

11776
vol. 218



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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
EL CONOCIMIENTO QUE TIENE SOBRE SU
ENFERMEDAD

TESIS RECEPTIVAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. JUAN FELIPE DE JESUS ZAMORA TORRES



México; D.F.

Enero 1986

TESIS CON
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
RECOLECCION DE DATOS.....	19
VALORES DE MEDIDA.....	20
RESULTADOS.....	21
CONCLUSIONES Y COMENTARIO.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	47

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 verlos como un todo y no fraccionadamente.

Debo insistir con esto, qué el campo del Médico Familiar es ilimitado ya qué 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 qué se enfrenta y poder manejar los problemas de los in---

dividuos solo conociendo el contexto inmediato en qué se desenvuelven y cuyo marco más importante es sin lugar a duda la familia.

Esta tesis se ubica en el estudio del enfermo con Psicosis y el conocimiento que tiene sobre su enfermedad.

Su justificación la menciono más adelante y sobretodo 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, 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

SINÓNIMOS.- 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 vienés Rober Willan en 1801 haciendo uso sinónimo de las palabras Lepra vulgaris y Psoriasis.

Hebra, famoso dermatólogo también vienés, en el siglo pasado da una amplia descripción de la Psoriasis; elimina el término de Lepra vulgaris y Kóbner posteriormente describe la reacción isomorfa que lleva su nombre; Munro en 1898 describe los microabscesos 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, exacer-

deaciones y formas artropáticas.

Shapiro y Cola., (19) lo hayaron 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 mientras 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 inmunolectroforesis como método más específico no aporta significación orientadora como -- alteración, como ejemplo, Ficker y cols., (24) reportan aumentadas las alfa 2 y beta globulinas, mientras que Ricciardi (25) dice exactamente lo contrario.

Otros autores hayan a las proteínas en límites normales (18,26,27). Ultimos estudios analizan los puentes sulfídrico (SS) presentes en la capa córnea como posibles inhibidores del proceso de queratinización (28,29,30).

Alteraciones metabólicas de carbohidratos..- En la --- epidermis escatólica de los psoriásicos se halla 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 desencadenado divergencia entre diversos investigadores, sin embargo, Lomholt realizó un estudio sobre la genética de los psoriásicos entre los habitantes de la Isla Faeroe, concluyendo que ésta enfermedad -- se hereda de manera dominante con manifestación fallida 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 padecan 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 sis al hallar *Candida* en las escamas psoriásicas, TE, 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 con a los psoriásicos hallando prácticamente en todos los enfermos los 17 cetoesteroides 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 ovales, 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.

PROMOSTICO.- 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, éste 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 deporte, vida sana y conocimiento de su enfermedad llamada "enfermedad de los sanos".

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el periodo comprendido del 10. de enero al 30 de abril de 1985, en la consulta externa de Dermatología del H.G.Z. No. 29 "Aragón" del I.M.S.S. se detectaron un total de 240 consultas generadas por psicodermatosis, de las cuáles 105 fueron por psoriasis constituyendo el 11.8%, siendo de primera vez 52 (49.5%) y el resto subsecuente.

Como en la mayoría de los padecimientos crónicos, el enfermo desconoce su etiología y evolución, siendo la psoriasis una psicodermatosis crónica de difícil manejo y evolución tórpida.

Considero que el paciente psoriásico desconoce lo referente a su enfermedad, salvo los distintos tratamientos que ha sido sometido.

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

Dado que desafortunadamente nuestro país es de carácter subdesarrollado, acarrea a toda nuestra población nacional un bajo nivel sobretodo de tipo económico y cultural.

En lo referente al segundo punto, por la necesidad de aportar un ingreso familiar desde corta edad, gran número de individuos carecen inclusive de educación básica (primaria), lo que dificulta el poder conocer diversos aspectos que inclusive para los estudiosos de la Medicina y en especial de la Dermatología la psoriasis es todo un reto para la explicación.

Por ésto, realizó éste estudio de una muestra de pacientes psoriásicos de nuestro H.G.Z. No. 29 para conocer el grado de falta de conocimiento por parte de ellos hacia su enfermedad ya que cuando a lo anterior hay gran introversión debido a las lesiones que se presentan, por lo que dichos pacientes no se expresan a comentar lo que les está sucediendo.

O B J E T I V O S

INMEDIATO:

Demostrar que el enfermo de psoriasis desconoce la etiología y evolución de su enfermedad.

MEDIATOS:

- 1) Determinar el nivel cultural del enfermo psoriásico.
- 2) Determinar el grado de conocimiento sobre su enfermedad.
- 3) Determinar el grado de conocimiento de la evolución de su enfermedad.

M A T E R I A L Y M E T O D O S.

En la consulta externa de Dermatología del H.G.Z. No. 29 del I.M.S.S. se detectarán mediante la forma 4-30-6 de registro de pacientes en el período comprendido del 1.º de Enero al 30 de abril de 1985, un total de 52 pacientes de primera vez con diagnóstico establecido de Psoriasis en edades de 15 a 65 años sin distinción de sexo.

A dichos pacientes se les realizarán tres visitas domiciliarias a fin de aplicarles una encuesta a cada paciente que previamente se les habrá seleccionado, se les insistirá en contestar lo más sinceramente posible cada pregunta.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.-Pacientes con diagnóstico establecido de 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 el 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 esté, basados en la TAC.
- 4.-Pacientes que aceptaron 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.

Las variables que se tomaren en cuenta para ésta investigación son las siguientes:

I. DATOS SOBRE EL PACIENTE.-Consta de 27 preguntas del No. 1 al 27, con lo que por medio de 3 indicadores investigo religión, costumbres, educación, recreaciones, tabaquismo, alcoholismo y datos generales del paciente.

Los indicadores son:

a) Cultura.-La cuál se define como el conjunto de conocimientos básicos y necesarios para toda persona, independientemente de cualquier especialización técnica.

b) Actividades sociales.-La cuál la entendemos como la diversión para aliviar del trabajo, incluyendo el recreo, pasatiempos, clubs, deportes, grupos para distintas actividades, etc.

c) Toxicomanías.-Definida como el hábito patológico que consiste en la ingestión e inyección de tóxicos, los cuales producen sensaciones agradables e suprimen el dolor.

