

11226 59
20j



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
I.S.S.S.T.E.

CLINICA DR. IGNACIO CHAVEZ
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

**DERMATITIS ATOPICA Y TIPO DE FAMILIA
HOSPITAL 1o. DE OCTUBRE I.S.S.S.T.E.**

T E S I S I N A
PARA OBTENER EL TITULO EN LA
E S P E C I A L I D A D D E
M E D I C I N A F A M I L I A R
P R E S E N T A:
DRA. MARIA MARGARITA LOPEZ BUCIO

GENERACION 1989 - 1992

TESIS CON
FALLA DE COPIEN

DICIEMBRE DE 1991.



1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

	Página
I. ANTECEDENTES	1
II. PROBLEMA	9
III. JUSTIFICACION	10
IV. OBJETIVOS	11
V. METODOLOGIA	12
a) tipo de estudio	
b) Grupo de estudio	
c) Criterios de inclusión	
d) Criterios de Exclusión	
e) Descripción general del estudio	
f) Analisis de datos	
VI. RESULTADOS	19
VII. DISCUSION	23
VIII. CONCLUSION	25
IX. BIBIOGRAFIA	26

A N T E C E D E N T E S

La Dermatitis Atópica es una enfermedad que se encuentra entre las llamadas Psicodermatosis y Dermatitis reaccionales (1).

Fue descrita primeramente por Besnier en Francia con el nombre de - Prúrigo diatéxico, ha recibido desde entonces varios nombres entre los que se encuentran Eczema constitucional, Eczema Infantil, Neurodermatitis, Dermatitis Atópica la cual ha presentado confusiones ya que la palabra atopía no se define como algo fuera de lugar, sino que se determina a un estado de hipersensibilidad, la cual es inespecífica y constitucional (1,2,3,4).

La Dermatitis Atópica es considerada una dermatosis reaccional manifestada por eritema, vesículas, costras hemáticas y liquenificación, más frecuente en la infancia con predominio en lactantes aunque puede afectar a escolares y a adultos (3).

La Topografía de las lesiones depende de la edad en que se presente.

La característica clínica más típica es el prurito el cual ocasiona rascado continuo y traumatismo sobre la piel, lo que produce una liquenificación - como respuesta (2) la cual se observa principalmente en huecos poplíteos, flexuras de codos, caras laterales de cuello y con menor frecuencia manos, pies, - cara y espalda (2,3).

La piel de estas zonas aparece más brillante y con aumento de los surcos naturales, como expresión del engrosamiento de la epidermis (4).

La liquenificación junto con la xerosis cutánea es un signo frecuente en la Dermatitis Atópica.

En las fases activas de la Dermatitis Atópica las lesiones más frecuentes son el prúrigo y el eczema (2). El prúrigo está constituido por pequeñas lesiones papulares, pruriginosas de superficie rugosa y costras.

Los eczemas son placas eritematosas con hiperqueratosis y descamación, sobre las que pueden aparecer lesiones papulares ó vesículas con exudado y costras.

Así mismo se presentan signos menores asociados a la Dermatitis Atópica:

- a) Línea de Dennie: Es un pliegue grueso paralelo al margen del párpado inferior.
- b) Signo de Hertouque: Adelgazamiento ó ausencia del extremo externo de la ceja (debido a la repetición de eczema en la zona).
- c) Pliegue nasal alérgico: Línea perpendicular al eje nasal a la zona entre parte ósea y cartilago.
- d) Palmas atópicas : Líneas excesivamente marcadas en las palmas.
- e) Xerosis cutánea: Dermogrfismo blanco y palidez de la piel.
- f) Personalidad atópica: Personas ansiosas e irritables.

La Dermatitis Atópica durante su evolución presenta tres fases(1,3,4):

Fase del Lactante:

Se presenta después del primer mes de vida caracterizandose por lesiones eczematosas las que predominan en cara, mejillas, frente y cuero cabelludo, pueden verse lesiones en tronco y pliegues desaparece hacia los tres años y evoluciona por brotes.

