



**UNIVERSIDAD MICHOACANA SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS “DR
IGNACIO CHÁVEZ”**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL DE MICHOCÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.80**

**ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y PATRÓN DE USO DE
TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS EN PACIENTES CON
PSORIASIS**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

JOSÉ SUQUILVIDE MIRANDA

ASESOR DE TESIS:

**DR. EN C. ALAIN RODRÍGUEZ OROZCO
UNIVERSIDAD MICHOACANA SAN NICOLAS DE HIDALGO**

CO-ASESORA DE TESIS

**PHD MARTHA ESTRELLA GARCÍA PÉREZ
UNIVERSIDAD MICHOACANA SAN NICOLAS DE HIDALGO**

CO-ASESORA DE TESIS

**DRA. LIBERTAD ESCUDERO HERNÁNDEZ
MÉDICO FAMILIAR, ADSCRITO UMF80**

ASESOR ESTADÍSTICO

**MATEMÁTICO CARLOS GÓMEZ ALONSO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MICHOCÁN**

Número de registro ante comité de ética e Investigación: R-2018-1602-016.

Morelia, Michoacán. México enero 2020



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHAVEZ”**



**UNIVERSIDAD MICHOACANA SAN NICOLAS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL DE MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.80**

**ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y PATRÓN DE USO DE
TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS EN PACIENTES CON
PSORIASIS**

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
JOSÉ SUQUILVIDE MIRANDA

ASESOR DE TESIS:
DR. EN C. ALAIN RODRÍGUEZ OROZCO
UNIVERSIDAD MICHOACANA SAN NICOLAS DE HIDALGO

CO-ASESORA DE TESIS
PHD MARTHA ESTRELLA GARCÍA PÉREZ
UNIVERSIDAD MICHOACANA SAN NICOLAS DE HIDALGO

CO-ASESORA DE TESIS
DRA. LIBERTAD ESCUDERO HERNÁNDEZ
MÉDICO FAMILIAR, ADSCRITO UMF80

ASESOR ESTADÍSTICO
MATEMÁTICO CARLOS GÓMEZ ALONSO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MICHOACÁN

Número de registro ante comité de ética e Investigación: R-2018-1602-016.

Morelia, Michoacán. México enero 2020



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL DE MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.80

Dr. Juan Gabriel Paredes Saraiegui

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional.

Dr. Cleto Álvarez Aguilar.

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud.

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano.

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud.

Dr. Sergio Martínez Jiménez.

Director de la Unidad de Medicina Familiar No 80.

Dr. Gerardo Muñoz Cortés.

Coordinador Clínico de Educación en Salud.

Dra. Paula Chacón Valladares.

Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL DE MICHOCÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.80

UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

Dra. Alicia Rivera Gutiérrez.

Jefe de la División de Posgrado
Facultad De Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

Dr. Cleto Álvarez Aguilar.

Coordinador de la Especialidad de Medicina Familiar
Facultad De Ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

AGRADECIMIENTOS:

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por brindarme la oportunidad de realizar la especialidad que tantas alegrías me regala.

A mis asesores Dr. Alain Rodríguez, Dra. Martha Estrella, Dra. Libertad Escudero, Matemático Carlos por su orientación, correcciones, que hacen posible este trabajo.

Al Coordinador Clínico de Educación en Salud Dr. Gerardo Muñoz Cortes, por su apoyo, tiempo y dedicaciones que me brindo.

A mis compañeros y amigos de la residencia medica que me aconsejaron.

DEDICATORIA:

A mis padres que incondicionalmente me han apoyado desde el comienzo de mi vida, hasta estos momentos.

A mi esposa Thalía que me inspira para levantarme día a día a dejar lo mejor de mí.

A mis amigos Javier, Paulina, Genesis, Fernando y Yunuen que siempre estuvieron ahí en las buenas y en las malas.

INDICE

I. RESUMEN.....	10
II. ABSTRAC	11
III. GLOSARIO Y ABREVIATURAS	12
IV.-RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS	14
1.-INTRODUCCIÓN	15
2.-MARCO TEORICO.....	16
2.1.-DEFINICIÓN	17
2.2-EPIDEMIOLOGÍA.....	17
2.3.-ETIOPATOGENIA	17
2.4- FACTORES GENÉTICOS	18
2.5- FACTORES AMBIENTALES	18
2.6- MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	19
2.7- TRATAMIENTO.....	20
2.8- CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR	21
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
3.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	25
4. JUSTIFICACIÓN.....	26
5. HIPOTESIS	27
6. OBJETIVO GENERAL	27
6.1.- OBJETIVOS ESPECIFICOS	27
7. MATERIAL Y MÉTODOS	28
7.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	29
7.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	29
7.3 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN	29
7.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	30
7.5 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	30
7.6 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	30
8. DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL TRABAJO	35
8.1- RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	37
8.2- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	38
8.3- CONSIDERACIONES ÉTICAS	39
9-RESULTADOS.....	40

10.-DISCUSIÓN	45
11.-CONCLUSIONES	48
12.- REFERENCIAS.....	49
ANEXO I. Formato de consentimiento informado.....	52
ANEXO II.- Hoja de recolección de datos personales.....	53
ANEXO III. CUESTIONARIO PARA ANALISIS DEL USO DE TERAPIAS ALTERNATIVA Y/O COMPLEMENTARIAS	55
ANEXO IV. CUESTIONARIO FF-SIL.....	56
ANEXO V. ÍNDICE DE LA SEVERIDAD DEL ÁREA DE PSORIASIS (PASI).....	58
ANEXO VI.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	60

ASOCIACIÓN ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y PATRÓN DE USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS EN PACIENTES CON PSORIASIS

Suquilvide-Miranda J¹, Rodríguez-Orozco A², García-Pérez ME³, Escudero-Hernández L⁴, Gómez-Alonso C.⁵

Introducción

Las enfermedades dermatológicas son motivo de consulta en atención primaria. Las enfermedades crónicas tienen un impacto negativo en la funcionalidad familiar y viceversa, sobre todo en una patología como psoriasis donde sabemos que el estrés exacerba la enfermedad. Aunque existen múltiples tratamientos disponibles para la psoriasis, incluyendo medicamentos tópicos, sistémicos y biotecnológicos, el uso de terapias alternativas y/o complementarias es muy frecuente entre los pacientes, con una prevalencia de 43-69%, lo que además puede modificar la evolución de la enfermedad y esto finalmente también repercute en la funcionalidad familiar.

Objetivo general:

Estudiar la asociación entre funcionalidad familiar, y patrones de uso de terapias complementarias en pacientes con psoriasis en una Unidad de Medicina Familiar

Material y Métodos:

Se trata de un estudio observacional y transversal, prospectivo para valorar la asociación entre funcionalidad familiar y el patrón de uso de terapias alternativas y complementarias en pacientes con psoriasis, atendidos en la UMF 80 del IMSS. Se realizó evaluación PASI, Cuestionario de FF-SIL, Cuestionario sobre de terapias alternativas y/o complementarias y recolección de las variables sociodemográficas, se utilizó prueba Chi- cuadrado para buscar asociación entre dos variables, se determinó como significancia estadística un p valor menor de 0.05.

Resultados: Se entrevistaron a 41 pacientes, 93% de buena funcionalidad familiar, con una baja frecuencia en el uso de terapias alternativas y complementarias (10%), sin asociación entre funcionalidad familiar y uso de terapias alternativas (p valor .312), sin asociación significativa entre uso terapias alternativa y severidad de la enfermedad (p valor .86)

Conclusiones: No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre funcionalidad familiar y uso de terapias alternativas, tampoco se evidenció una relación entre severidad de psoriasis (PASI) y funcionalidad familiar.

Palabras clave: Psoriasis, función, familiar, alternativa, PASI.

1. Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar. 2. Doctor en Ciencias Investigador Principal en UMSNH. 3. Doctora en Ciencias, Investigador Principal en UMSNH. 4. Médico Familiar adscrito a al UMF80. 5. Matemático adscrito al CIBIMI

ASSOCIATION BETWEEN FAMILY FUNCTIONALITY AND USE PATTERN OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY THERAPIES IN PATIENTS WITH PSORIASIS

Suquilvide-Miranda J¹, Rodríguez-Orozco A², García-Pérez ME³, Escudero-Hernández L⁴, Gómez-Alonso C.⁵

Introduction

Dermatological diseases are a reason for consultation in primary care. Chronic diseases have a negative impact on family functionality and vice versa, especially in a pathology such as psoriasis where we know that stress exacerbates the disease. Although there are multiple treatments available for psoriasis, including topical, systemic and biotechnological medications, the use of alternative and / or complementary therapies is very common among patients, with a prevalence of 43-69%, which can also modify the evolution of the disease and this also ultimately affects family functionality.

Overall objective: Study the association between family functionality, and patterns of use of complementary therapies in patients with psoriasis in a Family Medicine Unit

Material and methods: This is an observational and cross-sectional, prospective study to assess the association between family functionality and the pattern of use of alternative and complementary therapies in patients with psoriasis, treated in the UMF 80 of the IMSS. PASI evaluation, FF-SIL Questionnaire, Questionnaire about alternative and / or complementary therapies and collection of sociodemographic variables were carried out, Chi-square test was used to look for association between two variables, a p value less than 0.05

Results: 41 patients were interviewed, 93% of good family functionality, with a low frequency in the use of alternative and complementary therapies (10%), without association between family functionality and use of alternative therapies (p value .312), without significant association between use of alternative therapies and disease severity (p value .86)

Conclusions: There were no statistically significant associations between family functionality and use of alternative therapies, nor was a relationship between psoriasis severity (PASI) and family functionality.

