

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSTGRADO



LA DINAMICA FAMILIAR Y EL VITILIGO

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A N**

**DR. VICTOR CHAVEZ AGUILAR
DR. VICTOR MANUEL HUERTA MORFIN
DR. LEOPOLDO FELIPE CASTILLO ARAGON**

MEXICO. D. F.

DICIEMBRE 1979

**TESIS CON
FALSA FE ORIGINAL**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

1.- INTRODUCCION	1
2.- MARCO TEORICO	3
3.- IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	15
4.- HIPOTESIS	16
5.- OBJETIVOS	17
6.- MATERIAL Y METODOS	18
7.- RESULTADOS	20
8.- CONCLUSIONES Y DISCUSION	65
9.- BIBLIOGRAFIA	72

INTRODUCCION

En el complejo panorama de la atención a la salud, el Médico Familiar se ha ido situando en el lugar que por sus funciones y responsabilidad requiere. Actualmente nadie duda de la importancia que requiere el que el personal de primer contacto tenga la capacitación suficiente para poder dar a las familias el apoyo y alternativas en el momento oportuno en su enfrentamiento con su enfermedad. Tradicionalmente el Médico Familiar, o el que hace las funciones de Médico Familiar, son médicos generales más o menos adiestrados en el manejo de problemas prioritariamente orgánicos, actualmente la capacitación del Médico Familiar requiere no ya de alcanzar conocimientos, sino de manejar motivaciones en cuanto al trabajo, la investigación y la docencia, que le permitan estar actualizado y poder influir en cualquiera de las 3 áreas en que se manifieste la enfermedad; ya sea en lo social, lo psicológico u orgánico. El Médico Familiar no debe manejar sólo los problemas de enfermedad sino también aquellos aspectos que se presentan antes de que se dé el desequilibrio que propicia la enfermedad y debe prevenir de ésta manera todas las disfunciones que puedan afectar al grupo familiar en su conjunto o a los integrantes de éste en particular. Es pues importante subrayar que el campo de acción del Médico Familiar es ilimitado en cuanto se considere parte integrante del equipo de salud y pilar de éste con el suficiente cuerpo de conocimientos que le permita no perder nunca de vista las cuestiones generales en los problemas particulares en que se enfrenta y poder manejar los problemas de los individuos sólo conociendo el contexto inmediato en que se desenvuelven y cuyo marco más importante -

es la familia .

Este estudio se ubica en el período prepatogénico de la enfermedad y pretende dar una visión de conjunto de la compleja gama del proceso salud-enfermedad, en éste caso en relación a una de las psicodermatosis más frecuentes en México como es el Vitiligo.

MARCO DE REFERENCIA

En la actualidad el concepto de enfermedad se concibe no como el resultado de procesos en el organismo individual, sino como la respuesta biológica a estímulos exteriores que actúan sobre éste, a nivel más general la salud y enfermedad son producto de la relación del hombre con la naturaleza (41). La salud y la felicidad -- son manifestaciones en que el individuo responde y se adapta a los desafíos de la vida diaria, tales desafíos no son sólo aquellos que se originan en el mundo físico y social sino los más flexibles del medio, los que más comunmente producen enfermedad son las metas que el hombre se fija y que carecen de relación con las necesidades -- biológicas (20), el proceso de la vida incluye necesariamente muchas relaciones complejas por lo que todo fenómeno patológico es el resultado de una pluralidad de fuerzas de naturaleza muy variada (20), de este modo la enfermedad no puede ser ya considerada -- como un proceso puramente biológico, sino es más bien un espejo -- fiel del modo en que el hombre está en relación con la naturaleza de la que es una parte a través del trabajo, la técnica, la cultura o sea a través de relaciones sociales mutables (5), aún más, -- puede considerársele como señal estadísticamente relevable y precozmente calculable de alteraciones del equilibrio hombre-ambiente provocadas por transformaciones productivas, territoriales, demográficas y culturales incontroladas en sus consecuencias (29). Aceptando la intervención de factores del "medio ambiente" en la producción de enfermedad se llega a los conceptos de multicausalidad o multideterminación de las enfermedades y a través de ellos se ha

pretendido encontrar explicaciones causales a las enfermedades --- (18), de este modo queda claro que el origen de las enfermedades -- habrá que buscarlo en el medio interno, tanto como en el medio que - rodea al hombre (32).