Este hábito crea una necesidad a la que el toxicómano que no puede sustraerse.

La religión la entendemos como la relación del hombre con lo divino con sus manifestaciones secundarias que influyen en lo humano y social, moral, arte, política y literatura.

Por costumbre entendemos el hábito que se adquiere -- por la repetición de actos de una misma especie, que tiene cierta permanencia, es aceptado y lo acepta la mayoría de la comunidad.

La educación la entendemos como la serie de actos, que conforme a un plan, pretenden el desarrollo óptimo de las facultades físicas, intelectuales y morales del educando -- para integrarlo en una sociedad.

El tabaquismo se considera a la intoxicación aguda ó crónica por abuso del tabaco.

El alcoholismo se considera como el abuso de las bebidas alcoholicas y que su ingesta repetida genere trastornos psico-organicos.

II. DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD.-Costa de 19 reactivos del No.28 al 46, con lo que se investigará el tipo y tiempo de evolución de la enfermedad, número de médicos consultados, tipo de tratamiento y que información ha recibido acerca de su enfermedad. La variable es la Psoriasis y los indicadores son la etiología, manifestaciones clinicas y evolución como ya se ha descrito.

Entendemos por ¹psoriasis a la enfermedad crónica, de causa desconocida, constituida por placas eritematoescamosas que afectan diversas partes de la piel.

ENCUESTA.

I. DATOS SOBRE EL PACIENTE.

1. Sexo: masculino () femenino ().
2. Edad: _____
3. Lugar de nacimiento: _____
4. Tiempo de residencia en el D.F.: _____
5. Religión: _____
6. Ocupación: _____
7. Horario de trabajo: _____
8. Lugar que ocupa en la familia: _____
9. Estado civil: _____
10. Edad de ingreso a la escuela: _____
11. Escolaridad: _____
12. Otros estudios: _____
13. Cuéles: _____
14. Idiomas que conoce aparte del Español: _____
15. Actividades socioculturales: SI () NO ().
16. Cuéles: _____
17. Realiza deportes: SI () NO ()
18. Cuéles: _____
19. Tabaquismo: SI () NO ().
20. Cuantos cigarros al día: _____
21. Desde que edad: _____
22. Alcoholismo: SI () NO ().
23. Cuánto ingiere por semana: _____
24. Qué tipo de bebida consume: _____
25. Otras toxicomanías: SI () NO ().
26. Cuéles: _____
27. Con qué frecuencia: _____

II. DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD.

28. Desde cuando tiene la enfermedad: _____
29. Hubo algún factor causal que desarrollará la enfermedad:
SI () NO ().
30. Cuál: _____
31. Recibió orientación para la atención de su enfermedad:
SI () NO ().
32. Cuál y por quién: _____
33. Cuántos médicos ha consultado por su enfermedad: _____
34. Cuántas consultas ha recibido por esta enfermedad: _____
35. Qué tratamiento ó tratamientos ha recibido: _____

36. Qué tratamiento notó ser más eficaz: _____
37. Como fue la evolución de su enfermedad sin tratamiento:

38. Como fue la evolución de su enfermedad con tratamiento:

39. Ha habido inquietud por parte de Ud. para conocer el --
porqué de su enfermedad: SI () NO ().
40. La información que ha recibido ha sido por:
a) Médico b) Enfermera c) Trabajadora Social d) Fa--
miliar e) Amigos f) Libros g) Revistas h) Otros:
Cuáles: _____
41. La información recibida hasta el momento ha sido de --
utilidad para Ud. para conocer su problema dermatoló--
gico: SI () NO ().
42. Qué desearía Ud. saber de su enfermedad: _____

43. A quién desearía recurrir y por qué _____

44. Considera que su enfermedad le produce problemas en su
familia: SI () NO ().
45. Conoce algún factor que aumente su enfermedad: SI ()
NO ()
46. Cuál: _____

RECOLECCION DE DATOS

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

Asimismo, utilizaré medidas de tendencia central como son media y moda, practicándose un cuadro y una tabla alu-- ciba a cada dato importante.

Entendemos por media aritmética el valor representa-- tivo de un promedio. Por moda, entendemos el valor que tiene la frecuencia mayor.

UNIDADES Y CRITERIOS DE MEDIDA.

VARIABLES Y INDICADORES	NUMERO DE PREGUNTAS	PREGUNTAS FILTRO	CATEGORIA
1. Datos generales del paciente.			
1.1 Nivel Cultural	10,11,12,14	13	Existe (1-3) No Existe (0-1)
1.2 Actividades Sociales	15,17	16,18	Existe (1-4) No Existe (0-1)
1.3 Toxicomanías.	19,22,25.	20,21,23,24 26,27	Negativo (0-1) Positivo (1-9)
2. Datos de la enfermedad.			
2.1 Tiempo de evolución.	28,27,38	--	Aguda (0-1) Crónica (1-3)
2.2 Tratamiento recibido	35,36	--	Médico (1-2) No Médico (0-1)
2.3 Conocimiento de la enfermedad.	29,31,33,34 39,40,41,42 43,44,45	30,32,46	Conoce (1-14) Desconoce (0-1)

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.Z. No. 29 del I.M.S.S. - en el periodo comprendido del 10. de Enero al 30 de Abril de 1985 y obtuve los siguientes resultados:

En la distribución por sexo, la mayor incidencia fue - en la mujer en 30 (57.7%) pacientes, mientras que en el hombre se produjo en 22 (42.3%) casos, siendo más frecuente de la edad de 55 a 65 años en 17 (32.7%) pacientes. La edad osciló de 15 a 65 años, con una media de 44.45 años. (Cuadro No.1). El lugar de nacimiento de estos pacientes fue de 4 Estados de la República, la mayor procedencia del D.F. en - 29 (55.8%) enfermos de la Psoriasis, seguido por Michoacán, Veracruz y Guanajuato en 10 (19.2%), 7 (13.5%), y 6 (11.5%) respectivamente, la moda de radiación en el D.F. es de 20 años. (Cuadro No.2). La religión católica predomina en el estudio en 5 (86.5%) enfermos, siendo las otras religiones encontradas la evangelista, testigos de Jehová, Mormón. (Cuadro No.3). Se encontró que 29 (55.8%) eran obreros, 11 (21.2%) eran burócratas (empleados), 3 (5.9%) profesionistas-técnicos y 9 (17.1%) son comerciantes, mecánicos, choferes y -- pensionados. (Cuadro No. 4).

