

40
H2098E.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado
e Investigación

Departamento de Medicina Familiar

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
para los Trabajadores del Estado

UMF Dr. Ignacio Chávez

FRECUENCIA DE DINAMICA FAMILIAR
ALTERADA EN PACIENTES CON
PSICODERMATOSIS

T E S I S

que para obtener el diploma de especialista en
MEDICINA GENERAL FAMILIAR

presenta

DRA. SILVIA MAULEON VENTURA

279029



ISSSTE

México, D. F.

1999

TESIS CON
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.

FRECUENCIA DE DINAMICA FAMILIAR ALTERADA EN
PACIENTES CON PSICODERMATOSIS.

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en
Medicina General Familiar.

Presenta:

DRA. SILVIA MAULEON VENTURA.

AUTORIZACIONES



~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA.~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA.
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

RECIBIDO
NOV. 6 1988

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA

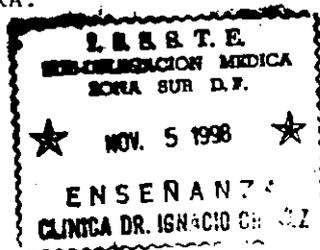
FACULTAD DE MEDICINA
MAYO 22 2000
SECRETARIA DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
RELV

FRECUENCIA DE DINAMICA FAMILIAR ALTERADA EN
PACIENTES CON PSICODERMATOSIS

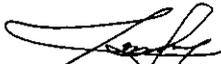
Trabajo que para obtener el diploma de especialista en
Medicina General Familiar.

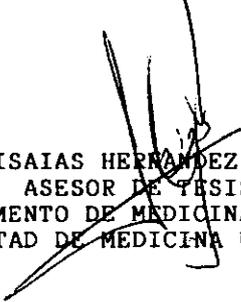
Presenta:

DRA. SILVIA MAULEON VENTURA.



AUTORIZACIONES.


DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
JEFA DE ENSEÑANZA
U.M.F. IGNACIO CHAVEZ. ISSSTE


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES.
ASESOR DE TESIS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

GRACIAS:

A ti Padre Dios por darme el don más valioso...¡La vida!
Sin la cual no hubiera podido experimentar tantas cosas mara
villosas y bellas.

A mis queridos padres: SILVIA y HERIBERTO por su amor,-
confianza, consejos, comprensión, paciencia y apoyo incondi-
cional en cada etapa de mi carrera.

A LIGIA, BRENDA Y HERIBERTO por compartir tristezas y -
alegrías, por ser además de hermanos, amigos.

A ti madrina GLORIA por el amor y comprensión que siem-
pre me ha prodigado.

A mis amigos AYDE, IVAN, ANGELICA, OLGA Y MARY por cele-
brar mis triunfos y alentarme en la derrota. Por estar siem-
pre presentes.

A todos mis profesores porque desde pequeña fueron for-
mando a la profesionista de hoy al compartir el conocimiento
y la experiencia.

A mi querida casa de estudios la U.N.A.M., donde apren-
dí, crecí y me forme como médico y especialista.

A todos y cada uno de mis pacientes por ese intercambio
de conocimientos mutuo y por ayudar a mi formación como médi-
co y ser humano.

INFINITAS GRACIAS...

A la Dra. CATALINA MONROY CABALLERO, Dr. EDUARDO DE LA CRUZ y psicóloga BERTHA BOSCHETTI FENTANES a todos y cada uno de los profesores de la UMF IGNACIO CHAVEZ; por brindar me sus conocimiento y experiencia. Por ser profesionales - comprometidos con la MEDICINA FAMILIAR.

Al Dr. ISAIAS HERNANDEZ TORRES, por ser el guía en la elaboración de esta tesis, por su paciencia y dedicación.

A VIRIDIANA· YAEL.

Por darme la enorme dicha de ser madre y por ser el incentivo más grande en mi vida.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INDICE GENERAL

	Pag
MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	40
JUSTIFICACION	41
OBJETIVOS	47
METODOLOGIA	49
RESULTADOS	53
DISCUSION	90
CONCLUSIONES	99
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS.	

FRECUENCIA DE DINAMICA FAMILIAR ALTERADA EN PACIENTES CON- PSICODERMATOSIS.

MARCO TEORICO.

Las psicodermatosis son manifestaciones cutáneas psicósomáticas con un equivalente afectivo, que puede ser una descarga emocional disfrazada de cólera, ansiedad, miedo o algún otro sentimiento.

Las emociones son un factor de primer orden en la determinación de algunas enfermedades de la piel, aunque es difícil establecer el mecanismo íntimo de la producción de ella.

La piel es como una extensa pantalla donde se proyectan imágenes eritematosas, discrómicas, papulosas, eczematosas; como resultado del estímulo de la corteza cerebral, el diencéfalo y el centro subtalámico.

La piel es el órgano más extenso del cuerpo y es el más superficial, ventaja y desventaja a la vez, ya que el paciente se da cuenta de las enfermedades que la afectan y también sabe si está mejorando o empeorando con el tratamiento que el médico le da. Es un órgano muy inervado, vascularizado y sujeto a los cambios del sistema neurovegetativo. Las glándulas sudoríparas écrinas responden también a los cambios emocionales, como lo hacen a las modificacio

nes de la temperatura. (6)

De esta manera el órgano puede actuar y responder ante las emociones de diferente manera, puede actuar como fuente receptora de estímulos y a la vez puede ser estimuladora, es lugar de descargas fisiológicas de ansiedad y puede constituirse en el asiento de diversas expresiones de la mente(8)

La asociación de ciertas dermatosis con determinados temperamentos es bien conocida. La irritabilidad aumentada del sistema nervioso simpático produce enrojecimiento del cuello, dermografismo, sudoración, manos frías y otras manifestaciones que no llegan a ser verdaderas enfermedades. Por otro lado los procesos cutáneos por su aparente y casi-exagerado aspecto antiestético, por el temor que suelen producir por su malignidad o supuesta transmisibilidad, pueden a su vez inducir problemas mentales que lleguen a ocasionar psicosis o neurosis. En el caso muy particular del acné, por la presencia de comedones y pústulas y la respuesta inflamatoria es necesario que en su manejo, además de contemplar la terapia antibiótica, debe contemplarse una terapia psicológica ya que las repercusiones sobre todo en los adolescentes puede ser de gran magnitud debido a la apariencia antiestética. (1)

La aparición de una psicodermatosis implica la canalización de diversos estados psicológicos tales como la angustia, depresión, autocompasión, exhibicionismo, erotización-

- etc, que hace más llevadero el conflicto psicológico somatizado en la piel, como otros enfermos lo hacen a través de una úlcera gastrointestinal, un infarto al miocardio, una vejiga neurogénica o un colón irritable.

Lo psicósomático es un enfoque, un matiz que no debe olvidarse en ninguna rama de la Medicina, cuando se trata con seres humanos. El médico que consulta a un paciente dermatológico no sólo debe examinar la dermatosis en todos sus detalles, sus exámenes de laboratorio y su histología, debe también fijarse en la persona que lo consulta, sus facciones, el modo en que habla, como viene vestido y arreglado, el aspecto de su frente, de sus cejas, comisuras labiales etc. Podría así saber antes de preguntar si el enfermo está deprimido, ansioso, cuanto le preocupa su enfermedad no sólo a él sino también a su familia. (2)

Todo padecimiento cutáneo por más orgánico que sea tiene un mínimo componente psicológico. Obermayer ha considerado a éstas enfermedades y las divide en 3 grupos: en el primero están aquellos padecimientos más psiquiátricos-dermatológicos, en el segundo grupo aquéllas dermatosis en que los factores psicológicos son importantes pero no son los únicos en la aparición de la enfermedad y en el último grupo están otros padecimientos en que los aspectos emocionales apenas juegan un pequeño papel en la génesis del proceso, pero en cambio las manifestaciones dermatológicas -

si producen modificaciones emocionales y de la conducta del paciente, diríamos que se trataría más bien de enfermedades psomatopsíquicas.

PRIMER GRUPO.

ERITROFOBIA: Es un enrojecimiento de la piel sobre todo de mejillas y pabellones auriculares que algunas personas acusan ante cualquier mínima emoción. Es una respuesta excesiva ante el estímulo, más allá de un simple rubor. Se observa sobre todo en mujeres y personas jóvenes.

HIPERHIDROSIS: Es la sudoración excesiva sobre todo en las manos. Se observa en personas jóvenes. Es tanta la sudoración que parece que el paciente ha metido las manos bajo el chorro del agua. Puede presentarse en axilas y pies y ser causa de mal olor.

En caso de sudoración abundante pueden ser útiles los sedantes y derivados de la Belladona, cuando se localiza en palmas, plantas y axilas, es mejor el uso de polvos secantes o de una solución de Cloruro de Aluminio al 20% en aplicaciones tópicas 2 a 3 veces al día evitando el uso del jabón durante el tratamiento.

TRICOTILOMANIA: Es una compulsión que se observa en niños inquietos que cuando se encuentran ansiosos sin darse cuenta, se llevan las manos a la cabeza y tiran del pelo, originándose zonas en la piel cabelluda en las que se observa el pelo roto a diferentes niveles. Puede presentarse en pelo, barba y a veces cejas.

A veces el paciente niega que se tire del cabello, o tras veces si lo sabe y lo confiesa, pero señala que es tanta la ansiedad, que si no lo hace no puede tranquilizarse. En pacientes psicóticos, se ingiere el pelo (tricotofagia) y se produce tricobezoár.

ONICOFAGIA: La manía de comerse o morderse las uñas es un hábito frecuente no sólo en niños sino en personas adultas y denota una extrema ansiedad, calmada con esta maniobra. Se produce así: perionixitis, candidosis, trastornos del crecimiento de las uñas. Hábito difícil de evitar.

FOBIAS: No existen lesiones cutáneas, sólo la obsesión, el temor de padecer alguna enfermedad: acarofobia, leprofobia, sifilifobia. Las fobias son pasajeras y hay casos que requieren la participación del Psiquiatra.

EXCORIACIONES NEUROTICAS: Se trata de lesiones que

el mismo paciente se hace en diferentes partes del -
cuerpo accesibles a las uñas, los pacientes señalan te-
ner mucho prurito, dejando escoriaciones que pueden in-
fectarse, quedando siempre cicatrices lenticulares en -
las extremidades, tronco y cara. Se trata casi siempre
de un estado de neurosis, de angustia, ansiedad y a ve-
ces depresión.

DERMATITIS FACTICIA O PATOMIMIA: Corresponde al -
grado máximo de mutilación de un paciente claramente -
psicótico. Las lesiones destructivas afectan zonas acce-
sibles al enfermo que por medio de instrumentos, ácidos
agua caliente, se lesionan la piel produciendose verda-
deras mutilaciones de la nariz, pabellones auriculares,
pene, pezones o extensas ulceraciones de aspecto necró-
tico y figuras muy netas, caprichosas que revelan la ma-
no del paciente; quien nunca aceptará que el hace estas
lesiones. Se dice que en estos pacientes existe un sen-
timiento de culpa que les hace autocastigarse, en lugar
de agredir a otras personas; en estos casos se necesita
apoyo psiquiátrico y a veces ni con él se ha logrado pa-
rar está autoagresión. (8)

SEGUNDO GRUPO.

En el se incluyen padecimientos en que el factor -

psicológico juega un papel muy importante, pero no es el único, como el vitiligo que es una discromía, la neurodermatitis diseminada o atópica como reacción cutánea, la alopecia en áreas o pelada, la dermatitis seborréica y el liquen simple.

La alopecia en áreas o pelada está caracterizada por la caída anormal del pelo en cualquier zona pilosa del cuerpo especialmente en la piel cabelluda. Es más frecuente en el hombre de todas las edades, existe aparición de zonas alopécicas en forma espontánea, de diversos tamaños circulares. La piel en esta zona se ve lisa y brillante y a la palpación es blanda. El pelo que rodea a las placas es normal, en la orilla de la placa existen los llamados pelos peládicos que presentan su extremo proximal muy adelgazado y su extremo distal grueso, la evolución es impredecible e incontrolable. Al cabo de semanas se inicia la repoblación de la placa con un fino vello blanquesino como lanugo que más tarde es sustituido por pelo de aspecto y color normal. Puede asociarse al vitiligo y a la dermatitis diseminada. La causa es desconocida. Existen antecedentes genéticos en un 25 a 30 % de los casos. Se han detectado en algunos pacientes autoanticuerpos y se ha pensado que sería una enfermedad más donde participa la autoinmunidad.

La teoría neurogénica o psicósomática comenta que se

observa con frecuencia el antecedente de un choque emocional en niños (destete prematuro, nacimiento de otro hermano o abandono) En los adultos se observa que se encuentran en situaciones de conflicto de las que no pueden salir por su incapacidad de tomar decisiones (casarse, divorciarse o elección de una actividad permanente) se cree que estas alteraciones emocionales a través del sistema vegetativo, producirían una hipertonicidad simpática y por ende vasoconstricción del pedículo vascular del bulbo piloso.

El problema es sobre todo estético, pero preocupa a los pacientes que sea transmisible por la sangre. Las placas de la región occipital son las que más tardan en poblarse de pelo, los niños responden más rápido al tratamiento, pero es muy variable el tiempo de curación de semanas, meses o hasta años. No existe un tratamiento específico al 100%. Se recomienda la aplicación tópica de soluciones que producen congestión por su efecto irritante, como los toques de ácido acético, pomadas con azufre, con derivados del ácido nicotínico que es vasodilatador. El uso de psicotrópicos está condicionado al estado de ansiedad o depresión en el que se encuentre el paciente.

En la dermatitis seborreica se utilizan múltiples agentes para su tratamiento como son: cremas de esteroides-selenio, salicilatos y zinc (3)

Otro de los tratamientos consiste en el uso de Ketoco

nazol al 1% en shampo y de Climbazole shampo encontrando se que ambos medicamentos fueron efectivos en el tratamiento de los síntomas del prurito, descamación, piel seca o grasosa, pero el Ketoconazol al 1% mostró una eficacia superior. El 80% de los pacientes del grupo que utilizó Ketoconazol y el 13% de los del grupo que utilizó Climbazole se calificaron como curación clínica al final del tratamiento. (4)

LIQUEN SIMPLE: Conocido como dermatitis circunscrita, son placas liquenificadas muy eritematosas pruriginosas que suelen aparecer en zonas expuestas al traumatismo del rascado, nuca, caras externas e internas de piernas en personas jóvenes e inquietas, que sin darse cuenta se llevan las manos a ciertos sitios que traumatizan continuamente hasta producirse las primeras lesiones que iniciarán el círculo vicioso, se pueden complicar con dermatitis por contacto e impétigo.

El tratamiento consiste en el uso de pastas inertes con un poco de alquitrán de hulla o ácido salicílico. La radioterapia superficial a dosis de 75 a 100g por semana 3 a 4 secciones es efectiva al romper el círculo vicioso que la mantiene.