Keywords: Psoriasis, function, family, alternative, PASI.

1. Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar. 2. Doctor en Ciencias Investigador Principal en UMSNH. 3. Doctora en Ciencias, Investigador Principal en UMSNH. 4. Médico Familiar adscrito a al UMF80. 5. Matemático adscrito al CIBIMI

III.-GLOSARIO Y ABREVIATURAS

Funcionalidad familiar: es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Psoriasis: es un trastorno inflamatorio crónico caracterizado con más frecuencia por placas eritematosas bien demarcadas con escamas plateadas, aunque pueden presentarse otras presentaciones, como la psoriasis gutata, pustular, eritrodérmica, palmoplantar y de las uñas

Psoriasis en placas o psoriasis vulgar: las lesiones típicas consisten en placas eritematosas bien delimitadas con escamas blanco-nacaradas, distribuidas simétricamente en el cuero cabelludo, las superficies extensoras de las extremidades, el ombligo y la región lumbar, aunque pueden presentarse en cualquier localización.

Psoriasis guttata: Consiste en pápulo-placas de pequeño tamaño (0.5-1.5cm) localizadas en el tronco y en la parte proximal de las extremidades.

Psoriasis flexural o invertida: Se caracteriza por placas eritematosas, brillantes, no descamativas y de límites netos, localizadas en áreas intertriginosas (axilas, ingles, pliegues submamaros u región génito-crural).

Psoriasis eritrodérmica: Es la forma generalizada de la enfermedad, caracterizada por eritema, edema y descamación, que afecta > 90% de la totalidad de la superficie corporal.

Psoriasis Pustulosa: Se caracteriza por la aparición de pústulas estériles sobre una base eritematosa, que puede desarrollarse de novo en pacientes con psoriasis.

Psoriasis Ungueal: tienen alteraciones en las uñas, como son el piqueteado o pits, en uñas, aunque el hallazgo más característico es el signo de la mancha de aceite, consistente en áreas amarillentas en el lecho ungueal. Otras posibles manifestaciones son hiperqueratosis onicólisis, leuconiquia, onicoadesis.

Queratinocitos: son las células predominantes (80%-90%) de la epidermis, la capa más superficial de la piel. Contienen una proteína muy dura que se llama queratina

Linfocitos: Leucocito de pequeño tamaño y núcleo redondeado que normalmente está presente en la sangre y en los tejidos linfáticos; la función está estrechamente relacionada con los mecanismos de defensa inmunitarios.

Terapia alternativa: Sustitución del tratamiento alopático por un tratamiento no alopático sin importar su naturaleza

Terapias complementarias: Uso de tratamiento no alopático paralelo al tratamiento alopático sin importar su naturaleza

HLA: antígeno leucocitario humano

IL12, 17, 23: Interleucinas

Linfocitos Th; Linfocitos cooperadores tipo 1 y 2

TNF-alfa: Factor de necrosis tumoral alfa

PASI: índice de severidad de área afectada por la psoriasis

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

UMF: Unidad de Medicina Familiar

IV.-RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS:

Tabla I Características demográficas de la población	40
Tabla II Resultados de pruebas aplicadas FF-sil, PASI, UTAC	41
Tabla III Asociación funcionalidad familiar/ PASI	42
Tabla IV Asociación funcionalidad familiar y el uso de terapias alternativas y complementarias	43
Tabla V Asociación en patrón uso de terapias alterativas y PASI	44
Tabla VI Estadísticos de fiabilidad FF-Sil	44

1.-INTRODUCCIÓN

Las enfermedades dermatológicas constituyen un motivo principal de consulta en atención primaria. En México 2% de la consulta dermatológica está relacionada con individuos que presentan psoriasis, con una prevalencia de 2-5 a 3.5 millones de mexicanos, de los cuales, el 25- 30% cursa con un cuadro de moderado a severo¹. Desde el punto de vista médico, el término psoriasis se emplea para definir un conjunto de dermatosis crónicas inflamatorias, en que la psoriasis en placa (psoriasis vulgaris) es la forma más prevalente².

La psoriasis tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, fundamentalmente en aquellos con psoriasis moderada a severa (25- 30%), al punto que las repercusiones sobre sus funciones físicas y psicológicas se han comparado con las del cáncer, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes o la depresión³.

Estudios han demostrado que las enfermedades crónicas tienen un impacto negativo en la funcionalidad familiar y viceversa, al considerar una familia disfuncional como un factor de riesgo para la aparición de síntomas, sobre todo en una patología como psoriasis donde sabemos que el estrés exagera la enfermedad⁴.

La Funcionalidad familiar dependerá de la dinámica en las relaciones sistémicas que se produzcan entre sus miembros. La calidad en las relaciones familiares regula el desarrollo familiar como un todo, un funcionamiento adecuado, que se sostenga en una estructura estable, la cual desarrolle una dinámica relacional interna saludable, potenciará un adecuado desarrollo psicológico en sus miembros y unas conductas adaptativas que son necesarias para evitar el estrés, que generan en muchas ocasiones las enfermedades crónicas como la psoriasis⁵. Aunque existen múltiples tratamientos disponibles para la psoriasis, incluyendo medicamentos tópicos, sistémicos y biotecnológicos, el uso de terapias alternativas y complementarias es muy frecuente entre los pacientes, con una prevalencia de 43-69%⁷. Estas terapias incluyen el uso de productos derivados de animales, plantas, dietas, especies, acupuntura, medicina tradicional china, climatoterapia, etc.

2.-MARCO TEORICO

Las enfermedades dermatológicas constituyen un motivo principal de consulta en atención primaria. En México 2% de la consulta dermatológica está relacionada con individuos que presentan psoriasis, con una prevalencia de 2-5 a 3.5 millones de mexicanos, de los cuales, el 25- 30% cursa con un cuadro de moderado a severo¹.

Desde el punto de vista médico, el término psoriasis se emplea para definir un conjunto de dermatosis crónicas inflamatorias, en que la psoriasis en placa (psoriasis vulgaris) es la forma más prevalente². La psoriasis tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, fundamentalmente en aquellos con psoriasis moderada a severa (25- 30%), al punto que las repercusiones sobre sus funciones físicas y psicológicas se han comparado con las del cáncer, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes o la depresión.³ Estudios han demostrado que las enfermedades crónicas tienen un impacto negativo en la funcionalidad familiar y viceversa, al considerar una familia disfuncional como un factor de riesgo para la aparición de síntomas, sobre todo en una patología como psoriasis donde sabemos que el estrés exacerba la enfermedad^{4, 5, 6}.

Aunque existen múltiples tratamientos disponibles para la psoriasis, incluyendo medicamentos tópicos, sistémicos y biotecnológicos, el uso de terapias alternativas y complementarias es muy frecuente entre los pacientes, con una prevalencia de 43-69%⁷. Estas terapias incluyen el uso de productos derivados de animales, plantas, dietas, especies, acupuntura, medicina tradicional china, climatoterapia, suplementos alimenticios y tratamiento orientados al bienestar mente/cuerpo⁸. Las terapias alternativas y complementarias no están consideradas en como parte del tratamiento alopático en la práctica médica, se considera terapia complementaria cuando se usa junto al tratamiento alopático y alternativa cuando se usa en lugar del tratamiento convencional.

2.1.-DEFINICIÓN

La psoriasis es un trastorno inflamatorio crónico caracterizado con más frecuencia por placas eritematosas bien demarcadas con escamas plateadas, aunque pueden presentarse otras presentaciones, como la psoriasis gutata, pustular, eritrodérmica, palmoplantar y de las uñas. Históricamente, la psoriasis era considerada como una enfermedad cutánea de hiperproliferación; Sin embargo, es una enfermedad inmuno mediada compleja impulsada por linfocitos T y células dendríticas⁹.

2.2-EPIDEMIOLOGÍA

Psoriasis es una enfermedad común y endémica alrededor del mundo. Ocurre en la mayoría de los grupos raciales. Afecta aproximadamente al 2-5% de la población de Europa y los Estados Unidos y es menos frecuente en otros lugares¹⁰. En México dicha prevalencia representa aproximadamente 2.5 millones de personas afectadas, de las cuales 25 al 30% pueden cursar con un cuadro clínico de moderado a severo¹¹.

2.3.-ETIOPATOGENIA

La etiología es multifactorial, en la cual se ven implicados mecanismos complejos interrelacionados, factores genéticos y ambientales. La psoriasis se caracteriza por una proliferación epidérmica marcada y un trastorno de diferenciación con activación inmune de los queratinocitos, que se acompaña de numerosas alteraciones de naturaleza inflamatoria e inmunológica, con participación tanto de la inmunidad innata como de la adquirida.

Intervienen de forma fundamental los linfocitos T, como sugirieron hace 25 años los datos de la eficacia de la ciclosporina y confirmaron posteriormente los resultados terapéuticos de inmuno moduladores selectivos de los linfocitos T, También se ha demostrado recientemente la marcada eficacia de los agentes biológicos dirigidos contra el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- alfa) que intervienen como mediado pleotrópico de la inflamación en diversos

órganos, así como de los anticuerpos anti- p40 que bloquea la diferenciación y expansión de los linfocitos Th1 y Th17 a través de la interleucina 12 (IL-12) y la IL – 23 respectivamente.

