



90
11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

EL ROSARIO

DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR DE
RIESGO PARA LA PRESENTACIÓN DE
NEURODERMATITIS EN LACTANTES
MENORES DE UN AÑO

T E S I S

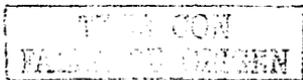
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. MA. DEL PILAR SANCHEZ RUIZ



IMSS

MÉXICO, D. F.

DICIEMBRE DE 1995



2003
a



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

PAGINACIÓN DISCONTINUA

**ASESOR DE LA TESIS
DR. JOSE LUIS HERNANDEZ SANTIAGO
MEDICO CIRUJANO GENERAL
ADSCRITO AL H.G.R. No. 72
"LIC. VICENTE SANTOS GUAJARDO"**

**INVESTIGADOR
DRA. MARIA DEL PILAR SANCHEZ RUIZ
RESIDENTE DE II GRADO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR
CON SEDE EN LA U.M.F. No. 33 "EL ROSARIO"**

IMPRESO CON
PAPEL RECICLADO

Vo. Bo.



JEFATURA DE ENSEÑANZA
U. M. F. No. 33
DR. RODOLFO GOMEZ PANTOJA
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
I.M.S.S.

Vo. Bo.

DRA. LILIA RIVERA JIMENEZ
PROF. TITULAR DE LA RESIDENCIA
DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
I.M.S.S.

Vo. Bo.

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
PROF. ADJUNTO DE LA RESIDENCIA
DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33
I.M.S.S.

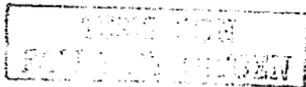


**A MIS PADRES
POR SER LA LUZ QUE ILUMINA
MI EXISTENCIA**

**A MIS HERMANOS
PORQUE LOS ADORO Y SIEMPRE
CUENTO CON ELLOS**

**A MI ESPOSO
POR SU ENTREGA, APOYO, BENEVOLENCIA
ORIENTACION Y CARIÑO**

**A MIS HIJOS
ROBERTO Y MONICA
POR SER LA RAZON DE MI EXISTENCIA
Y LA GUIA QUE ME MOTIVA**



**El hombre quiere ser confirmado en su ser
por el hombre, y desea la presencia
del ser del otro... secreta y
turbadamente espera un SI que
le permita ser y que puede llegar
a el sólo de persona a persona**

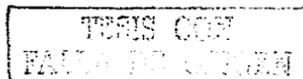
Martin Buber



INDICE

1.- Título	1
2.- Objetivo	2
3.- Antecedentes científicos	3
4.- Planteamiento del problema	7
5.- Justificación	8
6.- Hipótesis	10
7.- Sujetos material y métodos	11
Características del lugar donde se realizó el estudio	12
Diseño	13
Grupos de estudio	14
Criterios de inclusión, no inclusión y eliminación	16
Tamaño de la muestra	17
8.- Definición de variables	18
Variable independiente	20
Variable dependiente	21
Variables universales	22
Variable confusora	23
9.- Descripción general del estudio	24
10.- Análisis de los datos	27
Hipótesis de nulidad	28
Hipótesis alterna	28
11.- Cronograma de actividades	29
12.- Resultados	30
13.- Conclusiones	42
14.- Recomendaciones	44
15.- Bibliografía	46
16.- Anexo 1	48

v



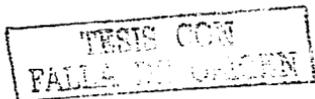
**DISFUNCION FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA PRESENTACION DE
NEURODERMATITIS EN LACTANTES MENORES DE UN AÑO**

1

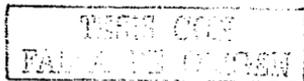
TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION

OBJETIVO

Determinar el grado de disfunción familiar en lactantes menores de un año con neurodermatitis y compararlo con un grupo control de lactantes sanos menores de un año.



ANTECEDENTES CIENTIFICOS



La neurodermatitis es un desorden cutáneo que es más común en la infancia y representa un estado importante en el desarrollo emocional y social del niño.

La frecuencia de la enfermedad alcanza en los países en desarrollo del 1.4 al 3.1 % de aquellos que nacieron antes de 1960, pero elevándose de 8.9 a 20.4 % en aquellos niños que nacieron después de 1970 (1).

En México se dice que la enfermedad representa uno de las primeras cinco causas de patología dermatológica, siendo de principal presentación en la primera década de la vida, en la actualidad por el uso inmoderado de corticosteroides se observa muy frecuentemente en la segunda y hasta en la tercera década de la vida.

La enfermedad tiene por lo tanto en su historia natural tres etapas:

Etapa de lactante. La que inicia a las pocas semanas después de que el niño nace, presentándose placas eczematosas en la cara, glúteos y/o extremidades con la característica de que suelen romperse al frote de la ropa y sangrar, dichas manifestaciones tienden a mejorar espontáneamente y llegan a desaparecer en algunos casos antes del año, a menos que el niño reciba tratamientos inadecuados.