VITILIGO: Es una leucodermia adquirida, crónica de

causa desconocida y de difícil tratamiento. En México ocupa entre el 3o y 5o lugar de todas las dermatopatías, predomina en la mujer en todas las edades. Se caracteriza por manchas acrómicas e hipocrómicas, la topografía es variable; la evolución del cuadro es lenta, insidiosa y crónica. Histopatológicamente parece que los melanocitos fueran sustituidos por las células de Langerhans.

Existen varias teorías para explicar la etiopatogenia: la teoría genética, microbiana y viral, neuroendocrina, inmunológica y psicosomática.

Para el tratamiento se utilizan los derivados de las furocumarinas, fotoirritantes que favorecen la melanogénesis permitiendo una mayor actividad de las radiaciones ultravioleta. También se utilizan los soralenos extraídos de los cítricos como el aceite esencial de lima o esencia de bergamota, son menos activos pero menos peligrosos.

El pronóstico es variable e impredecible.

NEURODERMATITIS DISEMINADA O ATOPICA: Es un estado reaccional de la piel, caracterizada por una piel seca, que presenta períodos de dermatitis aguda y/o crónica, rebelde a los tratamientos.

Es una de las 5 causas más frecuentes en la consulta dermatológica, es común en la primera década de la vida pero se puede presentar también en adultos.

El cuadro clínico señala 3 etapas:

Etapa del lactante: Se inicia en los primeros meses de vida, las lesiones predominan en mejillas, respetando el centro de la cara, SON lesiones eczematosas (eritematosas con vesículas y costras muy pruriginosas), que pueden desaparecer espontáneamente.

Etapa del escolar: Se inicia a los 3 años, las lesiones se localizan en pliegues, cuello, codos, huecos poplíteos, dorso de los pies. Son lesiones de dermatitis crónica: eritema, liquenificación y costras hemáticas en áreas mal delimitadas. El prurito es constante.

Fase del adulto: Las lesiones se encuentran en párpados, alrededor de la boca, en manos y pliegues en forma de placas liquenificadas o vesículas que producen mucho prurito.

Existen muchos factores para tratar de explicar la etiopatogenia: Factores constitucionales, el factor atópico, herencia, fenotipo cutáneo, desequilibrio neurovegetativo, inmunología, personalidad, el clima, factores emocionales y el ambiente familiar.

En el tratamiento se utiliza: evitar el sol excesivo los cuidados de la piel van a variar dependiendo como se encuentre esta: si hay zonas eczematosas será necesario -

secarla mediante el uso de fomentos de agua de manzanilla o de vegeto, si está seca y liquenificada serán útiles baños o fomentos con soluciones o emolientes como el almidón. El uso de pastas inertes y pomadas lubricantes es útil así como el uso de cremas humectantes a base de cold cream. El uso de los corticoesteroides no está indicado y sólo complican la enfermedad.

La urticaria y el edema angioneurótico pueden obedecer también a factores emocionales y quedan incluidos en este grupo.

TERCER GRUPO.

Son dermatosis en que el factor psicógeno puede tener un papel, pero no el más importante o bien padecimientos psomatopsíquicos en los cuales las manifestaciones orgánicas producen cambios importantes en el psiquismo del paciente como : la psoriasis, el acné, las verrugas vulgares, rosácea, el liquen plano, los nevos, los hemangiomas etc.

En todos los padecimientos psicósomáticos se observa la presencia del estrés como un factor desencadenante para que aparezcan las psicodermatosis, ya que el estrés condiciona un decremento en la función inmunitaria de los

pacientes. (6)

Ultimamente se ha observado que la Eritromicina - constituye una atractiva alternativa para el tratamiento del acné vulgar, cuando se utiliza tópicamente a una solución al 2%. A base de la aplicación tópica de - toallitas que contenían Eritromicina al 2%, aplicándola 2 veces al día por un período de 2 meses, encuentran los mejores resultados en pacientes con acné leve a moderado. (5)

En pacientes con psicodermatosis se ha estudiado la aparición del síntoma y la relación de este y la - historia vital del paciente. Entrevistando al paciente frente a frente se analizaron todas las verbalizaciones que producía, los elementos de intervención de la psicóloga fueron: señalamientos, interrogaciones e interpretaciones.

Para la mayoría de los pacientes estudiados la relación temprana con la madre ha sido frustrante en - cuanto a que se trata de mujeres depresivas en algunos casos y en otros no puede establecer la necesaria proximidad corporal y afectiva con el recién nacido.(7) Sin embargo en momentos posteriores aparentemente la - relación de la madre con el hijo es de normalidad aun-

que se puede encontrar una característica en común: son - madres poco contenedoras de ansiedad, esto determina en gran medida que estos pacientes establezcan compromisos afectivos pobres. En la comunicación buscan provocar un afecto, despertar sentimientos de pena o lástima que favorezcan una respuesta de sobreprotección y de este modo lograr controlar al otro. Por lo general en sus relatos se evidencian en situaciones en las que son injustamente tratados. Se presentan como buenos y justos, con una marcada tendencia altruista, preocupados por el bienestar de los demás y resueltos a anteponerlo al personal. SE presentan racionales, ecuánimes y tranquilos - pero siempre en su entorno hay uno o más " locos desbordados", a los que tienen que cuidar, proteger o controlar. (7)

Presentan dificultades para relacionarse sexualmente, o se muestran con un franco desinterés, aparecen intensos pero las relaciones tienen la característica de ser embrolladoras y muy frecuentemente el otro abandona frustra, traiciona de forma sorpresiva e inesperada.(7)

Aparecen tan aguantadores que suelen manifestarse mejor de lo que están en realidad.No se quejan ni presentan depresiones francas. Lo que se encuentra como un equivalente es un abatimiento, pesar y apatía. Es como si estuvieran resignados a la adversidad, lo que produ-

ce dificultad para introducir elementos que favorezcan - la ruptura de este equilibrio y la aparición de otro nuevo, distinto.

El nivel de localización del síntoma: la piel, implica un nivel de organización mental primitivo, en el que falta la significación simbólica: en su lugar se encuentra una manifestación corporal de un discurso críptico, mudo, jeroglífico. (7)

En todos los pacientes se pudo observar una evolución satisfactoria, observandose una imposibilidad para continuar en psicoterapia una vez que los síntomas orgánicos cedieron.

El objetivo de una psicoterapia no consiste sólo en la búsqueda de la desaparición de los síntomas sino en favorecer que se establezca un nuevo equilibrio mente - cuerpo tal, que las emociones y los conflictos puedan ser contenidos y elaborados en el interior del psiquismo sin que aparezcan lesiones corporales. (7)

La inmensa mayoría de las mujeres se convierten en madres cariñosas, amantes y delicadas. Creando el clima emocional adecuado para su hijo. El cual es esencial en la infancia pues a esta edad los afectos son de una importancia muchísimo mayor que en cualquier otra época posterior de la vida. Durante estos primeros meses, la percep

ción afectiva y los afectos predominan en la experiencia infantil, excluyendo en la práctica a todos los demás modos de percepción.

En la relación madre e hijo habrá una interacción - constante entre dos participantes diferentes por completo cada uno de ellos provocará las respuestas del otro, esta relación interpersonal crea un campo de fuerzas constantemente cambiantes, cuando tanto la madre como el hijo satisfacen sus necesidades, la satisfacción en uno de ellos producirá también la satisfacción en el otro. (9)

Las relaciones insatisfactorias madre e hijo son patológicas y pueden dividirse en 2 categorías: a) relaciones madre e hijo incorrectas; y b) relaciones madre e hijo insuficientes. En las primeras la personalidad de la madre es incapaz de ofrecer al niño una relación normal, - la personalidad materna actúa como agente provocador de - enfermedad, como una toxina psicológica. En la segunda - cuando se priva a los infantes en el primer año de vida, - de las relaciones de objeto, esto es un factor dañino de - importancia que lleva a graves perturbaciones emocionales ya que tienen un suministro afectivo insuficiente,

Se ha observado una relación entre enfermedades psicogénicas en la infancia según las actitudes maternas: (9)

ACTITUD MATERNAL

Franca repulsa primaria

Tolerancia excesiva angustiosa primaria.

Hostilidad enmascarada de angustia.

Fluctuación entre el mimo y la hostilidad.

Oscilaciones cíclicas del humor de la madre.

Hostilidad compensada conscientemente.

DOLENCIA DEL INFANTE.

Coma en el recién nacido

Cólico del tercer mes.

Eczema infantil.

Hipermovilidad(cabeceo)

Juegos fecales.

Agresividad.

En estudios que se han realizado (9) de niños con eczema se ha encontrado que tenían madres que no les gustaba tocar a sus hijos, encargandolo con otras personas;- presentaban una preocupación exagerada para compensar la excesiva hostilidad inconciente, tenían personalidad in -

fantil, que delataba una hostilidad disfrazada de angustia hacia su hijo, no les gustaba cuidar a su hijo ni tocarlo y sistemáticamente lo privaban de contacto cutáneo. Los niños mostraban un retraso característico en el sector de adquirir conocimientos y en establecer relaciones sociales.

Donald H. Williams publicó en 1951 un trabajo sobre dermatitis atópica en 53 pacientes de 13 meses o más encontrando que el niño con dermatitis atópica está necesitado de afecto, encontrándose frente a una madre que sin saberlo, no satisface esa necesidad. Entendida esta necesidad como actos cotidianos de cariño hacia el niño como: tomarle en brazos, acariciarle y decirle palabras cariñosas. (9)

EL FAMILIOGRAMA

Existen varios instrumentos útiles para evaluar el sistema familiar, uno de ellos es el familiograma, el cual se utilizará en esta investigación.

El FAMILIOGRAMA también llamado árbol familiar o genograma es la representación gráfica de la estructura familiar, es un instrumento valiosísimo y útil para el médico familiar; ya que es la esquematización sistemática de una familia. Puede ser considerado como una radiografía de la familia, proporciona al médico y al paciente una exposición gráfica de la familia, incluyendo los patrones de enfermedad y los problemas psicosociales. (10)

Los símbolos de los familiogramas han sido estandarizados, permitiendo a los médicos elaborar una descripción de la estructura familiar rápidamente y observar como esta afecta la capacidad de un paciente para enfrentar una enfermedad u otras tensiones significativas en la vida. Un familiograma congrega y registra información familiar de 3 generaciones en 6 categorías específicas:

- 1) Estructura familiar.
- 2) Estudio del ciclo vital.
- 3) Patrón de repetición através de las generaciones
- 4) Eventos de la vida y funcionamiento familiar.

5) Patrones de relación y triángulos.

6) Equilibrio y desequilibrio familiar. (11)

Por medio del familiograma podemos conocer como -
cer como está integrada una familia, quienes viven ba-
jo el mismo techo, conocer la edad, nombre y profesión
de cada uno de los integrantes, se pueden identificar-
enfermedades hereditarias, o identificar a miembros de
la familia que se encuentren en riesgo de padecer una-
enfermedad. También aporta datos acerca de las relacio-
nes interpersonales entre los miembros de la familia,-
conocer quienes tienen relaciones estrechas, conflicti-
vas, esporádicas o dominantes. (10)

El familiograma ayuda a generar hipótesis acerca-
del riesgo que tienen los pacientes para enfermedades-
como Diabetes Mellitus, HAS, cardiopatías, abuso de -
sustancias, depresión etc.

El paciente interpreta el proceso de elaboración-
del familiograma como un acto de estar siendo escucha-
dos y ser importantes como personas.

El médico llega a conocer más a su paciente, cono-
ce más en relación a las experiencias de otros y como-
resultado es más comprensivo con sus necesidades y com-
portamientos.

El familiograma comunica al paciente que el médico

familiar está interesado en dirigirse a problemas familiares y psicosociales como parte de la atención de salud actual.

VENTAJAS. (11)

- *Lectura facilitada, formato gráfico.
- *Identificación de pautas generacionales biomédicas y psicosociales.
- *Evalúan relaciones entre el entorno familiar y la enfermedad.
- *Vía no amenazante para obtener información emocionalmente cargada.
- *Demuestra interés en el paciente y sus familiares.
- *Reestructuran los problemas presentes en los pacientes
- *Ponen de relieve apoyos y obstáculos para la cooperación lo cual es muy importante para encontrar la solución a los problemas de la índole que sean.
- *Identificación de eventos de la vida que podrían afectar el diagnóstico y tratamiento.
- *Identificación de pautas de enfermedad y se facilita la educación del paciente.

Un familiograma raramente es completado en una sola sesión, sino que se va elaborando con el paso del

tiempo.

El familiograma nos da una panorámica general de la familia que vamos a estudiar en ocasiones en la primera-entrevista no se abre completamente con nosotros, pero - si, se establece una adecuada relación médico-paciente de confianza y respeto, en las próximas entrevistas se pueden ir tratando temas de alta carga emocional, completando el familiograma y contando con la información necesaria para establecer un adecuado diagnóstico de salud e - implementando un tratamiento precoz y oportuno.

El familiograma nos da una gran información y a veces no se necesita de tanto tiempo, con simplemente e - char un vistazo a este podemos intuir que tipo de pro - blemas existen en una familia. (10)

Al observar el familiograma podemos conocer la tipología familiar; la cual es de gran utilidad porque nos - permite ubicar a la familia socialmente. Esta se clasifica : (23)

*Con base a su desarrollo:

-Moderna

-Tradicional

Tomando el cuenta el papel que desarrolla la mujer- dentro del sistema familiar, si trabaja y aporta un ingreso económico se clasifica como moderna; si solo el - hombre aporta el ingreso económico se clasifica como tra

dicional.

*En base a su demografía:

-Urbana.

-Rural.

*En base a su integración:

-Integrada

-Semiintegrada

-Desintegrada

Integrada es cuando los cónyuges viven y cumplen - sus funciones. Semiintegrada cuando los cónyuges viven - juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones. De - sintegrada en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

*Desde el punto de vista tipológico:

-Campesina

-Obrera

-Profesional.

Esta característica está dada según la ocupación de uno o ambos cónyuges.

Por medio del familiograma podemos conocer también la etapa del ciclo vital en la que se encuentra la familia, - lo cual es de suma importancia porque dependiendo en que -

etapa se encuentre serán las crisis que la familia tenga que superar.

Las fases del ciclo vital de la familia son:

Fase de Matrimonio.

Fase de Expansión.

Fase de Dispersión.

Fase de Independencia.

Fase de retiro y muerte.

Este esquema propuesto por Geyman en 1980, es el - que se utiliza más frecuentemente en México.

La fase de MATRIMONIO: Se inicia precisamente con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyéndose este ciclo con la llegada del primer hijo.

La fase de EXPANSION: Es el momento en que a mayor-velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. La familia se expande y esto requiere de ajustes de la vida cotidiana.

En la fase de DISPERSION: Para algunos investigadores, ésta se identificó claramente, por el hecho que todos los hijos acuden a la escuela y ninguno se encuentra trabajando, los padres se ven sometidos a nuevos retos, -sus hijos se encuentran en la adolescencia, ellos mismos

se deben ajustar al pensamiento de los jóvenes.