Fase del Escolar:

Aparece de los tres a los 14 años de edad presenta lesiones en forma de placas secas liquenificadas ó eczematosas, las cuales predominan en pliegues de flexión, huecos poplíteos, cuello, muñecas, párpados ó región peribucal. Puede desaparecer espontáneamente.

Fase del Adulto:

Es menos frecuente que las anteriores, se observan lesiones en pliegues de flexión, cuello, nuca, genitales, constituida por placas de liquenificación ó eczema.

Rajka ha establecido una serie de criterios diagnósticos en base a la Dermatitis Atópica entre los que se encuentran (5) :

CRITERIOS MAYORES:

1. Historia familiar de atopia.
2. Prúrigo junto con lesiones de acuerdo a la fase de su evolución.
3. Antecedentes de sensibilización a inhalantes, IGE elevada y pruebas cutáneas y /o RAST positivo.
4. Asociación a enfermedades alérgicas respiratorias, cataratas ó ictiosis.
5. Curso continuo con mejorías estivales.
6. Xerosis cutánea y picor al sudor.
7. Más de una prueba de reactividad vascular paradójica positivo.

CRITERIOS MENORES:

1. Aparición precoz de la enfermedad.
2. Signo de Hertoque pliegue nasal alérgico, palidez facial ó pliegue de Dennie.
3. Sensibilización a medicamentos, alimentaria y facilidad para infecciones.
4. Asociación a síntomas gastrointestinales.
5. Eosinofilia
6. Intolerancia al contacto con la lana, ropas oclusivas ó disolventes.
7. Curso influenciado por factores térmicos, emociones ó infecciones.

Se considera diagnóstico dos criterios mayores y uno menor.

La Dermatitis Atópica es considerada una de las psicodermatosis más frecuentemente vistas en la consulta (1).

Se presenta con mayor frecuencia en la infancia aunque puede presen-

tarse a cualquier edad, es una enfermedad crónica y evoluciona por brotes presentándose en la fase de lactante ó bien desaparecer ó presentarse nuevamente en la edad adulta (1).

En cuanto su frecuencia se encuentra dentro de los diez primeros lugares de la consulta general (3).

Ocupa el segundo lugar de la consulta dermatológica pediátrica (1% en lactantes y 3% en escolares) (6).

Se cálcula que entre el 10 y 20% de la población ha padecido brotes en alguna etapa de su vida. (2,6).

No presenta diferencia significativa entre ambos sexos, aunque se refiere ligero predominio en el sexo femenino (2,3). No hay predominio por razas ó zonas geográficas (2).

La causa de la Dermatitis atópica no es bien conocida se considera dentro de su etiopatogenia pacientes con una piel predispuesta seca ó hipersensible en la que actúan los siguientes factores:

a) Factor hereditario tipo poligénico ó multifactorial (2,3,6,7).

Se observa un 70% de antecedentes atópicos como asma, rinitis ó neurodermatitis (2,3).

Los pacientes con dermatitis atópica tienen una hipersensibilidad de tipo I, en los que se ha encontrado varios antígenos de histocompatibilidad como H HL-A9, HL-A3, HL-B12 y HL-Bw 40 (3,4,7).

b) Factores Inmunológicos: En 1968 Szvebtivanyi(8) señala en pacientes con Dermatitis Atópica la presencia de estados inmunes, entre los que se en

encuentran disminución de la inmunidad celular mediada por los linfocitos T, esto mismo ha sido reconocido por otros autores (9,10,11). Se ha observado que la mayoría de los pacientes presenta aumento de la IgE lo que orienta hacia un origen atópico (12).

La disminución en la inmunidad celular es lo que hace que los pacientes - sean susceptibles a infecciones (13), tienen una predisposición a infecciones virales como Herpes simple, zoster e infecciones de vías respiratorias altas (14).

