topografía es simbólica y manifiesta un conflicto psicológico: cráneo y/o cara, en donde se encontraría un conflicto afectivo o genital, en donde se encontraría un conflicto sexual. Esta dermatosis no debe ser considerada como una enfermedad específicamente psicósomática.

Roland y Medansky (14) mencionan que la desfiguración provoca serios problemas psicológicos incluyendo un estado de estrés. En la mujer parece ser más marcado el punto de vista estético. La ansiedad y la depresión no son tan notables en la psoriasis, pero sí más acentuadas que en la población general.

Sobrado y Benetti (15) planteando la necesidad de delimitar desde un psicoanálisis encuentran que las constantes psicodiagnósticas configuran una personalidad ambigua y por ende con problemas de identidad.

Rosemary A. y colaboradores realizaron un estudio en 30 pacientes con psoriasis severa y 3 con psoriasis leve en el tiempo del estudio estos pa-

cientes tuvieron problemas en los eventos de su vida diaria, en el estudio se compararon estos pacientes con un grupo control, siendo igual la respu esta en ambos grupos, unicamente en un grupo pequeño el estresa tuvo rela ción en la afección con psoriasis severa, no siendo significativa la dife rencia. En estos pacientes la psoriasis aparentemente no estuvo influen ciada por los eventos de estresa en su vida diaria, pero la muestra es pe queña. El estresa puede ser un factor precipitante en un subgrupo de paci entes con psoriasis.

Stewart y cols. (4) refiere que la ansiedad, la tensión, la angustia y los transtornos emocionales parecen estar asociados con un aumento en el prurito y sintomas de desconfort por las lesiones. Pero raramente con la - aparición de nuevas lesiones.

Enfermedad Metabólica: En la psoriasis se encuentra una actividad me tabólica muy exagerada a nivel del queratinocito en donde su evolución es ta muy acelerada en las lesiones e incluso en piel aparentemente sana, re velada por un aumento de lípidos, de glucógeno, de algunas enzimas y sobre todo de su capacidad oxidativa. Sin embargo, estas indudables alteraciones más que una causa son consecuencia de otras causas no conocidas.

Enfermedad Infecciosa: Se dice que la infección puede producir ten dencia a la aparición de nuevas lesiones (3).

Aun cuando no se ha demostrado virus ni ningún germen en la psoriasis algunos atribuyen un papel importante a los focos infecciosos y a la circun lación de los gérmenes o sus toxinas.

Tal parece que existe un terreno psoriásico, una predisposición heredi tada, sobre la que actúan factores desencadenantes de los brotes de lesio nes: traumatismos, presiones, emociones, infecciones, como si la piel estu

viera "acostumbrada" a responder siempre con el mismo patrón de lesiones.

CLASIFICACION:

1.- DEL ADULTO:

A.- Por Localización:

- a) De la piel cabelluda
- b) Facial
- c) Palmoplantar
- d) Ungueal
- e) De pliegues (invertida)
- f) De glande y prepucio
- g) Laringea y ocular
- h) Bucolingual
- i) Generalizada aguda de Von-Zuabush

B.- Por la Morfología:

- a) Gotas
- b) Placas
- c) Anular
- d) Girata
- e) Numular
- f) Ostracea
- g) Circinata
- h) Pustulosa.

2.- INFANTIL:

- a) De la piel cabelluda
- b) Del área del pañal
- c) Pustulosa

- d) De uñas
- e) En gotas
- f) Folicular
- g) Eritrodermica
- h) Universal.

CUADRO CLINICO: Es una enfermedad inflamatoria de la piel caracterizada por placas escamosas secas de varios tamaños, redondeadas, circunscritas eritematosas, cubiertas por escamas lambricadas y abundantes, de color blanco grisáceo o blanco plateado. Las lesiones tienen predilección por el cuerpo cabelludo, uñas, caras extensoras de los miembros y región sacra. La erupción suele ser simétrica y su forma puede variar desde una mancha solitaria hasta placas incontables. Por lo común se desarrolla lentamente, pero puede ser exantemática, con un comienzo repentino de numerosas lesiones o constar de unas pocas placas. En ocasiones se acompaña de otros síntomas como el prurito y el ardor, provocando molestias importantes.

Las lesiones iniciales consisten en máculas o maculopápulas eritematosas en forma de gotas, que desde un principio están cubiertas por escamas secas plateadas. Las manchas aumentan de tamaño por extensión periférica y por confluencia; la acumulación de las escamas aumenta su espesor.

Por su morfología se describen varios tipos de lesiones, las numulares (en moneda) son comunes. En esta variedad pueden demostrarse fácilmente ciertos aspectos distintivos; las escamas son micáceas, más sueltas hacia la periferia de la placa, aunque adherentes en el centro; después de su separación quedan a veces puntitos sangrantes, siendo esto el signo de Auspitz. - Una vez que las placas han alcanzado un diámetro de 5 cm cesan de crecer y tienden a experimentar una involución en el centro, lo que da origen a figu

ras anulares, lobuladas y en giros. Las placas antiguas están de ordinario engrosadas, son correosas y aparecen cubiertas con laminillas de escamas, que les dan un aspecto exterior parecido a la concha de una ostra, es la llamada psoriasis ostrácea. La psoriasis guttata, es en la que las lesiones tienen el tamaño de gotas; la psoriasis folicular, cuyas lesiones compuestas por escamas delgadas se localizan en los orificios de los folículos pilosebáceos; la psoriasis puntulosa o ampollar sólo ha podido observarse en contadas ocasiones. Sus lesiones ampollares se producen durante las exacerbaciones agudas; las placas psoriásicas típicas se recubren con pequeñas pústulas. Esta alteración precede algunas veces a la aparición de la dermatitis exfoliativa generalizada.

EVOLUCION: El curso de la psoriasis es inconstante, puede empezar en el cuero cabelludo o en las caras extensoras de los codos y permanecer localizadas en la región original por un período indefinido, o puede desaparecer completamente, recaer o propagarse a otras regiones. La lesión inicial puede aparecer en la región sacra, desde donde la placa se extiende lentamente para ocasionar una lesión inveterada. Otras veces el principio es más repentino y difuso, o en otros casos las primeras lesiones pueden limitarse simplemente a las uñas de los dedos.

