

11243
204
87



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

Departamento de Medicina General Familiar y Comunitaria

U. A. GUSTAVO A. MADERO ISSSTE



DINAMICA FAMILIAR EN PACIENTES CON VITILIGO Y NEURODERMATITIS DISEMINADA.

TESINA RECEPCIONAL

Que para obtener el título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA
GENERAL FAMILIAR

Presentan:

Dra. Laura Elena Lomeli Guerrero

Dr. Arturo Cardona Avila



México, D. F.

1987

FALLA DE CRIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

CONTENIDO

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	3
III. JUSTIFICACION	5
IV. ANTECEDENTES	
4.1 NEURODERMATITIS DISEMINADA	9
4.2 VITILIGO	26
4.3 ESTUDIO DE LA FAMILIA	37
-Clasificación	40
-Ciclo Vital	42
-Estructura Familiar	43
-Dinámica Familiar	48
V. OBJETIVOS	51
VI. METODOLOGIA	51
VII. ANEXOS	
-Anexo 1	60
-Anexo 2	66
VIII. ANALISIS Y RESULTADOS	72
IX. CONCLUSIONES	97
X. COMENTARIOS	98
XI. BIBLIOGRAFIA	99

"La piel es un órgano de expresión
para la ira, el temor, el resentí
miento y la vergüenza".....

Norman Wrong

INTRODUCCION.

Las emociones son un factor importante en la determinación y/o evolución de algunas enfermedades de la piel, aunque es difícil establecer el mecanismo de su producción. Antes de la aparición de un brote de lesiones de Neurodermatitis puede encontrarse el antecedente de situaciones conflictivas que angustian al paciente, en ocasiones es el nacimiento de otro hermano lo que precipita una crisis de la enfermedad, un hecho innegable es que muchos casos mejoran simplemente con el cambio del medio ambiente. En cuanto al Vitiligo hay hechos evidentes que hacen ver la relación que puede tener su aparición con problemas emocionales (35). En estos pacientes no existe una personalidad distintiva, sin embargo, hay ciertos rasgos comunes en ellos: hostilidad, inestabilidad emocional, así como dificultad para establecer buenas relaciones familiares y extrafamiliares, (Garza-Toba). Por otra parte, en general la forma de interactuar de los miembros de una familia brinda un clima de seguridad y apoyo o bien de ansiedad, resentimientos e insatisfacciones que pueden ser canalizadas y hacerse manifiestas en muchas ocasiones a través de un síntoma; aunque estos disturbios emocionales podrían ser consecuencia de la misma enfermedad, de cualquier manera es un aspecto que debe tenerse siempre en cuenta en la valoración integral del paciente.

En literatura sajona se encuentra actualmente la tendencia a restarle importancia al factor psicológico en la etiopatogenia de algunas manifestaciones cutáneas, sin embargo, al referirse a padecimientos como Dermatitis Atópica (Neurodermatitis) se reporta que no ha logrado establecerse aún el defecto básico a pesar de los descubrimientos que en el campo bioquímico e inmunológico se han realizado en los últimos años calificando incluso a esta enfermedad como frustrante para la ciencia médica (16).

Magaña Lozano considera un error calificar a la Neurodermatitis como una Psicodermatosis, no deja de reconocer, sin embargo, la importancia del factor emocional en el complejo - multifactorial que determina este padecimiento; tampoco califica como Psicodermatosis al Vitiligo pero menciona que aproximadamente el 20% de los casos aparece posterior a un stress emocional (20).

Estas discrepancias existirán mientras se continúe estudiando enfermedades y no enfermos y enfocando los padecimientos como puramente orgánicos, psicológicos o sociales por separado.

DESCRIPCION DEL PROBLEMA.

Como ya se ha mencionado, existe en la actualidad mucha controversia con respecto a definir cuales padecimientos cutáneos pueden ser agrupados bajo el título de Psicodermatosis. Anteriormente se hablaba de Neurosis cutáneas o Dermatitis - psicodermatosis para referirse al conjunto de dermatosis que se consideran puramente psíquicas (acarofobia, excoりaciones, neuróticas y tricotilomanía) y al grupo de padecimientos en que los factores psíquicos tienen un papel destacado (neurodermatitis, vitiligo, algunos casos de urticaria, acné vulgar y psoriasis) (2). Este concepto ha ido cambiando, al grado que en la actualidad la mayoría de autores no dedican un apartado especial que agrupe este tipo de padecimientos, por esto, el capítulo de las Psicodermatosis es uno de los más inconsistentes de la Dermatología, puede ser muy amplio o muy limitado según la corriente en boga o el criterio del médico; y la época actual se caracteriza por una medicina - muy científica, prestándose mucha atención a las enfermedades y poca o nula al paciente. Los enfermos han dejado de tener individualidad y nombre para convertirse en un número de expediente o de cama (35). Sin embargo, la influencia de los factores psicológicos, de los aspectos emocionales y ambientales sobre algunas manifestaciones cutáneas en mayor o menor grado es algo que hasta la actualidad no ha podido ser rechazado.

Se sabe que la piel es un órgano que responde a las emociones de diferente manera y la aparición de una dermatosis puede implicar la canalización de diversos estados psicológicos tales como angustia, depresión, autocompasión, exhibicionismo, etc., que hacen más tolerable por el paciente el conflicto psicológico somatizado en la piel; sin que esto signifique que dicho conflicto queda así resuelto, por el contrario, lo funcionar sería que el paciente pudiera hacer consciente -

el origen de estos estados psicológicos siendo capaz de enfrentarlo sin necesidad de hacer somatizaciones.

Con este enfoque, el médico que ve a un paciente dermatológico no se debe limitar a examinar la dermatosis con todos sus detalles, debe observar integralmente a la persona que le consulta, actitudes, comportamiento, aspecto, etc., estará entonces en condiciones de saber antes de preguntar, si su paciente está deprimido o ansioso y cuanto preocupa su enfermedad no sólo a él sino a su familia que de alguna manera siempre se encuentra implicada (35). Comprender esto es muy importante, ya que la constelación familiar, en su carácter de unidad social básica es una fuente primordial de problemas de salud; la muerte o enfermedad de cualquier miembro de la familia, así como el divorcio o la desintegración familiar por cualquier causa originan stress, el cual afecta a todos sus miembros (37). Las consecuencias emocionales crean con mucha frecuencia ansiedad y reacciones depresivas, particularmente en los niños que están más propensos a las respuestas reactivas; de esta forma, las enfermedades psicosomáticas así como las que no lo son totalmente, pero en las que se reconoce algún grado de influencia psicológica, es frecuente que se presenten o exacerben ante situaciones de enfrentamiento a eventos negativos en el núcleo familiar.

JUSTIFICACION.

El interés personal por los padecimientos dermatológicos y - la comprensión integral de los mismos ha sido la motivación principal para realizar este estudio.

Buscando tener un marco de referencia, el autor investigó la frecuencia de Neurodermatitis y Vitiligo en dos Hospitales - del I.S.S.S.T.E. del D.F. y Cuernavaca, Mor., durante el mes de enero de 1986 encontrando estas dermatosis en ambos lugares dentro de los 10 padecimientos más frecuentes de la consulta dermatológica (4,5).

En el Hospital 10. de octubre, I.S.S.S.T.E. de un total de - 195 consultas, se encontraron 25 casos de N.D. (12.8%) y 15- casos de Vitiligo (7.6%) constituyendo los 2 padecimientos - el 20.4% de la consulta.

En el Hospital "Dr. Carlos Calero E" I.S.S.S.T.E. de Cuerna- vaca, Mor. de un total de 212 consultas se reportaron 18 ca- sos (8.4%) de N.D. y 16 casos (7.5%) de Vitiligo, constitu- yendo juntos el 15.9% de la consulta.

En otras investigaciones, se reporta que en la consulta ex- terna global de Pediatría (2o. nivel) la dermatología, con - su capítulo de Psicodermatosis ocupa el 2o. lugar (23).

En la consulta dermatológica pediátrica (también 2o. nivel)- se reporta que la N.D. constituye el 13% de las dermatosis - infantiles, ocupando el 2o. lugar entre las enfermedades de- la piel en el niño; algunos autores mencionan que el 3% de - todos los niños llegan a padecerla en alguna etapa de la vi- da (29). En U.S.A. se reporta una incidencia de 0.7 - 2.4% - en la población general (16).

En cuanto al Vitiligo, en México ocupa entre el 3o - 5o lugar entre todas las dermatopatías (35). En una casuística de diez mil niños y adolescentes del I.R.P., ocupó el 7o. lugar en importancia entre las enfermedades de la piel (29).

La frecuencia tan alta de estos padecimientos en los que se vislumbra la influencia del factor psicológico, justifica el estudio de los mismos; por otro lado, se debe tener presente que la Familia se transforma muchas veces en el centro del manejo de los problemas de salud que inicialmente resultaron de su propio mal funcionamiento, siendo también un recurso primordial para resolver problemas de salud en general, incluso cuando la causa se localiza fuera del núcleo familiar, lo cual hace comprender que el manejo de pacientes, no sólo con éstos, sino con cualquier tipo de padecimiento, amerita un abordaje integral y atención continua, la cual definitivamente debe brindarse en el primer nivel.

En México, como en varios países, se ha tratado en los últimos años de dar un giro en el enfoque de la educación médica tanto en Pregrado como en Posgrado (Plan de Medicina General-Integral A-36/Medicina General Familiar) reorientando ésta hacia la atención primaria para la salud, en busca de formación de profesionales con un conocimiento amplio de los factores psicológicos y sociales que afectan a la salud individual y colectiva, es así como la enseñanza de la Medicina Familiar se ha convertido en una actividad relevante, prioritaria y trascendente para el futuro de la práctica médica (31).

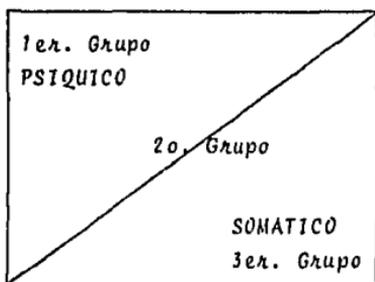
Es necesario hacer notar que el Médico Familiar adquiere durante su formación una perspectiva distinta a la del resto de especialistas, siendo capacitado para responsabilizarse de la atención médica integral primaria y continua del individuo y su familia, independientemente de edad, sexo o padecimiento

cubriendo los aspectos biológicos, así como los psicológicos y sociales de la enfermedad, debe actuar como coordinador de los recursos que para la atención de la salud existen en la comunidad, además de que representa la vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención médica, por lo que tiene la oportunidad única de observar en primera instancia, muchos de los fenómenos concurrentes que afectan la salud y la enfermedad, tales como la familia misma, el empleo, la vivienda y la exposición a factores de riesgo en general (25,16).

Existe sin embargo, escasa investigación acerca de la estructura y funcionamiento familiar en su contexto social dentro del proceso salud-enfermedad y es necesario que los Médicos-Familiares por su perfil de formación que esta especialidad confiere, den este tipo de enfoque y con ello contribuyan a elevar la calidad de la atención médica en el primer nivel, así como a consolidar la imagen de esta disciplina.

Para lograr tener una visión integral del paciente dermatológico, es necesario su abordaje tanto desde el punto de vista cutáneo como de las interacciones que tiene dentro del grupo familiar en el que se desarrolla, buscando identificar las posibles relaciones entre si.

Con este marco de referencia, se estudiarán los 2 padecimientos más representativos por su frecuencia en la consulta dermatológica: Neurodermatitis y Vitiligo, los cuales se incluyen en el 2o. grupo de la clasificación de Obermayer (35).



PRIMER GRUPO:

Eritrofobia.
 Hiperhidrosis.
 Tricotilomanía.
 Parasitofobia.
 Dermatitis Facticia.
 Excoriaciones neuróticas.

SEGUNDO GRUPO

Vitiligo.
 Alopecia areata.
 Urticaria.
 Neurodermatitis Diseminada y Circunscrita.

TERCER GRUPO

Psoriasis.
 Líquen plano.
 Acné vulgar.
 Verrugas vulgares.

NEURODERMATITIS DISEMINADA.

DEFINICION:

Se ha definido como un estado reaccional de la piel, producida por múltiples factores aún en discusión, caracterizada -- por una piel seca que presenta períodos de dermatitis aguda y/o crónica, de naturaleza inflamatoria, rebelde a los tratamientos, observada preferentemente en la edad pediátrica - (20,35).

SINONIMIA:

Se le ha llamado también Eczema atópico, alérgico o infantil, prurigo diatélico de Besnier, neurodermatitis atópica, eczema constitucional, la "comezón del séptimo año", la "enfermedad de los niños bonitos" y otros más, aunque ninguno es perfecto (2,29). Los nombres más usados son el término europeo de Neurodermatitis diseminada que hace alusión a trastornos-neurovegetativos y emocionales y el término de Dermatitis - atópica usado por la escuela sajona, que hace ver la intervención de una forma especial de hipersensibilidad llamada - atopia. El término "atopia" (sin lugar o extraño) fue utilizado por primera vez por Coca y Cooke en 1923 para describir un estado de hipersensibilidad en el hombre (asma y fiebre - de heno) caracterizado por un incremento en la capacidad de formar "reaginas" en respuesta a una variedad de antígenos; posteriormente, en 1933 Wise y Sulzberger utilizaron el término "dermatitis atópica" para describir una dermatitis eczematosa estrechamente relacionada con estas enfermedades - (2,16,20).

FRECUENCIA:

Es un padecimiento muy común que afecta al 2 ó 3% de la po--

blación, Ruiz M. menciona que el 3% de todos los niños llegan a padecerla en alguna etapa de la vida. En los hospitales pediátricos de México constituye el 13% de las dermatosis infantiles, ocupando el 2o. lugar entre las enfermedades de la piel en el niño, presentándose la mayor parte de los casos (64%) entre los 2 a los 12 años de edad (29).

El estudio de una comunidad cerrada en Bristol, Inglaterra - mostró una incidencia del 1 al 5%, siendo el 3.1% en niños - por debajo de los 5 años de edad. Los estudios de cribado de Johnson en los Estados Unidos mostraron una incidencia de - 0.7 a un 2.4% en la población general, siendo niños los más- afectados (16).

CUADRO CLINICO:

En general, la Neurodermatitis es una enfermedad de la infancia, en aproximadamente el 80% de los casos se desarrolla durante el primer año de vida y en más del 90% la aparición - tiene lugar antes de los 5 años de edad (16). En la actualidad la enfermedad se ha hecho muy frecuente en la edad adulta, en la 2a. y 3a. décadas de la vida (35), y se reporta - que el 50% de los casos pueden continuar con alguna evidencia localizada de enfermedad hasta edades avanzadas (14). - Saúl A. menciona que esto es debido principalmente al uso in moderado de los corticoesteroides que estropean la piel y - perpetúan la enfermedad.

La historia natural de la enfermedad señala 3 etapas (2,14, - 29,35):

1a ETAPA DEL LACTANTE: se inicia a las pocas semanas del nacimiento, o en los primeros meses; las lesiones predominan - en las mejillas respetando el centro de la cara, puede haber lesiones en las regiones glúteas y en extremidades, consti-

tuidas por placas eritematosas con vesículas y costras melicéricas muy pruriginosas, el niño al frotarse suele romperse las lesiones y sangrarse; las lesiones mejoran espontáneamente y pueden desaparecer por completo antes del año a menos que el niño reciba tratamientos inadecuados. El 17% de estos niños presentan previa o concomitantemente descamación seborreica de la piel cabelluda que habitualmente se etiqueta como dermatitis seborreica pero que probablemente es una manifestación precoz de la Neurodermatitis; también es común que sufran de dermatitis por pañal debido a que tienen una susceptibilidad mayor al contacto con las heces y la orina.