- c) Factores Neurovegetativos: entre los que se encuentran dermografismo, fenómeno de blanqueamiento ó púrpura retrasada, prueba de histamina que provoca exacerbación ó prurito, trastornos de vasoconstricción y vasodilatación periférica (3,9).
- d) Factores metabólicos: se ha implicado con deficiencias de algunos minerales ó cifras altas de noradrenalina (2,3).
- e) Factores psicológicos: en estos se han implicado la personalidad del paciente (inteligentes, aprensivos, hiperactivos, posesivos introvertidos) lábiles a diversos estímulos emocionales y con tendencia a la depresión, por pruebas psicológicas utilizadas se ha observado una personalidad autodirigida (3,15).
- f) Factor Familia: en el cual se ha referido en familias con cierto grado de frustración con efecto en el desarrollo psicoafectivo del niño en la integración familiar (15,16) y generalmente debido a problemas no resueltos, manifestandose con sentimientos de ambivalencia con actitud rígida, dominante ó perfeccionista (3,15,16).

g) Factores ambientales: se han señalado como factores precipitantes al calor, frío, telas sintéticas ó de lana, jabones detergentes; determinan que la piel se seque consecuentemente puede haber alteraciones en el sudor lo que con lleva a una alteración en la composición en los lípidos en la piel (2,17) las alteraciones en el sudor están condicionadas y se modifican por la fátiga, estres, emociones, ejercicio y exposición al sol (2,3).

Se han propuesto como tratamientos cambio de ambiente, búsqueda de algunos alérgenos, disminuir el prurito ya que es el rascado el que origina las alteraciones en la piel, a base de antihistamínicos (6,18,19). Dentro del tratamiento se ha hecho mención a los factores de tipo psicológico haciendo énfasis a las situaciones de tipo familiares en las que se ha buscado cambio en la relación madre e hijo con lo que se han obtenido resultados favorables con modificaciones de conducta y disminución de los síntomas (6,15, 20,21) .

La interacción familiar es potencialmente importante en todas las enfermedades incluso en aquellas en la que la patología es claramente física se ha observado que todos los problemas físicos tienen un impacto psicológico en el niño y en su familia (22,23).

No se puede negar que muchos de los padecimientos llamados psicósomáticos ó psicofisiológicos hay factores ligados a la interacción familiar que frecuentemente precipitan ó perpetúan el síntoma.

El significado de una buena relación madre e hijo se ha observado es el que media las funciones fisiológicas y psicológicas en la infancia (15,16).

Así mismo se sabe que influye en el desarrollo músculoesquelético, actividad locomotora y en la estimulación psicológica en la piel lo que da la imagen al cuerpo (15).

Meissner señala que la enfermedad en el ser humano además de tener una patología consta de una ecología en consecuencia para que haya una mejor comprensión de la enfermedad es indispensable conocer sus aspectos ecológicos - tanto sociales como familiares (23).

En el nivel de atención primaria se refiere con frecuencia que los sínto mas orgánicos se encuentran confundidos con situaciones conflictivas de tipo social, económico ó emocional (22).

Dentro de la tendencia a dar un enfoque humanista y personalizado a la atención médica, recobra un papel destacado la familia. Así mismo se ha visto que la funcionalidad familiar entra en la solución de problemas de salud del individuo, ya que la familia es el ambiente social más importante en que ocurre y se resuelve la enfermedad. (22).

Como ya se menciona anteriormente en la Dermatitis atópica se han considerado factores psicológicos, en relación a la personalidad del paciente y la relación de tipo familiar existente, generalmente dependen de familia frustrada con relación madre e hijo alterada .

En el esfuerzo por identificar estructura y / ó dinámica familiar se han creado diversos instrumentos entre los que se encuentran Índice de función familiar el cual evalúa áreas de interacción en la familia nuclear tales como satisfacción marital, frecuencia de desacuerdos, resolución de problemas, comunicación y sentimientos de felicidad e infelicidad (24).

Otra prueba utilizada es el Apgar familiar en cual se valora la función de la familia mediante : Adaptabilidad, Asociaciones, progresión, Afectos, Acuerdos y Disposiciones (25).

Otra prueba para identificar funcionalidad familiar es la Guía de McMaster

en la cual se incluyen siete p[á]rmetros :soluci[ó]n de problemas,comunicaci[ó]n Roles,Expresi[ó]n de afectos,Involucramiento afectivo,Control de conducta y funcionamiento familiar (24).