El reciente descubrimiento de una subpoblación de linfocitos T que expresan IL- 17, y cuya expresión viene determinada por la acción de la IL- 23 producida por células presentadoras de antígeno y las células dendríticas sobre los precursores T naive. Ha revolucionado la patogenia de la psoriasis. Se ha demostrado una marcada expansión de linfocitos T citotóxicos que expresan de forma independiente IL-17, e IL- 22 en la epidermis psoriásica. La expresión de los linfocitos Th1 retroalimentaría este proceso, al estimular la síntesis de IL- 12 e IL- 23 por las células presentadoras de antígeno mediante la producción de interferón (INF).¹²

2.4- FACTORES GENÉTICOS

En este factor se sustenta la tendencia de la enfermedad a transmitirse de forma hereditaria, numerosos estudios apoyan la base genética en la expresión de la psoriasis, basados en las observaciones de la incidencia familiar, concordancia del 70% en los gemelos homocigóticos y el 20% en los dicigóticos y una asociación con los HLA de clase I: b13, B17, B37 y Cw6 y de clase II DR7, que respaldan la existencia del modelo de herencia de locus múltiples en esta enfermedad¹³.

2.5- FACTORES AMBIENTALES

Las situaciones que generen estrés pueden precipitar el comienzo de la psoriasis o la exacerbación de la misma. Además, las infecciones estreptocócicas del tracto aéreo, digestivo superior son capaces de agravarlas como de desencadenarla, especialmente las formas de psoriasis en gotas en niños y adolescentes¹⁴. La infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH), parece relacionarse con la exacerbación de la psoriasis, pero no actúa como un desencadenante, dado que la prevalencia de la psoriasis en estos pacientes es similar a la población general. Sin embargo, los pacientes con VIH tienen un comienzo más brusco, mayor afección palmo-plantar, ungueal y de los pliegues y mayor frecuencia de pústulas y atropáticas graves.

Los traumatismos, aproximadamente la cuanta parte de los pacientes con psoriasis presenta el fenómeno de Koebner, que se refiere a la aparición de nuevas lesiones de psoriasis en sitios de traumatismo, especialmente en pacientes con enfermedad activa o durante épocas de brote. Algunos fármacos, especialmente los beta-bloqueadores, litio, antiinflamatorios no esteroideos, antipalúdicos y tetraciclinas, se han relacionado con la inducción o la exacerbación de la psoriasis. Esta cuestión parece ser un problema creciente ya que la lista de fármacos se ha descrito como desencadenantes de la psoriasis es cada vez más larga e incluyen fármacos como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, clonidina, antagonistas del calcio, terbinafina etc¹².

2.6- MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La psoriasis es una enfermedad heterogénea que es igualmente frecuente en ambos sexos, aunque en un estudio reciente se demostró que en promedio los hombres tienen formas más graves de la enfermedad que las mujeres. Se han informado de 5 tipos de psoriasis¹⁴:

Psoriasis en placas o psoriasis vulgar: es la forma más frecuente, representando aproximadamente el 90% de los casos de psoriasis. Las lesiones típicas consisten en placas eritematosas bien delimitadas con escamas blanco-nacaradas, distribuidas simétricamente en el cuero cabelludo, las superficies extensoras de las extremidades, el ombligo y la región lumbar, aunque pueden presentarse en cualquier localización.

Psoriasis guttata: Afecta sobre todo a niños y adolescentes, generalmente dos semanas después de una infección de vías respiratorias superiores por estreptococo beta- hemolítico. Consiste en pápulo-placas de pequeño tamaño (0.5-1.5cm) localizadas en el tronco y en la parte proximal de las extremidades. El curso suele ser autolimitado, resolviéndose a los 3-4 meses del comienzo, aunque el pronóstico a largo plazo no se conoce por completo y se estima que hasta un tercio de los casos puede desarrollar psoriasis en placas.

Psoriasis flexural o invertida: Se caracteriza por placas eritematosas, brillantes, no descamativas y de límites netos, localizadas en áreas intertriginosas (axilas, inglés, pliegues

submamarios u región génito-crural): Pueden ser muy dolorosa e invalidante, sobre todo si se asocia a fisuración en el fondo del pliegue.

Psoriasis eritrodérmica: Es la forma generalizada de la enfermedad, caracterizada por eritema, edema y descamación, que afecta > 90% de la totalidad de la superficie corporal. Puede ocurrir como la primera manifestación de la enfermedad o aparecer en pacientes con psoriasis en placas por empeoramiento progresivo o en relación con infecciones, fármacos o supresión de corticoides entre otros. Puede comprometer la vida por alteraciones en la termorregulación, hidroelectrolíticas y hemodinámicas por lo que con frecuencia requieren ingreso hospitalario.

Psoriasis Pustulosa: Se caracteriza por la aparición de pústulas estériles sobre una base eritematosa, que puede desarrollarse de novo en pacientes con psoriasis. Con dos variedades clínicas: Psoriasis pustulosa palmo- plantar y generalizada.

Psoriasis Ungueal: En el 50% de los pacientes con psoriasis presentan alteraciones ungueales, especialmente en aquellos con artropatía, se estima que el 80 al 90% de todos los enfermos con psoriasis presentan alteraciones ungueales en algún momento de la evolución de la enfermedad. Entre el 1-5% de los pacientes psoriásicos sólo tienen alteraciones en las uñas, planteando problemas de diagnóstico diferencial. Las manifestaciones más frecuentes son el piqueteado o pits, aunque el hallazgo más característico es el signo de la mancha de aceite, consistente en áreas amarillentas en el lecho ungueal. Otras posibles manifestaciones son hiperqueratosis onicólisis, leuconiquia, onicoadesis, etc¹⁴.

2.7- TRATAMIENTO

El manejo terapéutico de la psoriasis implica habitualmente la aplicación de tratamientos tópicos solos o asociados a tratamientos sistémicos en función a la gravedad de la misma. Existen evidencias que la adherencia a los tratamientos representa probablemente un factor fundamental a la hora de valorar la eficacia de los mismos.

Muchas pacientes de larga evolución, perciben los tratamientos tópicos como ineficaces en relación al tiempo empleado en ellos y los tratamientos sistémicos como potencialmente peligrosos y en muchos casos con resultados que los pacientes consideran no óptimos.

En términos generales, las posibilidades terapéuticas existentes para la psoriasis se centran en cuatro pilares: tratamiento tópico, fototerapia, tratamientos sistémicos convencionales y más recientemente, tratamientos biológicos¹¹.

2.8- CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Además de las manifestaciones sistémicas la psoriasis también se asocia a múltiples trastornos psicológicos, especialmente cuando las áreas afectadas son visibles como cara y manos, esto puede causar problemas sociales y laborales, lo que puede llevar a ansiedad y depresión, con una elevación en la incidencia de ideación suicida 9.7% de los pacientes y 5.5% intentos suicidas.

A nivel social se ven afectadas sus relaciones afectivas en el hogar, la escuela, el trabajo, hay una disminución en sus relaciones sexuales asociadas a estados depresivos, llegando a modificar sus actividades comunes y sintiéndose menos atractivos lo que les trae frustración. El 98% de los pacientes refieren alteraciones en su vida emocional, 70% en su vida familiar y 68% en su vida profesional, 17% en la intimidad y 21% en sus actividades educativas. Estos valores aumentan con el presencia de Artritis psoriasica. Los días no laborables se incrementan con la severidad de la enfermedad llegan a ser hasta 4.9 días por año a causa de hospitalizaciones por crisis.

El índice de calidad de vida en Dermatología mostro que la calidad de vida se reduce a mayor severidad de la enfermedad, es mayor el decremento en mujeres 7 vs 11 en hombres. En un Estudio realizado en Europa y reportado por la OMS la calidad de vida se vio disminuida en 15% de pacientes con psoriasis leve, 23% moderada y 51% severa, reportando dificultades en actividades como bañarse, actividades deportivas, trastornos del sueño, inhibición en actividades escolares, dificultades sexuales¹⁷.

El funcionamiento de la familia se refiere a la forma de relacionarse el grupo internamente, al conjunto de relaciones interpersonales ínter subjetivas que se dan en el interior de cada familia que le dan identidad propia. Constituye un comportamiento grupal habitual y relativamente estable de la familia produciendo una atmósfera o clima psicológico que caracteriza el hogar. La dinámica psicológica relacional le imprime al hogar un clima agradable, de seguridad y satisfacción o un clima desagradable, de tensión, angustia y temor.

El funcionamiento familiar constituye la síntesis de las relaciones familiares como un todo interactivo, grupal y sistémico en determinado contexto histórico social en el cual vive la familia y condiciona el ajuste de la familia al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. A pesar de no existir homogeneidad de criterios en cuanto a la definición de funcionamiento familiar, sí se precisa cierta coincidencia en cuanto a los procesos relacionales que producen el funcionamiento familiar como son la afectividad, la comunicación, la armonía, la cohesión, los roles, la adaptabilidad y la permeabilidad.²⁶

Las enfermedades crónicas suelen afectar al núcleo familiar dependiendo de la gravedad o discapacidad que esta cause en el enfermo y con ello de los distintos roles que serán modificados. La funcionalidad familiar se ve modificada en diversos aspectos:

- La primera función que al ser alterada causa gran inestabilidad es la económica y máxime cuando el enfermo es uno de los proveedores o el único lo que afecta al resto de los miembros en relación a la cobertura de alimentación, vestido y otras necesidades básicas.
- Segunda hay cambios emocionales, las necesidades individuales cambian y las demandas de los individuos se modifican como en el caso de niños y adolescentes, ya que los roles se modifican y esto cambia todo el sistema familiar.
- Finalmente, las funciones familiares primarias desatendidas por el enfermo son llevadas por algún otro miembro de la familia.