Etapa del pre-escolar y del escolar. Suele iniciarse a los 3 años y posteriormente en forma consecutiva mediante brotes en los diferentes años siguientes. Las lesiones manifiestan dermatitis crónica caracterizada por eritema, liqenificación y costras hemáticas, la topografía en esta etapa es en cuello, pliegues del codo, huecos popliteos y dorso del pie.

Etapa del adulto. En esta etapa las lesiones se presentan en los párpados y alrededor de la boca, así como también en las manos. Comparten el mismo tipo de lesiones con la etapa pre-escolar y del escolar.

Uno de los principales riesgos de la enfermedad es la presencia de complicaciones, generalmente suscitadas por un mal tratamiento, las que conllevan a la impetiginización de las lesiones, cronicidad de las mismas, aunque por otro lado la enfermedad por si misma puede producir cambios oculares y lesiones retinianas (2,3).

La etiología es multicausal abarcando factores constitucionales, como bien puede ser la herencia, el fenotipo cutáneo, el desequilibrio neurovegetativo el factor inmunológico y el de la personalidad. Por otro lado también existen factores ambientales como clima, factores emocionales y ambiente familiar que hace de la enfermedad un reto para su estudio en cuanto causalidad se refiere.



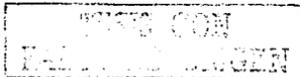
Este aspecto actualmente en la literatura médica se encuentra grandemente contenido por cuatro aspectos generalmente, el factor inmunológico, el factor de personalidad, el de herencia y el desequilibrio neurovegetativo.

Gracias al avance epidemiológico de este siglo se ha demostrado que muchas de las enfermedades se encuentran ligadas a estructuras sociales predeterminadas y al comportamiento individual. En estudios realizados previamente se encontró una proporción de 14 y 19% del total de consultas médicas generales en la población adulta correspondían al área de salud mental. La medicina familiar en su esfuerzo por otorgar un enfoque más humanista y personalizado de la atención médica, recobra el papel destacado que representa la familia, suponiendo una estrecha colaboración entre los conceptos de los modelos de las ciencias sociales y las biomédicas con el fin de no segregar el contexto social del proceso biológico en la enfermedad.

La familia como unidad biopsicosocial permite la transmisión de creencias y hábitos así como también percepción de riesgo para la salud que condicionará las actitudes y conductas de sus miembros frente a la enfermedad y la utilización de los servicios de atención médica, de aquí salta la necesidad de visualizarla también como unidad de salud y atención médica.(9)

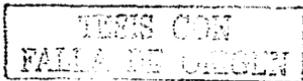
La búsqueda de factores de la dinámica familiar que correlacionen con enfermedades vistas en la consulta externa de nuestras unidades se ha visto incrementada en los reportes de la literatura médica como el publicado por Mc Mahon en febrero de 94, en donde trató de demostrar la importancia de la edad y la naturaleza de los tipos de desorden familiar existente. Aunque estudios como el presente son llevados en forma experimental, las faltas metodológicas de su realización impiden tener conclusiones valderas, como por ejemplo en el presente caso, de quererse haber demostrado el efecto de un factor con respecto a un resultado (enfermedad), el esquema de estudio más idóneo hubiera sido un ensayo clínico controlado y por tanto los elementos de estudio sometidos a aleatorización, cosa que no sucede en el estudio.(10)

Para finalizar diremos que existen hasta el momento muy pocos estudios reportados que abarquen el entorno familiar como tal y lo relacionen desde un punto de vista causal a la presentación de neurodermatitis, en muchas de las citas bibliográficas se menciona como factor causal el entorno familiar, y en otras aún más se ha explorado las características psicológicas individuales del afectado, pero el entorno familiar y más aún la tipificación de un determinado tipo familiar que accione como factor de riesgo todavía no se ha realizado. Un intento respecto al mencionado arriba es



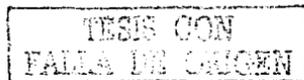
el reporte del Dr. Daud publicado en 1993 donde describe en forma aislada varias de las características psicosociales del niño aquejado con neurodermatitis y lo compara con niños sin la enfermedad, desafortunadamente no determinó los factores de riesgo de cada una de estas características y sólo manifiesta porcentajes de frecuencia de la misma sin llegar incluso a realizar alguna asociación.(8)

Todo lo anterior nos hace reflexionar sobre la importancia de implementar estudios más estructurados y de mayor aporte metodológico que nos permitan dar relevancia a esos factores y condiciones del entorno familiar, y que mediante su modificación pudiéramos mejorar el cuadro clínico de la enfermedad por tratar.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ La presencia de disfunción familiar, es un factor de riesgo para la presentación de neurodermatitis en lactantes menores de un año ?.



JUSTIFICACIÓN

INISIS CON
FALLA DE ORIGEN

El tratamiento de la neurodermatitis conlleva una serie de situaciones que inducen al fracaso del mismo; el mal diagnóstico, el uso de corticosteroides (sistémicos o locales), y el carácter recidivante de la misma, son algunas de ellas. Por lo que es necesario que el profesional de la salud cuente con una amplia gama de conocimientos sobre su etiología y sólo de esta manera poder abordar el problema en una forma más eficaz. Esta es la finalidad del médico familiar, ya que su entorno abarca la integración de las características de la dinámica familiar y su correlación con otras entidades, aplicando estos conocimientos al manejo integral del paciente.

