

11296
29.95



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

División de Estudios Superiores
FACULTAD DE MEDICINA
Hospital General de Zona Aragón No. 29
Instituto Mexicano del Seguro Social

ESTUDIO DEL ENFERMO CON PSORIASIS Y SUS
REPERCUSIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR

TESIS RECEPCIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. MARIA ELIZABETH GUTIERREZ MOREIRA



México, D. F.

Enero 1986

FALLA DE ORIGEN



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

| | Páginas |
|---|---------|
| INTRODUCCION..... | 1 |
| MARCO TEORICO DE REFERENCIA..... | 3 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 10 |
| JUSTIFICACION DEL ESTUDIO..... | 11 |
| OBJETIVOS..... | 12 |
| MATERIAL Y METODOS..... | 13 |
| CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION..... | 14 |
| VARIABLES E INDICADORES..... | 15 |
| VALORES DE MEDIDA..... | 19 |
| RECOLECCION DE DATOS..... | 24 |
| RESULTADOS..... | 25 |
| CONCLUSIONES Y COMENTARIOS..... | 42 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 43 |

I N T R O D U C C I O N

Al referirnos a la salud, nos enfrentamos a un complejo panorama integrado por el ser humano, sus semejantes y el medio ambiente que lo rodea, éste gran complejo ha sido estudiado por el Médico Familiar alcanzando un lugar preponderante en las funciones y responsabilidades que le otorga su especialidad.

Es innegable la importancia del Médico Familiar al encontrarse en el primer contacto y que al tener capacitación amplia y profunda brinda a las familias a su cargo el apoyo y alternativas de solución en el momento oportuno al enfrentarse ante una enfermedad. El Médico Familiar, por su carácter de especialista no debe perseguir solamente conocimientos, lo cual nunca debe abandonar, sino también manejar motivaciones en cuanto a su trabajo, la investigación y la docencia y todo en conjunto le permitirá su actualización y poder influir en cualquiera de las tres áreas en que se manifiesta la enfermedad, me refiero a los aspectos social, psicológico y orgánico.

El Médico Familiar no debe solamente manejar la enfermedad, sino también aquellos aspectos que se presentan antes de que se de el desequilibrio que propicia la enfermedad y debe prevenir de ésta manera todas las disfunciones que pueden afectar al grupo familiar en su conjunto ó a los integrantes de éste, es decir, hay que verles como un todo y no fraccionadamente.

Debo insistir con esto, que el campo del Médico Familiar es ilimitado ya que es parte integrante del equipo de salud y piedra angular de éste, dotado de suficientes conocimientos que le permitirán no perder nunca de vista las cuestiones generales en los problemas particulares en que se enfrenta y poder manejar los problemas de los individuos solo conociendo en contexto inmediato en que se desenvuel-

ven y cuyo marco más importante es sin lugar a duda la familia.

Esta tesis se ubica en el estudio del enfermo con Psicriasis y cuales son las repercusiones que circulan en la dinámica familiar.

Su justificación la menciono más adelante y sobre todo deseo que sirva para la orientación de todo Médico Familiar así como para otros especialistas y no especialistas médicos que se interesen por este estudio y dejen a generaciones posteriores el poder ampliarlo, profundizarlo y si es necesario corregirlo.

MARCO TEORICO DE REFERENCIA

Dentro de éste sub-título se incluyen 12 puntos, los cuáles mencionaré en su oportunidad y de acuerdo a su ---- orden, siendo las siguientes:

- 1.- Sinónimos con los que se conoce la enfermedad.
- 2.- Definición.
- 3.- Historia Universal de la Psoriasis.
- 4.- Historia de la Psoriasis en México.
- 5.- Datos epidemiológicos.
- 6.- Etiología. Alteraciones metabólicas de la Psoriasis.
- 7.- Histopatología.
- 8.- Cuadro clínico.
- 9.- Complicaciones.
- 10- Diagnóstico diferencial.
- 11- Pronóstico.
- 12- Tratamiento.

A continuación trato cada punto en la forma breve --- posible de acuerdo a la bibliografía mundial encontrada -- para el tema.

P S O R I A S I S

SINONIMOS.- Lepra vulgar, Lepra alphas, Alphas, Psora y Síndrome de Willan-Plumbe.

DEFINICION.- La Psoriasis es una dermatosis generalizada crónica e inflamatoria, esencialmente consiste en placas eritematoescamosas con diversidad en tamaño y distribución siendo de etiología idiopática.

HISTORIA UNIVERSAL DE LA PSORIASIS.- La historia más antigua de datos sobre ésta enfermedad se haya en Babilonia y Asiria (1) y en la Biblia en el libro III de Moisés (2). Celso que vivió en el primer siglo después de Cristo - descubre en el capítulo XVII de su 5o. libro de Medicina a la psoriasis pero con el nombre de Impétigo (3).

En la Edad Media los enfermos psoriásicos eran confundidos con leprosos y junto con estos se les expulsaba del seno de la sociedad considerandolos socialmente muertos -- usando la misma vestimenta el psoriásico y el leproso(4,5).

La primera descripción clásica de la psoriasis la hace el dermatólogo vienes Rober Willan en 1801 haciendo uso sinónimo de las palabras Lepra vulgaris y Psoriasis.

Hebra, famoso dermatólogo también vienes, en el siglo pasado da una amplia descripción de la "psoriasis; elimina el término de Lepra vulgaris y Kùbner posteriormente describe la reacción isomorfa que lleva su nombre; Munro en -- 1898 describe los microabsesos que se observan en el estudio histopatológico y que llevan su nombre.

HISTORIA DE LA PSORIASIS EN MEXICO.- Sahagún y Hernández en sus libros sobre "Historia de las cosas de la -- Nueva España" hablan sobre la Psoriasis sin precisarla (6), los dos únicos artículos publicados en el siglo pasado son: "Psoriasis curada por la vacuna" (8) y el "Arsenicato de fierro para curar la Psoriasis" (7).

En este siglo solo existen diez artículos sobre psoriasis, esto en contraste con países anglosajones en donde hay más bibliografía.

DATOS EPIDEMIOLOGICOS.- La Psoriasis se presenta sobretodo entre los 20 y 40 años de edad, aparece más temprano en la mujer que en el hombre, pocas veces se presenta -- antes de los 10 años y es muy rara antes de los 5, y después de los 45 años su localización se describe más adelante pero en el lactante se presenta en el área del pañal -- (9,10,11).

RAZA.- Es muy frecuente en la raza blanca y muy rara en la negra y amarilla.

SEXO.- Las estadísticas marcan mayor número de hombres enfermos de Psoriasis (12,13,14).

DISTRIBUCION GEOGRAFICA.- Se haya en todo el mundo y predomina en los países anglosajones, es menos frecuente -- en el clima tropical.

ETIOLOGIAS DE LA PSORIASIS.- Esta enfermedad es el -- padecimiento de las hipótesis ya que hay múltiples teorías que buscan el saber la causa aún en nuestros días logrando solo "modas" de cada teoría siendo desechada una por otra, en la actualidad (desde hace 20 años) se busca una explicación por el lado bioquímico e histoquímico, debido a que las alteraciones metabólicas van de la mano dentro de la etiología las trato en el mismo punto para hacerlo más --- didáctico.

Alteraciones metabólicas de los lípidos.- Esta elucidación se basa en antecedentes y actualmente no se precisa nada al respecto, ya que se dice que la psoriasis de la Segunda guerra mundial quienes la padecían mejoraban con dieta baja en grasas (15,16,17), los resultados del colesterol sérico son muy variados, ejemplo, Rad y cols., (18) --- hayaron el colesterol aumentado en casos crónicos, aacer--

baciones y formas artropáticas.

Shapiro y Cols., (19) lo hayarán normal en el hombre -- y aumentado en la mujer, otros reportan no hayar cambios -- (20). Recientemente Tirscheck (21) encontró reducción de -- ácidos grasos en las formas eruptivas de la psoriasis mien tras que en los enfermos crónicos con enfermedad inactiva los ácidos grasos son normales, esto también es encontrado por otros autores (22,23).

Alteraciones metabólicas de proteínas. - Al igual que las alteraciones metabólicas de lípidos, los resultados de estudios de proteínas por irruonelectroforesis como método más específico no aporta significación orientadora como -- alteración, como ejemplo, Tioner y cols., (24) reportan aumen tadas las alfa 2 y beta globulinas, mientras que Ricciardi (25) dice exactamente lo contrario.