La fase de INDEPENDENCIA: Es difícil precisar el número de años transcurridos, al inicio de esta fase, la pareja debe aprender a vivir nuevamente en "independencia" sus hijos han formado nuevas familias. Los lazos de unión entre padres e hijos se deben fortalecer, debiendo existir un clima de profundo respeto mutuo. Suele durar esta fase entre 20 y 30 años.

La fase de RETIRO Y MUERTE: Al igual que muchas situaciones paradójicas, existe contraste entre el entusiasmo e ilusión del matrimonio, con la incertidumbre y nostalgia que con gran frecuencia se ve en esta fase del ciclo familiar. En esta fase se identifica: In capacidad para laborar, desempleo, agotamiento de recursos económicos y a veces abandono. (24)

DINAMICA FAMILIAR FUNCIONAL Y DISFUNCIONAL

La dinámica funcional es aquella colección de fuerzas-positivas y negativas, que afectan el comportamiento - de cada uno de los miembros de la familia y hacen que la familia como unidad funcione bien o mal.

La manera de sentir, actuar y de presentarse a - los otros que tiene cada miembro de la familia producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo o estanca - miento o un clima de inseguridad, ansiedad o depresión. Esto es consecuencia de que la familia es un sistema a - bierto en constante interrelación con sus miembros y - con el medio externo. (12)

La familia sin un problema no existe y puesto que - está compuesta de varios individuos diferentes, es impo - sible para cada miembro satisfacer por completo las ne - cesidades de los otros todo el tiempo. Debiendo existir un equilibrio entre las fuerzas familiares, para que la familia pueda progresar de crisis en crisis, siendo ca - paz de resolver de manera que promueva el desarrollo de cada miembro de la familia hacia una mayor madurez, es decir hacia una relación más cálida e independiente.

En las familias funcionales las crisis son conside - radas en grupo, cada miembro acepta un rol o papel para hacer frente a las crisis y la familia necesariamente -

cambia para adaptarse a las circunstancias dadas. Cada uno de los miembros conoce las fuerzas positivas y las debilidades de los otros, cada miembro da apoyo pero - también lo pide.

Las familias funcionales identifican sus problemas de manera clara. Cada uno de los miembros no dudan en - expresar verbalmente su inconformidad cuando una situación difícil llega.

Una familia disfuncional utiliza sus problemas como un arma y no como un medio de acercamiento.

EXPRESION DE LOS AFECTOS.(12)

Ternura, amor y alegría: En una familia funcional los sentimientos positivos son expresados de manera libre, entre los más grandes problemas de una familia disfuncional está la incapacidad de sus miembros para pe - dir o dar afecto.

Enojo: En la familia funcional los miembros permiten la expresión libre de los sentimientos de rabia y - desacuerdo. En una familia disfuncional cuando están enojados tratan de ocultarlo, de expresarlo de manera indirecta y esa falta de sentimientos negativos traduce - un estado de tensión que aumenta progresivamente hasta-

que hay explosiones fuera de proporción con el estímulo que produce la frustración inicial.

Tristeza: En la familia funcional se expresa libremente la tristeza, los miembros lloran juntos y se reconfortan mutuamente, la depresión es resuelta con el tiempo y la unidad familiar es reforzada después de la crisis. En las familias disfuncionales se trata de ocultar la tristeza y tarde o temprano la tensión aumenta en la familia.

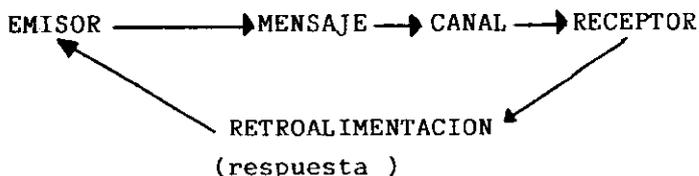
Incertidumbre: Una familia funcional puede tolerar bien la incertidumbre de ciertas situaciones que no son claramente definidas. En la familia disfuncional para evitarse la incertidumbre, empujan a sus miembros a actuar rápidamente de una forma exagerada y produce algunas veces, trastornos de conducta que no habrían aparecido si la familia hubiera esperado.

Individualidad y dependencia: La familia funcional reconoce a cada miembro como un individuo con pensamientos y sentimientos diferentes. Cada miembro tiene actividades en las cuales los otros participan y actividades en que no lo hacen, la familia respeta zonas de autonomía a las cuales el individuo tiene derecho. En las fami

lías disfuncionales, las zonas de autonomía son mal definidas y delimitadas y son la causa de pleitos, recri- minaciones y manipulaciones. (12)

COMUNICACION: Nadie puede vivir sin comunicarse, toda conducta es comunicación .El hablar, el no hablar, - el sonreír, el fruncir el ceño, el aventar un objeto - etc. (25)

La comunicación es un intercambio de ideas, sentimientos y pensamientos entre 2 o más personas. Para que se establezca debe existir:



Existen 2 niveles: a) intrapersonal y b) inter - personal. La familia es un sistema de relación interper sonal.

La comunicación interpersonal puede ser: verbal y - no verbal. La comunicación verbal es cuando utilizamos - el lenguaje para emitir mensajes. La comunicación no - no verbal es el rostro, la postura, la voz, el tacto - con que decimos las cosas, una mirada o movimientos.

La comunicación es funcional cuando es:

CLARA: Los mensajes se entienden, no quedando duda de lo que se dijo.

DIRECTA: Va dirigida a la persona que se pretende que la reciba, o sea frente a frente. (25)

CONGRUENTE: Los mensajes verbales y no verbales son compatibles, se hace lo que se dice.

ESPECIFICA: Sin generalizaciones inadecuadas.

RETROALIMENTADA: Siempre se obtienen una respuesta.

En las familias disfuncionales la comunicación no es clara, es indirecta, incongruente, es inespecífica y no existe retroalimentación.

Los mensajes en la comunicación pueden ser de apoyo y aprobación con lo que aumenta la autoestima del receptor, la persona se siente aceptada y reacciona positivamente y mensajes de descalificación y crítica con los que disminuye la autoestima del receptor, comunican rechazo y la persona reacciona negativamente.

En las familias funcionales se emplea correctamente la comunicación para identificar y resolver los problemas, en cambio en las familias disfuncionales la comunicación tiende a convertirse en un instrumento de ataque. Lo importante es como se comunique en los momentos de crisis. Si en los momentos de calma, los mensajes entre -

miembros de la familia son claros y directos pero en los momentos de crisis, cuando todos los miembros están amenazados, los mensajes se hacen enmascarados o desplazados, la familia está funcionando de manera disfuncional. (13)

ROLES

Un rol equivale a la conducta que se espera que un individuo tenga en un determinado contexto. Todos los miembros del grupo familiar asumen una variedad de roles de cuya integración depende que la familia realice sus tareas con éxito.

Se requiere que los roles sean lo suficientemente complementarios para que funcione bien el sistema. Existen roles funcionales: el del proveedor, el ama de casa, el estudiante etc. y roles disfuncionales o idiosincráticos que revelan patología individual o familiar como el chivo expiatorio, el coalcohólico, la mascota - el héroe familiar o el aislado en el sistema familiar - alcohólico.

Lo importante de la definición de los roles es que facilite el funcionamiento del grupo y que sean aceptados y actuados de común acuerdo. También es importante que haya flexibilidad en su asignación de manera que se

puedan realizar ajustes periódicos en caso necesario.-
Por ejemplo si el padre de una familia sufre un accidente de trabajo y le impide el mismo, la madre puede salir a trabajar y asumir el rol que hasta entonces era de su esposo.

Un padre que decide cuales son sus responsabilidades las ejecuta y no espera que otro miembro de la familia sea su mujer o sus hijos, asuman las características de su rol o papel.

En la familia disfuncional se observan hijos que funcionan como padres o maridos.

La flexibilidad de los roles es un signo de salud mental. La rigidez (resistencia al cambio) es un signo de disfunción familiar. (15)

LIMITES.

Los límites son fronteras o membranas imaginarias que separan a los individuos y a los subsistemas, regulando el contacto que establecen con los demás en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía etc. Los límites definen los derechos de cada persona y de cada subsistema en la convivencia grupal.-
La función de los límites consiste en marcar una diferenciación entre los subsistemas, su definición es funda

mental para el buen funcionamiento de la familia.

En algunas familias los límites individuales son difusos, la distancia psicológica entre sus miembros es escasa, frecuentemente unos responden por otros y se diría que la familia es una masa amorfa, como en el caso de la familia psicósomática.

Otras familias o subsistemas promueven límites tan marcados o rígidos que dificultan la comunicación - incluso afectiva. Se habla entonces de relaciones desvinculadas. (15)

Actualmente se sabe que existe un grado óptimo de frustración que permite al hijo desarrollar sus recursos y que cuando los padres imponen límites, el hijo - aún si protesta y se enoja experimenta al mismo tiempo un sentimiento de seguridad.

Con mensajes verbales y no verbales, cada miembro de la pareja marca límites y zonas de libertad para el otro y si quieren que la relación continúe, aceptarán - esos límites o negociarán abiertamente sus modificaciones. En la familia disfuncional los límites son impuestos de todas maneras, pero no son jamás claramente reconocidos, desencadenando una serie de actos de rebelión, castigos y tentativas de dominación mutua. (12)

En Medicina, la unidad de tratamiento ha sido tradicionalmente , la que forman el paciente y su médico.

No es frecuente que se piense en función de la unidad familiar, ya que el común de los médicos tiene un enfoque individualista; cuando mucho consideran la relación madre e hijo con respecto a los factores psicológicos de la enfermedad.

La interacción familiar es potencialmente importante en todas las enfermedades, incluso en aquellas donde la patología es netamente física. (14)

El evaluar la dinámica familiar es de suma importancia para el médico familiar, lástima que no existe un instrumento para evaluarla, el cual sea fidedigno, confiable y se haya probado científicamente.

En esta investigación se utilizará un cuestionario para evaluar la dinámica familiar que pretende proporcionar una escala de valoración sencilla y accesible para el médico familiar, con un puntaje que permite obtener un resultado lo más cercano a la realidad. La escala es propuesta por la jefa de enseñanza de la UMF Ignacio Chávez y Terapeuta Familiar, Dra. Catalina Monroy Caballero, quien elaboró la escala tomando en cuenta: la escala de evaluación que propone la Universidad de Mac Master, la evaluación del psicoterapeuta Salvador Minuchin y los criterios del Dr. Leopoldo Chagoya para la familia funcional.

La escala cuenta con 7 parámetros a evaluar que son: comunicación, roles, límites, expresión afectiva, identificación de problemas, autonomía de acciones y apoyo familiar

De la COMUNICACION se evaluará si es clara, congruente, directa y retroalimentada.

De los ROLES se evaluará la aceptación y el cumplimiento de los mismos.

De los LIMITES se evaluará si son claros y flexibles.

De la EXPRESION AFECTIVA se evaluará si se permiten expresar en la familia sentimientos de coraje, miedo, tristeza, amor y alegría.

En cuanto a la IDENTIFICACION DE PROBLEMAS se evaluará si existe acuerdo en identificarlos, si existe acuerdo en como resolverlos y si se solucionan los problemas.

Se valorará la AUTONOMIA DE ACCIONES.

Se evaluará el APOYO en el fracazo y en el éxito.

Cada una de las variables anteriormente mencionadas se calificarán con la ponderación de nunca=0, Ocasional=2 frecuentemente=4 y siempre=5.

La funcionalidad familiar quedará evaluada de la siguiente manera:

0 a 40 = severamente disfuncional.

41a70 = moderadamente disfuncional.

71a100 = funcional.

CUESTIONARIO

COMUNICACION.

CLARA: Cuándo alguien comenta algo, entiende perfectamente lo que le dicen?

Cuándo usted comenta algo, la persona con quien habla entiende lo que usted dice ?

CONGRUENTE: Lo que usted dice es lo que usted hace?

DIRECTA: Cuándo usted habla con alguien lo hace frente a frente o necesita de otra persona para hablar con algún miembro de la familia ?

RETROALIMENTADA: Cuándo usted dice algo, siempre obtiene una respuesta ?

ROLES.

ACEPTACION: Sabe lo que espera su familia de usted?

Conoce las funciones que tiene que realizar?

Está de acuerdo en realizarlas?

CUMPLIMIENTO: Realiza las funciones que le corresponden?

LIMITES.

CLAROS: Se sabe en la familia lo que está permitido y-
lo que no está permitido hacer ?

FLEXIBLES: Existe alguna ocasión en que se permite que
que no se cumplan las reglas ?

EXPRESION AFECTIVA.

CORAJE: En la familia se permite enojarse?

MIEDO: En la familia se permite tener miedo o temor ?

TRISTEZA: En la familia se permite estar triste?

AMOR: En la familia se permite abrazarse y besarse?

ALEGRIA: En la familia se permite reirse o estar con -
tentos?

IDENTIFICACION DE PROBLEMAS

ACUERDO EN IDENTIFICARLOS: Se dan cuenta cuando existe-
algún problema en la familia

ACUERDO EN RESOLVERLOS: Cuando existe algún problema, se
ponen de acuerdo para resolverlo

SOLUCION DE PROBLEMAS: Generalmente se llegan a solucionar los problemas ?

AUTONOMIA DE ACCIONES:

Usted y su familia realizan actividades que desean- individuales ?

Cada quién decide lo que desea hacer ?

APOYO.

EN EL FRACASO: Cuándo a un miembro de la familia le va mal, lo ayudan a buscar soluciones ?

EN EL EXITO: Cuándo a un miembro de la familia le va bien festejan con él ?

Se aplicará además un pequeño cuestionario encaminado a valorar la relación madre e hijo en la infancia. Iniciando con la elaboración del familiograma, posteriormente 4 preguntas para conocer la relación que existió con la madre en la infancia y 4 preguntas para conocer la relación actual con la madre.

RELACION MADRE E HIJO.

NOMBRE:

EDAD:

EXPEDIENTE:

FAMILIOGRAMA.

Con qué miembro de la familia se llevaba mejor ?

1. Cómo se llevaba con su madre cuando era niño (a)?
2. Era cariñosa con usted, lo besaba o abrazaba?
3. Acostumbraba contarle sus problemas?
4. Acostumbraba contarle sus triunfos o alegrías?

1. Cómo se lleva actualmente con su madre?

2. La visita o visitaba frecuentemente ?
3. Suele platicar con ella cuando la ve ?
4. Le gusta convivir con ella?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se sabe que la piel es un órgano que responde a las emociones de diferente manera y la aparición de una dermatosis puede implicar la canalización de diversos estados psicológicos tales como la angustia, autocompasión, exhibicionismo, depresión; que hacen más tolerable al paciente el conflicto psicológico somatizado a la piel, sin que esto signifique que dicho conflicto quede así resuelto, por el contrario, lo funcional sería que el paciente pudiera hacer consciente el origen de los estados psicológicos siendo capaz de enfrentarlos sin necesidad de hacer somatizaciones (8).