Por otro lado el concepto de enfermedad se concibe actualmente como una unidad salud-enfermedad de tipo dialéctica, en la cuál el predominio de una sobre la otra dá la pauta pero jamás pueden sepa... rarse ni dejar de influirse mutuamente y en relación estrecha con todo el medio que la rodea.

Con el aumento de stress psicológico que implican las condicio nes y ritmo de vida actuales, las reacciones psicofisiológicas de la piel se presentan con mayor frecuencia y varios cuadros clínicos se ven agravados por un estado tensional importante (57).

Desde el punto de vista fisiológico, la piel es la base del -- sistema receptor-efector, la finalidad de los órganos sensitivos es la de ordenar los diferentes estímulos y relacionarlos con un efec tor, además la piel constituye un limite físico entre el medio exter no e interno, también la piel ha sido considerada como un órgano -- expresor de necesidades, emociones, sufrimientos, temor etc.

En 1927 Sack señaló que la piel proporciona un campo especial mente favorable para el estudio de las relaciones psicossomáticas, - él define la EXPRESION como "todo un proceso somático relacionado - de manera inequívoca de un determinado proceso psíquico". Estos fe nomenos poseen un doble significado; un reflejo que brota de los es tratos profundos del inconciente para dar la alarma a la mente con ciente y llamar la atención del individuo y otro demostrativo diri-

gido hacia el ambiente social para captar su interés y hacerse notar (55).

La presencia de algunas alteraciones cutáneas están en relación con la existencia de conflictos emocionales que denotan un estado de tensión aguda o crónica concomitante casi siempre a un cuadro neurótico agudo o crónico, las expresiones dermatológicas pueden aparecer en forma de crisis o bien como una elaboración conversiva. La piel - desde el punto de vista psicodinámico es el canal por el cuál la sexualidad o la agresividad van a descargarse en la relación objetal- en caso de que se encuentre bloqueado, las tendencias de satisfacción darán lugar a fenómenos de expresión patológica. Los padecimientos - cutáneos nos están expresando en sí mismos las ganancias secundarias que el individuo obtiene en forma inconciente (55).

La importancia y frecuencia de las interrelaciones entre las -- enfermedades de la piel y el psiquismo son de observación diaria, -- las lesiones cutáneas son especialmente susceptibles de repercutir en el psiquismo de las personas, sus características poco estéticas y an siogénicas producen ataques graves al narcisismo y pueden ser la base de muchas fobias, la aparición de una dermatosis produce cambios - en la personalidad, la cuál tiene tendencia a interiorizar las emocio nes y los conflictos y expresar por medio de las lesiones dermatoló- gicas algunas compulsiones. En algunas ocasiones la presencia de las dermatosis busca un beneficio secundario que suele ser inconciente - y en algunas ocasiones manifiesta un miedo patológico hacia la muer- te (30).

Bajo el nombre de psicodermatosis se agrupan a los padecimientos en los cuales el factor psicológico puede ser la única causa del proceso o constituir un factor más o menos importante que influya - directa o indirectamente sobre la dermatosis. En un centenar de casos de diferentes psicodermatosis estudiados desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico comparativo se vió que a nivel inconsciente existe un síndrome conflictivo más o menos común a todos ellos -- esquematizándose de la siguiente manera: a) Un egocentrismo acentuado, basado principalmente en el esquema corporal, b) Fuerte necesidad de afecto, con expresión a nivel de contacto físico. c) Hostilidad reprimida por frustración a ésta necesidad afectiva. d) Manifestación somática que permite realizar en forma simbólica la hostilidad al medio por una parte y la necesidad de afecto por otra (57).