- Las responsabilidades familiares se ven modificadas cuando se requiere además realizar cambios de logística, para llevar acabo el cuidado del enfermo y algún integrante de la familia tendrá que adquirir el rol de cuidador.
- Muchas veces el proceso de la comunicación, el ciclo vital y los sistemas sufren variaciones y el grado de adaptabilidad, cohesión y las relaciones entre los integrantes son lo que tendrán que ajustarse y permitirán una mejor adaptación.
- Las familias se adaptan mejor cuantas más crisis familiares previas han tenido. Muchas familias encuentran en grupos sociales o religiosos apoyo o respuestas a su problema y mucho de la respuesta de cada familia ante una enfermedad crónica dependerá de su cultura y el nivel de educación sobre la patología que se le brinde.¹⁸

19

En un estudio de Golic C., en el que se estudió el impacto las enfermedades crónicas e nivel familiar y de calidad de vida en pacientes de 26 especialidades distintas, el 26% de los miembros de la familia principalmente madres y conyugues de los pacientes sienten una fuerte responsabilidad en llevar acabo el cuidado de los pacientes y se ven obligados cambiar sus actividades y perciben un efecto negativo en su estilo de vida, modificando sus relaciones interpersonales y esto los lleva a sentirse depresivos o ansiosos. Además, los familiares de los pacientes con enfermedades dermatológicas como la psoriasis refirieron sensación de frustración e impotencia.^{20, 21, 22}

Las áreas más afectadas en los miembros de una familia de un paciente con alguna enfermedad crónica son las áreas del afecto y su estilo de vida lo que les trae sufrimiento y dolor psicológico, modificando su vida social y sus afectos, esto se ha observado en todas las edades, por lo que dar a todo paciente un buen tratamiento que le brinde una mayor autonomía es crucial para él y para su familia.²²

Combinados con la distintas crisis paranormativas que implica el apoyo y cuidado a un paciente con psoriasis o con alguna otra enfermedad, hay otros factores que influyen como la etapa del ciclo vital, el sistema de valores, los roles, el nivel de educación en la familia ya que estos se transmiten de generación en generación y son referencia para otras familias. Por

ejemplo, el cariño y comprensión de la madre puede ser importante para permitir una buena cohesión, un buen balance en las relaciones interpersonales ya que es un importante mediador. Por lo que una adecuada distribución de roles, de poder, lazos emocionales, control y regulación de hábitos son importantes para llevar al equilibrio aun en situaciones difíciles.^{23,24}

Para medir la funcionalidad familiar existen algunos criterios que son útiles como los que se proponen por Gómez e Irigoyen:

- El objetivo del instrumento de evaluación deberá permitir obtener una muestra de las dimensiones conductuales que reflejen la conceptualización de su autor y las principales características familiares
- Disponibilidad de publicaciones que permitan identificar información de su diseño y propiedades psicométricas (validez de contenido, constructo y análisis de confiabilidad)
- El instrumento deberá ser de auto-aplicación
- De preferencia ser breve
- Evaluar el tipo de población o muestras en las que ha sido aplicado
- El modelo teórico que lo fundamente no deberá ser complejo

Algunos instrumentos que cumplen con estos criterios son:

- FAD Family Assessment Device
- FACES Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales
- SFI Self-report Family Inventory
- FAM Family Assessment Measure
- FES Family Environment Scale
- FFI Family Functioning Index
- FAPGAR Family APGAR
- FFQ: Family Functioning Questionnaire
- FF-SIL: Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar.²⁶

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades dermatológicas constituyen un motivo principal de consulta en atención primaria. En México el 2% de la consulta dermatológica se ofrece a individuos con psoriasis, con una prevalencia de 2.5 a 3.5 millones de mexicanos, de los cuales un 25-30% cursan con cuadro de moderado a severo¹¹.

Estudios han demostrado un efecto bidireccional entre psoriasis y funcionalidad familiar, donde las familias disfuncionales conllevan mayor riesgo de exacerbación de la psoriasis y ésta última puede alterar una función familiar, con el estrés como mediador⁵. En la actualidad se disponen de múltiples evidencias que demuestran un impacto negativo de esta enfermedad en la calidad de vida de los pacientes (trabajo, familia, relaciones sexuales, bienestar emocional etc.) con profundas implicaciones psicosociales, por lo que el impacto que la psoriasis produce en el bienestar mental es comparable con otras enfermedades crónicas como el cáncer y la diabetes³.

Aunque existen múltiples tratamientos disponibles para la psoriasis, incluyendo medicamentos tópicos, sistémicos y biotecnológicos, el uso de terapias alternativas y complementarias es muy frecuente entre los pacientes con un 43-69% de prevalencia, las cuales no se consideran dentro del tratamiento convencional alopático¹⁴.

3.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se encuentra la funcionalidad familiar en pacientes con psoriasis y como se relaciona con el uso de terapias complementarias y/o alternativas?

4. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades dermatológicas en México constituyen un motivo frecuente de atención primaria, la psoriasis es una enfermedad crónica, incurable que se encuentra dentro de las primeras 15 enfermedades de la piel más frecuentes en México¹¹.

Actualmente no encontramos estudios que asocien funcionalidad familiar en paciente con psoriasis y el uso de terapias alternativas en pacientes, lo cual nos pareció importante evaluar porque podremos identificar e incidir en la función familiar y que el paciente tenga mejor red de apoyo en su familia, que le permita cumplir su tratamiento lo cual impactará en su calidad de vida, ya que muchas ocasiones los pacientes que no muestran una mejoría significativa y rápida muestran mala calidad de vida, mal funcionamiento familiar y no siguen el tratamiento o utilizan tratamientos alternativos o complementarios que a su vez pueden influir de manera negativa en su estado de salud y evolución de la enfermedad.

Por lo anterior nos pareció importante estudiar la población derechohabiente de la UMF #80 con psoriasis, ya que es una población en riesgo de estigma y rechazo, lo que los lleva a un estado depresivo y a una disfunción familiar, con nuestro estudio esperamos intervenir para concientizar a la familia del paciente, y al propio paciente sobre la naturaleza de la enfermedad, la importancia de llevar a cabo su tratamiento para una mejor evolución de la enfermedad, así mismo reforzar y enviar a los pacientes a los servicios dentro de la unidad de salud para que puedan ser orientados sobre cómo mejorar su calidad de vida y el estado clínico de su enfermedad, como el área de psicología o incluso poder referirlos adecuadamente a psiquiatría si fuese necesario.

Además de acuerdo a los resultados podemos llevar a la creación de nuevas estrategias educativas en esta población que puedan mejorar su calidad de vida y funcionalidad familiar.

5. HIPOTESIS

Los pacientes con una mala funcionalidad familiar tienden a buscar terapias alternativas al tratamiento.

6. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre funcionamiento familiar y el uso de terapias complementarias el tratamiento de pacientes con psoriasis controlados en una Unidad de Medicina Familiar.

6.1.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el grado de funcionamiento familiar en pacientes con psoriasis a través del cuestionario FF-SIL.
- Estimar la frecuencia de uso de terapias alternativas y complementarias en pacientes con psoriasis.
- Determinar los patrones más frecuentes del uso de terapias alternativas y complementarias en pacientes con psoriasis.
- Determinar el grado de afección a través el índice de severidad del área de psoriasis y su relación con el uso de terapias alternativas.
- Determinar el grado de afección a través el índice de severidad del área de psoriasis y su relación con la funcionalidad familiar.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: observacional, descriptivo, comparativo, transversal y prospectivo

Población de estudio: Participaron pacientes con Psoriasis que cumplieron con los criterios de inclusión, ninguno de no inclusión o exclusión que acuden a control a la Unidad de Medicina Familiar Número 80 del Instituto Mexicano del Seguro social.

Tipo de muestreo: Muestra fue elegida para población finita

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Tamaño de muestra para población finita

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} \quad (*)$$

Donde:

n Es el tamaño de la muestra a obtener

N Población finita ó número de casos

e Error de estimación que está en condiciones de aceptar

Para el caso que nos importa el total de Derechohabientes según censo de Población Adscrita con diagnóstico de Psoriasis no especifica en el último año registrado de mayo 2016 a mayo 2017 es de $N = 154$ de los cuales con diagnóstico de psoriasis leve, moderada y grave, los confirmados al momento con el seguimiento por parte de segundo nivel en el servicio de dermatología son 76 en los que es pertinente la aplicación de los instrumentos de evaluación de satisfacción del tratamiento y calidad de vida.

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 10 % (0.10) en error de muestreo entre entrevistar a los derechohabientes y el tamaño que arroje la fórmula de cálculo.