Uno de los rasgos principales de la psoriasis es su tendencia a las recaídas. Raras veces se mantiene por completo libre de enfermedad durante años. Las lesiones se irritan algunas veces con suma facilidad, aún las crónicas y cuando así sucede son propensas a extenderse mediante la formación de satélites, o nuevas placas en otras regiones.

El fenómeno de Koebner es la aparición de lesiones típicas de psoriasis en los sitios de antiguas lesiones. Es éste un aspecto característico

se de la enfermedad que explica el porqué de la aparición frecuente de placas psoriásicas típicas sobre cicatrices de operaciones y quemaduras. En ocasiones la placa inicial está sobre la localización de un trauma semejante. En presencia de lesiones de cosienzo pueden producirse otras nuevas por el rascado de la piel.

COMPLICACIONES: Las principales son la Eritrodermia la cual se puede presentar espontáneamente o casi siempre por tratamientos inadecuados como son los corticosteroides sistémicos, que convierten a las placas psoriásicas en un enrojecimiento total de la superficie corporal, incluyendo la cara.

La Artropatía psoriásica la cual es rara es otra complicación de la psoriasis, en general afecta las articulaciones distales y en forma simétrica con inflamación, dolor, flogosis, con aspectos radiológicos característicos que la diferencian de otras artropatías.

PATOGENIA: La aceleración de la epidermopoyesis es el proceso patológico fundamental en la psoriasis. Se ha comprobado que el tiempo necesario para la sustitución de la epidermis normal es habitualmente de 21 a 27 días pero en la psoriasis queda reducido a 3-4 días, además se demostró que el número de mitosis por unidad de superficie cutánea en la epidermis psoriásica es 27 veces superior al de la piel no afectada.

Braun-Falco refiere que los trastornos iniciales tienen lugar en la zona intermedia y luego en la capa córnea hiperqueratósica. La reacción psoriásica es celular y nuclear a nivel de la capa granulosa y de Malpighi Farber afirma que existe un metabolismo anormal nucleoproteico en la queratinización incompleta de la psoriasis. En el estrato córneo el DNA y el --

RNA se acumulan, así como sus productos como las pentosas, purinas, uracilo y fosfatos orgánicos.

PATOLOGIA: Hay paraqueratosis, adelgazamiento de las partes suprapapilares del estrato de Malpighi, los pliegues reticulares están alargados, hay acantosis y papilomatosis, forma de maza en los cuerpos papilares, microcrotoccosos de Munro, dilatación y tortuosidad de las anas capilares y una infiltración perivascular de linfocitos y leucocitos en la porción superior de la dermis.

Las papilas están alargadas y en forma de clava que se prolongan en el interior de la epidermis de tal manera que sus ápices se hallan cerca de la superficie. En consecuencia los puntos sangrantes son observados en el signo de Auspitz.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Debe diferenciarse de la Dermatitis Seborroica, en la cual hay predilección de las lesiones en las cejas, surco nasolabial, regiones retroauriculares, región externa y superficies de flexión. Las escamas son grasosas y sin brillo.

La Ptiiriasis Rosada, la erupción se localiza en la parte superior de los brazos, tronco y muslos y la duración es de semanas, con tendencia de las lesiones a ordenarse de modo que sus diámetros más largos sean paralelos con la dirección de las costillas, las distingue de la psoriasis.

El Liquen Plano, se localiza principalmente en las caras flexoras de los antebrazos y de las muñecas: cresta tibial, tobillos, el color violáceo no encuentra acentuado y hay papulas de liquen en el borde de la placa

Eczema, aquí se encuentra exudación y una ligera descamación grisácea acompañada de prurito.

La sifilide pooriasisiforme afecta palmas de manos y planta de pie y tronco, las lesiones son placas infiltradas compuestas por pápulas rojo oscuro o cobre, hay adenopatía general y otros síntomas de sífilis secundaria.

El Lupus Eritematoso, las placas discretas sobre la cara, cuero cabelludo, atrofia, alopecia y descamación, las escamas son grisesas y adherentes.

TRATAMIENTO: Los tópicos siguen siendo lo más usado, sobre todo los -- queratolíticos y reductores, siendo los principales el ácido salicílico en vaselina del 3 al 5% y el alquitran de hulla en vaselina al 5% o puro cuando son placas extensas, o bien el ácido retínoico al 0.5% para eliminar las escamas densas.

Como fotoquimioterapia se utiliza metoxalén y una fuente de luz ultra violeta de onda larga y elevada intensidad, denominado PUVA, donde se administra psoralén oral, dos horas antes de la radiación total del cuerpo con un sistema especial de luz que emite principalmente luz ultravioleta la cual por sí sola no causa remisión pero con un psoraleno como el metoxalén se convierte en agente fotoactivo potente produciendo la remisión de las lesiones psoriasisicas después de varias exposiciones.

De los tratamientos sistémicos se mencionan el Metotrexato que es un antagonista del ácido fólico el cual actúa en la psoriasis reduciendo la velocidad de recambio celular que está altamente incrementada.

Otros medicamentos usados son la Diaminodifenilсульфона, cuidando las acciones alérgicas.

En la literatura anglosajona se cuentan con estudios realizados con -- tratamientos para la psoriasis con etretinate y etretin, los cuales aún se encuentran en estudio y en nuestro país no se cuenta con ellos.

La dieta no ha demostrado influir en el manejo de estos pacientes.

DINAMICA FAMILIAR

La dinámica familiar según Jackson consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que esta funcione bien o mal como unidad. Chagoya agrega que la dinámica familiar normal es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás. (29).