Existe una relación muy real de la conducta y el modo de sentirse de éstas personas porque pierden todo lo que quieren y comienzan a querer algo, luego pierden el interés y acaban por no tener nunca nada. Si se le dá un significado simbólico al vitiligo y entenderíamos que la pigmentación no fuera más que un impulso de contacto entonces diríamos que el individuo se despigmenta tanto en su piel como en su relación interpersonal se destiñe también (1).

Ya que la dermatosis rara vez amenaza la vida, pueden causar -- muchas alteraciones e inestabilidad. Un detallado conocimiento de las lesiones elementales es de menos ayuda que la familiaridad de las condiciones comunes y la habilidad para comunicarse con el paciente e instruirlo en las medidas simples. Es común ver pacientes con lesiones triviales, que muestran gran ansiedad e incomodidad y exis-

te gran temor a sentir que su enfermedad es contagiosa. El miedo actual a estar infectado y producir daño a otros no explica por sí solo la ansiedad. La propia estima de los pacientes y la aceptabilidad social son una contingencia y pueden cambiar sus hábitos y sentirse marcados permanentemente y rechazados (60).

El papel esencial y específico del médico en psicoterapia es - ayudar al individuo a desarrollarse en todas sus funciones, entonces hablaríamos del individuo sano, de otro modo se atacaría sólo un - síntoma que cualquier droga podría curar (1).

Cuando una dermatosis aparece desde la infancia y su extensión es importante o evoluciona de manera crónica reacciona de una manera muy especial, a veces masiva de la personalidad imponiéndole muchas limitaciones las que a su vez constituyen factores de agrava - miento de la enfermedad, éste conjunto de hechos produce un círculo vicioso (30).

La etiología precisa del Vitiligo es aún desconocida (57), es notorio que aparezca después de una fuerte tensión emocional, un - shock nervioso o repetidos conflictos en el seno del hogar, por lo que se reconoce un factor psicogenético estableciéndose una rela -- ción íntima entre la enfermedad y los estados emocionales como inquietud, neurosis, desadaptación etc. y al no poder encauzar sus - conflictos ocasiona quizá trastornos de la melanogénesis mediante el sistema nervioso autónomo. Se dice que el estímulo psíquico al ser de gran intensidad queda firmemente fijado en el inconciente y puede seguir actuando cuando estímulos menores lo hagan presente - en la conciencia (7).

La frecuencia con que el principio de la enfermedad coincide con problemas afectivos, económicos, de inseguridad etc., ha sido inmediatamente precedida por intensas emociones ésto ha conducido a suponer que la excitación que producen las emociones son el punto de partida y sostén del Vitiligo (56).

Obermayer considera que la mayoría de los pacientes con Vitiligo tienen una tendencia a la neurosis y que independientemente de que los factores psicológicos sean significativos desde el punto de vista etiológico, la dermatosis puede provocar ansiedad y sentimientos de minusvalía (15).

Cabildo dice que el sitio de elección de las manchas es aquél en que el sujeto ya sea conciente o inconcientemente fija su atención (14).

El término Vitiligo fué acuñado por Celso y se deriva del latín VITULUS que significa becerro (15).

El Vitiligo es una discromia adquirida (6) caracterizada por manchas acrómicas rodeadas por un borde normal o hiper pigmentado (6). Las manchas se encuentran en forma simétrica, los sitios más afectados son cara, cuello, esternón, brazos, dorso de manos. Así mismo se señala que sigue una distribución dermatomérica (56). Se presenta del 3.7 al 5% de todas las dermatosis (7) (59), predominando el sexo femenino sobre el masculino en relación 2:1 (7) (49), - la edad en que predomina es antes de la cuarta década (47) (49).

Algunos autores señalan que es más frecuente en climas tropicales que en los fríos (6), predomina en los meses de Mayo, Junio y Julio (7) y con igual frecuencia afecta zonas rurales y urbanas

La aparición de las manchas puede ser de la noche a la mañana pudiendo progresar en grados variables y separadas por zonas de piel normal, evoluciona sin molestias (7). Se debe hacer diagnóstico diferencial con Morfea, en la cuál la piel tiene un color nacarado, brillante y adherida a estructuras subyacentes, de la Pityriasis alba, de la Pityriasis versicolor, del Pinto, del Herpes Zoster y de las leucodermias.

