

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

**"COMPONENTES DEPRESIVOS  
EN PACIENTES CON VITILIGO"**

*Estudio de casos en la consulta externa del  
Instituto de Dermatología (INDERMA)  
(Pacientes mayores de 18 años, 1995-1996.)*

**INFORME FINAL DE INVESTIGACION  
PRESENTADO AL  
HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
POR**

**AIDA ELIZABETH HERRERA ALVARADO**

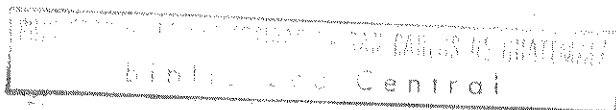
**PREVIO A CONFÉRIRSELE EL TITULO DE**

**PSICOLOGA**

**EN EL GRADO ACADEMICO DE**

**LICENCIATURA**

**GUATEMALA, OCTUBRE DE 1997**



# TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejia  
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce  
S E C R E T A R I A

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero  
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
Edificio M-5, Ciudad Universitaria, Zona 12  
Tels. 4780780-4, 4780805, ext. 460-1  
Directos: 4789902, 4787219, fax 4789914  
e Mail: USACPSIC@adu.gt  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc: Control Académico  
CIEPs.  
archivo

REG. 789-95

CODIPs. 1040-97

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE  
INVESTIGACION

Octubre 28 de 1997

Señora Estudiante  
Sra. Elizabeth Herrera Alvarado de Gálvez  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio M-5

Señora Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto QUINTO (5o.) del Acta TREINTA Y NUEVE NOVENTA Y SIETE (39-7) de Consejo Directivo, de fecha 27 de octubre del año en curso, el cual copiado literalmente dice:

**QUINTO:** El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "COMPONENTES DEPRESIVOS EN PACIENTES CON VITILIGO. Estudio de casos en la consulta externa del Instituto de Dermatología (pacientes mayores de 18 años, 1995-1996)", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

IDA ELIZABETH HERRERA ALVARADO DE GALVEZ CARNET No. 79-15027

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada María Argelia Mayorga y revisado por el Licenciado Carlos Enrique Orantes Troccoli.

En base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

En consecuencia,

" ID Y ENSEÑAR A TODOS "

  
~~Licenciada Miriam Elizabeth Fonce Fonce~~  
SECRETARIA



Rosy

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLOGICAS  
Edificio M-5, Ciudad Universitaria, Zona 12  
Tels. 4780700-4, 4780685, ext 480-1  
Directos: 4780902, 4787219, fax 4789914  
e Mail: USACPSIC@adu.gt  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

CIEPs. 64/97

REG. 789/95

*Handwritten signature*  
22-10-97

Guatemala, 16 de octubre de 1,997.

**INFORME FINAL**

Universidad de San Carlos  
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS

**RECIBIDO**  
22 OCT. 1997  
*Handwritten signature* 14:20 HORA

SEÑORES  
CONSEJO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Carlos E. Orantes T., ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

**"COMPONENTES DEPRESIVOS EN PACIENTES CON VITILIGO"**  
Estudio de casos en la consulta externa del Instituto de Dermatología  
(Pacientes mayores de 18 años, 1995-1996)

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

NOMBRE

AIDA ELIZABETH HERRERA ALVARADO

CARNE No.

79-15027

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes, para obtener **ORDEN DE IMPRESION**.

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

*Handwritten signature: Edith Ríos de Maldonado*  
LICDA. EDITH RÍOS DE MALDONADO  
COORDINADORA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

ERDM/edr

c.c. Docente Revisor  
Archivo



CIEPs. 63/97

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
A-5, Ciudad Universitaria, Zona 12  
0700700-4, 4780895, ext. 490-1  
4789902, 4787219, fax: 4789914  
MAIL: USACPSIC@edu.gt  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Guatemala,  
16 de octubre de 1997.

YCIADA  
YCIADA RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA  
CIENPSIC

YCIADA RIOS:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle  
que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACION,  
de cuyo contenido le informo lo siguiente:

**"COMPONENTES DEPRESIVOS EN PACIENTES CON VITILIGO"**  
Estudio de casos en la consulta externa del Instituto de Dermatología  
(Pacientes mayores de 18 años, 1995-1996)

REQUISITOS: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

RE  
ELIZABETH HERRERA ALVARADO

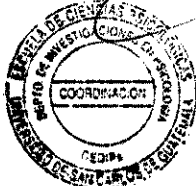
CARNE No.  
79-15027

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos  
establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito  
OPINIÓN FAVORABLE, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID ENSEÑAD A TODOS"

*[Handwritten Signature]*  
LIC. CARLOS E. ORANTES  
DOCENTE REVISOR



Archivo  
Docente Revisor

Guatemala, 15 de julio de 1997

Licenciada  
Edith Ríos de Maldonado  
Coordinadora del  
Centro de Investigaciones en Psicología  
Edificio M-5

Licenciada Ríos de Maldonado:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he finalizado la asesoría del Informe final titulado "COMPONENTES DEPRESIVOS EN PACIENTES CON VITILIGO": Estudio de casos de pacientes de 18 años en adelante que acudieron a consulta externa al Instituto de Dermatología (INDERMA), (1995-1996), el cual ha sido elaborado previo a obtener el título de Psicóloga, por la alumna:

ANITA ELIZABETH HERRERA ALVARADO CARNET No. 7915027

El presente trabajo llena los requisitos establecidos por la Escuela de Psicología y a la vez es un aporte al conocimiento de la psicodermatología, por lo que considero pertinente continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,

Licda. María Argelia Mayorga

*Licda. María Argelia Mayorga C.*

PSICOLOGA

Colegiado No. 502

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

M-5, Cda. Universitaria, zona 12  
760790-4, 4760985, ext. 490-1  
4769902, 4767219, fax. 4769914  
GUATEMALA, CENTROAMERICA

cc.: Control Acad.  
CIEPs.  
archivo

REG. 789-95

CODIPs. 666-96

APROBACION DE PROYECTO DE  
INVESTIGACION Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR

Octubre 15 de 1996

Morita Estudiante  
Licenciada Elizabeth Herrera Alvarado  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Oficio

Morita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a  
fines el Punto DECIMO SEXTO (16o.) del Acta TREINTA Y CINCO  
CENTENA Y SEIS (35-96) de Consejo Directivo, de fecha 2 de  
agosto del año en curso, que copiado literalmente dice:

DECIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que  
contiene el Proyecto de Investigación titulado: "COMPONENTES  
GENÉTICOS EN PACIENTES CON VITILIGO: Estudio de casos de  
pacientes mayores de 18 años que acuden a consulta externa.  
Instituto de Dermatología (1995)", de la carrera: LICENCIATURA  
EN PSICOLOGIA, presentado por:

LICENCIADA ELIZABETH HERRERA ALVARADO

CARNET No. 79-15027

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia  
cumple los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de  
Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y  
nombrar como asesora a la Licenciada María Argelia Mayorga  
Z."

Respectivamente,

"... ENSEÑAR Y ENSEÑAD A TODOS ..."

*Miriam Elizabeth Ponce Ponce*  
SECRETARIA



Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce

## ACTO QUE DEDICO

### A DIOS:

Fuente inagotable de sabiduría que sustenta mi vida.

### A MIS PADRES:

Amalia de Herrera y David Herrera, por sus múltiples esfuerzos, amor y apoyo incondicional hacia sus hijos.

### A MI ESPOSO:

Dr. Carlos Antonio Gálvez Calderón  
Por su apoyo, motivación y el aporte de sus experiencias profesionales en el campo de la salud mental.

### A MIS HIJAS:

Carla Elizabeth (Q.E.P.D.) y Anny Lissette,  
con especial expresión de mi amor maternal.

### A MIS HERMANOS:

Zaraí, Magaly, David, Dery y Elder (Q.E.P.D.),  
por su cariño y apoyo en todo momento.

### A MIS SOBRINOS Y SOBRINAS:

Como un estímulo a sus deseos de superación

### A MIS CUÑADAS Y CUÑADOS:

Con afecto fraternal.



# *CAPITULO I*

*INTRODUCCION*  
*(MARCO TEORICO)*

## MARCO TEORICO

### I.- EL VITILIGO Y LA DEPRESION

Desde hace mucho tiempo se reconoce la importancia de los factores psicológicos en muchas dermatosis debido a que la piel es un órgano en el que influye directamente el sistema nervioso autónomo y es indirectamente afectado por la actividad endocrina; por estar en la superficie corporal. También se expone a la autoagresión del individuo, que debido a conflictos inconscientes y conductas compulsivas se rasca, se jala el pelo etc. Como resultado, los medios por los cuales se expresa en la piel un trastorno psicológico, varía mucho de un tipo de lesión a otro. Durante los últimos años se ha aceptado cada vez más la influencia de los factores psicológicos en el origen de algunas enfermedades somáticas; en consecuencia, los dermatólogos han señalado una estrecha relación entre las diversas enfermedades de la piel y estos. (1)

Según Cordero, la afirmación de Rook que "todas las enfermedades de la piel son psicósomáticas o somatopsíquicas en grado variable", es en parte razonable, ya que en la actualidad se acepta que en las psicodermatosis, la única causa es la alteración psiquiátrica del enfermo y por ello, no se debe incluir como origen de las psicodermatosis, "ningún agente parasitario o microbiano, tóxico o medicamentoso, físico, mecánico o metabólico, ni otras causas orgánicas conocidas" (2).

En la revista *Actualizaciones Terapéuticas Dermatológicas*, del

---

) KOLB, Lawrence C. *Psiquiatría Clínica Moderna: trastornos psicofisiológicos*. México: Copilco S.A. 1983. P. 655.

) CORDERO, Fernando. *Manual de Dermatología: psicodermatosis*. Guatemala: Artes Gráficas. 1967. P. 384.

Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología, aparece una clasificación de las enfermedades psicodermatológicas, realizada por el doctor J.Y. Koo. En ella no sólo incluye las enfermedades de la piel producidas por factores emocionales o psicológicos, sino también las complicaciones psiquiátricas secundarias, tales como la depresión y la fobia social producida por una enfermedad desfigurante de la piel, como el vitiligo, la alopecia areata o el acné quístico (3).

## I.1.-EL VITILIGO

### I.1.1.- DEFINICION

El vitiligo es una enfermedad de la piel, no contagiosa, que se conoce desde la antigüedad y aproximadamente el 0.5% de la población general la padecen. Se desarrolla en la mitad de los pacientes afectados antes de los 18 años y en un cuarto de los pacientes antes de los 8 años de edad. Según la etimología de la palabra, "vitiligo" se deriva del latín "vitium" que significa mancha o defecto (4).

El vitiligo se caracteriza por unas manchas blancas, despigmentadas, rodeadas de un borde más oscuro. El pelo localizado en las áreas despigmentadas normalmente se pone blanco. Las manchas pueden tener diferentes formas y a veces son simétricas. Las partes más afectadas son la cara, el cuello, el esternón y el dorso de las manos. Las manchas se pueden extender a partir del área afectada hasta generalizarse, pero es muy rara la despigmentación total, y en casos

---

(3) COLEGIO IBERO-LATINOAMERICANO DE DERMATOLOGÍA. *Actualizaciones Terapéutica Dermatológicas: psicodermatología*. Paraguay: Actualizaciones Médicas. 1994. Vol. 14. No. 4. P. 292.

(4) DEMIS, D. Joseph. *Clinical Dermatology: abnormalities of pigmentation*. Philadelphia, USA: Lippincott, 1993. Vol. 2. J.B. P. Unit 11-33.

le vitiligo generalizado, en todo el cuerpo, frecuentemente se encuentran áreas pigmentadas (5).

## .2.- ETIOLOGIA

El vitiligo se debe a la ausencia de melanocitos y por esa razón un se encuentra en estudio la causa de la enfermedad ya que se desconoce mucho sobre estas células, las cuales son las encargadas de dar el pigmento a la piel (6). Los melanocitos contienen una enzima llamada tirosinasa la cual se encarga de convertir la dihidroxifenilalanina en melanina que es el pigmento de color oscuro de la piel y del pelo, en muchos mamíferos incluyendo el hombre (7).

En cuanto al origen del vitiligo se han planteado varias teorías: la neurogénica, la inmunológica, la llamada de autointoxicación del melanocito y la unicista.

### .1.2.1.- NEUROGENICA

Esta teoría sostiene que el sistema nervioso produce una sustancia que destruye los melanocitos. Que por alguna razón las células nerviosas, en determinado momento producen compuestos que son tóxicos para los melanocitos y los destruye. Esta teoría se apoya en el hecho de que aproximadamente el 70 por ciento de los pacientes comienzan a enfermarse con vitiligo, después de haber padecido un estrés o tensión emocional extrema y se cree que existe una estrecha relación entre el sistema nervioso y la destrucción de los melanocitos.

- 
- i) DOMONKOS, Anthony N., *Andrews Tratado de Dermatología: alteraciones de la pigmentación*. Barcelona: Salvat .1980. P. 1009.
- ii) DE LA OSA, José A., *Desafiando lo Incurable*. Aporte cubano al tratamiento del vitiligo. Revelaciones del Doctor Carlos Miyares Cao: el vitiligo. Cuba: Centro de Histopatología Placentaria. 1996. P. 24 y 25.
- iii) VILLEE, Claude A., *Biología: herencia y evolución*. Séptima edición. México: Nueva -- Editorial Interamericana.1978. P. 610.

### I.1.2.2.- INMUNOLÓGICA

Esta teoría plantea que en determinado momento y por alguna razón, empieza a producir anticuerpos contra sus propias células pigmentarias y las destruye.

### I.1.2.3.- INTOXICACION DE LOS MELANOCITOS

Esta teoría sostiene que durante el proceso químico, en que el melanocito va formando la melanina, a partir del aminoácido L-tirosina, se forman algunos compuestos que son tóxicos para el melanocito. Normalmente esta célula elimina esos tóxicos, pero en determinado momento, queda incapacitada para desecharlos y al acumularse dentro del melanocito lo afectan incluso lo destruyen. Estos compuestos son los hidroxí-indoles, que se generan en el proceso de formación de la melanina, y en ensayos de laboratorio se ha comprobado que son tóxicos para los melanocitos. Pero no se ha comprobado la causa o el porqué.

### I.1.2.4.- UNICISTA

Esta teoría unicista, trata de unir las tres anteriores y se sintetiza así: "el estrés sería el responsable de la primera destrucción del melanocito por la acción del sistema nervioso: se liberan antígenos y se sensibiliza el sistema inmune. El sistema inmune, entonces, produce anticuerpos que continúan destruyendo los melanocitos, y los anticuerpos, al fijarse sobre el melanocito, le alteran su función química y no pueden trabajar normalmente porque tienen algo extraño pegado a él, no puede producir la melanina normalmente, se les acumulan los compuestos químicos dentro y se destruyen". (8).

---

(8) DE LA OSA, José A. Op. Cit. P. 25 y 26.

### 1.1.3.- DIAGNOSTICO

El vitiligo se puede confundir con otras enfermedades que también producen manchas blancas en la piel, como las micosis, hongos superficiales, albinismo parcial, o despigmentaciones por sustancias químicas y quemaduras con fuego o vapor de agua. Por lo tanto, si no se confirma ninguno de los antecedentes mencionados, el diagnóstico más acertado es una biopsia y si el resultado indica que hay ausencia de melanocitos y de melanina, es compatible con vitiligo (9).

### 1.1.4.- TRATAMIENTO

No existe tratamiento específico por desconocerse la causa y se tiene que recurrir a los cosméticos para cubrir las lesiones pequeñas, sobre todo en el rostro, cuello y manos. El ácido aminobenzoico al 5% en solución o gel proporciona protección contra las quemaduras del sol. También se han usado psoralenos orales y tópicos, pero su eficacia es dudosa (10). En la actualidad se está haciendo mucha publicidad a la melagenina, un medicamento tópico extraído de la placenta humana. Según médicos cubanos ha demostrado su eficacia para la cura del vitiligo en un 84 por ciento y afirman que posee la capacidad de estimular la producción de los melanocitos (11).

- 
- ) DE LA OSA, José A. Op. Cit. P. 25 y 26.  
 2) MERCK SHARP & DOHME RESEARCH LABORATORIES, *EL MANUAL MERCK, de diagnóstico y terapéutica: trastornos pigmentarios*. Estados Unidos de América: Merck & Co. Inc. Rahway, N.J. 1978. P. 1736.  
 3) DE LA OSA, José A. Op. Cit. P. 39.

## I. 2.- LA DEPRESION

### I.2.1.- DEFINICION

El término depresión se deriva del latín: *depresio*/hundimiento, "estado de melancolía que hace perder el ánimo; *sinón* : "languidez, postración, torpor, anonadamiento, abatimiento" (12).

Según Kolb la depresión es un tono afectivo de tristeza y una de las enfermedades mentales más frecuentes que puede manifestarse desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, hasta una desesperación en grado extremo. El paciente deprimido proyecta su sentir en el ambiente que le rodea, el cual refleja su actitud de tristeza ante la vida. Se siente rechazado y piensa que nadie lo quiere y su depresión puede llegar al grado de afectar su atención, concentración y memoria (13).

La sensación de depresión frecuentemente se identifica como una "melancolía pasajera" que se siente cuando el día está nublado o lluvioso, cuando se está resfriado, etc. Es muy frecuente que los acontecimientos que uno cree que van a ser felices, terminen con un sentimiento de tristeza, lo que sucede en los días de fiesta como Navidad, año nuevo, o cuando se estrena casa, etc. Esta sensación de tristeza puede experimentarse tanto en pérdidas como en ganancias y es normal, pero cuando se manifiesta un problema de conducta desadaptada mucho más grave que la "melancolía pasajera" que todos sentimos alguna vez, se considera que existe una depresión, la cual

---

(12) SOCIEDAD MEXICANA DE PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA. *Depresión en la Práctica Médica*: conceptos. México: Educación Médica Continua, 1986. Fascículo 1. P.1.

(13) KOLB, Lawrence C., Op. Cit. P. 164.

generalmente comienza como una reacción ante un acontecimiento de la vida real, como una pérdida, un suceso estresante, muerte de un familiar cercano etc. (14).