La familia es la fuente primordial de los problemas de salud, ya que lo que le ocurre a un miembro de la familia afectará a todo el sistema, ya que los miembros se encuentran en constante interacción, siendo sistemas abiertos intercambiando información.(14)

Por lo anterior, como problema a investigar en este trabajo, se plantea:

Con qué frecuencia se encuentra dinámica familiar alterada en pacientes con psicodermatosis ?

JUSTIFICACION.

El trastorno de somatización es un problema común en la atención primaria a la salud. Este trastorno comienza antes de los 30 años y se manifiesta con una miríada de síntomas incluyendo molestias gastrointestinales, dolor de varios tipos, síntomas cardiopulmonares, molestias pseudoendócrinas, problemas sexuales y quejas relacionadas con el sistema reproductor-femenino. La vigilancia es necesaria, porque el trastorno de somatización puede simular numerosas dolencias físicas y psiquiátricas.(16)

Al igual que el trastorno de somatización las psicodermatosis son frecuentes en el primer nivel de atención. Por ejemplo el vitiligo ocupa en México del 3o. al 5o. lugar de todas las dermatopatías.

Una de las tantas teorías que tratan de explicar la etiopatogenia del vitiligo es la teoría psicósomática. Hay hechos evidentes que hacen ver la relación que puede tener la aparición de las manchas acrómicas con problemas emocionales, ya que la piel es un extenso órgano de expresión emocional "el espejo del alma" El cual refleja tendencias muchas veces inconcientes como el exhibicionismo, el deseo de mancillar la piel o quizá también la autoagresión.

SE ha pensado que el vitiligo podría representar un equivalente de la angustia traumática como perder un ser querido, este hecho se representaría por pérdida del pigmento, una especie de vacío cutáneo.

Se dice que estos pacientes tienen tendencia a la neurosis, no existe una personalidad distintiva en los pacientes con vitiligo, como la de los niños atópicos- pero hay rasgos comunes entre ellos: hostilidad, indiferencia, dificultad para establecer buenas relaciones familiares y extrafamiliares, introversión, agresividad y depresión. Se habla de una personalidad histérica, con llanto fácil e inestabilidad emocional. (17)

La neurodermatitis ocupa uno de los primeros 5 lugares dentro de la patología dermatológica, en especial en la primera década de la vida, aunque en la actualidad se ha hecho frecuente en la 2a y 3a. décadas. Afectando de igual forma a hombres y mujeres.

SE ha observado que los pacientes con neurodermatitis son vivos, inteligentes, simpáticos (enfermedad de los niños bonitos), inestables emocionalmente, con labilidad emocional, celosos, teatreros e hiperactivos

Situaciones conflictivas que angustian al paciente, como la presentación de un exámen, disgustos familiares etc, pueden encontrarse antes de la aparición de un brote de lesiones.

El ambiente familiar es habitualmente negativo al paciente, las madres son rígidas, perfeccionistas y dominantes, con poca receptividad para las necesidades afectivas casi siempre aumentadas en estos niños.

Las relaciones entre los padres son conflictivas y no se ocultan al pequeño paciente, que en ocasiones vive en guarderías o internados y recibe poca atención de los padres que en cambio exigen mucho de él, estos niños tienen sed de amor y no lo reciben de las personas que los rodean.

El nacimiento de otro hermanito puede precipitar una crisis en la enfermedad, siendo más frecuente en el primogénito. (18)

En la alopecia en áreas o pelada se ha encontrado el antecedente de un choque emocional, en los niños el destete prematuro, nacimiento de otro hermanito o abandono. En el adulto se han identificado situaciones de conflicto de las que no pueden salir por su incapacidad para tomar decisiones.

En un estudio psicológico de 30 pacientes realizado en el Centro Dermatológico Pascua se encontraron antecedentes de este tipo en el 63% de los casos y se demostró una neurosis de ansiedad en la mayoría de ellos. No se sabe si esta es la causa o efecto de la enfermedad. (19)

En México la psoriasis se encuentra dentro de las 15

principales enfermedades que afectan la piel, predomina en el adulto joven entre la 3a y 4a década de la vida.

Los brotes coinciden muchas veces con disturbios emocionales, pero no se ha comprobado que la psoriasis sea una enfermedad psicosomática, las lesiones por su rebeldía y aspecto antiestético, pueden producir cambios emocionales en algunos enfermos, labilidad afectiva y estados de ansiedad que podrían ser consecuencia de la enfermedad y no la causa. (20)

La mayoría de los casos de acné se presentan en la 2a. década de la vida y menos en la 3a.

Cuando las lesiones del acné afectan en forma importante el aspecto estético del paciente, por ejemplo: en el acné conglobata que llega a producir lesiones y deformaciones importantes, se altera la esfera psicológica del paciente. El acné más que una enfermedad psicosomática es una enfermedad somatopsíquica. (21)

Las verrugas vulgares preocupan al paciente por el aspecto antiestético que producen. Está probado científicamente y en estudios doble ciego, la utilidad de los placebos en estas afecciones orgánicas. A veces al utilizar una psicoterapia armada: pintar verrugas de colores, aplicar luces de colores y hasta el hipnotismo llegan a dar resultados. (22)

El conocer la relación entre la presencia de psico

dermatosis y dinámica familiar alterada será de gran utilidad y trascendencia ya que el paciente será evaluado - integralmente, no sólomente su enfermedad orgánica sino- también su enfermedad psicológica, ya que se pueden identificar a los pacientes que requieran terapia familiar y -canalizarlos para que reciban atención lo más pronto posible. Con esta medida el equipo de salud trabajará visualizando al individuo como un ser biopsicosocial que necesita atención en las 3 esferas: biológica, psicológica y social y no solamente en una de éstas áreas. Este estudio será de utilidad al Instituto ya que al evaluar integralmente al paciente, la atención médica será de alta calidad lo que hará que el derechohabiente quede satisfecho - con esta atención.

El estudio es factible ya que para realizarlo no se necesita de un presupuesto alto, más bien de tiempo y de dedicación, en lo único que se invertirán recursos económicos es en el fotocopiado de los cuestionarios y en el pasaje de la autora de esta tesis de Puebla a México cada 15 días, ya que me encuentro realizando mi rotación foránea.

Existe poca investigación acerca de la evaluación de la dinámica familiar dentro del proceso salud-enfermedad y es necesario que los médicos familiares por su perfil - de formación en esta especialidad, den este tipo de enfo-

que y con esto contribuyan a elevar la calidad de la -
atención médica en el primer nivel, así como consolidar
la imagen de esta especialidad. (14)

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la frecuencia de dinámica familiar alterada en pacientes con psicodermatosis.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

*Conocer si existe alteración en la comunicación en pacientes con psicodermatosis.

*Conocer si existe alguna alteración en los roles - en pacientes con psicodermatosis.

*Conocer si existe alguna alteración en los límites en pacientes con psicodermatosis.

*Conocer si existe alteración en la expresión afectiva en pacientes con psicodermatosis.

*Conocer si existe alteración en la identificación de problemas en pacientes con psicodermatosis.

*Conocer si existe alteración en la autonomía de acciones en pacientes con psicodermatosis.

*Conocer si existe alteración en el apoyo en pacientes con psicodermatosis.

*Conocer si existe un involucramiento afectivo deficiente entre madre e hijo, en pacientes con psicodermatosis.

*Conocer por medio del familiograma la etapa del ciclo vital en la que se encuentran las familias estudiadas

*Conocer por medio del familiograma la tipología familiar de las familias estudiadas.

METODOLOGIA.

TIPO DE ESTUDIO: Se realizará un estudio descriptivo, prospectivo, transversal.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO: Se captarán a los pacientes que se presenten a consulta en la UMF - "Ignacio Chávez", los cuales padezcan alguna psicodermatosis. El estudio se llevará acabo de Mayo a Septiembre de 1998.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA: El muestreo será no aleatorio y de tipo secuencial, incluyendo a todos los pacientes que se captan en el período mencionado.

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- °Ser derechohabiente de la UMF "IGNACIO CHAVEZ"
- °Ser portador de una psicodermatosis.
- °Ser mayor de 18 años.
- °Presentarse a consulta en los meses de Mayo a Septiembre de 1998.
- °Dar su consentimiento para la realización del estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- °No ser derechohabiente de la UMF "Ignacio Chávez"
- °Paciente con una enfermedad diferente a una psicodermatosis.
- °Ser menor de 18 años.
- °Presentarse a consulta antes del mes de Mayo y después del mes de Septiembre.
- °No dar su consentimiento para la realización del estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- °No acudir a la cita para la realización del cuestionario.
- °Dar un número de teléfono equivocado.
- °Pacientes con diagnóstico de psicodermatosis equivocado.

INFORMACION A RECOLECTAR.

Se investigará si existe alteración en:

- *Comunicación: Si es clara, congruente, directa y retroalimentada.
- *Roles: Si se aceptan y cumplen.
- *Límites: Si son claros y flexibles.
- *Expresión afectiva: Si se expresa el coraje, el miedo, la tristeza, el amor y la alegría.

*Identificación de problemas: Si hay acuerdo en-
identificarlos, acuerdo en resolverlos y solución de-
problemas.

*Autonomía de acciones: Si existe o no.

*Apoyo familiar: En el fracazo y en el éxito.

*Involucramiento afectivo madre e hijo en la infan-
cia, si era adecuado o deficiente.

* Tipología familiar y etapa del ciclo vital de las
familias estudiadas.

PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION.

Se solicitará la colaboración de todos los médicos-
que laboran en la UMF "Ignacio Chávez", se colocarán u -
nas hojas en cada consultorio, en las cuales se pedirá -
que cada vez que llegue un paciente a consulta con psico-
dermatosis sea captado anotando nombre, expediente, telé-
fono y diagnóstico. SE captarán todos los pacientes que-
lleguen en el lapso de tiempo mencionado. SE llamará a -
los pacientes para hacer una cita para la entrevista pa-
ra los próximos 15 días, un día antes de la cita se lla-
mará nuevamente al paciente para confirmar la cita. La -
entrevista se llevará acabo en la UMF "Ignacio Chávez" -
se explicará al paciente el motivo del estudio y se rea-
lizará el familiograma y se aplicará el cuestionario pa-
ra evaluar la funcionalidad familiar.

CONSIDERACIONES ETICAS.

1. El presente estudio está basado en el conocimiento de la literatura científica sobre el tema a estudiar.

2. El diseño y ejecución de este estudio está claramente formulado en un protocolo el cual es supervisado por un asesor.

3. El estudio será conducido por la autora de esta tesis, residente del 3er. año de la especialidad de Medicina Familiar, bajo la supervisión del Dr. Isaías Hernández; médico familiar, el cual cuenta con la preparación, conocimientos y experiencia necesarias para la realización de este protocolo. Recayendo la responsabilidad sobre dos profesionales médicamente calificados.

4. La importancia del estudio está en proporción a los riesgos inherentes al mismo.

5. Han sido cuidadosamente evaluados los riesgos en comparación con los beneficios para el paciente y su familia, encontrándose sólo el riesgo de remover en el paciente conflictos emocionales ya existentes en él, pero con la opción de que todo paciente que así lo amerite se canalizará a terapia familiar o individual, con la finalidad de encontrar los instrumentos necesarios para superar sus conflictos. De esta manera el paciente sentirá que obtiene una ganancia y no sólo fue objeto de estudio. Si el paciente vive sometido a gran estrés y no lo maneja adecuadamente, se orientará sobre manejo del mismo.

6. Se manejará información sobre la vida privada del paciente, respetando su intimidad sin dañar su integridad física o mental.

7. Los riesgos en este estudio son previsible, no se manejarán medicamentos que pusieran en peligro la vida del paciente o pudieran agravar su enfermedad.

8. La autora de esta tesis se compromete a preservar la veracidad de los resultados de este estudio.

9. Cada paciente será informado sobre el motivo del estudio, los objetivos, métodos, riesgos y beneficios que pueda provocar el mismo y siempre se solicitará su consentimiento para participar en el estudio, pudiendo negarse a participar o abandonar el estudio cuando así lo decidiese

10. No se ejercerá presión en ningún paciente bajo ninguna circunstancia para lograr que participe en dicho estudio.

11. Este protocolo de investigación contiene las consideraciones éticas antes mencionadas, basadas en la Declaración de Helsinki.

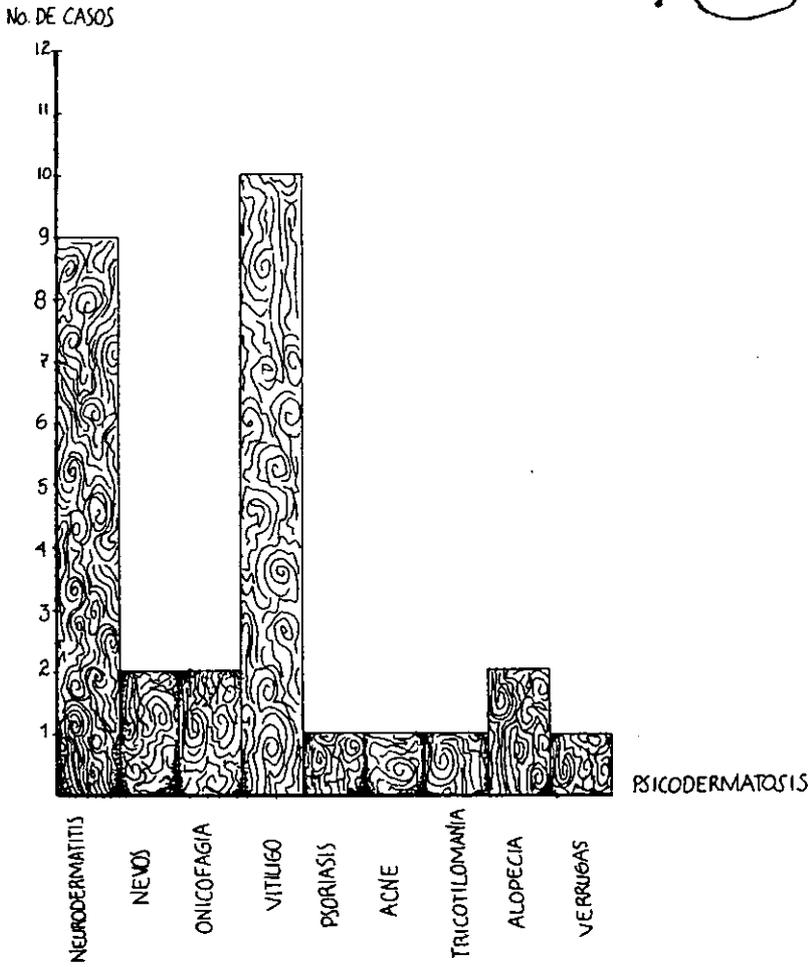
RESULTADOS :