Teniendo el concepto que la familia se comporta como un sistema dinámico en el que sus elementos, son seres humanos con expectativas y objetivos similares; que mutuamente se estimulan y en donde el afecto es el objeto primordial de transacción, Entonces fácilmente identificamos al subsistema conyugal como una pieza fundamental en el equilibrio del sistema familiar. Según Ackerman la familia tiene éxito o fracaso de acuerdo con su capacidad para alcanzar una regulación y equilibrio de sus funciones básicas. Así la conducta de cada miembro de la familia, responde a la conducta de los demás integrantes del grupo familiar, y la estabilidad de la familia depende del complejo y sensitivo patrón de intercambio y equilibrio emocional. (27).

El estudio de la dinámica familiar desde el punto de vista de la teoría de los sistemas nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de las partes, y que los diferentes elementos que la componen al interrelacionarse entre sí, producen una organización psicosocial en cons-

tante cambio y crecimiento. Este enfoque también permite definir las diferentes alianzas o subsistemas que se dan en todo tipo de familia.

Para comprender en que consiste la teoría de los sistemas a continuación explicamos que es un sistema y que relación tiene con la dinámica familiar.

La palabra sistema también significa una fuerza vital y dinámica en la vida familiar. Cualquier sistema comprende diversos aspectos individuales, cada uno de los cuales es esencial y se interrelaciona con los demás, para producir el resultado que se desea. Cada elemento funciona como un condicionador para todos los demás. En esta constante acción, reacción e interacción lo que representa el aspecto más importante del concepto de sistema.

Un sistema operante comprende lo siguiente:

- a) Un propósito o meta, que en la familia es la crucción de nuevas -- personas y propiciar el desarrollo de las que ya existen.
- b) Elementos esenciales, en las familias, adultos y niños, hombres y mujeres.
- c) Un ordenamiento en el funcionamiento de los elementos, en las familias autoentima, reglas, comunicación.
- d) Un medio para iniciar el sistema, en las familias la unión sexual del hombre y la mujer.
- e) Fuerza o medios para mantener la energía de manera que los elementos puedan funcionar, en las familias, alimentos, techo, aire, agua, actividad y creencias respecto a la vida emocional, intelectual, física, social y espiritual de los miembros de la familia y la forma en que funcionan juntos.

f) Formas de enfrentar los cambios que vienen del exterior, en las familias, relacionadas con lo nuevo o diferentes.

Hay dos clases de sistemas; los cerrados y los abiertos, la principal diferencia entre ellos es la reacción específica al cambio que proviene de afuera. Un sistema abierto permite la posibilidad de cambio; el cerrado, - admite muy poco o ningún cambio. Un sistema abierto ofrece alternativas y la continuación de su vigencia depende del éxito con que se enfrente a la realidad. Un sistema cerrado se basa en edictos, leyes y orden, funciona a través de la fuerza, tanto física como psicológica. El sistema cerrado se aplica a las familias conflictivas y el abierto a las familias que funcionan adecuadamente.

En un sistema cerrado la autoestima es pobre, la comunicación es indirecta, confusa, no específica, incongruente; acusando, aplacando, superraznando, irrelevante, impiden el desarrollo; las normas son secretas, anticuadas, inhumanas, inflexibles, el cambio tiene que conformar a reglas establecidas, restricciones respecto a comentarios. El resultado es accidental caótico, inapropiado, destructivo. La autoestima se torna cada vez más dudosa y con una creciente tendencia a buscar apoyo exterior.

En un sistema abierto la autoestima es alta; la comunicación es directa, clara, específica, congruente, abierta, estimula al crecimiento; las normas son abiertas, actualizadas, humanas, cambian cuando sea necesario, - hay libertad completa para comentar cualquier cosa, los resultados son acordes con la realidad, apropiado, constructivo. La autoestimación se torna cada vez más segura, confiada y se apoya más en las personas mismas.

Cuando tres o más personas están relacionadas en alguna forma y unidas en un propósito común, desarrollan un sistema familiar. Lo importante de estructurar un sistema familiar vital es hacer que todos los miembros de la familia tengan un lugar realmente individual y sean felices en él, - la forma de lograrlo está en la habilidad para cambiar y ajustarse.

Aquí la familia es un sistema abierto en transformación, es decir que constantemente recibe y envía descargas de y desde el medio extrafamiliar y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta.

Un esquema basado en la concepción de la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos, tiene tres componentes. En primer lugar, la estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación. En segundo lugar, la familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas, que exige una reestructuración. En tercer lugar, la familia se adapta a -- las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de que manera, cuando y con quién relacionarse y estas pautas apuntalan el sistema.

Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la

familia. Son mantenidas por 2 sistemas de coacción. El primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar. - Por ejemplo, debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y -- los hijos poseen niveles de autoridad diferentes. También debe existir una complementariedad de las funciones, en la que el marido y la esposa acepten la interdependencia y operen con un equipo. El segundo sistema de coacción es idiosincrático e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. El origen de estas se encuentran explícitas e implícitas entre los miembros de la familia, relacionadas a menudo con los pequeños acontecimientos diarios, permaneciendo las pautas en relación con la acomodación mutua y con una eficacia funcional.

La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian, la existencia continua de la familia como sistema depende de una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas, a la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las diadas, como la de marido-mujer o madre-hijo, pueden ser subsistemas.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Un hombre puede ser un hijo, sobrino, hermano menor, esposo, padre, y así sucesivamente. En diferentes subsistemas se incorpora a diferentes relaciones complementarias.

Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que de finen quiénes participan y de que manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee, funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros, y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logra en este subsistema se afirma en la libertad de los subsistemas de la interferencia por parte de otros subsistemas. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Entonces la conducta de un miembro afecta de inmediato a los otros y el estrés de un miembro individual repercute intensamente a través de los límites y produce un rápido eco en otros subsistemas.

Ahora desglosaremos en que consiste cada uno de los subsistemas que se encuentran en una familia.

SUBSISTEMA CONYUGAL:

Este se constituye con la unión de dos adultos de sexo diferente con la intención de constituir una familia. Tiene tareas o funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Es decir que la pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo apuntala la acción del otro en muchas áreas. Deben desarrollar pautas de complementariedad que permitan a cada esposo ceder sin sentir que se ha dado por vencido, para así lograr un sentido de pertenencia.