Otro instrumento para evaluar funci[ó]n familiar es el Faces III en su apartado B el cual fu[é] dise[ñ]ado por Olson y Coles,en el cual se obtiene un tipo de familia evaluando el grado de cohesi[ó]n y Adaptabilidad familiar. As[í] mismo - se mide la percepci[ó]n que tiene el individuo de su familia.

P R O B L E M A

La Dermatitis Atópica se encuentra dentro de los diez primeros lugares de la consulta general.

Ocupa el segundo lugar de la consulta dermatológica pediátrica. Dentro de su etiopatogenia se han asociado diversos factores entre los que se encuentran : hereditario, inmunológico, neurovegetativo, metabólicos, psicológicos, familiar y ambientales.

Es importante la identificación del tipo de familia en pacientes con Dermatitis Atópica ya que se han identificado exacerbación de la misma, cuando hay conflicto familiar.

JUSTIFICACION

Dado que la Dermatitis Atópica es una enfermedad crónica, multicausal y de difícil manejo se debe considerar el tipo de familia ya que su identificación podrá ayudar al manejo de los pacientes con esta enfermedad. Proponiendo como instrumento de estudio al Faces III en su apartado B.

OBJETIVOS

1. Evaluar el Grado de Cohesión y Adaptabilidad de las familias en pacientes con Dermatitis Atópica.**a) Cohesión****-Desarticulado****-Separado****-Conectado****-Amalgamado****b) Adaptabilidad****-Rígido****-Estructurado****-Flexible****-Caótico**

M E T O D O L O G I A

a) Tipo de estudio

Se trata de un estudio de tipo descriptivo de corte transversal.

b) Grupo de estudio

Pacientes con diagnóstico de Dermatitis Atópica

c) Criterios de Inclusión

Pacientes con Diagnóstico de Dermatitis Atópica

Ambos sexos

Edad entre 12 a 70 años

No cuenten con tratamiento psicológico

Que deseen cooperar en el estudio

d) Criterios de Exclusión

Que los pacientes se encuentren bajo tratamiento psiquiátrico

Que su problema dermatológico sea a consecuencia de enfermedades sistémicas.

Pacientes con problema dermatológico secundario a medicamentos.

e) Descripción general del estudio

El estudio se realizó en el servicio de Dermatología en el Hospital lo. de Octubre ISSSTE, durante el período comprendido del 10. al 31 de Octubre de 1991.

La captación de los pacientes se llevó a cabo en un solo tiempo en forma personal, mediante la aplicación de un cuestionario Faces III apartado B el cual consta de 30 preguntas, del cual se obtiene una percepción hipotética de los tipos de familia, evaluando el grado de Cohesión y Adaptabilidad familiar.

Este cuestionario mide la percepción que tiene el individuo de su familia. Es aceptado para medir el tipo de familia, mediante el cual se obtienen 16

tipos de sistemas familiares y maritales.

La Cohesión familiar se refiere a los lazos que tienen los integrantes de la familia con uno ó los demás integrantes y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en el sistema familiar. (ANEXO 1).

La Adaptabilidad familiar es la habilidad de un sistema marital para cambiar su estructura, reducciones de roles y reglas en respuesta al estres Situacional y de desarrollo. (ANEXO 2)

La captación de los pacientes se realizó durante la consulta dermatológica. Se les pidió su cooperación voluntaria para realizar el cuestionario, se les informó acerca del estudio a realizar.

f) Analisis de Datos

La evaluación del cuestionario se realizó de la siguiente manera:

En el área de Cohesión se suman las partidas que son de tipo negativo (números 3,9,15,19,25 y 29) el resultado se sustrae a la constante 36, posteriormente se suman las partidas de tipo positivo (Números 1,5,7,11,13,17,21,23, 27 y 30) el resultado debe ser entre 16 y 80 puntos. En el Área de Adaptabilidad se suman las partidas de orden negativo (Números 12,14 y 28) se sustraen a la constante 18 y se suman el resto de las partidas que son de tipo positivo (números 2,4,6,8,10,14,18,20,22 y 26) la puntuación final para la dimensión de adaptabilidad debe estar entre 15 y 70 puntos.