Sustituyendo en la fórmula * queda:

$$n = \frac{105}{1+105(0.01)}$$

$$n = \frac{105}{1+1.75}$$

$$n = 51.2$$

$$n = 51$$

7.1- CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.2- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Hombres o mujeres
- Mayores de 18 años de edad.
- Pacientes con el diagnóstico de psoriasis confirmado dado por un Médico
- Pacientes con psoriasis con comorbilidades asociadas como Diabetes mellitus, controlada según los criterios de la ADA y/o hipertensión arterial sistémica controlada según la JNC 8.
- Derechohabientes del IMSS que acepten participar pertenecientes a la UMF 80.
- Pacientes que comprendan y firmen el Formato de Consentimiento Informado.

7.3- CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Pacientes con patologías metabólicas descontroladas como diabetes mellitus, hipotiroidismo e hipertensión arterial, u obesidad grado III.

- Pacientes con patologías como cáncer, otras enfermedades del tejido conectivo, trastornos psiquiátricos, evento cerebro vascular, insuficiencia cardiaca congestiva.

7.4-. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que no completen 100% de las encuestas.
- Pacientes que no deseen participar y/o retiren su consentimiento informado.

7.5- DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Variable independiente: Psoriasis.

Variable dependiente: tipología familiar, funcionalidad familiar, gravedad de la psoriasis, tipo de psoriasis, tiempo de evolución, en relación a las terapias alternativas persona que recomienda la terapia, patrón de uso y tipo.

Variables demográficas: sexo, edad, estado civil, escolaridad y lugar de residencia

7.6- OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 1. Operalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Medición
Sexo	Condición orgánica, Masculina o femenina de los animales y las plantas.	1.-Masculino: Persona que se identifique como hombre. 2.-Femenino: Persona que se identifique como mujer.	Cualitativa	1.Masculino 2. Femenino
Edad	Tiempo vivido por una persona en años.	1.- Segunda década: 10 -19 años	Cualitativa	1.-Segunda década. 2.-Tercera década.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Medición
		2.-Tercera década: 20-29 años. 3.-Cuarta década: 30-39 años. 4.-Quinta década: 40-49 años. 5.-Sexta década: 50-59 años. 6.-Septima década: 60-69 años. 7.-Octava década: 70-79 años. 8.-Novena década: 80-89 años. 9.-Decima: 90-99 años.		3.- Cuarta década. 4.-Quinta década. 5.-Sexta década. 6.-Septima década. 7.-Octava década. 8.-Novena década. 9.-Decima década.
Lugar de residencia.	Lugar o domicilio en el que se está establecido.	Rural: población con menos de 2 500 habitantes. Urbano: población con más de 2,500 habitantes.	Cualitativo	1.Rural 2.Urbano
Escolaridad	Grado de estudio alcanzado por una persona.	1.-Sin escolaridad: persona que no inicio la primaria. 2.-Primaria incompleta: persona que inicio la primaria y no la termino. 3.-Secundaria: Persona que concluyo la secundaria. 4.-Preparatoria: Persona que concluyo la preparatoria	Cualitativa	1.-Sin escolaridad 2.-Primaria incompleta. 3.Primaria completa. 4. Secundaria 5. Preparatoria 6.Licenciatura

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Medición
		5.-Licenciatura: Persona que concluyo una licenciatura. 6.-Posgrado: persona que concluyo algún posgrado.		7.- Posgrado.
Tipo de psoriasis	<p>Las presentaciones clínicas de la psoriasis son:</p> <p>Psoriasis en placa Psoriasis gutata Psoriasis pustulosa Psoriasis invertida Psoriasis eritrodérmica.</p>	<p>Psoriasis en placa: lesiones caracterizadas por placas eritematosas con bordes definidos. Psoriasis Gutata: lesiones tipo pápulo-placas de pequeño tamaño (0.5-1.5cm). Psoriasis pustulosa: pústulas estériles sobre una base eritematosa, psoriasis. Con dos variedades: pustulosa palmo-plantar y generalizada. Psoriasis invertida: placas eritematosas, brillantes, no descamativas y de límites netos, localizadas en áreas intertriginosas Psoriasis eritrodérmica: eritema, edema y descamación, que afecta > 90% de la totalidad de la</p>	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psoriasis en placa. 2. Psoriasis gutata. 3. Psoriasis pustulosa. 4. Psoriasis invertida. 5. Psoriasis eritrodérmica.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Medición
		superficie corporal.		
Área afección por psoriasis	Grado de eritema, infiltrado y descamación de las lesiones psoriásicas con relación al porcentaje del área topográfica comprometida	PASI (índice de severidad y área afectada por psoriasis) 1.- Leve menor de 20% 2. Moderado de 21 a 50 % 3. Severo de 51 a 72%	Cuantitativa	1.-Leve 2.- Moderado 3.- Severo
Funcionalidad familiar	La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.	FF- SIL Prueba de percepción del funcionamiento familiar 1.- Funcional de 70 a 57 puntos. 2.- Moderadamente funcional de 56 a 34 puntos 3.- Disfuncional de 42 a 28 puntos 4.-Severamente disfuncional de 27 a 14 puntos.	Cualitativa	1.- Funcional 2.- Moderadamente funcional 3.- Disfuncional 4.- Severamente disfuncional
Uso de terapias alternativas	Sustitución del tratamiento alopático por un tratamiento no alopático sin importar su naturaleza	1.- Si: si las usa 2.-No: si no las usa	Cualitativa	1.-Si 2.-No.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Medición
Uso de terapias complementarias	Uso de tratamiento no alopático paralelo al tratamiento alopático sin importar su naturaleza	1.- Sí: si las usa. 2.-No: no las usa	Cualitativa	1.-Si 2.-No.
Tipo de terapia alternativa/complementaria	Terapia alternativa: Sustitución del tratamiento alopático por un tratamiento no alopático sin importar su naturaleza Terapia completaría: Uso de tratamiento no alopático paralelo al tratamiento alopático sin importar su naturaleza	1.-Origen animal. 2.-Planta. 3.- Dieta especiales. 4.-Acupuntura. 5.-Medicina tradicional china. 6.- Climatoterapia. 7.-Suplementos alimenticios. 8.-tratamientos orientados en el bienestar mente/cuerpo	Cualitativa	1.-uso origen animal. 2.-uso planta. 3.-Uso dieta especial 4.-Uso de acupuntura 5.- Uso medicina alternativa. 6.-Uso climaterapia a 7.-Uso suplementos alternativos 8.-uso tratamientos orientados a bienestar mente/ cuerpo
Vía de administración de terapia alternativa	Modo de uso de terapia alternativa	Vía administración 1.-vía: oral 2.-Vía: tópica 3.-Vía: otra	Cualitativa	1.- oral 2.-Tópica 3.-otra.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Medición
Persona que recomienda terapia alternativa	Individuo médico o no que prescribe/recomienda uso de terapia alternativa	1.-Recomendado por: Dermatólogo, 2.-Recomendado por: Otro médico, 3.-Recomendado por: familiar 4.- Recomendado por: amigo, 5.-Recomendado por: el propio paciente 6.-Recomendado por: otro medio;	Cualitativa	1.- Dermatologo o 2.-Otro médico 3.-Familiar 4.-Amigo 5.- El propio paciente 6.- Otro medio.
Información al médico tratante acerca del uso de una terapia complementaria y alternativa	El paciente informa al médico tratante del uso de terapia alternativa	1.-informa: si 2.-informa: no	Cualitativa	Si 2.-No.

8. DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL TRABAJO

Previa autorización del comité de investigación y ética, el investigador principal acudió a consulta de medicina familiar en ambos turnos de la UMF # 80, donde se identificaron a los pacientes de primera vez o subsecuentes que cumplieron los criterios de inclusión, a quienes se les informó ampliamente y se les invitó a participar en el protocolo de investigación, a los pacientes que decidieron participar se les realizó

1. Consentimiento informado (anexo 1): se solicitó la aceptación al estudio por escrito mediante la firma del consentimiento por escrito previamente leído.
2. Hoja de recolección de datos que incluyen variables sociodemográficas, epidemiológicas de antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos y antecedentes clínicos. (anexo 2).

3. Historia actual: Presencia de brote activo, fecha del primer diagnóstico de psoriasis, comorbilidades, tipo de psoriasis, PASI, tratamiento actual que recibe, fecha de inicio del tratamiento actual.
4. Uso de terapias alternativas y complementarias: Para el análisis del uso de terapias alternativas y complementarias se tomó en cuenta 5 aspectos:
 - a. Pregunta global acerca del uso o no de terapias alternativas y complementarias;
 - b. Tipo de terapia alternativa que usa (producto de origen animal, planta, dietas especiales, acupuntura, medicina tradicional china, climatoterapia, suplementos alimenticios, y tratamientos orientados en el bienestar mente/cuerpo) debe especificarse el nombre del producto de origen animal o vegetal
 - c. Vía de administración (oral, tópica u otra);
 - d. Persona que recomienda el uso de una terapia alternativa o complementaria (el dermatólogo, otro médico, un familiar, amigo, el propio paciente, otro medio
 - e. Información al médico tratante acerca del uso de una terapia complementaria y alternativa (si informa o no a su médico acerca de esta forma de terapia).
5. Evaluación de la funcionalidad familiar de los pacientes, se evaluará usando el cuestionario de percepción de funcionalidad familiar FF-SIL, con una alfa de cronbach 0.859²⁸ en población Hispana lo cual le confiere una alta confiabilidad, además se evalúa a través de 7 categorías:
 - a. Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones en las tareas cotidianas;
 - b. Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo;
 - c. Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa;
 - d. Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
 - e. Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros;

- f. Roles: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar;
 - g. Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder y relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera. Este instrumento consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no una determinada familia, correspondiendo 2 a cada uno de las 7 variables que mide este cuestionario.
6. Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos:
- a. Casi nunca
 - b. Pocas veces
 - c. A veces
 - d. Muchas veces
 - e. Casi siempre.
7. Una vez que se realizó el cuestionario se procedió a sumar los puntos, lo cual determino en que categoría se encuentra el funcionamiento familiar:
- Familia funcional (de 70 a 57 puntos)
 - Familia moderadamente funcional (de 56 a 43 puntos)
 - Familia disfuncional (de 42 a 28 puntos);
 - Familia severamente disfuncional (de 27 a 14 puntos).