2a. ETAPA DEL PRE-ESCOLAR Y DEL ESCOLAR: suele iniciarse a los 3 años y presentarse por brotes a los 7, 8, 9, etc., las lesiones se localizan en los pliegues: cuello, codo, huecos poplíteos, dorso de los pies, constituidas por eritema, liquenificación y costras hermáticas en placas mal limitadas. El prurito es constante, muy intenso y el rascado conduce a más liquenificación estableciendo un círculo vicioso de prurito - rascado - liquenificación - prurito etc. El resto de la piel se observa seca, sobre todo en partes expuestas. En esta etapa se puede ver una variante clínica que se presenta localizada a las plantas, que por cursar con eritema y descamación es frecuentemente confundida con tiña de los pies, clínicamente es posible diferenciarla porque la N.D. afecta la piel del pulpejo y el dorso de los dedos de los pies respetando los espacios interdigitales.

3a. ETAPA DEL ADULTO: la enfermedad en esta etapa puede presentarse como manchas eritematosas localizadas, escamosas, papulosas, vesiculosas o en forma de placas liquenificadas, pruriginosas. En los casos difusos típicos, la erupción abarca los huecos poplíteos y antecubital, parte anterior y laterales del cuello, la frente, alrededor de ojos y manos -

incluyendo muñecas; la piel suele ser seca con tendencia a en grosarse. (Esquema 1).

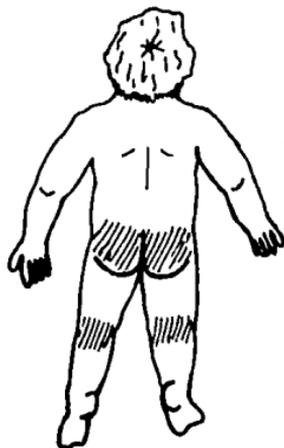
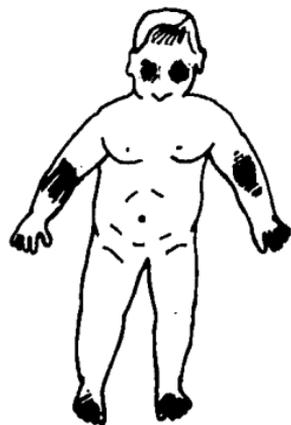
COMPLICACIONES:

Impétigo. - Es frecuente por el rascado y ruptura de las lesiones, agregándose entonces la presencia de pústulas y más cos- tras melicéricas; dependiendo de su extensión puede provocar - fiebre, adenopatía regional y ataque al estado general (29).

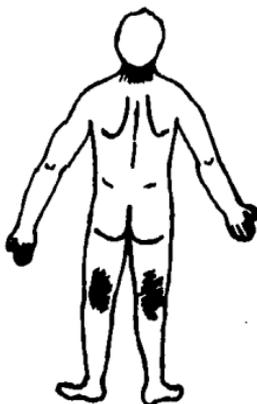
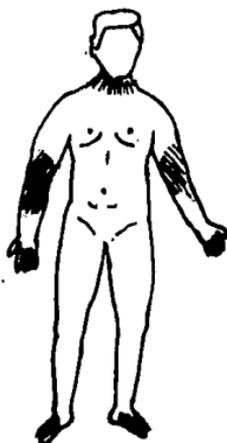
Dermatitis por contacto. - Debida a la aplicación de medicamen tos mal indicados o autoadministrados, así como por la utili- zación inadecuada de remedios caseros (20).

Eritrodermia. - (Extensión del proceso por lo menos al 80% de la superficie corporal) se debe sobre todo al uso indebido de corticoesteroides tanto por vía sistémica como tópica; la enfermedad se sale de sus sitios habituales, se extiende a todo el cuerpo, presentándose piel eczematosa, acartonada, con fi- suras en los pliegues, con prurito y dolor intenso (35).

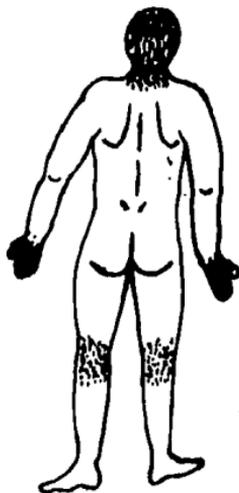
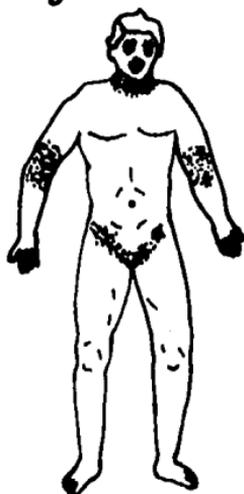
Se mencionan además la formación de cataratas y el queratoco- no en los casos graves (16), complicaciones que en nuestro me dio no se observan (35); así como la erupción variceliforme - de Kaposi, Esta se veía cuando se aplicaba vacuna antivariolo sa a los niños con actividad de la Neurodermatitis; como ya - no se utiliza esta vacuna en la actualidad, esta complicación ya de por sí poco frecuente, no se presenta más (20).



LACTANTE:
 Eczema.
 Eritema.
 Vesículas.
 Costras melicé-
 ricas.



ESCOLAR:
 Eritema.
 Liquenificación.
 Costras hemáticas.



ADULTO:
 Pápulas.
 Costras hemáticas.
 Vesículas.
 Liquenificación.

cedentes de atopia en un 70% (29). Se pueden observar a varios miembros de una misma familia afectados, - principalmente los hermanos; en niños mexicanos se encontraron antecedentes positivos en el 15% en lo que respecta a hermanos, de 2.7% en lo que respecta a los padres y un 11.7% en otros familiares (20).

Para Roth, la herencia de la N.D. es probablemente - Mendeliana dominante con penetrancia incompleta; no - obstante, esta enfermedad puede aparecer en ausencia de historia familiar, o puede faltar en niños cuyos - padres están afectados. Si uno de los padres tiene - atopia hay aproximadamente un 60% de posibilidades de que se desarrolle enfermedad atópica en su hijo, si - ambos padres tienen atopia, sus hijos tienen un 80% - de posibilidades de tenerla. El tipo de herencia permanece oscuro; incluso la tipificación del HLA no ha podido ayudar en el análisis de los aspectos genéticos (16). Se señala que en los pacientes con Asma y Rinitis se encuentran con más frecuencia los antígenos B12 y Bw40, pero en cambio en la Neurodermatitis no existen antígenos específicos (35).

3. Fenotipo cutáneo: Los pacientes nacen con una piel - distinta, especial, es seca, retiene el sudor, se le marcan con exageración los pliegues, sobre todo en - los párpados (pliegues de Dennie), es hipersensible y tienen un umbral disminuido al prurito con el cual - responden ante cualquier estímulo: calor, frío, ja - bón, medicamentos, emociones, etc. (14,29).
4. Desequilibrio neurovegetativo: se dió el nombre de - Neurodermatitis a esta enfermedad, precisamente al encontrar estas alteraciones que se manifiestan por un

dermografismo blanco, una reacción disminuida a la histamina y una respuesta anormal a la acetilcolina; sin embargo, estos 3 fenómenos se han observado también en otros tipos de dermatitis y parecen ser fenómenos superpuestos, secundarios a inflamación [16].

5. Inmunología: en 1967, Ishizaka e Ishizaka descubrieron que los anticuerpos fijados al tejido previamente observados en la enfermedad atópica pertenecían en su mayoría a la clase de anticuerpos denominados IgE; es un hecho demostrado que la mayoría de los pacientes con lesiones activas de neurodermatitis tienen cifras elevadas de IgE aunque hay estudios que señalan un 20% con cifras normales, pacientes con manifestaciones de N.D. con agamaglobulinemia y cifras elevadas de esta inmunoglobulina en otras enfermedades y no siempre hay correlación entre la gravedad del cuadro y las cifras de IgE [2,20]; no obstante, en 1971 Ogawa y cols. corroboraron que la tasa elevada de IgE encontrada en la neurodermatitis parecía estar relacionada con la gravedad y extensión de la enfermedad. Los niveles de IgE en las biopsias cutáneas son 3 veces superiores en la piel enferma y hay asimismo, un incremento en los linfocitos relacionados con la IgE y de los mastocitos con IgE en su superficie; a pesar de este importante hallazgo, los niveles de IgE no están elevados de manera constante en la enfermedad. Peterson y cols. describieron agamaglobulinemia en pacientes con lesiones típicas de neurodermatitis, a la inversa, se encuentran niveles muy elevados de IgE en determinadas ingestaciones parasitarias; por esto se cree que la IgE puede no ser intrínseca de la enfermedad [16].

Desde el punto de vista de la inmunidad celular, se ha detectado reducción en la cantidad absoluta de células T y se ha observado recientemente con métodos de marcado con isótopos radiactivos una disminución de células T supresoras, esto es importante puesto que se sabe que las células T regulan la formación de inmunoglobulinas. No obstante, no se sabe aún si la depresión de las células T es intrínseca a la enfermedad o un fenómeno superpuesto (10).

En un esfuerzo por explicar la reacción a los muy variados estímulos químicos, físicos, inmunológicos y psíquicos de los pacientes atópicos, Szentivanyi propuso un bloqueo de los receptores beta - adrenérgicos de las células de los atópicos, lo que permitiría una actividad alfa - adrenérgica y colinérgica sin oposición y un desequilibrio de los mecanismos de feedback intracelulares evidenciado por una disminución en el AMP cíclico; este AMP cíclico bajo estimula la liberación de histamina por los mastocitos produciendo de nuevo prurito y por esto, posiblemente la erupción; esto también podría explicar el aumento a la sensibilidad colinérgica sin embargo, esta es una teoría no aceptada por todos (29).

6. Personalidad: se habla de una personalidad atópica y es uno de los aspectos más debatidos, pero si los rasgos básicos de la personalidad tienen una base genética, nada estorba pensar que así como se hereda la atopia, puede también heredarse una personalidad especial ligada a ese tipo de piel distinta a lo normal (35). Así, se han descrito algunos niños con esta enfermedad como sujetos sensibles, ansiosos, agresivos, egocéntricos y con falta de seguridad, y a -

sus madres como personalidades ansiosas, superprotectoras o rechazadoras o ambas cosas a la vez (G. Store).

R. Spitz señala dos anomalías:

- Las madres tienen una personalidad infantil y manifiestan hacia su hijo hostilidad disfrazada de ansiedad, no les gusta tocarlos u ocuparse de ellos y les privan sistemáticamente de todo contacto cutáneo.
- Estos niños tienen una predisposición congénita a una respuesta cutánea aumentada, lo que les conduce a una representación psíquica exagerada de la percepción cutánea.

La importancia que se da a la actividad rechazadora de la madre, a la evitación de todo contacto físico con su hijo es destacada también por D.H. Williams y M.J. Rosenthal (1).

II. FACTORES AMBIENTALES:

1. Clima: se ha observado que estos pacientes empeoran con climas secos y calientes y mejoran cuando hay humedad (35). Se mencionan como problemas inespecíficos asociados la disminución en la producción de las glándulas sebáceas, lo que produce una reducción en la capacidad de la piel para retener agua. Por otra parte, la función de las glándulas sudoríparas es normal, pero la salida del sudor a la superficie de la piel está alterada, lo que lleva al síndrome de retención del sudor. En estos pacientes, cualquier estímulo de la transpiración (ejercicio, temperatu-

ras elevadas, emociones) con frecuencia precipitan a taques agudos de prurito (14).

2. Factores emocionales: no se pretende decir que la enfermedad misma sea el resultado de disturbios psicológicos, sin embargo, en los diversos aspectos que se involucran en la etiopatogenia de esta enfermedad los factores emocionales juegan un papel importante; situaciones conflictivas que angustian al paciente, como la presentación de un examen, disgustos familiares, accidentes, pueden encontrarse antes de la aparición de un brote de lesiones (35). Un hecho bien conocido es que el prurito se agudiza después de los trastornos emocionales. Las investigaciones de Becker, Cole, Cormia, Lynch, Obermayer y otros, han demostrado la importancia de la tensión nerviosa como factor predisponente en esta enfermedad (2).
3. Ambiente Familiar: es habitualmente negativo al paciente. Como ya se mencionó, las madres son rígidas, perfeccionistas y dominantes, con poca receptividad para las necesidades afectivas casi siempre aumentadas en estos niños; estos tendrían un estado de dependencia y de inseguridad con respecto a su madre; el factor emocional más importante en el desencadenamiento de esta afección sería la rabia desorganizada y no reconocida hacia los padres (H.A. Abramson) (1).

En ocasiones, es el nacimiento de otro hermano lo que precipita una crisis de la enfermedad y también se señala que las manifestaciones se presentan más en el primogénito, quizá porque las circunstancias del medio ambiente son propicias en las parejas de recién casados, con la influencia no siempre positiva de los familiares de ambos cónyuges. Un hecho -

Innegable es, que muchos casos mejoran con el cambio del medio ambiente (35).

Hasta hoy y para fines prácticos, se puede concluir que únicamente se conoce lo que la experiencia clínica pone en evidencia en estos pacientes: que poseen una piel lábil a múltiples estímulos endógenos y exógenos los que en un momento dado, en forma aislada o simultánea intervienen para desencadenar las lesiones en un paciente constitucionalmente predispuesto (29).

DIAGNOSTICO:

Su diagnóstico clínico es sencillo y no se requiere de pruebas de laboratorio de tipo alérgico como las intradérmicas - que casi siempre dan resultados contradictorios, ambiguos y difíciles de interpretar (35).

Los elementos básicos para el diagnóstico son: placas eritemato - papulosas, escamosas o eczematosas, muy pruriginosas, de evolución crónica, en un paciente que frecuentemente refiere antecedentes personales o familiares de atopia (29).

Se ha intentado delimitar criterios para su diagnóstico (Cuadro I) a pesar de lo cual, hay numerosos pacientes que no encajan en éstos y que parecen presentar la enfermedad; por lo que cuando se observa una erupción y se dice que es N.D. es porque tiene la apariencia de N.D.

CUADRO I

Criterios diagnósticos de Hanifin y Lobitz (10,16,22).

- Características siempre presentes:

- 1.- Prurito.
- 2.- Morfología y distribución típicas.
- 3.- Tendencia a la cronicidad y dermatitis crónica recurrente.

Más.

- Dos o más de las siguientes características:

- 1.- Historia personal o familiar de enfermedad atópica (asma, rinitis alérgica o dermatitis atópica).
- 2.- Reacción inmediata a la prueba cutánea.
- 3.- Dermografismo blanco y/o reacción pálida retardada a los agentes colinérgicos.
- 4.- Cataratas subcapsulares anteriores.

0.

- Cuatro o más de las siguientes características:

- 1.- Xerosis/ictiosis/aumento en las líneas de la palma de la mano.
- 2.- Pitiriasis alba.
- 3.- Queratosis pilaris.
- 4.- Palidez facial/oscuramiento infraorbitario.
- 5.- Pliegue de Dennie - Morgan (pliegue extra bajo el ojo).
- 6.- IgE sérica elevada.
- 7.- Queratocono.
- 8.- Tendencia a las infecciones cutáneas de repetición

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

En el lactante debe hacerse con: dermatitis seborreica y dermatitis por pañal. En el niño pre-escolar, escolar e incluso en el adulto, puede confundirse con pitiriasis alba, dermatitis solar, dermatitis por contacto y liquen simple crónico (29,35).

Existen además, algunos defectos metabólicos e inmunológicos que pueden presentar una erupción clínicamente similar a la N.D. (10).

- Enfermedades metabólicas: Fenilcetonuria, Histidinemia, - Enteropatía Glúten Sensible, Acrodermatitis Enteropática, - Displasia Ectodérmica Anhidrótica Congénita.
- Perturbaciones inmunológicas: Síndrome de Wiskott - Aldrich Ataxia-telangiectasia, Agammaglobulinemia ligada al sexo, - Síndrome de Hiper-IgE, Deficiencia IgA selectiva, Síndrome de Di George, Enfermedad de Letterer-Siwe.

PRONOSTICO.

Ha habido numerosos estudios sobre el pronóstico de esta enfermedad sin llegar a establecer un criterio uniforme; en un estudio prospectivo de pacientes con neurodermatitis, Vickers encontró que la resolución se había producido en un 95% de los pacientes al alcanzar los 20 años de edad (16). Saúl A. menciona que en la actualidad, se ven ya muchos casos en adolescentes y en adultos, con lesiones atípicas de la enfermedad, debido al uso inmoderado de corticoesteroides que han convertido a la enfermedad en un problema médico, familiar y hasta social.