DIMENSION DE COHESION

TIPO DE FAMILIA	NIVEL DE COHESION
DESARTICULADA	BAJO
SEPARADA	BAJO O MODERADO
CONECTADA	MODERADO A ALTO
AMALGAMADA	ALTO

ANEXO 1.

DIMENSION DE ADAPTABILIDAD

TIPO DE FAMILIA	NIVEL DE ADAPTABILIDAD
DESARTICULADA	BAJO
SEPARADA	BAJO O MODERADO
CONECTADA	MODERADO A ALTO
AMALGAMADA	ALTO

ANEXO 2.

FACES III.

Este cuestionario esta constituido por preguntas que se refiere a situaciones familiares padres-hijos.

Se trata que usted sobre la base de lo que sucede en su familia califique cada una de estas preguntas.

Para ello se presenta una escala de 4 puntos posibles o calificaciones.

- 1.- NUNCA
- 2.- CASI NUNCA
- 3.- CASI SIEMPRE
- 4.- SIEMPRE

Califique en el parentesis que se encontrara a la derecha de cada pregunta el numero que usted considera corresponde o se acerca más a su situación familiar.

Ejemp: LOS HIJOS JUEGAN JUNTOS.....()

Si la respuesta mas cercana a su situacion es CASI NUNCA entonces coloque el numero 2 en el parentesis de la derecha.

LOS HIJOS JUEGAN JUNTOS.....(2)

Es importante que manifieste cualquier duda.

- 1.-Los integrantes de la familia se interesan en el bienestar de los demas, cuando hay problemas.....()
- 2.-Los integrantes de la familia dicen libremente lo que piensan sobre situaciones familiares.....()

- 3.-Prefiero discutir mis problemas con personas ajenas a la familia.....()
- 4.-Nos reunimos en familia para tomar decisiones.....()
- 5.-Podemos estar reunidos todos en una habitacion.....()
- 6.-Los padres y los hijos discuten juntos las formas de castigo en casa.....()
- 7.-Los integrantes de la familia hacen las cosas juntos.....()
- 8.-Nos sentimos satisfechos de las soluciones que se dan ante un problema...()
- 9.-Cada quien es responsable de sus acciones que nadie se meta.....()
- 10.-En casa el trabajo se reparte entre todos.....()
- 11.-En nuestra familia conocemos el mejor amigo de cada uno.....()
- 12.-Es dificil dar opciones a nuestra familia en casa.....()
- 13.-Cada quien discute sus problemas con personas ajenas a la familia.....()
- 14.-En nuestra familia es importante para cada uno dar su opinion.....()
- 15.-Todos podemos opinar en los eventos importantes de la familia o cuando
hay problemas.....()
- 16.-En la resolucion de problemas las sugerencias de los niños son acepta-
das.....()
- 17.-En nuestra familia nos conocemos lo mejor de cada uno.....()
- 18.-El castigo en nuestra familia es justo.....()
- 19.-Nuestra familia reconoce lo mejor de las personas que la integran asi
como de otras familias.....()
- 20.-Nuestra familia tiene solucion a cada situacion posible.....()
- 21.-Los integrantes de la familia estan de acuerdo con lo que se decide en
la familia.....()
- 22.-En nuestra familia todos compartimos tareas y responsabilidades.....()
- 23.-Los integrantes de la familia disfrutan cuando pasan su tiempo juntos...()

- 24.-Es difícil cambiar reglas y disposiciones en casa.....()
- 25.-En la familia a pesar de estar todos en casa cada quien se la pasa solo.....()
- 26.-Cuando hay problemas en casa se puede llegar a una solución.....()
- 27.-Nuestros amigos son aceptados por la familia.....()
- 28.-Los miembros de la familia difícilmente dicen lo que opinan.....()
- 29.-Cuando se juntan los integrantes de la familia es para discutir otras cosas menos para convivir con la familia.....()
- 30.-Los intereses y diversiones de la familia se comparten o son comunes....()

R E S U L T A D O S

Se entrevistaron a 15 pacientes los cuales reunieron los criterios de inclusión y se presentaron a la consulta externa del servicio de Dermatología del Hospital 10. de Octubre ISSSTE durante el período comprendido del 10. al 31 de Octubre de 1991.