Otros autores hayan a las proteínas en límites norma les (18,26,27). Últimos estudios analizan los puentes sul-- fidrilo (SH) presentes en la capa córnea como posibles in-- hibidores del proceso de queratinización (28,29,30).

Alteraciones metabólicas de carbohidratos. - En la --- epidermis acantósica de los psoriásicos se ha la abundante glucógeno (31,32) y Rotuffo (33) concluye que existe un -- aumento de la glucólisis anaeróbica y aeróbica de la lesión psoriásica.

Herencia de la Psoriasis. - Otra de las teorías cuya génesis trata de explicar la psoriasis pero sin concluir -- nada al respecto, lo que ha deaconadenado divergencia entre diversos investigadores, sin embargo, Lombult realizó un es-- tudio sobre la genética de los psoriásicos entre los habi-- tantes de la Isla Foeroc, concluyendo que ésta enfermedad -- se hereda de manera dominante con manifestación falida y calcula que se presenta en el 80% de los casos (34); otros investigadores apoyan éste estudio como Abele y cols. (35) -- que de 537 miembros 44 padecen psoriasis.

Psoriasis y factores psíquicos.- Bolgert y Cola. concluyen que la dermatosis se genera por agresiones psíquicas y recomienda psicoterapia individual (36,37,38), se encontró que la mayoría de psoriásicos cursan con actitud de inseguridad (39), problemas de adaptación social, labilidad afectiva y ansiedad, solo un 15% eran normales, 35% neuróticos y un 50% alteraciones de la personalidad (40).

Teoría infecciosa.- Hay poca evidencia de que la psoriasis tenga un origen infeccioso. Se le han atribuido infecciones respiratorias altas por virus, amigdalitis, monilia, al hallar *Candida* en las escamas psoriásicas, TB, Sífilis, pero ninguna es concluyente de que sea siquiera un factor de riesgo para posteriormente cursar con una dermatosis (41, 42, 43).

Teoría Endocrinológica.- Se pensó que la causa sería de insuficiencia suprarrenal, sin embargo en 1935 se estudió a los psoriásicos hallando prácticamente en todos los enfermos los 17 esteroides normales (44,45). Se menciona que el embarazo mejora la enfermedad y basados en esto se han usado estrógenos y progesterona sin resultados favorables hasta el momento por lo que se ha abandonado (46,47,48)

HISTOPATOLOGIA.- En lesiones tempranas se encuentra epidermis con moderada acantosis, disminución irregular de la capa granular e hiperqueratosis, el tejido conectivo se halla edematoso con infiltrado linfocitario.

En lesiones bien establecidas, la capa córnea está muy adelgazada, la hiperqueratosis es notable, hay elongación de los procesos interpapilares.

Se hallan los abscesos de Munro que son colecciones asepticas localizadas en el estrato córneo y ésta formado por polimorfonucleares, al; unas veces estos abscesos faltan.

CAMBIOS VASCULARES.- En lesiones tempranas el endotélio está edematoso y el tejido conectivo está muy adelgazado. Cuando la capa epitelial que lo recubre se quita, el capilar sangra dando el "signo del rocío sangrante".

CUADRO CLINICO.- Su diagnóstico es fácil en la forma típica, la psoriasis es monomorfa y tiende a la simetría, -- los elementos característicos son el eritema y la escama.

El prurito es un síntoma subjetivo ocasional.

El comienzo es insidioso, aparecen primero una ó varias pápulas en cualquier parte del cuerpo las cuáles van poco a poco extendiéndose y cubriéndose de escamas hasta -- formas verdaderas placas (49,50).

Si se rasca cuidadosamente cae despulverizada "signo de la gota de cera", al quitar la última capa aparece un -- puntilleo hemorrágico "signo de Auspitz" ó "rocío sangrante", que es característico de la psoriasis.

Las placas de psoriasis son redondas u ovals, tamaño variable que va de la cabeza de un alfiler hasta ser tan -- grande que cubre gran parte del cuerpo, su localización más frecuente es en codos, rodillas, sacro y cuero cabelludo.

La evolución de la enfermedad es caprichosa, las placas permanecen sin cambios o estos son mínimos en meses ó años y cuando involucionan la escama disminuye, es menos adherente y el eritema disminuye dejando una placa despigmentada.

Las remisiones son espontáneas, estacionales (52,53) ó ligadas al embarazo (54) con recidivas espontáneas también.

FORMAS CLINICAS.- Según el tamaño de las placas se -- mencionan las siguientes formas: Psoriasis puntata, gutata, discoide, en placas y universales.

Por morfología puede ser pustulosa localizada ó generalizada (formas muy raras), de las uñas, palmar y plantar, -- invertida, interdigital, del cuero cabelludo y del pene (55, 56).

COMPLICACIONES.- Las complicaciones de la psoriasis son dos: Eritrodermia y Artropatía.

Ambas enfermedades son muy raras pero deben de tenerse siempre en cuenta.

PRONOSTICO.- Siendo el tipo no complicada el pronóstico es bueno en cuanto a la vida del enfermo ya que no involucra órganos internos. El pronóstico cambia en el tipo artropático, en la pustulosa generalizada y en eritrodermia psoriásica. En la primera, el dolor, malestar general e invalidez parcial hacen el pronóstico más ó menos severo.

El pronóstico es francamente malo en el tipo pustuloso generalizado ya que causa frecuentemente la muerte.

La psoriasis eritrodérmica es de difícil control terapéutico dando intenso prurito y ardor.

Estéticamente el pronóstico es malo por el aspecto de las placas en sitios expuestos, generando alteraciones psíquicas que influyen desfavorablemente.

TRATAMIENTO.- Han sido múltiples los tratamientos ensayados sin mayores resultados como las vitaminas, hipoglucemiantes, quimioterápicos, estos últimos en formas graves siendo poco útiles con efectos indeseables importantes que limitan su uso. Los tópicos más usados aún en la actualidad es el ácido salicílico en vaselina al 3%, 8% ó 10%.

Como segundo grupo el alquitrán de hulla en vaselina en proporción del 3 al 5% ó en shampoo, este puede combinarse con el ácido salicílico, resultando lo más paliativo en lo que a tratamiento en México se ha visto.

Se recomienda como parte complementaria el apoye, vida sana y conocimiento de su enfermedad llamada "enfermedad de los sanos".

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la consulta externa del servicio de Dermatología - del H.G.Z. No. 29 del I.M.S.S., se otorgó un total de 884 - consultas, de las cuáles 105 (11.8%) fueron para psoriasis.

52 consultas (49.5%) fueron de primera vez y el resto subsecuente.

Como se había mencionado, en ésta psicodermatosis se - le han asignado diferentes factores etiológicos, genéticos, inmunológicos, infecciosos, constitucionales, psicológicos, - etc., e incluso se ha involucrado a la familia en su etiopatogenia.

Sin embargo, no se ha estudiado adecuadamente a la familia de estos pacientes en cuanto a sus funciones.

J U S T I F I C A C I O N

La Familia está integrada a través de una serie de -- vínculos que combinan varios factores biológicos, sociales y económicos, que psicológicamente están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas.

La Familia debe ajustarse a la variada gama de viscosidades de cada uno de los miembros que lo componen, en condiciones favorables los sentimientos de amor y lealtad --- prevalecen y mantienen la armonía familiar. Bajo condiciones de tensión y conflicto excesivas pueden surgir antagonismos y odio mutuos amenazando la integridad de la misma.

El Médico Familiar contemporáneo ha incrementado ---- enormemente su interés en la Familia como unidad terapéutica en base a 3 poderosas razones:

1. La enfermedad o disfunción de un miembro de la familia altera estrechamente las relaciones entre los demás miembros familiares.

2. El restablecimiento de la enfermedad se afecta por naturaleza de las relaciones familiares.

3. La meta de prevención y detección oportuna de las enfermedades se realiza más plenamente con una perspectiva familiar.

O B J E T I V O S

MEDIATO.

Describir las funciones de la familia con un integrante con psoriasis.

INMEDIATO.