En este subsistema se encuentra el refugio ante los estreses externos y la matriz para el contacto con otros sistemas sociales. Aquí se puede fomentar el aprendizaje, la creatividad y el crecimiento. En el proceso de acomodación mutua los cónyuges pueden actualizar aspectos creativos de sus facultades que permanecían latentes y apuntalar los mejores rasgos de cada uno.

El subsistema familiar conyugal debe llegar a un límite que lo proteja de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas; en particular, cuando la familia tiene hijos. Deben poseer un territorio psicosocial propio, un refugio que pueden proporcionarse mutuamente, un sostén emocional entre los cónyuges.

SUBSISTEMA PARENTAL:

Este se forma al nacer el primer hijo alcanzándose un nuevo nivel de formación familiar. Entonces el subsistema conyugal debe desdoblarse las tareas de socializar un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que los debe caracterizar. Se debe trazar un límite que permite el acceso del niño a ambos padres y al mismo tiempo que lo excluya de las relaciones conyugales.

Al crecer el niño para desarrollarse necesita la autonomía y la orientación, pues el niño comienza a tener contacto con compañeros extrafamiliares, la escuela, y otras fuerzas socializantes exteriores a la familia. En tonces el subsistema parental debe adaptarse a los nuevos factores que actúan en el marco de la socialización. Aquí se espera de los padres que comprendan las necesidades del desarrollo de sus hijos y que expliquen las reglas que imponen. Los procesos que corresponden a ello son diferentes dependiendo de la edad de los hijos. Cuando son muy pequeños, predominan las funciones de alimentación, el control y la orientación son más importantes pos

teriormente; a medida que el niño madura, especialmente en la adolescencia, los requerimientos planteados por los padres comienzan a entrar en conflicto con los requerimientos de los hijos para lograr una autonomía adecuada a su edad.

La relación de paternidad requiere la capacidad de alimentación, guía, y control; las proporciones de estos elementos depende de la necesidad de desarrollo del niño y de las capacidades de los padres, pero la relación requiere autoridad. El funcionamiento eficaz requiere que los padres y los hijos acepten el hecho de que el uno diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental.

SUBSISTEMA FRATERNO:

Es donde los niños experimentan relaciones con sus iguales, está constituido con los hermanos. Aquí los niños se apoyan, ayudan, se descargan -- sus culpas y aprenden mutuamente, aprenden a negociar, cooperar, competir, a lograr amigos y aliados, a salvar la apariencia cuando ceden y a lograr reconocimiento por sus habilidades.

Los límites de este subsistema deben proteger a los niños de la interferencia adulta, para ejercer el derecho a la privacidad, teniendo sus propias áreas de interés.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En cuanto a este punto en poco lo que podemos comentar porque se consulto literatura de habla hispana como bibliografía mundial sobre el tema de la Psicosis en relación con la Dinámica Familiar, encontrandose muy poco, unicamente contamos con una tesis realizada en nuestro país donde se estudian pacientes con Psicosis en relación con la Dinámica Familiar a través de las funciones de socialización, cuidado, afecto, reproducción y estatus, en donde se concluye que las funciones que mejor se cubren son el cuidado y el afecto, así como la socialización y el estatus pero la función de reproducción se encuentra inadecuada.

JUSTIFICACION

En la actualidad como sabemos se estudia el proceso salud y enfermedad con un enfoque ecológico, es decir, que el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma a la salud del individuo.

De tal manera que el ambiente familiar influye en alguna forma sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo.

Bajo este concepto nació el interés por investigar si existe relación entre la Psicosis y la Dinámica Familiar de estos pacientes, pensando que podría haber algún factor familiar desencadenante o coadyuvante para la presentación, exacerbación o recidiva de esta enfermedad. -- Contando con el antecedente de que los pacientes con Psicosis presentan una base psicológica importante, lo cual pudiera estar desarrollando dentro de su núcleo familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ La presencia de Psoriasis en un integrante de familias adscritas a la consulta externa de Dermatología del Hospital General de Zona Aragón clínica 29 del IMSS, se relaciona con alteraciones de las funciones de los subsistemas conyugal y parental de estas familias ?

HIPOTESIS

La presencia de Psoriasis en un integrante de familias adscritas a la consulta externa de Dermatología del Hospital General de Zona Aragón clínica 29 del IMSS tiene relación estadísticamente significativa con alteraciones en las funciones de los subsistemas conyugal de estas familias.

OBJETIVOS

Mostrar si existe relación estadísticamente significativa de la Psoriasis y las funciones del subsistema conyugal y el subsistema parental de las familias con un integrante con Psoriasis que acuden a la consulta externa de Dermatología del Hospital General de Zona Aragón clínica 29.

Determinar que funciones de los subsistemas conyugal y parental se encuentran alterados en las familias con un integrante con Psoriasis adscritas a la consulta externa de Dermatología del Hospital General de Zona Aragón clínica 29.

DISEÑO DE INVESTIGACION

TIPO DE INVESTIGACION: Se realizó un estudio longitudinal, descriptivo, observacional y prospectivo.

UNIVERSO DE TRABAJO: El estudio se realizó en pacientes con --
Psoriasis que acudieron a la consulta externa de Dermatología en el Hospital General de Zona Aragón clínica 29.

AREA, ESPACIO, TEMPORAL: El estudio se realizó en el consultorio de Dermatología del Hospital General de Zona Aragón clínica 29 así como en el domicilio de los pacientes con Psoriasis que acudieron durante el mes de noviembre de 1987.

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes con diagnóstico de Psoriasis que acudieron a la consulta externa de Dermatología del Hospital General de Zona Aragón clínica 29 durante el mes de diciembre de 1987, adultos, entre las edades de 18 a 70 años, de ambos sexos, que aceptaron participar en el estudio, a quienes se localizó su domicilio y a ellos en éste.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyeron del estudio a todos los pacientes que no reunieron los criterios de inclusión antes mencionados.