## 1.2.2.- ETIOLOGIA

La etiología de la depresión se puede explicar con una serie de teorías:

**1.2.2.1.- BIOLÓGICA:** afirma que es debido a los genes heredados de los padres o alguna disfunción fisiológica (hereditaria o no hereditaria). (15).

**1.2.2.2.- DE LAS CATECOLAMINAS:** Según el Dr. Victor Uriarte, en su libro *Neuro Psicofarmacología*, la teoría más aceptada en nuestros días es la expuesta por Schildkraut (1967), la cual se desarrolló al observar que los pacientes que eran tratados con reserpina por tiempo prolongado para la hipertensión, presentaban estados depresivos. La reserpina produce un vaciamiento de las aminas cerebrales (noradrenalina, dopamina y serotonina). Por otro lado la iproniazida, un inhibidor de la monoaminoxidasa (MAO), producía un estado de euforia en los pacientes, esta sustancia, al inhibir la MAO aumenta la cantidad de los neurotransmisores que esa enzima degrada, aumentando la concentración de noradrenalina, dopamina y serotonina en el cerebro. También se ha comprobado que los antidepresivos tricíclicos y los estimulantes como las anfetaminas, metilferidato etc., producen efectos euforizantes.

---

14) SARASON, Irwing G. y Bárbara G. SARASON, *Psicología Anormal*. Los problemas de la conducta desadaptada: trastornos emocionales. Segunda Edición. México: Trillas. 1988. P. 270.

15) Idem. Pag. 272.



aumento de noradrenalina, dopamina y serotonina provocaba un estado de manía y una disminución provocaba depresión. (16).

**I.2.2.3.-DEL APRENDIZAJE:** Según Sarason y Sarason esta teoría afirma, que la depresión, se debe al reforzamiento inadecuado o insuficiente, o a una incongruencia o falta de relación entre el reforzamiento y determinadas clases de conducta. En general lo ven como un pobre reforzamiento social, que incluye dinero, prestigio y amor.

**I.2.2.4.- COGNOSCITIVA:** Sarason y Sarason mencionan que los teóricos cognoscitivos afirman que la depresión se debe a los procesos mentales poco realistas. Ellos piensan que la gente se deprime debido a la opinión negativa que tienen de sí mismos, del mundo y del futuro, opinan que estas cogniciones no son secundarias a la depresión sino la causa.

**I.2.2.5.-PSICODINAMICA:** Según Kolb, las explicaciones más antiguas de las teorías psicodinámicas, dicen que las reacciones depresivas, son el resultado de la angustia que una persona experimenta cuando ha tenido una pérdida grande, real o imaginaria, durante las primeras etapas de su desarrollo. Muchos de los trastornos depresivos surgen como una reacción ante situaciones que simbolizan la pérdida de algo amado. La depresión, según Sarason y Sarason, fue el primer trastorno descrito por Freud en que la causa principal fue la emoción y no el deseo sexual.

Los individuos que sufrieron pérdidas, separaciones y/o privación de afecto en la primera etapa de su vida, pueden responder con

---

16) URIARTE, Victor. *Neuro Psicofarmacología: antidepresivos*. Tercera Edición. México: Artes Gráficas. 1988. P. 20.

conductas depresivas, que son manifestaciones regresivas hacia la conducta característica de la etapa infantil. En algunas personas persisten las defensas infantiles como negación, proyección y las formaciones reactivas obsesivas y no están capacitados para responder ante una pérdida con suficiente madurez social. La pérdida se percibe como un rechazo y esto da origen a la ira. Al no tolerarse la ira, se reprime y se dirige hacia adentro, hacia el propio yo, haciendo que el individuo se sienta o parezca culpable, indigno y deprimido (17).

### 2.3.- CLASIFICACION

En las últimas décadas, dice un panfleto, " se han propuesto varios sistemas de clasificación de la depresión, la mayoría de ellos dicotómicos y basados en supuestos etiológicos. Entre ellos se encuentran las distinciones unipolar/bipolar, endógeno/reactivo, neurótico/psicótico y primario/secundario. Con la excepción de la distinción unipolar/bipolar, estas dicotomías no han sido incluidas en la clasificación actual DSM, que incluye la depresión mayor, la bipolar/unipolar y la distimia, entre otras" (18).

### 2.4.- CUADRO CLINICO (19)

El cuadro clínico de la depresión se puede presentar en dos

---

(17) SARASON Irwing G. Y Bárbara G. SARASON, Op. Cit. P. 277 y 286. Ver también KOLB Lawrence C., Op. Cit. P. 506-507.

(18) BUGAMOR PHARMA. *Focus on Depression: Aspectos diagnósticos*. Amsterdam: 1992. Volumen 2, Revista Número 1, Marzo 1992. P. 19.

(19) Ver: CALDERON NARVAEZ, Guillermo. *Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento: cuadro clínico*. México: Trillas.1985. P. 73-83.

KAPLAN, Harold I. y Benjamín J. SADOCK, *Compendio de Psiquiatría: manifestaciones clínicas*. Segunda Edición. México: Salvat.1991. P.173.

PANCHERI, Paolo. *Manual de Psiquiatría Clínica: síntomas psiquiátricos*. Primera edición. México: Trillas.1979. P. 38-40.

FLAHERTY, Joseph A. y colaboradores. *Psiquiatría. Diagnóstico y tratamiento: la depresión*. México: Editorial Médica Panamericana, S.A. 1991. P. 30, 31 y 33.

formas: uno cuando los síntomas son fácilmente identificables en la conducta y apariencia del enfermo. Otro cuando el paciente manifiesta su necesidad de ayuda a través de la enfermedad física, y con frecuencia asiste al médico para tratar las molestias físicas, incluso niegan tener una depresión. En estos casos el diagnóstico es más difícil por tratarse de una depresión enmascarada.

Los síntomas de la depresión se pueden dividir en cuatro grupos: Trastornos afectivos, Trastornos intelectuales, Trastornos conductuales y Trastornos somáticos.

#### **1.2.4.1.- TRASTORNOS AFECTIVOS**

Los trastornos afectivos generalmente empiezan con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban el interés. El paciente se siente vacío, muerto, todo lo que antes era interesante le parece insignificante y sin sentido, todo se torna vacío y frío. Su actividad disminuye y su estado de ánimo es triste, puede tener accesos de llanto, se vuelve pesimista e inseguro, y un problema pequeño le parece una gran montaña. A menudo el paciente siente miedo, que a veces no sabe diferenciar, ni explicar y que puede ser real o irracional. La ansiedad se presenta en una forma muy variable, frecuentemente aparece en la mañana y mejora conforme avanza el día. También puede presentarse la irritabilidad y ésta altera las relaciones interpersonales.

#### **1.2.4.2.- TRASTORNOS INTELECTUALES**

Las funciones intelectuales son las menos afectadas en la depresión, pero pueden presentarse síntomas como sensopercepción disminuída y el paciente no responde bien a los estímulos por una mala

captación de los mismos. Sus repuestas a las preguntas se retardan, son breves y monosilábicas. Algunos padecen disminución de la memoria y baja capacidad de atención y concentración, que se presenta en el deprimido como un síntoma de inhibición. El paciente es incapaz de mantener la atención y concentración durante mucho tiempo porque se distrae con facilidad.

Las ideas de culpa o de fracaso son muy frecuentes en la depresión y se manifiestan por una autodevaluación e incapacidad de enfrentamiento. Los pacientes se culpan severamente por transgresiones pequeñas y a veces este síntoma puede manifestarse hasta con delirios. También se presentan pensamientos obsesivos de acontecimientos pasados o de problemas específicos, que torturan al paciente frecuentemente.

#### 2.4.2.- TRASTORNOS CONDUCTUALES

Las alteraciones de la conducta son una consecuencia de las alteraciones en la esfera afectiva y la intelectual. La actividad y la productividad de la persona empiezan a disminuir y aquellos que solían ser buenos trabajadores empiezan a bajar su rendimiento laboral, descuidan su arreglo personal y sus obligaciones en el hogar, etc. Reducen su actividad al mínimo.

Se debe tomar muy en cuenta el riesgo de suicidio en todas las formas de depresión, para prevenirlo. En el deprimido este síntoma es muy frecuente, como consecuencia de sus sentimientos de culpa, pobreza, desesperanza e inutilidad; acaso para reunirse con sus seres queridos fallecidos o para castigar a los vivos. Por lo tanto, se debe decidir si el paciente amerita hospitalización para ser vigilado.

Algunos pacientes tienden a beber alcohol o tomar otras drogas, probablemente para disminuir sus niveles de ansiedad.

#### 1.2.4.4.- TRASTORNOS SOMATICOS

Estos síntomas son con frecuencia el motivo de consulta del paciente, que acude al médico por trastornos o molestias físicas. A este cuadro se le llama "depresión enmascarada". Los pacientes regularmente van de médico en médico para sanar sus dolencias que regularmente están relacionadas con el sistema nervioso central, el aparato gastrointestinal, el sistema cardiovascular o el sistema musculoesquelético. Los síntomas principales son los trastornos del sueño, que puede ser insomnio, un despertar constante o dormir más de lo normal. Hay trastornos del apetito y el paciente come poco e irregularmente a veces puede comer compulsivamente. Con frecuencia presentan trastornos en el aparato digestivo que se manifiestan por estreñimiento, diarreas, náuseas, vómitos o una sensación de flatulencia. Se presenta una disminución del deseo sexual, en la mujer puede manifestarse con alteraciones del ciclo menstrual y frigidez y en el hombre con impotencia sexual. Entre los trastornos cardiovasculares se pueden mencionar la taquicardia, la disnea suspirosa etc. Se pueden presentar otros malestares como cefalea, dolores lumbares, dolores torácicos, dolores o espasmos abdominales y otras manifestaciones no muy bien definidas.

#### 1.2.5.- TRATAMIENTO (20)

El tratamiento debe ser de acuerdo a: la gravedad de la depresión

---

(20) Ver: CALDERON NARVAEZ, Guillermo, Op. Cit. P.181.  
 KAPLAN, Harold I. y Benjamín J. Sadock, Op. Cit. P. 263.  
 PANCHERI, Paolo, Op. Cit. P.356.  
 FLAHERTY, Joseph A. y colaboradores, Op. Cit. P.53

y el grado de alteración del paciente para funcionar en su vida familiar, laboral y social. Los psicofármacos pueden indicarse en ciertas depresiones, mientras que en otras el paciente puede beneficiarse sólo con la psicoterapia. En muchos casos, lo más adecuado es una combinación de medicamentos y psicoterapia.

### 2.5.1.- PSICOTERAPIA

Es importante evaluar la capacidad del paciente para beneficiarse con la psicoterapia la cual debe iniciarse cuando el episodio agudo de la depresión haya evolucionado en parte; y en depresiones menos graves. El paciente, candidato a psicoterapia, tiene que estar en capacidad de crear una alianza con el terapeuta y establecer relaciones humanas adecuadas. Debe ser capaz de tolerar ideas y sentimientos dolorosos o amenazantes, que pudieran presentarse durante el tratamiento, sin que esto afecte su funcionamiento laboral y social. Sobre todo tener un grado suficiente de conciencia psicológica que le ayude a comprender su problema.

No es recomendable dar psicoterapia a pacientes que tienen trastornos formales del pensamiento y que han presentado una conducta psicótica en el pasado.

### 2.5.2.- FARMACOTERAPIA

Los antidepresivos son psicofármacos que se emplean en todos los estados depresivos de cualquier origen. Para el tratamiento de la depresión se han utilizado tres grupos de medicamentos: los derivados tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y los derivados tetracíclicos.

Actualmente se usan otros antidepresivos que no producen muchos efectos secundarios, comparados con los tres grupos mencionados anteriormente, y son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Según Feighner y Boyer, las propiedades farmacológicas de estos medicamentos (citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina ) fueron estudiadas inicialmente por "Hytel (1977) y Christensen et al (1977), Wong et al (1977) , Claassen et al (1977), Buus Lassen (1978) y Koe et al (1977)". Estos fármacos son estructuralmente diferentes y muestran mayor selectividad para inhibir la recaptación de serotonina en relación con la recaptación de noradrenalina comparado con los antidepresivos tricíclicos. (21).

El modo de empleo de los antidepresivos varía en relación al tipo de medicamento y cada uno se analizará separadamente. Los más conocidos en la actualidad se clasifican como sigue:

GRUPO	NOMBRE QUIMICO	NOMBRE COMERCIAL
DERIVADOS TRICICLICOS	IMPRAMINA CLORIMIPRAMINA AMITRIPTILINA	TOFRANIL ANAFRANIL TRIPTANOL
IMAO	MOCLOBEMIDE	AURORIX
DERIVADOS TETRACICLICOS	MAPROTILINA	LUDIOMIL
ISRS	SERTRALINA PAROXETINA FLUOXETINA	ALTRULINE PAXIL PROZAC

(21) FEIGHNER J.P. y W.F. BOYER. *Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina: Perspectivas en Psiquiatría. Propiedades farmacológicas comparativas de los inhibidores.* , Inglaterra: Wiley.1991. Volumen 1. P. 40 y 64.

### **I.3.- NUESTRO ESTUDIO:**

El problema seleccionado consistió en conocer la incidencia de los "componentes depresivos en los pacientes con vitiligo de 18 años en adelante, que acudieron a consulta externa al Instituto de Dermatología (INDERMA) y que fueron evaluados durante los años de 1995 y 1996. Para el efecto se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- 1- Determinar los esta.
- 2- dos emocionales anteriores y posteriores al inicio del vitiligo.
- 3- Identificar los estresores psicosociales experimentados por los pacientes, previo a la manifestación de la enfermedad del vitiligo.
- 4- Investigar la relación existente entre el vitiligo y los componentes depresivos o la depresión.
- 5- Conocer los rasgos depresivos predominantes en los pacientes que padecen vitiligo.
- 5- Determinar si el vitiligo progresa o disminuye en proporción con los niveles depresivos.
- 7- Incentivar al médico en especial el Dermatólogo sobre la importancia que tiene el abordamiento psicológico en el tratamiento de pacientes con vitiligo.
- 3- Contribuir a desarrollar en el paciente un clima de seguridad en sí mismo a efecto de resolver total o parcialmente, los conflictos subyacentes representados por la enfermedad.

En base a los objetivos se planteó la hipótesis siguiente: "LOS COMPONENTES DEPRESIVOS INCIDEN EN EL CUADRO CLINICO DEL VITILIGO, EN PACIENTES DE 18 AÑOS EN ADELANTE QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA AL INSTITUTO DE DERMATOLOGIA (INDERMA).



## VARIABLES

DEPENDIENTE: Vitiligo.

INDEPENDIENTE: Componentes depresivos.

VARIABLES

INDICADORES

VITILIGO

Manchas en la piel de color blanco, generalmente simétricas, con contornos irregulares.

Exámen clínico médico.

Resultados de pruebas de laboratorio, en especial, biopsia y orina.

COMPONENTES  
DEPRESIVOS

Síntomas y signos.

Estado de ánimo bajo.

Capacidad disminuida.

Actividad física disminuida.

Relaciones personales y familiares alteradas.

Productividad laboral ausente o disminuida. Problemas de sueño.

Alteraciones del apetito.

Desarreglo personal.

# ***CAPITULO II***

## ***TECNICAS E INSTRUMENTOS***

## II.1.- DESCRIPCION DE LA POBLACION

La población que sufría el cuadro del vitiligo estaba formada por pacientes de 0 años en adelante de sexo masculino y femenino y pertenecían a estratos socioeconómicos comprendidos entre el proletariado y clase media. El nivel de escolaridad predominante era la primaria, no obstante se atendieron casos de profesionales a nivel medio y casos muy raros de profesionales a nivel universitario. Los pacientes regularmente residían en la ciudad capital de Guatemala, pero muchos de los casos procedían de los diferentes departamentos del país.

## II.2.- TECNICAS DE MUESTREO

Debido a las características de población, factores condicionantes y predisponentes, aspecto geográfico, procedencia y edad, se realizó un estudio de casos con 30 pacientes de 18 años en adelante, de sexo femenino y masculino. Todos padecían vitiligo y pertenecían a diferentes estratos socioeconómicos y culturales. Residentes en la ciudad de Guatemala y lugares circunvecinos. Fueron escogidos por medio de la técnica no aleatoria seleccionados en los libros de registro según la edad y procedencia.

## I.3. -TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

El procedimiento para la recolección se realizó de la siguiente manera:

### I.3.1.- REVISION DE LIBROS DE REGISTRO

Se revisaron los libros de registro para selección de la muestra, de acuerdo a la edad y procedencia. Además se obtuvo el número de expediente y nombre de cada uno.

### **II.3.2.- REVISION DE EXPEDIENTES**

Se revisaron los expedientes de los pacientes seleccionados para obtener los datos generales, resultados de laboratorio y la historia médica de la enfermedad, desde la primera consulta hasta mayo de 1997.

### **II.3.3.- ENTREVISTAS**

Se citaron los pacientes por medio de un telegrama para realizar una entrevista estructurada con el fin de recolectar datos de la historia clínica.

### **II.3.4.- EVALUACION PSICOLOGICA**

Después de la entrevista se evaluó al paciente por medio de la Escala de autoevaluación de Zung, que mide estados depresivos la cual es confiable y de fácil aplicación, probada en múltiples trabajos de investigación en otros países. Para mayor confiabilidad y en vista de que algunos no sabían leer, la prueba fue aplicada individualmente por la investigadora.

El trabajo se efectuó en clínicas de consulta externa del Instituto de Dermatología (INDERMA), los días martes de 8:00 a 12:00 horas, las condiciones físicas eran aceptables. Se trabajó con mobiliario adecuado, iluminación y ventilación natural, privacidad y silencio. Se tuvo la colaboración de personal administrativo y médico.

### **II.4.- TECNICA DE ANALISIS ESTADISTICO**

Para el análisis estadístico se trabajó primero un estudio de 30 casos y luego se procedió a realizar un análisis porcentual por ser una investigación de tipo asociativo.

## II.5.- INSTRUMENTOS

### II.5.1.- ENTREVISTA DIRIGIDA

Se utilizó la entrevista dirigida con el objeto de obtener datos suficientes para la elaboración de la historia clínica. La entrevista fue elaborada en base a los objetivos específicos, indicadores de las variables de la hipótesis planteada y cuadro clínico de la depresión.