En el rubro del lugar que ocupaba el lugar entre sus hermanos, se encontró que el primogénito fue el más afectado ya que se encuentra sujeto a tensiones intrafamiliares de todo tipo, además, sabemos que la familia mexicana el --- primogénito tiene mayor carga de responsabilidades y es -- quién sufre la mayor frecuencia de errores por su inexperiencia e inadaptación.

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 no ser d terminante en la aparición y evolución de la enfermedad. (Cuadro 6).

En la inmensa mayoría de los casos no se encontró una buena correlación entre la edad y la escolaridad, lo que significa que hay una alteración de la esfera intelectual, encontrándose que los pacientes ingresaron por primera vez a la escuela en 8 (15.4%) casos a los 5 años, 20 (39.5%) a los 7 años y a los 8 años 9 (17.3%) de ellos, siendo el restante aquéllos que no asistieron a la escuela para saber leer y escribir. Por lo que la escolaridad se obtuvo que 41 (78.5%) personas cursaron y terminaron la primaria, asimismo 4 (7.7%) terminaron la secundaria y solo 2 (3.8%) tuvieron bachillerato. Entre otros estudios que realizaron se encuentran carreras técnicas, ninguno de los pacientes conocían otro idioma aparte del Español. (Cuadro 6).

En relación con sus actividades socioculturales se encontró que 33 (44.2%) de los casos realizan algún tipo de deporte (atletismo, fútbol, basquetbol) y acuden para su diversión a cines, parques recreativos y teatro al aire libre.

Las toxicomanías encontradas fue el alcoholismo en 40 (76.9%) de los pacientes y tabaquismo en 49 (94.1%), lo que es un factor importante ya que esto repercute en la situación económica. (Cuadro 7).

La causa a la que se le atribuye la enfermedad fue en 26 (50%) casos desconocida, en 15 (28.8%) a stress familiar y/o ocupacional, en 7 (13.5%) enfermedad orgánica adyacente y en 4 (7.7%) secundaria a traumatismo. (Cuadro 8).

El tiempo de evolución de la enfermedad es un aspecto muy importante, encontrando que en 47 casos (90.4%) la evolución era de más de un año. En el resto (9.6%) que correspondió a 5 pacientes era de 6 a 12 meses, pero cabe hacer mención que en ningún paciente la evolución fue menor de 6 meses, lo cual demuestra que es una enfermedad crónica y que la personalidad de éstos pacientes es indudablemente conflictiva y utilizan mecanismos de defensa insuficientes e inadecuados lo que hace tomar a la enfermedad como una especie de garantía secundaria encontrándole como solución a sus problemas. Esta condición influye en la cronicidad del padecimiento (cuadro 9).

Los pacientes por tener esta enfermedad crónica se observa que el número de médicos consultados fue de 2 a 12 médicos con una media de 3.09 por paciente.

Las consultas otorgadas a los pacientes se obtuvieron en un rango de 2 a 50 con una media de 19.3 consultas por paciente.

Los tipos de tratamiento recibidos observo que todos los pacientes habían tenido tratamiento médico y que de ellos, 7 (13.5%) recibieron además tratamientos empíricos (cuadro 10). Posterior a estos, la evolución en 39 (75%) casos hubo mejoría en las lesiones, en 10 (19.2%) empeoraron con el tratamiento y 3 (5.8%) no tuvo cambio en la enfermedad (cuadro 11).

La información que los pacientes recibieron de su enfermedad fue en 40 (76.9) enfermos por el médico que le atendió, 11 (21.2%) por los familiares y amigos y solo 1 (1.89%) por libros y revistas, considerando por los enfermos en un 75% que la información fue de poca utilidad para el conocimiento de su enfermedad, sin embargo refieren que desearían conocer más sobre ella, ya que de ésta forma ayudarían a resolver su problema.

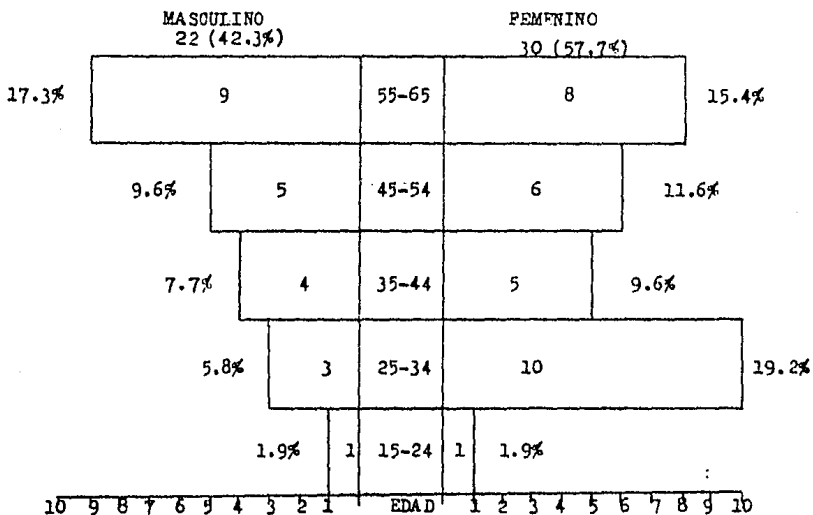
Incidencia de la población por sexo y edad de los --
pacientes con Psoriasis adscritos al H.G.Z. No.29 del ---
I.M.S.S. que acudieron a la C.E. de Dermatología del lo.-
de Enero al 30 de Abril de 1985.