DETERMINACION DE VARIABLES

PSORIASIS: Variable Independiente: Es una enfermedad dermatológica crónica de etiología desconocida, constituida por placas eritematoescamosas en diferentes partes de la piel.

DINAMICA DEL SISTEMA FAMILIAR: Variable Dependiente: En el conjunto de interrelación mutua entre cada uno de los miembros de la familia con intercambio de sentimientos, comportamientos y expectativas manteniendo una homeostasis familiar que origina una organización biopsicosocial en constante cambio y crecimiento.

INDICADORES

I.- SUBSISTEMA CONYUGAL: Se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia, siendo sus cualidades principales la complementariedad y la acomodación mutua.

A) COMPLEMENTARIEDAD: Es cuando la pareja desarrolla pautas en las que cada uno apunala la acción del otro en muchas áreas, cediendo parte su individualidad para lograr un sentido de pertenencia.

B) ACOMODACION MUTUA: Es donde los cónyugues pueden actualizar aspectos creativos de sus pautas que permanecian latentes y apuntalar los mejores rasgos de cada uno, habiendo interrelación personal entre ambos.

II.- SUBSISTEMA PARENTAL: Se forma cuando nace el primer hijo, es la relación de los padres con los hijos, aquí se inicia y lleva a cabo la función de socialización de los hijos.

A)SOCIALIZACION: Principal función de la familia, es la responsabilidad primaria de transformar al lactante, durante los años, en un individuo social capaz de participar por completo en la sociedad.

MATERIAL Y METODOS

De todos los pacientes con diagnóstico de Esoriasis que acudieron a la consulta externa de Dermatología del Hospital General de Zona Aragón, clínica 29, durante el mes de noviembre, que en total fueron 20, los cuales se localizaron en las formas 4-30-6 del registro de pacientes, posteriormente se buscaron sus direcciones en las tarjetas TAC proporcionadas por la oficina de codificación y estadística de la unidad, encontrándose 17 direcciones únicamente.

De estos se encuestaron a 12 ya que a 4 no se encontraron nunca en su domicilio y uno no aceptó participar en el estudio. A los 12 pacientes que se incluyeron en el estudio se les realizaron dos o tres visitas a su domicilio, aplicándoles un cuestionario donde se investigan las funciones de los subsistemas conyugal y parental.

Al contarse con los 12 cuestionarios resueltos se sometieron a un análisis estadístico para comprobar o rechazar la hipótesis.

CATEGORIZACION DE VARIABLES

VARIABLES e indicadores	Número de preguntas	Categoría
SUBSISTEMA CONYUGAL		
1. Complementaridad		
1.1. sentido de pertenencia	6,7,8,9,10,11,12,13.	nunca: 6-8 a veces: 4-6 casi siempre: 2-4 siempre: 2.
1.2. fomento del aprendizaje	14,15,16,17.	nunca: 4 a veces: 3 casi siempre: 2 siempre: 1
1.3. fomento del crecimiento	18,19,20.	nunca: 3 a veces: 2 casi siempre: 1 siempre: 1
1.4. refugio ante estres -- externo	21,22,23	nunca: 3 a veces: 2 casi siempre: 1 siempre: 1
1.5. matriz con el contacto -- con otros subsistemas.	24,25,26,27.	nunca: 4 a veces: 3 casi siempre: 2 siempre: 1
2. Acomodación Mutua		
2.1. interrelación personal-	28,29,30,31,32,33, 34,35,36,37,38.	nunca: 9 -11 a veces: 6-9 casi siempre: 5 siempre: 3-5
SUBSISTEMA PARENTAL		
1. Socialización	- 39-61.	nunca: 15-20 a veces: 10-15 casi siempre: 10 siempre: 5-10.

CUESTIONARIO

- 1.- Edad:
- 2.- Sexo: Masculino Femenino
- 3.- Ocupación:
- 4.- Estado civil: Soltero Casado Unión libre
- 5.- No. de afiliación:

SUBSISTENCIA CONYUGAL

- 6.- Frecuentemente hace las cosas de mutuo acuerdo con su esposa?
 - a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 7.- Ayuda a su esposo económicamente?
 - a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 8.- Limita usted a su pareja en cuanto a tener determinadas amistades?
 - a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 9.- Su pareja exige de usted justificación del motivo de su retraso de la llegada a su casa?
 - a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 10.- Usted exige justificación a los retrasos de la llegada de su pareja?
 - a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 11.- Si usted desea visitar a su familia o amigos solicita el consentimiento de su pareja?
 - a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 12.- Le impide a su esposa conservar antiguas amistades?
 - a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 13.- Resuelve junto con su esposa los problemas de sus hijos?
 - a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 14.- Usted se ha preocupado de enseñarle a su pareja algo que no sabía?
 - a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 15.- Han intentado juntos usted y su pareja hacer algo que no sabían hacer?
 - a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 16.- Si usted dedica tiempo para aprender más acerca de sus actividades su pareja lo apoya?
 - a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre

- 17.- Su pareja ha logrado que usted realizara alguna actividad que beneficiara su hogar?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 18.- Usted apoya a su pareja cuando realiza algo que beneficia su hogar?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 19.- Con que frecuencia sales a pasear juntos?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 20.- Usted consulta con su esposo cuando quiere comprar algo para su casa?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 21.- Cuando usted acepta que se haga algo como su pareja lo quiere lo hace convencido?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 22.- Su pareja toma en cuenta los puntos de vista de usted?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 23.- Si usted no está de acuerdo en algo, su pareja acepta su opinión y -- cambia su decisión?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 24.- Cuando visita a sus familiares y amigos suele hacerlo con su familia?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 25.- Visita con gusto a la familia de su esposa?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 26.- Son buenas las relaciones de usted con la familia de su esposa?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 27.- Son buenas las relaciones de su familia con su esposa?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 28.- Con que frecuencia platica con su esposo?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 29.- Con que frecuencia salen a pasear juntos?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 30.- Con que frecuencia se dicen palabras de cariño?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 31.- Con que frecuencia discuten?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 32.- Se han agredido alguno de los dos?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre

- 33.- De recién casados con que frecuencia tenían relaciones sexuales?
 a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 34.- Actualmente con que frecuencia tienen relaciones sexuales?
 a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 35.- Son satisfactorias?
 a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 36.- Cuando tienen relaciones sexuales usted toma la iniciativa?
 a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 37.- Su pareja es quien toma la iniciativa?
 a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 38.- Con que frecuencia le dice a su pareja que la quiere?
 a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre

SUBSISTEMIA PARENTAL:

- 39.- A que edad hablaron correctamente sus hijos?
 a) 1-2 años b) 2-3 años c) 3-4 años d) más de 4 años
- 40.- Usted lo hablaba en diminutivo en la infancia a sus hijos?
 a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 41.- Corrige o corregía a sus hijos cuando hablaban mal?
 a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 42.- Usted cuidaba a sus hijos de pequeños?
 a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 43.- Si usted no los cuidaba quien los cuidaba o cuida la mayor parte del tiempo?
 a) Nana b) familiar c) vecina d) guardería
- 44.- Sus hijos acuden o acudieron al Kinder?
 a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 45.- A que edad comenzaron el Kinder?
 a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 46.- Cuando los mandaban llamar de la escuela iban?
 a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 47.- Les preguntan o preguntaban a sus hijos como les había ido en la escuela?
 a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre

- 43.- Se preocupa o preocupaba y ayuda o ayudaba a resolver las tareas?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 49.- En la escuela tienen amigos sus hijos?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 50.- Se pelean sus hijos con sus compañeros en la escuela?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 51.- Sus hijos ven televisión?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 52.- Cuantas horas al día?
a) 1-2 hs. b) 2-3 hrs. c) 3-4 hs. d) Más de 4 hs.
- 53.- Lleva a pasear a sus hijos?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 54.- Los lleva a pasear a lugares donde aprende algo (zoológico, museos)
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 55.- ¿Que religión tiene su familia y usted?
a) Católica b) Evangélica c) Testigos de Jehová d) otra
- 56.- Acostumbran ir a la iglesia?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 57.- Tiene un horario fijo para comer?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 58.- Comen todos juntos en la familia?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 59.- Cuando sus hijos cometen algún error platican con ellos?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 60.- Cuando sus hijos hacen o hacían travesuras los pegaban?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre
- 61.- Cuando llegan visitantes a su casa o ustedes van de visita sus hijos saludan a las personas presentes?
a) Nunca b) a veces c) casi siempre d) siempre.

RESULTADOS

Se estudiaron 12 familias con un integrante con Psoriasis adscritas a la consulta externa de Dermatología del HGZA Cl. 29 que acudieron durante el periodo del 1 al 30 de noviembre de 1987.

Se estudio su Dinámica familiar a través de las funciones de los subsistemas conyugal y parental, para determinar si existe alteración de estas funciones. Esto con el fin de investigar si hay relación entre la Psoriasis y alteración de la dinámica familiar, en especial en el subsistema conyugal y el parental.

Se tomaron como categorías en todos los casos las siguientes: nunca a veces; casi siempre y siempre, y sobre estas categorías se valoraron los resultados.

Obteniendose como resultados que en el subsistema conyugal se encuentra alterada la función de complementariedad en el 41.6 % de los casos, o sea en 5 pacientes, casi siempre está alterada esta función; en el 25% a veces esta alterada, y en el 16.6% (2 pacientes), nunca; en igual proporción siempre esta alterado, 16.6%, (2 pacientes).

En este subsistema se estudiaron cinco subfunciones de la complementariedad, encontrandose alteradas cada una de ellas en las siguientes proporciones:

1) Sentido de pertenencia, esta subfunción se encontro alterada, a veces en el 66.6% de los casos, (8 ptes.); siempre en el 16.6% (2 ptes.); y ca

siempre en el 16.6% de los casos (2 ptes.). 2) Fomento del aprendizaje, esta subfunción se encontro alterada, casi siempre en el 50% de los casos, (6 ptes.); siempre en el 25% (3 ptes.); y a veces en el 25% de los casos. 3) Fomento del crecimiento, se encontro alterado casi siempre en el 41.6% de los casos (5 ptes.) casi siempre, pero en mayor proporción nunca se encontro alterado, que en el 58.3% (7 ptes.). 4) Refugio ante el entorno externo, se encontro alterada en el 66.6% de los casos (8 ptes) casi siempre, en el 16.6% (2 ptes.) a veces; y en el 16.6% nunca. 5) Matriz con el contacto con otros subsistemas, esta subfunción se encontro alterada en el 25% de los casos (3 ptes.) siempre; en 33.3% (4 ptes.) a veces, encontrandose que en la mayor proporción no se encontro alterada o sea, en el 41.6% de los casos (5 ptes.).

En cuanto a la función de acomodación mutua del mismo subsistema con el yugal donde se estudia la interrelación personal de la pareja, se encontro alterada esta función a veces en el 58.3% de los casos (7 ptes.); ca si siempre en el 25% (3 ptes.); y siempre en el 16.5% de los casos (2 pacientes).

La socialización que es la función que se lleva a cabo en el subsistema parental, se encontro alterada casi siempre en el 50% de los casos - (6 ptes.); a veces en el 33.3% (4 ptes.); y en el 16.6% (2 ptes.) siempre estuvo alterada la función de socialización.

Para comprender mejor estos resultados a continuación se agrupan en tablas y se representan en gráficas.

Alteración de la función de complementariedad del subsistema conyugal en 12 familias con un integrante con Psoriasis, -- adscrito a la consulta externa de Dermatología del H.G.Z.A. Cl. 29 I.N.S.S.