La melanina es un pigmento de color café oscuro o negro, insoluble y formada por un proceso enzimático de oxidación en el citoplasma de las células pigmentarias de la piel y en el tracto uveal en el hombre. Son células de forma dendrítica y están distribuidas en capa irregulares en la unión dermo-epidérmica de la piel. Son de origen neurógeno, emigran en el embrión de la cresta neural -- hasta la epidermis, las células maduras se denominan melanocitos y a las inmaduras melanoblastos (17). Fitzpatrick y cols. explican la formación de melanina de la siguiente manera: se origina de un aminoácido llamado tirosina, el cual combinado con el compuesto que la oxida, la dihidroxifenilalanina (DOPA) y con la enzima tirosinasa de las mitocondrias más el proteínato de cobre forma la melanina, otros factores que influyen son: la temperatura, el potencial Redox, ciertas vitaminas del complejo B y la acción de la hormona estimulante del melanocito (HEM) (25).

Aunque anteriormente se hablaba de ausencia de melanina en los melanocitos(17) en artículos recientes se dice que hay destrucción de los melanocitos dérmicos y probablemente de los retinianos también. En los bordes de la lesión los melanocitos suelen tener -

grandes procesos dendríticos y hay mínima reacción inflamatoria - (44). Además de los factores psíquicos ya mencionados como causa del Vitiligo se habla de historia familiar autosómica dominante - (6) y muchos autores dan teorías que van desde la hiperactividad del sistema simpático (7) (45) y otras de una inhibición del mismo, aunque a últimas fechas se sospecha la presencia de autoinmunidad contra el melanocito ésta teoría no ha sido suficientemente demostrada (31), (39), (40), (47), (62). La teoría de autoinmunidad es sostenida por la frecuente asociación del Vitiligo con enfermedades autoinmunes como son tiroiditis, insuficiencia suprarrenal, anemia perniciosa y oftalmía simpática (44) (47). Se ha asociado además a diabetes juvenil (19), enteritis regional (23), enfermedades de la piel como alopecia areata, psoriasis, neurodermatitis (47) melanoma (40) y enfermedad de Graves (62).

El tratamiento empleado es muy variado, desde el uso de psoralenos (51), tatuajes con sales de oro, inyección de triamsinolona (6), meladinina y tranquilizantes (7) y en muchos casos con psicoterapia (7) (30) (57).

La significación de la vida familiar está sufriendo probablemente un cambio profundo, dinámicamente conectado con la transición social. La organización mecánico-industrial ha desindividualizado las interacciones entre personas surgiendo la concepción científico-racional del mundo y de las cosas que tiende a reemplazar a la dependencia anterior respecto a un orden ético-religioso del universo. La vida del individuo se parece cada vez más a una proposición racional de ventajas y limitaciones materiales calcula

bles, es natural suponer que la salida principal para la dependencia emocional y la oportunidad de crecimiento del hombre moderno sigue existiendo en la vida familiar. Además es evidente que las salidas para la hostilidad, aparentemente ubicadas como los prejuicios, los sistemas políticos dictatoriales de dominio agresivo y la competencia hostil entre los sexos tiende a mantener un equilibrio dinámico retributivo al través de las oportunidades de relacionarse dentro de la familia. Los padres pueden verse amenazados por los hijos, de separación y éstos pueden pasar a confiar en los valores y los atractivos de la sociedad adolescente para su apoyo emocional y los padres a su vez pueden reaccionar con maniobras inconcientes defensivas y conservadoras dirigidas hacia los hijos, los cuales pasan a ser considerados como objetos de transferencia semejantes a los padres que han abandonado a dichos progenitores.