GRUPO DE EIDADES	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
15 a 24 años.	1	1.9	1	1.9	2	3.8
25 a 34 años.	3	5.8	10	19.2	13	25.0
35 a 44 años.	4	7.7	5	9.6	9	17.3
45 a 54 años.	5	9.6	6	11.6	11	21.2
55 a 65 años.	9	17.3	8	15.4	17	32.7
T O T A L	22	42.3	30	57.7	52	100.0

Fuente: DIRECTA (Encuesta).

CUADRO No. 1

Incidencia 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 a la C.E. de Dermatología del 10. de Enero - al 30 de Abril de 1985.



Fuente: DIRECTA (Encuesta).

GRAFICA No. 1

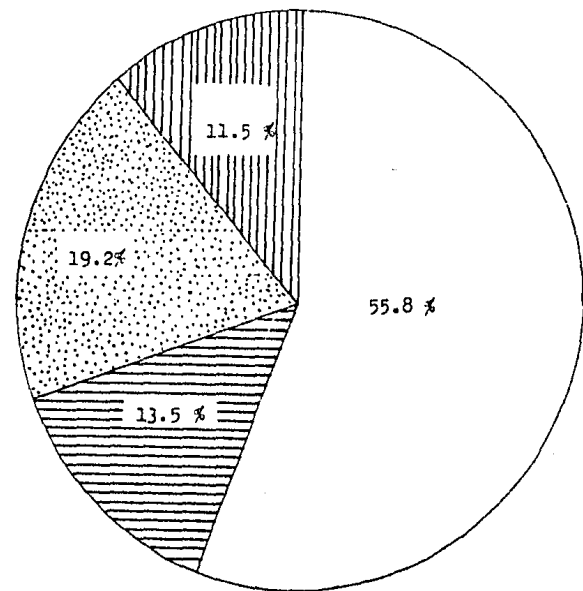
Lugar de origen de los pacientes con Psoriasis adscritos al H.G.Z. No. 29 del I.M.S.S. que acudieron a la C.E. de Dermatología del 10. de Enero al 30 de Abril de 1985.

ESTADO DE LA REPUBLICA	NUMERO DE PACIENTES.	PORCENTAJE
Distrito Federal	29	55.8 %
Veracruz	7	13.5 %
Michoacán	10	19.2 %
Guanajuato	6	11.5 %
T O T A L	52	100.0 %

Fuente: DIRECTA (Encuesta).

CUADRO No. 2

Lugar de origen de los pacientes con Psoriasis adscritos al H.G.Z. No.29 del I.M.S.S. que acudieron a la C.E. - de Dermatología del 1o. de Enero al 30 de Abril de 1985.



D.F.



Michoacán



Guanajuato



Veracruz

Fuente: DIRECTA (Encuesta).

GRAFICA No. 2

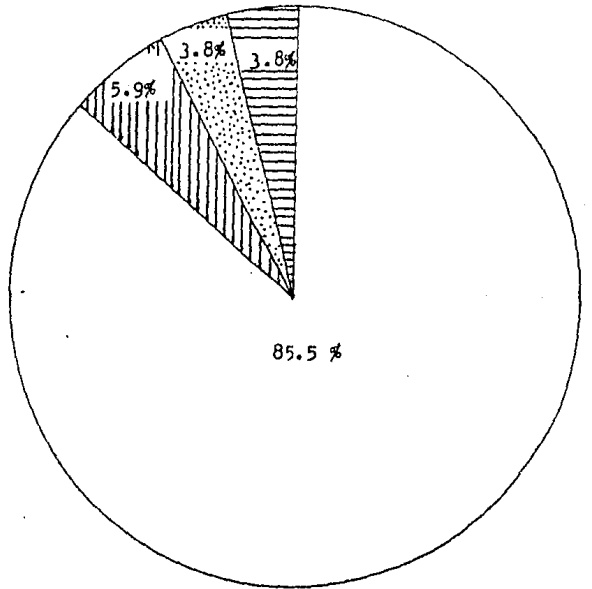
Religi3n en los pacientes con Psoriasis adscritos al H.G.Z. No.29 del I.M.S.S. que acudieron a la C.E. de Dermatologfa del lo. de Emero al 30 de Abril de 1985.

R E L I G I O N	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Cat3lica	45	86.5%
Evangelista	3	5.9%
Testigos de Jehov3	2	3.8%
Morm3n	2	3.8%
T O T A L	52	100.0%

Fuente: DIRECTA (Encuesta).

CUADRO No. 3

Religi6n en los pacientes con Psoriasis adscritos al H.G.Z. No.29 del I.M.S.S. que acudieron a la C.E. de Dermatologia del 1o. de Enero al 30 de Abril de 1985.



Cat6lica.



Testigos de Jehová.



Evangelista.



Morm6n.

Fuente: DIRECTA (Encuesta).
GRAFICA No. 3

Ocupación de los pacientes con Psoriasis adscritos al H.G.Z. No. 29 del I.M.S.S. que acudieron a la C.S. de Dermatología del 1o. de Enero al 30 de Abril de 1985.

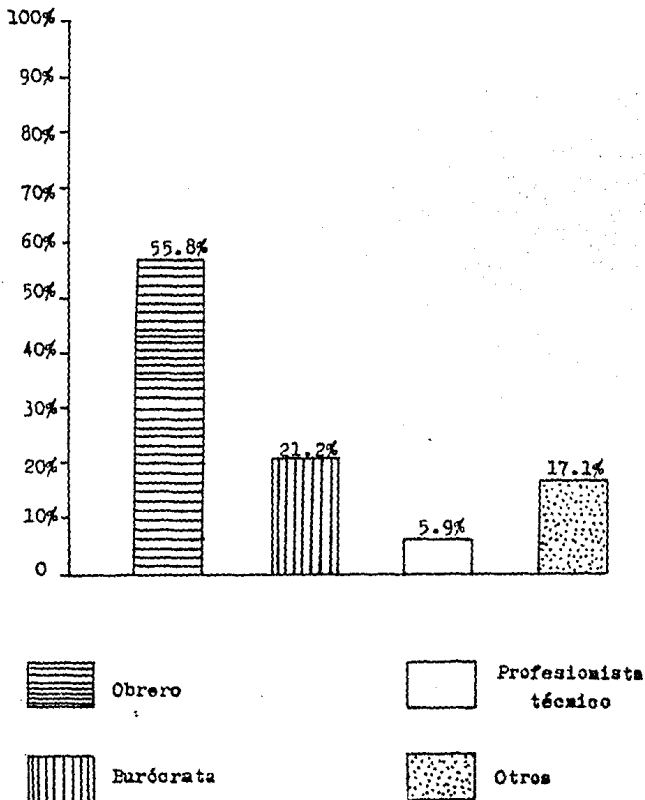
O C U P A C I O N	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Obrero	29	55.8 %
Barócerata	11	21.2 %
Profesionista técnica	3	5.9 %
Otros	9	17.1 %
T O T A L	52	100.0 %

Fuente: DIRECTA (Encuesta).