PSICODERMATOSIS MAS FRECUENTE

Cuadro 1

PSICODERMATOSIS	No. CASOS	%
NEURODERMATITIS	9	33
NEVOS	2	7
ONICOFAGIA	2	7
VITILIGO	10	34
PSORIASIS	1	3
ACNE	1	3
TRICOTILOMANIA	1	3
ALOPECIA	2	7
VERRUGAS	1	3
TOTAL	29	100

gráfica 1

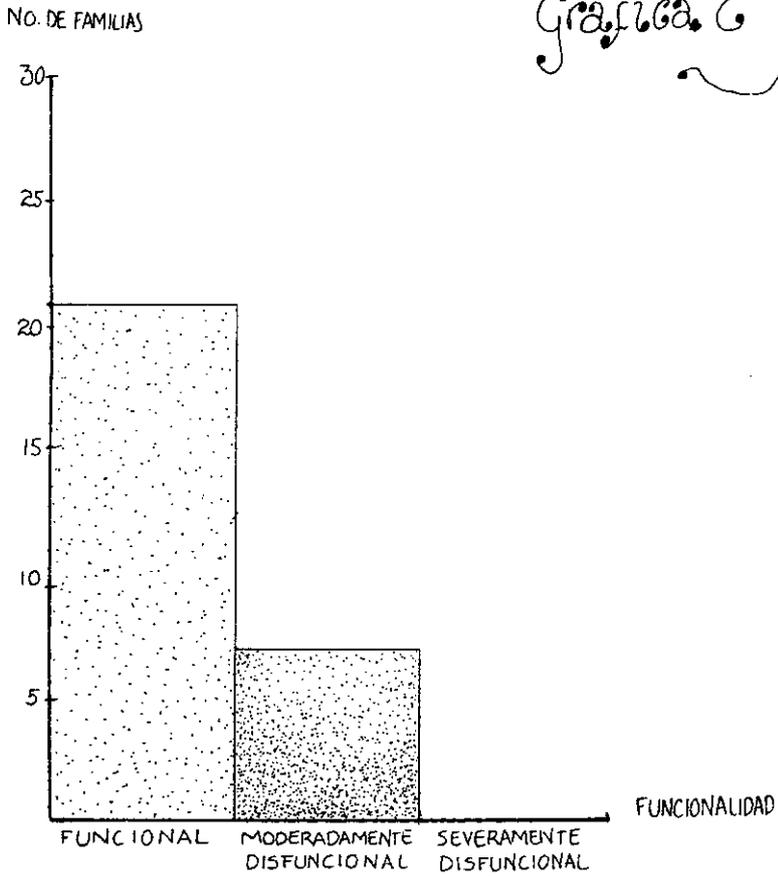


DINAMICA FAMILIAR

Cuadro 2

FUNCIONALIDAD	No. FAMILIAS	%
FUNCIONAL	21	75
MODERADAMENTE DISFUNCIONAL	7	25
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	0	0
TOTAL	28	100

Grafica 2



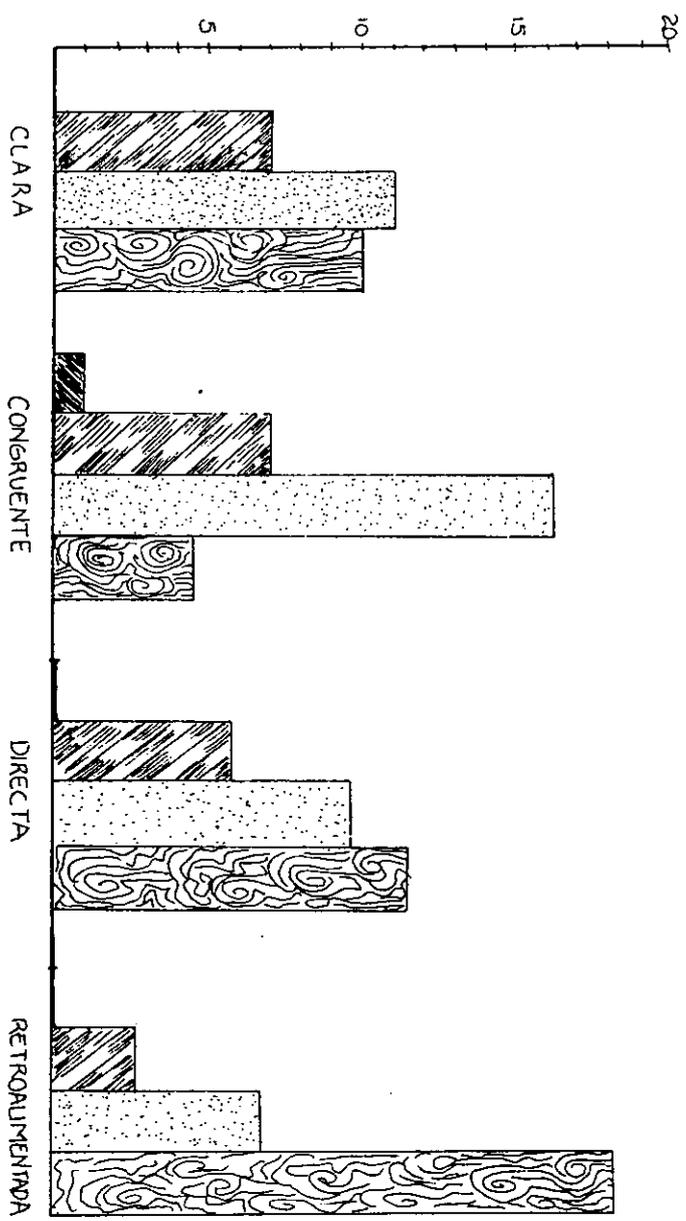
COMUNICACION

Cuadro 3

TIPO	NUNCA		OCASIONAL		FRECUEN- MENTE.		SIEMPRE		TOTAL	
CLARA	0	0%	7	25%	11	39%	10	36%	28	100%
CONGRUENTE	1	4%	7	25%	16	57%	4	14%	28	100%
DIRECTA	0	0%	6	21%	10	36%	12	43%	28	100%
RETROALI- MENTADA	0	0%	3	11%	7	25%	18	64%	28	100%

No. DE FAMILIAS

Gráfica 3



TIPO DE COMUNICACION

■ NUNCA
■ OCASIONAL
■ FRECUENTEMENTE
■ SIEMPRE

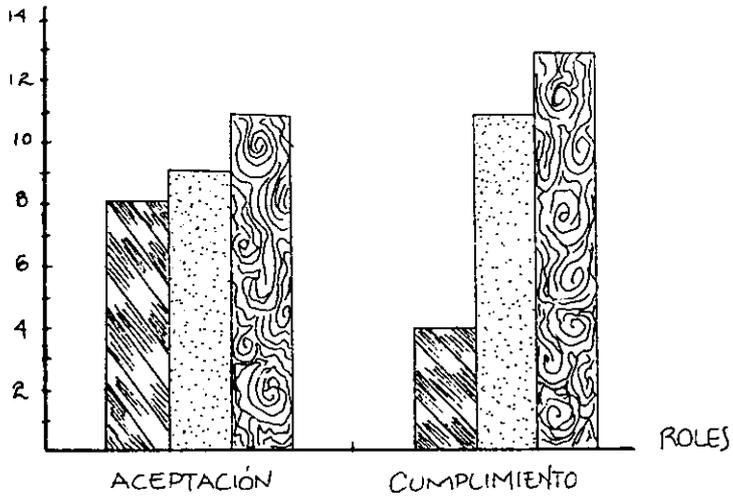
ROLES

Cuadro 4

	NUNCA		OCASIONAL		FRECUEN- TEMENTE.		SIEMPRE		TOTAL
ACEPTA- CION.	0	0%	8	29%	9	32%	11	39%	28 100%
CUMPLI- MIENTO.	0	0%	4	14%	11	39%	13	46%	28 100%

gráfica 4

NO. DE FAMILIAS



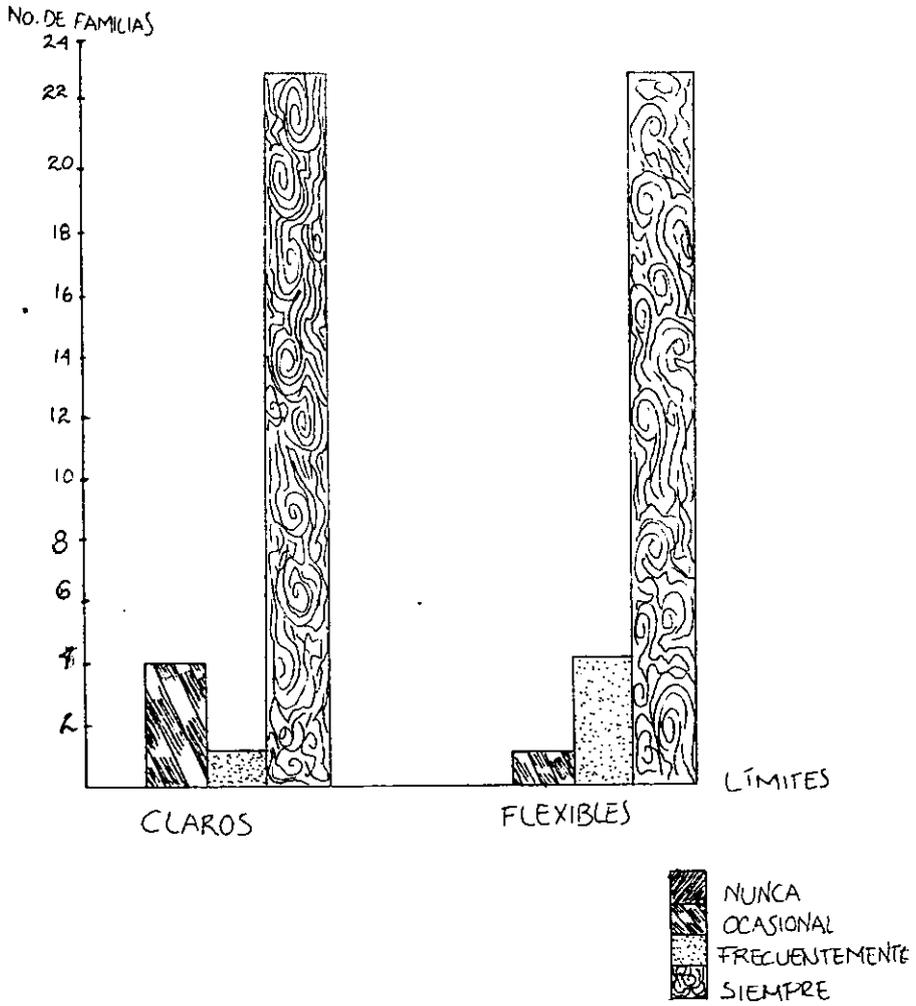
NUNCA
OCASIONAL
FRECUENTEMENTE
SIEMPRE

LIMITES

Cuadro 5

	NUNCA	OCASIONAL	FRECUEN- MENTE.	SIEMPRE	TOTAL
CLAROS	0 0%	4 14%	1 3%	23 83%	28 100%
FLEXIBLES	0 0%	1 3%	4 14%	23 83%	28 100%

gráfica 3

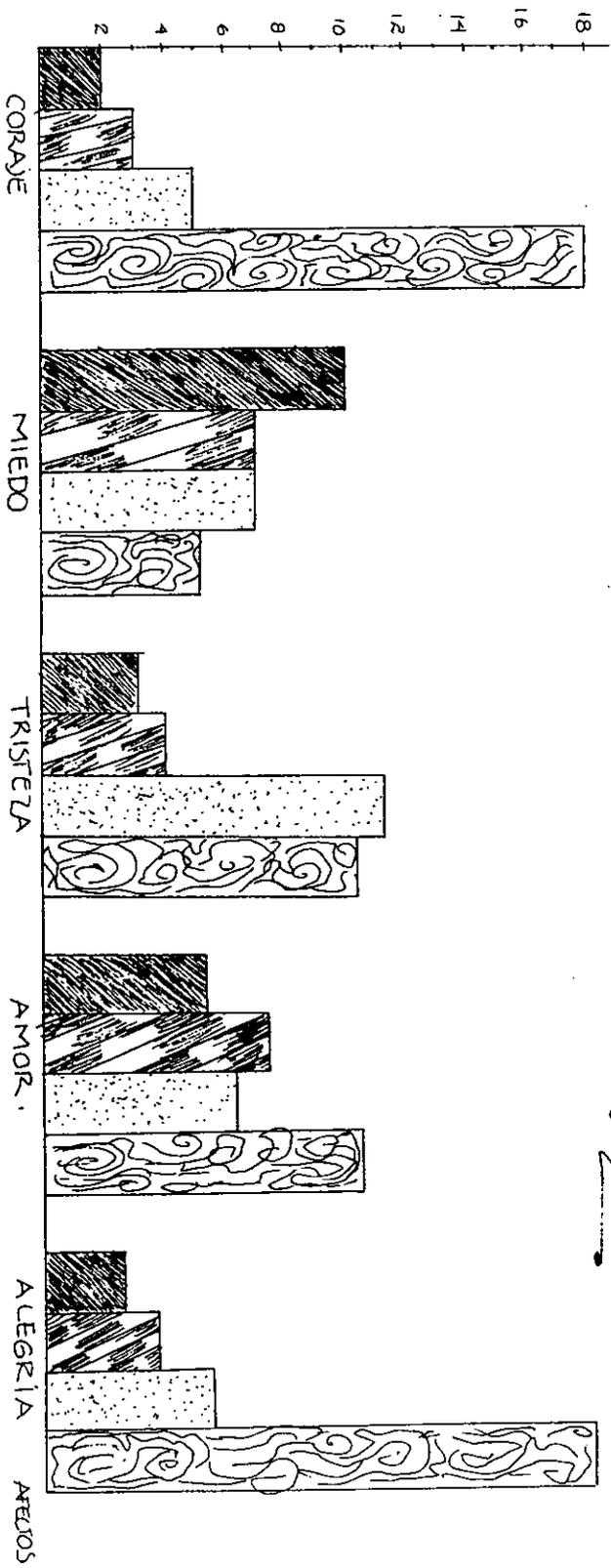


EXPRESION AFECTIVA

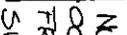
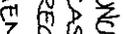
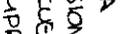
Cuadro 6

	NUNCA	OCASIONAL	FRECUEN- TAMENTE.	SIEMPRE	TOTAL
CORAJE	2 7%	3 11%	5 18%	18 64%	28 100%
MIEDO	10 34%	7 25%	7 25%	4 14%	28 100%
TRISTEZA	3 11%	4 14%	11 39%	10 34%	28 100%
AMOR	5 18%	7 25%	6 22%	10 34%	28 100%
ALEGRIA	2 7%	3 11%	5 18%	18 64%	28 100%