El problema más amplio de la patología familiar tiene que ver con el papel que desempeña la familia en la sociedad moderna. -- Buehler (1962) concluye que la patente dependencia mutua de las generaciones de padres a hijos a disminuído en el transcurso de las últimas décadas. Además es posible que las técnicas de los padres de nuestro tiempo hayan disminuído el grado de contacto físico entre la madre y el niño con una disminución consecuente en lo que repecta al desarrollo de la confianza básica. Podemos postular que una disminución de esa confianza en combinación con el efecto desindividualizador de los medios modernos de comunicación de masas dan lugar a nuevos patrones de comunicación en las fami--

lias, lo cuál tienen como resultado que las relaciones personales vayan perdiendo intimidad y firmeza (12).

Es un hecho paradójico que la familia, la institución más antigua de la humanidad, no se haya convertido, sino hasta época muy reciente, en tema de investigación sistemática. Algunos investigadores se centran en los rasgos y actitudes característicos del individuo y tratan de correlacionar su existencia con determinada estructura enferma, otros hacen un enfoque psicoanalista y se centran en los detalles de sus interacciones dinámicas (22). La situación de las parejas jóvenes no es más libre de tensión que la familia extensa, la situación de éstas es importante principalmente en los primeros estadios cuando se inicia un ajuste emocional y sexual y cuando salen a relucir todo el bagaje de experiencias que cada uno aporta al matrimonio contribuyendo de ésta manera a condicionar el ambiente familiar (42).

Para el estudio de pacientes con psicodermatosis se cuenta -- clásicamente con dos procedimientos a saber: la entrevista psiquiátrica y las pruebas psicológicas que incluyen tanto las psicométricas como las proyectivas (57). Nosotros agregamos a éstos el estudio de la dinámica familiar como técnica que permite conocer los mecanismos reguladores propios del sistema familiar que controlan los mecanismos colectivos de sus miembros individuales, así -- como los complejos procesos del sistema que está en marcha y que gobierna las motivaciones individuales (13).

La psicoterapia de grupos en general plantea una oportunidad para exteriorizar la tensión emocional, en donde el entrevistador

no debe impartir directivas, sino limitarse a interpretar respuestas emocionales en el grupo aunque las interpretaciones aparezcan en momentos y con formas tales que se transformen en consejos (37) la finalidad que guía la comunicación de las interpretaciones es - la de enseñar al paciente a ver sus motivaciones inconscientes, las interpretaciones no pueden separarse de las emociones que se producen y aunque el terapeuta tenga intenciones didácticas su preocupación inmediata es la regulación de las reacciones emocionales. Las interpretaciones intelectuales reducen la tensión emocional cuando crean una atmósfera propicia a la reflexión, que contrarresta la - libre expansión de las emociones (36). Algunos autores plantean la disminución de la tensión emocional en el grupo mediante el análisis de las transacciones (9) y plantean que el problema básico consiste en el YO y que dependiendo de las situaciones a que se enfrenta dejará ver parte de la estructura del sujeto y que de éste modo existe un Yo niño, uno adulto y un YO padre y que básicamente esto depende de la catexis libre (energía libre) ; " es la catexis misma lo que se experimenta como un sentimiento del ego (10). En ésta relación del YO con el medio ambiente es como la piel llega a constituirse como órgano de choque, ésta enfermedad de la piel desencadena sentimientos de culpa en los padres (cuando el Vitiligo es en niños) hasta que el sentimiento de enfermedad se vuelve una necesidad en la familia, el niño comprende mejor lo anterior cuando sana y las atenciones y cuidados se desvanecen y es entonces -- cuando recurre nuevamente a su enfermedad defendiendo de éste modo su papel y su lugar en el medio familiar (29).

De todo lo anterior se desprende la necesidad del estudio integral de la familia para tratar de conocer algunos aspectos de -- una enfermedad psicosomática como el Vitiligo y para evidenciar -- las causas que se presume confluyen para dar origen a la despigmentación y se hace necesario un estudio exhaustivo de las tensiones, miedos y aspiraciones que se mueven dentro del núcleo de la familia, cuando los padres son "alimentados" por los terapeutas comienzan a alimentarse menos de sus hijos (13), con todo esto el paciente con Vitiligo puede explorar una definición de su YO, que -- puede ser muy diferente del papel que la familia le había asignado.

IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

El Vitiligo es una las psicodermatosis más frecuentes en México y su etiología es aún desconocida , se han investigado trastornos inmunológicos, hormonales y asociaciones con otras enfermedades pero no se ha evidenciado hasta la fecha una relación directa entre éstas alteraciones inmunológicas y hormonales y la aparición de Vitiligo. Además se mencionan como factores predisponentes la angustia y las alteraciones emocionales, pero hasta ahora no se ha investigado la relación de las alteraciones de la dinámica familiar con la aparición de ésta enfermedad, ya que sabemos que la familia en una fuente generadora importante de angustia y alteraciones emocionales . Clásicamente cuando el Médico Familiar detecta un caso de Vitiligo se concreta a canalizarlo al especialista , pero es incapáz la mayoría de las veces , de poder brindar apoyo terapéutico.

H I P O T E S I S

Las crisis familiares son las alteraciones de la dinámica -
familiar más frecuentes que condicionan la aparición de Vitiligo.

O B J E T I V O S

- 1.- Estudiar la dinámica familiar de los pacientes con Vitiligo.
- 2.- Evidenciar si el paciente con Vitiligo se identifica con el rol de "depositario" en la familia.
- 3.- Identificar los tipos de crisis familiar más frecuentes que condicionan la aparición de Vitiligo.
- 4.- Identificar el período de tiempo entre la crisis familiar y la aparición del Vitiligo.
- 5.- Identificar el tipo de vínculos entre el enfermo y los demás miembros de la familia.
- 6.- Identificar la presencia de antecedentes de Vitiligo en la familia.

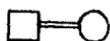
MATERIAL Y METODOS.--

Se estudiarán las familias de 15 pacientes con Vitiligo adquirido, diagnosticados en la Consulta Externa de Dermatología del -- Hospital General de Zona Insurgentes del IMSS.

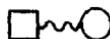
De un total de 64 pacientes con Vitiligo vistos en el período de Enero a Mayo de 79 en el servicio de Dermatología se tomó al -- azar 15 pacientes (23%) con el criterio del texto de Bradford Hill (33). Se omitirán variables que no influyen en forma determinante en la aparición de Vitiligo como la edad, sexo, escolaridad etc. Se realizarán estudios de Dinámica Familiar a cada caso mediante la técnica de entrevista abierta conteniendo los siguientes puntos: 1) Paciente identificado, 2) Padecimiento actual, 3) Antecedentes personales patológicos y no patológicos, 4) Familia, 5) Relaciones entre padres, 6) Relaciones entre hijos y padres, 7) Relaciones entre hermanos, 8) Problemas identificados, 9) Dinámica de la relación médico-familia, 10) Dinámica de la relación familia-enfermedad, 11) Dinámica de la familia, 12) Pronóstico, 13) Metas a corto plazo y 14) Metas a largo plazo. Investigando especialmente los puntos 5, 6, 7, 8 y 10. Cada entrevista será de 60 minutos de duración promedio realizándose un mínimo de 10 entrevistas por familia. Las entrevistas se llevarán a cabo en un lugar cerrado con un entrevistador y un apuntador. En todos los casos se realizarán entrevistas domiciliarias con el fin de estudiar de cerca su medio ambiente familiar. Se anexará un familiograma haciendo énfasis en los datos característicos de cada persona y un pequeño resumen en cada caso. La investigación se hará -

en un lapso de tres meses del 1 de Agosto al 30 de Octubre de --
1979. La evaluación del trabajo se hará del 1 al 20 de Noviem---
bre de 1979.