TRATAMIENTO.

Es conveniente y necesario desde la primera entrevista, brindar explicaciones claras y amplias al paciente y su familia, decir lo que es la enfermedad y lo que espera del tratamiento, lo que se puede hacer para controlar la enfermedad, ya que no se cuenta con un medicamento que pueda curarla; también se debe explicar lo que no es: no es transmisible, no -

Los cuidados de la piel, van a variar según el estado de la misma (29,35).

Si hay zonas eczematosas será necesario secarla mediante el uso de fomentos de agua de manzanilla o de végeto, 2 a 3 veces al día.

Si la piel está seca y liquenificada, el uso de pastas inertes y pomadas lubricantes es útil, así como las cremas humectantes a base de cold cream u otras preparaciones de tipo emulsión agua-aceite como el linimento oleocalcáreo o el simple petrolato:

- Linimento oleocalcáreo 100 cc.	Aceite de oliva 60 cc.
(agua segunda de cal y	Vaselina 40 cc.
Ac. de almendras dul--	Oxido de zinc 15 cc.
ces a partes iguales).	Talco 15 gr.
	Sig. Pomada.

Si hay dermatitis por contacto o impétigo, hay que tratar - primero estas complicaciones y usar pomadas con vioformo al-3%:

- Vaselina 30 gr.
Vioformo 1 gr.
Sig. Pomada.

Cuando existe mucha liquenificación, es necesario romper el círculo vicioso de prurito - rascado - liquenificación - prurito usando pomadas con alquitrán de hulla:

- Vaselina 30 gr.
Alquitrán
de hulla 1 gr.
Sig. Pomada.

Por vía oral, es útil la administración de hidroxicina ya que tiene la propiedad de ser antihistamínico y sedante, aliviando el incesante prurito; en niños mayores de 2 años a dosis de 0.2 mg/Kg/día, en adultos 8 mg. 2 - 3 veces por día (29).

El cromoglicato disódico ha sido utilizado principalmente en Europa y ha demostrado tener un efecto claro sobre las lesiones cutáneas, particularmente en niños que mostraban una correlación positiva con la alergia alimenticia; presumiblemente actúa mediante la reducción de la liberación de histamina por las células cebadas. En los Estados Unidos se ha utilizado con menor éxito (16).

En cuanto al uso de corticoesteroides en esta enfermedad, existe mucha controversia; Andrews y Krafchik recomiendan el uso tópico de hidrocortisona al 1% 2 - 3 veces al día en las formas crónicas o severas de la enfermedad; contraindicando el uso de esteroides fluorados, sobre todo en cara. Fitzpatrick Thomas refiere las preparaciones de corticoesteroides fluorados o fluoroclorados como la forma más efectiva de terapia tópica. Saúl A. plantea en cambio, que los corticoesteroides sólo han venido a complicar esta enfermedad; estos medicamentos por su acción anti-inflamatoria y anti-pruriginosa producen una curación engañosa de las lesiones cutáneas, con los rebotes consecuentes y la extensión del proceso (35).

VITILIGO.

DEFINICION.

Se define como una hipomelanosis idiopática, adquirida, común, que a menudo es familiar y se caracteriza por máculas blancas, pálidas, que se agrandan centrifugamente con el tiempo (11).

Se discute el origen de la palabra Vitiligo, para unos derivada de la palabra Vitulus que significa becerro, usada primeramente por Celso, en los inicios de nuestra era (21). Otros refieren que el término Vitiligo fue probablemente derivado de la palabra latina Vitium {mancha} y del sufijo igo (11).

Las referencias bíblicas al Leucoderma como Lepra, se remontan a la traducción de la palabra hebrea Zorá'at por los eudoditos Septuagintos, en el año 250 A.C. más o menos como lepra (11). El Vitiligo ha sido un padecimiento conocido desde hace mucho tiempo, primeramente en la India y Japón (21).

FRECUENCIA.

Es un padecimiento frecuente, en México ocupa entre el 30. y 50. lugar entre todas las dermatopatías, variando su porcentaje entre el 3 y el 5% (36). En una casuística de diez mil niños y adolescentes del Instituto Nacional de Pediatría ocupó el 70. lugar en importancia entre las enfermedades de la piel (30).

Fitzpatrick Thomas reporta que la frecuencia general se calcula en el 1%, pero cifras que van de 0.14 a 8.8% se han atribuido a diversas poblaciones. Ninguna parte del mundo está respetada: se ha encontrado Vitiligo en Egipto, India,-

Japón, Malasia, Rusia, Europa Occidental, México y Estados Unidos. Hombres y mujeres están afectados, el hecho de que predominen las mujeres en la mayoría de las series se atribuye a una mayor conciencia y preocupación por un defecto cos-mético en ellas que en los hombres (11).

Saúl y Ruiz Maldonado reportan que el Vitiligo no aparece al nacimiento y que es raro antes de los 2 años de edad. Fitzpatrick menciona que la iniciación puede producirse desde el nacimiento hasta la vejez. Se le ha observado ya a los 3 días de edad y a los 81 años; aunque la mayor frecuencia se registra entre los 10 y 30 años. En el 50% de los pa-cientes, el Vitiligo aparece antes de los 20 años de edad (21).

CUADRO CLINICO.

La causa precipitante inmediata del Vitiligo es desconocida en la mayoría de los casos, muchos pacientes atribuyen la iniciación de su enfermedad a alguna crisis emocional: pérdida del trabajo, muerte en la familia o alguna otra experiencia negativa. Otros pacientes atribuyen la iniciación a un daño físico: quemaduras de sol, zonas de presión por la ropa. Esto tiene una base real, puesto que el Vitiligo es un estado que muestra el fenómeno de Koebner (el Vitiligo se desarrolla en el asiento de la lesión), es probable que estos pa-cientes tengan una diátesis de Vitiligo, en la cual el trauma induce una típica lesión de Vitiligo (30).

Es una enfermedad muy monomorfa, se caracteriza solamente por manchas acrómicas de blancura en ocasiones lechosa, cuando se inician pueden verse por un tiempo hipocrómicas, su número varía de una sola a incontables, así como su tamaño que va de milímetros de diámetro y tienen forma redonda u ovalada, con márgenes bastante definidos, no hay otro cambio epi-

dérmico y la piel es por lo demás normal [11]. Sus límites son precisos, sin actividad, raramente una mácula de Vitiligo puede tener un borde prurítico eritematoso elevado (Vitiligo Inflamatorio), su superficie es lisa, sin lesiones asociadas, en algunas puede verse un halo hipercrómico o pequeñas manchas de color de la piel del paciente o un poco más oscuras dentro de la mancha blanca como restos de piel no afectada.

Algunos casos tienen aspecto "liquenoide", con superficie que semeja minúsculos mosaicos foliculares, finalmente escamosos antes de que se marque definitivamente la despigmentación [21].

Su topografía es muy variada, puede ser circunscrita o diseminada, excepcionalmente generalizada o universal. La cara se afecta preferentemente en las regiones de los párpados, peribucuales (comisuras), preauriculares; el cuello es sitio de elección; sobre todo en su cara posterior y zonas retroauriculares; axilas, cintura, zona lumbosacra, pliegues inguinales y zona genital están afectados en muchos casos con tendencia a la diseminación. No son raras las localizaciones en el dorso de las manos y porciones distales de los dedos (periungueales), en ocasiones las manchas son simétricas [21, 36].

La despigmentación del pelo puede producirse en las placas de Vitiligo, no todas las placas están igualmente afectadas en el mismo paciente. Se ha observado acromotriquia en 9 - 45% de los pacientes, según Ruiz M. Esto indica mayor severidad del proceso [11].

EVOLUCION.

La iniciación es unicéntrica alrededor del 75% de los pacien

tes y aparece generalmente en áreas de piel normalmente expuestas al sol, en ocasiones su crecimiento es muy lento o se estaciona (Vitiligo fijo) o por el contrario, sigue un rápido avance cubriendo grandes zonas de la superficie cutánea (Vitiligo progresivo). Es asintomática, aunque en numerosas ocasiones, existe prurito previo de variable intensidad en los sitios que posteriormente ocupan las manchas (11,30).

El halo de nevus, nevo de Sutton o leucodermia centrífuga adquirida (Wayte y Heiwins, 1968) representa un aspecto singular de Vitiligo en el cual se advierte una pequeña zona circular acrómica muy bien definida que rodea a un nevo, por lo general un nevo de unión o un nevo intradérmico pigmentado. La acromia progresa a expensas del nevo hasta que éste desaparece completamente quedando sólo una pequeña mancha acrómica circular; en los niños se observa en el 15% de los casos, precediendo o acompañando al Vitiligo, aunque puede también observarse sin asociación al Vitiligo.

ANORMALIDADES ASOCIADAS.

- Oculares. Históricamente la pigmentación ocular en los pacientes de Vitiligo es normal, pero estudios recientes de Lerner y cols., sugieren que hay anomalías pigmentarias de iris y retina con frecuencia creciente en dichos pacientes. Los enfermos con Síndrome de Vogt-Koyanagi presentan Vitiligo, disacusia, alopecia e iritis (uveítis anterior) en oposición los enfermos con Síndrome de Harada presentan uveítis posterior asociada con pleocitosis en el LCR y disminución de la agudeza visual. Los dos síndromes son probablemente parte de la misma enfermedad y en la actualidad se considera que debe denominarse enfermedad de Vogt-Koyanagi Harada; se justifica en consecuencia el estudio oftalmológico de los enfermos que presentan Vitiligo (3,28).

- Endócrinas. La frecuencia de Vitiligo en las afecciones tiroides es de 0.62 a 12.5%; hipertiroidismo, enfermedad de Graves y Tiroiditis parecen ser los desordenes más asociados (3,6). La frecuencia de enfermedad tiroidea en pacientes con Vitiligo oscila entre 1.2% y 30%; Perrot y cols., -comprobaron que el Vitiligo puede iniciarse antes, durante o después de la enfermedad tiroidea; el tratamiento de ésta última no altera necesariamente el curso del Vitiligo. - La significancia de esta asociación es desconocida.

La frecuencia de Vitiligo en la enfermedad de Addison es - del 2%; Irvine y Barnes observaron Vitiligo en enfermeda- -des de Addison idiopática y tuberculosa, aunque anticuer- -pos de corteza suprarrenal y de células esteroidales no parecen estar aumentados en los pacientes con Vitiligo (11).

La diabetes sacarina, juvenil y de iniciación adulta, ocu- -rre en 1 a 7.1% de pacientes con Vitiligo e inversamente - hay Vitiligo en 4.8 de diabéticos. Dawber encontró la asociación principalmente en enfermos de Vitiligo de inicia- -ción tardía (después de los 40 años) (3).

- Hematológicas. El Vitiligo ha quedado documentado en 1.6 a 10.6% de pacientes con anemia perniciosa, aunque no se ha confirmado el significado específico de esta coincidencia; existe también mayor frecuencia de anticuerpos anticélulas parietales (11).
- Cutáneas. Hay alopecia areata hasta en 16% de pacientes con Vitiligo sobre todo en niños, en los que no se ha encontra- do asociación con procesos autoinmunes ni con endocrinopa- -tías (30).

Una leucodermia semejante al Vitiligo ha sido un hallazgo - secundario en melanoma maligno, dentro, alrededor y lejos -

de la lesión primaria. El leucoderma puede preceder, pero generalmente sigue a la aparición del melanoma; esta parece ser la asociación menos frecuente y no tiene significación pronóstica (21).

ETIOPATOGENIA.

La etiología del Vitiligo se desconoce en realidad, se postulan varias hipótesis aunque ninguna es totalmente satisfactoria.

Histopatológicamente las coloraciones con hematoxilina y eosina son normales excepto por la ausencia de melanocitos, a veces se identifican linfocitos en los márgenes activos de una mácula despigmentante de Vitiligo, la epidermis y dermis son por lo demás normales. En las manchas antiguas se observa la ausencia de melanocitos y en cambio el aumento en forma importante de las células de Langerhans en la basal, como si los melanocitos fueran substituidos por estas células; en las manchas recientes es posible ver algunos melanocitos alterados con sus núcleos dentados, de cualquier forma no se produce melanina (36).

- Hipótesis Genética. Se señala que el Vitiligo se transmite probablemente de forma autosómica dominante, sin embargo, los antecedentes familiares de la enfermedad se presentan en un 10% según lo referido por Kenneth Landow, hasta en un 30% reportado por Fitzpatrick, pero en el resto no existen evidencias de dicha transmisión hereditaria.
- Hipótesis Inmunológica. Sugiere la existencia de alguna aberración de la inmunovigilancia que produce destrucción, disfunción o ambas cosas en los melanocitos. La presencia de linfocitos en algunas placas de Vitiligo, la asociación a diversos autoanticuerpos, la coexistencia de nevo con ha

lo y varias enfermedades autoinmunes constituye evidencia clínica de apoyo (11). Se han investigado y encontrado anticuerpos séricos antimelanocitos pero sólo en casos muy extensos, no en las formas limitadas (36).

- Hipótesis Neural o Neuroquímica. Sugiere que hay un mediador neuroquímico que destruye melanocitos o inhibe la producción de melanina. La asociación del inicio de Vitiligo con stress emocional y los informes de Vitiligo en pacientes psiquiátricos sugieren hasta cierto punto una base neural, sin embargo, observaciones de función nerviosa, sensitiva y autónoma en placas de Vitiligo no han probado ninguna disfunción concluyente (11,30).
- Hipótesis Autocitotóxica o Autodestructora. Postula que un intermediario o metabolito de la síntesis de melanina provoca desaparición de melanocitos, o que el mecanismo normal de destrucción de melanosomas no encuentra obstáculos para causar disfunción o muerte de melanocitos. Tiro-sina, dopa y triptofano tienen toxicidad selectiva hacia las células melanóticas (21).
- Hipótesis Psicósomática. Tiene muchos adeptos, pero desde luego no explica todos los casos. Hay hechos evidentes que hacen ver la relación que puede tener la aparición de las manchas con problemas emocionales (36). Se menciona que aproximadamente un 20% de los casos se inician después de un stress emocional (21). Se ha pensado que el Vitiligo podría representar un equivalente de la angustia traumática o su consecuencia; se dice que estos pacientes tienen tendencia a la neurosis, aunque el mismo padecimiento puede producir cambios importantes de la personalidad y disturbios en ocasiones significativos. No existe una personalidad distintiva en los pacientes con Vitiligo, sin embargo, hay ciertos rasgos comunes en ellos: hostilidad, -

indiferencia, dificultad para establecer buenas relaciones familiares y extrafamiliares, introversión, agresividad, - depresión; se habla de una personalidad histérica, con - - llanto fácil e inestabilidad emocional (Garza-toba).

Se han hecho estudios en el Centro Dermatológico Pascua, tendientes a conocer la influencia de los factores psicosomáticos en los pacientes con Vitiligo, aplicando diversas pruebas psicológicas. Los resultados son difíciles de interpretar, porque es válido preguntarse si estas alteraciones psicológicas son causa o consecuencia de la enfermedad o ambas (36).

En conclusión, se piensa en el Vitiligo como un síndrome dependiente de muchas causas, una piel acostumbrada tal vez genéticamente a producir manchas acrómicas ante diversos estímulos: traumatismos, sol, emociones, presión, etc.

DIAGNOSTICO:

Es clínico siempre, los elementos básicos para el diagnóstico son: presencia de manchas blancas que aparecen después - del nacimiento, generalmente asintomáticas, sobre la piel fisiológicamente normal. Debe estudiarse el tipo de persona afectada por la enfermedad y la influencia de la misma sobre la vida y relaciones del paciente (30).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Deben tomarse en cuenta padecimientos como el Mal del Pinto, los nevos hipocrómicos y acrómicos, las leucodermias post-lesionales y por hidroquinona, el albinismo, piebaldismo, hipomelanosis de Ito, síndrome de Waardenburg, casos indeterminados de lepra (21,36). Aunque es difícil que se confundan -

con Vitiligo, deben tomarse en cuenta la pitiriasis versicolor y la pitiriasis alba; se mencionan además a la leucodermia consecutiva a sífilis o al herpes zoster como fuentes comunes de error (3).