Desde hace varias décadas la política de salud se han encaminado a abordar la patología clínica con una finalidad preventiva, este objetivo se dificulta cuando se trata de enfermedades de alta recidivancia, con factores etiológicos múltiples (como es el caso de la neurodermatitis), dentro de los que bien pueden estar los de índole familiar. Por lo tanto sólo con el cabal conocimiento de estos elementos psico familiares, podremos contribuir a la disminución de su incidencia.

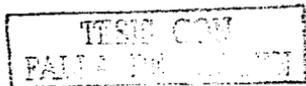
La dermatitis atópica por su origen psicosomático representa un modelo de gran utilidad en la búsqueda de la asociación con factores de la dinámica familiar, que aunado al desinterés médico del factor etiológico psico-social conastancial de ésta patología, hace de gran relevancia la implementación de estudios encaminados a descubrir cuales de ellos son los de mayor significancia tanto clínica como estadística.

Por último los estudios en la literatura médica relacionados directamente con la esfera familiar, asociándolos a la neurodermatitis son escasos por lo que se justifica ampliar las investigaciones de este tipo.

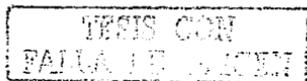


HIPOTESIS

La disfunción familiar es un factor de riesgo para la presentación de neuro dermatitis en niños lactantes menores de un año



SUJETOS, MATERIAL Y METODOS



1.- CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 que corresponde al primer nivel de atención médica vigente en el IMSS. Su situación geográfica es al noroeste de la ciudad con una zona de influencia que abarca 40 colonias para un total de derechohabientes de 130,045.

La unidad cuenta con un total de 27 consultorios de medicina familiar, 4 consultorios dentales, 1 consultorio de planificación familiar, 1 departamento de medicina preventiva, 1 departamento de medicina del trabajo, y servicios de apoyo de radiodiagnóstico, dietología, laboratorio y farmacia, con un horario de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes.

La forma de acceso a la consulta es programada o abierta, prestandose atención médica a derechohabientes ya sea en su categoría de asegurados o beneficiarios y a población abierta para los servicios de medicina preventiva y planificación familiar. El estudio propuesto abarcó a lactantes menores de un año de edad por lo que sólo se contempló a este grupo étnico.



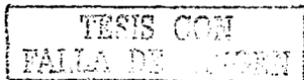
2.- DISEÑO

2.1 DE ACUERDO A SU PROPOSITO

El estudio tiene como propósito fundamental establecer la relación etiológica de una patología, por lo que se implementó un estudio de casos y controles que determinaría en forma indirecta dicha relación, por lo que el estudio es de causalidad.

TIPO DE ESTUDIO

- a).- Por el control de la maniobra experimental del investigador: **Observacional**
- b).- Por la captación de la información: **Retrolectivo**
- c).- Por la medición del fenómeno en el tiempo: **Transversal**
- d).- Por la presencia de un grupo control: **Comparativo**
- e).- Por la dirección del análisis: **Casos y controles**
- f).- Por la ceguera en la aplicación y evaluación de las maniobras: **Abierto**

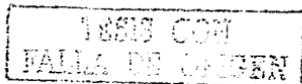


2.2.- GRUPOS DE ESTUDIO

A).- CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS

Se formaron dos grupos: uno de casos y otro de controles.

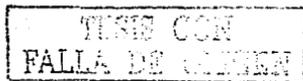
El grupo de casos estuvo formado por lactantes menores de un año que presentaron cuadro clínico correspondiente a dermatitis atópica, de acuerdo a las características descritas en la sección de definición de variables. Cada uno de los casos fue pareado en edad y sexo con su correspondiente control. No consideramos necesario la estratificación, ya que el rango de edad establecido es muy corto y la gravedad de la variable generalmente es uniforme.



B).- CARACTERÍSTICAS DE LOS TESTIGOS

El grupo de controles estuvo formado también por lactantes menores de un año de vida que se encontraron sanos o por lo menos que no hubieran padecido algún cuadro de neurodermatitis. Tanto el grupo de casos como el de controles fue extraído de los registros de expedientes existentes en los archivos de cada uno de los consultorios que forman la unidad.

Se tomó un rango de un año de edad ya que es ésta etapa etárea donde el niño generalmente no es valorado como parte de su entorno familiar por su imposibilidad de comunicación, mediante un lenguaje estructurado, con sus semejantes.



C).- CRITERIOS DE INCLUSION

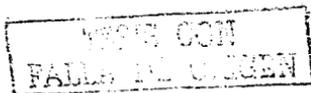
- a).- Niños derechohabientes a la UMF No. 33 "El Rosario"
- b).- Niños lactantes que tenían como máximo un año de vida extrauterina, de ambos sexos.
- c).- Niños cuyos familiares estuvieron dispuestos a participar en el estudio, mediante la firma de hoja de aceptación correspondiente.
- d).- Niños que presentaron cuadro de neurodermatitis

D).- CRITERIOS DE NO INCLUSION

- a).- Pacientes lactantes que tuvieran enfermedades de la colágena
- b).- Pacientes que presentaron patología relacionada con algún grado de hipersensibilidad.
- c).- Niños que recientemente hubieran cambiado de lugar de radicación (clima).