(Véase Anexo 3, pag. 88).

### II.5.2.- ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG

La escala de autoevaluación del Doctor William Zung es sencilla, confiable y de fácil aplicación. No sólo es útil en algunos programas de investigación sino que es un buen auxiliar en la clínica para diagnosticar la depresión, especialmente cuando esta se presenta en forma enmascarada. Para la cuantificación del síntoma se plantearon 4 categorías en la presentación del mismo correspondiendo a muy pocas, algunas veces, frecuentemente y la mayoría del tiempo, calificando con un valor de 1, 2, 3 y 4 en orden variado según si la pregunta está formulada en sentido positivo o negativo. La escala se califica sumando los valores de cada pregunta. Esta calificación básica se convierte a un índice basado en 100; un índice bajo señala poca o ninguna depresión un índice alto señala una depresión de significancia clínica. (Véase anexo 3, pag. 93).

# **CAPITULO III**

## **PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS**

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

### III.1.- ANALISIS DE CASOS

Antes del procesamiento de datos se hizo un análisis detallado, individual, de cada uno de los 30 casos seleccionados para esta investigación. Los informes se presentan en el Anexo 1, página 52.

### III.2.- ANALISIS DE LOS COMPONENTES DEPRESIVOS DE LOS PACIENTES CON VITILIGO

Según la escala de Zung para medir la depresión, cada ítem, es equivalente a un síntoma y el paciente tiene cuatro opciones de respuesta, como se observa en el cuadro No. 1 que presenta los resultados obtenidos en la escala de Zung (Anexo 1, pag. 50). Para el siguiente análisis se tomaron en cuenta los totales que se encuentran encerrados en un círculo en el cuadro No. 1 y los datos obtenidos en la entrevista que se registran en cada caso (Anexo 1, pag. 52).

Para la clasificación de los síntomas se siguieron los lineamientos del cuadro clínico de la depresión, expuestos en el marco teórico de esta investigación. Los síntomas se clasificaron en cuatro grupos: Los trastornos afectivos, los trastornos intelectuales, los trastornos conductuales y los trastornos somáticos.

#### III.2.1.- TRASTORNOS AFECTIVOS: (Véase cuadro No. 2)

III.2.1.1. INDIFERENCIA AFECTIVA: que se manifiesta por una disminución o pérdida de intereses vitales. En la escala de Zung, solo los pacientes dijeron no disfrutar de las cosas que antes les parecían agradables. El 46.66 por ciento de los pacientes se consideraron solitarios y evitaban enfrentarse a las personas, aislándose por temor al rechazo, la crítica, la discriminación o simplemente miradas indiscretas.

### III.2.1.2.- TRISTEZA: Con o sin tendencia al llanto.

El 70 por ciento de los pacientes experimentaban sentimientos de tristeza y melancolía, el 70 por ciento tenían tendencias al llanto, lo cual indica que la tristeza y accesos de llanto eran síntomas muy frecuentes en los pacientes evaluados.

III.2.1.3.- INSEGURIDAD: Que se refiere a la dificultad para tomar decisiones. Se pudo observar que el 63.33 por ciento de los pacientes tenían dificultades en la toma de decisiones.

III.2.1.4.- PESIMISMO: Se manifiesta por una actitud derrotista y puede ser equivalente a la vacuidad y desesperanza, según el cuadro No. 1, (Pag. 50), Item 14 y 18. Se determinó que el 23.33 por ciento llevaban una vida insatisfactoria, el 33.33 por ciento de los pacientes se encontraban desesperanzados en el futuro y con ideas de fracaso.

III.2.1.5.- MIEDO: Este puede ser específico o indiferenciado.

El 53.33 por ciento de los pacientes manifestaron sentir miedo, la mayoría de ellos a situaciones específicas como por ejemplo: viajar en avión, ser despedido de su empleo por la enfermedad, ser rechazado en su relación de pareja y por las personas etc.

III.2.1.6.-ANSIEDAD: El 36.66 por ciento de los pacientes estaban presentando cuadros de ansiedad.

III.2.1.7. IRRITABILIDAD: El 70 por ciento de los pacientes manifestaron sentirse muy irritables y el 63.33 por ciento se calificaron de enojados, lo cual repercutía en sus relaciones laborales, mal funcionamiento en la familia, agresividad, e intolerancia en otras actividades.



### CUADRO No. 2

Contenido: (Trastornos afectivos de los pacientes con vitiligo).

Fuente: (Escala de Zung y entrevista).

TRASTORNOS AFECTIVOS	EQUIVALENTES	No.	%
INDIFERENCIA AFECTIVA	Indiferencia por las cosas que antes les parecían agradables.....	2	6.66
	Solitarios, pues se aíslan por miedo al rechazo o vergüenza de su imagen corporal.....	14	46.66
	Aburridos.....	13	43.33
TRISTEZA	Sentimientos de desamparo, Melancólicos y tristes.....	21	70.00
	Deseos o accesos de llanto.....	21	70.00
INSEGURIDAD	Dificultad para tomar decisiones.....	19	63.33
PESIMISMO	Insatisfechos con su vida.....	7	23.33
	Desesperanzados en el futuro y con Ideas de fracaso.....	10	33.33
MIEDO	Miedo a: perder su empleo, ser rechazado por las personas y en su relación de pareja, avance de la enfermedad.....	16	53.33
ANSIEDAD	Ansiosos.....	18	60.00
IRRITABILIDAD	Irritables.....	21	70.00
	Enojados.....	19	63.33

### III.2.2.- TRASTORNOS INTELECTUALES: (Véase cuadro No. 3)

Entre los trastornos intelectuales solamente se encontraron los siguientes síntomas:

**III-2.2.1. IDEAS DE CULPA Y DE FRACASO:** Esto se refiere a una autodevaluación e incapacidad de enfrentamiento que puede ser compatible con la desesperanza en el futuro y que afectaba al 33.33 por ciento de los pacientes, la devaluación personal experimentada en el 13.33 por ciento, se evalúa en la escala de Zung con el ítem: "Siento que me necesitan y que soy útil", y la mayoría respondieron en forma favorable pensando en torno al grupo familiar, no laboral ni social, lo cual indica que la familia jugaba un papel muy importante como punto de apoyo para la elevación de la autoestima. El 40 por ciento de los pacientes experimentaban sentimientos de culpa, algunos por acontecimientos racionalmente aceptables, pero otros por cualquier cosa.

#### CUADRO No. 3

Contenido: (Trastornos Intelectuales de los pacientes con vitiligo).  
Fuente: (Escala de Zung y entrevista).

TRASTORNOS INTELECTUALES	EQUIVALENTES	No.	%
IDEAS DE CULPA Y DE FRACASO	Desesperanzados en el futuro.	10	33.33
	Devaluación personal.....	4	13.33
	Culpabilidad.....	12	40.00
PENSAMIENTOS OBSESIVOS	Pensamientos repetitivos sobre el avance de la enfermedad, ideas de fracaso y las implicaciones del vitiligo en vida laboral, afectiva y social.	10	33.33

### II.2.2.2.- PENSAMIENTOS OBSESIVOS:

Según los datos registrados en el análisis de casos, los pensamientos obsesivos se referían siempre, a la amenaza que la enfermedad producía a su figura física. Las ideas repetitivas de fracaso con respecto al futuro, por las implicaciones de la enfermedad en las áreas afectiva, laboral y social, aumentaban la angustia de los pacientes. Puede verse en los casos No. 2, 6, 8, 10, 19, 20, 21, 22, 24, 25, (Anexo 1, pag. 52), que los pacientes pensaban constantemente en su enfermedad, excepto el caso No. 24 de una paciente con duelo no resuelto por la muerte de su única hija, que con sus propias palabras comentó lo único que ocupa mi mente es mi hija".

### II.2.3.- TRASTORNOS CONDUCTUALES: ( Véase cuadro No. 4).

II.2.3.1.- ACTIVIDAD DISMINUIDA: Esto se refiere al descuido e sus obligaciones y arreglo personal. Aparentemente nadie estaba descuidando sus obligaciones, pero se evidenció en el 20 por ciento de los pacientes, un descuido e indiferencia por su arreglo personal. Aunque, en todo el grupo evaluado se notó una tendencia al aislamiento social por temor al enfrentamiento ante los demás, por vergüenza de su imagen corporal, miedo al rechazo etc., sólo el 26.66 por ciento, de los pacientes mencionaron haber abandonado actividades sociales y deportivas por causa de la enfermedad (Casos No. 9, 10, 18, 19, 22, 26, 28, 29 en Anexo 1, pag. 52).

II. 2.3.2.- PRODUCTIVIDAD DISMINUIDA: Se refiere al bajo rendimiento laboral, y aunque nadie afirmó haber descuidado sus obligaciones laborales, algunos mencionaron haber renunciado a su trabajo por causa de la enfermedad (Casos No. 12, 14 y 20. Anexo 1),

para protegerse del rechazo o para no sufrir la vergüenza de ser despedidos. El 70 por ciento de los pacientes se sentían cansados y tenían que realizar un mayor esfuerzo para cumplir con sus obligaciones. El 50 por ciento se cansaba sin motivo, sin hacer mayor esfuerzo, lo cual equivale a la fatiga según Zung. El 20 por ciento tenían dificultad para hacer lo que antes podían hacer, o sea, retardo psicomotor, según Zung, que en algunos era debido a su edad.

**III-2.3.3. IMPULSOS SUICIDAS:** El 33.33 por ciento de los pacientes presentaban impulsos suicidas, deseaban quitarse la vida, pero nunca lo habían intentado. Necesitaban mucha ayuda y entre los de más riesgo, se encontraron el caso No. 4 y 10. ( Véase Anexo 1).

#### CUADRO No. 4

Contenido: (Trastornos Conductuales de los pacientes con vitiligo).

Fuente: ( Escala de Zung y entrevista).

TRASTORNOS CONDUCTUALES	EQUIVALENTES	No	%
ACTIVIDAD DISMINUIDA	Indiferencia y descuido en su arreglo personal.....	6	20.00
	Abandono de actividades sociales, deportivas o recreativas.....	8	26.66
PRODUCTIVIDAD DISMINUIDA	Dificultad para hacer lo que antes podían hacer.....	6	20.00
	Cansancio.....	21	70.00
	Fatiga.....	15	50.00
PENSAMIENTOS SUICIDAS	Con deseos de suicidio, sin haberlo intentado.....	10	33.33

III.2.4.- TRASTORNOS SOMATICOS: (Véase cuadro No. 5).

III.2.4.1.- TRASTORNOS DEL SUEÑO: El 40 por ciento de los pacientes manifestaron tener problemas de insomnio y sueño interrumpido.

III.2.4.2.- TRASTORNOS DEL APETITO: El 40 por ciento experimentaban una disminución en la ingestión de alimentos por falta de apetito, lo cual coincide con la pérdida de peso en el 33.33 por ciento de los pacientes.

CUADRO No. 5

Contenido: (Trastornos Somáticos de los pacientes con vitiligo).

Fuente: (Escala de Zung y entrevista).

TRASTORNOS SOMATICOS	EQUIVALENTES	No.	%
TRASTORNOS DEL SUEÑO	Insomnio.....	12	40.00
TRASTORNOS DEL APETITO	Disminución en la ingestión de alimentos.....	12	40.00
DISMINUCION DE LA LIBIDO	Disminución del deseo sexual	18	60.00
CEFALEA TENSIONAL	Dolor de cabeza.....	6	20.00
	Cuello rígido.....	7	23.33
	Tensión.....	15	50.00
TRASTORNOS DIGESTIVOS	Estreñimiento.....	9	30.00
	Gastritis.....	3	10.00
	Úlceras.....	1	3.33
TRASTORNOS CARDIOVASCULARES	Taquicardia.....	17	53.00

**III.2.4.3.- DISMINUCION DE LA LIBIDO:** El 60 por ciento de los pacientes presentaban disminución del deseo sexual.

**III.2.4.3.- CEFALEA TENSIONAL:** El 50 por ciento de los pacientes padecían tensión, el 20 por ciento, dolores de cabeza frecuentes y el 23.33 por ciento, cuello rígido.

**III.2.4.4.- TRASTORNOS DIGESTIVOS:** En la escala de Zung, solo se evalúa el estreñimiento, por ser el más frecuente, y el 30 por ciento de los pacientes presentaban este síntoma. El 10 por ciento, padecían de gastritis y el 3.33 por ciento, de úlcera, según indicaron.

**III.2.4.5.- TRASTORNOS CARDIOVASCULARES:** El 53 por ciento de los pacientes padecían de taquicardia.

En resumen se pudo comprobar que en primer lugar, los pacientes estaban afectados en la esfera afectiva, y los síntomas más frecuentes, eran la tristeza con tendencia al llanto, la inseguridad, el miedo y la irritabilidad. En segundo lugar se presentaron los trastornos somáticos en los que predominaron, la taquicardia, la tensión, el insomnio y disminución de la libido y del apetito.

Se ubicaron en tercer lugar, los trastornos conductuales y los síntomas más frecuentes fueron: el cansancio, fatiga y abandono de actividades sociales. Solo el 33.33 por ciento tenían pensamientos suicidas, pero se considera un síntoma de importancia en esta esfera.

Por último se mencionan los trastornos intelectuales que son los menos frecuentes, pero de mucha importancia, por considerar que las ideas de fracaso, los pensamientos y percepciones equivocadas de la enfermedad, de sí mismo y de su ambiente inmediato provocan alteraciones en la emocionalidad y personalidad del individuo.

### III-3. ANALISIS CUANTITATIVO DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS DE LOS PACIENTES CON VITILIGO

CUADRO No. 6

Contenido: (Estados depresivos de los pacientes con vitiligo evaluados)

Fuente: (Escala de Zung)

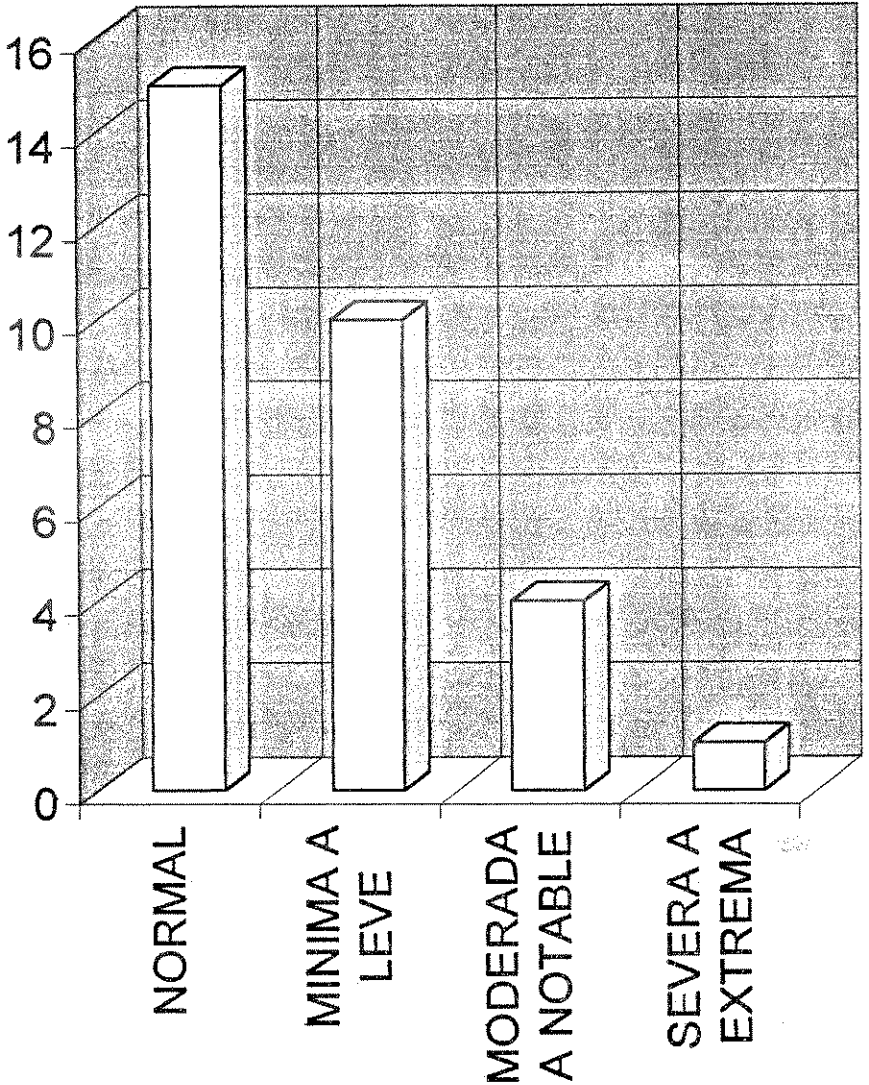
ESTADOS DEPRESIVOS	PACIENTES	%
DENTRO DE LO NORMAL	15	50.00
DE MINIMA A LEVE	10	33.33
DE MODERADA A NOTABLE	4	13.33
DE SEVERA A EXTREMA	1	3.33
TOTAL	30	100.00

En el cuadro No. 6 se puede observar que un 50 por ciento de los pacientes presentaban un estado depresivo dentro de lo normal, el 33.33 por ciento, una depresión de mínima a leve, el 13.33 por ciento, la moderada a notable y el 3.33 por ciento de severa a extrema. La mayor parte de los pacientes estaban entre lo normal y una depresión leve, por lo que se interpreta que la mayoría presentaban estos estados depresivos de poca gravedad y pueden ser tratados sin necesidad de hospitalización, para lograr su adaptación y prevenir depresiones mayores.

En la gráfica No. 1 se observa mejor la frecuencia de los estados depresivos, presentados en el cuadro No. 6.

# GRAFICA No. 1

## FRECUENCIA DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS





## CUADRO No. 7

Contenido: (Relación entre estados depresivos y sexo).