(1 - 30 Nov. 1987)

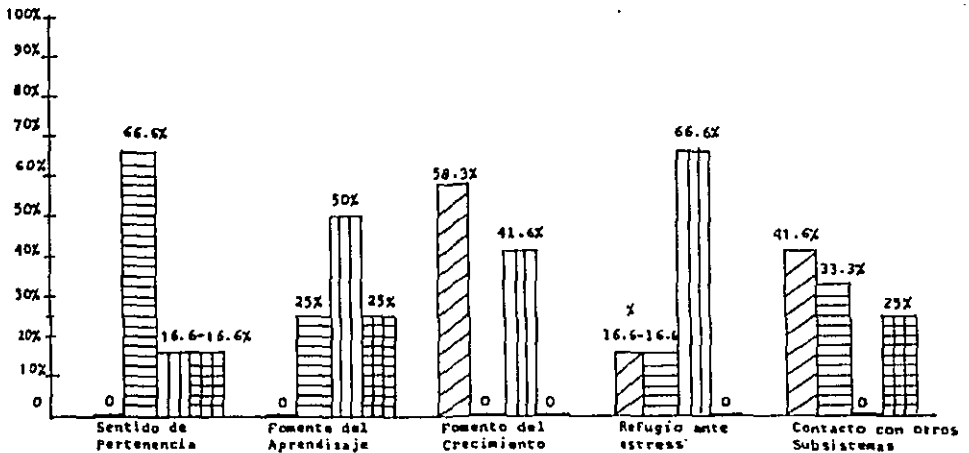
Función / Categoría	Nunca No. %	A veces No. %	Casi siempre No. %	Siempre No. %
1. Sentido de pertenencia	0	3 - 66.6	2 - 16.6	2 - 16.6
2. Fomento del aprendizaje	0	3 - 25.	6 - 50	3 - 25
3. Fomento del crecimiento	7 - 58.3	0	5 - 41.6	0
4. Refugio ante el estrés	2 - 16.6	2 - 16.6	8 - 66.6	0
5. Contacto con otros subsistemas	5 - 41.6	4 - 33.3	0	3 - 25.
MEDIA	2 - 16.6	3 - 25.	5 - 41.6	2 - 16.6

Fuente: Encuesta Directa.

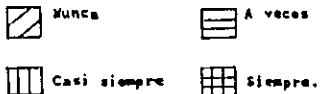
Tabla: 1

Alteración de las funciones de complementariedad del subsistema conyugal en 12 familias.

GRAFICA No. 1



FUENTE: TABLA 1



Alteración de la función de acomodación mutua del subsistema conyugal en 12 familias con un integrante con Psoriasis agudocrónica a la consulta externa de Dermatología del H.G.Z.A. Cl. 29 I.M.S.S.

(1 - 30 Nov. 1987)

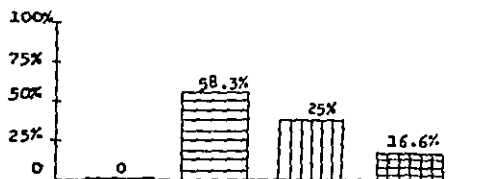
Categoría Función	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
	No. %	No. %	No. %	No. %
1. Interrelación Personal	0	7 - 58.3	3 - 25.	2 - 16.6

Fuente: Encuesta Directa.

Tabla: 2

Alteración de la función de acomodación mutua del
subsistema conyugal en 12 familias

GRAFICA No. 2



FUENTE: TABLA 2



Alteración de las funciones del subsistema conyugal en 12 familias con un integrante con Psoriasis adscrito a la consulta externa de Dermatología del H.G.Z.A. Cl. 29 del IMSS

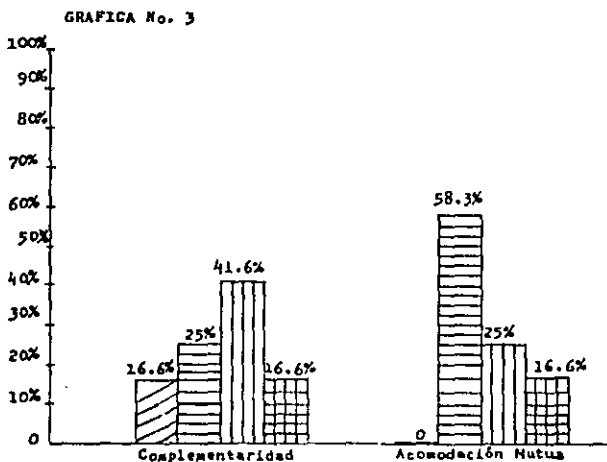
(1 - 30 Nov. 1987)

Categoría Función	Hunca	A veces	Casi siempre	Siempre
	No. %	No. %	No. %	No. %
1. Complementariedad.	2 - 16.6	3 - 25.	5 - 41.6	2 - 16.5
2. Acomodación - mutua	0	7 - 58.3	3 - 25.	2 - 16.5
MEDIA	1 - 8.3	5 - 41.6	4 - 33.3	2 - 16.5

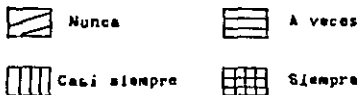
Fuente: Encuesta Directa.

Tabla : 3

Alteración de las funciones del subsistema
conyugal en 12 familias.



FUENTE: TABLA 3



Alteración de la función de socialización del subsistema parental en 12 familias con un integrante con Psoriasis-adsritos a la consulta externa de Dermatología del H. G. Z.A. Cl. 29 I.M.S.S.

(1 - 30 Nov. 1987)

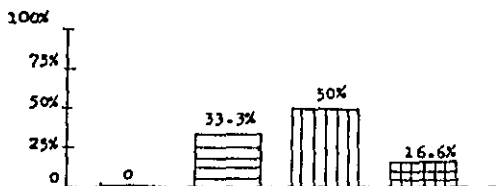
Función \ Categoría	Nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1. Socialización	0		4	33.3	6	50.	2	16.6

Fuente: Encuesta Directa.

Tabla: 4

Alteración de la función de socialización del
subsistema parental en 12 familias.