E).- CRITERIOS DE ELIMINACION

- a).- Niños que por alguna razón no fue posible su localización.



2.3.- TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo del tamaño de la muestra nosotros tomamos como parámetros valor alfa de 0.05, valor beta de 0.2 y un valor delta (diferencia esperada entre el grupo de casos y grupo de controles) de 20%.

En vista de que se trató de un estudio de casos y controles y cuya gran mayoría de variables predictoras fueron de tipo nominal dicotómica, utilizamos la prueba de Z como referencia para el cálculo de la muestra y de acuerdo a que se planteó obtener la razón de momios de las variables por investigar, se utilizó la siguiente fórmula (11):

$$RO \times P2 / (1 - P2 + RO \times P2)$$

Donde: RO = Razón de momios

P2 = proporción expuesta esperada en los controles

P1 = proporción de casos expuestos al factor por investigar

Sustituyendo la fórmula:

$$\begin{aligned} P1 &= (2 \times 0.1) / (1 - 0.1 + 2 \times 0.1) \\ &= 0.2 / 1.1 = 0.18 \end{aligned}$$

Posteriormente extrapolándose a las tablas de muestreo requerido para cuando se utiliza una prueba de Z en la comparación de proporciones de variables dicotómicas, se tiene que el tamaño de muestra para los parámetros arriba mencionados fue de 62 casos y 62 controles, cerrándola a 65 para cada uno. En el cálculo de la muestra no consideramos prudente agregar el 20% para posibles pérdidas ya que en un estudio de casos y controles estas generalmente no se observan. No se utilizó la fórmula de proporciones descrita por Daniel ya que se desconocen varios de los parámetros requeridos y por otra parte no contempla las diferencias que puedan existir en los tipos estudios realizados y las clases de variables requeridas así como las pruebas estadísticas utilizadas.



2.4 -DEFINICION DE VARIABLES

Dermatitis atópica (neurodermatitis)

Definición conceptual: Dermatosis de etiología múltiple.

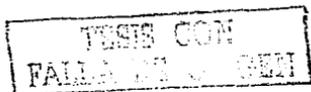
Definición operativa: Dermatosis que presenta tres etapas clínicas, para fines del estudio se contemplará sólo la etapa de lactante la que se caracteriza por: placas eczematosas, es decir eritema con vesículas y costras melicéricas muy pruriginosas, que al frote con la almohada pueden sangrar. Su topografía es predominantemente en mejillas, respetando el centro de la cara, pudiendo haber lesiones en regiones glúteas y/o extremidades.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal

Unidades de medición: Si No.

Fuente: (1)



Dinámica familiar:

Definición conceptual:

Es aquella colección de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada integrante de la familia y que hacen que la familia como unidad funcione bien o mal.

Definición operativa

Se midió de acuerdo a la subescala de funcionamiento general, propuesta por el modelo de Mac Master y expresada en el "*Family Assesment Device (FAD)*", la que da un rango de 1 a 4 siendo la disfunción familiar catalogada con una calificación por arriba de 2.

Tipo de variable:

Cualitativa.

Escala de medición:

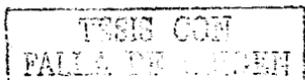
Nominal.

Unidades de medición:

1.- Funcional.
2.- Disfuncional.

Fuente:

(12).



VARIABLE INDEPENDIENTE

1.- Dinámica familiar

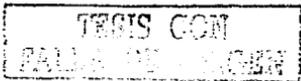
VARIABLE DEPENDIENTE

- 1.- Dermatitis atópica (neurodermatitis).**

VARIABLES UNIVERSALES

- 1.- Nombre
- 2.- Sexo
- 3.- No. de expediente
- 4.- Dirección
- 5.- Teléfono

Dichas variables debido a que sólo sirvieron para la identificación del paciente y que de acuerdo a su carácter de universalidad no necesitan definición.



VARIABLE CONFUSORA

1.- Lugar que ocupa el paciente en el número total de hijos.

TESIS CON
FALLA DE CENSUR

2.5.- DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO



El estudio se llevó a cabo en la UMF No. 33 del IMSS en un lapso de doce meses de duración con fecha de inicio el 01 de enero de 1995 y fecha de terminación de 31 de diciembre de 1995. El tiempo se dividió de acuerdo al cronograma de actividades posteriormente descrito, el mes de febrero se utilizó para la realización de la prueba piloto que nos permitió detectar errores de estructuración y planeación, así como la estandarización de las técnicas utilizadas para la recolección de los datos, y de los parámetros empleados.

El universo de trabajo fueron todos aquellos pacientes lactantes menores de un año derechohabientes a la unidad que acudieron a consulta, de donde se tomó la muestra para el análisis estadístico.

La captación de los pacientes fue a través de la consulta de los 27 consultorios de medicina familiar en sus dos turnos, que mediante previa presentación del protocolo a los médicos encargados de dichos consultorios, se les invitó a enviar a aquellos pacientes menores de un año de ambos sexos que presentaron dermatosis en cara, glúteos y extremidades. Estos pacientes fueron citados al siguiente día hábil en el consultorio que la Jefatura de Investigación y Enseñanza en coordinación con las Jefaturas de Departamento Clínico, asignaron para tal actividad, en el horario establecido por ellas.