De los cuales fueron 13 mujeres 80 % y tres hombres 20% con un rango de edad de 15 a 69 años y promedio de 40.6 años de edad.

En el nivel de Cohesión de las familias se encontró que 14 (93.3%) esta desarticulada, solo un paciente (6,7%) con nivel de separación, no encontrándose a ninguno en los otros dos niveles. (CUADRO I)

En el nivel de adaptabilidad se encontro que 10 (66.7%) con un nivel rígido, cinco (33.3%) con nivel estructurado, no encontrándose a ninguno dentro de los otros dos niveles. (CUADRO 2)

Las familias son de tipo desarticulado-rígido un 66.7% (10 familias) desarticulado-estructurado 26.7% (cuatro familias) y un 6.6% estructurado-separado (Una familia). (CUADRO 3).

Nivel de cohesión de la estructura familiar de los pacientes con dermatitis atópica.

CUADRO I

COHESION		No.	%
DESARTICULADO HASTA	56.9	14	93.3
SEPARADO	57 a 65	1	6.7
CONECTADO	65.1 a 73	- 0 -	- 0 -
AMALGAMADO	+73.1	- 0 -	- 0 -
TOTAL		15	100

* FUENTE

▪ ENCUESTA DERMATITIS ATOPICA

NIVEL DE ADAPTABILIDAD

CUADRO 2

ADAPTABILIDAD	No.	%
RIGIDO -43.9	10	66.7
ESTRUCTURADO 44 a 50	5	33.3
FLEXIBLE 50.1 a 56	- 0 -	- 0 -
CAOTICO +56.1	- 0 -	- 0 -
TOTAL	15	100

*FUENTE

*ENCUESTA DERMATITIS ATOPICA

RELACION COHESION ADAPTABILIDAD EN LOS PACIENTES CON DERMATITIS
ATOPICA.

CUADRO 3

		A D A P T A B I L I D A D			
C O H E S I O N		DESARTICULA- DO HASTA 56.9	SEPARADO 57 - 65	CONECTADO 65.1 -73	AMALGAMADO + 73.1
	RIGIDO	-43.9	10 66.7%		
ESTRUCTURADO	44 - 50	4 26.7%	1 6.6%		
FLEXIBLE	50.1 - 56				
CAOTICO	+56.1				
TOTAL		14	1		

DISCUSION

El presente estudio fué dirigido a la identificación del tipo de familia evaluando el grado de Cohesión y Adaptabilidad de la misma, como influencia en la exacerbación y/o relación con Dermatitis Atópica.

Se menciona por varios autores que la cuasa de la Dermatitis Atópica no es bien conocida, atribuyendosele factores precipitantes y constitucionales.

Amado Saul y otros autores refieren que dentro de estos factores se encuentra el de tipo familiar, observandose en familias con cierto grado de frustración con efecto en el desarrollo psicoafectivo del niño en la integración familiar, debido a problemas no resueltos manifestandose ambivalencia con actitud rígida, dominante ó perfeccionista.

En el estudio se presentó que la mayoría de las familias tienen un patrón rígido lo cual concuerda con lo antes mencionado.

La Dermatitis Atópica es considerada una Psicodermatosis como lo refiere Amado Saul y otros autores, entra en la gama de padecimientos llamados psicósomáticos ó psicofisiológicos (Koblenzer); donde hay factores ligados a la interacción familiar que frecuentemente perpetúan ó precipitan el síntoma. Esto se pudo observar durante el estudio ya que los pacientes acudieron a la consulta dermatológica debido a una exacerbación de la enfermedad, y casi todos ellos por conflicto familiar.

Se menciona con frecuencia que los síntomas orgánicos se encuentran confundidos con situaciones conflictivas de tipo social, económico ó emocional. Lo que esta de acuerdo con el estudio por lo antes mencionado.