PRONOSTICO:

Es variable e impredecible, aunque se menciona que como regla general tiene poca o ninguna tendencia a la involución espontánea (21), Landow reporta que puede presentarse algún grado de repigmentación espontánea en aproximadamente 25 o hasta en el 44% de los casos (15), pero rara vez el grado de repigmentación tiene significación clínica o estéticamente satisfactoria. La repigmentación cuando ocurre, se presenta en máculas perifoliculares y pigmentación marginal que se extienden y se unen para repigmentar una mácula de Vitiligo (11).

Aunque el tratamiento es largo, responde mejor en los niños que en los adultos, las lesiones pequeñas y escasas tienden a remitir en lesiones grandes o múltiples aún cuando se observa mejoría, las recidivas son frecuentes. Este es un padecimiento que no altera directamente la salud pero indirectamente puede afectarla si los aspectos emocionales no son manejados adecuadamente por el médico y por la familia (30).

TRATAMIENTO:

El objetivo del tratamiento del Vitiligo es satisfacer las necesidades cosméticas o estéticas del paciente. En la actualidad no se cuenta con medicamentos que puedan lograr la repigmentación de las lesiones en todos los casos; los existentes son sustancias con efecto fotoestimulante que favorecen la melanogénesis permitiendo una mayor actividad de las

radiaciones ultravioleta, estas sustancias son llamadas Psoralenos y los hay naturales y sintéticos, de administración tópica o sistémica. En lesiones pequeñas es preferible usar los en forma tópica (8-metoxipsoralen, trimetil-psoralen), esencia de bergamota, esencia de lima) del 20 al 50% en alcohol de 60° y en las lesiones extensas, administrar 10 - 30 mg diarios de 8-metoxipsoralen o trimetilpsoralen por V.O. 2 - hrs. antes de exponerse al sol o a radiaciones artificiales de tipo solar. Generalmente se principia con 5 min. de exposición y se aumenta progresivamente el tiempo de acuerdo a la respuesta: la repigmentación se inicia generalmente a los 2 - 3 meses de tratamiento y la mayor parte de los pacientes con Vitiligo diseminado requieren para repigmentarse entre 1 - 3 años de tratamiento y frecuentemente se observan recidivas (30).

Los psoralenos extraídos de los cítricos son menos activos, pero también menos peligrosos, diluidos con alcohol brindan mejores resultados sin llegar a producirse quemaduras de la piel como con psoralenos sintéticos (36).

- Alcohol de 96° 50 cc.
- Esencia de lima 15 cc.
- Sig. toques.

También se usa ácido acético y éter que producen irritación y por tanto, hiperemia de los tejidos.

- Eter sulfúrico 30 cc.
- Hidrato de cloral 2 gr.
- Ac. Acético gla- 1 cc.
- cial.
- Sig. toques.

Los psoralenos por V.O sensibilizan la piel a las radiaciones lumínicas, pigmentan rápidamente la piel normal y muy lentamente a la acrómica, por lo que no estarían indicados en Vitiligos limitados pero aún en los generalizados es poco lo que se logra con estos medicamentos.

Los pacientes con Vitiligo extenso que no responden a la psoraleno - terapia o que no desean someterse a la misma, pueden elegir la despigmentación con monobenzil éter de hidroquinona al 20% (Benoquir) (11,15). Se trata de un proceso prácticamente irreversible, la despigmentación con el uso de 2 aplicaciones diarias tarda de 3 a 4 meses para ser aparente y 10 meses o más para despigmentarse por completo. Los pacientes - despigmentados con Benoquir, deben usar un filtro o protector solar para evitar las quemaduras solares.

En cuanto a la utilización de corticoesteroides en esta enfermedad, algunos autores mencionan el uso de esteroides sistémicos, hidrocortizona tópica y triamcinolona intralesional (3, 15,21), pero con resultados inconstantes y poco prometedores puesto que se logra una repigmentación transitoria y la acromia vuelve de inmediato al suspender el medicamento. Administrados por vía intralesional puede producirse atrofia y por vía sistémica los efectos indeseables no justifican su uso ante los pobres y pasajeros resultados que se obtienen.

Cuando existe depresión, angustia o ansiedad está indicado el uso de sedantes y psicotrópicos diversos aunque la mayoría de las veces es más útil una buena plática del paciente con el médico que muchos medicamentos, si el paciente se siente escuchado, orientado, apoyado por el médico esto puede repercutir favorablemente en el manejo de su padecimiento, ya que en ocasiones será necesaria sólo la adaptación del paciente a sus manchas, aprender a vivir con su Vitiligo sin permitir que éste le eche a perder su vida (36).

Se ha expuesto en esta descripción la participación del factor emocional en la aparición y/o exacerbaciones de estos padecimientos y aunque ya se hizo notar que este factor no es el único, es muy importante considerarlo. Ahora bien, debe tenerse en cuenta que el individuo no es un ente aislado, - que se encuentra en constante interrelación con otros individuos constituyendo un sistema social y en principio se desarrolla básicamente en un núcleo familiar y la familia como unidad social básica, puede ser una fuente primordial de conflictos que traigan como consecuencia problemas de salud en sus miembros, tales como las manifestaciones cutáneas que se han revisado, es importante por tanto que siempre se valore el funcionamiento de la familia y el impacto que en la misma está causando la enfermedad, es por esto que se hará a continuación una revisión de los aspectos de familia que el autor ha considerado más relevantes.

Cuando se habla de familia pudiera pensarse que no es necesario definir siquiera el significado de la palabra, puesto - que se cree que en la actualidad en el sistema social en que nos desarrollamos se tiene una idea clara y más o menos homogénea de todo lo que ella implica, sin embargo, esto no es así ya que se ofrecen diferentes definiciones por diversos autores, continúan existiendo discrepancias profundas y no se ha logrado tener un concepto uniforme.

Antes de aceptar tal cual una definición de familia, será - conveniente conocer la evolución que ésta ha tenido a través de la historia.

Según la teoría materialista, el factor decisivo en la historia es la producción y la reproducción de la vida inmediata, siendo éstas de dos clases: por un lado, la producción de medios de existencia y por otro, la producción del hombre mis-

mo, la continuación de la especie. El orden social en que viven los hombres en una época o en un país dados, está condicionado por esas dos especies de producción, por el grado de desarrollo del trabajo y de la familia.

"La familia es un elemento activo, nunca permanece estacionada sino que pasa de una forma inferior a una forma superior a medida que la sociedad evoluciona de un grado más bajo a otro más alto" (Morgan).

En su origen, la palabra familia no significa el ideal, mezcla de sentimentalismos y de disensiones domésticas, del filisteo de nuestra época; al principio entre los romanos, ni siquiera se aplica a la pareja conyugal y a sus hijos sino - tan sólo a los esclavos. Famulus - esclavo doméstico - y familia es el conjunto de esclavos pertenecientes a un hombre. La evolución de la familia en los tiempos prehistóricos consiste en una constante reducción del círculo en cuyo seno prevalece la comunidad conyugal entre los 2 sexos; la exclusión progresiva primero de los consanguíneos cercanos, luego los lejanos y finalmente la exclusión de las personas meramente vinculadas por alianza, hace imposible en la práctica todo matrimonio por grupos; en último término no queda sino la pareja, éste prueba cuan poco tiene que ver el origen de la monogamia con el amor sexual individual en la actual acepción de la palabra.

La monogamia no aparece en la historia como una reconciliación entre el hombre y la mujer y menos aún como la forma más elevada de matrimonio; por el contrario, entra en escena bajo la forma de esclavizamiento de un sexo por el otro, como la proclamación de un conflicto entre los sexos desconocido en la prehistoria.

"La primera división de trabajo es la que se hizo entre el hombre y la mujer para la procreación de hijos" (Marx 1846).

La monogamia es la forma celular de la sociedad civilizada, en la cual podemos estudiar ya, la naturaleza de las contradicciones y de los antagonismos que alcanzan su pleno desarrollo en esta sociedad (Morgan).

Así pues la familia individual moderna se funda en la esclavitud doméstica franca o más o menos disimulada de la mujer, y la necesidad moderna es una masa cuyas moléculas son las familias individuales.

Han existido hasta la actualidad 3 formas principales de matrimonio, que corresponden aproximadamente a los 3 estadios fundamentales de la evolución humana: al salvajismo, corresponde el matrimonio por grupos; a la barbarie, el matrimonio sindiásmico (pareja favorita) y a la civilización, la monogamia.

Se dice que la monogamia, habiendo nacido de causas económicas, lejos de desaparecer cuando desaparecen estas causas, más bien se realizará plenamente a partir de ese momento. En cuanto los medios de producción pasen a ser propiedad común, la familia individual dejará de ser la unidad económica de la sociedad; la economía doméstica se convertirá en un asunto social, el cuidado y la educación de los hijos también; la sociedad cuidará con el mismo esmero de todos los hijos, sean legítimos o naturales. Por tanto, el matrimonio no se concertará con toda libertad sino cuando suprimiéndose la producción capitalista y las condiciones de propiedad creadas por ella se aparten las consideraciones económicas, accesorias que aún ejercen tan poderosa influencia sobre la elección de los esposos. Entonces el matrimonio ya no tendrá más

causa determinante que la inclinación recíproca; y si se considera al matrimonio fundado en el amor como el único moral, sólo puede ser moral el matrimonio donde el amor persiste.

En conclusión, la familia deberá progresar a medida que progrese la sociedad y se modificará a medida que la sociedad - se modifique, es producto del sistema social y reflejará su estado de cultura (9).

Actualmente se define como familia "A un grupo de personas - que viven juntas durante un período determinado de tiempo y que se hallan vinculadas entre sí por lazos de afinidad, de matrimonio o parentesco de sangre". Pudiéndose agregar que dicho grupo funcione como unidad y se compartan intereses comunes. Esta definición da cabida a diversas variedades de agrupaciones y no se limita únicamente a la pareja conyugal e hijos (13,18).

CLASIFICACION DE LA FAMILIA.

Desde el punto de vista social, con fines puramente descriptivos, buscando tener un marco de referencia cuando se aborda una familia se considera útil la siguiente clasificación (13,18) en base a:

- Desarrollo - Por sus valores predominantes e historicidad.
- Moderna - 30%
 - Tradicional - 60%
 - Arcaica o Primitiva - 10%

Proporción aproximada en nuestro medio según estudios de - Luis Leñero.

Demografía.

- Urbana
- Rural (poblados de menos de 2 500 habitantes)

Integración * (por su estructura y funciones)

- Integrada - los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.
- Semi-integrada - los cónyuges viven juntos pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
- Desintegrada - falta alguno de los cónyuges por muerte, divorcio, separación o abandono.

* de acuerdo a la definición de familia debiera tomarse en cuenta en esta descripción a cualquier grupo de personas que reúna las características mencionadas en la misma y su fun-cionamiento en sus roles adoptados; y no sólo los cónyuges.

Tipología. Según la ocupación de uno o ambos cónyuges.

- Campesina
- Obrera
- Profesional

Composición o estructura

- Nuclear - padre, madre e hijos, éstos últimos pueden ser - biológicos o adoptivos.
- Extensa - más de una unidad nuclear, se extiende más allá de 2 generaciones, abuelos, nietos, etc.
- Extensa compuesta - se agregan otros miembros no consanguíneos compadres, amigos, padrinos, etc.
- Son considerados como variaciones de los tipos de familia:
Parejas sin hijos.
Padre o madre solteros.

El criterio para describir a una familia debe ser dinámico,

de tal manera que permita ubicarla en el momento presente, - sin olvidar la historia y la movilidad que se da en cada uno de los miembros del grupo.

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

El individuo tiene un proceso de desarrollo pasando por diferentes etapas a lo largo de su vida, igual sucede con la familia, esto es importante que sea del conocimiento del Médico Familiar ya que el tipo de problemas que se enfrenta, así como las funciones de la familia varían de acuerdo a la etapa de su ciclo vital en que se encuentran.

Se consideran 5 fases en el ciclo vital de una familia (13, 37).

- Fase de matrimonio.
- Fase de expansión.
- Fase de dispersión.
- Fase de independencia.
- Fase de retiro y muerte.

El cortejo o el noviazgo de la pareja constituirá un período de gestación y el nacimiento podría considerarse cuando la unión de la pareja se formaliza en el matrimonio, en cualquiera de sus modalidades, sigue luego una fase de desarrollo temprano de la pareja, en la que en ocasiones no se logra una buena integración y comunicación con la adecuada incorporación de los roles conjugales y al venir los hijos ya se tienen que integrar los nuevos roles de padre y madre, durante el advenimiento y el cuidado de los hijos hay un incremento de responsabilidades y sobrecarga emocional que cambia cuando los hijos entran a la escuela y luego a la adolescencia y se plantean crisis de autoridad y cuestionamiento de normas y pautas culturales. Cambio que vuelve a ocurrir - -

cuando los hijos alcanzan su propia madurez y al formar sus familias de procreación reinician un ciclo vital con ellas.

La pareja sola de nuevo, e incluso uno sólo de ellos por muerte del cónyuge, en la fase final de disolución, necesita hacer un nuevo ajuste crítico a su situación.

Las necesidades que cada uno de los miembros de la familia dependen de sus estados de evolución y la unidad familiar es extraordinariamente sensible a éstas y al medio ambiente en que vive.

La identidad psicológica de la pareja y su relación marital influye y moldea al niño dentro de ella, pero a su vez éste influye significativamente en la misma pareja según sus propias necesidades.

En este intercambio continuo, el clima afectivo de la familia se desarrolla y determina el destino emocional de sus miembros (19).

En el esquema III se aprecian las características así como los procesos psicológicos más sobresalientes de cada una de las Etapas de la Familia.

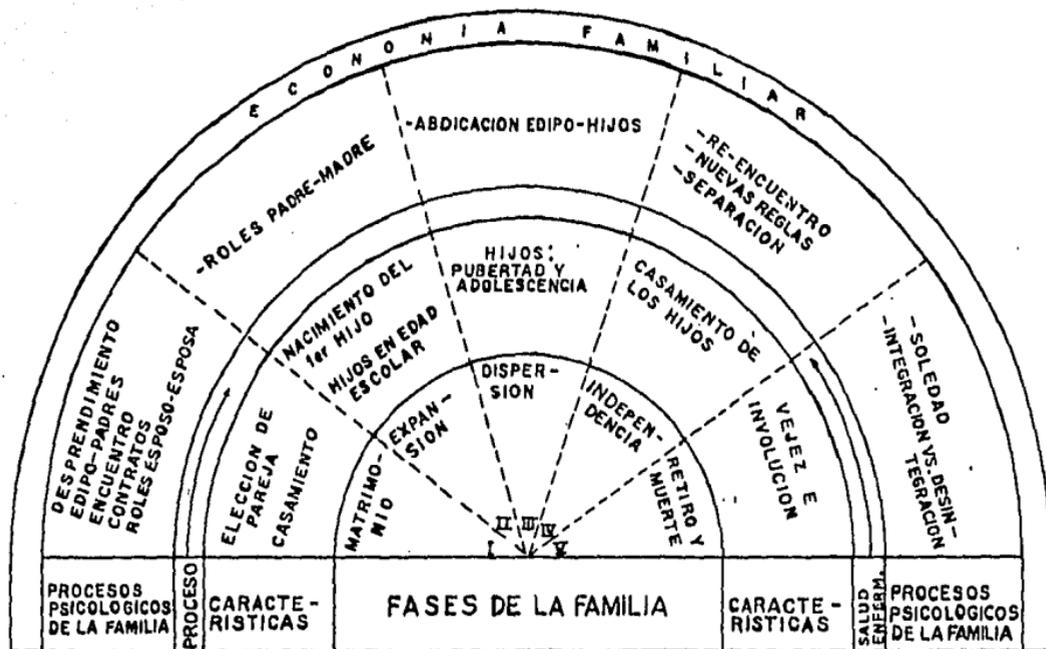
ESTRUCTURA FAMILIAR.