Demstrar las funciones de la dinámica familiar en pacientes con psoriasis.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiarán 52 familias de pacientes con diagnóstico establecido de Psoriasis, que corresponden al 50% del total de las consultas por ésta psicodermatosis, siendo éstas familias de pacientes de primera vez en la consulta de Dermatología con edad comprendida de 15 a 65 años sin distinción de sexo, se seleccionarán de la consulta externa del H.C.Z. No. 29 de Aragón del I.M.S.S., contados en las formas 4-30-6 del registro de pacientes que fueron proporcionados por la oficina de Codificación y Estadística de la Unidad.

Se escogerán los pacientes en edades de 15 a 65 años ya que estos son pacientes que depende su familia con la cuál establecen su principal interacción.

Después de efectuar la selección de los pacientes de primera vez que se presentaron a la consulta externa de Psoriasis del 10. de Enero al 30 de abril de 1985, se realizarán 3 visitas domiciliarias con el fin de tener su confianza y así lograr que el estudio resulte lo más verídico con resultados confiables.

Posteriormente se plantearán cada una de las preguntas del cuestionario en forma clara y concisa, con sus respectivas opciones de respuesta. El tiempo promedio de cada entrevista será de una hora.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.-Familias con un miembro con Psoriasis.
- 2.-Pacientes con Psoriasis que se presentarán a la C.E. de Dermatología por primera vez, adscritos al H.G.Z. No.29 en periodo comprendido del 1o. de Enero al 30 de Abril de 1985.
- 3.-Pacientes que en base al punto anterior, se localizó su domicilio y a ellos en éste, basados en la TAC.
- 4.-Pacientes que aceptarán la visita y resolver lo más --- fielmente el cuestionario de la encuesta.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.-Pacientes subsecuentes portadores de Psoriasis y adscritos al H.G.Z. No.29.
- 2.-Pacientes portadores de Psoriasis que no se encontró su domicilio registrado en la TAC.
- 3.-Pacientes portadores de Psoriasis que se localizó su --- domicilio pero no a ellos, habiendo sido buscados en la TAC.

VARIABLES E INDICADORES

Dentro de las variables consideradas para ésta investigación se encuentran:

I. FUNCIONES DE LA FAMILIA:

A) Socialización: Donde la familia tiene la responsabilidad primaria de transformar a un niño en determinado número de años en un ser capaz de completa participación en sociedad. El niño debe de aprender un lenguaje, su papel en varios estadios de la vida, las normas socioculturales, etc.

La madre tiene la responsabilidad primaria de socializar al niño a través de los años pre-escolares teniendo el padre un papel de soporte durante ese tiempo.

La responsabilidad es más tarde compartida por escuelas, parientes, iglesias, etc. y hay también patrones de socialización en guarderías, clubes, etc., los cuáles más tarde se separan de los padres para la experiencia de la socialización. Parte del proceso de socialización involucra la adquisición de conceptos y actitudes de salud.

La madre es el educador primario de salud de la familia y es quién generalmente tiene mayor conocimiento de salud que cualquier otro miembro de la familia.

Socialización ó educación de la salud es un mayor componente de la Medicina Familiar. Principia por consejo genético y reproductivo y continúa con cuidado pre-natal y del niño y se extiende a través de toda la vida en las relaciones médico-paciente.

Los padres desean ver progreso en el desarrollo de sus hijos, la madre respectivamente, busca apoyo y guía en otra gente (otros padres por ej., su anterior familia, enfermeras, maestros, médicos, etc) ó durante los años pre-escolares donde el Médico familiar tiene la mayor oportunidad de proveer soporte profesional.

B. Cuidado: Significa cubrir las necesidades físicas y de salud de los miembros de la familia. Las probabilidades de buena salud y larga vida están directamente relacionadas con el nivel socioeconómico de la familia.

Las familias con un común nivel socioeconómico tienen problemas similares.

La respuesta a las demandas de cuidado dependen no solo del acceso que tengan estas familias a estos recursos, sino también del nivel de conocimiento de las familias, con esto, lograr que no solo conozcan, sino que sepan usar dichos servicios.

C. Afecto: La familia necesita cubrir las necesidades afectivas de sus miembros por que la respuesta afectiva de un individuo a otro provee la recompensa básica de la vida familiar. Las necesidades afectivas de los padres son tan importantes para la salud familiar como las necesidades -- para la salud familiar como las necesidades afectivas de los niños.

Se argumenta que la madre responde más que el padre a las necesidades afectivas de la familia y aunque ésta generalización es verdadera, es también verdad que los hombres tienen mayor responsabilidad afectiva.

Aunque cuidado y afecto pueden ser conceptualmente -- separados, en la práctica no es fácil diferenciarlos. Cuidado y afecto son parte del proceso de socialización y son recompensados y castigados. Inadecuada socialización puede resultar en privación, lo que puede resultar en que el -- individuo sea menos capaz de responder afectivamente a -- otros.

D. Reproducción: Una función básica de la familia es la reproducción y el proveer de nuevos miembros a la sociedad. El matrimonio y la familia son designados para regular y controlar el ambiente sexual y la reproducción.

La educación sexual ha sido reconocida como una parte importante de la socialización de los niños, pero aún hay controversia. La educación médica ha sido criticada por -- que los médicos frecuentemente no han recibido entrenamiento para ser sensitivos a los problemas sexuales de los pacientes y no proporcionan consejo adecuado.

E. Estatus y nivel socioeconómico: En los estudios de estratificación social, los científicos sociales están concientes de que las diferencias en niveles socioeconómicos de las familias resultan en variaciones de estilo de vida y oportunidades.

La familia socializa a un niño dentro de una clase -- social y destila de él todas sus aspiraciones relevantes. El estatus también tiene relación con la tradición familiar.

El conferirle estatus a un niño es el pasarle derechos y tradiciones. Lo vemos en la práctica por la expectativa del nacimiento del primer hijo y de los hijos varones.

Los mayores recursos de la familia son invertidos en el primer nacimiento y en niños más que en niñas. Uno de los problemas que resultan es que lo que esperan los padres -- excede las habilidades de los hijos y que por esto se ignoran las necesidades básicas de los hijos.

II. PSORIASIS: Es una enfermedad crónica, de causa desconocida, constituida por placas eritematoescamosas que afectan diversas partes de la piel.

El cuestionario que se aplicará a cada familia consta de 67 preguntas divididas en 2 secciones.

I. Datos sobre el paciente: Formulado con un total de 13 preguntas. Para investigar todo lo referente al nivel cultural, actividades ocupacionales y recreativas, así como los datos generales del paciente. Han sido enumeradas del No. 1 al 13.

II. Funciones de la familia.

Para investigar las funciones de la familia se tomarán en cuenta los siguientes indicadores según corresponda a cada uno de ellos.:

La socialización lo obtengo al encontrar lo referente a educación académica, educación social, inscripción a club ó grupo social, así como las actividades allí realizadas y su frecuencia. Incluye de la pregunta 14 a la 24.

El afecto y cuidado, por medio de el trato amoroso de esposo/a e hijos, interrelación entre la pareja, al preguntar los gustos que se están tiene el paciente tanto en alimentación, diversiones y vestido así como la atención le presta ante sus problemas. Incluye de la pregunta 25 a 34.

La reproducción se busca al interrogar lo referente a conocimiento sobre sexualidad, donde se obtuvo la información, por quién, que tan útil ha sido para el paciente, información sobre P.P. y su método más utilizado por la efectividad, planeación y número real de hijos y si a estos los instruye sexualmente. Se investiga la frecuencia semanal de relaciones sexuales, placer obtenido, presencia ó no de orgasmos y su frecuencia y finalmente la platica con la pareja sobre sus relaciones sexuales, va de la 35 a la 57

El estatus se estudia por el ingreso familiar mensual, miembros de la familia, características de la habitación en lo referente a tenencia, tipo, No. de cuartos, agua potable, disposición de basura así como la eliminación de esta, disposición de excretas y si hay fauna nociva en el hogar.

Incluye de la pregunta 56 a la 67.