8.1- RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES:

El proyecto de investigación, fue realizado por el médico residente de medicina familiar José Suquilvide Miranda como investigador principal, quien se en cargo de realizar la recolección de datos de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión; el Dr. Alain Rodríguez Orozco apoyo en el proceso metodológico que realizo el investigador principal, supervisando su desarrollo; la Dra. Martha Estrella García Pérez co-asesora en la

investigación quien aportó datos para una correcta realización de protocolo así como la Médico Familiar Libertad Escudero Hernández quien supervisó el desarrollo de la investigación; el Matemático Carlos Gómez Alonso apoyó como tutor estadístico.

Los recursos que se utilizaron para la recolección de datos constaron de lápiz, papel y bolígrafos, que estarán a cargo del investigador principal, así como parte de la infraestructura de la UMF #80 (sillas). Para el análisis de los resultados se utilizaron computadoras personales a las cuales se les instaló el programa SPSS 23. De esta manera, la identificación de participantes, la aplicación de pruebas y el análisis estadístico no requirieron apoyo ni recurso financiero, por lo anterior se deduce que este protocolo de investigación no requiso de financiamiento externo y fue factible realizarse.

8.2- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Procesamiento de datos con el paquete estadístico para las ciencias sociales, mediante SPSS Statistics versión 23, de donde se obtuvieron:

- Significancia estadística con P valor.
- Se usará alfa de Cronbach para estimar fiabilidad de los instrumentos.
- Se harán las pruebas de Kolmogórov-Smirnov para la distribución de las variables.

8.3- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los pacientes dieron su consentimiento informado por escrito. El Comité de Ética y de Investigación del IMSS evaluó y dictaminó sobre el estudio, que se desarrolló en condiciones de práctica clínica habitual.

No se realizó intervención alguna a los pacientes, ya que la investigación fue de tipo observacional, asegurando no exponer a riesgos ni daños innecesarios al sujeto de estudio, tanto física como mentalmente según el código de Núremberg.

El bienestar del paciente será siempre precedente a los intereses de la investigación como lo indica la declaración de Helsinki.

Los pacientes fueron informados suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios posibles riesgos previstos y molestias en el estudio pudieron acarrear apegándonos a la declaración de Helsinki

9- RESULTADOS

El tamaño de la muestra obtenida fue de 41 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión, la distribución entre sexo es muy similar, la edad promedio ronda la quinta década

Tabla I. Características demográficas de la población			
	Frecuencia	Porcentaje	Media
Años con el diagnóstico			12.24 (+/- 8.3)
menos de 1	1	2.4	
de 1 a 5	11	26.8	
de 6 a 10	12	29.2	
de 11 a 15	8	19.5	
de 16 a 20	5	12.1	
de 21 a 25	1	2.4	
de 26 a 30	4	9.7	
Grupo edad			47 (+/- 13.6)
Segunda década	1	2.4	
tercera década	6	14.6	
cuarta década	2	4.9	
quinta década	8	19.5	
sexta década	17	41.5	
séptima década	5	12.2	
octava década	2	4.9	
Residencia			
Urbano	40	98.2	
Rural	1	2.8	
Escolaridad			
Primaria	1	2.4	
primaria incompleta	3	7.3	
secundaria	10	24.4	
Preparatoria	21	51.2	
Licenciatura	6	14.6	
Sexo			
Femenino	19	46	
Masculino	22	54	
Comorbilidades			
HAS control	13	31.7	
DM 2 control	3	7.3	
Otras	4	9.8	
Tipo psoriasis			
En placas	41	100	

de la vida, la escolaridad que predominó fue el bachillerato o nivel técnico, casi todos los paciente residen en vivienda urbana; diez años ronda el promedio de años con la enfermedad de los pacientes (ver tabla I).

En la tabla II se muestra las frecuencias de los resultados que evalúan funcionalidad familiar, índice de área de severidad de psoriasis (PASI), y patrón de uso de terapias alternativas y complementarias, destacando que la mayoría tiene una buena funcionalidad familiar y, en cuanto al PASI no se detectaron pacientes con psoriasis severa, el uso de terapias alternativas y complementarias fue de sólo el 9.8%. de los pacientes.

Tabla II.-Resultados de pruebas aplicadas FF-sil, PASI, UTAC.		
	Frecuencia	Porcentaje
Funcionalidad Familiar		
Funcional (57-70)	34	82.9
Moderadamente funcional (43-56)	4	9.8
disfuncional (28-47)	1	2.4
Severamente disfuncional (14-27)	2	4.9
PASI		
Leve	30	73.2
Moderado	11	26.8
Uso de Terapias alternativas últimos 6 meses		
Si	4	9.8
No	37	90.2
Sábila	2	4.8
Cúrcuma longa	1	2.4
Borraja	1	2.4

TABLA III.- ASOCIACION FUNCIONALIDAD FAMILIAR/ PASI				
		PASI		Total
		Leve	moderado	
Funcionalidad Familiar (FF-SIL)	Funcional	25	9	34
	Moderadamente funcional	3	1	4
	Disfuncional	1	0	1
	severamente disfuncional	1	1	2
Total		30	11	41
Pruebas de chi-cuadrado			.564	

Se busco la asociación entre la funcionalidad familiar y el índice de severidad de psoriasis utilizando la prueba estadística chi-cuadrada con p. valor como significancia <0.05, ver tabla III, no encontrando asociación estadísticamente significativa, tampoco hay relación entre funcionalidad familiar y el uso de terapias alternativas, ver tabla IV.

Se determino el grado de severidad de la enfermedad a través del índice de severidad del área de psoriasis y su relación con el uso de terapias alternativas y complementarias, ver tabla V. Donde no se encontró relación estadísticamente significativa por el momento usando prueba chi-cuadrada.

Tabla IV. Asociación funcionalidad familiar y el uso de terapias alternativas y complementarias.

	Funcionalidad familiar				Total	
	Funcional	moderadamente funcional	Disfuncional	severamente disfuncional		
Uso de terapias alternativas	Si	3	0	0	1	4
	No	31	4	1	1	37
Total		34	4	1	2	41
Pruebas de chi-cuadrado						.312

Tabla V. Asociación en patrón uso de terapias alternativas y PASI				
		PASI		Total
		Leve	Moderado	
Uso de terapias alternativas	Si	3	1	4
	No	26	11	37
Total		29	12	41
Pruebas de chi-cuadrado				
Chi-cuadrado de Pearson				.846

Se uso la prueba alfa de Cronbach para medir la confiabilidad del instrumento FF-SIL encontrando una buena confiabilidad ver tabla VI

Tabla VI Estadísticos de fiabilidad FF-Sil		
Alfa de Cronbach	Valor	.886

10.-DISCUSIÓN

Como menciona Castellón⁵, la funcionalidad familiar dependerá de la dinámica en las relaciones sistémicas que se produzcan entre sus miembros y la calidad en las relaciones familiares regula el desarrollo familiar como un todo, un funcionamiento adecuado, que se sostenga en una estructura estable, la cual desarrolle una dinámica relacional interna saludable, potenciará un adecuado desarrollo psicológico en sus miembros y unas conductas adaptativas que son necesarias para evitar el estrés, que generan en muchas ocasiones las enfermedades crónicas como la psoriasis. A partir de los hallazgos encontrados aceptamos la hipótesis principal, estos resultados no muestran relación con lo que sostiene Rapp Sr Feldmann Sr³, estos autores sostienen que los pacientes con psoriasis tienen disfunción mental comparable con pacientes con cáncer, enfermedades cardíacas y depresión sin embargo en nuestros resultados no se ha encontrado relación entre la funcionalidad familiar y el grado de severidad de psoriasis ni una tasa más elevada de disfunción que en la población general.

En nuestra hipótesis que la funcionalidad familiar se verá afectada cuando más es el grado de severidad en la enfermedad, Herrera Santí⁴ menciona las condiciones que pueden alterar la funcionalidad familiar; que una familia funcional en términos generales puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables, que una familia con funcionamiento inadecuado es un factor de riesgo al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades, para lo cual en nuestros resultados no encontramos una relación estadísticamente significativa para aseverarlo.

En nuestra búsqueda de asociación entre funcionalidad y psoriasis; esta última como un factor de riesgo para disfunción familiar con el estrés como mediador, como lo publicado por castellon⁵, en nuestros resultados no encontramos dicha relación estadísticamente significativa, aunque sabemos que el estrés está presente en la enfermedad y este mismo exagera su severidad lo que puede detonar en alteraciones de la dinámica familiar, la falta

de esta asociación en nuestros resultados pudiera ser debida a que no encontramos pacientes con psoriasis severa.