CUADRO No. 4

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

TOTAL: 52 pacientes



Fuente: DIRECTA (Encuesta).
GRAFICA No. 4

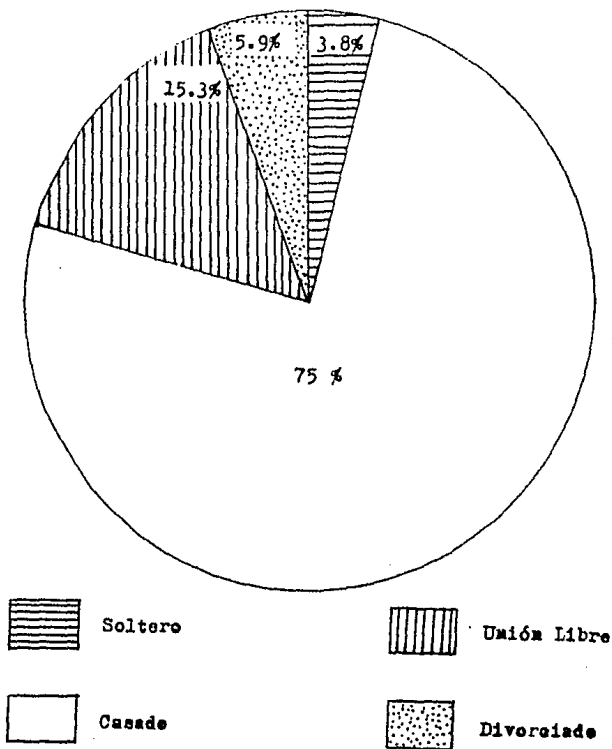
Estado civil de los pacientes con Psoriasis adscritos al H.G.Z. No. 29 del I.M.S.S. que acudieron a la C.E. de Dermatología del 10. de Enero al 30 de Abril de 1985.

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. 5

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



Fuente: DIRECTA (Encuesta).
GRAFICA No. 5

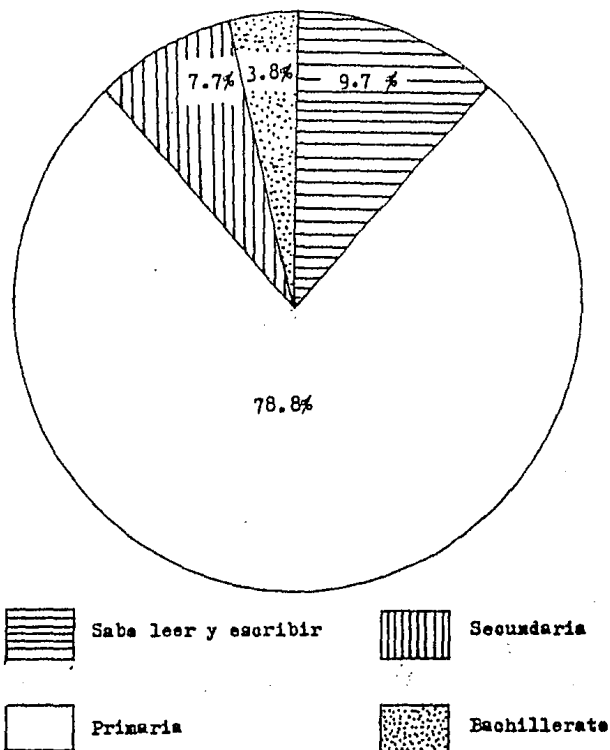
Grado de escolaridad de los pacientes con Psoriasis - adscritos al H.G.Z. No. 29 del I.M.S.S. que acudieron a la C.E. de Dermatología del 10. de Enero al 30 de Abril de -- 1985.

GRADO DE ESCOLARIDAD.	NUMERO DE PACIENTES.	PORCENTAJE
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. 6

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



Fuente: DIRECTA (Encuesta)

GRAFICA No. 6

Toxicomanías existentes en los pacientes con Psoriasis adscritos al H.G.Z. No. 29 del I.M.S.S. que acudieron a la C.E. de Dermatología del 10. de Enero al 30 de Abril de 1985.

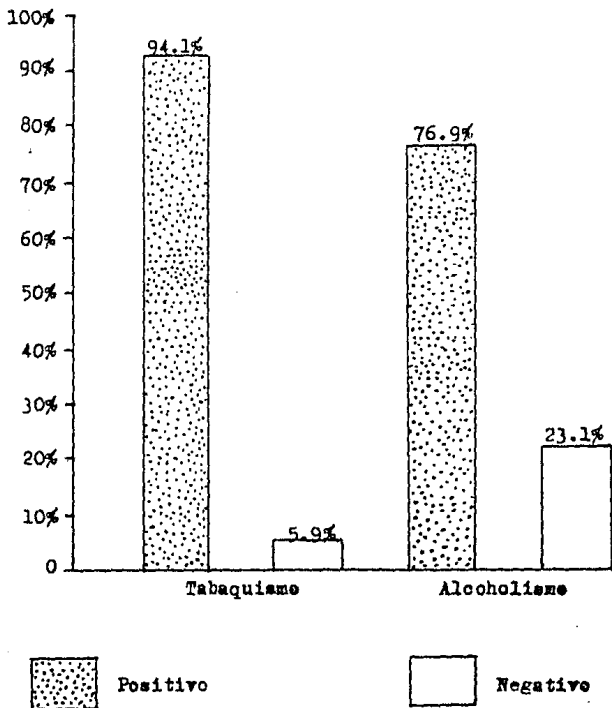
TOXICOMANIAS	POSITIVO		NEGATIVO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Tabaquismo	49	94.1%	3	5.9%	52	100.0%
Alcoholismo	40	76.9%	12	23.1%	52	100.0%
Otra Drogadicción	—	—	—	—	—	—

Fuente: DIRECTA (Encuesta).