GRAFICA No. 4



FUENTE: TABLA 4



CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el presente estudio de 12 familiar -- con un integrante con Psoriasis adscrito a la consulta externa de Dermatología del HGZA Cl. 29 que acudieron durante el periodo del 1 - 30 de nov. de 1987. Se puede concluir que existe alteración en la dinámica familiar de estos pacientes, aunque esta se presenta en grados variables, ya que -- como nos damos cuenta al analizar los resultados, las funciones del subsistema conyugal a veces se encuentran alteradas; en donde la función de complementariedad se encuentra alterada casi siempre y la función de acomodación mutua a veces está alterada.

Dentro de la función de complementariedad de las cinco subfunciones -- estudiadas, la más afectada es la de refugio ante el estrés externo, precedida del fomento del aprendizaje y su menor frecuencia, la de sentido -- de pertenencia, las subfunciones que nunca se encontraron alteradas fueron la de fomento del crecimiento y la de mátriz con el contacto de otros subsistemas.

En el subsistema parental su función de socialización se encontro -- alterada casi siempre en la mayoría de los pacientes.

Es importante analizar estos resultados, ya que las alteraciones de la Dinámica familiar pudieran estar relacionadas con la Psoriasis como un factor desencadenante o conyugante para la presentación, exacerbación o recidiva de esta enfermedad. Sin embargo no es posible con este estudio -- afirmar determinantemente que exista esta relación, ya que la muestra del estudio es pequeña, siendo necesario ampliarlo posteriormente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dominkov N A. *Andrews tratado de dermatología*. 2a. ed. Mex: Salvat, - 1980:228-242.
- 2.- Saul A. *Lecciones de dermatología*. 7a. ed. Méx:Hendec Cervantes edit, 1977:289-294.
- 3.- Arenas R. *Atlas Diagnóstico y tratamiento*. Méx.: Mc Graw-Hill, 1987 : 480-486.
- 4.- Stewart WD, et al. *Dermatology, diagnosis and treatment of cutaneous disorders*. 4th ed. Saint Louis: The C.V. Mosby Company, 1978:462-475.
- 5.- Cortes JL. *Dermatología clínica*. Méx: Unión grafica S.A., 1972:635-44
- 6.- Harrison F; et al. *Principios de Medicina Interna*. 6a. ed. Mex: Mc -- Graw Hill, 1986:355-356.
- 7.- Lowell AG. Tons and Follicles. *Arch dermat* 1966; 122:939-940.
- 8.- Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset:Characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1985; 13:450-456.
- 9.- Philips RJ. Mode of inheritance in psoriasis. *Arch Dermatol* 1981; 117 :251-252.
- 10.- McGinnis KR, Hilger AE. Psoriasis Practica. *Arch Dermatol* 1987;123; 1299-1300.
- 11.- Hajewsky S, Tigalcnova N, Jablonska S, et al. Serum samples from patients with active psoriasis enhance lymphocyte-induced angiogenesis and modulate endothelial cell proliferation. *Arch Dermatol*; 1987; -- 123:221-225.
- 12.- Kavli G, et al. Psoriasis:familial predisposition and environmental - factors. *Br Med J*. 1985;12; 291:999-1000.
- 13.- Fredman AM, Kaplan HI, Saick BJ. *Compendio de psiquiatria*. Barcelona Salvat editores S.A., 1961:103-171.
- 14.- Madansky RS. Dermatophycosis:classification, physiology and the rapautic, approaches. *J Am Acad Dermatol*. 1961;5 (2):125-236.
- 15.- Salomon GF. Insunity emotions and stress. *Ann Clin. Rev*. 1974; 6 (6) : 313-322.
- 16.- Garza-Toba N. Psoriasis, psicodermatosis, aspectos psicológicos en - 50 enfermos. *El médico*. 1961; 6: 41-45.
- 17.- Quintana FJ. Perfil psicológico de los pacientes dermatológicos ac-

- gun el inventario Climent. Tesis de postgrado dermatología, leprología, micología. 1986: 66-67.
- 18.- Payne RA, et al. Stress Does not worsen Psoriasis?. A controlled study of 32 patients. Clin Exp Dermatol. 1985;10:239-245.
 - 19.- Briondi C, Scarpa R, Pacino A, et al. Prevalence of Psoriatic Arthritis in Psoriatic patients. Acta Derm Venereol. 1984; 113:109-112.
 - 20.- Peckham PE, Weinstein GO, Mc. Callough JL. The Treatment of severe - Psoriasis. Arch Derm. 1987; 123 (10):1303-1307.
 - 21.- Morison WL. Etretnate and Psoriasis. Arch. Dermat. 1987; 123 (7) : 221-225.
 - 22.- Katz HL. Etretnin Terapy for severe Psoriasis. Arch Dermatol. 1987; - 123:59-58.
 - 23.- Danno K, et al. PUVA Irradiation restores altered binding patterns - of lectins in psoriatic epidermis. Arch Derm. 1986; 122 (7): 772-778
 - 24.- Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. 3a ed. Mex: Gedisa Mexicana S. A., 1986: 78-107.
 - 25.- Satir V. Relaciones Humanas en el Nucleo Familiar. Mex: Editorial Iax México, 1987: 111-121.
 - 26.- Ackerman NW. Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares. Los Psicodinamismos de la familia. Mex. Edit Horco, 1977: 35-46.
 - 27.- Irigoyen A. Fundamentos de Medicina Familiar. Dinámica Familiar. Mex : Ediciones de Medicina Familiar en México, 1980:21-26.
 - 28.- Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Moacú, Progreso edit. 1976; 7.
 - 29.- Santa Cruz J. La familia como unidad de Analisis. Rev Med IHSS. 1983 ;21 (348): 348-356.
 - 30.- Gutierrez ME. Estudio del enfermo con Psoriasis y sus repercusiones - en la Dinámica Familiar. Tesis recepcional. Mex. 1986.
 - 31.- Fridman JL. La teoría del psicoanálisis . Ed. Plaza, 1987:25-112.
 - 32.- Hiram C, Silas WG. Papel del Médico Familiar. Med. Fam. Conn. 4: -- 40-50.