NO. DE FAMILIAS



Gráfica 6

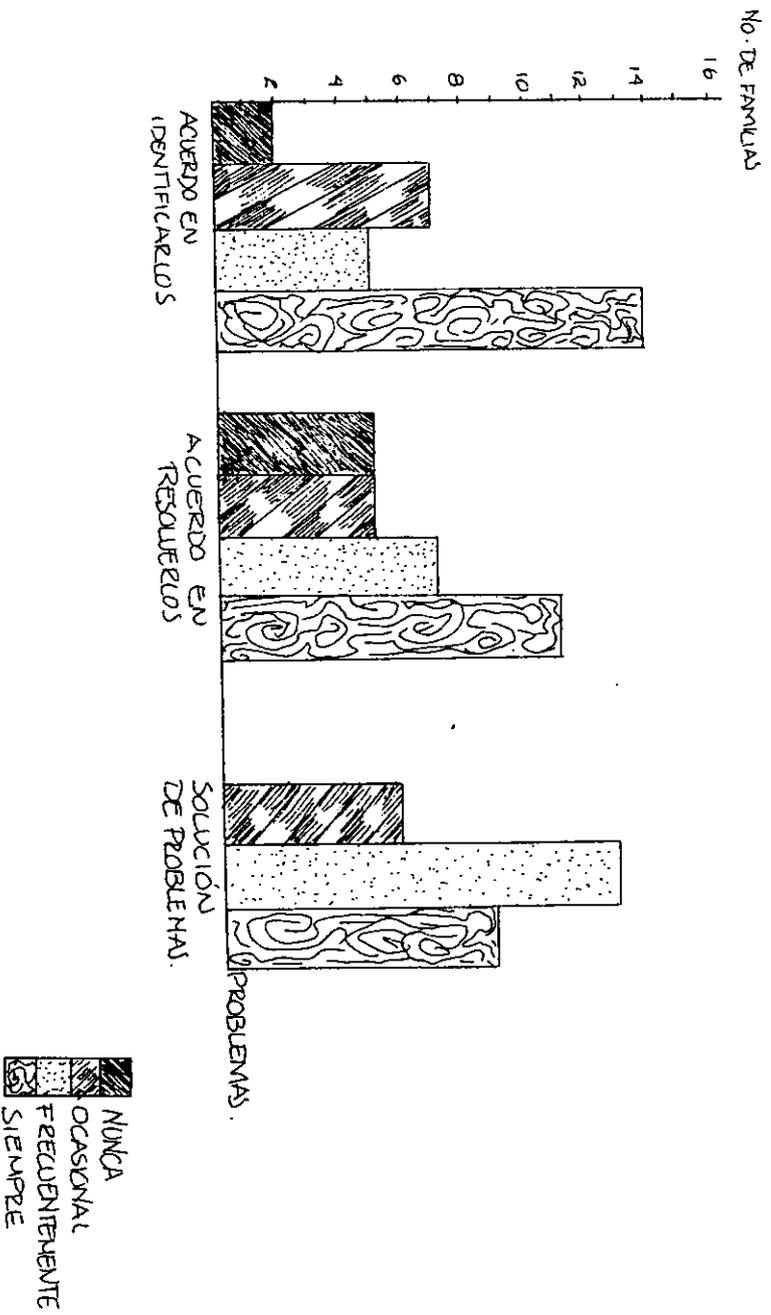
 NUNCA
 OCASIONAL
 FRECUENTEMENTE
 SIEMPRE

IDENTIFICACION DE PROBLEMAS

Cuadro 7

	NUNCA	OCASIONAL	FRECUEN- TAMENTE.	SIEMPRE	TOTAL
ACUERDO IDENTIFICARLOS	2 7%	7 25%	5 18%	14 50%	28 100%
ACUERDO RESOLVERLOS	5 18%	5 18%	7 25%	11 39%	28 100%
SOLUCION PROBLEMAS	0 0%	6 21%	13 48%	9 31%	28 100%

Gráfica 7



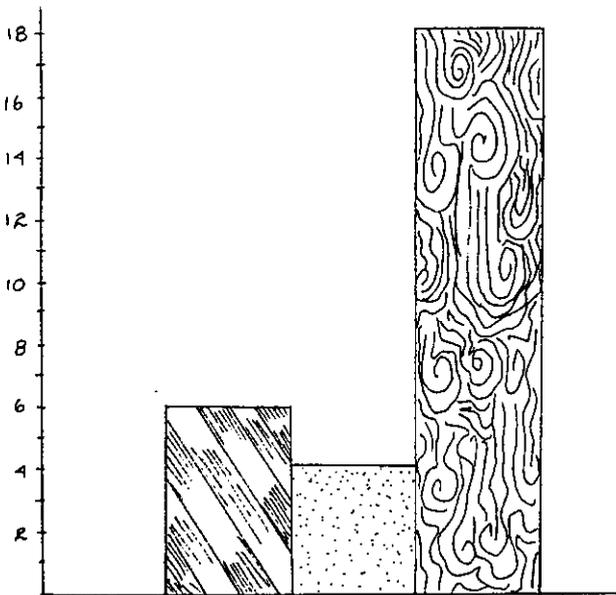
AUTONOMIA DE ACCIONES

Cuadro 8

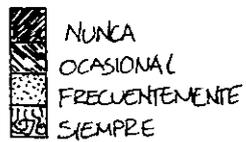
	NUNCA	OCASIONAL	FRECUEN- TEMENTE.	SIEMPRE	TOTAL
AUTONOMIA DE ACCIONES.	0 0%	6 22%	4 14%	18 64%	28 100%

gráfica 8

No. DE FAMILIAS



AUTONOMIA DE ACCIONES

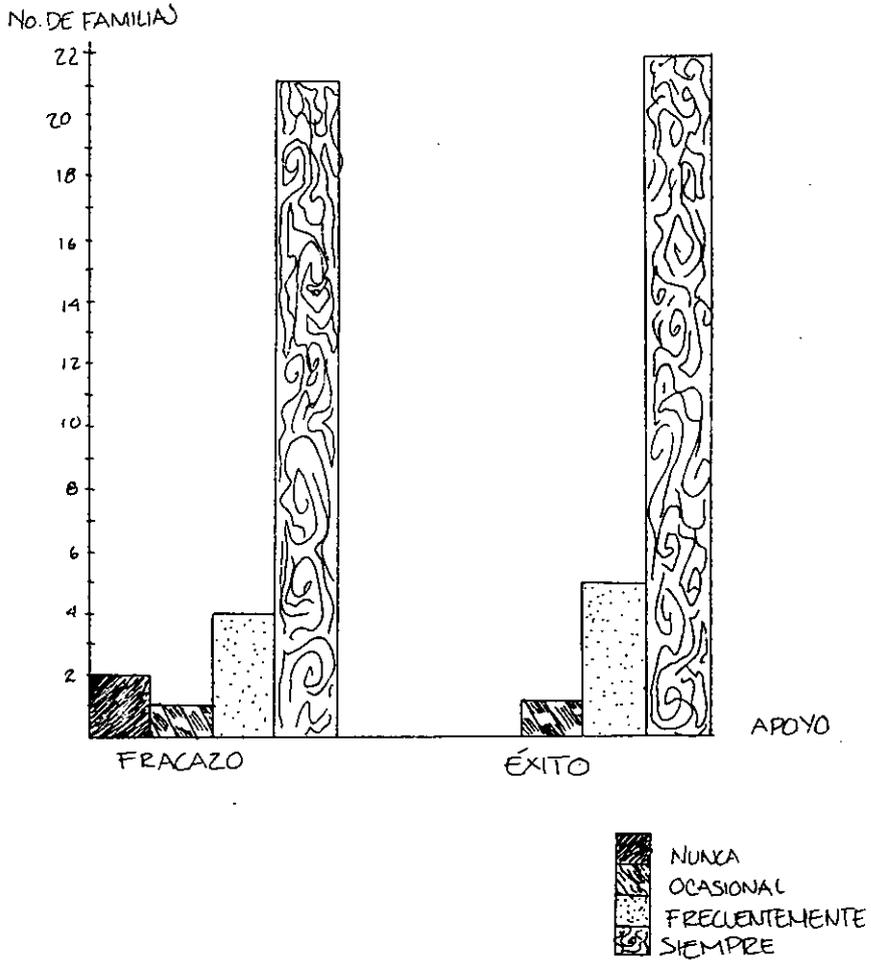


APOYO

Cuadro 9

APOYO	NUNCA		OÇASIONAL		FRECUEN- TAMENTE.		SIEMPRE		TOTAL	
FRACAZO	2	7%	1	3%	4	14%	21	75%	28	100%
EXITO	0	0%	1	3%	5	18%	22	79%	28	100%

gráfica 9



RELACION MADRE E HIJO

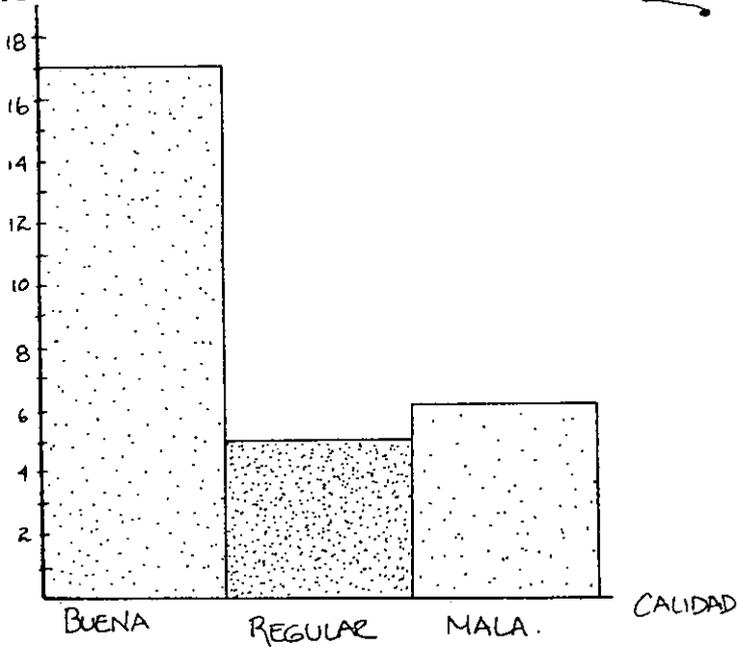
CALIDAD DE LA RELACION

Cuadro 10

CALIDAD	BUENA	REGULAR	MALA	TOTAL .
	17 61%	5 18%	6 21%	28 100%

Gráfica 10

No. DE PACIENTES.



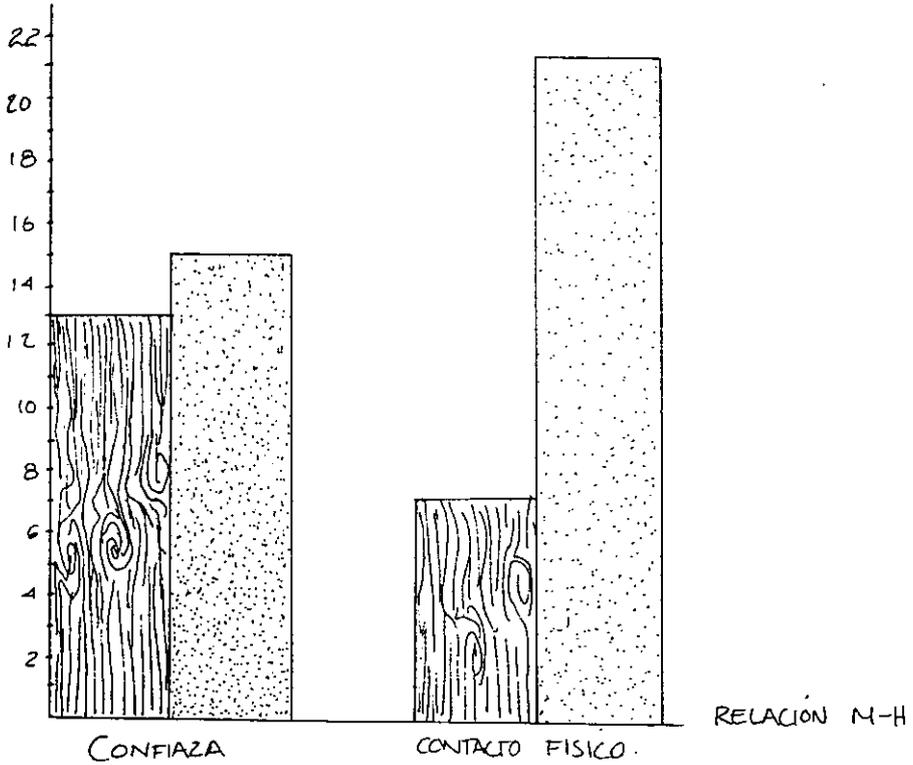
RELACION MADRE E HIJO EN LA INFANCIA

Cuadro 11

	SI		NO		TOTAL	
CONFIANZA	13	46%	15	54%	28	100%
CONTACTO FISICO.	7	25%	21	75%	28	100%

Gajica 11

Nº. DE PACIENTES



SI
NO

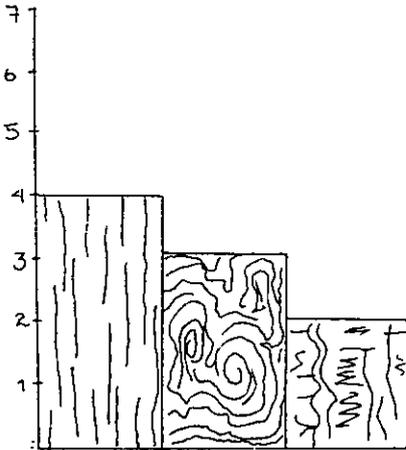
ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD PSICOSOMATICA EN -
 PACIENTES CON PSICODERMATOSIS.