Se han realizado esfuerzos para la identificación de la estructura y/o dinámica familiar por lo cual se han creado varios instrumentos entre los que se encuentran: Índice de función familiar; Apgar Familiar, Guía de Mc Master - entre otros, El. Faces III en su apartado B se obtiene un tipo de familia evalu

evaluando el grado de Cohesión y Adaptabilidad, así mismo se mide la percepción que tiene el individuo de su familia.

La Dinámica familiar de los pacientes con Dermatitis Atópica se presentó con mayor frecuencia familias desarticuladas ó desvinculadas, lo que traduce un nivel de Cohesión bajo, con alteraciones en el interés común, afecto y autonomía.

Así mismo el contacto entre los subsistemas fraterno conyugal y filial se encuentra notablemente disminuido. Lo cual se corrobora con los autores antes mencionados.

La relación madre e hijo media las funciones psicológicas y fisiológicas en la infancia, esta relación influye en el desarrollo músculo-esquelético, actividad locomotora y la estimulación psicológica en la piel (Koblenszer). Esto traduce en el estudio la disminución en el contacto entre los subsistemas.

Con respecto a la Adaptabilidad la mayoría de las familias son rígidas con un nivel de adaptabilidad bajo donde los valores sociales son rígidos y tradicionales, no permiten cambio dentro de la familia, las reglas están establecidas, poco flexibles ó inviolables, por lo cual se traduce que el paciente con Dermatitis Atópica es incapaz de enfrentar una situación de estrés, manifestándose los síntomas en la piel, lo cual se corrobora con los autores antes mencionados.

Se observó durante el estudio que en el primer nivel de atención no está bien establecido el diagnóstico de Dermatitis Atópica, quizá por que el médico no cuenta con los recursos necesarios ó por falta de orientación para realizarlo.

CONCLUSION

Se identifico la influencia del factor familia valorando el nivel de Cohesión y Adaptabilidad en la Dermatitis Atópica.

El estudio fue difícil de realizar en el 1er nivel de atención por lo anteriormente expuesto, por lo cual se tuvo que realizar en el 3er nivel de atención.

1. La Dermatitis Atópica no tiene predominio de edad y se observa con mayor frecuencia en el sexo femenino.
2. El diagnóstico de Dermatitis Atópica no esta bien establecido en el primer nivel de atención, quizá porque el médico no cuenta con los recursos necesarios ó por falta de orientación de la misma.
3. Se debe orientar a los médicos en el primer nivel de atención primaria en el diagnóstico de la Dermatitis Atópica, con lo cual se obtendrá mejor control de la misma.
4. Se debe incluir dentro de los factores precipitantes al factor familia en la Dermatitis Atópica.
6. Identificar problema de tipo familiar como exacerbación de la Dermatitis Atópica.
7. Dar orientación a la familia de los pacientes con Dermatitis Atópica, y de esta forma tratar de que acepten el cambio dentro de la misma.

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

1. Amado Saul;Psicodermatosis,Lecciones de Dermatología;11a. edición;
Ed. Francisco Cervantes,1988;pag 380.
2. M. Rodríguez Mosquera y Cols. Dermatitis atópica;Tribuna médica;1988;
Agosto;Pag 15.
3. M. Arenas;Neurodermatitis;Atlas de Dermatología;1a. edición;Ed. Mc Graw
Hill;1987;pag 79.
4. Kenneth A. Arnolt;Neurodermatitis;Manual de Terapeutica dermatologica;
3a. edición;Ed. Panamericana;1986;pag 79.
5. Mevorah B.Frenk E Wietisbach V. Carrel;Minor Clinical Features of Atopic
Dermatitis :Evaluation of their Diagnostic Significance;Dermatologica;
1988;Vol. 177 December;pag 360.
6. Dra. Gladys León ,Ivonne Arellano;Tolerancia y eficacia del Ketotifeno
en niños con Dermatitis Atópica;Rev. Mexicana de Dermatología;1989;Vol33(3)
pag: 153.
7. Svebsson A. ; Hand eczema : An evaluation of the frequency of Atopic Back
ground and the difference in clinical pattern between patients with and -
Without Atopic Dermatitis.;Acta Dermatologica venereol;1988;Vol 68;Pag509.
8. M.J. Collof,Rosemary S. Lever and C. Mc Sharry;A controlled trial of house
dust mite eradication using natamycin in homes of patients with atopic der
matitis:efect on clinical status and mite populations. ;British Journal of
Dermatology;1989;Vol 121 ;Pag 199.
9. Kazuhiko Nomiyama,U. Yamashita,H. Nakamura,Y. Suenaga and K. Nishio.;Na-
tural Killer (NK) Cell Activity and NK-related Cell Surface Markers in Pa
tients with Atopic dermatitis;The Journal of Dermatology;1988;Vol15;pag:247.
10. Colín A. Holden y cols.Response of mononuclear LeuKocyte cyclic adenosine
monophosphate-phosphodiesterase activity to treatment with topical fluori
nate steroid ointment in atopic dermatitis;Journal of American academy of
Dermatology;1989;Vol 21; Pag:69.