El control de las citas se llevó a cabo por una asistente médico con el formato usual, la cual fue designada por la Jefatura responsable. Dicho elemento se encargó del control de citas de primera vez y subsecuentes.

La dinámica de evaluación en estas consultas fue enfocada a determinar la presencia o no de la enfermedad por investigar, a través del interrogatorio y exploración física. Toda esta actividad fue llevada a cabo en un horario de dos horas de lunes a viernes para la detección de pacientes que pudieron integrar el grupo de casos. La evaluación fue hecha únicamente por el investigador para evitar la variabilidad inter-observador, que ante la posibilidad de efectuarse por 54 observadores y una patología de diagnóstico meramente clínico, esta podría ser muy alta.

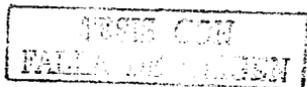
Una vez detectado un caso se invitó al familiar a participar en el estudio mediante la aplicación de la subescala de funcionamiento general incluida en el FAD. (anexo 2), esta se aplicó inmediatamente o bien en forma diferida guardando las siguientes condiciones: ser aplicada únicamente a la madre y realizarse en la unidad médica, todo lo anterior con el fin de evitar sesgos de referencia y de ubicación. La encuesta se aplicó en forma dirigida personalmente por el investigador



A todo paciente seleccionado se le elaboró un expediente personal, donde se incluyó aparte de su ficha personal, el resultado de la encuesta, el control de dichos expedientes corrió a cargo del investigador. Los datos fueron codificados para la elaboración de una base de datos, y con la ayuda de una computadora se hizo el análisis estadístico final.

La captación de los controles se llevó a cabo de la misma manera que para los casos, sólo que se enfocó principalmente a aquellos pacientes que acudieron a la consulta de "control del niño sano", se realizó por tanto un expediente personal para cada uno y la dinámica de la encuesta fue la misma, cabe mencionar aquí que para cada caso existió un control pareado en edad y sexo, para tratar de evitar en lo posible las diferencias de grupos. El pareamiento se hizo simultáneo a la aparición de los casos.

El análisis estadístico final se llevó a cabo por un personaje, (que para el caso del presente trabajo correspondió al asesor metodológico) que desconocía la identidad de cada uno de los grupos, al que sólo se le presentaron los datos para su análisis.



2.6.- ANALISIS DE LOS DATOS

La captura de los datos se hizo a través de un formato diseñado para tal fin (anexo 1). Posteriormente fueron codificados en forma numérica para su ingreso a la base de datos y mediante los paquetes estadísticos EPI INFO, SPI STAT, y DBASE se realizaron las determinaciones de asociación requeridas. Se elaboraron gráficas de barras para la descripción de las características de los grupos así como de las variables dependiente e independiente. En cuanto a las pruebas estadísticas, se utilizaron: Mantel-Haenszel de razón de momios ponderada, para el análisis de la variable confusora, chi cuadrada sumariada para el establecimiento de su significancia. Mantel-Haenszel con corrección Yates para la comprobación de hipótesis estadística, y por último la determinación de razón de momios o disparidad para la estimación del riesgo relativo, mediante la elaboración de una tabla tetracórica. La significancia estadística se estableció para un valor de p de 0-05.

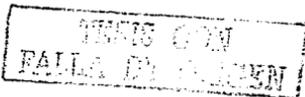


HIPOTESIS DE NULIDAD

**La frecuencia de disfunción familiar en el grupo de lactantes menores de un año con neurodermatitis,
es igual al grupo de lactantes menores de un año sanos.**

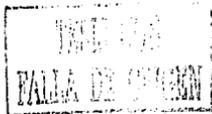
HIPOTESIS ALTERNA

**La frecuencia de disfunción familiar en el grupo de lactantes menores de un año con neurodermatitis,
es mayor que en el grupo de lactantes menores de un año sanos**



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
ELABORACION DEL PROTOCOLO												
PRUEBA PILOTO Y ESTANDARIZACION DE LA TECNICA												
RECOLECCION DE LA INFORMACION												
ANALISIS DE RESULTADOS												
ESCRITURA DE TESIS E INFORMES												



RESULTADOS

TESIS CON
FALLA EN SCREEN

CUADRO 1: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA/EDAD

EDAD/MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FREC/ACUM
1	4	9.5 %	9.5 %
2	6	14.3 %	23.8 %
3	6	14.3 %	38.1 %
4	10	23.8 %	61.9 %
5	4	9.5 %	71.4 %
6	4	9.5 %	81.0 %
7	4	9.5 %	90.5 %
8	4	9.5 %	100.0 %
TOTAL	42	100.0 %	

FUENTE: Estimaciones elaboradas con base en la población encuestada tanto de casos y controles



DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE EDAD DE CASOS Y CONTROLES