Minuchin define la estructura familiar como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

La familia es un sistema que funciona a través de pautas transaccionales las cuales regulan la conducta de cada uno de sus miembros y son mantenidas por 2 sistemas:

ESQUEMA III

CICLO VITAL DE LA FAMILIA



- *Genérico que implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar.*
- *Idiosincrásico que implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia.*

El establecimiento de estas pautas puede hacerse de forma explícita, es decir, negociarse o simplemente ser resultado de una acomodación mutua.

Existen además en el interior del sistema pautas alternativas, ya que cuando la familia se enfrenta a circunstancias cambiantes debe ser capaz de transformarse sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros y éste será posible de acuerdo a la disponibilidad de dichas pautas.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, los cuales pueden ser formados por generación, sexo o función; existiendo así:

- *Subsistema conyugal: establecido con la unión de 2 adultos de diferente sexo.*
- *Subsistema parental: padres - hijos, se establece lógicamente con el nacimiento del primer hijo.*
- *Subsistema fraterno: entre hermanos, establecido con el nacimiento del 2o. hijo.*

Se puede considerar también como subsistema el masculino o femenino y el ejecutivo (por sexo, poder o función), asimismo podemos encontrar la existencia de un hijo parental, es decir, el hijo que adopta el rol o papel de padre cuando éste, por algún motivo no se encuentra en la familia, o bien no

no cumple con sus funciones (24).

Existen 5 parámetros dentro de la estructura familiar que permiten percatarse de lo funcional o disfuncional del grupo familiar.

Tales parámetros son los siguientes: Jerarquía o Autoridad, - Límites, Alianzas, Centralidad o Territorio y Geografía (34).

- Jerarquía: en la familia la autoridad se distribuye en varios niveles y se manifiesta en diversas formas en cada contexto. Esta estructura de poder requiere de cierta flexibilidad que le permita hacer cambios ante situaciones excepcionales o críticas.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas y en ellos adopta diferentes niveles de autoridad. Es muy importante que la jerarquía o autoridad quede bien definida en cada contexto de la vida familiar. Lo más funcional consiste en que la autoridad sea compartida por los padres en forma flexible. Cuando uno de ellos monopoliza la autoridad en forma rígida es posible que el otro miembro de la pareja se sienta subyugado, guarde resentimientos o quizá desarrolle síntomas. Sin embargo, se puede encontrar que el miembro supuestamente débil o sumiso de la pareja domina al otro en forma pasiva.

- Límites: se refiere a las reglas que definen quienes participen y de que manera lo hacen, éstos pueden ser de 3 tipos (24).

- Límites claros: se considera el espectro normal, son definidos en forma precisa y permiten el funcionamiento adecuado de cada uno de sus miembros, tanto en forma independiente como interactuando un subsistema con otro.

- Límites difusos: familia aglutinada, volcado hacia sí misma con expresiones de preocupación exagerada y de dependencia.
- Límites rígidos: familia desligada, desvinculada, con comunicación muy difícil.

La función de los límites es marcar una diferenciación necesaria entre los individuos y entre los subsistemas y su claridad es fundamental para el buen funcionamiento de la familia.

Los límites generacionales son las reglas que diferencian y definen los derechos y obligaciones de padres e hijos. Los límites que rodean a la familia nuclear deben ser respetados lo cual depende en gran medida de factores culturales. En nuestro medio, no es raro que existe una estructura patriarcal donde los padres no permiten el alejamiento de los hijos aunque éstos hayan contraído matrimonio y estén en proceso de formar sus propias familias; sin embargo, un sistema familiar que incluye a los abuelos puede funcionar perfectamente siempre y cuando las líneas de responsabilidad y autoridad estén claramente definidas. La claridad de los límites es, pues, un parámetro muy útil en la valoración del funcionamiento familiar (34).

- Alianza: asociación, abierta o encubierta, entre dos o más miembros de la familia. Las alianzas más funcionales son las que se establecen entre miembros de la misma generación o del mismo sexo (esposos, hermanos, hermanas etc.). Cuando las alianzas son rígidamente persistentes, o cuando se dan entre miembros de diferentes generaciones con el objeto de perjudicar a un tercero se dice que se trata de una asociación patológica llamada también Coalición.

- Centralidad: es el espacio que cada quien ocupa en dermina do contexto, por ejemplo, el padre tiene poco territorio - cuando su posición en la vida familiar es un tanto perifé- rica, cuando su función se limita a proveer económicamente al hogar.
- Geografía o mapa: se refiere al esquema que representa en- forma gráfica y sencilla, la organización de una familia.- Este parámetro consiste en la distribución de los miembros de la familia al ir a dormir, al comer, al viajar en coche etc.

DINAMICA FAMILIAR.

Esta es definida como la colección de fuerzas positivas y ne- gativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la- familia y hacen que la misma como unidad funcione bien o mal (24).

Este comportamiento, las actitudes, el respeto mutuo, las de- mostraciones de afectos y en general la forma de interactuar de los miembros de una familia traerá como consecuencia el - desarrollo de cada uno de ellos como individuos y de la fami- lia como unidad, o bien creará individuos dependientes e in- seguros; brindará un clima de seguridad y apoyo o de ansie- dad, resentimientos e insat-isfacciones, las cuales pueden -- ser canalizadas y hacerse manifiestas en muchas ocasiones a- través de un síntoma físico, psicológico y/o social.

Es sumamente difícil tratar de etiquetar a la Familia como - "normal" o "anormal", ya que Este es muy relativo y neces- riamente entran en juego los propios valores de quien inten- ta hacerlo; se debe tener en cuenta además que determinada - forma de interactuar puede resultar adecuada y considerada - como "normal" para una familia y la misma no funcionar en -

otra, de ahí lo difícil que resulta lograr el funcionamiento adecuado de una familia de procreación cuando las Familias - de origen de los cónyuges tienen características muy diferentes y éstos no se conocen lo suficiente y lo que es más grave aún no se plantean expectativas mutuas.

Resulta pues, más adecuado hablar de Familias Funcionales o Disfuncionales. Lo cual necesariamente será resultado de la forma de interactuar dentro de un núcleo familiar en particular y no estableciendo comparaciones con otras familias, tomando desde luego en cuenta que el hombre no vive aislado, - está en interacción constante con un sistema más amplio que es la sociedad, para lo cual, una Familia funcional brinda a sus miembros apoyo y seguridad para desenvolverse en la misma.

Satir utiliza los siguientes criterios para tratar de determinar el grado de funcionalidad en una familia (32,33).

- Comunicación: es una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara (los mensajes pueden entenderse), directa (los mensajes se dirigen a quien se pretende que los reciba), específica (sin generalización inadecuadas) y congruente (son compatibles los mensajes verbales con los no verbales).
- Individualidad: en la familia funcional hay respeto por la autonomía de sus miembros y se estimulan las diferencias individuales, lo cual favorece el crecimiento individual y del grupo familiar.
- Toma de decisiones: en la familia funcional, la búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder.

- Reacción ante las demandas de cambio: flexibilidad para -
cambiar cuando las demandas internas o ambientales así lo -
exigen, de manera que se puede conservar la homeostasia -
sin que algunos de los miembros desarrolle síntomas.

Se puede agregar por último, el aspecto más importante que -
se refiere a la Satisfacción, es decir, si los miembros de -
la familia se sienten satisfechos con la manera de funcionar
de la misma y si este funcionamiento les permite un desarro-
llo adecuado en la sociedad (7).

OBJETIVOS.

1. Conocer la estructura y dinámica familiar en pacientes con diagnóstico de Neurodermatitis y Vitiligo.
2. Identificar y asociar los diagnósticos de estos padecimientos con la estructura y dinámica familiar.
3. Describir los eventos desencadenantes y exacerbantes del proceso morboso desde el punto de vista del paciente.
4. Consignar si el paciente tiene información acerca de su padecimiento y de parte de que profesional la ha recibido
5. Observar la influencia del habitat sobre el padecimiento desde la perspectiva del propio paciente.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Tipo de Estudio: observacional, descriptivo de corte transversal.

METODOLOGIA.

- Mediante la captación de diagnósticos dados por el Dermatólogo se seleccionaron todos los pacientes con Neurodermatitis Diseminada y Vitiligo de la consulta dermatológica del Hospital 10. de Octubre del I.S.S.T.E. en el período comprendido del 10. de septiembre de 1986 al 30 de octubre del mismo año, los cuales fueron encuestados a través de un cuestionario elaborado por los autores (Anexo 1) teniendo a investigar lo referido en los objetivos.
- El criterio de selección fue en base al diagnóstico de N.D. y Vitiligo indentificado por el Dermatólogo, incluyen

dose pacientes de ambos sexos de 1 mes de edad en adelante.

- Se excluyeron del estudio los pacientes que no accedieron voluntariamente a contestar el cuestionario.
- El cuestionario fue contestado en forma personal, voluntaria y anónima por el paciente (Anexo 2), interviniendo el investigador únicamente para aclaraciones de dudas en la redacción de las preguntas.
- En el caso de pacientes analfabetas se procedió a leerles el cuestionario y sus respuestas fueron marcadas por el investigador.
- Cuando el paciente fue un niño el cuestionario lo contestó la persona que lo llevó a consulta.

MUESTRA.

Se trabajó con una muestra no probabilística, incluyéndose al estudio los pacientes con diagnóstico de N.D. y Vitiligo que acudieron a la consulta dermatológica en el periodo de la investigación.

ANÁLISIS.

El análisis de los datos obtenidos se llevó a cabo con estadística descriptiva y la presentación de resultados mediante cuadros.

Consideraciones Éticas y Estimación de Peligros.

Desde el punto de vista orgánico no existe peligro en la investigación ya que no se tiene intervención en el manejo terapéutico del paciente, sin embargo, en el terreno psicológico

co, los investigadores están concientes de que el estudio - puede propiciar disturbios emocionales al enfrentar al pa- - ciente a cuestionarse si algunos aspectos de su vida perso- - nal y/o familiar están influyendo o provocando su enfermedad lo cual en general es difícil de reconocer y enfrentar, por- - otro lado, ya se ha dicho que en estos padecimientos el fac- - tor emocional no es el único y es variable en cada paciente, por lo que esto se explicó a todos los enfermos encuestados, permitiendo además que ellos decidieran en forma voluntaria- - contestar o no el cuestionario el cual fue anónimo buscando- - asegurarles el respeto a su privacidad.

VIARIABLES INVOLUCRADAS.

I. Ficha de Identificación:

Sexo, Edad y Estado Civil, Obtenidos a través de las - preguntas 1, 2 y 3 respectivamente (Anexo I - II).

II. Familia: clasificación, estructura y dinámica fami- - liar.

- Desarrollo: se clasificó en: Moderna y Tradicional obte- - niéndose a través de las preguntas 22 - 26 que reflejan - las funciones del subsistema parental (cuidados, educación - socialización y afecto) calificando como Familia Moderna - cuando estas funciones son compartidas por ambos cónyuges - y Familia Tradicional cuando le son adjudicados a la Madre.
- Demografía: se clasificó en Urbana y Rural, obtenido de la pregunta 7, calificando como Urbanas a las familias que ha- - bitan en el D.F. y Rurales en caso de habitar en el Edo. - de México.
- Integración: se clasificó en: integrada, semi-integrada -

y desintegrada, obteniéndose a través de las preguntas 18- y 22 - 26 calificando como integrada cuando los cónyuges - viven juntos y cumplen sus funciones, semi-integrada cuando viven juntos y cumplen las funciones o las cumple sólo uno de los cónyuges y desintegrada cuando por cualquier motivo falta uno de los cónyuges (separación, abandono, divorcio o muerte).

- Tipología: clasificada en obrera y profesional, a través de las preguntas 4 y 5 (escolaridad y ocupación) calificándose como obrera cuando uno o ambos cónyuges alcanzaron grado escolar de preparatoria o menos y su ocupación es en trabajo manual y profesional cuando uno o ambos cónyuges tienen grado escolar superior y su trabajo es de tipo intelectual.
- Composición o Estructura: obtenida de pregunta 18; se clasificó en Familia Nuclear cuando la casa es habitada por Padres, Madre e Hijos; Familia Extensa cuando además de la pareja e hijos vive en la misma casa algún otro familiar (abuelo, tío, primo etc.); Familia Extensa Compuesta cuando vive alguna otra persona que no es consanguínea y como una Variante cuando por cualquier motivo vive Padre o Madre sólo con hijos.
- Ciclo Vital de la Familia: se obtuvo a través de la pregunta 19 para determinar en que fase del ciclo vital se encuentra la Familia, con la siguiente clasificación:

Fase de Matrimonio; Los que se encontraban recién casados - o con menos de 3 años de matrimonio.

Fase de Expansión; cuando ya hubiera nacido el primer hijo independientemente de la duración del matrimonio.

- Fase de Dispersión; cuando se tuvieron hijos en pubertad o adolescencia.

Fase de Independencia; cuando se tuvieron hijos casados.

Fase de Retiro y Muerte; vejez, pareja sola porque los hijos viven en forma independiente o bien nunca los tuvieron.

- Estructura y Dinámica Familiar.
- Jerarquía y toma de decisiones: obtenido por la pregunta 20, determinando si es el Padre quien tiene el poder en la familia, si es la Madre, si es compartido entre ambos y hay acuerdo mutuos, si las decisiones se toman de manera independiente por cada uno de los miembros de la familia o bien, si la familia de origen tiene intervención en esta función.
- Límites: se obtuvo a través de la pregunta 30 que refleja la intervención de los hijos en los conflictos del subsistema conyugal calificando como Límites Difusos cuando esto ocurre siempre ya que se trata de una familia aglutinada donde ante cualquier evento responden todos los miembros de la familia. Límites Claros cuando esto ocurre sólo algunas veces ya que se considera como parte del desarrollo funcional de la familia y refleja comunicación entre sus miembros. Límites rígidos cuando esta conducta no se observa nunca tratándose en este caso de una familia desligada donde no existe comunicación y hay poca o nula respuesta ante un evento.
- Alianza y Coaliciones en subsistema fraterno; obtenido a través de las preguntas 27, 28, 29 de las cuales se rescata el tipo de relaciones que se dan entre los hermanos, -- considerando que cuando se presenta determinada conducta -

siempre o nunca se trata de una estereotipia que refleja - la existencia o ausencia de alianzas respectivamente y - cuando ésta se presenta algunas veces es considerada como parte del desarrollo funcional de la familia.

- Centralidad: se refiere al papel o espacio que ocupan Padre y Madre en el contexto familiar; se obtuvo a través de las preguntas 22 - 26 que reflejan quien se ocupa del cumplimiento de funciones en la familia y rescatando con ello quien ocupa el papel central en la misma (Padre, Madre o - Ambos).
- Funcionalidad: se determinó sólo en base a la pregunta 31- que se refiere a la satisfacción de los miembros de la familia con la manera de funcionar de la misma ya que éste - se considera el parámetro más importante por no tener influencia de los propios valores de quien lo está investigando. Se clasificó como Familia Funcional a los que contestaron Siempre, Moderadamente Disfuncional a la respuesta Algunas veces y Disfuncional a la respuesta Nunca, las 2 últimas en relación directa con la existencia de conflictos en el núcleo familiar que se investigó a través de la-pregunta 21.
- Conflictos en Subsistemas: en la pregunta 21 se investigó- quienes son los miembros de la familia que tienen conflictos, clasificándolos por subsistemas: Conyugal cuando los- conflictos son entre la pareja, Parental cuando se dan entre padres e hijos y Fraternal cuando son entre hermanos.

III. Enfermedad de la Piel:

- Tiempo de evolución: obtenida con respuesta libre en años- a través de la pregunta 11.