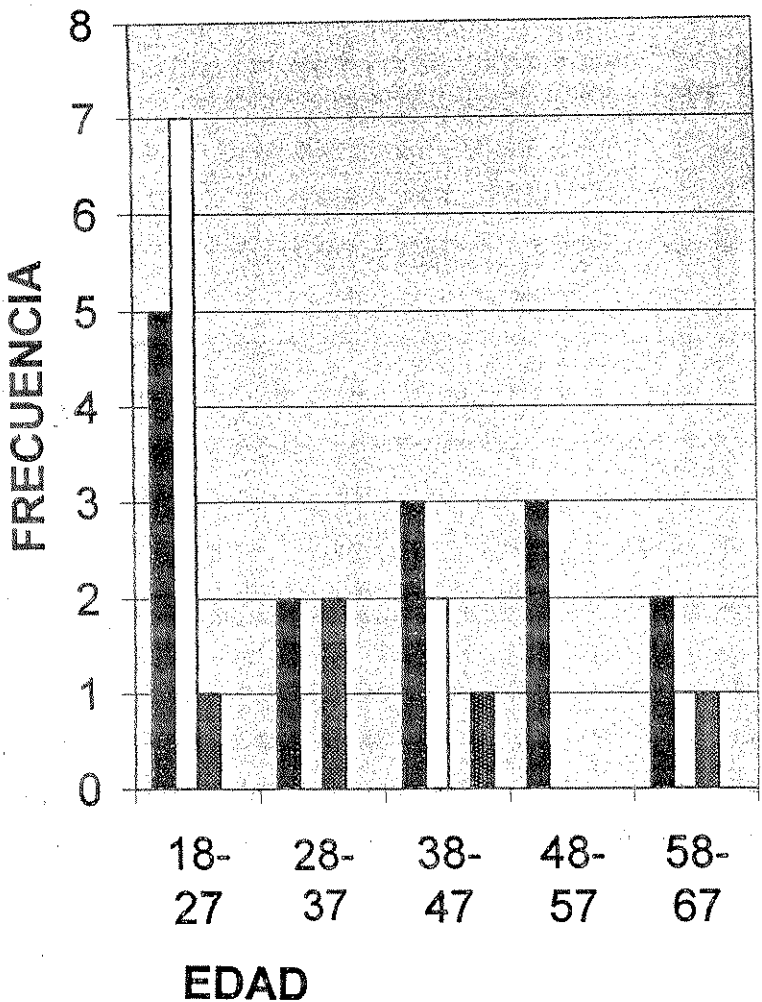
Fuente: (Escala de Zung y Entrevista).

ESTADOS DEPRESIVOS	HOMBRES	%	MUJERES	%
DENTRO DE LO NORMAL	5	55.55	10	47.61
MINIMA A LEVE	4	44.44	6	28.57
MODERADA A NOTABLE	0	00.00	4	19.04
SEVERA A EXTREMA	0	00.00	1	4.76
TOTAL	9	100.00	21	100.00

En el cuadro No. 7 se puede ver, que las mujeres tuvieron una mayor tendencia a la depresión. El 52 por ciento de ellas presentaban estados depresivos distribuidos desde mínima a extrema. Sin embargo, en el grupo de los hombres, el 55 por ciento se encuentra dentro de lo normal, el 44 por ciento padecen una depresión de mínima a leve y no se encontraron casos con niveles depresivos más graves en el grupo masculino. Estos resultados podrían indicar que el aspecto desfigurante de la enfermedad es más impactante en la mujer que en el hombre, aunque no necesariamente.

En la gráfica No. 2 se presenta una comparación entre los estados depresivos de hombres y mujeres evaluados.

### GRAFICA No. 3 RELACION ENTRE EDAD Y ESTADOS DEPRESIVOS



- NORMAL
- MIN-LEV
- MOD-NOT
- SEV-EXT

## CUADRO No. 9

Contenido: (Relación entre estados depresivos y nivel de escolaridad de los pacientes con vitiligo).

Fuente: (Entrevista estructurada y Escala de Zung).

ESCOLARIDAD	NORMAL	MIN-LEV	MOD-NOT	SEV-EXT	TOTAL
ANALFABETA	4	1	0	0	5
PRIMARIA INCOMPLETA	1	3	0	0	4
PRIMARIA COMPLETA	4	0	3	0	7
SECUNDARIA COMPLETA	0	3	0	0	3
DIVERSIFICADO INCOMPLETO	3	0	0	0	3
DIVERSIFICADO COMPLETO	0	2	0	1	3
UN AÑO DE UNIVERSIDAD	2	0	0	0	2
DOS AÑOS UNIVERSIDAD	0	1	0	0	1
TECNICO UNIVERSITARIO	1	0	1	0	2

Según los datos del cuadro No. 9, se concluye que no existe ninguna relación entre el nivel de escolaridad y los estados depresivos, ya que en cualquier nivel se encontraron personas deprimidas.

## CUADRO No. 10

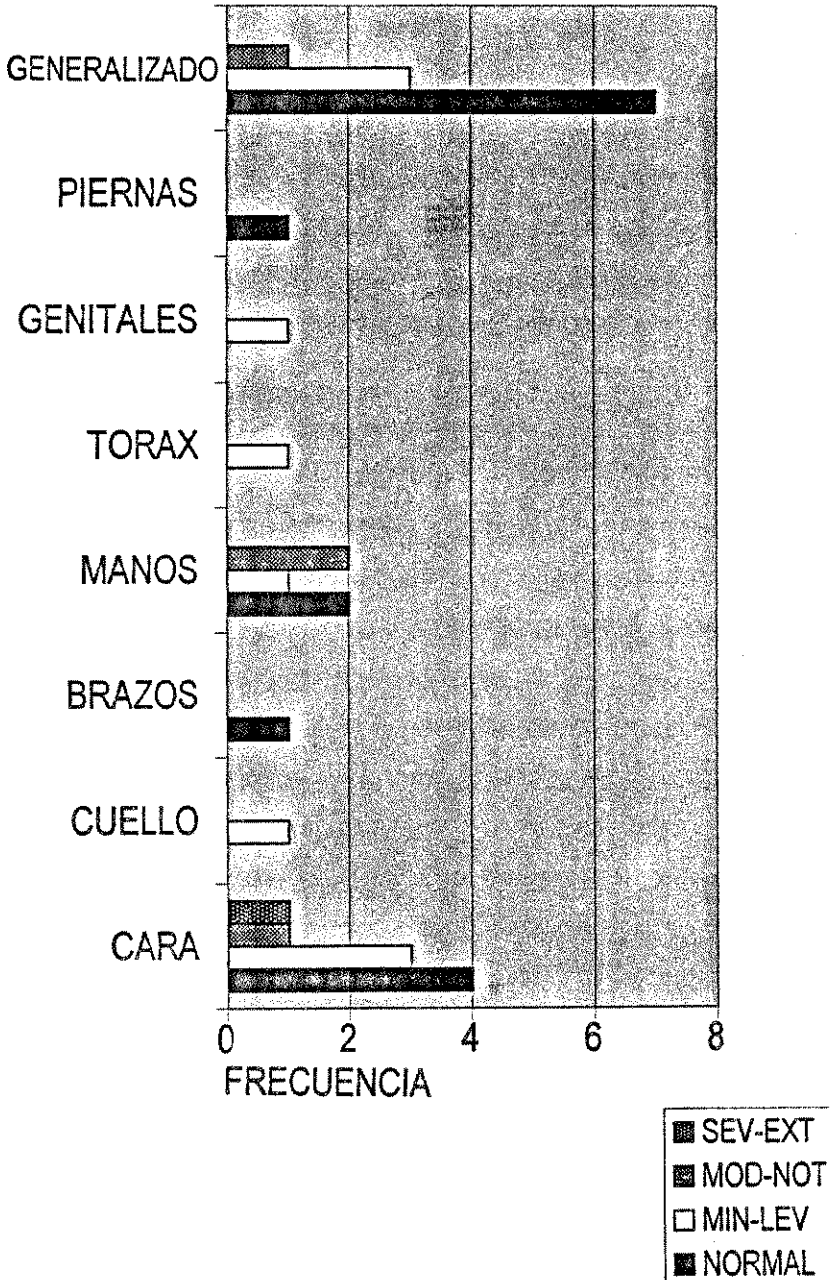
Contenido: (Relación entre estados depresivos y áreas afectadas por el vitiligo).

Fuente: (Escala de Zung y Entrevista).

AREAS AFECTADAS	NORMAL	MIN-LEV	MOD-NOT	SEV-EXTR	TOTAL
CARA	4	3	1	1	9
CUELLO	0	1	0	0	1
BRAZOS	1	0	0	0	1
MANOS	2	1	2	0	5
TORAX	0	1	0	0	1
GENITALES	0	1	0	0	1
PIERNAS	1	0	0	0	1
3 AREAS O GENERALIZADO	7	3	1	0	11

El cuadro No. 10 presenta la relación entre áreas afectadas por el vitiligo y estados depresivos. Es raro encontrar sólo un área despigmentada, por ello en el cuadro de arriba se incluyeron en un área los pacientes con dos áreas afectadas, tomando en cuenta el área visible que más daño emocional causa. Ejemplo: alguien con vitiligo en estómago y cara, aparece como afectado sólo en la cara. Los pacientes presentaron depresión con cualquiera de las áreas afectadas, pero se encontraron niveles depresivos más graves en los pacientes que tenían vitiligo en cara, manos y generalizado. (Véase gráfica No. 4)

GRAFICA No. 4  
RELACION ENTRE ESTADOS DEPRESIVOS Y AREAS  
AFECTADAS POR EL VITILIGO



### III.4.- ANALISIS CUALITATIVO DE LOS INDICADORES EMOCIONALES ENCONTRADOS EN LOS PACIENTES CON VITILIGO

A lo largo de toda la investigación se pudo observar que el vitiligo, pese a que no es una enfermedad que cause una incapacidad física propiamente dicha, prurito, dolor físico etc., tenía gran importancia en la emocionalidad del individuo, por la confrontación con la amenaza al sentido de la imagen corporal debido al desfiguramiento que causa la enfermedad. Golpeaba fuertemente a cada persona, afectando la propia autoestima, el autoconcepto y el narcisismo de aquellos individuos cuya valoración y significancia hacia el aspecto físico juega un papel determinante.

Se observó en la mayoría de los pacientes evaluados, una sintomatología depresiva de poca gravedad dado que no presentaban delirios depresivos, no padecían signos de grave lentitud psicomotora y las capacidades de comunicación no se mostraban disminuidas.

Es importante mencionar que aunque, el 50 por ciento de los pacientes se encontraban dentro de lo normal, se hizo evidente la tendencia depresiva y los componentes depresivos se encontraron en todo el grupo.

Se pudo observar que, el vitiligo, en la mayor parte de los casos se había desarrollado después de un suceso impactante en la vida de los pacientes. Se determinó que la pérdida del objeto era uno de los sucesos más frecuentes, produciéndose una reacción de duelo y posteriormente una depresión, según el grado de valoración del impacto. También se observó que los pacientes que habían estado sujetos a situaciones conflictivas, que les producían mucho estrés, como pro-

emas familiares y laborales, se habían enfermado con vitiligo, y la enfermedad se mantenía inestable. Cuando estaban tranquilos empezaban a pigmentar y cuando se sometían a situaciones estresantes, agravaba la enfermedad (véase casos No. 5, 13, 20 y 21. Anexo 1) y mantenían en un sube y baja.

En el Cuadro No. 11 se presentan los sucesos de la vida que podrían calificarse como desencadenantes del vitiligo en los pacientes aludados y se clasificaron según la Escala de Readaptación social de Holmes.

### CUADRO No. 11

Contenido: (Sucesos de la vida que podrían calificarse como desencadenantes del vitiligo).

Fuente: (Entrevista y Escala de readaptación social de T. Holmes en Slaikeu, Karl A. Op. Cit. pag. 13).

GRUPO	SUCESOS DE LA VIDA	VALORACION	FRECUENCIA
3	-Separación marital.....	65	1
5	-Muerte de un familiar cercano.....	63	4
6	-Lesión personal (asalto a mano armada y abuso sexual).....	53	2
11	-Enfermedad de un familiar cercano.....	44	5
14	-Ganar un nuevo miembro en la familia (nacimiento de un Bebé).....	39	3
18	-Cambio a un nuevo trabajo.....	36	1
19	-Discusiones con el cónyuge.....	35	3
23	-Abandono del hogar de un hijo, por matrimonio.....	29	1
24	-Problemas con parientes políticos.....	29	1

En algunos casos la crisis afectaba tanto al paciente, que el vitiligo pasaba a ocupar un segundo plano en su vida. En ellos se notaba cierta conformidad e indiferencia hacia la enfermedad, pero en realidad su atención, en ese momento, estaba centrada en otros problemas que significaban verdaderas crisis imposibles de sobrellevar.

Los pacientes que estaban directamente afectados por el impacto del vitiligo, luchaban tratando de erradicar la enfermedad y algunos a pesar de los años de padecimiento, no lograban conformarse ni aceptar el cambio producido en su imagen corporal.

Es importante mencionar que aunque el factor común del vitiligo, era la amenaza a la imagen corporal, para cada persona individual, tenía un significado distinto. Para los adolescentes el impacto era mayor y la enfermedad les parecía aterradora. Sus expectativas hacia el futuro se veían amenazadas, pues en esta etapa de la vida el esquema corporal y la apariencia física tienen un significado especial para su realización como persona, sobre todo en la conquista del sexo opuesto.

En el grupo de adultos que se encuentran en etapa activa de trabajo y con responsabilidades familiares, las respuestas emocionales estaban vinculadas al fracaso en el área laboral principalmente, temían ser despedidos de su empleo por causa de la enfermedad o ser rechazados dentro del grupo social.

Otro grupo de pacientes evidenciaban una actitud pasiva y de indiferencia hacia la enfermedad. Se mostraban conformes ante su situación.

En todos los grupos mencionados, los factores sociales, económicos, educativos, culturales y religiosos, juegan un papel importante y



terminante, en las diferentes respuestas emocionales ante la enfermedad. Sin embargo, se pudo comprobar que en todo caso se notó la sintomatología de tipo depresiva, por lo que se acepta la hipótesis planteada de que los componentes depresivos inciden en el cuadro clínico del vitiligo.

# *CAPITULO IV*

## *CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES*

## IV.1.- CONCLUSIONES

IV-1.1. En base a los datos registrados en toda la investigación se acepta la hipótesis de que los componentes depresivos inciden en el cuadro clínico del vitiligo en pacientes de 18 años en adelante que acudieron a consulta externa al Instituto de Dermatología (INDERMA).

IV.1.2.- La mayoría de los pacientes evaluados padecían una sintomatología depresiva de poca gravedad, dado que no presentaban delirios depresivos, no padecían signos de grave lentitud psicomotora y las capacidades de comunicación no se mostraban disminuidas.

IV.1.3.- Se concluyó que los pacientes eran afectados en primer lugar por los trastornos afectivos, encontrándose en altos porcentajes la tristeza con tendencia al llanto, la irritabilidad, inseguridad y miedo.

IV.1.4.- En segundo lugar los pacientes padecían de trastornos somáticos predominando los síntomas de disminución de la libido, tensión y taquicardia.

IV.1.5.- Las áreas menos afectadas en los pacientes, fueron la intelectual y la conductual, observándose un aislamiento social, ideas de fracaso con respecto al futuro y falsas percepciones de sí mismo que conllevan al autorechazo y baja autoestima.

IV.1.6.- Se observó que el impacto del vitiligo era mayor dentro del grupo de los adolescentes con altas aspiraciones de realización personal y adultos con trabajos asalariados y responsabilidades familiares.

IV.1.7.- Se concluye que el vitiligo es determinante en las relaciones laborales y sociales del individuo por ser un problema físico de carácter psicosocial.

## IV.2.- RECOMENDACIONES

IV.2.1.- Se recomienda que el sistema hospitalario y los equipos de salud mental atiendan y traten los componentes emocionales del vitiligo dando importancia al papel del psicólogo en el equipo de salud.

IV.2.2.- Que todos los pacientes con diagnóstico de vitiligo, comprobado reciban atención psicológica en el momento en que se les informa sobre su enfermedad para disminuir el impacto emocional de la noticia, por tratarse de una enfermedad desfigurante y sin tratamiento específico realmente efectivo, por desconocerse la etiología.

IV.2.3.- Proporcionar apoyo psicoterapéutico al paciente para prevenir o tratar cualquier tipo de depresión y como consecuencia evitar el deterioro personal incluso el suicidio.

IV.2.4.- Dar especial atención al área afectiva del paciente a través de una relación terapéutica que le permita expresar sus sentimientos, temores, enojos e inquietudes.

IV.2.5.- No descuidar el tratamiento farmacológico en el área somática del paciente la cual debe ser prescrita por un médico psiquiatra o médico con experiencia en psicofármacos para no agravar la salud del paciente.

IV.2.6.- Ayudar al paciente para que mejore la percepción de sí mismo y de su ambiente inmediato, para evitar el aislamiento y abandono de sí mismo.

IV.2.7.- Elevar la autoestima del paciente proporcionándole los elementos necesarios, para que incorpore gradualmente su nueva imagen corporal, y se enfrente ante los demás con seguridad y dignidad, sobre todo cuando la enfermedad no responde al tratamiento.