FRECUENCIA

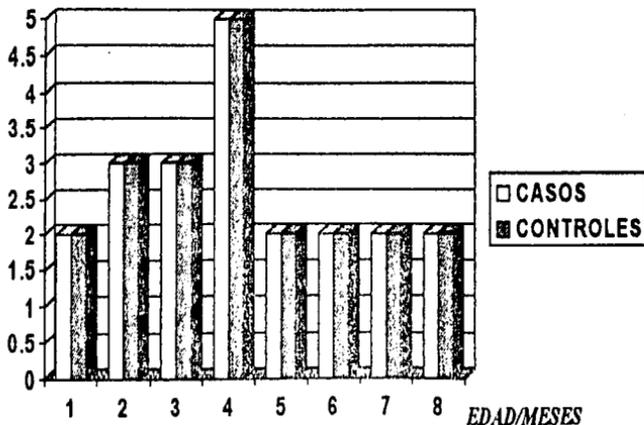


FIG. 1

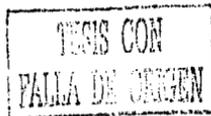
FUENTE: CUADRO No. 1



**CUADRO 2: DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS POR SEXO
DE CASOS Y CONTROLES**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA/ACUM
FEMENINO	16	38.1 %	38.1 %
MASCULINO	26	61.9 %	100.0 %
TOTAL	42	100.0 %	

FUENTE: Estimaciones elaboradas con base en la población encuestada



DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS POR SEXO

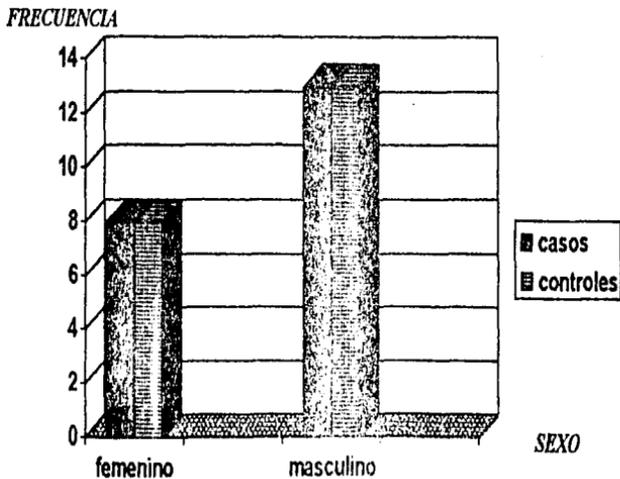
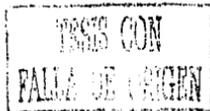


Fig. 2

FUENTE: CUADRO No. 2



**CUADRO 3: DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE ACUERDO AL LUGAR QUE
OCUPA EL PACIENTE EN EL NUMERO TOTAL DE HIJOS**

LUGAR HIJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA/ACUM.
1	16	38.1 %	38.1 %
2	15	35.7 %	73.8 %
3	8	19.0 %	92.9 %
4	3	7.1%	100.0 %
TOTAL	42	100.0 %	

FUENTE: Estimaciones elaboradas con base en la población encuestada de casos y controles



FRECUENCIAS DEL LUGAR QUE OCUPÓ EL PACIENTE EN EL NUMERO TOTAL DE HIJOS

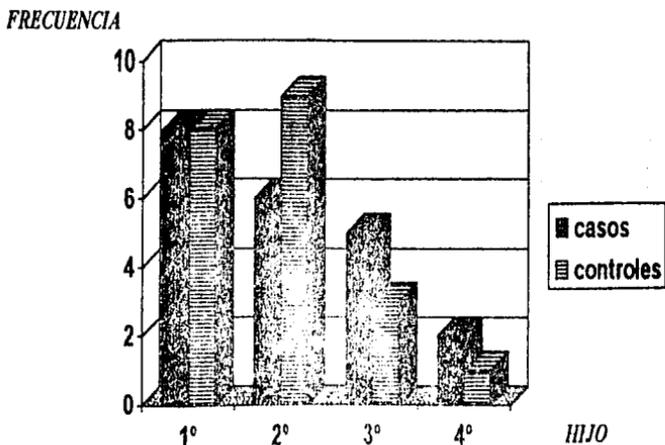
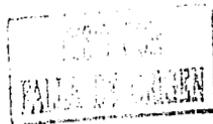


Fig. 3

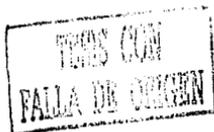
FUENTE: CUADRO No. 3



**CUADRO 4: DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS POR PRESENCIA DE DISFUNCION
FAMILIAR PARA CASOS Y CONTROLES**