El impacto de una enfermedad crónica, recurrente y desfigurante, como la psoriasis, en las áreas de funcionamiento ocupacional, social y de otro tipo es sustancial y requiere atención Rohini Gaikwad²⁹, en nuestra población una parte de la funcionalidad social como lo es la funcionalidad familiar se encuentra en la mayoría de los casos conservada debido posiblemente por el carácter leve en la enfermedad de estos pacientes.

Otra de las hipótesis presentes en nuestro estudio, es el uso de terapias alternativas y complementarias en psoriasis, encontrando en la bibliografía un alta prevalencia en el uso de diferentes terapias alternativas encontrando hasta un 69% de prevalencia como sostiene Boehncke¹⁴. J. Dei-Cas³⁰, menciona que como en muchas de las enfermedades crónicas, la psoriasis resulta un campo propicio para las terapias alternativas, existiendo tasas por encima del 50% en pacientes encuestados, pero en nuestra población de estudio esta prevalencia fue mucho más baja encontrado que solo el diez por ciento de los pacientes usan actualmente algún tratamiento alternativo. Pensamos que esto puede deberse a varias circunstancias como que nuestra población en su mayoría es urbana, que la mayoría tiene una educación por encima de la primaria, y que el cuestionario que utilizamos sólo considera los últimos seis meses para considerarse como positivo para el uso de terapias alternativas y no los meses o años previos.

El uso de terapias alterativas se ha reportado en enfermedades como el asma, hiperactividad y déficit de atención, autismo, cáncer, fibrosis quística, diabetes, epilepsia, enfermedades gastrointestinales, dermatológicas y psiquiátricas, (Ben-Aryea³¹), sin embargo en nuestra población estudiada la incidencia de uso de terapias alternativa es bajo. Muchos pacientes, que usan terapias alternativas junto con sus medicamentos convencionales, todavía no están discutiendo su uso con sus médicos y están aumentando la probabilidad de posibles interacciones y daños prevenibles. Adams D³² los pacientes en nuestro estudio usan hierbas de manera completaría al tratamiento alopático sin descuidar el mismo, pero sin consultarlo con su médico. La mayoría de los consumidores consideran los productos y prácticas de las terapias alternativas y complementarias inherentemente naturales, saludables e inofensivas, la mayoría de los pacientes usan preparaciones tópicas de calidad y potencia variables,

generalmente inofensivos, pero con beneficio terapéutico no probado K. Damevska³³ como en nuestros hallazgos los pacientes con psoriasis usan terapias herbolarias al considerarlas inofensivas, pero también la baja frecuencia de su uso podría explicarse por la baja eficacia de estas terapias ya que nuestro cuestionario solo investiga el uso de las mismas en 6 meses previos. Probablemente, en la mayoría de las situaciones, los pacientes no buscan reemplazar su terapia existente, pero están tratando de hacer todo posible para controlar su enfermedad al usar una medicina complementaria o integradora. Nana Smith,³⁴ como en nuestro estudio que lo pacientes no suplen la terapia alopática por una alternativa sino es complementaria. Una limitante en nuestro estudio es la cantidad baja de pacientes ya que al buscar asociaciones entre funcionalidad familiar y uso de terapias alternativas, la significancia estadística no es posible, sin embargo se demuestra en este trabajo la frecuencia de uso de terapias alternativas

11.-CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes tiene una buena funcionalidad familiar y menos de una décima parte con mala funcionalidad familiar

la gran mayoría de la población con psoriasis en la Unidad, no se encuentran actualmente usando una terapia alternativa o complementaria para su enfermedad.

No hay una asociación estadísticamente significativa con la severidad de psoriasis y la funcionalidad familiar.

No hay asociación estadísticamente significativa entre la severidad de la psoriasis y el patrón de uso de terapias alternativas o complementarias, por el momento.

La frecuencia en el uso de Terapia alternativas es menor al 10% y todos ellos usan algún derivado herbolario.

12.-REFERENCIAS

1. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Global Epidemiology of Psoriasis: A Systematic Review of Incidence and Prevalence. *J Invest Dermatol*. Elsevier Masson SAS 2012;133(2):377–85.
2. Bowcock AM, Krueger JG. Getting under the skin: the immunogenetics of psoriasis. *Nat Rev Immunol*. 2005;5(9):699–711.
3. Rapp SR, Feldman SR, Exum ML, Fleischer AB, Reboussin DM. Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol*. 1999;41(3):401–
4. Herrera Santí Patricia María. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*. 1997. Dic [citado 2017 Jul 22] ; 13(6): 591-595.
5. Castellón-Castillo SM, Romero-Silva L. Funcionamiento familiar, vivencias y estrés psicológico en la Psoriasis infantil. Universidad de Sancti Spiritus, Sancti Spiritus, Cuba. 2014
6. Originales T. Psoriasis relacionada a vulnerabilidad psiquiátrica Psoriasis related to psychiatric vulnerability. 2012; 16(3):119–22.
7. García-Pérez M-E, Jean J, Pouliot R. Antipsoriatic drug development: challenges and new emerging therapies. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov [Internet]*. 2012;6(1):3–21.
8. Psoriasis y Salud. Psoriasis en placas o vulgar. Guías Pract clínica. 2016;78. Available from: <http://psoriasisysalud.info/tipos-de-psoriasis/psoriasis-en-placas/>
9. Bostoen J. Psoriasis more than skin deep: New insights in the presence of comorbidities and search for a better care. 1°. Universiteit gent, editor. Faculty of Medicine and Health Sciences; 2012; 156.
10. Trujillo IA, Díaz García MA, Sagaró Delgado B, Trujillo YA. Patogenia de la Psoriasis a la luz de los conocimientos actuales. *Rev Cubana Med*. 2001;40(2):122–34.
11. Boehncke W-H, Schön MP. Psoriasis. *Lancet [Internet]*. 2015;386(9997):983–94. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614619097>

12. Sjöström K, Svensson A. Psychological differences between early- and late-onset psoriasis: A study of personality traits, anxiety and depression in psoriasis. *Br J Dermatol.* 2013;169(2):344–50.
13. Pompili M, Innamorati M, Trovarelli S, Narcisi A, Bellini S, Orsini D, et al. Suicide risk and psychiatric comorbidity in patients with psoriasis. *J Int Med Res.* 2016;44:61–6.
14. World Health Organization. Global Report of Psoriasis (2016). Consultada el 14-oct-2017 en www.who.int/iris.9789241565189_eng.
15. Almgren G, Diwan S. Typology of Chronic Illness and impact of the Family. Stanford Geriatric Education Center. Consultada el 14-oct-2017 en http://sgec.stanford.edu/diabetes_mh.html.
16. Peñarrieta MA, Flores-Barrios F, Gutiérrez-Gomez T. Self-management and family support in chronic diseases. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2015; 5(11): 73-80.
17. Golics CJ, Khurshid M. The impact of patients' chronic disease on family quality of life: an experience from 26 specialties. *International Journal of General Medicine* 2013; 6: 787-798.
18. Basra MKA, Finlay AY. The family impact of skin diseases: the Greater Patient concept. *Br J Dermatol.* 2007;156(5):929–937
19. Eghlileb AM, Davies EE, Finlay AY. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *Brit J Dermatol.* 2007;156(6):1245–1250.
20. Müller-Fabian A, Main Aspects of Family Functionality. *Bulletin UASVM Horticulture*, 2012; 69 (2): 434-440.
21. Vírveda JAH, Bezanilla JM. Enfermedad y familia vol. 1, Primera Edición. Universidad Autónoma del Estado de México, mayo 2014. Vírveda JAH, Bezanilla JM. Enfermedad y familia vol. 1, Primera. Edición. Universidad Autónoma del Estado de México, mayo 2014.
22. Bhutani T, Wong JW, Bebo BF, Armstrong AW. Access to health care in patients with psoriasis and psoriatic arthritis: data from National Psoriasis Foundation survey panels. *JAMA Dermatol.* 2013;149(6):717–21.
23. Fowler JF, Duh MS, Rovba L, Buteau S, Pinheiro L, Lobo F et al. The impact of psoriasis on health care costs and patient work loss. *J Am Acad Dermatol.* 2008;59(5):772–80.

24. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. 1999; Arch Med Fam: 45-47.
25. Cassinda-Vissupe M, Gallo L. Estructura factorial, confiabilidad y validez de la prueba de percepción del funcionamiento familiar en adultos angolanos. Scielo 2016; Consultado el 14-oct-2017. 2
29. Rohini G, Sharmistha D, Swati R, Dhamdhare D et al. Evaluation of funcional impairment in psoriasis. Indian Jornal of Dermatology 2006; 72; 37-40.
- 30.-Dei-cas IJ. terapias alternativas en psoriasis.; Act Terapy Dermatologic 2006; 29: 254
31. Ben-Aryea E, Frenkela M. Referring to complementary and alternative medicine -A possible tool for implementation. Complement Ther Med 2008;16(6):325-30
- 32.- Adams D, Dagenais S, Clifford T, Baydala L, King W, Hervas-Malo M, et al. Complementary and alternative medicine use by pediatric specialty outpatients. Pediatrics 2013;131(2):225-32.
- 33.- K. Damevska, N. Pollozhaní, K. Franca et al. Complementary and integrative therapies for psoriasis: looking forwar: Dermatologic therapy 2018;1-7
- 34.- Smith, Nana Ba, Alex Weymann Tausk, Francisco A Gelfand, Joel M et al. Complementary and alternative medicine for psoriasis: A qualitative review of the clinical trial literatura: Journal of American Dermatology 2009; 841-856.