## BIBLIOGRAFIA

- .. BELLAK, Leopoldo y Leonard SMALL. *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. México: Pax-México, Librería Carlos Cesarman, 1980. 380pp.
- .. BUGAMOR PHARMA. *Focus on Depresión*. Amsterdam: Bugamor Pharma, 1992. Revista. Volumen 2, Número 1, Marzo 1992. 24pp.
- .. CALDERON NARVAEZ, Guillermo. *Depresión*. Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas, 1985, 252 pp.
- .. COLEGIO IBERO- LATINOAMERICANO DE DERMATOLOGÍA. *Actualizaciones Terapéuticas Dermatológicas*. Paraguay: Actualizaciones médicas, 1972. Volumen 14. No. 4. 268 pp.
- .. CORDERO, Fernando. *Manual de Dermatología*. Primera edición. Guatemala: Artes Gráficas, 1967. 599 pp.
- .. DE LA OSA, José A. *Desafiando lo Incurable*. Aporte cubano al tratamiento del vitiligo. Revelaciones del Dr. Carlos Miyares Cao. Cuba: Centro de Histoterapia Placentaria, 1996. 108 pp.
- .. DEMIS, D. Joseph, *Clinical Dermatology*. Philadelphia, Estados Unidos de América: J.B. Lippincott Company, 1993. Vol. 2. 577 pp.
- .. DICAPRIO, Nicholas S. *Teorías de la Personalidad*. Segunda Edición. Traducción de Jorge Alberto Velásquez Arellano y Ana María Palencia Guerrero. México: McGraw-Hill, 1992. 559 pp.
- .. DOMONKOS, Anthony N. *Andrews Tratado de Dermatología*. Segunda edición. Traducción de Francisco Kerdel-Vegas. Barcelona: Salvat S.A., 1980. 1078 pp.
- .. FEIGHNER, J. P. y W. F. BOYER, *Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina*. Perspectivas en Psiquiatría. Inglaterra: Wiley, 1991. Volumen 1. 181pp.
- .. FLAHERTY, Joseph A. y Colaboradores. *PSIQUIATRIA. Diagnóstico y tratamiento*. México: Médica panamericana, S.A., 1991. 462 pp.
- .. KAPLAN, Harold I. y Benjamín J. SADOCK. *Compendio de Psiquiatría*. Segunda Edición. Traducción de Jorge Vigil Rubio. México: Salvat, 1991. 979 pp.

13. KOLB, Lawrence C. *Psiquiatría Clínica Moderna*. 6ª. Edición, Traducción de Leopoldo Chagoya Beltrán y Charlotte Birrel de Chagoya. México: Prensa médica mexicana S.A., 1983. 1016 pp.
14. KRUEGER, David W. *Psicología de la Rehabilitación*. Barcelona: Herder S.A., 1988. 467 pp.
15. MERCK SHARP & DOHME RESEARCH LABORATORIES, *EL MANUAL MERCK. De diagnóstico y terapéutica*. Estados Unidos de América: Merck & Co. Inc. Rahway, N.J., 1978. 1736 pp.
16. OSTRANDER, Sheila, Lyn SCHOEDER y Nancy OSTRANDER. *Superaprendizaje*. México: Grijalbo, S.A., 1983. 337 pp.
17. PANCHERI, Paolo, *Manual de Psiquiatría Clínica*. Primera edición. México: Trillas, 1979. 392 pp.
18. PEREZ Toledo, Miguel Angel. *STRESS, Vida o muerte. Como controlarlo*. 2ª. Edición. México : Herschel, 1992. 182 pp.
19. SARASON Irwing G. y Bárbara G. SARASON. *Psicología Anormal*. Los problemas de la conducta desadaptada. 2ª. Edición. Traducción de Mari Luz Caso Sáinz. México: Trillas, 1988. 617 pp.
20. SLAIKEU, Karl A. *INTERVENCION EN CRISIS*. Traducción de Ma. Gabriela Ledesma Pineda. México: El Manual Moderno S.A., 1984. 313 pp.
21. SOCIEDAD MEXICANA DE PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA. *Depresión en la Práctica Médica*. México: Educación médica continua, 1986. Facículo 1. 24 pp.
22. URIARTE , Victor. *Neuro Psicofarmacología*. Tercera Edición. México: Artes Gráficas, 1988. 130 pp.
23. VELLE, Claude A. *BIOLOGIA*. Séptima edición. Traducido por Dr. Roberto Espinosa Zarza. México: Interamericana, 1978. 803 pp.

# ANEXO 1

CUADRO No. 1  
(Resultados de la Escala de Zung)  
y  
REGISTRO DE CASOS

**CUADRO No. 1**  
**RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ESCALA DE ZUNG**  
**APLICADA A LOS PACIENTES CON VITILIGO**

A = Nunca o muy pocas veces B = Algunas veces C = Frecuentemente  
 D = La mayoría del tiempo o siempre

SINTOMAS DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS	TEMAS DE LA ESCALA EQUIVALENTES	A	B	C	D
<b>1. AFECTIVOS PERSISTENTES</b>					
deprimido, triste, melancólico	1. Me siento descorazonado, melancólico y triste	9	(17)	(2)	(2)
Accesos de llanto	3. Siento deseos de llorar	9	(12)	(6)	(3)
<b>2. EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS</b>					
Variación diurna: Exageración de síntomas por la mañana y algún alivio conforme avanza el día.	2. Por la mañana es cuando mejor me siento	(2)	(7)	7	14
Sueño: despertar temprano o frecuente	4. Me cuenta trabajo dormir durante la noche	18	(10)	0	(2)
Apetito: disminución de la ingestión de alimentos	5. Como tanto como solía comer antes	(6)	(6)	6	14
Pérdida de peso: asociada con la ingestión disminuida de alimentos, o metabolismo aumentado y reposo disminuido	7. Noto que estoy perdiendo peso	20	(6)	0	(4)
Sexuales: libido disminuida	6. Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos.	(13)	(5)	4	8
Gastrointestinales: estreñimiento	8. Tengo problemas de estreñimiento.	21	(6)	0	(3)
Cardiovasculares: taquicardia	9. Mi corazón late más rápidamente que lo normal.	13	(14)	(3)	0
Músculoesquelético: fatiga	10. Me canso sin motivo.	15	(8)	(4)	(3)

Continúa en la página siguiente.....



Continuación del cuadro No. 1

3. EQUIVALENTES PSICOLOGICOS					
Agitación psicomotora	13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	12	13	2	3
Retardo psicomotor	12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer antes.	6	5	6	13
Confusión	11. Mi mente está tan despejada como siempre.	7	10	5	8
Vacuidad	18. Llevo una vida satisfactoria	2	5	7	16
Desesperanza	14. Tengo esperanzas en el futuro	5	5	5	15
Indecisión	16. Encuentro fácil tomar decisiones	9	10	1	10
Irritabilidad	15. Me irrito más de lo normal	9	12	4	5
Insatisfacción	20. Todavía disfruto de las cosas que solía hacer .	2	8	7	13
Devaluación personal	17. Siento que me necesitan y que soy útil	0	4	7	19
Rumiación suicida	19. Siento que los demás estarían mejor si yo estuviese muerto	20	6	1	3

## ANALISIS DE 30 CASOS

### ASO No. 1

Hombre de 49 años de edad, sin escolaridad, que se dedicaba a la venta de leña y carbón, consultó en octubre de 1995 después de un año de evolución de la enfermedad, la cual afectó primero la barbilla y párpado hasta generalizarse rápidamente. Manifestó que no le preocupaba la enfermedad, ni le causaba problema, demostraba conformidad y aceptación al respecto e indicó "es la voluntad de Dios y tengo que aceptarla". El paciente asistió a consulta por insistencia de un amigo el cual lo llevó a INDERMA. El paciente indicó que el vómito le inició un año después de que una nuera falleciera de parto, dejando un bebé huérfano. El hijo del paciente y esposo de la fallecida no superó la pérdida de su esposa y se refugió en el alcohol a un grado de deterioro físico y moral. El paciente fue golpeado emocionalmente por el sufrimiento de su hijo y cree que por eso se enfermó con vitiligo. A la fecha de la entrevista su hijo estaba recuperado y llevaba una vida normal con su nueva esposa. Según la escala de King el paciente se encontraba dentro de lo normal, y presentaba los síntomas de taquicardia, tristeza y deseos de llorar algunas veces. El paciente a pesar de que mostraba conformidad por su enfermedad, se tornaba nostálgico cuando hablaba de ella y pese a que se mostró diferente hacia el tratamiento, asistió a consulta externa 4 veces durante los meses de octubre a noviembre de 1995 y llegó 20 veces a fisioterapia. Manifestó que su realización personal no se veía amenazada con la enfermedad, probablemente porque su ambiente inmediato no le imponía mayores exigencias.

## CASO No. 2

Mujer de 20 años de edad, soltera, estudiante del primer año en la universidad, consultó en septiembre de 1995. La enfermedad le había iniciado en un brazo, tres meses atrás y abarcó inmediatamente el cuello. Tenía problemas de relación con el padre y existía una lucha constante por el poder entre sus progenitores lo que agravaba las tensiones familiares. Tenía un hermano menor con vitiligo. A la fecha de la entrevista la paciente se mostraba preocupada, estaba teniendo pensamientos obsesivos con respecto a su enfermedad y manifestó sentirse muy angustiada por el avance del vitiligo, pues temía que afectara su vida social. Ella se consideraba como una persona enojada, alegre, relajada, celosa, miedosa e inquieta. Fue evaluada con la escala de Zung, obteniéndose resultados de una depresión dentro de los normal y presentando los síntomas de variación diurna, fatiga, agitación psicomotora e indecisión. La paciente estaba generando niveles de ansiedad y angustia por las ideas de fracaso con respecto al futuro.

## CASO No. 3

Mujer de 58 años, sin escolaridad, ama de casa, soltera, presentaba manchas en el cuerpo de 3 años de evolución y fue evaluada en octubre de 1995, cuando asistió a su segunda consulta, después de tres años de ausencia. En esa fecha refirió que en el pasado, vivía solamente con un hijo, porque se había separado del marido, con el cual había tenido muchos problemas de relación. Aparentemente la separación marital no le afectó, pero se aferró al cariño de su hijo, el cual se casó. La separación de su hijo le afectó tanto, que a los pocos meses le apareció el vitiligo. A la fecha de la consulta presentaba pro-

emas de sueño, manifestado por sueño superficial y un despertar instantáneo, además, refirió sentirse muy sola, triste, culpable, miedo, celosa, aburrida, inquieta. Según la escala de Zung presentaba una depresión de mínima a leve y síntomas de taquicardia, confusión, estreñimiento, cansancio. La paciente se mostraba indiferente en respecto al tratamiento del vitiligo e indicó que no le ocasionaba ningún problema, prueba de ello es que consultaba con poca frecuencia y se ausentaba por largo tiempo. Llegaba a consulta sólo cuando presentaba otras afecciones y consultó en 1995 por venas varicosas, en abril de 1996 regresó y se le dió tratamiento para las venas vitiligo, en abril de 1997 regresó por un edema hipoflátrico más IVS ónica y no asistió a psicoterapia.

#### ASO No. 4

Mujer de 18 años de edad, estudiante, soltera, consultó en noviembre de 1995 por primera vez, después de 10 años de evolución de la enfermedad en los genitales. La paciente era hija de madre soltera y nunca supo quien era su padre y un tío que vivió con ellas abusó sexualmente de la niña, cuando sólo tenía 3 años de edad, manipulando los genitales de la pequeña. La paciente a la fecha de la entrevista notaba muy ansiosa, tensa y evitaba el contacto visual directo. Exactamente en esa fecha veía a un vecino que tenía un parecido físico al tío mencionado y esa situación estaba activando en ella los malos recuerdos del pasado generándole niveles de angustia, incluso estaba transfiriendo sus sentimientos de enojo, odio y asco hacia el vecino que le recordaba el tío. El vitiligo que se había mantenido estable en los genitales por 10 años empezó a avanzar en esos días. Sus expectativas de vida estaban disminuidas y tenía pensamientos sui-

cidas, indicó que a veces pensaba en cortarse las venas o tomar pastillas para terminar con su vida, pero no se atrevía a realizarlo. Según los resultados de la escala de Zung, estaba padeciendo una depresión de mínima a leve presentando los síntomas de desesperanza, indecisión, devaluación personal, disminución de la libido, estreñimiento y retardo psicomotor. Esta paciente fue referida por el dermatólogo para tratamiento psiquiátrico a lo cual asistió solamente una vez y no regresó. Se le llamó posteriormente por teléfono pero hasta mayo de 1997 no se encontró en su expediente registro de nuevas consultas.

#### CASO No. 5

Hombre de 25 años de edad, casado, con escolaridad de primaria incompleta, panadero, consultó por primera vez dos años después del inicio de la enfermedad. A la fecha de la evaluación en septiembre de 1995, tenía 8 años de estar en tratamiento médico y nunca se le había dado tratamiento psicológico. En su expediente aparecen notas indicando que mostraba un comportamiento apático y no realizaba bien el tratamiento. Los médicos tenían que explicarle el tratamiento repetidamente, debido a que no seguía bien las instrucciones; algunas veces aumentó la dosis de los medicamentos sin autorización médica, probablemente en su desesperación de curarse. Según refirió el paciente, tuvo una niñez muy conflictiva. Cuando él tenía 10 años de edad, su madre se casó y tuvo que vivir con su padrastro, hombre con el cual, tuvo problemas de relación. La madre lo golpeaba duramente, por causa del padrastro, la situación se agravó al extremo de que tuvo que abandonar el hogar a los 12 años y optó por dormir en la calle. Cuando narraba su historia y la forma como su

madre lo rechazaba y agredía presentaba accesos de llanto. El paciente manifestó que a los 15 años de edad se le hizo manifiesto el vitiligo, justo unos meses después de que su hermano mayor, quien era soldado del ejército de El Salvador y única persona en la cual se apoyaba el paciente, estuvo al borde de la muerte por haber sido herido en combate por la guerrilla. A la fecha de la entrevista el paciente llevaba una vida "normal" al lado de su esposa, refirió no tener conflictos en su relación y el vitiligo permanecía estable en el cuello, incluso estaba mejorando. En esa fecha fue evaluado con la escala de Zung y se le diagnosticó una depresión de mínima a leve, con los síntomas de tristeza con tendencia al llanto, disminución de la libido, desesperanza, indecisión, devaluación personal, insatisfacción por la vida.

En enero de 1996 llegó a consulta psicológica, y el vitiligo estaba avanzando. Tenía conflictos matrimoniales, las riñas con la esposa eran constantes y en ese tiempo coincidentemente la madre iba a visitarlos con mucha frecuencia e interfería en sus relaciones con la esposa. El paciente se conmovía y se consideraba maltratado por ambas mujeres, presentando accesos de llanto incontrolables por la situación. Se le trató con antidepresivos y se le dio psicoterapia, siendo notoria la mejoría del vitiligo, empezó a repigmentar en la mayoría de las lesiones y en su última consulta de mayo de 1997, estaba bastante bien, había repigmentado en un 80 por ciento de las lesiones.

#### **CASO No. 6**

Mujer de 38 años de edad, casada, con una carrera a nivel medio, enfermera auxiliar, con un vitiligo iniciado en la espalda dos años antes de la entrevista efectuada en octubre de 1995, fecha en la cual el

vitiligo había empeorado. La paciente estaba en tratamiento desde junio de 1995 y refirió haber consultado antes, a los 15 días de evolución de la enfermedad en una clínica de los Estados Unidos donde se le indicó que era una simple despigmentación normal y no se le dió ningún tratamiento. Desde entonces no volvió a consultar, hasta que el vitiligo se hizo notorio en el rostro. A la fecha de la entrevista ella tenía una hija de 14 años y un niño de 2 años 6 meses y sus relaciones familiares eran buenas. Afirmó que el vitiligo le inició unos meses después de un incidente con su hijo pequeño. El niño tenía 8 días de nacido cuando aspiró la leche de su biberón. Empezó a toser insistentemente y luego se quedó como inconsciente. Los padres lo sacudían y el niño no respondía a ningún estímulo. La madre tuvo un ataque de pánico al pensar que su hijo estaba muerto, en ese instante lo llevaron de inmediato a la emergencia de un hospital que quedaba a 5 minutos de su casa, el médico le dijo que el niño estaba dormido. A partir de ese incidente la paciente estaba experimentando un fuerte temor a la pérdida y temía constantemente que algo malo le sucediera a sus hijos, tenía miedo de viajar en avión, y de que su esposo la abandonara por la enfermedad. Temía que la enfermedad afectara su vida social y afectiva. Estaba padeciendo insomnio, tenía pensamientos obsesivos sobre su enfermedad, se sentía triste, ansiosa, enojada, con miedo. Los resultados de la escala de Zung indicaron una depresión de mínima a leve.

### **CASO No. 7**

Mujer de 29 años de edad, ama de casa, con escolaridad de primaria completa, consultó por manchas en el dorso de la mano en junio de 1996. Fecha en la cual fue evaluada psicológicamente y durante la

entrevista informó que había tenido una relación conflictiva con una hermana y su padre, en ese tiempo tuvo relaciones sexuales premaritoniales con su novio resultando embarazada y su padre la echó de su casa. Posteriormente se casó con el mismo novio y dio a luz un varón, pero las relaciones matrimoniales fueron conflictivas por lo tanto el esposo optó por el divorcio y luchó legalmente para obtener la custodia del niño, hasta lograrlo. El divorcio y la pérdida de su hijo afectaron tanto a la paciente que pensó en quitarse la vida, pero afortunadamente su padre captó su atención porque estaba gravemente enfermo. Ella se ocupó de él entregadamente hasta que falleció. Unos meses después de la muerte de su padre le inició el vitiligo. A la fecha de la entrevista estaba viviendo maritalmente con un hombre, incluso tenía 21 semanas de embarazo, pero su temor a la pérdida le daba mucha inseguridad y temía que el marido la abandonara por causa de la enfermedad, se mostraba triste y ansiosa. La escala de Zung reveló una depresión de moderada a notable, pero no fue posible darle tratamiento con psicofármacos por causa del embarazo. Se le dió psicoterapia por corto tiempo, ya que abandonó el tratamiento, probablemente porque se sintió mejorada.

#### CASO No. 8

Mujer de 46 años de edad, casada, enfermera auxiliar, con un vitiligo de 22 años de evolución, fue tratada hace 20 años en otro hospital cuando la enfermedad sólo afectaba el cuello. Suspendió el tratamiento por muchos años ya que no obtuvo resultados positivos y el vitiligo que afectaba el cuello y las manos, estaba extendiéndose al rostro. La paciente estaba padeciendo de gastritis y cuello rígido y se estaba automedicando benzodiazepinas. Indicó haber sido abando-



nada por su madre cuando era muy pequeña y su madrastra se hizo cargo de ella cuidándola como a su propia hija. Sostuvieron una relación llena de afecto y llegó a amarla como a una verdadera madre, tanto así, que al fallecimiento de su madrastra, se sintió muy afectada y ella cree que por eso se enfermó con vitiligo. Sus relaciones familiares eran buenas a la fecha de la entrevista pero se sentía muy alterada, con pérdida del control de sus sentimientos, irritable, tensa, triste y ansiosa. En el trabajo se sentía inhibida por el vitiligo, principalmente cuando se relacionaba con personas desconocidas. Tenía pensamientos obsesivos sobre la enfermedad y según la escala de Zung padecía una depresión de mínima a leve. En septiembre de 1996 no se habían obtenido resultados positivos con los medicamentos para el vitiligo y continuaban saliendo nuevas lesiones. En esa fecha, empezó a recibir psicoterapia y fue tratada con psicofármacos, siendo notoria la mejoría del vitiligo y empezó a repigmentar. Hasta octubre del mismo año, no habían salido nuevas lesiones pero se ausentó el resto del año, regresando hasta enero de 1997 con mucha necesidad de recibir psicoterapia, lo cual no fue posible porque su trabajo no se lo permite.