DINAMICA FAMILIAR	NEURODERMATITIS		TOTAL
	PRESENTE	AUSENTE	
DISFUNCIONAL	16	7	23
FUNCIONAL	5	14	19
TOTAL	21	21	42

FUENTE: Estimaciones elaboradas con base en la población encuestada



DISTRIBUCION DE DINAMICA FAMILIAR PARA CASOS Y CONTROLES

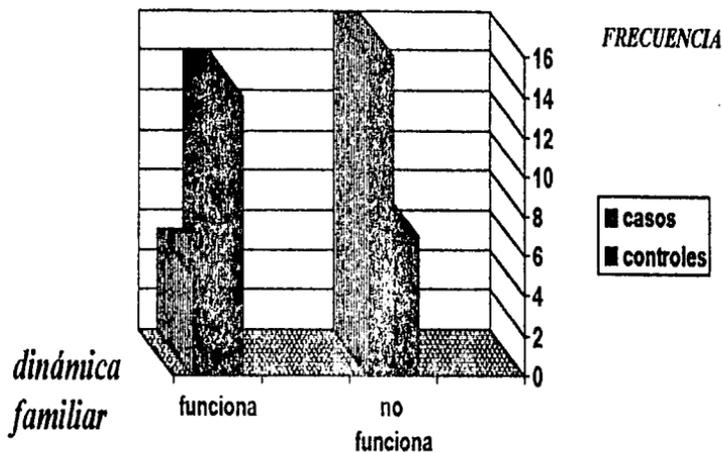


Fig. 4

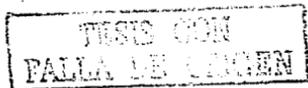
FUENTE: CUADRO No. 4

Se estudiaron 42 pacientes, los que conformaron dos grupos, correspondiendo 21 para el grupo de casos y 21 para el grupo de controles, la distribución de edad tuvo una media de 4.2 meses y una moda de 4, oscilando entre 1 y 8 meses (cuadro 1).

La distribución por sexo correspondió a un 38.1% para el sexo femenino y 61.9% para el sexo masculino (cuadro 2).

Por cuanto al lugar ocupado en el número total de hijos de la familia, se observó que un 38.1% ocuparon el primer lugar, 35.7% el segundo, 19% el tercero y 7.1% el cuarto (cuadro 3).

De los 21 casos estudiados con neurodermatitis 16 presentaron disfunción de la dinámica familiar y de los 21 controles seleccionados solo se observó en 7 disfunción de la dinámica familiar (cuadro 4).



Para el desarrollo del análisis estadístico se tomaron en cuenta tres consideraciones:

a).- Comprobación de la hipótesis estadística, para lo cual se trabajó con la hipótesis de nulidad:

"La frecuencia de disfunción familiar en el grupo de lactantes menores de un año con neurodermatitis es igual al grupo de lactantes menores de un año sanos"

Dicha hipótesis se trató de rechazar con la prueba estadística de Mantel-Haenszel, con un nivel de confianza de 5% a dos colas y con un nivel de significancia para un valor de p de 0.05.

Los resultados obtenidos son:

Mantel-Haenszel : 7.6 p : 0.0058383

Corrección de Yates : 6.15 p : 0.0131336

Lo que nos permite rechazar la hipótesis nula y adoptar la alterna como de mayor factibilidad.

b).- Uno de los objetivos era determinar si la dinámica familiar significaba un factor de riesgo en la presentación de neurodermatitis, y cual era su magnitud, para lo cual, utilizando la tabla de contingencia de "dinámica familiar y dermatitis", se obtuvo la razón de momios (OR) de dinámica familiar como factor de exposición:

Resultando una OR de 6.40 con un intervalo de confianza de 1.39 a 31.91. Lo que nos hace suponer que de evitarse el factor de exposición (riesgo), podría disminuir en 6.5% la posibilidad de neurodermatitis en niños menores de un año.

c).- Por último de acuerdo a que se consideró como variable confusora al "lugar que ocupaba el paciente en el número total de hijos", se realizó un análisis estratificado, para determinar la posibilidad de confusión ocasionada por dicha variable arrojando una OR estratificada de 6.40 con una comprobación de significancia de $p = 0.01142466$. Lo que nos hace suponer que no significa una posibilidad de confusión en la asociación de las variables independiente y dependiente (Cuadro 5)



**CUADRO 5: ANALISIS ESTRATIFICADO PARA LA VARIABLE
CONFUSORA: "LUGAR QUE OCUPA EL PACIENTE
EN EL NUMERO TOTAL DE HIJOS"**

Dinámica familiar	Dermatitis	
	Ausente	Presente
Lugar hijo = 1		
Disfuncional	1	4
Funcional	7	4

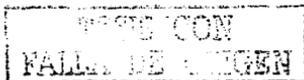
Lugar hijo = 2		
Disfuncional	4	6
Funcional	5	0

Lugar hijo = 3		
Disfuncional	2	4
Funcional	1	1

Lugar hijo = 4		
Disfuncional	0	2
Funcional	1	0

CALCULOS:

- Razón de momios para todos los estratos = 6.40
- Mantel-Haenszel de razón de momios ponderada = 9.83
- Límites de confianza de 1.51 a 85.53
- Chi cuadrada sumariada (Mantel-Haenszel) = 6.40
- valor de p = 0.01142466.



CONCLUSIONES

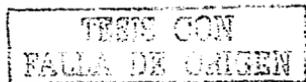
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El estudio demostró que los niños con disfunción familiar, tienen 6 veces más posibilidades de padecer neurodermatitis que los niños que no la tienen; esto está de acuerdo a lo descrito en la literatura, donde se menciona que uno de los factores etiológicos de la enfermedad, son las disfunciones de la dinámica familiar; sin olvidar la multicausalidad de esta entidad.