CUADRO No. 7

Toxicomanías existentes en los pacientes con Psoriasis adscritos al H.G.Z. No. 29 del I.M.S.S. que acudieron a la C.E. de Dermatología del 1o. de Enero al 30 de Abril de 1985.

TOTAL: 52 pacientes



Fuente: DIRECTA (Encuesta)

GRAFICA No. 7

Conocimiento de los factores causales de la Psoriasis según los pacientes adscritos al H.G.Z. No.29 del I.M.S.S. que acudieron a la C.E. de Dermatología del 10. de Enero al 30 de Abril de 1985.

FACTOR CAUSAL		NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
Desconoce		26	50.0%
C O N O C E	Enfermedad orgánica	7	13.5%
	Stress familiar ocupacional	15	28.8%
	Traumatismo	4	7.7%
T O T A L		52	100.0%

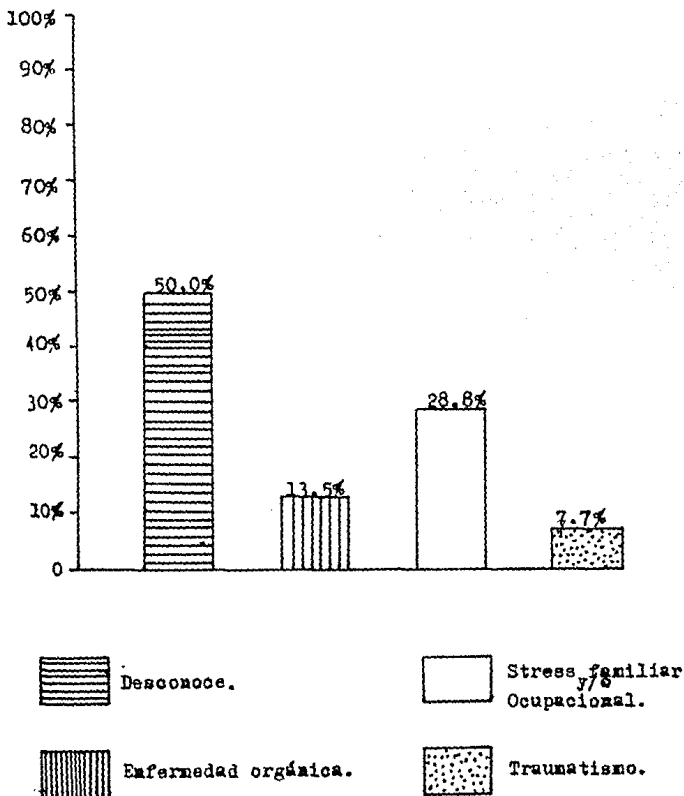
Fuente: DIRECTA (Encuesta).

CUADRO No. 8

(39) ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Conocimiento de los factores causales de la "soria" --
sis según los pacientes adscritos al H.G.Z. No.29 del ---
I.M.S.S. que acudieron a la C.E. de Dermatología del 10.-
de Enero al 30 de Abril de 1985.

52 CASOS



Fuente: DIRECTA (Encuesta).
GRAFICA No.8

Tiempo de Evolución de la Psoriasis en los pacientes -
adscritos al H.G.Z. No. 29 del I.M.S.S. que acudieron a la
C.E. de Dermatología del 1o. de Enero al 30 de Abril de 1985

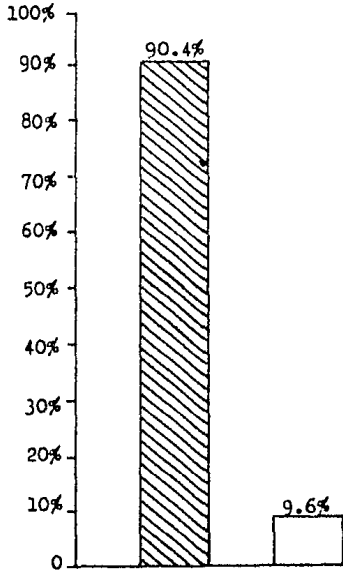
TIEMPO DE EVOLUCION	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
0 a 6 meses.	--	--
6 a 12 meses	5	9.6 %
más de 1 año.	47	90.4 %
T O T A L	52	100.0 %

Fuente: DIRECTA (Encuesta).

CUADRO No. 9

Tiempo de Evolución de la Psoriasis en los pacientes -
adscritos al H.G.Z. No. 29 del I.M.S.S. que acudieron a la
C.E. de Dermatología del 1o. de enero al 30 de Abril de 1985

TOTAL: 52 pacientes



6 a 12 meses



más de un año.

Fuente: DIRECTA (Encuesta).

GRAFICA No. 9

Tratamientos recibidos por los pacientes con Psoriasis adscritos al H.G.2. No. 29 del I.M.S.S. que acudieron a la C.E. de Dermatología del 1o. de Enero al 30 de Abril de 1985.

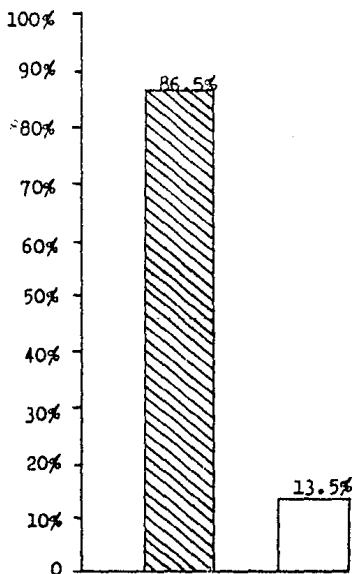
TIPOS DE TRATAMIENTOS.	NUMERO DE PACIENTES.	PORCENTAJE
MEDICO	45	86.5 %
NO MEDICO	7	13.5 %
T O T A L	52	100.0 %

Fuente: DIRECTA (Encuesta).