### **CASO No.9**

Hombre de 18 años de edad, soltero, con escolaridad de primaria incompleta, con oficio de soldador, presentaba un vitiligo generalizado y asistió por primera vez a consulta en septiembre de 1995. En esa fecha se entrevistó y se pudo conocer que sus relaciones familiares y laborales eran estables, incluso estaba teniendo muchos logros en su trabajo porque se dedicaba todo el tiempo al mismo. No presentaba ninguna sintomatología somática pero se sentía triste, con-

fundido, insatisfecho con su vida. Le gustaba ir a bailar y jugar fútbol pero había abandonado esas actividades, aparentemente para dedicarse a su trabajo. Su apariencia personal se notaba descuidada y no se encontró ningún suceso de la vida que se pudiera calificar como desencadenante de la enfermedad, ya que aparentemente llevaba una vida estable y se mostraba conforme con la enfermedad, incluso manifestó que no le causaba ningún problema en su realización personal. Según la escala de Zung el paciente padecía una depresión de mínima a leve, pero no asistió a psicoterapia.

#### CASO No. 10

Mujer de 33 años de edad, soltera, con una carrera a nivel técnico universitario, había estado en tratamiento desde hacía 7 años y lo había suspendido 5 meses por desesperación, pues no obtenía resultados positivos y la enfermedad se había generalizado ocasionándole una grave alteración emocional. La paciente fue evaluada en marzo de 1996 y durante la entrevista presentó ataques de llanto incontrolables y estaba generando niveles altos de angustia, incluso manifestó que ya no deseaba continuar viviendo con esas manchas y estaba pensando en quitarse la vida. Había optado por terminar con una relación de noviazgo debido a su confusión, inseguridad y temor de ser rechazada por el novio en el futuro. Se había aislado socialmente y ya no iba a fiestas, ni a los balnearios por temor al rechazo y la crítica, situación que le angustiaba, ya que eran sus actividades preferidas. Lloraba amargamente al expresar que ya no podía vestirse a su gusto, pues creía que por la enfermedad nada le lucía, y optaba por vestirse con cualquier ropa pero de preferencia vestidos de manga larga para cubrir las manchas en sus brazos. Su apariencia y arreglo

personal se mostraban descuidados. Su actividad física se encontraba disminuída y se sentía muy triste, ansiosa, tensa, aburrida, solitaria y cansada. En la escala de Zung se le diagnosticó una depresión de moderada a notable por lo cual fue tratada con antidepresivos y psicoterapia. Aunque no asistió con frecuencia a psicoterapia se le dió un seguimiento por teléfono y hasta mayo de 1997 había mejorado bastante emocionalmente, su posición ante la vida era diferente, a pesar de que el vitiligo se encontraba presente.

#### CASO No. 11

Mujer de 50 años de edad, casada, analfabeta, con un vitiligo de un año de evolución en parte de las mejillas y nariz, fue evaluada en mayo de 1996. La paciente informó que había tenido una vida matrimonial muy conflictiva y el esposo mantenía relaciones extramatrimoniales con otra mujer desde hacía 8 años. Un año antes de la entrevista, la paciente había pensado en quitarse la vida, debido a serios problemas económicos y de relación con una nuera. Según refiere la paciente, su nuera la agredió físicamente y luego abandonó el hogar. El hijo al enterarse de lo sucedido salió a buscar a su esposa pero al no encontrarla, sufrió un tipo de amnesia temporal o probablemente un grado de mucha confusión mental. Según refirió la paciente, caminó mucho por las calles y no recordaba donde estaba su casa. Ella experimentó mucha culpa y preocupación y cree que por eso se enfermó. La paciente se mostraba extrovertida, impulsiva, dominante y padecía de verborrea. Aparentemente la enfermedad no le causaba ningún problema y se mostraba conforme, dijo que la aceptaba como la "voluntad de Dios" pero a la vez manifestó que a veces sentía enojo al verse enferma. La escala de Zung reveló resul-

ados de una depresión dentro de lo normal, presentando los síntomas de insomnio, deseos de llorar, devaluación personal y culpabilidad. De mayo a diciembre de 1995, la paciente asistió a consulta 10 veces y desde enero a julio de 1996, asistió una vez por mes sin obtener resultados significativos en el tratamiento del vitiligo. Desde esa fecha hasta mayo de 1997 no se registraron más consultas, lo cual puede indicar que desistió del tratamiento.

### CASO No. 12

Hombre de 43 años de edad, sin escolaridad, que sabía leer, con oficio de carnicero y que padecía un vitiligo que le había iniciado en la cadera a los 4 años de edad, había consultado por primera vez, a los 12 años de edad en un hospital del estado. El médico que lo atendió le proporcionó una amplia información sobre la enfermedad haciéndole dicho que el único problema de su padecimiento, eran las manchas que ocasionaba y no tenía de que preocuparse, porque esa enfermedad era difícil de curar. Desde esa fecha el paciente no volvió a consultar y refiere que se despreocupó y no le dió importancia al vitiligo. Formó un hogar y vivió con su esposa y tres hijos, pero era alcohólico y maltrataba a la esposa, razón por la cual, él cree que su esposa falleció muy joven. A la fecha de la entrevista ya tenía 6 años de fallecida su esposa y él experimentaba una gran culpa por ello, incluso esa culpa lo empujó a abandonar el alcohol y era miembro de Alcohólicos anónimos. El paciente volvió a casarse y en esa fecha tenía tres niños más. Probablemente su conformismo y aceptación de la enfermedad, eran aparentes pero en realidad no había podido aceptarla totalmente. Acudió a consulta por referencia de otras personas con el ánimo de curarse, incluso manifestó que se sentía incómodo

con la enfermedad, sobre todo cuando se enfrentaba ante personas desconocidas y que por esa causa había renunciado a su trabajo de mesero en un restaurante. El paciente tenía una hermana con la misma enfermedad, por lo cual podría pensarse en una predisposición genética al vitiligo. Según la escala de Zung presentaba una depresión dentro de lo normal y presentaba los síntomas de tristeza con tendencia al llanto, pérdida del apetito, confusión e insatisfacción personal. Solamente asistió 2 veces a consulta y no regresó.

### CASO No. 13

Mujer de 25 años de edad, soltera, camarera de un hotel de prestigio en la capital, con educación básica completa, consultó en julio de 1996, por un vitiligo en el párpado izquierdo de tres meses de evolución. Hacía tres años había padecido de la misma enfermedad en el mismo párpado y con el tratamiento que se le dió en INDERMA, desapareció en una semana. La paciente indicó que había mantenido relaciones conflictivas con su madre desde la niñez; nunca había vivido con su padre y no aceptaba a su padrastro, pero tenía que vivir con ellos y sus medios hermanos. La paciente fue echada de la casa por su madre, por causa de un embarazo fuera de matrimonio, por lo cual tuvo que ir a vivir con el novio hasta que nació su bebe. A los 15 días después del parto se hizo evidente la primera vez el vitiligo que desapareció en una semana con el tratamiento. El novio la abandonó cuando el bebé tenía 8 meses de edad y a los tres meses de la separación le reapareció el vitiligo. No teniendo otra alternativa, regresó a la casa de su madre, pero se sentía muy insegura, estaba angustiada con respecto al futuro y por la subsistencia de su hijo. Estaba padeciendo de dolores frecuentes de cabeza, gastritis y tenía sueños repe-

titivos de que una persona extraña se metía en su cama, empujándola para sacarla y se despertaba gritando muy asustada. Al ser evaluada se le diagnosticó una depresión de mínima a leve. La situación económica era lo que más angustiaba a la paciente en ese momento, así como los sentimientos de desamparo y temores por un futuro incierto más que el vitiligo en sí.

#### CASO No. 14

Mujer de 45 años, casada, con educación primaria completa, con 11 años de evolución de la enfermedad que había iniciado en un dedo pulgar y estaba generalizada, fue entrevistada en julio de 1995, indicando que sus relaciones familiares eran satisfactorias y tenía una hermana con la misma enfermedad. Durante el inicio de la entrevista la paciente estuvo muy controlada y daba la apariencia de no tener ningún problema, ya que mostraba mucho conformismo por su enfermedad. Al hablar del área laboral, se le quebró la voz y dijo que por causa de la enfermedad había tenido que abandonar su trabajo como encargada de un comercio, "para evitar la curiosidad y preguntas de la gente". En ese momento se puso muy ansiosa e hizo un gran esfuerzo para controlar el llanto, pero no podía controlar el temblor de sus manos. Después de eso la paciente se mostró incómoda, y manifestó sentirse mal entre personas desconocidas, por causa de la enfermedad. Según la escala de Zung se le diagnostica una depresión dentro de lo normal, presentando los síntomas de accesos de llanto, disminución de la libido, taquicardia y ansiedad. La paciente asistió a consulta 4 veces en el año de 1995 y hasta mayo de 1997 no se registraron más consultas.

### CASO No. 15

Mujer de 63 años de edad, casada, sin escolaridad, pero que lee, consultó por un vitiligo de 2 años de evolución en el área del estómago y a la fecha de la entrevista en julio de 1996, ya tenía afectadas las piernas. En esa fecha indicó que había tenido 5 intervenciones quirúrgicas (vesícula, apéndice, ovarios, cesárea), y se consideraba a sí misma como una persona tensa, miedosa, curiosa, inquieta, aburrida, triste, solitaria. Indicó que visitaba con frecuencia al médico y se automedicaba lexotan. Sus relaciones familiares eran favorables con sus hijos, pero mantenía conflictos de relación con el esposo, ya que el no tomaba en cuenta su opinión en las decisiones del hogar e indicó "en mi casa siempre se hace sólo lo que él dice". Los resultados de la escala de Zung diagnostican una depresión dentro de lo normal presentando los síntomas de variación diurna, disminución del apetito, disminución de la libido, y agitación psicomotora.

### CASO No. 16

Mujer de 67 años de edad, viuda, con educación de primaria completa, padecía de vitiligo en la frente, desde los 8 años de edad y consultó por primera vez en agosto de 1995. La paciente tenía predisposición a la depresión y había estado en tratamiento por 4 años, incluso fue internada una vez por la misma enfermedad para ser tratada. A la fecha de la entrevista ya se consideraba estable y no estaba en tratamiento. Sus relaciones familiares eran estables, no manifestó ningún conflicto al respecto. En la historia de su niñez no se encontró ningún conflicto ni suceso que pudiera calificarse como desencadenante del vitiligo. Dijo haber tenido una relación satisfactoria con padres y hermanos. Daba la impresión de ser una persona estable sin

problema alguno. Durante la entrevista comentó varias veces "mi problema es que soy muy nerviosa". La escala de Zung dió resultados de una depresión dentro de lo normal, manifestando síntomas de tristeza, accesos de llanto, pérdida de peso, desesperanza, insatisfacción personal, devaluación personal. Desde agosto de 1995 hasta abril de 1996 asistió 11 veces a consulta para tratar el vitiligo el cual estaba repigmentando bien, pero tuvo un estancamiento de marzo a abril de ese año. Su última consulta la realizó el 11 de abril de 1996 y en esa fecha había caído en una depresión y no asistió a psicoterapia ni regresó a tratamiento médico.

#### CASO No. 17

Mujer de 23 años de edad, casada, con educación de primaria completa, ama de casa, consultó por primera vez en marzo de 1995, siete meses después de la evolución del vitiligo. Fue evaluada psicológicamente en julio del mismo año y refirió padecer de migraña, dolor de cuerpo y de los "nervios". Según su historia personal, cuando tenía 15 años de edad, terminó una relación de noviazgo, porque realmente el novio ya no le interesaba. El muchacho no se conformó y con acosos y amenazas la obligó a vivir con él, ella no tuvo otra alternativa, porque estaba atemorizada y no recibió el apoyo de sus padres. Sus relaciones matrimoniales han sido muy conflictivas y el esposo quien trabaja de policía es un hombre prepotente y rudo. La paciente quedó embarazada hasta los 4 años de casada, dando a luz una niña. Aproximadamente un año después del parto se le desarrolló el vitiligo. Se evaluó con la escala de Zung y presenta una depresión de moderada a notable. Padece los síntomas de accesos de llan-



to, disminución del apetito y peso, disminución de la libido, fatiga, confusión, irritabilidad, indecisión, soledad, pensamientos suicidas.

#### CASO No. 18

Mujer de 18 años de edad, soltera, con educación de primaria incompleta, consultó a los 3 meses de desarrollado el vitiligo en los párpados. Tenía dos años de estar en tratamiento pero el vitiligo se había generalizado y solamente mejoraba en el rostro y cuello. Fue evaluada psicológicamente en enero de 1996. En la entrevista indicó que era la hija menor y vivía sola con sus padres, nunca había tenido novio y su pasatiempo era realizar manualidades. Permanecía en su casa la mayor parte del tiempo porque no le gustaba salir, ni asistir a reuniones sociales. Estaba padeciendo dolores de cabeza y de estómago frecuentes. En la escala de Zung se le diagnosticó una depresión de mínima a leve con los síntomas de confusión mental, desesperanza, irritabilidad, indecisión, devaluación personal, insatisfacción personal y pensamientos obsesivos.

La paciente se mostraba tímida e insegura de sí misma. Asistió a psicoterapia tres veces y no regresó, en su expediente se registran 4 consultas médicas en 1996 y en su última consulta, en febrero de 1997 había repigmentado el 80 por ciento de las lesiones.

#### CASO No.19

Hombre de 24 años, soltero, estudiante de tercer año en la Universidad, se enfermó de vitiligo en la cintura, a la edad de 12 años. Consultó por primera vez en marzo de 1996, porque la enfermedad se había hecho notoria en el dorso de las manos y temía ser despedido de su empleo como mesero, por causa de la enfermedad. Afirmó que desde la niñez había tenido relaciones conflictivas con su padre

quien era alcohólico, por lo cual, al obtener la mayoría de edad optó por abandonar el hogar y vivir sólo. A la fecha de la entrevista sus relaciones laborales eran tensas y manejaba mucho estrés debido a la presión y rivalidades que se daban en el ambiente laboral, agravándose todo esto con la amenaza que significaba la enfermedad, para su trabajo. En ese tiempo se había aislado y no tenía amigos, incluso manifestó mucha inseguridad para iniciar una relación de pareja por temor a ser rechazado por la enfermedad y eso le preocupaba. Le gustaba practicar el karate. Parecía ser un hombre que se esmeraba bastante en su presentación personal y mencionó que le preocupaba la estética de sus manos. Se consideraba a sí mismo como un hombre tenso, celoso, ansioso, triste, inquieto, angustiado, sólo. En esa fecha estaba padeciendo de mareos, cuello rígido, estreñimiento, dolor de estómago y pecho, su apetito había disminuido. En la escala de Zung se le diagnosticó una depresión de mínima a leve. El paciente se mostró ansioso durante toda la entrevista y parecía ser una persona demandante e impulsiva.

#### CASO No. 20

Mujer de 29 años de edad, unida, con primaria incompleta consultó en mayo de 1996, después de dos años de evolución de la enfermedad en el hombro y la cintura. En esa fecha ya tenía afectadas las piernas e iniciaba en el rostro el vitiligo, por lo cual llegó a consulta. La paciente había trabajado expuesta al sol desde su niñez hasta los 20 años de edad, en un lugar cálido, padecía de alergia al sol y el vitiligo, según ella, le inició después de la muerte de dos hermanas en el hombro, cuando su padre falleció le salieron en la cintura y a los dos meses de nacida su primera hija, le salieron en manos y pies. En

la fecha de la entrevista estaba padeciendo de dolores de cabeza frecuentes y cólicos al levantarse por la mañana. En enero de 1996 había renunciado a su trabajo en una maquiladora. Dijo que sus compañeras la rechazaban y murmuraban de ella por su enfermedad, además, se sentía incómoda ante las miradas indiscretas de las personas. Indicó con sus propias palabras "yo era más feliz antes, ahora me siento muy triste porque sólo pienso en mi enfermedad". Sus relaciones familiares eran estables. La escala de Zung reveló una depresión dentro de lo normal y presentaba los síntomas de confusión, tristeza con accesos de llanto e insomnio.

#### CASO No. 21

Mujer de 18 años de edad, soltera, estudiante, consultó en septiembre de 1995 por un vitiligo en nariz y mentón. Según la historia de la paciente, vivía con sus padres y dos hermanos varones menores que ella. Se consideraba la niña consentida de sus padres. Cuando estaba próxima a cumplir sus quince años, era el centro de la atención porque estaban preparando la fiesta. Justo 4 meses antes de la fiesta nació una nueva hermanita y la paciente se sintió desplazada, incluso dice que su fiesta no llenó sus expectativas por culpa de su hermana que vino a robar la atención y sus padres descuidaron los preparativos de la fiesta. Dos meses después del nacimiento de la niña le inició el vitiligo en el párpado y unos días después de la fiesta le salió en el mentón. Después de 6 meses consultó por primera vez, habiendo recibido psicoterapia para tratar rivalidad y disminuir cuadro de ansiedad. El vitiligo sanó rápidamente. En noviembre de 1995 llegó a consulta por caída del cabello y se le controló. En enero de 1996 llegó a consulta porque estaba obsesionada con el vitiligo y creía que le

estaba saliendo en los brazos porque tenía mucha picazón y su piel parecía algo despigmentada. La paciente se notaba ansiosa y preocupada, mostraba una conducta obsesiva-compulsiva, pues se rascaba constantemente y se miraba en el espejo insistentemente para ver si no le estaban saliendo manchas en el cuerpo. Manifestó que le preocupaba no encontrar trabajo cuando terminara su carrera de Secretariado Bilingüe por causa del vitiligo. En esa fecha el problema de rivalidad estaba superado, pero refirió que tenía mucha presión en los estudios, y estaba estresada. Fue evaluada con la escala de Zung habiéndose obtenido resultados de una depresión dentro de lo normal, manifestando los síntomas de variación diurna, disminución de la libido, confusión e indecisión. El 13 de mayo de 1997, la paciente regresó y el vitiligo había reiniciado en la barbilla y se le dió tratamiento médico únicamente.