11. Kristian Thestrup ,C. Gronhoj and J. Ronnevig;The Immunology of contac-
Dermatitis;Contact Dermatitis;1989 Vol 20 pag 81.
12. Masutaka Furue,F. Ogata,M. Ootsuki and Y. Ishibashi;Hiperresponsibility
to Exogeneous Interleukin 4 in Atopic Dermatitis;The Journal of Dermatolo-
gy;1989; Vol 16 Pag: 250.
13. T. J. David and G. C. Canbridge;Bacterial infection and atopic Eczema;Arch
Dis. Child ;1986 Vol 61 Pag: 20.
14. I. Rystedt , L. Strannegrad and O. Strannegrad;Recurrent Viral infections
in Patients with Past or Present Atopic Dermatitis.; British Journal Der-
matology;1986; Vol 114 ; Pag 575.
15. Caroline S. Koblenzer and Peter J. Koblenzer;Chronic Intractable atopic
eczema;Arch Dermatology;1988; Vol 124 ;Pag 1673.
16. S.A. Weber, R. Graham, P. Hutchinson and D. Burns;Dietary manipulation in
Childhood atopic dermatitis;British Journal of Dermatology;1989;Vol 121 ;
pag: 91.
17. Bodo C. Melkin,G. Flewig ; Is the origin of atopy linked to deficient con-
version of W-6-fatty acids to prostaglandin E1.;Journal of the American -
Academy of Dermatology; 1989 ;Vol 21;pag 557.
18. Eugene W. Monroe; Efficacy and safety of nalmeferne in patients with seve-
re pruritus caused by chronic urticaria and atopic dermatitis;Journal of
American Academy of Dermatology;1989 Vol 21(1); Pag 135. .
19. Tetsunori Kimura : The Butterfly sig in patients with atopic dermatitis:
Evidence for role of scratching in the development of skin manifestations:
Journal of American Academy of Dermatology;1989; Vol 21 (3);Pag579.
20. Vastra Agatan: The effect of combined topical steroids and habit-reversal
treatment in patients with atopic dermatitis.;British Journal of Dermatol-
ogy;1989; Vol 121; pag: 359.
21. J. Berth and R. Graham; Failure of Terfenadine in relieving the pruritus
of Atopic dermatitis;British Journal of Dermatology;1989;Vol121 pag:635.

22. Nina Horwitz Campos. R. Florenzano u e I. Ringeling Polaco; Familia y Salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Boletín Sanitario Panamericano ; 1985 ; Vol 98 (2) ; Pag: 144.
23. Santa Cruz Varela; La Familia como Unidad de Analisis; Rev Médica del IMSS: 1981 ; Vol 21(4) ; Pag 350.
24. J. M. Saucedo y cols. La Exploración de la Familia , aspectos médicos, psicológicos y sociales ; Rev. Médica del IMSS; 1983; Vol 19(155) Pag: 155.
25. Gabriel Smilktein ; The Family Apgar ; Journal Family Practice ; 1978; Vol 6(6) ; Pag: 1231.