CUADRO No. 10

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

TOTAL: 52 pacientes



NO MEDICO



MEDICO

Fuente: DIRECTA (Encuesta).

GRAFICA No. 10

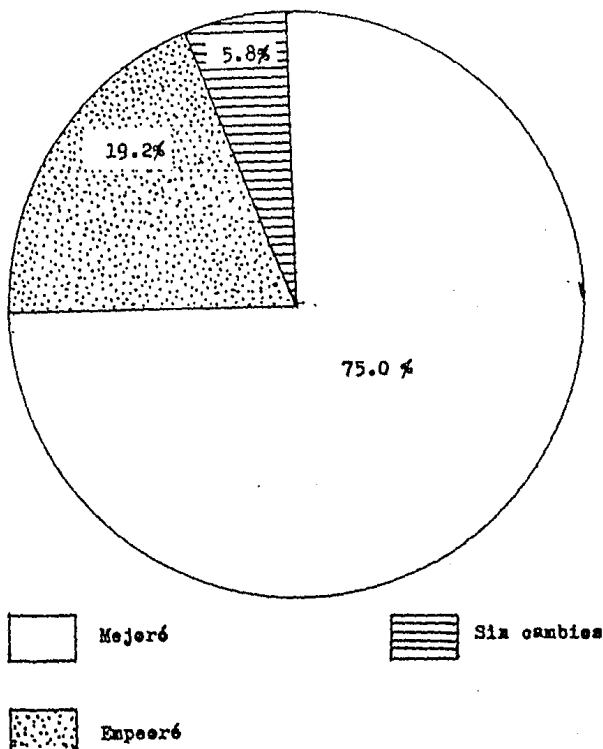
Evolución con tratamiento de los pacientes con Psoriasis adscritos al H.G.Z. No. 29 del I.M.S.S. que acudieron a la C.E. de Dermatología del lo. de Emere al 30 de Abril de 1985.

EVOLUCION CON TRATAMIENTO	NUMERO DE PACIENTES.	PORCENTAJE
Mejoré	39	75.0 %
Empeoré	10	19.2 %
Sin cambios	3	5.8 %
T O T A L	52	100.0 %

Fuente: DIRECTA (Encuesta).

CUADRO No. 11

Evolución con tratamiento de los pacientes con Psoriasis adscritos al H.C.Z. No. 29 del I.M.S.S. que acudieron a la C.E. de Dermatología del lo. de Emere al 30 de Abril de 1985.



Fuente: DIRECTA (Encuesta).

GRAFICA No. 11

CONCLUSIONES Y COMENTARIO

En este estudio se comprobó que el paciente conoce poco de su enfermedad debido a una información insuficiente por parte del médico consultante, quien por este trabajo -- realizado encuentro que desconoce en forma importante los factores ó la diversa etiología que nos da esta enfermedad y que su manifestación clínica es solo una expresión de una gran gama de conflictos biopsicosociales que ha vivido o vive el paciente generándole una continua insatisfacción -- para saber el por que de su enfermedad, además de sentirse decepcionado por todos los tratamientos recibidos que de un momento a otro fracasan.

Cabe hacer notar que dado que el padecimiento es crónico y su evolución es tórpidas repercute institucionalmente por una mayor utilización de recursos ya que requiere de varias consultas por la misma enfermedad.

En este estudio la media de consultas por pacientes -- fué de 19.3 y es de esperarse que aumente de no modificarse el esquema de tratamiento tradicional que solo engloba lo orgánico. Otro factor que repercute en el padecimiento es -- la ausencia de psicoterapia de apoyo, siendo demostrada que todos los pacientes recibieron tratamiento médico y empírico pero no psicológico. Un conflicto no resuelto, estados -- depresivos y otras alteraciones de la personalidad pueden ser causantes de esta situación en donde no se encontrará -- ningún elemento orgánico que explique su cronicidad.

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

- 1.-Nardelli, I.: La psoriasis nella storia della medicina. - Giorn. Ital. Derm. 100:363, 1980.
- 2.-Tiesman, D.: The story of Medicine in the Middle Ages. Paul E. Hoeber Inc., New York, 1980 pp. 223.
- 3.-Fechet, T.P.: Psoriasis. A brief historical review. Arch.-Derm. Syph., 33:327, 1976.
- 4.-Sizarist, F.H.: Civilización y enfermedad. Fondo de Cultura 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.-Durapp, D.: El arsenicato de fierro para curar la psoriasis. La Unión Méd. de Mex., 2:25, 1976.
- 8.-Fandera, J.M.: Psoriasis curada por la vacuna. Gac. Med. Méx. 1:351, 1974.
- 9.-Ricciardi, I.: Comportamiento de la protidermia della --- psoriasis. Giorn. Ital. Derm. Sifil., 93:154, 1982.
- 10.-Jangerholm, E., Lodin, A., and Gentile, H.: Plasma proteins - in psoriasis vulgaris. Acta Dermato-venereol., 38:151, 1978.
- 11.-Harnel-Tourn, I., und Eoy, J.: Die E-lipoproteide bei der psoriasis. Hautarzt, 10:498, 1979.
- 12.-Furiez, C., el Asache, F.: Psoriasis. Arch. Derm., 77:314, 1978.
- 13.-Ingram, J.T.: Pustular psoriasis. Arch. Derm., 77:314, 1978.
- 14.-Bonelli, M. e Armuzzi, 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 epidermis in normal and anormal keratinization (Psoriasis - vulgar). Year Book of Dermatology, 1979-1980 Series pp 315.