UNIDADES Y CRITERIOS DE MEDIDA

| VARIABLES E INDICADORES | NUMERO DE PREGUNTAS | PREGUNTAS FILTRO | CATEGORIA |
|-----------------------------------|---|------------------------------|---|
| 1. Datos gales. del paciente . | | | |
| 1.1 Nivel Cultural | 4,5,6,8. | 7 | Suficiente: (1-5) Insuficiente: (0-1) |
| 1.2 Toxicomanias. | 10,11,12. | - | Positivo: (1-3) Negativo: (0-1) |
| 2. Funciones de la familia. | | | |
| 2.1 Socialización. | 14,17,18,19. 21,22. | 15,16,20,23 24 | Suficiente: (6 ó +) Insuficiente: (0-5) |
| 2.2 Cuidado y Afecto. | 25,26,27,28, 29,30,31,32, 33,34. | — | Suficiente: (5 ó +) Insuficiente: (0-4) |
| 2.3 Reproducción. | 35,37,39,40, 41,42,43,44, 46,48,50,51, 52,53,56. | 36,38,45,47, 49,54,55,57. | Adecuada: (12 ó +) Inadecuada: (0-11) |
| 2.4 Estatus | 58,59,60,61, 62,63,64,65, 66,67. | — | Alta: (5 ó +) Baja: (0-4) |

E N C U E S T A

I. DATOS SOBRE EL PACIENTE:

1. Sexo: Masculino () Femenino ().
2. Edad: _____
3. Lugar que ocupa entre sus hermanos: _____
4. Edad en que ingreso a la escuela: _____
5. Escolaridad: _____
6. Otros estudios: _____
7. Cuñles: _____
8. Idiomas que conoce aparte del Español: _____
9. Estado Civil: _____
10. Ocupación: _____
11. Tabaquismo: _____
12. Alcoholismo: SI () NO ().
13. Otras toxicomanias: SI () NO ().

II. FUNCIONES DE LA FAMILIA

A. Socialización.

14. ¿ Ud. estuvo en guardería? SI () NO ().
15. ¿ Cuanto tiempo permaneció allí?: _____
16. ¿ Por qué requirió guardería?: _____
17. Su educación académica inicialmente fue dada por:
a) Padre b) Madre c) Padre-Madre d) Otro familiar
e) Persona ajena a la familia.
18. Su educación social inicialmente fue dada por:
a) Padre b) Madre c) Padre-Madre d) Otro familiar
e) Persona ajena a la familia.
19. Sus tareas, trabajos y actividades escolares fueron ase-
soradas por:
a) Padre b) Madre c) Padre-Madre d) Otro familiar
e) Persona ajena a la familia.
20. Con qué frecuencia se realizarón:
a) Diario b) Cada tercer día c) Una vez por semana
d) Ocasional e) Nunca.

21. Con qué frecuencia sus padres ó tutor platicaba con -- sus profesores sobre su aprovechamiento escolar:
a) Cada semana b) Cada mes c) Cada seis meses
d) Cada año e) Nunca
22. Pertenece Ud. a un club ó grupo social: SI () NO ().
23. Qué actividades realiza: _____
24. Con qué frecuencia: a) Una vez por semana b) Una - vez al mes c) Cada 3 meses d) Cada 6 meses
e) Ocasionalmente.

B. Afecto y Cuidado.

25. Lo besa ó acaricia su esposo/a:
1) Nunca 2) En ocasiones 3) Con frecuencia.
26. Lo besan ó acarician sus hijos:
1) Nunca 2) En ocasiones 3) Con frecuencia.
27. Discute con su esposo/a:
1) Nunca 2) En ocasiones 3) Con frecuencia.
28. Su esposo/a le ha golpeado:
1) Nunca 2) En ocasiones 3) Con frecuencia.
29. Le ha dicho su esposo/a palabras que le ofenden:
1) Nunca 2) En ocasiones 3) Con frecuencia.
30. Qué tanto sabe lo que le gusta al paciente?
1) Nada 2) Algo 3) Bastante.
31. Que acostumbra comer:
1) Iche y huevos 2) Carne y verduras 3) Pastas y frijoles
4) Todas las anteriores 5) Ninguna de ellas.
32. Qué tanto convive ó se divierte con el paciente:
1) Nada 2) Algo 3) Bastante
33. Como ha sido su vestido:
1) Inadecuado 2) Regular 3) Adecuado.
34. Ayuda al paciente a resolver sus problemas:
1) Nunca 2) En ocasiones 3) Casi siempre.

3. Reproducción.

35. Obtuvo información académica sobre sexualidad durante -
su preparación académica: SI () NO ().
36. La obtuvo en:
1) Primaria 2) Secundaria 3) Preparatoria
4) Profesional 5) Escuela técnica 6) Por su cuenta.
37. La información obtenida fue satisfactoria para Ud.:
SI () NO ().
38. Sino fue, a quién recurrió para aclarar sus dudas:
1) Padres 2) Profesores 3) Médico 4) Amigo
5) A nadie.
39. Conocía Ud. los métodos de P.F. antes de casarse:
SI () NO ().
40. Qué método ha sido para Ud. el mejor:
1) Hormonales 2) DIU 3) Locales 4) Quirúrgico.
41. Qué método de P.F. usa actualmente:
1) Hormonal 2) DIU 3) Local 4) Quirúrgico
5) Ninguno.
42. Cuantos hijos deseó tener antes de casarse:
1) Uno 2) Dos 3) Tres 4) Cuatro 5) Cinco ó más.
43. Cuantos hijos tiene:
1) Uno 2) Dos 3) Tres 4) Cuatro 5) Cinco ó más.
44. Los nacimientos de sus hijos van de acuerdo a lo pla--
neado por Ud. y su esposo/a: SI () NO ().
45. En caso negativo, a qué se debió su falla ? _____
46. Desea tener más hijos: SI () NO ().
47. Cuántos más: _____
48. Instruye sexualmente a sus hijos: SI () NO ().
49. Considera que entienden sus explicaciones: SI () NO ()
50. Cuántas veces a la semana tiene Relaciones Sexuales --
(R.S.) con su esposo/a (pareja):
1) Una 2) Dos 3) Tres 4) Cuatro 5) Cinco ó más.
51. Las R.S. son placenteras para Ud.: SI () NO ().

52. Las relaciones sexuales son placenteras para su esposo/a
SI () NO ().
53. Sabe Ud. lo que es un orgasmo: SI () NO ().
54. Tiene orgasmos durante su relación: SI () NO ().
55. Con qué frecuencia: 1) Siempre 2) Frecuentemente
3) Ocasionalmente.
56. Platica con su pareja sobre sus R.S.: SI () NO ().
57. La pareja acepta la petición de llevar mejor sus R.S.:
SI () NO ().

D. Estatus.

58. Ingreso familiar mensual: _____
59. Número de miembros de la familia: _____
60. Habitación: Tenencia: 1) propia 2) alquilada
61. Tipo: 1) sola 2) departamento 3) vecindad
4) jacal 5) barraca 6) otro.
62. No. de cuartos: 1) uno 2) dos 3) tres
4) cuatro ó más.
63. Agua: 1) entubada dentro 2) entubada fuera
3) pozo o noria 4) albije 5) otros.
64. Disposición de basura: 1) con recipiente --
sin tapa 2) con recipiente con tapa
3) sin recipiente.
65. Eliminación de basura: 1) lanza a la calle
2) quema o entierra 3) recolección
organizada.
66. Disposición de excretas: 1) excusado 2) le
trina 3) fosa septica 4) fecalismo
al aire libre.
67. Fauna nociva en el hogar: moscas () cucu
rachas () otros ().

RECOLECCION DE DATOS.

Posteriormente, los datos obtenidos se tabularán mediante paloteo de cada pregunta habiendo elaborado una hoja especial que será utilizada específicamente para ello.

Asimismo, utilizaré medidas de tendencia central como son media y moda, practicando un cuadro y una tabla alucida a cada dato importante.

Entendemos por media aritmética el valor representativo de un promedio. Por moda entendemos el valor que tiene la frecuencia mayor.

R E S U L T A D O S .

Se estudiarón a 52 pacientes con "psoriasis de evolución crónica que acudieron por primera vez a la consulta Externa de "Dermatología en el H.G.C. No. 29 del I.M.S.S en el período comprendido del 1o. de Enero al 30 de Abril de 1985 y obtuve los siguientes resultados:

Se obtuvo en la distribución por sexo una mayor incidencia en la mujer en 30 (57.7%) casos y en el hombre 22 (42.3%) pacientes, siendo más frecuente en el rango de edad de 55 a 65 años en 17 (32.7%) pacientes. Las edades de los pacientes oscilarón de 15 a 65 años, con una media de 44.45 años. (cuadro No. 1).