#### **CASO No. 22**

Mujer de 19 años de edad, soltera, que estudiaba primer año en la universidad, consultó en mayo de 1995, después de cinco meses de iniciado el vitiligo en la barbilla. Fue evaluada psicológicamente en esa fecha y manifestó no tener ningún problema en la dinámica familiar, llevaba una vida estable. Tenía novio y un empleo adecuado donde se desempeñaba como Perita Contadora y no tenía problemas laborales. En ese tiempo había empezado a aislarse socialmente por causa de la enfermedad, incluso se resistía a asistir a la universidad, porque pensaba que algunos de sus compañeros la rechazaban, creía que la evitaban y no deseaban estar cerca de ella. Ella sentía vergüenza de su aspecto físico y se autorechazaba. Se calificó a sí misma como una persona agobiada, tensa, culpable, cómoda, miedosa, abu-

rrida, inquieta. La escala de Zung dió resultados de una depresión dentro de lo normal y presentaba una sintomatología de irritabilidad e indecisión.

### CASO No. 23

Hombre de 23 años de edad, casado, con educación básica completa, tenía 7 años de padecer vitiligo en los genitales y consultó por primera vez, hasta que se le hizo notoria en párpados y manos. En julio de 1995 fue evaluado psicológicamente y durante la entrevista informó que había mantenido una relación muy conflictiva con su padre y las tensiones y riñas constantes entre sus progenitores le habían afectado desde la niñez. Tenía una hermana menor con la misma enfermedad, por lo cual se interpreta que podía tener una predisposición genética al vitiligo. El paciente se calificó de enojado, tenso, solitario, triste, inquieto y manifestó que hacía un gran esfuerzo para no sentirse incómodo con la enfermedad, cuando estaba con otras personas. Tenía temores con respecto al futuro, porque su vida social se vería afectada por el vitiligo. Según la escala de Zung se le diagnosticó una depresión dentro de lo normal, manifestando los síntomas de confusión y ansiedad.

### CASO No. 24

Mujer de 56 años de edad, casada, con vitiligo generalizado, había recibido tratamiento médico en una clínica privada sin obtener resultados positivos, ya que unas áreas sanaban y otras enfermaban. En marzo de 1996, llegó al hospital y en la entrevista informó que tenía un matrimonio estable y una buena posición económica, pero su única hija quien era una señorita con éxito académico y estudiante de la universidad más cara de Guatemala, había fallecido hacía dos años.

El vitiligo le inició a la paciente 6 meses después del fallecimiento de su hija. A la fecha de la entrevista la paciente se notaba bastante afectada, el duelo no había sido superado y sus expectativas de vida estaban disminuidas, dijo que no se interesaba en nada y exclamó con tristeza "lo único que ocupa mi mente es mi hija", porque no podía dejar de pensar en ella. Un año antes de la entrevista refirió haber visto a su hija caminando por el corredor de su casa, después de fallecida. El estado de ánimo de la paciente se mostraba decaído y experimentaba sentimientos de soledad y mucha tensión. La escala de Lund indicó que padecía una depresión dentro de lo normal, con una sintomatología de variación diurna, disminución de la libido, fatiga, tristeza, accesos de llanto y desesperanza.

#### ASO No. 25

Mujer de 20 años de edad, soltera, estudiante de nivel medio, fue entrevistada en septiembre de 1995. Según ella, la enfermedad le inició a los 12 años de edad después de un asalto a mano armada que sufrió en compañía de su maestra de primaria, cuando iba camino a su casa. La paciente se impresionó tanto que reaccionó con una alergia en todo el cuerpo a raíz de eso sufrió una descamación en los dedos de las manos y se le despigmentaron, las manchas blancas se extendieron hasta la mano, luego en los pies y posteriormente al rededor de la boca. En 1993 empezó a recibir tratamiento para el vitiligo. A la fecha de la entrevista tenía 8 meses de estar recibiendo psicoterapia en INDERMA, pero el vitiligo no había mejorado. Sus relaciones familiares eran estables. Tenía pensamientos angustiantes con respecto al futuro y le preocupaba no encontrar trabajo de maestra cuando se graduara, temía que la gente la rechazara o sintiera asco

de ella por la enfermedad, se sentía incómoda entre las personas. Se consideraba a sí misma como una persona enojada, alegre y celosa. Se le diagnosticó una depresión dentro de lo normal con los síntomas de llanto, disminución de la libido e indecisión. La paciente tenía una predisposición a padecer enfermedades de la piel. En enero de 1995 se le trató también por melasma y en octubre del mismo año se le trató por dermatitis seborreica en cuero cabelludo.

#### **CASO No. 26**

Mujer de 63 años de edad, viuda desde hacía 15 años, con educación de primaria completa, ama de casa, consultó 2 años después de iniciada la enfermedad en el dorso de la mano. En septiembre de 1995 fue entrevistada y ya tenía afectada la cara, un muslo, y había estado en tratamiento desde enero de 1994. En 1995 manifestó que estaba padeciendo frecuentes dolores de cabeza por las mañanas y mantenía relaciones conflictivas con su hijo y nuera, personas con las que vivía. Las tensiones familiares se habían agravado con la nuera y no se comunicaban para nada. La paciente se mostraba muy triste y ansiosa. Algunas veces presentaba accesos de llanto y deseaba quitarse la vida. Sentía vergüenza de usar vestidos de manga corta y estar en compañía de otras personas por causa de la enfermedad y había optado por aislarse socialmente. Según la escala de Zung se le diagnosticó una depresión de moderada a notable, con síntomas de insomnio, disminución de la libido, confusión, desesperanza, irritabilidad e indecisión, pensamientos de suicidio, insatisfacción por la vida, además de la tristeza con acceso de llanto y la ansiedad que ya se mencionaron antes. En 1995 asistió a consulta externa 4 veces y fue a quimioterapia 13 veces, pero el vitiligo persistía. Hasta mayo de

1997 no se registraba en su expediente, ninguna consulta después de septiembre de 1995, probablemente abandonó el tratamiento por falta de resultados positivos. Se le indicó que necesitaba psicoterapia, pero nunca asistió.

#### CASO No. 27

Hombre de 38 años de edad, casado, con una carrera técnica universitaria. Fue entrevistado en septiembre de 1995 e indicó, que parecía vitiligo desde hacía tres meses en un brazo. Según él, la causa pudo deberse a que estuvo 6 meses sin trabajo habiendo experimentado mucha tensión y preocupación por su situación económica durante ese tiempo en el cual se enfermó de úlcera. A la fecha de la entrevista, tenía 4 meses de estar trabajando en un empleo totalmente ajeno a la profesión que tenía, a nivel universitario. Manifestó sentirse a gusto en su nuevo empleo, y con mucha razón, pero podría haber sido uno de los sucesos precipitantes de la enfermedad. Tenía 3 meses de estar padeciendo insomnio. En la escala de Zung se le diagnosticó una depresión dentro de lo normal, manifestando los síntomas de pérdida del apetito, disminución de la libido y desesperación. Durante la entrevista el paciente se mostró ansioso e intranquilo y refirió sentirse muy incómodo con la enfermedad, la cual trataba de ocultar usando camisas de manga larga y temía ser afectado en sus relaciones laborales.

#### CASO No. 28

Hombre de 37 años de edad, con educación de primaria completa, soltero, consultó por primera vez en agosto de 1996 por un vitiligo, de un año de evolución, en la palma de las manos y abdomen bajo. En esa fecha fue entrevistado y refirió que vivía sólo con sus padres y



mantenían una buena relación. Su madre padecía la misma enfermedad. Sus hermanos estaban casados y mantenían relaciones estables. No tenía problemas en su trabajo y sus relaciones laborales eran satisfactorias. El paciente sólo se dedicaba al trabajo de tipógrafo y a visitar a sus hermanos en su tiempo libre. Refirió que no le gustaba andar en la calle por temor a la delincuencia, no asistía a reuniones sociales, no tenía una relación de pareja, se mantenía muy aislado socialmente y se mostraba tímido, indeciso, inseguro, con problemas para establecer relaciones interpersonales. Los resultados de la escala de Zung salen dentro de lo normal, presentando una sintomatología de disminución del apetito, disminución de la libido, confusión mental e indecisión.

#### **CASO No. 29**

Mujer de 40 años de edad, casada, profesional a nivel medio, consultó en enero de 1995, después de 30 días de iniciado el vitiligo en el pecho y frente. En la entrevista manifestó que estaba padeciendo de dolor en las articulaciones y cree que el vitiligo le inició 5 meses después de la enfermedad de un hijo, al cual se le diagnosticó, síntomas extrapiramidales severos. Sus relaciones familiares eran satisfactorias con su esposo e hijos, pero conflictiva con su madre y hermanos. Su padre padecía la misma enfermedad. La paciente manifestó sentirse muy incómoda cuando se encontraba entre personas extrañas y sobre todo cuando se le quedaban viendo y optaba por aislarse socialmente. Se consideraba a sí misma como una persona enojada, solitaria, cansada, tensa, ansiosa, culpable, triste, celosa, cómoda, miedosa, aburrida, inquieta. Se le diagnosticó una depresión de severa a extrema y se le proporcionó tratamiento psiquiátrico.

**CASO No. 30**

Hombre de 18 años de edad, soltero, estudiante del nivel medio, consultó en enero de 1996, por un vitiligo en cara, hombro y tórax, de tres meses de evolución. Fue entrevistado en marzo de 1996 indicando que sus padres se habían separado recientemente y estaba muy afectado. El joven mantenía una buena relación con su padre, confiaba en él y se sintió traicionado cuando los abandonó para unirse a otra mujer.

Después de ese acontecimiento se le hizo evidente el vitiligo agravando su estado emocional que ya estaba alterado. La relación con su madre siempre había sido conflictiva y había empeorado con la separación marital. El paciente fue evaluado con la escala de Zung y se le diagnosticó una depresión dentro de lo normal manifestando los síntomas de disminución del apetito, disminución de la libido, taquicardia y cansancio. Asistió a psicoterapia 3 veces y no regresó, incluso, en su expediente, desde esa fecha hasta mayo de 1997, no se registra una nueva consulta.

# **ANEXO 2**

## **PROPUESTA DE UN PLAN TERAPEUTICO**

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
BIBLIOTECA CENTRAL

## PLAN TERAPEUTICO PARA PACIENTES CON VITILIGO

Se propone este plan terapéutico con el objetivo principal de ayudar al paciente que padece vitiligo a disminuir el impacto emocional causado por la enfermedad, para que en forma gradual comprenda, acepte y se adapte al cambio producido en su imagen corporal.

En segundo lugar, colaborar con el sistema hospitalario, para atender y tratar los componentes emocionales de la enfermedad física, que por error no se ven como una prioridad siendo de vital importancia en la recuperación del enfermo.

La atención al paciente puede hacerse en forma individual y colectiva.

### **1.- ATENCION INDIVIDUAL:**

Según Krueger, la primera ayuda debe hacerse en forma individual, desde el momento en que la enfermera o el médico comunica al paciente el diagnóstico de la enfermedad que padece. Es necesario dar una información médica específica para explicar la enfermedad, a fin de evitar ideas distorsionadas y aterradoras. La ayuda psicológica debe proporcionar al paciente en ese momento, una base sólida que aumente su capacidad de enfrentamiento ante el impacto emocional de la noticia. El paciente debe ser escuchado en ese momento en que la angustia tiende a centrarse en lo que le ha sucedido y en sus expectativas hacia el futuro. (22).

---

(22). KRUEGER, David W. *Psicología de la Rehabilitación: a la intervención psicoterapéutica en los traumatismos y enfermedades físicas*. Barcelona: Editorial Herder. 1988. P. 61.

Debido a la falta de recursos y personal especializado, en los hospitales estatales y privados no lucrativos, se recomienda la psicoterapia rápida para la atención del paciente. Según Bellak, "la psicoterapia rápida intenta mejorar la situación psicodinámica individual lo suficientemente como para permitir a la persona que continúe funcionando, permitiendo a la "naturaleza" que continúe el proceso de curación, y en los casos en que esté indicado, aumentando la capacidad de autoapoyo del individuo suficientemente para que se habilite para continuar una psicoterapia más extensiva"(23), si está dentro de sus posibilidades, o de lo contrario proporcionarle material de apoyo para que logre por sí mismo resultados deseables, para ello se le pueden asignar tareas y material bibliográfico.

## 2.- ATENCION COLECTIVA:

Dentro de la atención colectiva se pueden organizar grupos de autoayuda, en donde los participantes tienen el mismo padecimiento y se reúnen para darse apoyo, compartir sus problemas y trabajar juntos en la búsqueda de soluciones. (24). La psicoterapia de grupo es otra alternativa para ayudar a los pacientes en el sistema hospitalario, donde la atención individual se disminuye, por la falta de personal especializado y la gran cantidad de pacientes necesitados.

---

(23). BELLAK, Leopoldo y Leonard SMALL. *Psicoterapia Breve y de Emergencia: definición de la psicoterapia breve*. México: Editorial Pax-México, Librería Carlos Cesarman, S.A. 1980. P.14.

(24). SLAIKEU, Karl A. *Intervención en Crisis: glosario de técnicas de terapia en crisis*. México: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.D.F.1984. P. 264.

## - PLAN DE TRATAMIENTO

Después de evaluar al paciente se determina el efecto de la enfermedad en las cinco áreas del funcionamiento CASIC (conductual, afectiva, somática, interpersonal, cognoscitiva) (25).-Abajo se indica un ejemplo con los síntomas encontrados en el grupo estudiado, pero para fines de tratamiento, se debe hacer un perfil individual.

AREAS	SINTOMAS O ESTADO DE LA CRISIS
AFECTIVA	Tristes y con deseos de llorar. Dificultad en la toma de decisiones. Inseguridad personal, insatisfechos con su vida, desesperanzados en el futuro, con ideas de fracaso y temor de no encontrar trabajo o ser despedidos de su empleo, irritabilidad, enojo.
SOMATICA	Insomnio, disminución de la libido, dolores de cabeza, cuello rígido, tensión, estreñimiento, gastritis, úlcera, taquicardia.
CONDUCTUAL	Descuido e indiferencia en su arreglo personal, abandono de actividades sociales y deportivas, fatiga y deseos de suicidio.
INTERPERSONAL	Solitarios, aislados por temor al rechazo, temor de: que su pareja los abandone, establecer relación de pareja. Incomodidad al estar entre personas desconocidas.
COGNOSCITIVA	Devaluación personal, culpabilidad, baja autoestima, pensamientos obsesivos sobre la enfermedad y sus implicaciones en el futuro, sentimientos de autorechazo y vergüenza de su imagen corporal.

25) SLAIKEU, karl A.. Idem. P. 120.

**CUADRO No. 13**  
**ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO**

TAREA	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
<b>SUPERVIVENCIA FISICA</b>	Control de dolores de cabeza, estómago, taquicardia, gastritis, úlceras, estreñimiento. Reducir la tensión, mejorar el sueño, prevenir el suicidio y depresión.	Medicación, relajamiento muscular profundo, cambios en la dieta, ejercicio físico.
<b>EXPRESION DE SENTIMIENTOS</b>	Expresar sus sentimientos de tristeza, exponer sus ideas de fracaso y expectativas hacia el futuro, manejo de la ansiedad y el enojo.	Discusión de sentimientos con el terapeuta, poniendo particular atención en cómo se siente el paciente en diversos aspectos de su vida. Utilizar la visualización, control del enojo y entrenamiento para inoculación del estrés.
<b>DOMINIO COGNOSCITIVO</b>	Cambiar ideas de fracaso elevar autoestima, autoaceptación, control de pensamientos obsesivos. Afianzar su yo.	Ejercicios de Visualización, Gestalt, Terapia Racional Emotiva, Autoayuda.
<b>ADAPTACION-CONDUCTUAL/ INTERPERSONAL</b>	Asistir a reuniones sociales, establecer diálogo, evitar aislamiento, realizar actividades recreativas. Buscar trabajo, incorporarse a grupos sociales o cooperativas. Poner cuidado en su arreglo personal.	Sesiones de terapia. Asignación de tareas. Entrenamiento de habilidades personales. Visualización. Autoayuda personal. Terapia de grupo y grupos de autoayuda.

En el cuadro No. 13 se presentan los objetivos y la estrategia de tratamiento aplicable a cada paciente.

Las estrategias de tratamiento empleadas pueden resumirse en cuatro tareas para la resolución de la crisis, las cuales son:

- 1--Supervivencia física en el área somática.
- 2--Expresión de sentimientos en el área afectiva.
- 3--Dominio cognoscitivo en el área cognoscitiva.
- 4--Adaptaciones conductuales/interpersonales en las áreas conductual y personal.

## TECNICAS DE PSICOTERAPIA

### 1.- ASIGNACIONES DE TAREA

Las asignaciones de tareas se han usado desde hace tiempo y consiste en dejar ciertas tareas al paciente para que las realice fuera de las sesiones de terapia. Esta técnica se ha usado frecuentemente para modificación de conducta. El paciente puede llenar gráficas de observación de conducta (de sí mismo y de otros), cuestionarios, ejercicios para controlar pensamientos, práctica de conductas nuevas y hasta leer bibliografía sugerida. Es muy importante escoger con cuidado las tareas y concientizar bien al paciente acerca de las mismas, para evitar la resistencia y malas experiencias que puedan desarrollarlo.(26).

### 2.- AUTOAYUDA

En esta técnica el contacto terapéutico es mínimo y los cambios de conducta no dependen mucho de ese contacto, porque es el paciente el que continúa individualmente o en grupo con su rehabilitación, lo cual puede lograrse por medio de asignación de tareas, o participando en un grupo donde todos padecen los mismos problemas y tratan de ayudarse mutuamente por medio de charlas y exponiendo sus propias experiencias con el objetivo de alcanzar un cambio. (27).