ANEXO I. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Regional en Michoacán
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 80

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la ciudad de Morelia Michoacán a: _____ del mes de: _____ del año 201_.

Yo: _____ he sido invitado (a) a participar en el estudio de investigación titulado: “FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON PSORIASIS”. Registrado ante el comité local de investigación y Ética en investigación en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social con número de registro R-2018-1602-016.

JUSTIFICACIÓN: Se tienen múltiples evidencias que demuestran que las familias se ven afectadas en sus funciones por la aparición de una enfermedad en una de sus integrantes como en este caso la psoriasis y modifican la calidad de vida, lo que afecta el bienestar mental de los pacientes y sus familias. Estos cambios los llevan a la búsqueda de nuevos tratamientos en acupuntura, herbolaria, entre otras lo que puede ser favorable o afectar aún más el avance de la enfermedad es por ello que se busca detectar cual es la relación entre la buena función familiar y el uso de terapias alternativas (té, ungüentos, chochitos, acupuntura, preparados de herbolaria y su forma de uso).

OBJETIVO PRINCIPAL: Es estudiar la asociación entre el funcionamiento familiar y patrones de uso de terapias complementarias (té, ungüentos, chochitos, acupuntura, preparados de herbolaria y su forma de uso) en pacientes con psoriasis.

PROCEDIMIENTOS: Una vez que yo acepte y firma este formato, si yo decido participar en el estudio se realizará lo siguiente:

- Responderé a una serie de preguntas, relacionadas a mis antecedentes de dónde vengo, las enfermedades presentes en mi familia, etc. (sociodemográficos y epidemiológicos), así como de mi enfermedad actual.
- Me realizarán una evaluación llamada PASI (índice de severidad de área afectada por la psoriasis) para valorar la gravedad de mi enfermedad.
- También se me realizaran algunas preguntas sobre mi relación con mi familia.

RIEGOS Y MOLESTIAS: No comprende ningún riesgo ni molestia física, únicamente se me realizará una entrevista y se me solicitará que conteste unas encuestas, lo que es probable que tenga incomodidad emocional al evocar ciertos recuerdos de mi vida.

POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRA AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO: Con los resultados que encuentren los investigadores puedo recibir mejor información sobre la severidad de mi enfermedad, así como de la función de mi familia y de existir alguna disfunción se me enviará con el Médico Familiar quién me orientará y enviará a los servicios que correspondan y sean de utilidad para mí y mi Familia. En caso de conocer algún efecto adverso sobre las terapias alternativas que estoy utilizando seré informado.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS: Una vez que los investigadores cuenten con los resultados, se les informará a las autoridades delegacionales, así como a los participantes que así los deseemos con la finalidad de realizar acciones que beneficien nuestra salud.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO: Esta podré realizarla en el momento que YO decida, independientemente de las razones que exprese y no se modificará por ninguna razón los beneficios que recibo por parte del IMSS.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: La información que YO proporcione, incluyendo los datos de identificación personal (nombre, teléfono, dirección o número de afiliación), será manejada de manera confidencial, así como los resultados de las pruebas que conteste, salvaguardando siempre mi privacidad. Y no serán proporcionados a nadie que no tenga relación con la investigación.

EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO PODRÁ DIRIGIRSE A: Investigador responsable Médico Residente Dr. José Suquilvide Miranda al Teléfono 4432571202. Dr. Alain Rodríguez Orozco celular 4433465603. Dra. Martha Estrella García Sánchez celular cel. 4431129280. Dra. Libertad Escudero Hernández celular 4431170332. Matemático Carlos Gómez Alonso celular 4431064756. Comité Local de Investigación y Ética de Investigación en Salud No. 16028: Presidente Dra. Anel Gómez Guzmán con tel. 4433282365 .

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Av. Cuauhtémoc 330 cuarto piso bloque “B” de la Unidad de congresos, Colonia Doctores, México D.F. CP 06720. Teléfono: (55) 56276900 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el

Consentimiento

Testigo1

Testigo 2

ANEXO II. HOJA DE DATOS PERSONALES



Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Regional en Michoacán
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 80

Hoja de recolección de datos.

Nombre del paciente: _____ Edad _____ Sexo: _____

NSS: _____

1. Lugar de residencia: 1.- Urbano: . 2.- Rural: .
2. Escolaridad: 1.-sin escolaridad: . 2.- Primaria incompleta: . 3.- Primaria completa: ____ . 4.- Secundaria:_. 5.- Preparatoria:_. 6.- Licenciatura:_. 8.- Posgrado_.
3. Tipo de Psoriasis: 1.- En placas:_ . 2.- Gutata:_ . 3.-pustulosa:_ . 4.-Invertida:_ . 5.- Eritrodérmica: .
4. PASI: 1.-Leve____ 2.-Moderado____ 3.-Severo_____
5. Años con la enfermedad:_____
6. Funcionalidad familiar: 1.- Familia funcional:____ . 2.- Familia moderadamente Funcional:_____. 3.- Familia disfuncional:____ . 4.- Familia severamente disfuncional: .
7. Uso de terapias alternativas: 1.- Si:____ 2.- No: _____
8. Uso de terapias complementarias: 1.- Si:____ 2.- No: _____
9. Tipo de terapia alternativa o completaría usada: 1.- origen animal:____ 2.- Plantas: ____ . 3.-Dieta especial:____ 4.- Acupuntura:____ 5.-Climaterapia:____ 6.-tratamiento bienestar mente/cuerpo:____. 7.- Otro:_____.
10. Vía de administración terapia alternativa o complementaria: 1.- Oral:____. 2.- Tópica: ____ . 3.- otra: _____
11. Persona que recomienda terapia alternativa o completaría: 1.- Dermatólogo:____. 2.- Otro médico:____. 3.- Familiar:____. 4.- Amigo:____. 5.- Propio paciente:____. 6.- Otro medio:_____.
12. Informa a médico tratante sobre uso de terapias complementarias o alternativas: 1.- Si: . 2.- No .

ANEXO IV. CUESTIONARIO FF-SIL



Instituto Mexicano del Seguro Social

Delegación Regional en Michoacán

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No. 80

CUESTIONARIO FF-SIL

Evaluación del funcionamiento familiar (FF-SIL); a continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no es su familia. Usted debe clasificar y marcar con una “X” su respuesta según la frecuencia en la que la situación presente.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

Pregunta	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familiar tiene un problema los de más lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems lo que permite llegar al diagnóstico del funcionamiento familiar; este se muestra en el siguiente cuadro:

Ítems	Valor (puntos)
Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL

Resultado	Puntuación
Funcional	De 57 a 70 puntos
Moderadamente funcional	De 43 a 56 puntos
Disfuncional	De 28 a 42 puntos
Severamente disfuncional	De 14 a 27 puntos

ANEXO V. ÍNDICE DE LA SEVERIDAD DEL ÁREA DE PSORIASIS (PASI)



Instituto Mexicano del Seguro Social **Delegación Regional en Michoacán** Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud Unidad de Medicina Familiar No. 80

ÍNDICE DE LA SEVERIDAD DEL ÁREA DE PSORIASIS (PASI)

PASI combina la valoración de la severidad de lesiones y el área afectada en una sola cifra entre los valores de 0 (ninguna enfermedad) a 72 (enfermedad máxima). El cuerpo se divide en cuatro secciones (miembros inferiores, 40%; tronco, 30%; miembros superiores, 20%; y cabeza, 10%).

Para cada sección, se estima el porcentaje de área (A) de la piel implicada y después se transforma en una graduación de 0 a 6:

- el 0% de área implicada, grado: 0
- < el 10% de área implicada, grado: 1
- 10-29% del área implicada, grado: 2
- 30-49% del área implicada, grado: 3
- 50-69% del área implicada, grado: 4
- 70-89% del área implicada, grado: 5
- 90-100% del área implicada, grado: 6

La severidad es estimada por cuatro parámetros:

- Picor (P),
- Eritema (E),
- Descamación (D) e
- Induración (I).

Los parámetros de la severidad se miden en una escala de 0 a 4, de ninguno al máximo.

La suma de los cuatro parámetros de la severidad está que calculada para cada sección de la piel, multiplicada por la estimación del área para esa sección y multiplicado en peso de la sección respectiva (0.1 para la cabeza, 0.2 para los brazos, 0.3 para el cuerpo y 0.4 para las piernas).

De acuerdo al resultado final se clasifica de la siguiente manera:

- Leve de 0 a 20 puntos.
- Moderada 21 a 50 puntos.
- Severa 51 a 72 puntos.

ANEXO VI.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2018												2019			2020
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	M	A	F
Revisión de información			X	X	X	X										
Elaboración del Anteproyecto						X	X	X	X							
Presentación del Proyecto ante CLEIS										X						
Presentación del Protocolo de investigación								X								
Selección de pacientes y Aplicación de encuestas											X	X	X	X		
Análisis de resultados														X		
Análisis final de la información, elaboración de resultados y conclusiones														X		
Fin del estudio															X	
Elaboración del manuscrito y Publicación de resultados															X	
Examen de grado																X