Con lo que respecta al lugar que el paciente ocupaba entre sus hermanos se encontró que el primogénito era el más afectado ya que está sujeto a infirmitad de tensiones intrafamiliares y es quién tiene mayores responsabilidades, además de que es quién comete más errores por su inexperiencia e inadaptabilidad.

En la inmensa mayoría de los casos no se encontró una adecuada correlación entre la edad en que ingresaron a la escuela y escolaridad, lo que sugiere que hay una alteración en el aspecto intelectual, obteniéndose que estos pacientes ingresarón por primera vez a la escuela a los 6 años siendo 8 (15.4%) casos; a los 7 años 20 (38.5%); y los 9 (17.3%) últimos a los 8 años de edad. El resto no acudieron a la escuela pero saben leer y escribir.

La escolaridad fue como sigue: Cursarón primaria 41 personas (78.8%), 4 (7.7%) terminaron secundaria y solo 2 (3.8%) tuvieron bachillerato, asimismo se encontró que ninguno de los casos conocía otro idioma aparte del español y que algunos habían cursado y terminado diferentes carreras técnicas. (Cuadro 2).

En cuanto al estado civil de los enfermos se encontró que la mayoría eran casados 39 (75%), posteriormente se encontró a la Unión libre en 8 (15.3%) casos, divorciados 3 (5.9%) pacientes y solteros 2 (3.8%), lo que parece que no influye en la enfermedad. (Cuadro 3).

De los pacientes estudiados se encontró que 29 (55.8%) eran obreros, 11 (21.3%) eran burocratas (empleados), 3 -- (5.9%) profesionistas-técnicos y 9 (17.1%) están comprendidos entre comerciantes, pensionados, choferes y mecánicos. (Cuadro 4).

Las toxicomanías encontradas fueron alcoholismo en 40 (76.9%) de los pacientes, siendo negativo en el resto y el tabaquismo en 49 (94.1%) de ellos, lo que es un factor muy importante ya que esto deteriora la situación económica y disminuye las relaciones familiares. (Cuadro 5).

En relación a las alteraciones de las funciones familiares se encontró lo siguiente:

Socialización.- en los resultados obtenidos se encontró que esta función estuvo alterada en 29 (55.8%) pacientes y adecuada en el resto, siendo la media de 5.53. (Cuadro 6)

Cuidado y afecto.- la media obtenida fue de 6.28, con una función adecuada en el 50% de los casos e inadecuada en el resto. (Gráfica 6a).

Reproducción.- la media fue de 5.34, habiendo alteración en 40 (76.9%) familias y bien llevada la función en 12 (23.1%). (Gráfica No. 6b).

Estatus.- en el estudio se obtuvo una media de 5.94 con alteración en esta función en 14 (26.9%) casos y buena en 38 (73.1%) pacientes. (Gráfica No. 6c).

El ingreso familiar mensual promedio fue de \$35400 - con límites de \$19500 a \$117000, con un ingreso per capita mensual promedio de \$2800.

El número de miembros de la familia fue de 4-13 personas con promedio de 6.9.

En cuanto al tipo de habitación predominó la casa sola en 37 (71.2%) de los casos, seguido por la vecindad en 12 (23.1%) casos y el departamento en 3 (5.7%), el número de cuartos para el descanso nocturno fue de una habitación en 18 (34.6%) de pacientes, de dos habitaciones 18 (34.6%) de tres cuartos 9 (17.3%) y de cuatro ó más 7 (13.5%).

En la tenencia se encontró con 39 (75%) era propia y 13 (25%) era alquilada, de ellas se obtuvo que la misma cantidad poseían agua entubada dentro del hogar (75%) y el resto entubada fuera.

La disposición de la basura se registro como sigue: en recipiente con tapa 26 (50%), recipiente sin tapa 21 (40.4%) y sin recipiente 5 (9.6%). Asimismo la eliminación de excretas en el 100% de los casos fue el escusado. La eliminación de la basura fue en 49 (94.2%) de casos por recolección organizada y en solo 3 (5.8%) lo quemaron o entierran.

En la fauna nociva se reconoció que en 36 (69.2%) casas existían moscas, en 16 (30.8%) cucarachas y en 23 (44.2%) otros animales entre ellos roedores e insectos.

La mayoría de las mujeres desconocían el programa de planificación familiar antes de casarse, siendo esto en 35 (67.3%) de las familias y en resto lo conocían pero no bien, ninguno de los embarazos fue planeado y actualmente llevan a cabo los métodos de anticoncepción en forma irregular.

Como se deduce la actividad sexual no fue instruida, lo que impide que actualmente den información adecuada a sus hijos.

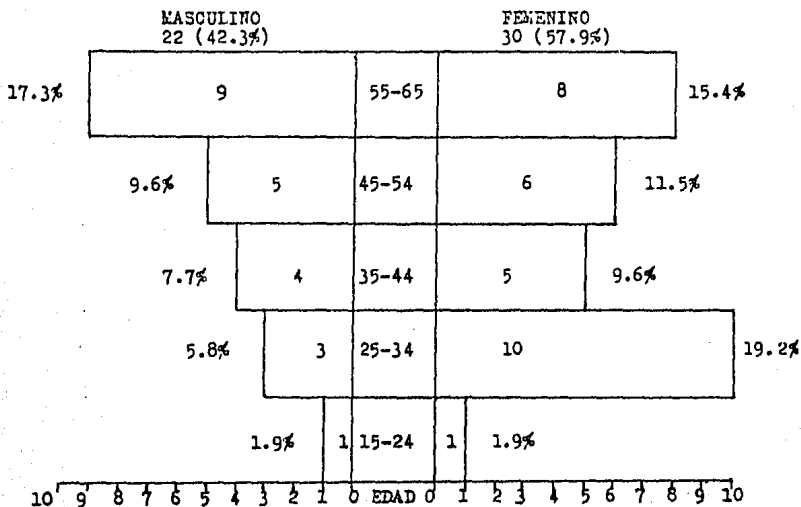
Incidencia de la población por sexo y edad de los pacientes con Psoriasis adsoritos al H.G.Z. No. 29 del I.M.-S.S. que acudieron por primera vez a la C.E. de Dermatología del 10. de Enero al 30 de Abril de 1985.

| GRUPO DE EDADES. | MASCULINO | | FEMENINO | | TOTAL. | |
|------------------|-----------|-------|----------|-------|--------|------|
| | NUMERO | % | NUMERO | % | NUMERO | % |
| 15-24 años. | 1 | 1.9% | 1 | 1.9% | 2 | 3.8 |
| 25-34 años. | 3 | 5.8% | 10 | 19.2% | 13 | 25 |
| 35-44 años. | 4 | 7.7% | 5 | 9.6% | 9 | 17.3 |
| 45-54 años. | 5 | 9.6% | 6 | 11.6% | 11 | 21.2 |
| 55-65 años. | 9 | 17.3% | 8 | 15.4% | 17 | 32.7 |
| T O T A L | 22 | 42.3% | 30 | 57.7% | 52 | 100% |

Fuente: DIRECTA (Encuesta).

CUADRO No. 1

Pirámide de la población por sexo y edad de los pacientes con Psoriasis adscritos al H.G.Z. No. 29 del I.M. S.S. que acudieron por primera vez a la C.E. de Dermatología del 10. de Enero al 30 de Abril de 1985.



Fuente: DIRECTA (Encuesta).