- 16-Szakall, A.; and Weber, M.: Incorporation of phosphate in organic compounds of horny layer extracts in normal and pathology keratinization (Psoriasis). Year Book of Dermatology 1979-1980 Series pp.217.
- 17-Steigleder, G.F.: Zum histochemischen nachweis SH-und-SS-gruppen haltiger substanz in der normales und pathologisch veränderte haut des mens conhen. Klin. Wochschr. -- 34:495, 1976.
- 18-Steiner, K.: A histochemical study of epidermal glycogen in skin disease. J. Invest. Derm., 24:599, 1975.
- 19-Ribbudo, A.: Ricambio glicidico nella psoriasis. Giorn. -- Ital. Derm. Sifil., 98:3, 1977.
- 20-Hooede, K.: Zur frage de erblichkeit der psoriasis. Haut - tarzt 8:18, 1978.
- 21-Grayson, D.L.: Psoriatic family tree. A.M.A. Arch. Derm. - 79:661, 1979.
- 22-Aruilera, M.C.: Psoriasis et anomalies congenitales. Ann - Derm. Syph. 81:634, 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.: Iife en Guam. Bull A. Military Dermatologia tis, 7:18, 1978.
- 26-Romano, S.: Problemi di genetica in tema-di-ereditarieta nella psoriasis. Dermatologia (Nápoles), 5:116, 1975.
- 27-Narohianini, A., et Safer, H.W.: Sulle patogenia geografica etnografica e sola etiologia e cura interna della psosis, Dermatologia (Nápoles) 2:229, 1981.
- 28-Romano, S.: Psicodiagnosi con il test di Rorschach negli - psoriasici, Dermatologia (Nápoles) 6:102, 1975.

- 29-Sweet, R. J.: The neurodermatoses. *Fractitiones*, 184:52, 1980.
- 30-Bonatti, A. C.: Psoriasis y factores psíquicos. *Actas Derm-Sifil.*, *Scot. Med.* 47:722, 1976.
- 31-Faird, K. A.: Is psoriasis a bacterial allergy. *Brit. J. --- Derm.* 62:129, 1980.
- 32-Crunenberg, T. I.: Microanalytische untersuchungen über der Schwefelgehalt normales und krankhaft verändelter haut unter besonderer berücksichtigung der psoriasis. -- *Arch. P. Derm., Syph.* 168:183, 1983.
- 33-Fissmeyer, A., Chron, S. A. et Jacobsen, P.: Influence de la matière corticale des capsules suprarenales sur le processus psoriatique. *Delib. Congr. Derm. inter.*, IX Budapest. Vol. II 169, 1985.
- 34-Iomholt, G.: Psoriasis con Faore Island. *Acta Dermato-Venereol.*, 34:92, 1984.
- 35-Abele, C. T., Dobson L. R. and Graham, E. J.: Heredity and --- psoriasis. *Arch. Derm.*, 88:38, 1983.
- 36-Bolpert, M. M., Poisson, R., et Soulé, M.: Psycho-somatique -- et psoriasis. *Ann. Derm., Syph.*, 78:570, 1981.
- 37-Bolpert, M. M. et Soulé, M.: Le Psoriasis est-il une psychodermatose. *Ann. Derm. Syph.*, 78:272, 1981.
- 38-Bolpert, M. M. et Soulé, M.: Theorie psychogenen du psoriasis, hypotheses, arguments cliniques. *Sem. Hop., Paris*, 31:12-61, 1985.
- 39-Nöcl, J., Soulé, M. et Bolpert, M. M.: Utilization des test - projectifs dans la recherche l'origine psychosomatique -- du psoriasis. *Sem. Hop. Paris*, 31:1267:1983.
- 40-Romano, S.: Psicodiagnosi con il test di Rorschard negli psoriasici. *Dermatologia (Nápoles)*, 6:102, 1985.
- 41-Grün nberg, Th., und Conradi, G.: Psoriasis und tonsille--- ninfekt. *Der. Wschr.*, 133:129, 1985.
- 42-Grubb, E.: Psoriasis and infections. *Acta rheumatol. Scand* 1:204, 1985.

- 43-Norrlind, R.: Psoriasis following infections with hemolitic streptococci. *Acta Dermato-venereol.*, 30:64, 1980.
- 44-Grünenberg, T.: Microanalytische Untersuchungen über den Schwefelgehalt normaler und krankhaft veränderter Haut - unter besonderer Berücksichtigung der Psoriasis. *Arch. F. -- Derm. Syph.*, 168:183, 1983.
- 45-Kissmeyer, A., Cron, S.A. et Jacobsen.: L'influence de la matière corticale des capsules suprarenales sur le processus psoriasique. *Calib. Cong. Derm. Inter.*, II 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-Faferholtz, J., Ramírez C. y González, H.: Tratamiento hormonal de la psoriasis en la mujer. *Rev. Med. Chile*, 88:42, - 1980.
- 49-Proca, I.: *Dermatologie pratique*. Octave Doin, Paris 1977, pp. 326-56.
- 50-Derier, J., Civatte, A., Tzanck, A.: *Compendio de Dermatología*, Salvat Ed., S.A., Barcelona 1983, 6a. Ed pp. 114.
- 51-Folger, M.M.: Theorie psychogene du psoriasis hypotheses a arguments cliniques. *Som. Hp.*, Paris 31:1262.
- 52-Ormsby, O.S. y Montgomery, H.: *Diseases of the skin*. Lea and Febiger. Philadelphia, 1976.
- 53-Pillsbury, D.M., Shelley, W.E., y Klisman, M.N.: *Dermatology* W.B. Saunders Company. Philadelphia, 1976.
- 54-Grünenberg, T.: Psoriasis and pregnancy. *Hautarzt*, 3:155, -- 1982.
- 55-Esteman, T.: *A practical synopsis of cutaneous diseases*. Collins y Groff. Philadelphia, 1978.
- 56-Von Zumbusch, I.: Psoriasis und postulöses exanthem. *Arch. Derm. Syph* 99:335, 1980.

- 57-Ackerman, N.W.: Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ed. Paidós. 1976.
- 58-Lozano, O.I.: La familia. Es-tereo-tipo, tipos y neotipos de la familia en México. Cáp. IV. Ed. Hosp. Infantil de México. 1980
- 59-Minuchin, S.: Familia y Terapia familiar. Ed. Frensa Mé-
ca, México. 1977.

- 57-Ackerman, N.W.: Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ed. Paidós. 1978.
- 58-LeRero, O.L.: La familia. Estereotipo, tipos y neotipos 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.