- Causa aparente de la enfermedad desde la perspectiva del propio paciente: se obtuvo con la pregunta 12 clasificándose en: conflictos familiares cuando el paciente relacionó el inicio de su enfermedad con problemas en la familia; - conflictos extrafamiliares cuando lo relacionó con problemas en el trabajo; exposición a alérgenos cuando lo relacionó con cambio de jabón o perfume u otro alérgeno y exposición solar cuando ésta fue su respuesta.
- Información que ha recibido el paciente acerca de su enfermedad: se obtuvo con la pregunta 13 únicamente con afirmación o negación.
- Fuente de la información: a través de la pregunta 14 se investigó de parte de que profesional se recibió la información, con las opciones: Médico Familiar, Dermatólogo y otro.
- Angustia o preocupación motivada por la enfermedad; fue investigado con la pregunta 15 con respuesta afirmativa o negativa y en el caso de respuesta afirmativa, se investigó la causa de la angustia a través de la pregunta 16 clasificándose como: Estética cuando contestó que; considera que las lesiones se ven muy feas; Posible contagio cuando contestó que; piensa que puede ser contagioso y Posible malignidad cuando contestó que; piensa que puede convertirse en cáncer de la piel.
- Causa aparente de exacerbaciones de la enfermedad; fue investigado a través de la pregunta 17 clasificándose como:

Tensión emocional; cuando el paciente contestó que su enfermedad aumenta cuando está angustiado, intranquilo o triste.

Conflicto familiar; cuando contestó que aumenta cuando tiene discusiones con algún miembro de la familia.

Conflicto extrafamiliar; cuando lo relacionó con discusiones con algún compañero de trabajo.

Problemas económicos y ningún cambio cuando éstas fueron sus respuestas.

IV. Habitat:

- Lugar de origen (nacimiento): investigado con la pregunta 6 con dos opciones: Provincia / D.F.

- Agrado de vivir en el D.F.; se obtuvo a través de la pregunta 8 con respuesta afirmativa o negativa.

- Relación entre la dermatosis y radicar en el D.F.: se investigó con la pregunta 9 con respuesta afirmativa o negativa.

- Motivo por el que se relaciona la enfermedad con vivir en el D.F.: se investigó a través de la pregunta 10 con las siguientes opciones:

*La enfermedad inició al llegar a vivir en el D.F.

*La enfermedad ya existía pero aumentó.

*Se considera que el desagrado por vivir en el D.F. aumenta la enfermedad.

*Se aprecia mejoría cuando el paciente se encuentra en otro lugar.

V. Reacción de molestia ante el cuestionario:

- Se investigó a través de la pregunta 32 con respuesta afirmativa

*mativa o negativa, solicitando además se expusiera la o -
las causas de la molestia en caso de respuesta afirmativa.*

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE NEURODERMATITIS Y VITILIGO.

El siguiente cuestionario es con fines de Investigación y sus respuestas son muy valiosas, por lo que se le solicita conteste en forma sincera.

Sus respuestas serán anónimas y confidenciales.

Lea detenidamente cada pregunta y marque con una "X" su respuesta, si tiene dudas, antes de contestar pregunte a su entrevistador.

1.- Sexo:

Masculino.

Femenino.

2.- Edad:

Años cumplidos.

3.- Estado civil:

Soltero.

Casado.

Viudo.

Divorciado.

Unión Libre.

Si el paciente es niño(a) marque el estado civil de los padres.

4.- Escolaridad.

Primaria incompleta.

Primaria completa.

Secundaria.

Preparación o carrera técnica.

Profesional.

- 5.- Ocupación: especifique la labor que realiza en su trabajo:

- 6.- Lugar de origen (nacimiento):
____ Provincia.
____ D.F.
- 7.- Lugar de residencia (donde vive actualmente):
____ D.F.
____ Edo. de México
- 8.- A su familia (o a usted) le agrada vivir en el D.F.
____ Si.
____ No.
Por qué _____
- 9.- Encuentra alguna relación entre la enfermedad de la piel y el vivir en el D.F. :
____ Si.
____ No.
- 10.- En caso de que su respuesta anterior haya sido afirmativa, porque:
____ La enfermedad inició al llegar a vivir al D.F.
____ Ya existía la enfermedad pero aumentó.
____ Hay desagrado por vivir en el D.F. y cree que eso aumenta la enfermedad.
____ Cuando se encuentra en otro lugar nota mejoría.
____ Otro _____
- 11.- Anote el tiempo que tiene padeciendo la enfermedad de la piel: _____

12.- Relaciona el inicio de la enfermedad con algo en especial:

- Problemas familiares.
- Cambio de jabón o perfume.
- Problemas de trabajo.
- Exposición al sol.
- Otro _____

13.- Le han explicado en que consiste la enfermedad:

- Sí.
- No.

14.- En caso afirmativo, diga quien le explicó:

- Médico Familiar.
- Dermatólogo.
- Otro _____

15.- Le angustia o preocupa la enfermedad:

- Sí.
- No.

16.- En caso afirmativo, señale porque:

- Considera que las lesiones se ven muy feas.
- Piensa que puede ser contagioso.
- Piensa que puede convertirse en cáncer de la piel.
- Otro _____

17.- Ha notado que la enfermedad aumenta cuando:

- Esta angustiado, intranquilo o triste.
- Tiene discusiones con algún miembro de la Familia.
- Tiene discusiones con algún compañero de trabajo.
- Tiene problemas económicos.
- No ha notado ningún cambio.
- Otro _____

18.- Su casa es habitada por:

- Padre, Madre e Hijos.
- Además de la pareja e hijos vive algún otro familiar (abuelo, suegro, cuñado, hermano etc.).
- Además de la pareja e hijos vive alguna persona -- que no es de la Familia (amigo, compadre, padrino etc.).
- Usted vive sólo.
- Viven 2 o más familias en la misma casa.
- Vive Madre sola con hijos.
- Vive Padre solo con hijos

Si marcó alguna de las 2 últimas opciones, señale porque:

- Muerte del cónyuge
- Separación.
- Abando.
- Divorcio.
- Madre o Padre soltero.

19.- Señale en cual de estas etapas se encuentra su Familia:

- Recién casados o menos de 3 años de matrimonio.
- Va nació su primer hijo.
- Tienen hijos en la escuela o adolescentes.
- Tienen hijos casados.
- Pareja sola (los hijos viven aparte o nunca los han tenido).

20.- Cuando en su Familia se tienen que tomar decisiones, - quien lo hace:

- Sólo el Padre.
- Sólo la Madre.
- Ambos, platican y deciden juntos.
- Cada miembro de la Familia toma sus propias decisiones.
- La familia de su esposo(a) intervienen.

21.- Existen conflictos o discusiones frecuentes entre los -
miembros de su familia:

Sí.

No.

Quienes _____

22.- El cuidado de los hijos está a cargo de:

Padre.

Madre.

Ambos.

Otro _____

23.- La educación de los hijos es dirigida por:

Padre.

Madre.

Ambos.

Otro _____

24.- Los juegos y diversiones de los hijos son compartidos -
por:

Padre.

Madre.

Ambos.

Otro _____

25.- Tiene mayores manifestaciones de afecto con los hijos:

Padre.

Madre.

Ambos.

Otro _____

26.- Las labores del hogar son realizadas por:

Padre.

Madre.

Ambos.

Otro _____

27.- Las relaciones entre los hijos son de competencia:

- Siempre.
- Algunas veces.
- Nunca.

28.- Los hijos se encubren unos a otros para evitar regaños - o castigos.

- Siempre.
- Algunas veces.
- Nunca.

29.- Los hijos se acusan unos a otros provocando los castigos:

- Siempre.
- Algunas veces.
- Nunca.

30.- Cuando hay discusiones entre los Padres, los hijos toman partido por alguno de ellos..

- Siempre.
- Algunas veces.
- Nunca.

31.- Se sienten satisfechos con la forma como funciona su Familia:

- Siempre.
- Algunas veces.
- Nunca.

Porque _____

32.- Le ocasionó alguna molestia contestar este cuestionario:

- Sí.
- No.

Porque _____

ANEXO II

INSTRUCTIVO PARA EL MANEJO DEL CUESTIONARIO.

1. Sexo: se marcará con una "X" en el guión correspondiente - masculino o femenino, si el paciente es hombre o mujer respectivamente.
2. Edad: el paciente escribirá con número de edad en años cumplidos a la fecha de aplicación del cuestionario.
3. Estado civil: el paciente marcará con una "X" la opción -- que corresponda a su estado civil a la fecha de la investigación; las opciones incluyen las siguientes: -soltero, --casado, -viudo, -divorciado, -unión libre. En caso de - que el paciente sea un niño(a) se marcará el estado civil de los padres.
4. Escolaridad: el paciente informará su grado escolar alcanzada hasta la fecha de la investigación marcando con una - "X" la opción correspondiente: -primaria incompleta, -primaria completa, -secundaria, -preparatoria o carrera técnica, - profesional.
5. Ocupación: se pide que el paciente escriba en forma libre la labor que realiza en su trabajo independientemente de su profesión.
6. Lugar de origen (nacimiento): se contestará con una "X" la opción -provincia en caso de que el paciente haya nacido - en cualquier lugar fuera del D.F., y la opción -D.F. si el nacimiento ocurrió aquí.
- 7.- Lugar de residencia (donde vive actualmente): el paciente

contestará con una "X" en la opción correspondiente, si radica en el D.F. o en el Estado de México.

8. A su familia (o a usted) le agrada vivir en el D.F.: se marcará con una "X" la opción Si o No de acuerdo a si el paciente o su Familia les resulta o no agradable radicarse en el D.F. más adelante se deja un espacio para que el paciente conteste en forma abierta la o las razones de su respuesta anterior.
9. Encuentra alguna relación entre las enfermedades de la piel y el vivir en el D.F.: el paciente contestará con una "X" la opción Si en caso de que considere que estos dos hechos tienen relación y la opción No si su respuesta es negativa.
10. Se contestará sólo si la pregunta 9 se contestó en forma afirmativa marcando con una "X" la opción que coincida con el motivo por el cual el paciente relaciona su enfermedad con su estancia en el D.F., en -Otro, se deja espacio para que el paciente escriba sus razones en forma abierta en caso de que las opciones anteriores no correspondan a su respuesta.
11. Anote el tiempo que tiene padeciendo la enfermedad de la piel: respuesta libre en días, meses o años del inicio de la enfermedad a la fecha de aplicación del cuestionario.
12. Relaciona el inicio de la enfermedad con algo en especial: el paciente contestará lo que él considere la causa aparente de su enfermedad marcando con una "X" la opción que coincida con su respuesta, o en -Otro, en forma abierta si ninguna corresponde a la propia. Las opciones que se ofrecen son: problemas familiares, problemas de trabajo, cam-

bio de jabón o perfume, exposición al sol.

13. Le han explicado en que consiste la enfermedad: contestará con una "X" la opción Si en caso de haber recibido información y No, si nadie le ha explicado.
14. En caso de respuesta afirmativa de la respuesta 13, señalará quien le explique marcando con una "X": Médico Familiar, Dermatólogo, Otro, Éste último en forma abierta en caso de que ninguno de los anteriores haya sido el informante.
15. Le angustia o le preocupa la enfermedad: señalará con una "X" Si o No, en caso de respuesta afirmativa o negativa respectivamente.
16. Si la respuesta 15 fue afirmativa, el paciente señalará el porque con una "X" ofreciendo las siguientes opciones: Las lesiones se ven muy feas, piensa que puede ser contagioso que puede convertirse en cáncer de la piel y en -Otro, se deja espacio para su respuesta libre en caso de que su angustia no sea debida a ninguna de las causas anteriores.
17. Ha notado que la enfermedad aumenta cuando: se dan 5 opciones para que el paciente marque con una "X" la que se considere que coincide con su respuesta y en -Otro, escribirá libremente su respuesta sin ninguna de las anteriores se acerca a la realidad.
18. Su casa es habitada por: se señalará la respuesta con una "X" la que coincida con la situación del paciente de acuerdo a las personas que habitan en la misma casa independientemente de que sean familiares o no. Si se contesta que viven Padre o Madre solos con hijos se contes-

tará además el porque con una "X", -Muerte del cónyuge, -
-separación, -abandono, -divorcio, -Padre o Madre solteros.

19. Señale en cual etapa se encuentra su Familia: marcando con una "X" una de las siguientes opciones: -Recién casados o menos de 3 años de casados, -Ya nació el primer hijo, -Hijos en la escuela o adolescentes, -Hijos casados, -Pareja sola (porque los hijos viven aparte o nunca los han tenido).
20. Cuando en su Familia se tienen que tomar decisiones quien lo hace: el paciente contestará marcando con una "X" la opción que coincida con su respuesta: -Sólo el Padre cuando éste sea quien decide y el resto de la familia obedece; -Sólo la Madre cuando ella sea quien lo haga; -Ambos platican y diciden juntos cuando haya acuerdos mutuos, -Cada miembro de la Familia toma sus propias decisiones, cuando no se tomen en consideración las opciones del resto de la familia, -La familia de la pareja interviene, cuando el paciente considere que así sucede con frecuencia o en decisiones importantes para su familia.
21. Existen conflictos o discusiones frecuentes entre los miembros de su Familia: contestará con una "X" Sí o No y enseguida se le solicita que especifique quienes son los miembros de la familia que tiene conflictos en caso de que la respuesta anterior haya sido afirmativa.
22. El cuidado de los hijos esta a cargo de: el paciente contestará con una "X" la opción correspondiente a Padre cuando por cualquier motivo éste sea quien se encargue del cuidado de los hijos, Madre cuando ésta sea quien lo haga, Ambos cuando esta función se turne entre los dos y en la opción -Otros se deja espacio para que especifique en caso de que otra persona cumpla con esta función.

23. La educación de los hijos es dirigida por: se marcará con una "X" si esta función es llevada a cabo por el Padre, - la Madre, Ambos, o bien que se especifique otro, ya sea que lo haga en forma exclusiva o además de los anteriores.
24. Los juegos y diversiones de los hijos son compartidos - por: señalando con una "X" el paciente contestará si considera que esto es realizado sólo por el Padre sólo por - la Madre, por Ambos y se deja espacio para que especifique otro en caso de que así sea.
25. Tiene mayores manifestaciones de afecto con los hijos: se contestará con una "X" la opción -Padre, -Madre, -Ambos - y/o se especificará otro.
26. Las labores del hogar son realizadas por: se señalará con una "X" al Padre cuando este se encargue o participe en - los quehaceres del hogar, a la Madre cuando esta sea quien los realiza, Ambos cuando los dos lo hagan, Hijos cuando - estos colaboren y en Otro se especificará si otra persona esta a cargo o ayuda en las labores del hogar.
27. Las relaciones entre los hijos son de competencia: el paciente contestará marcando con una "X" la opción Siempre - si los hijos compiten entre sí con frecuencia o constante - mente, la opción Algunas Veces cuando esto suceda en forma ocasional y Nunca, cuando considere que este tipo de - relación entre los hijos no se ha presentando hasta el momento.
28. Los hijos se encubren unos a otros para evitar regaños o - castigos: contestará con una "X" si esta situación sucede siempre si esto es ocasional marcará la opción Algunas ve

ces y si esto no ha sucedido marcará con Nunca.

29. Los hijos se acusan unos a otros provocando los castigos: si frecuentemente ha sucedido señalará la opción Siempre si es ocasional contestará Algunas veces, si esta conducta no ha sido detectada, contestará la opción Nunca.
30. Cuando hay discusiones entre los Padres, los hijos toman partido por algunos de ellos: se solicita que el paciente señale con una "X" la opción Siempre si ha percibido que cuando hay conflictos entre los Padres, invariablemente o con mucha frecuencia los hijos intervienen tomando partido por uno de ellos, independientemente de quien sea el elegido; que marque la opción Algunas veces cuando esta situación se presente en forma personal y la opción Nunca si se considera que esto no sucede.
31. Se sienten satisfechos con la forma como funciona su familia: de acuerdo al grado que el paciente sienta con el tipo de funcionamiento que tiene su familia, contestará señalando con una "X" la opción Siempre, Algunas veces o Nunca; se deja un espacio para que el paciente escriba abiertamente el porque de su respuesta.
32. Le ocasionó una molestia contestar este cuestionario: se marcará con una "X" -Si, en caso de que el paciente haya sentido malestar por el cuestionario y marcará -No, si la respuesta es negativa. Se deja un espacio para que describa las razones de su molestia si la respuesta fue afirmativa.