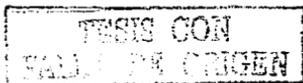
Por otro lado se ha señalado que el lugar que ocupa el paciente en el número total de hijos de la familia es un factor contribuyente para el desarrollo de la enfermedad. En nuestro estudio dicha variable se manejó como confusora y se determinó que no representa un factor que pueda alterar el riesgo de enfermedad manifestado por un mismo valor de OR en su análisis, que el obtenido con los datos crudos.

Creemos que la etiología multicausal de la neurodermatitis es patente, pero el conocimiento de cada uno de estos factores orientará al profesional de la salud hacia un tratamiento más integral y por ende más efectivo en la atención de esta enfermedad en específico y/o a modificar el curso clínico de la historia natural de esta, además de apoyar a la familia para identificar los factores de riesgo y dirigir su conducta hacia la disminución de éstos para minorar las probabilidades de presentarla.

Es el médico familiar el más indicado, de acuerdo a su perfil profesional, para el abordaje integral de los pacientes con neurodermatitis, ya que se encuentra capacitado para brindar la orientación adecuada con relación al manejo de dichas alteraciones de la dinámica familiar, mismas que muchas son relegadas a un segundo plano, siendo que son por sí solas de gran importancia etiológica para un sin fin de patologías estudiadas.



RECOMENDACIONES

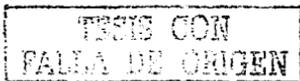


La identificación de las alteraciones de la dinámica familiar es una actividad que todo médico familiar realiza a diario con el contacto cotidiano con los pacientes. Existen varias escalas y clasificaciones de las mismas, por lo que deberá por parte del profesional de salud identificarse con la que a su buen juicio se adecue más a su entorno laboral.

El presente trabajo utilizó una escala simplificada que a manera muy personal considero es bastante práctica para este fin. Esto es de suma importancia ya que como se vio en el presente trabajo el ejercicio cotidiano de la profesión, nos enfrenta constantemente a distintas patologías cuya causa etiológica tiene que ver grandemente con el buen funcionamiento de la dinámica familiar.

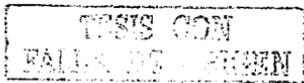
Para el caso muy específico de la neurodermatitis, esta por siempre se ha considerado como producto del estrés que pueda estar presente en el paciente. Para el caso de pacientes adultos, donde su medio ambiente lo conforman distintos escenarios en su actividad cotidiana, la disminución de estrés muchas veces queda totalmente fuera del alcance del médico. En el caso de pacientes pediátricos lactantes menores, donde su entorno está conformado únicamente por el núcleo familiar, la interrelación entre ellos sí puede ser orientada de alguna manera por el médico. Como se demuestra en el estudio la modificación de estos parámetros trae consigo dos consecuencias directas; una atención integral y por ende más efectiva y la segunda una prevención de las recidivas, que como se sabe son frecuentes.

Por último se debe mencionar que la actividad del médico familiar tendrá que estar orientada hacia la atención de esta esfera del paciente, ya que es el distintivo de su especialidad, por lo que deberá constantemente de practicar el diagnóstico de disfunción familiar y manejar sus resultados en una fase preventiva.



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Przybilla B. Practical management of atopic eczema. *The Lancet*. 1994; 343: 1342-1346
- 2.- Saul A. Neurodermatitis diseminada o dermatitis atópica. en *Lecciones de Dermatología*. 1985; pag. 379- 390. Décima Edic. Edit:Editor.
- 3.- Sehga V N. Atopic dermatitis: ocular changes. *Int. J. Dermatol.* 1994; 33 (1): 11-5
- 4.- Arellano J.L. La familia. Manuscrito no impreso. 1991. UMF No. 33
- 5.- Minuchin S. Planificación. En *Técnicas de Terapia Familiar*. 1987. Pag: 63-76. Edic: 1a Edición en México. Editorial: Paidós.
- 6.- Gómez P.R. Clasificación triaxial de la familia. El estudio familiar intergral. Manuscrito no impreso. 1992 UMF No. 33.
- 7.- Colimon K.M. Estudios de casos y controles. En *Fundamentos de Epidemiología*. 1990. Pag: 155-168 Edición:2a edición. Edit: Ediciones Díaz de Santos.
- 8.- Daud L R. Psychosocial adjustment in preschool children with atopic eczema. *Archives of Disease in Childhood*. 1993; 69: 670-676.
- 9.- Horwitz C.N. Familia y Salud Familiar, Un enfoque para la atención Primaria. En *BOL of Sanit Panum*; 98 (2), 1985: 144-153.
- 10.- Mac Mahom F.J. Influence of clinica subtype, sex, and linealityu on age at onset of major affective disorde in a family sample. *Am. J. Psychiatry*. 1994; 155: 210-215.



11.- Hulley S. B. Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico. 1993.

Pag: 141-160. 2a Edición. Edit: Ediciones Doyma

12.- Byles J. Ontario child health study: reliability and validity of the general

functioning subscale of the MacMaster Family Assesment Device. Fam. Proc.

1988; 27: 97-104.