Cuadro 12 A

ENFERMEDAD PSICOSOMATICA	No. DE CASOS	
GASTRITIS	4	44%
ASMA	3	34%
VITILIGO	2	22%
TOTAL	9	100%

Gráfica 12A

No. De PACIENTES



ENFERMEDAD
PSICOSOMÁTICA

 GASTRITIS
 ASMA
 VITILIGO

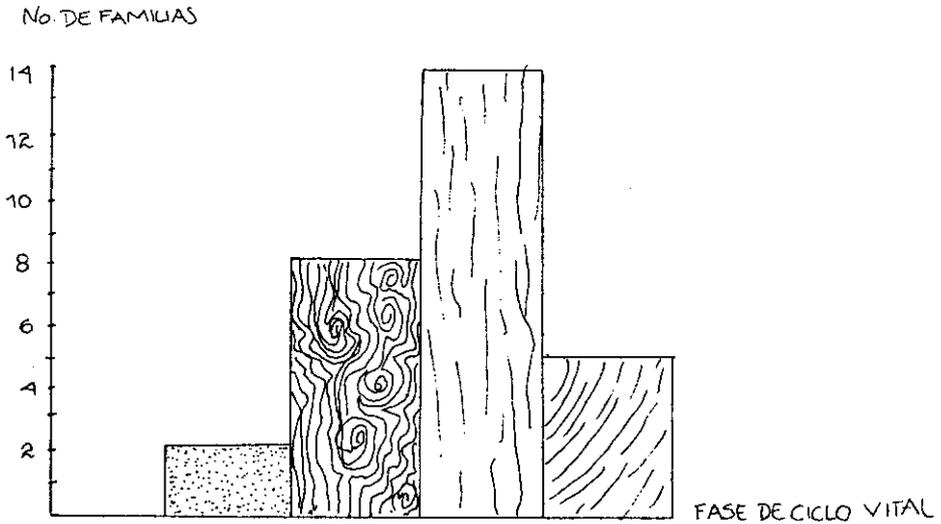
ETAPA DEL CICLO VITAL

Cuadro 12 B

ETAPA DEL CICLO VITAL	No.	CASOS.
MATRIMONIO	0	0%
EXPANSION	1	4%
DISPERSION	8	28%
INDEPENDENCIA	14	50%
RETIRO	5	18%
TOTAL	28	100%

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

gráfica 12.3



TIPOLOGIA FAMILIAR

ESTRUCTURA

Cuadro 13

ESTRUCTURA	No. CASOS.	
NUCLEAR	14	50%
EXTENSA	14	50%
EXTENSA COMPUESTA	0	0%
TOTAL	28	100%

DESARROLLO

Cuadro 14

DESARROLLO	No. DE CASOS	
MODERNA	13	46%
TRADICIONAL	15	54%
TOTAL	28	100%

TIPOLOGIA FAMILIAR

DEMOGRAFIA

Cuadro 15

DEMOGRAFIA	No. DE CASOS
URBANA	28 100%
RURAL	0 0%
TOTAL	28 100%

TIPOLOGIA

Cuadro 16

TIPOLOGIA	No. DE CASOS
PROFESIONAL	10 36%
OBRERA	18 64%
CAMPESINA	0 0%
TOTAL	28 100%

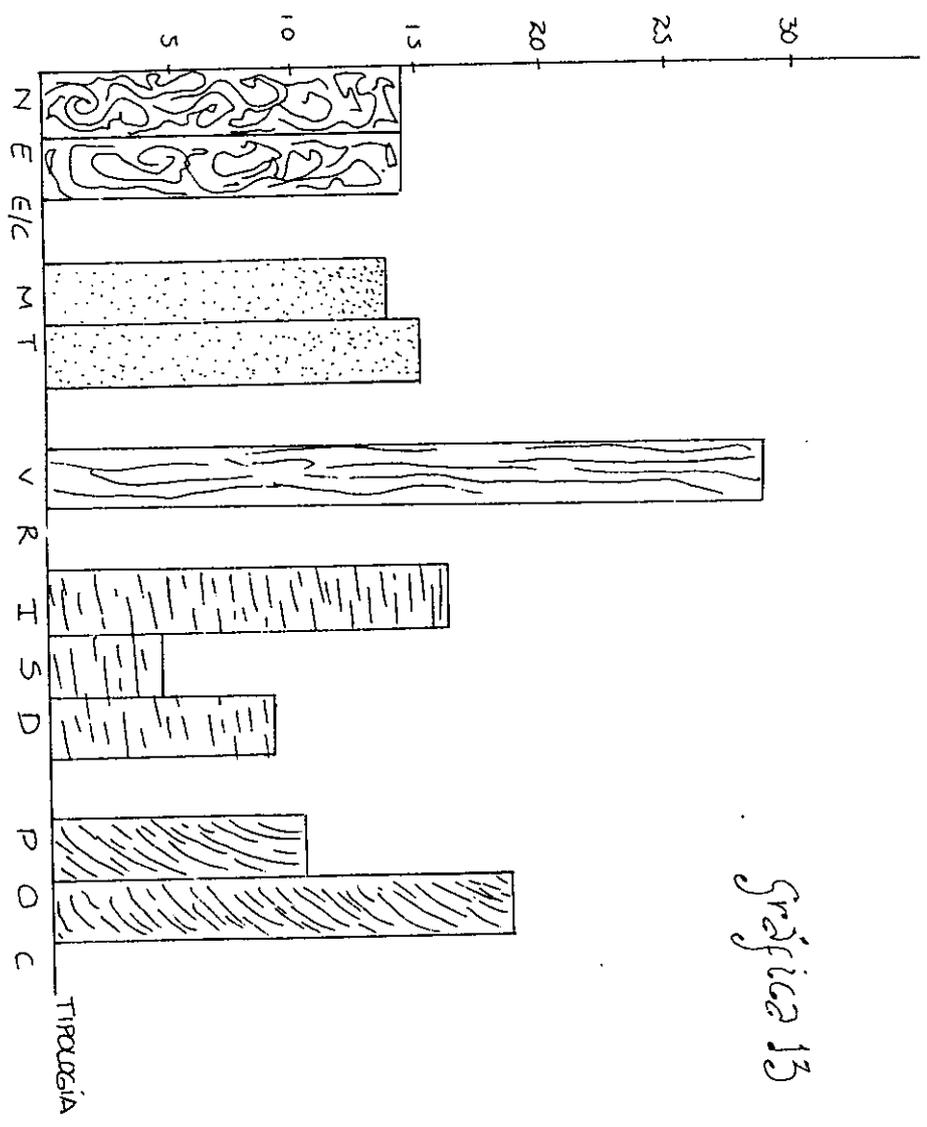
TIPOLOGIA FAMILIAR

INTEGRACION

Cuadro 17

INTEGRACION	No. DE CASOS	
INTEGRADA	16	58%
SEMIINTEGRADA	4	14%
DESINTEGRADA	8	28%
TOTAL	28	100%

Gráfica 13



ESTRUCTURA

DESARROLLO

DENOGRAFIA

INTEGRACION

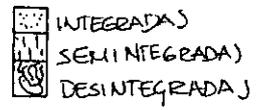
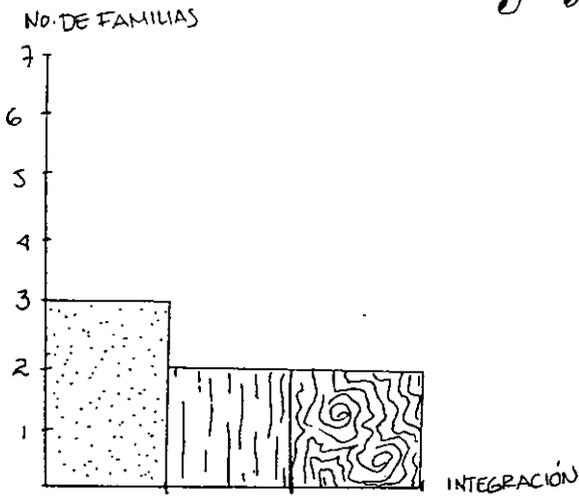
TIPOLOGIA

INTEGRACION EN FAMILIAS CON DISFUNCION MODERADA

Cuadro 18

INTEGRACION	No. DE CASOS
INTEGRADAS	3 40%
SEMIINTEGRADAS	2 30%
DESINTEGRADAS	2 30%
TOTAL	7 100%

Gráfica 18



RESULTADOS.

En la gráfica núm 1 se observa que las psicodermatosis más frecuentes fueron vitiligo con un 34% y neurodermatitis con un 33%.

En el cuadro núm 2 se observa que el 75% de las familias estudiadas fueron funcionales y el 25% moderadamente disfuncionales.

En la gráfica núm 3 observamos que la comunicación - fue siempre clara en un 36% y frecuentemente clara en un 39%. Fue congruente siempre en un 14% y frecuentemente - en un 57%. Fue siempre directa en un 43% y frecuentemente - directa en un 36%. Fue siempre retroalimentada en un 64% y frecuentemente retroalimentada en un 25%.

En el cuadro núm 4 se observa que siempre aceptaron - sus roles en un 39%, los aceptaron frecuentemente en un - 32%. Se cumplieron siempre los roles en un 46% y se cum - plieron frecuentemente en un 39%.

En la gráfica núm 5 se observa que los límites fue - ron siempre claros en un 83% y frecuentemente claros en - un 3%. Los límites fueron flexibles en un 83% siempre y en un 14% frecuentemente flexibles.

En el cuadro núm 6 observamos que el coraje siempre - se expresó en un 64% y se expresó frecuentemente en un 18%

El miedo se expresó siempre en un 14% y frecuentemente en un 25%.

La tristeza siempre se expresó en un 34% y se expresó frecuentemente en un 39%.

El amor siempre se expresó en un 34% y se expresó frecuentemente en un 22%.

La alegría siempre se expresó en un 64% y se expresó frecuentemente en un 18%.

En la gráfica núm 7 se observó que las familias siempre se ponen de acuerdo para identificar sus problemas en un 50% y se ponen de acuerdo en identificar sus problemas en un 18% frecuentemente. Se ponen de acuerdo para resolver sus problemas en un 39% siempre y en un 25% frecuentemente. Se llega siempre a la solución de los problemas en un 31% y en un 48% frecuentemente.

En el cuadro núm 8 se observa que en las familias siempre existe autonomía de acciones en un 64% y en un 14% existe autonomía frecuentemente.

En la gráfica núm 9 se observa que las familias siempre se apoyan en el fracaso en un 75% y en 14% lo hacen frecuentemente. Las familias siempre se apoyan en el éxito en un 79% y en un 18% lo hacen frecuentemente.

En el cuadro 10 se observa que la relación madre e hijo en la infancia fue en un 61% buena, en un 18% regular y en un 21% mala.

En la gráfica número 11 se observa que el 54% de los pacientes estudiados le tenían confianza a su madre, contra un 46% que no se la tenían. El 75% de los pacientes refirieron no tener contacto físico con la madre contra un 25% que si lo tuvo.

En el cuadro 12A se observa que de las enfermedades psicósomáticas encontradas, la gastritis fue la más frecuente en el 44% de los casos.

En la gráfica 12 B se observa que el 50% de las familias estudiadas se encontraba en fase de independencia-un 28% en fase de dispersión, un 18% en fase de retiro y un 4% en fase de expansión.

En el cuadro 13 se observa que el 50% de las familias fueron nucleares y el 50% extensas.

En el cuadro 14 se observa que el 54% de las familias fueron tradicionales y el 46% modernas.

En el cuadro número 15 se observa que el 100% de las familias fueron urbanas.

En el cuadro núm 16 se observa que el 64% de las familias fueron obreras y el 36% profesionales.

En el cuadro núm 17 se observa que el 58% de las familias fueron integradas, el 28% desintegradas y el 14% semiintegradas.

En la gráfica número 18 se observa que de las familias con disfunción moderada el 40% fueron integradas, el

DISCUSION.

En el estudio realizado se encontraron psicodermatosis de los 3 grupos según la clasificación de Obermayer, pero predominaron 2 padecimientos: vitiligo y neurodermatitis; los cuales pertenecen al 2o. grupo de dicha clasificación, en los cuales el factor psicológico juega un papel importante, pero no es el único. (8)

El vitiligo (17) y la neurodermatitis (18) son dos patologías que ocupan los primeros lugares dentro de la consulta dermatológica y con los resultados obtenidos constatamos este dato.

Las dos patologías son multifactoriales y en este estudio, identificamos varios factores que están presentes en ambas : 1) Existe un factor orgánico específico para cada una de ellas. 2) Como variable empírica se observó que el estrés se encuentra presente en todos los pacientes, los cuales refirieron sentirse presionados por: el tiempo que no les alcanza para realizar todas las actividades que desean, la economía que cada vez es más precaria, la delincuencia que nos amenaza día a día etc. Todo esto condiciona que el paciente se encuentre en estrés contante, lo cual produce múltiples alteraciones en-

el sistema neurovegetativo y autoinmune. 3) Otro factor es el temperamento del paciente, sus familiares refieren que son perfeccionistas, exigentes con los demás y poco pacientes (8)

Sólo un paciente presentó 2 psicodermatosis que fueron: neurodermatitis y nevos. Otro paciente presentó neurodermatitis y una patología psiquiátrica (psicosis maniaco-depresiva).

Aplicando el cuestionario para evaluar la funcionalidad familiar se encontró que el 75% de las familias fueron funcionales y el 25% moderadamente disfuncionales.

DE las familias que se encontraron en el rubro de moderadamente disfuncional, 5 familias el 71% fueron pacientes con vitiligo probablemente porque estos pacientes tienen dificultad para establecer buenas relaciones familiares y extrafamiliares, siendo inestables emocionalmente. (17)

A todas las familias se les dió orientación para manejo del estrés, sugiriendo técnicas para combatirlo como: actividades manuales, ejercicio, técnicas de relajación, musicoterapia etc.

Las familias con disfunción moderada fueron canalizadas al servicio de Psicología, ya que eran candidatas a terapia familiar, y ya que la UMF "Ignacio -

Chávez " es de las pocas que cuenta con este servicio y no quisimos desaprovechar este recurso.

De las 21 familias (75%) que después de aplicar el cuestionario resultaron funcionales se encontró en 5 de ellas (19%) problemas como: drogadicción, problemas de pareja y depresión; siendo candidatos a terapia familiar, por lo que se canalizaron a Psicología, probablemente éstas familias no se identificaron como disfuncionales, ya que sólo presentaban alteraciones en alguno de los parámetros que se tomaron en cuenta para evaluar la dinámica familiar. DE estas 5 familias canalizadas a Psicología: 2 padecían vitiligo, 2 neurodermatitis y 1 onicofagia.

En resumen del 100% de los pacientes que padecían vitiligo , 70% fueron canalizados a Psicología por ser candidatos a terapia familiar.

En las familias con disfunción familiar moderada, había alteración en los diferentes parámetros que se valoraron, pero todas coincidieron en que en éstas familias no existía una identificación de los problemas, no se ponían de acuerdo en como resolverlos y por lo tanto a veces éstos problemas no se resolvían, además en éstas familias se tendía a no expresar las emociones; el miedo, el amor, la tristeza, la alegría y el coraje eran contenidos.

La comunicación fue clara en un 75% de los casos, con gruenta en un 81%, directa en un 80% y retroalimentada en un 90%, lo que nos indica que en la mayoría de las familias

estudiadas existía una comunicación adecuada, siendo clara porque los mensajes se entendían y no quedaba duda, congruente, porque los mensajes verbales y no verbales eran compatibles, haciendo lo que se dice, directa porque va dirigida a la persona que se pretende que la reciba o sea que es frente a frente y retroalimentada porque siempre se obtiene una respuesta (25)

El 75% de las familias aceptan su rol dentro de la misma y el 85% lo cumplen. Lo anterior da como resultado que en una familia se funcione adecuadamente, realizando cada uno de sus miembros sus tareas con éxito. (12)

Se observa una diferencia entre el aceptar y cumplir un rol, y se tiende más a cumplir aunque no se haya aceptado. Probablemente se deba a que en ocasiones no queremos aceptar alguna tarea que nos corresponde más sin embargo tenemos que cumplirla o comprendemos que es necesario que la realizemos para que la familia funcione adecuadamente.