ANALISIS

y

RESULTADOS

Fueron entrevistados 68 pacientes que acudieron a la consulta dermatológica en el periodo de estudio, 37 con diagnóstico de Vitiligo y 31 con diagnóstico de Neurodermatitis Diseminada; se excluyeron 3 pacientes (2 de Vitiligo y 1 de N.D.) por retirarse sin contestar el cuestionario aplicado, trabajando finalmente con una muestra de 65 pacientes.

CUADRO 1

Frecuencia de Vitiligo y Neurodermatitis Diseminada en la consulta dermatológica del -- Hospital 10. de Octubre ISSSTE. Sept.-Oct. 1986

Padecimiento	No.	Porcentaje
Vitiligo	35	53.8 %
Neurodermatitis	30	46.2 %
Total	65	100.0 %

Fuente: Informe diario de actividades del Médico de la Consulta Dermatológica.

Este cuadro muestra la distribución por padecimiento de los pacientes entrevistados con tales diagnósticos en el periodo de estudio. Llama la atención que la frecuencia es semejante para ambas patologías y estos datos coinciden con revisiones previas que forman parte de la justificación del estudio.

CUADRO 2

Distribución por sexo en pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Sexo	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Masc.	8	22.8	11	36.6
Fem.	27	77.2	19	63.4
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

Como puede observarse en el cuadro, y coincidiendo con lo reportado en la literatura, hay predominio del sexo femenino en ambos padecimientos. Este hecho puede sugerir que la mujer acude con mayor frecuencia a la consulta dermatológica -- quizá debido a razones estéticas; cabe la posibilidad de que la preocupación estética sea secundaria a rechazo real o aparente dentro de su grupo familiar y esto a su vez repercute en las relaciones familiares ya que la mujer en nuestro medio ocupa un lugar central en la familia.

CUADRO 3

Promedio por grupos de edad en pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Grupos de edad en años	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No. Pac.	\bar{X}	No. Pac.	\bar{X}
0-10	3	6.6	9	3.7
11-20	4	15.5	4	16.0
21-30	10	28.5	12	24.6
31-40	6	36.0	1	40.0
41-50	8	44.8	4	44.0
51-60	1	52.0	0	00.0
61-70	3	64.6	0	00.0
Total	35	29.5	30	20.5

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

En el presente estudio, como se puede observar, el grupo de edad más afectado en ambos padecimientos fue de 21 a 30 años, aunque se aprecia en el caso de Vitiligo su presentación hasta edades avanzadas y en Neurodermatitis en cambio tiende a presentarse en edades más cortas; de cualquier forma se trata en general de pacientes jóvenes. El predominio de estos padecimientos en las primeras tres décadas de la vida pudiera sugerir que el individuo joven tiene mayor tendencia a somatizar el stress emocional, en este caso a través de la piel.

CUADRO 4

Estado civil de la pareja en familias de pacientes con diagnósticos de Vitiligo y Neurodermatitis.

Estado civil	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Soltero	0	0.0	0	0.0
Casado	29	82.9	19	63.3
Viudo	1	2.9	0	0.0
Divorciado	0	0.0	1	3.3
Unión libre	0	0.0	4	13.3
No consignado	5	14.2	6	20.0
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

En la investigación realizada en el caso de que el paciente fuera un menor, se consignó el estado civil de los padres, ya que la finalidad no es el estudio del individuo en forma aislada, sino de la familia y como se puede observar, esta institución social constituida en el matrimonio predomina ampliamente en ambos padecimientos lo cual no es de ninguna manera indicativo de funcionalidad, sólo nos lleva a conocer el tipo de unión entre la pareja; independientemente de la legislación en torno a la familia, es importante que el Médico Familiar tenga presente el estudio de la misma en el abordaje de su paciente ya que todo lo que afecte a éste repercute en su interacción con los miembros de su núcleo familiar.

CUADRO 5

Tipos de familia en base a su desarrollo social en pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Tipos de familia	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Moderna	14	40.0	10	33.4
Tradicional	21	60.0	20	66.6
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

En base al desarrollo social de la familia de acuerdo con la clasificación utilizada, predominaron en ambos padecimientos las familias de tipo tradicional donde el padre juega principalmente el papel de proveedor con poca o nula participación en el resto de las funciones familiares las cuales quedan adjudicadas a la madre, que por lo general se dedica exclusivamente a las labores del hogar debiendo investigarse si esto constituye una fuente de resentimientos y frustraciones que necesariamente se reflejarían en el funcionamiento de la familia, más aún cuando es ella quien manifiesta la enfermedad lo cual estaría traduciendo tal vez la somatización de dichos sentimientos a través de la piel.

En cuanto a la demografía, se encontró que el total de pacientes encuestados pertenecen a familias de tipo urbano, - esto por habitar dentro de la zona metropolitana; resultaría interesante investigar si estas dermatosis se presentan de manera semejante en otros grupos de población lo que permitiría tal vez relacionar el factor ambiental y condiciones de vida con la presentación de estas enfermedades.

CUADRO 6

Típos de familia en base a su integración en pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Típos de familia	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Integrada	18	51.5	11	36.6
Semi Integrada	16	45.7	18	60.0
Desintegrada.	1	2.8	1	3.3
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

En la presente investigación se encontró que el 51.5 % de los pacientes del grupo de vitiligo y el 36.6 % del grupo de neurodermatitis pertenecen a familias integradas.

Es importante el porcentaje encontrado de familias semi-integradas en ambos padecimientos: 45.7 % en el grupo de vitiligo y 60.0 % en el de neurodermatitis, constituyendo en conjunto el 52.3 % del total, esto muestra que predominan las familias en donde los cónyuges viven juntos pero las funciones familiares no se cumplen adecuadamente o bien, sólo las cumple uno de ellos, situación que como ya se comentó puede favorecer conflictos (aparentes o somatizados) en el núcleo familiar los cuales pueden presentarse inicialmente en el subsistema conyugal pero repercutir en forma secundaria en el funcionamiento familiar. Llama la atención que el porcentaje de familias desintegradas en el grupo de estudio fue muy bajo pudiendo significar que resulta menos difícil superar un duelo de separación (por cualquier causa) que la coexistencia de la pareja sin el logro de un equilibrio en el cumplimiento de funciones familiares.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO 7

Tipos de familia en base a su ocupación en pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Tipos de familia	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Obraera	31	88.5	27	90.0
Profesional	4	11.5	3	10.0
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con diagnóstico de Vitiligo y N. D.

En el grupo de estudio predominó ampliamente la familia obrera sobre la profesional, esto pudo deberse por un lado, - al tipo de derechohabiente que atiende el hospital donde se realizó la investigación que se ubica en una zona industrial y por otro, al gran número de mujeres incluidas en la muestra que se dedican exclusivamente a las labores del hogar; aunque estos resultados podrían sugerir que la situación socioeconómica de la familia obrera es capaz de constituir un factor de stress que favoreciera la presentación de la dermatosis.

Serla importante, por tanto, conocer si esta distribución del padecimiento es semejante en otros grupos laborales y el conocimiento de esto por el Médico Familiar le permitirá abordar al paciente y su familia de acuerdo al nivel educativo y socioeconómico de ésta.

CUADRO 8

Tipos de familia en base a su estructura en pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Tipos de familia	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Nuclear	30	85.7	19	63.3
Extensa	4	11.5	8	26.6
Extensa compuesta	1	2.8	2	6.6
Variante	0	0.0	1	3.3
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

Se observó coincidencia entre los dos padecimientos con predominio franco de la estructura familiar nuclear, esto nos puede traducir que por lo menos en familias urbanas es más -- frecuente que habiten padre-madre-hijos en una casa sin miembros de la familia de origen lo que aparentemente resulta más funcional.

Resulta interesante que en la familia nuclear se observó mayor frecuencia de ambos padecimientos y deberá investigarse si la estructura que adquieren los grupos familiares favorecen estas patologías.

CUADRO 9

Fases del ciclo vital de la familia de pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Fase del ciclo vital	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Matrimonio	0	0.0	1	3.3
Expansión	3	8.5	13	43.3
Dispersión	19	54.2	11	36.6
Independencia	12	34.3	4	13.3
Retiro	1	2.8	1	3.3
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

En Vitiligo predominaron las familias en fase de dispersión a diferencia de la Neurodermatitis en la que el mayor número de familias se encuentra en fase de expansión, esto posiblemente se deba al hecho de que la Neurodermatitis se presenta en fases tempranas de la vida y tiene tendencia a la remisión espontánea, el Vitiligo en cambio tiende a evolucionar - hasta edades avanzadas, aunque por otro lado sería interesante investigar con respecto a la Neurodermatitis si esta etapa de transición en donde se enfrentan eventos tales como la adquisición de nuevos roles, ingreso a la escuela, nacimiento de un hermano, influyen de manera significativa en la presentación de la enfermedad. En este sentido el Médico Familiar debe estar preparado para orientar y apoyar a la familia en el enfrentamiento y manejo de cada una de las etapas por las que atravieza, idealmente estas acciones deben ser realizadas en forma preventiva.

CUADRO 10

Jerarquía y toma de decisiones en la familia de pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Jerarquía y decisiones	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Padre	15	42.8	9	30.0
Madre	2	5.5	1	3.3
Ambos	17	48.5	12	40.0
Individual	0	0.0	6	6.6
Fam. de origen	1	2.8	6	20.0
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

En ambos padecimientos se observa predominio de las familias en donde la jerarquía y las decisiones son compartidas - por ambos cónyuges, Esto resulta un tanto incongruente con lo encontrado en el estudio de la familia desde el punto de vista de su desarrollo social e integración, ya que como se mencionó predominan las familias en donde no se comparten el cumplimiento de funciones. Es importante hacer notar que un alto porcentaje (42.8 % en vitiligo y 30.0 % en neurodermatitis) - pertenecen a familias en donde el rol de poder y decisión recae únicamente en el padre sin participación del resto de la familia. Sea este hecho real o aparente, la importancia radica en que la familia así lo percibe y manifiesta.

CUADRO 11

Límites en el núcleo familiar de pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Tipo de límites.	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Claros	10	28.6	13	43.3
Difusos	9	25.7	4	13.3
Rígidos	14	40.0	7	23.3
No consignado	2	5.7	6	20.0
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

En los pacientes con Neurodermatitis se observó predominio de las familias donde los límites son claros, lo cual es congruente con lo reflejado en el cuadro anterior; en el caso de las familias de pacientes con vitiligo predominó la existencia de límites rígidos implicando poca o nula involucración afectiva de los miembros de la familia y esto coincide, aparentemente, con las familias donde la jerarquía y el poder los tiene el padre.

CUADRO 12

Alianzas y coaliciones en el núcleo familiar de pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Existencia de alianzas y coaliciones	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Siempre	1	2.8	2	6.6
Nunca	7	20.0	3	10.0
Algunas veces	24	68.5	17	56.6
No contesta	3	8.5	8	26.6
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

En este aspecto se observó en ambos padecimientos el predominio de familias donde existen alianzas y coaliciones en forma ocasional e inconstante lo cual se considera que forma parte necesaria del desarrollo y crecimiento de la familia como unidad, aunque cabe hacer notar que sólo fue posible rescatar la existencia de este fenómeno en el subsistema fraterno y resultaría interesante conocer si esto coincide en el resto de subsistemas.

CUADRO 13

Centralidad en el núcleo familiar de pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Centralidad en la fam.	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Padre	0	0.0	0	0.0
Madre	18	51.5	19	63.3
Ambos	17	48.5	11	36.6
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

Se encontró franca coincidencia entre los dos padecimientos con predominio de las familias en donde la centralidad, - el mayor territorio dentro de la familia, lo ocupa la madre y la figura paterna juega un papel periférico; aunque se aprecia un alto porcentaje que contestó "ambos", que sugiere la - tendencia a compartir ese territorio, la primera situación es la que continúa prevaleciendo y habría que investigar si este papel se adopta en forma pasiva como parte de la cultura de - nuestra sociedad o existe competencia de territorio entre la pareja, así como el papel que juegan los hijos en el caso de que se dé esta situación.

CUADRO 14

Funcionalidad de la familia en pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Funcionalidad familiar	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Funcional	10	28.5	9	30.0
Moderadamente disfuncional	21	60.0	19	63.3
Disfuncional	3	8.5	0	0.0
No contestó	1	2.8	2	6.6
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

CUADRO 15

Conflictos en la familia de pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Existencia de conflictos familiares.	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
SI	18	51.5	19	63.3
NO	17	48.5	11	36.6
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

En el presente estudio, como se puede observar en el cuadro 14, --- predominaron las familias clasificadas como moderadamente disfuncionales con un 60 % en el grupo de vitiligo y 63.3 % en el de neurodermatitis, - presentándose esto con lo observado en el cuadro 15, ya que el no sentirse satisfechos con el funcionamiento de la familia se adjudica a la existencia de conflictos los que se encontraron en un 51.5 % en el grupo de - vitiligo y 63.3 % en el de neurodermatitis. Esto coincide con lo reportado en la literatura, ya que se dice que el ambiente familiar es habitualmente negativo para el paciente existiendo además dificultad de éste para establecer buenas relaciones interpersonales en el núcleo familiar.

CUADRO 16

Conflictos en subsistemas familiares de pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Subsistema familiar en conflicto	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Conyugal	16	88.8	16	84.2
Parental	2	11.2	2	10.5
Fraterno	0	0.0	1	5.2
Total	18	100.0	19	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con diagnóstico de Vitiligo y N.D.

Como se puede observar en el cuadro, en esta investigación el sub--- sistema donde se presentaron más conflictos fue en el conyugal y coincide en ambos padecimientos, esto es muy importante ya que debe considerarse - que la familia se constituye con la unión de la pareja y cabría cuestio--- narse el tipo de funcionamiento de la familia como unidad cuando el sub--- sistema representativo que la forma se encuentra en conflicto.

Se investigó el tiempo de evolución del padecimiento el cual varió de 1 a 41 años en Vitiligo y de 1 a 30 años en Neurodermatitis, con una media de 4.2 años en el sexo masculino y 9.9 años en el femenino en Vitiligo; en el grupo de N.D. se observó un promedio de 3.7 años en el sexo masculino y 4.6 años en el femenino.

Los datos obtenidos en el estudio coinciden con lo reportado en la literatura en lo que se refiere a la cronicidad de ambos padecimientos; el rango menor observado en Neurodermatitis es probable que se deba a la edad más corta de estos pacientes.

Llamó la atención que en ambos padecimientos se observó mayor tiempo de evolución en el sexo femenino, en el caso de vitiligo esto pudo deberse al promedio de edad mayor de las mujeres, lo que permite más tiempo de observación, sin embargo, en el grupo de neurodermatitis se observó el mismo fenómeno a pesar de tener un promedio de edad menor. Esto podría sugerir que si a la mujer por cuestiones culturales le preocupa más la estética no sólo la induce a acudir más a la consulta, sino también a mayor aplicación de medicamentos, en ocasiones inadecuados lo que puede provocar un daño mayor en la piel y prolongar el padecimiento.

CUADRO 17

Causa aparente de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Causa aparente de la enfermedad	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Conflicto familiar	29	82.8	13	43.3
Conflicto extrafamiliar	4	11.5	6	20.0
Exposición alérgico	0	0.0	6	20.0
Exposición solar	0	0.0	3	10.0
No contestó	2	5.7	2	6.6
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Neurodermatitis y Vitiligo.

En ambos grupos el paciente relacionó el inicio de su enfermedad con conflictos familiares y en segundo lugar con conflictos extrafamiliares - (laborales/escolares), de cualquier forma se trata de factores de tipo emocional en los dos casos. En el grupo de neurodermatitis un 20 % de los pacientes lo relacionó con exposición a alérgicos y tanto el factor emocional como el alérgico (en el caso de N.D.) precediendo a la aparición - de la dermatosis coinciden con lo reportado en la literatura [15,35].