CUADRO No. 1

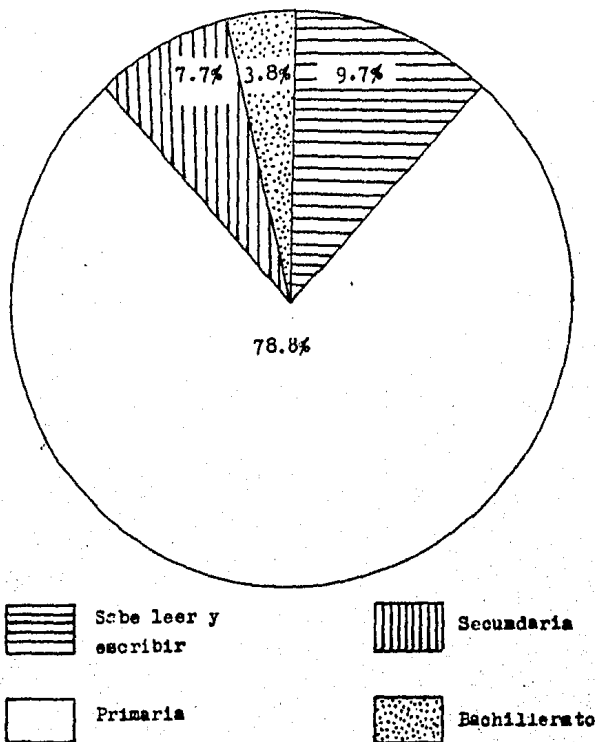
Grado de escolaridad en los pacientes con Psoriasis --
adscritos al H.G.Z. No. 29 del I.M.S.S. que acudieron por
primera vez a la C.E. de Dermatología del 1o. de Enero al
30 de Abril de 1985.

| GRADO DE ESCOLARIDAD | NUMERO DE PACIENTES | FORCENTAJE |
|-----------------------|------------------------|------------|
| Sabe leer y escribir. | 5 | 9.7% |
| Primaria | 41 | 78.8% |
| Secundaria | 4 | 7.7% |
| Bachillerato | 2 | 3.8% |
| Profesionista | - | - - |
| T O T A L | 52 | 100.0% |

Fuente: DIRECTA (encuesta).

CUADRO No.2

Grado de escolaridad en los pacientes con Psoriasis adscritos al H.G.Z. No. 29 del I.M.S.S que acudieron por --- primera vez a la C.E. de Dermatología del lo. de Emero al - 30 de Abril de 1985.



Fuente: DIRECTA (Encuesta).
 GRAFICA No. 2

Ocupación de los pacientes con Psoriasis adscritos -- al H.G.Z. No.29 del I.M.S.S. que acudieron por primera -- vez a la C.E. de Dermatología del lo. de Enero al 30 de -- Abril de 1985.

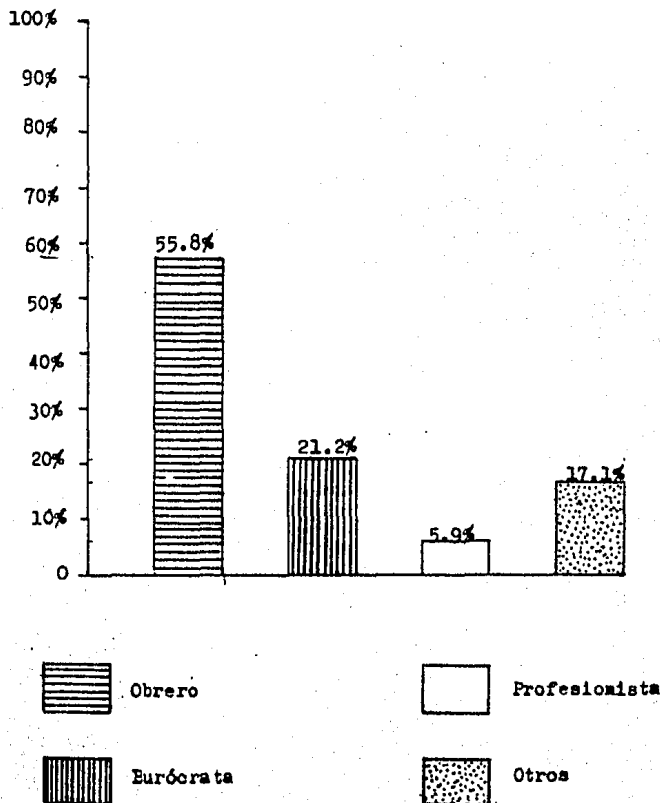
| Ocupacion | NUMERO DE PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------------------|------------------------|------------|
| Obrero | 29 | 55.8% |
| Burócrata | 11 | 21.2% |
| Profesionista técnico | 3 | 5.9% |
| Otros | 9 | 17.1% |
| T O T A L | 52 | 100.0% |

Fuente: DIRECTA (Encuesta).

CUADRO No. 3

Ocupación de los pacientes con Psoriasis adscritos al H.G.Z. No.29 del I.M.S.S. que acudieron por primera vez a la C.E. de Dermatología del lo. de Enero al 30 de Abril de 1985.

TOTAL: 52 pacientes



Fuente: DIRECTA (Encuesta).

GRAFICA No. 3

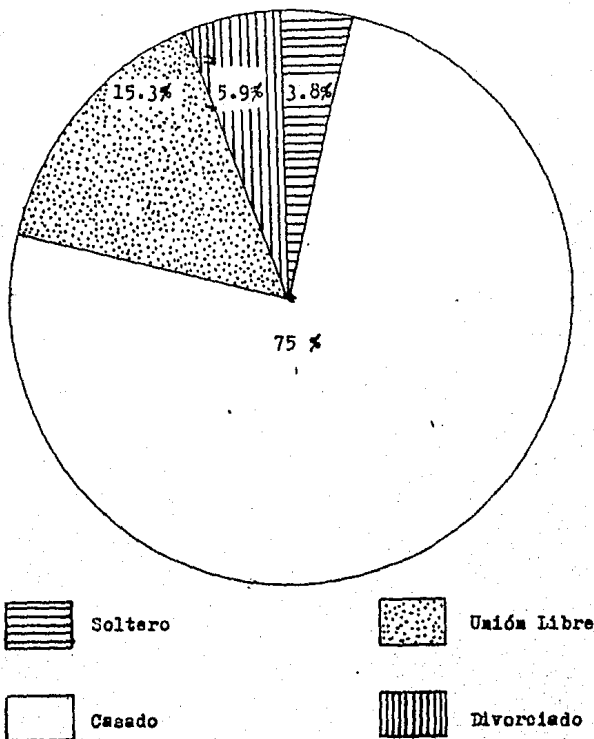
Estado civil de los pacientes con Psoriasis, adscritos al H.G.Z. No.29 del I.M.S.S. que acudieron por primera vez a la C.E. de Dermatología del 10. de Enero al 30 de Abril de 1985.

| ESTADO CIVIL | NUMERO DE PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------------|------------|
| Soltero | 2 | 3.8% |
| Casado | 39 | 75.0% |
| Unión Libre | 8 | 15.3% |
| Divorciado | 3 | 5.9% |
| Viudo | — | — |
| T O T A L | 52 | 100.0% |

Fuente: DIRECTA (Encuesta).

CUADRO No. 4

Estado civil de los pacientes con Psoriasis, adscritos al H.G.Z. No.29 del I.M.S.S. que acudieron por primera vez a la C.E. de Dermatología del 1o. de Enero al 30 de Abril de 1985.



Fuente: DIRECTA (Encuesta).

GRAFICA No. 4

Toxicomanías existentes en los pacientes con ⁴ soriásis, adscritos al H.G.Z. No.29 del I.M.S.S. que acudieron por -- primera vez a la C.E. de Dermatología del lo. de Enero al - 30 de Abril de 1985.

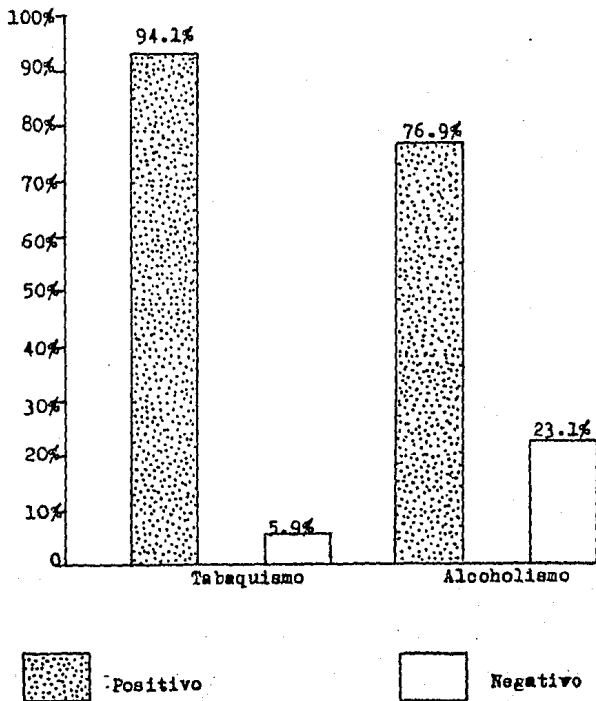
| TOXICOMANIAS | POSITIVO | | NEGATIVO | | TOTAL | |
|-------------------|----------|-------|----------|-------|-------|--------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Tabaquismo | 49 | 94.1% | 3 | 5.9% | 52 | 100.0% |
| Alcoholismo | 40 | 76.9% | 12 | 23.1% | 52 | 100.0% |
| Otra Drogadicción | — | — | — | — | — | — |

Fuente: DIRECTA (Encuesta).