En el 86% de las familias los límites son claros y en el 97% son flexibles. Esto nos indica que están bien definidos los derechos de cada uno de sus miembros, en su convivencia grupal y que se pueden negociar modificaciones en caso necesario (12)

En cuanto a la expresión afectiva encontramos que el coraje se expresa en un 80%, el miedo en un 40%, la tristeza en un 75%, el amor en un 60% y la alegría en un 80%

Observamos que los sentimientos que más se expresan son el coraje, la alegría y la tristeza. El amor se expresa menos frecuentemente y menos de la mitad de los pacientes estudiados expresan el miedo. Probablemente el no expresar el amor este relacionado con ideas culturales antiguas con las que se nos enseña: 1) Que un hombre no puede besar en la mejilla a otro hombre porque es criticado y - 2) Porque no se nos educa para expresar el cariño o el amor que sentimos por otras personas, mucho menos si no las conocemos, y en ocasiones las muestras de cariño son mal interpretadas. En la familia disfuncional existe la incapacidad de dar afecto. (12)

Por estas mismas circunstancias e ideas el miedo tendemos a no expresarlo y a veces a ocultarlo. Ya que en nuestra sociedad las personas que lo expresan son criticadas severamente.

El no expresar las emociones fue uno de los parámetros que se encontró constantemente presente en pacientes con psicodermatosis y en todas las familias identificadas con disfunción moderada. Por lo que se orientó a los pacientes a que es de suma importancia expresar los sentimientos, ya que la piel actúa y responde a las emociones de diferente forma, como fuente receptora de estímulos y a la vez como estimuladora, siendo el lugar donde se expresan, estas descargas fisiológicas (1). Por lo tanto la psico

dermatosis implican la canalización de una manifestación de ansiedad, cólera, miedo etc contenidas; y al expresarlas podremos disminuir los factores de riesgo para que se produzca una psicodermatosis.

70% de las familias estudiadas se ponen de acuerdo al identificar los problemas, 60% se ponen de acuerdo en como resolverlos y el 80% solucionan sus problemas.

La identificación de problemas fue otro de los parámetros que se encontró alterado en las familias con disfunción moderada y esto se debe a que una familia disfuncional utiliza sus problemas como un arma contra los demás y no como un medio de acercamiento o una crisis que les hará crecer continuamente (12)

En un 80% de las familias estudiadas existe autonomía de acciones, cada miembro de la familia es considerado como un individuo con pensamientos y sentimientos diferentes a su vez cada miembro tiene actividades que realiza con la familia y actividades que realiza fuera de ella. (12)

El 90% de las familias se apoyan en el fracaso y en el éxito el 98%. Esto nos indica que existe apoyo en la mayoría de las familias no sólo en los momentos de calma sino también en los de crisis (12)

61% de los pacientes refirieron tener una buena relación con su madre en la infancia, 28% regular y 21% mala.46%
re

firieron tenerle confianza y 54% no se la tenía. 25% -
refirieron tener contacto físico y 75% no lo tuvieron-

Estos resultados demuestran que más de la mitad -
de los pacientes tenían una buena relación con su ma -
dre, pero más de la mitad no le tenían confianza y 3/4
partes no tuvieron contacto físico con ellas. Esto indi
ca que en pacientes con psicodermatosis la relación -
temprana con la madre ha sido frustrante. No existien-
do proximidad corporal ni afectiva. (7)

En la infancia la percepción afectiva y los afec-
tos predominan en la experiencia infantil, excluyendo-
en la práctica a todos los demás modos de percepción(9).

El familiograma fue de gran ayuda en este estudio
ya que aporta datos muy útiles al médico familiar. Una
de sus tantas ventajas es que al realizarlo conocemos
que enfermedades han prevalecido en la familia y se -
pueden identificar pacientes en riesgo. (11)

En este trabajo de investigación observamos que -
en 9 de los pacientes estudiados (33%) había anteceden
tes en su familia de enfermedades psicósomáticas éstas
fueron: Asma, gastritis y vitiligo.

El 50% de las familias estudiadas se encontraba -
en fase de independencia y el 28% en fase de dispersión
18% en fase de retiro y 4% EN FASE DE EXPANSION.

La mitad de las familias se encontraban en fase de

independencia seguramente esto se deba a que en esta etapa los hijos se han casado, forman nuevas familias y se separan de sus familias de origen y los problemas de los abuelos aumentan ya que ahora no sólo son sus hijos sino los hijos de sus hijos, sus esposas etc. Aumentando las preocupaciones (24).

Casi la tercera parte de las familias se encuentra en la fase de dispersión, cuando los hijos están en edad escolar, una de las etapas en la que demanda atención constante de los padres siendo otro motivo más de preocupación. (24)

Las dos circunstancias antes mencionadas pueden contribuir a causar estrés constante en las familias.

En base a su estructura 50% de las familias fueron nucleares y 50% extensas. Lo que nos indica que en la actualidad es difícil independizarse y cada día más matrimonios se quedan a vivir en casa de alguna de sus familias de origen, por no contar con recursos económicos necesarios para establecerse en otro lugar.

En base a su desarrollo 46% de las familias fueron modernas y 54% tradicionales. Lo que nos indica que todavía predominan las familias donde el sostén económico es aportado sólo por el padre, aunque cada día más mujeres salen a trabajar y aportan también ingreso económico a las familias.

En base a su demografía el 100% de las familias - fueron urbanas, ya que el estudio fue realizado en la - ciudad de México y las zonas habitadas por las familias estudiadas cuentan con todos los servicios: agua, luz - drenaje, gas, teléfono, alumbrado, pavientación etc.

En base a su tipología el 64% fue obrera y el 36% fue profesional. Seguramente porque cada día es más difícil estudiar una profesión, ya que no existen suficientes centros de estudio, ni los recursos económicos para realizarlos.

En base a su integración 58% fue integrada, 28% de sintegrada y 14% semiintegrada. La tercera parte de las familias son desintegradas porque se encuentra ausente alguno de los cónyuges, por fallecimiento o por divorcio o separación. Un poco más del 10% corresponden a familias semiintegradas en las cuales los cónyuges están presentes pero no cumplen sus funciones. Estas dos circunstancias pueden ser factores determinantes para que exista disfunción familiar (24).

De las familias identificadas con disfunción moderada 30% fueron desintegradas, 30% semiintegradas y 40% integradas. Lo que comprueba que la integración es un factor de gran importancia que contribuye a disfunción familiar.

CONCLUSIONES.

Se observó que al evaluar la dinámica familiar el 75% de las familias fueron funcionales y el 25% fueron moderadamente disfuncionales. A simple vista parecería que son pocas las familias con disfunción. Pero realmente es un índice elevado.

La comunicación fue adecuada en la mayoría de las familias, siendo clara, congruente, directa y retroalimentada

En la mayoría de las familias no existe alteración en los roles ya que se aceptan y se cumplen.

La mayoría de las familias tienen límites claros y flexibles, no encontrándose alteración en este rubro.

En cuanto a la expresión afectiva la mayoría de las familias expresan el coraje, la alegría y la tristeza, se encontró alteración al expresar el amor el cual lo expresan menos frecuentemente. El miedo es un sentimiento que es contenido u ocultado en la mayoría de los casos.

En las familias identificadas con disfunción moderada se encontró que siempre tienen dificultad para expresar sus afectos y emociones e incapacidad para identificar y resolver problemas.

En la autonomía de acciones no se encontró alteración, la mayoría de las familias se apoyan en el fracaso y en el éxito.

El cuestionario utilizado fue de gran utilidad, fácil de aplicar, y lo suficientemente sensible para detectar disfunción familiar, sobre todo identificando en cual de los parámetros evaluados estaba la alteración. Sería de gran utilidad probarlo en una población mayor para evaluar su exactitud. Este cuestionario debe aplicarse cuando está presente toda la familia, ya que la apreciación de un sólo miembro puede no ser muy fidedigna.

La mayoría de los pacientes refirieron tener una adecuada relación con su madre más sin embargo el involucramiento afectivo era pobre ya que no existía confianza ni contacto físico.

La mayoría de las familias se encontraban en fase de independencia, la mitad de las familias fueron nucleares y la otra mitad extensas; todas las familias fueron urbanas, la mayoría fueron obreras y la mayoría integradas. En las familias con disfunción moderada se encontró que más de la mitad eran semiintegradas o desintegradas. Concluyéndose que la integración familiar es un factor relacionado con disfunción familiar.

Con los datos que se tenían de la literatura, hubiera sido interesante estudiar más acerca de la personalidad y temperamento de los pacientes con psicodermatosis y hasta se podría realizar una investigación conjuntamente con Psicología para analizar e interpretar los datos que-

se obtuvieran.

Sería de gran utilidad en un futuro realizar una nueva investigación variando que fuera por más tiempo y con una muestra mayor para obtener resultados con mayor significancia estadística.

Este trabajo fue de utilidad:

1) Al paciente porque le permitió conocer más acerca de su enfermedad, se sintió tomado en cuenta por el médico y le permite intentar controlar los factores predisponentes o agravantes de su enfermedad.

2) Al médico familiar porque le abre horizontes en cuanto a la orientación del paciente con psicodermatosis para que cada vez que tenga a un paciente de este tipo en la consulta lo oriente sobre:

-Manejo del estrés.

-Expresión afectiva y emocional.

-Hacer énfasis en la importancia de un adecuado involucramiento afectivo madre e hijo en la infancia.

-Hacer conciencia de la enfermedad en pacientes en riesgo.

-Canalización de pacientes a Psicología cuando así lo requieran.

3) A la institución ya que al conocer todos los aspectos antes mencionados, hará de los médicos personas conscientes, que brinden al derechohabiente una atención de calidad con lo que disminuirán las quejas e insatisfacción de los pacientes por una mala atención.

B I B L I O G R A F I A

- (1) MANAGEMENT OF ACNE VULGARIS
GUYEN Q, KIM A, SCHUWARTZ
American Family Physician 50 (1): 86-96, 1994.
- (2) THE ROLE OF ESTRESS IN PSYCHOSOMATIC MEDICINE.
OKEN D.
Psychosomatic Medicine 55 (233): 233-236, 1993
- (3) SEBORRHEIC DRMATITIS.
JANNIGER C, SCHWARTZ R.
American Family Physician 52 (1): 148-155, 1995.
- (4) KETOCONAZOL AL 1% CHAMPU VS CLIMBAZOLE CHAMPU EN EL TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS SEBOOREICA EN LA PIEL CABELLUDA.
LOPEZ S y CARBAJAL A.
Dermatología Rev. Mex. 40 (3): 190 y 199, 1996
- (5) EFICACIA CLINICA DEL TRATAMIENTO CON ERITROMICINA BASE AL 2% EN TOALLITAS DESECHABLES EN LA ATENCION DE PACIENTES CON ACNE.
LÓPEZ S, CAMPOS P, SUAREZ R Y POLETTI E.
Dermatología Rev Mex 40 (2): 129 y 130, 1996.
- (6) STRESS AND INMUNITY IN HUMAN: META ANALYTIC REVIEW.
BENNET T, AND COHEN S.
Psychosomatic Medicine 55 (1): 364- 369, 1993.
- (7) PSICODERMATOSIS HALLAZGOS EN UN GRUPO DE PACIENTES.
SIGAL S Y RUBIN V.
Dermatología Rev. Mex. 37 (2): 112 y 113, 1993
- (8) LECCIONES DE DERMATOLOGIA.
SAUL A.
12 Edición pp 441-453
- (9) EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL NIÑO.
SPITZ R.
6 Edición. Editorial Fondo de Cultura económica, pp 151-196
- (10) GENOGRAMS.
WATERS I, WATSON W, WETZEL W.
Canadian Family Psysician 40 (2): 282-287, 1994.

- (11) FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR.
IRIGOYEN C, GOMEZ C.
Ed Medicina Familiar México, ed 3a. pp 67-87.
- (12) DINAMIZA FAMILIAR Y PATOLOGICA.
CHAGOYA L.
Ed médica del Hospital Infantil de México, PP 25-38,
- (13) PSICOLOGIA DE LA VIDA EN FAMILIA: UNA VISION ESTRUCTURAL.
SAUCEDA G.J.
Rev Med IMSS 29 (1): 61-67, 1991.
- (14) DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES CON VITILIGO Y NEURODERMATITIS
Lomelí Guerrero L. 1987.
- (15) EXPLORACION DE LA FAMILIA. ASPECTOS MEDICOS? PSICOLOGICOS Y SOCIALES.
SAUCEDA G, FONCERRADA M.
Rev Mex, Instituto Mexicano del Seguro Social 19 (2): -
155-163, 1981.
- (16) EL TRANSTORNO DE SOMATIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.
RASMUSEN N. H. Y AVANT R.F.
Rev, Internacional de Medicina Familiar 2 (4): 256-261 -
1990.
- (17) ASPECTOS PSICOLOGICOS EN ALGUNOS PACIENTES CON VITILIGO.
Estudio comparativo 30 pacientes, Tesis Centro Dermatológico Pascua, 1997.
- (18) LA NEURODERMATITIS DISEMINADA, INVESTIGACION DE SU ASPECTO PSICOSOMATICO.
CAMPOS F.J.
Tesis UNAM 1964.
- (19) ALOPECIA AREATA
Estudio comparativo en 30 pacientes, Tesis, Centro Dermatológico Pascua, 1978.
- (20) LECCIONES DE DERMATOLOGIA
SAUL AMADO.
12 Edición, pp 520.

(21) LECCIONES DE DERMATOLOGIA

SAUL AMADO.

-12 Edición pp 506.

(22) LECCIONES DE DERMATOLOGIA.

SAUL AMADO.

12 Edición pp 100 y 101.

(23) FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR

IRIGOYEN CORIA GOMEZ CLAVELINA.

Ed Medicina Familiar México, ed. 3a. pp 5 y 6.

(24) FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR.

IRIGOYEN CORIA, GOMEZ CLAVELINA.

Ed. Medicina familiar México, ed. 3a. pp 27-31.

(25) COMUNICACION E INFORMACION. PERSPECTIVAS HISTORICAS.

PAOLI ANTONIO.

Ed Trillas, ed 7a, pp 19-31, 1994.

A N E X O S

EVALUACION DE LA DINAMICA FAMILIAR

PARAMETROS	PONDIFICACION			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
1.- COMUNICACION :				
Clara	0	2	4	5
Congruente	0	2	4	5
Directa	0	2	4	5
Retroalimentada	0	2	4	5
2.- ROLES :				
Aceptación	0	2	4	5
Cumplimiento	0	2	4	5
3.- LIMITES :				
Claros	0	2	4	5
Flexibles	0	2	4	5
4.- EXPRESION AFECTIVA :				
Coraje	0	2	4	5
Miedo	0	2	4	5
Tristeza	0	2	4	5
Amor	0	2	4	5
Alegria	0	2	4	5
5.- IDENTIFICACION DE PROBLEMAS :				
Acuerdo en identificarlos	0	2	4	5
Acuerdo en como resolverlos	0	2	4	5
Se solucionan Problemas	0	2	8	10
6.- AUTONOMIA DE ACCIONES :	0	2	4	5
7.- APOYO :				
En el fracaso	0	2	4	5
En el éxito	0	2	4	5

TOTAL	
0-40	SEVERAMENTE DISFUNCIONAL
41-70	MODERADAMENTE DISFUNCIONAL
71-100	FUNCIONAL