CUADRO 18

Angustia motivada por la enfermedad en paciente con diagnóstico^T de Vitiligo y Neurodermatitis.

Angustia del paciente	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Si	35	100.0	26	86.6
No	0	0.0	4	13.3
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

CUADRO 19

Causa de la angustia por la enfermedad en pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Causa de la angustia	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Estética	32	91.5	17	65.5
Possible contagio	2	5.7	6	23.0
Possible malignidad	1	2.8	3	11.5
Total	35	100.0	26	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

Como se aprecia en el cuadro 18 la totalidad de pacientes con Vitiligo y el 86.6 % de los pacientes con Neurodermatitis contestaron sentirse angustiados por su enfermedad y la causa más importante de dicha angustia es por razones estéticas en ambos casos; Esto muestra que el paciente además de que piensa que su enfermedad ha sido ocasionada por factores emocionales y lo adjudica a conflictos dentro del núcleo familiar a esto se agrega la tensión emocional ocasionada por la enfermedad misma. Hay que tomar en cuenta que al paciente no le angustia que su padecimiento pueda ser contagioso o la posible malignidad del mismo sino la estética, esto representa que su imagen no le resulta agradable y puede pensar que no resulta agradable para los que le rodean lo cual podría explicar que secundariamente el paciente se torne introvertido, hostil, agresivo y que se dificulten sus relaciones interpersonales como se mencionó en la descripción de estos padecimientos.

CUADRO 20

Motivo aparente de exacerbaciones de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Motivo de exacerbación del padec.	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Tensión emocional	19	54.3	11	36.6
Conflictos familiares	6	17.1	7	23.3
Conflictos extrafam.	1	2.8	0	0.0
Problemas económicos	4	11.5	3	10.0
Ningún cambio	5	14.3	9	30.0
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

En el presente estudio se encontró que el paciente relaciona con mayor frecuencia las exacerbaciones de su enfermedad con tensión emocional y conflictos familiares, aunque como se aprecia en el cuadro 20 hubo un 14.3 % de pacientes con Vitiligo y un 30 % de pacientes con Neurodermatitis que contestaron no haber observado ningún cambio en su dermatosis.

CUADRO 21

Información recibida por el paciente acerca de su enfermedad en pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Información al paciente	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Si	21	60.0	14	46.6
No	14	40.0	16	53.3
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

CUADRO 22

Fuente de información del padecimiento en pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Profesional que brinda información al paciente	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Médico Familiar	2	9.5	2	14.3
Dermatólogo	19	90.5	12	85.7
Total	21	100.0	14	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

En el cuadro 21 se aprecia que el 40 % de los pacientes con Vitiligo y el 53.3 % de los pacientes con Neurodermatitis contestaron no haber recibido ninguna información acerca de su padecimiento. Del grupo de pacientes que si han sido informados sería interesante conocer si esta información resultó adecuada y accesible ya que en el estudio sólo se investigó si recibió o no información y no el nivel de conocimientos que el paciente maneja acerca de su enfermedad.

Llamó la atención lo reflejado en el cuadro 22 ya que el lugar donde se realizó el estudio es un hospital de concentración donde se atiende a población derechohabiente enviada del primer nivel y la gran mayoría de pacientes que tienen información acerca de su enfermedad la han recibido en el 2o. nivel; esto podría sugerir o bien que existe desconocimiento de estas dermatosis por parte del Médico de 1er nivel o está traduciendo una inadecuada relación Médico - paciente o ambas cosas. Posterior a la realización de la encuesta, el investigador brindó información individual a todos los pacientes tratando en lo posible de resolver sus dudas planteadas.

En cuanto al habitat se investigó en primer término el lugar de origen encontrando que el 34.2 % de los pacientes con Vitiligo y el 46.6 % de los pacientes con Neurodermatitis nacieron en provincia. A la pregunta de si hay agrado por vivir en el D.F., en el grupo de Vitiligo el 62.9 % contestó que si y el 37.1 % contestó que no, existiendo aparentemente coincidencia entre esta actitud y su lugar de origen, en cambio en el grupo de Neurodermatitis el 70 % contestó que no le resulta agradable vivir en el D.F. y sólo un 30 % respondió afirmativamente. Esto habla de que el habitat constituye probablemente un factor de stress -- agregado en estos pacientes. En el caso de respuesta negativa se solicitó que se expusieran los motivos y éstos coincidieron en ambos grupos -- básicamente en tres: Contaminación ambiental, ruido y "vida muy agitada".

CUADRO 23

Relación aparente entre dermatosis y residencia en el D.F. en pacientes con diagnóstico de Vitiligo y Neurodermatitis.

Relación dermatosis/Habitat	Vitiligo		Neurodermatitis	
	No.	%	No.	%
Si	14	40.0	13	43.3
No	21	60.0	17	56.6
Total	35	100.0	30	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes con Vitiligo y N.D.

Como se puede observar en el cuadro, un 40 % del grupo de Vitiligo y un 43.3 % de los pacientes con Neurodermatitis relacionaron su dermatosis con el hecho de radicar en el D.F. y los motivos por los que el paciente encuentra esta relación difirieron entre los dos grupos. En el grupo de Vitiligo el 57.1 % de los pacientes relacionó el inicio de su enfermedad con su llegada a radicar en el D.F. , el 14.3 % contestó que la enfermedad ya existía pero se exacerbó y el 28.6 % contestó que existe desagrado por vivir en el D.F. y cree que eso aumenta su enfermedad. En el grupo de Neurodermatitis en cambio la relación más importante (84.6 %) fue que el paciente aprecia mejoría cuando se encuentra fuera del D.F. y el 15.4 % restante contestó que cree que el desagrado por vivir en el D.F. aumenta su enfermedad. Estos hallazgos podrían sugerir una relación entre las dermatosis y el stress emocional que implica el vivir en un lugar que resulta desagradable sin embargo, en el caso de Neurodermatitis es válido cuestionar si es el factor emocional o el climatológico el que está influyendo en la evolución de la enfermedad.

Finalmente, se investigó si el cuestionario había causado alguna molestia en el paciente a lo cual sólo 4 pacientes (11.4 %) del grupo de Vitiligo contestó afirmativamente exponiendo como motivo que el tipo de preguntas planteadas les había inquietado. Esto muestra cuán dispuesto se encuentra el paciente a colaborar con el Médico siempre que éste se interesa por él como individuo, lo escuche y oriente y no se limite a la simple exploración de las lesiones dermatológicas.

CONCLUSIONES.

Al término del análisis de los datos obtenidos, se llegó a las siguientes conclusiones:

En el grupo estudiado en ambas dermatosis predominó el sexo femenino, esto pudo ser debido por un lado a que la mujer acude con mayor frecuencia y por otro en respuesta a motivos estéticos.

Las primeras tres décadas de la vida resultaron las más afectadas, observándose la prolongación del padecimiento hasta edades avanzadas en el caso de Vitiligo.

En cuanto al estudio de la familia, hubo coincidencia entre los dos padecimientos encontrándose la mayor frecuencia de familias constituidas en matrimonio, nucleares, urbanas, obreras, tradicionales, semi-integradas, en fase de expansión-dispersión en donde la centralidad de la familia es ocupada por la madre - siendo el padre una figura periférica; predominaron, asimismo, las familias moderadamente disfuncionales con conflictos en el núcleo familiar, principalmente en el subsistema conyugal.

En cuanto al estudio de la enfermedad encontramos: que al paciente le angustia su padecimiento, básicamente como ya se mencionó, por razones de tipo estético; que relaciona tanto el inicio como las exacerbaciones de su enfermedad, con factores de tipo emocional fundamentalmente los derivados de conflictos familiares.

Se concluyó también que en un alto porcentaje de casos el paciente no tiene conocimientos acerca de su enfermedad y que los que han recibido información (independientemente de si fuera adecuada o no), ha sido en el segundo nivel de atención.

En cuanto al hábitat encontramos que hay un número elevado de pacientes que está radicando en el D.F. y que esto le causa desagrado, relacionando además este hecho con la evolución de su padecimiento.

COMENTARIOS

Es probable que el factor emocional no sea determinante en la aparición de estas dermatosis, así como también es probable que las disfunciones encontradas en el estudio de la familia de estos pacientes se presenten en relación con múltiples padecimientos o incluso en ausencia de síntoma orgánico; no obstante, es innegable el hecho de que estos pacientes se encuentran rodeados de tensión emocional, quizá previo a la dermatosis tanto en el núcleo familiar como en su macroambiente (habitat) aunándose después los disturbios emocionales que provoca la enfermedad misma y lo más importante de esto no es que el Médico trate de investigar o determinar si el factor emocional influye en mayor o menor grado en la evolución de estos padecimientos, sino que el paciente mismo lo está percibiendo y relacionando.

Si tomamos en cuenta que la familia constituye un sistema es lógico pensar que todo lo que afecte a uno de sus miembros repercute en el funcionamiento de la misma como unidad y viceversa, sin embargo, hay que considerar que si bien la familia es en muchas ocasiones fuente de conflictos, es también un recurso primordial para resolverlos, así pues el abordaje del paciente no debe limitarse al aspecto dermatológico, sino al individuo en forma integral, incluyendo todo lo que le rodea y en principio al núcleo familiar; es éste el tipo de atención que debe brindarse en el primer nivel y específicamente por el Médico Familiar quien ha sido preparado precisamente para ello, debiendo además resolverse el mayor porcentaje de problemas de salud en el primer nivel de atención tomando al 2o y 3o como un apoyo únicamente.

La Medicina Familiar como disciplina no obtendrá el lugar que le corresponde mientras sus representantes no estén en capacidad de responder a nivel de excelencia a las demandas de la población en el primer nivel de atención, no sólo desde el punto de vista curativo sino y sobre todo educativo y preventivo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ajuria Guerra J., Manual de Psiquiatría Infantil; Cap. XXI, Pág. 751 - 752; 4a. edición, tercera reimpresión, 1986, Barcelona - México; Edit. Masson.
- 2.- Andrews, Tratado de Dermatología; Cap. 4, 6 2a. edición 1975, reimpresión 1986; Barcelona, España; Edit. Salvat.
- 3.- Op. cit. cap. 25, Pág. 1009 - 1011.
- 4.- Archivo Clínico Dermatológico, Hospital 10. de Octubre I.S.S.S.T.E., C.F., enero 1986.
- 5.- Archivo Clínico Dermatológico, Hospital "Dr. Carlos - Calero E", I.S.S.S.T.E., Cuernavaca, Mor., enero 1986.
- 6.- Cecil-Loeb; Tratado de Medicina Interna; Parte XX, Pág. 2206 - 2207, 15a. edición, 1980, Edit. Interamericana.
- 7.- Chagoya L., Dinámica Familiar Normal y Patológica; Documento Mimeografiado.
- 8.- Dubovsky; Steven L., Psiquiatría para el Médico General; Cap. 7, Pág. 176 - 189, 1a. edición, 1982. México; Edit. Interamericana.
- 9.- Engels F., El Origen de la Familia, La Propiedad Privada y el Estado; Cap. I, II; Moscú, 1979, Edit. Progreso.
- 10.- Fitzpatrick Thomas S., Dermatología en Medicina General; Sección 11, Pág. 560 - 586, 2a. edición, 1980, - Buenos Aires. Edit. Médica Panamericana.
- 11.- Op. cit. cap. 13, Pág. 626 - 646.
- 12.- Hanifin J.M., Atopic Dermatitis; J. Am. Acad. Dermatol. 6; 1 - 13, 1982.
- 13.- J. Alarid, Irigoyen, Fundamentos de Medicina Familiar; Cap. 1,2,3, 2a. edición, 1985, México, Edit. Cervantes.
- 14.- Kenneth Landow R., Terapéutica Dermatológica; Cap. 11, Pág. 121 - 124, México, 1985, Edit. Manual Moderno.
- 15.- Op. cit. cap. 9, Pág. 112 - 113.

- 16.- Krafchik, 3.R., *Dermatitis Atópica; Clínicas Pediátricas de Norteamérica*; Pág. 635 - 675, Vol. 4, 1983, - Edit. Interamericana.
- 17.- Leda Datz, *Funciones de la Familia; Documento Mimeografiado*, Deulidia Martínez, I.M.S.S., 1979.
- 18.- Leda Datz, *Grupos Familiares - Clasificación; Documento Mimeografiado*, J. Santacruz Varela, I.M.S.S., 1979.
- 19.- Macías Avilés, *El Grupo Familiar, su Historia, su Desarrollo, su Dinámica*; 1er. Simposium *Dinámica y Psicoterapia de la Familia*, Pág. 13 - 27, México, 1981.
- 20.- Magaña Lozano, *Introducción a la Dermatología*; Cap. 7 Pág. 176 - 181, 2a. edición, 1986, México, Edit. - - Méndez Oteo.
- 21.- Op. cit. cap. 13, Pág. 375 - 380.
- 22.- Mc Millan J.A., *Manual Práctico de Pediatría*, Cap. 16, Pág. 326 - 329, 1a. edición, 1982, México, Edit. Interamericana.
- 23.- Mendoza García E., *Psiquiatría y Piel*; *Acta Pediátrica de México*, I.N.P., Vol. 5, Núm. 2, Pág. 66 - 68, Abril - Junio, 1984.
- 24.- Minuchin S., *Familias y Terapia Familiar*; Cap. III, *Un Modelo Familiar*, 1a. edición, 1983, México, Edit. Gedisa.
- 25.- Narro Robles J., *Medicina General/Familiar 1a. Parte*; *Revista de la Facultad de Medicina, U.N.A.M.*, Núm. 3, Año 24, Vol. XXIV.
- 26.- Harro Robles J., *Investigación y Medicina Familiar*; *El Mérito Intelectual de la Medicina Familiar*; *Paquete de Medicina Social*, Unidad de Med. Fam., enero 1985, - - U.N.A.M.
- 27.- Pierre de Gracianski, *Influencias Psicológicas en las Enfermedades de la Piel*; *Progresos Recientes en Dermatología*, Pág. 29 - 30, I.M.S.S., 1979.

- 28.- Puig Solanes M., Enfermedad de Vogt - Koyanagi - Harada; - Rev. Med. Hospital General de México, XLVI, Núm. 1 - 2, 1983.
- 29.- Ruiz Maldonado y Cols., Temas de Dermatología Pediátrica; Cap. 4, 32,33,34, 1a. edición, México, 1986. Edit. Cervantes.
- 30.- Op. cit. cap. 10, Pág. 65 - 70.
- 31.- Santacruz Varela J., La enseñanza de la Medicina Familiar en el Pregrado; Revista Internacional de M.F. Núm. 1, Pág. 25, 1982.
- 32.- Satin V., Psicoterapia Familiar Conjunta, Parte I, II; 3a. reimpresión 1985, México, Edit. Prensa Médica Mexicana.
- 33.- Saucedo García, Focerrada, Los Problemas Familiares y sus Repercusiones en el Niño; Rev. Med. I.M.S.S., Vol. 23, Núm. 159, Méx., 1985.
- 34.- Saucedo García, Psicoterapia Familiar, El Enfoque Estratégico Estructural; 1er. Simposium Dinámica y Psicoterapia de la Familia, Pág. 94 - 109, México, 1981.
- 35.- Saúl Amado, Lecciones de Dermatología; Cap. 15, 15. 10a. edición, 1985, México, Edit. Cervantes.
- 36.- Op. cit. cap. 14, Pág. 431 - 439.
- 37.- Shires David B., Medicina Familiar, Guía Práctica; Cap. 1 - 3, Pág. 3 - 27, 1a. edición, 1983, Edit. Mc Graw - Hill de México.
- 38.- Valle Burián J., Pediatría Psicosomática Institucional; Acta Pediátrica de México, I.N.P. Vol. 5, Núm. 2, Pág. 61 - 63, Abril - Junio 1984.