CUADRO No. 5

Toxicomanías existentes en los pacientes con Psoriasis, adscritos al H.G.Z. No.29 del I.M.S.S. que acudieron por primera vez a la C.E. de Dermatología del lo. de Maero el 30 de Abril de 1985.

TOTAL: 52 pacientes



Fuente: DIRECTA (Encuesta).

Gráfico No. 5

Funciones de la familia de los pacientes con Psoriasis adscritos al H.G.Z. No.29 del I.M.S.S. que acudieron por primera vez a la C.E. de Dermatología del 10. de Enero al 30 de Abril de 1985.

| Función Categoría | Socialización. | Cuidado y Afecto | Reproducción | Estatus | Total | |
|----------------------|----------------|------------------------|--------------|---------|-------|-------|
| | No. | No. | No. | No. | No. | % |
| Suficiente | 23 | 26 | | | 49 | 94.2 |
| Insuficiente | 29 | 26 | | | 55 | 105.8 |
| Adecuada | | | 12 | | 12 | 23.1 |
| Inadecuada | | | 40 | | 40 | 76.9 |
| Alta | | | | 38 | 38 | 73.1 |
| Baja | | | | 14 | 14 | 26.9 |

Fuente: DIRECTA (Encuesta).

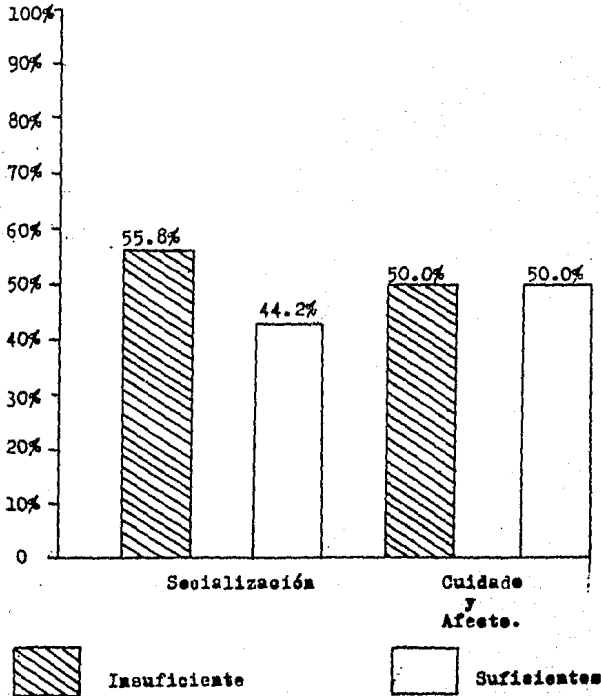
CUADRO No. 6

(39)

ESTA TESIS NO DEBE
SER DE LA BIBLIOTECA

Funciones de Socialización, Cuidado y Afecto de los pacientes con Psoriasis, adscritos al H.G.Z. No. 29 del I.M. S.S. que acudieron por primera vez a la C.E. de Dermatología del I. de Enero al 30 de Abril de 1985.

TOTAL: 52 pacientes.

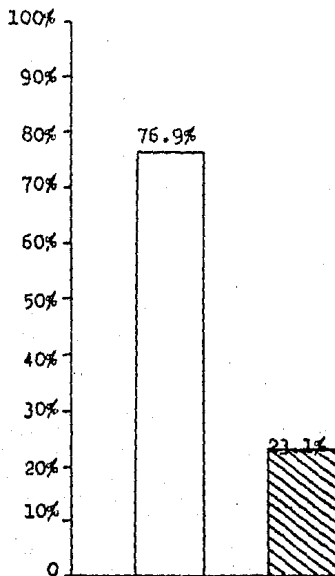


Fuente: DIRECTA (Encuesta)

GRAFICA No. 6a.

Función de Reproducción de los pacientes con Psoriasis, adscritos al H.G.Z. No.29 del I.M.S.S. que acudieron por primera vez a la C.E. de Dermatología del 10. de Enero al 30 de Abril de 1985.

TOTAL: 52 pacientes



Adecuada



Inadecuada

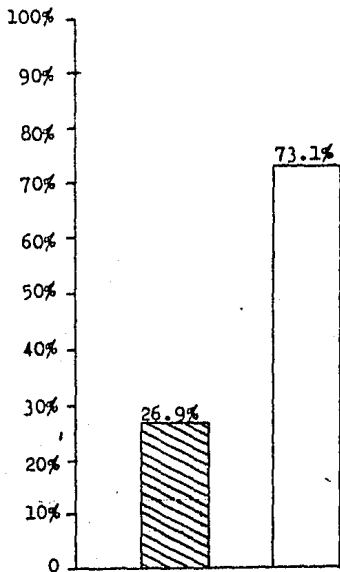
Fuente: DIRECTA (Encuesta).

GRÁFICA No. 6b.

(41)

Función de Estatus de los pacientes con Psoriasis ---
adscritos al H.G.Z. No.29 del I.M.S.S. que acudieron por -
primera vez a la C.E. de Dermatología del lo. de Enero al
30 de Abril de 1985.

TOTAL: 52 pacientes



Alta



Baja

Fuente: DIRECTA (Encuesta).
GRÁFICA No. 6o.

CONCLUSIONES Y COMENTARIO

De los 52 pacientes estudiados que cursan con psoriasis de evolución crónica y que acudieron por primera vez a la consulta externa de Dermatología en el H.G.Z. No. 29 del I.M.S.S. en el periodo comprendido del 1. de Enero al 30 de abril de 1985 se concluye por los resultados obtenidos que las funciones de la familia que mejor se cubren -- son Cuidado y afecto, seguido por Socialización y Estatus -- siendo la Reproducción la que se encuentra inadecuada.

Además que en éste estudio al estar insuficiente la función de socialización, es de esperarse que se coarta la libertad del paciente puesto que se limitan las relaciones humanas que pudieran llevarse a cabo.

Un hecho importante fue la presencia de alcoholismo -- positivo en la familia, lo que contribuye a una inadecuada relación intrafamiliar y repercute en el aspecto económico.

En el estudio, la mayoría de las familias contaban con una ó dos habitaciones para el descanso nocturno, con un promedio de personas por familia de 6.9 lo que repercute claramente sobre la dinámica familiar en forma insuficiente, -- ya que quita privacidad al individuo alterando las relaciones sexuales matrimoniales en forma inadecuada lo que denota -- insatisfacción sexual de la pareja, éste hecho que sin duda afecta la comunicación entre los subsistemas conyugal y -- fraterno e impide la función de reproducción.