---

26) SLAIKEU, Karl A. Idem. P. 264.

27) IDEM.



### 3.- EXPRESION DEL ENOJO

Es muy frecuente que en estados de crisis se experimente el enojo y muchas veces este sentimiento se reprime socialmente por diversas razones, incluso algunos tratan de negar sus sentimientos y no lo reconocen. El objetivo de esta técnica es ayudar al paciente a entender y aceptar los sentimientos de enojo, aprender a reconocer que realmente se encuentra enojado, porque sólo cuando se "reconoce" puede eliminarse mediante argumentos racionales o expresado adecuadamente utilizando conductas asertivas. Es una forma de concientizar el enojo.(28).

### 4.- ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES INTERPERSONALES

Las habilidades interpersonales sociales, involucran una serie de conductas que son importantes y necesarias, cada vez que una persona interactúa con otros individuos. Muchos de los programas para aumentar las habilidades sociales promueven el entrenamiento en asertividad, comunicación, conversación, entrevistas de trabajo y otros. (29).

### 5.- ENTRENAMIENTO PARA LA INOCULACION DEL ESTRES

Según Slaikeu la técnica de inoculación del estrés la propuso Meincheinbaum en 1975 para tratar la ansiedad. Más tarde se extendió al enojo y al dolor. Este es un enfoque que entrena al individuo, aumentando su capacidad de enfrentamiento ante ciertas situaciones de la vida que le producen estrés, como temores, dolor, enojo, etc. Muchos de estos problemas resultan de creencias inadecuadas que alteran el estado emocional y la conducta del individuo. Esta técnica se trabaja en tres etapas: primero la *preparación cognoscitiva* que es donde se explora y analiza el problema y se encuentran soluciones posibles. La segunda etapa es la *adquisición de habilidades* y es donde se aprenden y llevan a la práctica las alternativas encontradas en la

---

(28) IDEM. P. 266

(29) IDEM. P. 269.

rimera etapa, en esta etapa se ensayan las conductas antes de somerse a situaciones reales. La tercera etapa es la de *aplicación y práctica* consiste en aplicar los nuevos patrones de conducta a las situaciones reales, iniciando con las menos estresantes e incluyendo gradualmente las más fuertes (30).

### - RELAJACION MUSCULAR PROFUNDA

Según Slaikeu, esta técnica fue desarrollada por Jacobson (1974), y consiste en un ejercicio de tenso-relajación. Se enseña al paciente a alternar la tensión con la relajación de los músculos principales- manos, brazos, pecho, hombros, espalda alta, espalda baja, abdomen, lúteos, muslos, músculos de las pantorrillas, pies, cuello, garganta, mandíbula, ojos y frente. (31). Este ejercicio se inicia sentado o acostado, adoptando una postura cómoda, se cierran los ojos, se inhala por la nariz ensanchando el abdomen, se exhala por la nariz o la boca, contrayendo el abdomen. Luego se empiezan a tenso-relajar los músculos en el orden que se mencionó arriba, se inicia con las manos, cerrando el puño y tensionando los músculos, se concentra diez segundos en esa tensión y luego se empieza a abrir el puño hasta llegar a la relajación, concentrándose en esa relajación, este mismo proceso se realiza con los otros músculos, apretando y aflojando. (32).

### - SILLA VACIA

La silla vacía es una de las técnicas de terapia Gestalt desarrollada por Fritz Perls (1969), según Slaikeu, "se utiliza para ayudar a que los pacientes aclaren sentimientos, actitudes y creencias, y reconcilien (o cerrados) sobre polaridades en conflicto." Para realizarla se colocan dos sillas, una frente a la otra, el paciente se sienta en una y se le anima a iniciar un diálogo entre sus pensamientos, sentimientos y conflicto, etc., cambiando de silla para tomar el papel de la otra parte. Esta técnica también se puede usar para aclarar una relación conflictiva con otra persona (33).

0) Slaikeu, Karl A. Idem. P. 270

1) Idem. P. 274.

2) PEREZ TOLEDO, Miguel Angel. *STRESS. Vida o muerte. Como controlarlo.* Segunda Edición. México: Herschel. 1992. P. 158.

3). SLAIKEU, Karl A. Op.Cit. P. 276.

## 8.- TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE)

La TRE fue desarrollada por A. Ellis y su teoría afirma que al pensar correctamente se adquiere control emocional, relaciona las estructuras cognoscitivas con los procesos emocionales y de motivación. Insiste en que las alteraciones emocionales y la conducta desadaptada son el producto de las malas interpretaciones que se hacen de lo que se percibe. La tarea principal de la TRE es "traer a la conciencia las creencias y suposiciones ocultas y ayudar al paciente a contrarrestarlas, refutarlas o desafiarlas"; de esa manera se aclaran los pensamientos irracionales y razonamientos falsos de una persona y se encamina al cambio, el cual se da por medio de la reestructuración cognoscitiva.

La TRE puede resumirse en un formato simplificado (A-B-C-D), en el cual:

A es la condición o hecho que activa.

B es la interpretación del hecho basada en creencias de la persona, que pueden ser irracionales.

C son las consecuencias que resultan del proceso interpretativo, la conducta desadaptada.

D es el proceso terapéutico, en el cual el terapeuta discute las creencias irracionales del paciente, para encaminarlo hacia la reestructuración cognoscitiva y como consecuencia hacia el cambio. (34).

## 9.- PSICOTERAPIA DE GRUPO

La psicoterapia de grupo es una técnica que se desarrolla con un grupo de personas que han sido seleccionadas cuidadosamente, ya sea por los intereses en común o por sus necesidades. Este grupo es guiado por un terapeuta con el propósito de ayudarse unos a otros a alcanzar un cambio en su personalidad. El terapeuta puede usar diferentes técnicas aplicables a grupos (35).

---

(34). DICAPRIO, Nicholas S., *Teorías de la Personalidad: teorías del aprendizaje cognoscitivo social*. Segunda edición, México: McGraw-Hill. 1992. P. 502 y 506.

(35). KAPLAN Harold I y Benjamín J. SADOCK. Op.Cit. P. 630

## 10. VISUALIZACION PARA CALMAR LA MENTE:

El objetivo de este ejercicio es adquirir práctica en la visualización, y al mismo tiempo calmar la mente. Se ha descubierto que las escenas naturales de paisajes apacibles y tranquilos son especialmente útiles para eliminar preocupaciones y distracciones. Se puede imaginar un paseo por un bosque, estar sentado frente a un lago, pasear por una colina o una montaña, un paisaje invernal, una playa en verano, o cualquier lugar que se conozca que tenga un efecto particularmente calmante. Este ejercicio se inicia con un relajamiento el cual se puede realizar con diferentes métodos. Con la técnica de visualización se pueden visualizar objetos, considerar ideas abstractas, experimentar estados de ánimo determinados, cambio de la imagen de sí mismo, visualizar a otras personas y sus relaciones con ellas, visualizar la percepción de soluciones y respuestas del inconsciente. Estos ejercicios se pueden hacer muy fácilmente extrayendo la esencia de la técnica, relajándose luego llevándolos a la práctica (36).

---

36). OSTRANDER Sheila, Lyn SCHROEDER y Nancy OSTRANDER. *Superaprendizaje: ejercicios autógenos y de visualización*. México: Editorial Grijalbo, S.A. 1983. P. 109 y 277.

***ANEXO 3***  
***INSTRUMENTOS***

**ENTREVISTA DIRIGIDA A PACIENTES CON VITILIGO****DATOS GENERALES**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: CASADO \_\_\_ SOLTERO \_\_\_ SOLTERO \_\_\_

DIVORCIADO \_\_\_ VIUDO \_\_\_ UNIDO \_\_\_

GRADO DE ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ RELIGION: \_\_\_\_\_

PROFESION U OFICIO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE CONSULTA: VITILIGO \_\_\_\_\_ OTRA ENFERMEDAD \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE LA ENFERMEDAD**1. ¿Cuándo y cómo le aparecieron las primeras manchas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Lugar de la primera mancha \_\_\_\_\_

3. Areas afectadas en la primera consulta: \_\_\_\_\_

4. ¿Qué tratamiento ha recibido? \_\_\_\_\_

5. ¿Ha suspendido el tratamiento por algún tiempo? NO \_\_\_ SI \_\_\_

¿PORQUE? \_\_\_\_\_

6. ¿Cómo ha evolucionado la enfermedad? MEJOR \_\_\_ PEOR \_\_\_ IGUAL \_\_\_

EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

7. ¿Cuáles son las áreas afectadas ahora? \_\_\_\_\_

8. Enfermedades padecidas: \_\_\_\_\_

9. ¿Se ha sometido a intervenciones quirúrgicas? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_10. ¿Tiene familiares que padecen vitiligo? \_\_\_\_\_ ¿Quiénes? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTORIA PERSONAL

### AREA AFECTIVA

1. Señale sus sentimientos antes de la enfermedad y actualmente: ANTES \_\_\_ AHORA \_\_\_  
 excitado \_\_\_ \_\_\_ ansioso \_\_\_ \_\_\_ triste \_\_\_ \_\_\_ enojado \_\_\_ \_\_\_ tenso \_\_\_ \_\_\_  
 solitario \_\_\_ \_\_\_ agobiado \_\_\_ \_\_\_ alegre \_\_\_ \_\_\_ relajado \_\_\_ \_\_\_ celoso \_\_\_ \_\_\_  
 culpable \_\_\_ \_\_\_ angustiado \_\_\_ \_\_\_ miedoso \_\_\_ \_\_\_ inquieto \_\_\_ \_\_\_ energético \_\_\_ \_\_\_  
 contento \_\_\_ \_\_\_ aburrido \_\_\_ \_\_\_ cansado \_\_\_ \_\_\_  
 otros \_\_\_\_\_
2. ¿Qué sucesos de la vida, previos a la enfermedad, le causaron impacto o conflicto?  
 Muerte del cónyuge \_\_\_ Divorcio \_\_\_ Separación marital \_\_\_ Término de condena \_\_\_  
 Muerte de un familiar cercano \_\_\_ Lesiones personales o enfermedades \_\_\_ Matrimonio \_\_\_  
 Problemas en el trabajo \_\_\_ Reconciliación matrimonial \_\_\_ Pérdida económica \_\_\_ Pérdida  
 Del trabajo \_\_\_ Logros personales sobresalientes \_\_\_ otros \_\_\_\_\_

### AREA SOMATICA

1. ¿Cuál de las siguientes afecciones físicas padece?  
 Dolor de cabeza \_\_\_ Mareos \_\_\_ Cuello rígido \_\_\_ Taquicardia \_\_\_ Estreñimiento \_\_\_ Dolor  
 de estómago \_\_\_ otros \_\_\_\_\_
3. ¿Visita con frecuencia al médico? NO \_\_\_ SI \_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_
4. ¿Qué medicamentos acostumbra tomar? \_\_\_\_\_

### AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES

1. Antes de la enfermedad, cómo eran sus relaciones interpersonales con:

SATISFACTORIA    ACEPTABLE    CONFLICTIVA

Padres	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
Conyugue o novio	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____

## SATISFACTORIA    ACEPTABLE    CONFLICTIVA

Compañeros de trabajo	_____	_____	_____
Amigos	_____	_____	_____
Vecinos	_____	_____	_____
Compañeros de estudio	_____	_____	_____

2. ¿Han cambiado en algo esas relaciones por causa de la enfermedad? SI \_\_\_ NO \_\_\_

EXPLIQUE \_\_\_\_\_

3. ¿Qué áreas de su vida cree que puede afectar la enfermedad y porqué?

SOCIAL \_\_\_ FAMILIAR \_\_\_ LABORAL \_\_\_

PORQUE \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene amigos? SI \_\_\_ NO \_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

5. ¿Pertenece a una organización social (iglesia, club, etc) SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

6. ¿Asiste a reuniones sociales como cumpleaños, bodas, etc.? SI \_\_\_ NO \_\_\_

PORQUE \_\_\_\_\_

### AREA CONDUCTUAL

1. Mencione tres de sus actividades favoritas \_\_\_\_\_

¿Qué tiempo dedicaba a estas actividades antes y después de la enfermedad?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Subraye cuál de las siguientes actividades se han visto afectadas por la enfermedad:

Trabajo \_\_\_ Ejercicio \_\_\_ Uso del tiempo libre \_\_\_ Hábitos alimenticios \_\_\_

Hábitos de sueño \_\_\_ Control de sentimientos \_\_\_ Drogas \_\_\_

otro \_\_\_\_\_

3. ¿En que situaciones se siente mas afectado por la enfermedad? \_\_\_\_\_

4. ¿Ha pensado en quitarse la vida? SI \_\_\_ NO \_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_



4. ¿Ha pensado en quitarse la vida? SI \_\_\_ NO \_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

### AREA COGNOSCITIVA

1. ¿Cree que la enfermedad es un obstáculo para su realización personal?

SI \_\_\_ NO \_\_\_ PORQUE \_\_\_\_\_

2. ¿Piensa constantemente en su enfermedad? \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene pensamientos angustiantes sobre el futuro? \_\_\_\_\_

4. ¿Le cuesta concentrarse en sus tareas? \_\_\_\_\_

5. Subraye la presencia de: pesadillas, delirios, terrores nocturnos, alucinaciones, ideas de persecución.

### ESTADO MENTAL DEL PACIENTE

#### 1. APARIENCIA PERSONAL

Bien peinado \_\_\_ limpio \_\_\_ nítido \_\_\_ desgarbado \_\_\_ sucio \_\_\_ extravagante \_\_\_ provocativo \_\_\_ oloroso \_\_\_ otro \_\_\_\_\_

#### 2. ACTITUD Y CONDUCTA GENERAL

Indiferente \_\_\_ confiado \_\_\_ agresivo \_\_\_ evasivo defensivo \_\_\_ impulsivo \_\_\_ demandante \_\_\_ otro \_\_\_\_\_

#### 3. RAPPORT

Establecido \_\_\_ superficial \_\_\_ ausente \_\_\_ cooperador \_\_\_ hostil \_\_\_

Rechazante \_\_\_ otro \_\_\_\_\_

#### 4. ACTIVIDAD MOTORA

a. General : sobre actividad, hipoactividad, impulsividad, agresividad, temblor, intranquilidad, agitación, otro \_\_\_\_\_

b. Postura: relajada, enconjada, recta, rígida, provocadora, seductiva, otro \_\_\_\_\_

c. Facies: gesticulantes, tics, manierismos, rigidez, mioclonus, otro \_\_\_\_\_

d. Mirada: directa, fija, evita contacto, otro \_\_\_\_\_

e. Voz: timbre normal, débil, fuerte, temblorosa.

**AFECTO**

Animo : euforia, elación, éxtasis, tristeza, apatía, ansiedad.

Afecto: apropiado, inapropiado, blando, inalterado, congruente

**FLUJO DEL PENSAMIENTO**

Habla: espontánea, direccional, constricta, interrumpida.

**PROCESO DE PENSAMIENTO**

Disminuido, mutismo, retardo, bloqueo, presión del habla, vuelo de ideas, rimas, expansividad, circunstancialidad, sobreintelectualización, fluidez, proceso de asociación ideativa, ambiguos, vagos, desconectados, difusos, salteantes, incoherentes, tangenciales, digresivos.

**CONTENIDO DEL PENSAMIENTO**

Conocimiento, fantasías, amnesia, hipermnesia, empobrecimiento de ideas, preocupaciones, obsesiones, delirios.

**TENDENCIA MENTAL**

Escribir tres producciones verbales del paciente:

---

---

---

**INDICADORES SIGNIFICATIVOS**

---

---

---

---

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**EDAD** \_\_\_\_\_ **SEXO** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

Por favor, señale una respuesta de cada una de las siguientes declaraciones	Nunca o Muy Pocas Veces	Algunas Veces	Frecuentemente	La Mayoría del Tiempo o Siempre
1. ME SIENTO DESCORAZONADO, MELANCOLICO Y TRISTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. SIENTO DESEOS DE LLORAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ME CUESTA TRABAJO DORMIR DURANTE LA NOCHE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. COMO TANTO COMO SOLIA COMER ANTES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. DISFRUTO CONVERSANDO, MIRANDO Y ESTANDO CON MUJERES/HOMBRES ATRACTIVOS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. MI CORAZON LATE MAS RAPIDAMENTE QUE LO NORMAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ME CANSO SIN MOTIVO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ME IRRITO MAS DE LO NORMAL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ENCUENTRO FACIL EL TOMAR DECISIONES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. SIENTO QUE ME NECESITAN Y QUE SOY UTIL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. LLEVO UNA VIDA SATISFACTORIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. SIENTO QUE LOS DEMAS ESTARIAN MEJOR SI YO ESTUVIESE MUERTO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. TODAVIA DISFRUTO DE LAS COSAS QUE SOLIA HACER	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© W.W.K. ZUNG, 1965, 1974, 1989, 1991 TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS

**INSTRUCCIONES:**

Lea cada declaración cuidadosamente. Para cada declaración, marque el círculo de la columna que mejor responda a la forma como usted se ha sentido durante las últimas dos semanas.

Para las declaraciones 5 y 7, si usted está en dieta, conteste como si no lo estuviera.

# INDICE

TEMA

PAGINA

## CAPITULO I

INTRODUCCION (MARCO TEORICO)	2
OBJETIVOS	16
HIPOTESIS	16

## CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS	18
DESCRIPCION DE LA POBLACION	19
TECNICAS DE MUESTREO	19
TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS	19
TECNICA DE ANALISIS ESTADISTICO	20
INSTRUMENTOS	21

## CAPITULO III

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	22
ANALISIS DE CASOS	23
ANALISIS DE LOS COMPONENTES DEPRESIVOS	23
ANALISIS CUANTITATIVO DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS	31
ANALISIS CUALITATIVO DE LOS INDICADORES EMOCIONALES	40

## CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFIA	48
ANEXO 1	
CUADRO No. 1 ( RESULTADOS DE LA ESCALA DE ZUNG)	50
REGISTRO DE CASOS	52
ANEXO 2	
PROPUESTA DE UN PLAN DE TRATAMIENTO	77
ANEXO 3	
INSTRUMENTOS	88