En resumen: las familias con alteración en su dinámica familiar tan importantes como las funciones familiares insuficientes, insuficiente escolaridad, alcoholismo positivo, aporte económico bajo, bajas condiciones de vida y relaciones intrafamiliares insuficientes, no es difícil que contribuyan a la aparición y cronicidad de enfermedades psicó-somáticas en aquellos miembros que están más sujetos a tensiones de todo tipo dentro del hogar y que en ocasiones -- presentan alteraciones de la personalidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Nardelli, I.: La psoriasis nella storia de la medicina.-
Giorn.Ital.Derm.100:363,1980.
- 2.-Pinsman, D.: The story of Medicine in the Wide ages.Paul
B. Hoeber Inc., New York, 1980 pp. 223.
- 3.-Bochet, E.P.: Psoriasis.A brief historical review.Aran.-
Derm.Syph.,33:327,1976.
- 4.-Sizerist, T.H.: Civilización y enfermedad.Fondo de Cul-
tura Económica,México,1976.
- 5.-Castiglioni, A.: Historia de la Medicina.Salvat Editores.
S.A., Barcelona, 1981.
- 6.-Sahagún, Fr. Bernardino de: Historia general de las cosas
de la Nueva España.Ed. Pedro Robledo.México,1978.
- 7.-Urabe, D.: El arsenicato de fierro para curar la psoria-
sis.La Unión Méd. de Mex.,2:25,1976.
- 8.-Pendera, J.K.: Psoriasis curada por la vacuna.Sac.Med. -
Méx. 1:351,1974.
- 9.-Ricciardi, I.: Comportamiento de la protidemia delle --
psoriasis.Giorn.Ital.Derm.Sifil.,93:154,1982.
- 10-Janzerholm, F., Jodin A., and Ventele H.: Plasma proteins
in psoriasis vulgaris.Acta Dermato-venereol.,38:151,1978.
- 11-Harmel-Tourn, J., und Foy, J.: Die E-lipoproteide bei der
psoriasis.Hautarzt,10:498,1979.
- 12-Huriez, C., el Asache, P.: Psoriasis.Arch.Derm.,77:314,1978.
- 13-Incrann, J.P.: Pustular psoriasis.Arch.derm.,77:314,1978.
- 14-Fonelli, K. e Arruzzi, G.N.: Le glicoproteine del siero -
nella psoriasi e nella eczematidi.Minerva Derm.,34:112,
1974.
- 15-Grünenberg, Th. and Szakall, A.: Behavior of pentoses and
substances reductible by polarography in keratinous epi-
dermis in normal and anormal keratinizacion (Psoriasis
vulgar).Year Book of Dermatology,1979-1980, Series PP +
315.

- 16-Szuskell, A.; and Water, L.: Incorporation of phosphate in organic compounds of horny layer extracts in normal and pathology keratinización (Psoriasis). Year Book of Dermatology 1979-1980 Series pp. 217.
- 17-Steinleber, G.K.: Zum histochemischen nachweis SH- und SS gruppen haltiger substanzer in der normales und pathologisch veränderten haut des mens cohen. Flin. Wochschr., 34:495, 1976.
- 18-Steiner, E.: A histochemical study of epidermal glycogen in skin disease. J. Invest. Derm., 24:69, 1975.
- 19-Ribbudo, A.: Ricambio glicidico nella psoriasis. Giorn. - Ital. Derm. Sifil., 98:3, 1977.
- 20-Hooeda, F.: Zur frage de erblichkeit der psoriasis. Hautarzt 8:18, 1978.
- 21-Graysonm, D.T.: Psoriatic family tree. A.M.A. Arch. Derm. - 79:661, 1979.
- 22-Auillera, M.S.: Psoriasis et anomalies congenitales. Ann Derm. Syph. 21:634, 1984.
- 23-Haro, S.A.: Psoriasis in twins. Ann Med. Int. Fenniae 44: 225, 1983.
- 24-Hodgson, C.: The sodium and potassium content of epidermis in eczema, psoriasis and lichen simple. Brit. J. Derm., 78:409, 1980.
- 25-Honton, S.H.: Ife in Gruam. Bull A. Military Dermatologi tis, 7:18, 1978.
- 26-Romano, S.: Problemi di genetica in tema di ereditarieta nella psoriasis. Dermatologia (Nápoles), 5:116, 1975.
- 27-Narchianini, A., et Smior, H.W.: Sulle patogenia geografica etnografica e sola etiologia e cura interna della - psoriasis, Dermatologia (Nápoles) 2:229, 1981.
- 28-Romano, S.: Psicodiaznosì con il test di Rorschach negli psorici, Dermatologia (Nápoles) 6:102, 1975.

- 29-Sweet, R.D.: The neurodermatoses. Practitioner, 184:52, -- 1980.
- 30-Fonhati, A.C.: Psoriasis y factores psíquicos. Actas Dermo sifil., Scot. Med. 47:722, 1976.
- 31-Faird, F.A.: Is psoriasis a bacterial allergy. Brit. J. -- Derm. 62:129, 1980.
- 32-Grünenberg, I.I.: Mikrosanalytische Untersuchungen über der Schwefelgehalt normales und krankhaft verändelter haut unter besonderer berücksichtigung der psoriasis. - Arch. F. Derm., Syph, 168:183, 1983.
- 33-Fissmeyer, A., Chron, S.A. et Jacobsen, E.: Influence de la matière corticale des capsules suprarrenales sur le processus psoriatique. D. lib. Congr. Derm. inter., IX Budapest - Vol. II 169, 1985.
- 34-Iomholt, G.: Psoriasis con Faore Island. Acta Dermato-Venerol., 34:92, 1984.
- 35-Abela, C.D., Dobson I.R. and Graham, F.J.: Heredity and -- psoriasis. Arch. Derm., 88:38, 1983.
- 36-Bolger, M.M., Foisson, R., et Soulé M.: Psycho-somatique - et psoriasis. Ann, Derm, Syph., 78:570, 1981.
- 37-Bolger, M.M. et Soulé, M.: Le psoriasis est-il une psycho dermatose. Ann, Derm, Syph., 78:273, 1981.
- 38-Bolger, M.M. et Soulé M.: Theorie psychogenen du psoriasis, hypotheses, arguments cliniques. Sem. Hop., Paris, 31:12 61, 1985.
- 39-Nöel, J., Soulé, M. et Bolger, M.M.: Utilization des test projectifs dans la recherche l'origine psychosomatique - du psoriasis. Sem. Hop. Paris, 31:1267:1983.
- 40-Romano, S.: Psicodisgnosi con il test di Rorschard negli psoriatrici. Dermatologia (Napoles), 6:102, 1985.
- 41-Grünenberg, Th., und Conradi, G.: Psoriasis und tonsillenninfekt. Ver. Wschr., 135:129, 1985.
- 42-Grubb, E.: Psoriasis and infections. Acta reumatol. Scand 1:204, 1985.

- 43-Korrlini, R.: Psoriasis following infections with a colic streptococo. Acta Venereo-Venerol., 30:64, 1980.
- 44-Grünenberg, T.: Microanalytische untersuchungen über der Schwefelgehalt normales und krankhaft verändelter haut - unter besonderer berücksichtigung der psoriasis. Arch. F. - Derm. Syph., 168:183, 1983.
- 45-Kissmeyer, A., Cron, S.A. et Jacobsen.: Influence de la matière corticale des capsules suprarenales sur le processus psoriatique. - Lib. Cong. Derm. Inter., IX Budapest, Vol. II. 169:1985.
- 46-Grünenberg, T.: Psoriasis and pregnancy. Hautarzt, 3:155, - 1982.
- 47-Samitz, H.M.: Revisión de los enfoques terapéuticos de la psoriasis. Arch. Argent. Derm. 10:289, 1980.
- 48-Referholtz, J., Ramírez C. y González, H.: Tratamiento hormonal de la psoriasis en la mujer. Rev. d. Chile, 88:42 1980.
- 49-Froca, L.: Dermatologie pratique. Octave deoin, Paris 1977, pp. 326-56.
- 50-Berier, J., Civatte A., Tzanck, A.: Compendio de Dermatología, Salvat Ed., S.A., Barcelona 1983, 6a. Ed pp. 114.
- 51-Folvert, M.K.: Theorie psychogene du psoriasis hypotheses arguments cliniques. Sem. Hp., Paris 31:1262.
- 52-Crosby, Os. y Montgomery, H.: Diseases of the skin. Lea and Febiger. Philadelphia, 1976.
- 53-Pillsbury, D.M., Shelley, W.B. y Kliffman, M.K.: Dermatology W. E. Saunders Company. Philadelphia, 1976.
- 54-Grünenberg, T.: Psoriasis and pregnancy. Hautfzt, 3:155, - 1982.
- 55-Fateman, T.: A practical synopsis of cutaneous diseases. Collins y Groff. Philadelphia, 1978.
- 56-Von Zumbusch, L.: Psoriasis und postulöses exanthem. Arch. Derm. Syph 99:335, 1980.

- 57-ackerman, N.W.: Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ed. Paidós, 1978.
- 58-Leñero, O.I.: La familia. Catecismos, tipos y estereotipos de la familia en México. Cap. IV, Ed. Hosp. Infantil de México. 1980
- 59-Minuchin, S.: Familia y Terapia familiar. Ed. Prensa Médica, México. 1977.