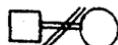
CODIGO



CASAMIENTO



UNION LIBRE



SEPARACION --- DIVORCIO



PACIENTE IDENTIFICADO



EMBARAZO



ABORTO



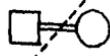
MUERTE



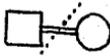
GEMELOS



VINCULO RIGIDO



VINCULO CLARO

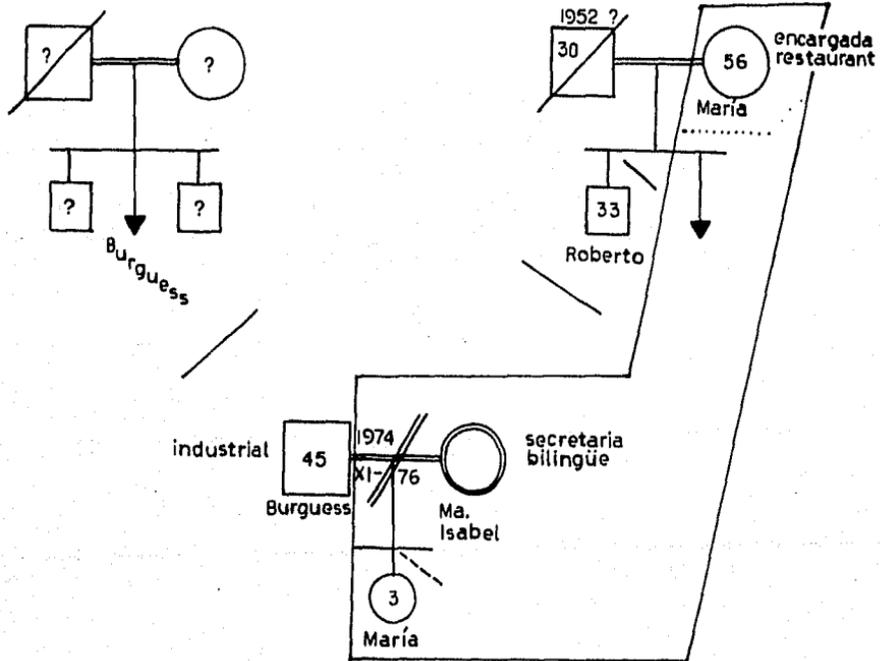


VINCULO DIFUSO



UNIDAD FAMILIAR

FAMILIA BARRINGTON-CARBAJAL

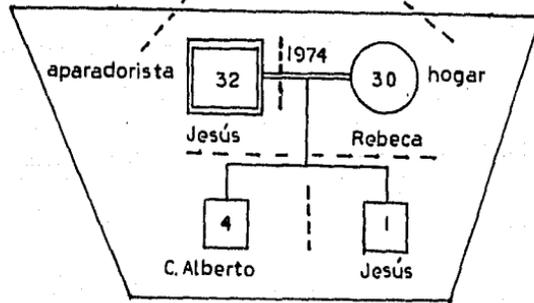
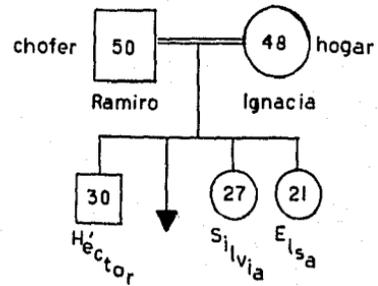
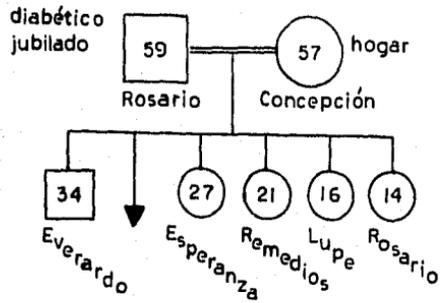


FAMILIA BARRINGTON-CARBAJAL

Se trata de una familia desintegrada por falta del padre, Ma - Isabel la madre es la paciente identificada y portavoz del grupo - con Vitiligo desde hace 4 años que inició en senos y axilas . El - padre Burgess B. de 45 años de origen japonés y radica en Jamaica desde pequeño. Ma Isabel proviene de una familia en la cuál el pa- dre murió a los 30 años, cuando ella tenía 2 años y no recuerda - nada de él. De su madre que vive actualmente con ella , refiere -- que su relación con ella fué siempre mala ya que nunca hubo comuni- cación ni afecto entre ellas, dice: "es muy importante, de mi ma- dre me faltó mucho cariño, pero éso fué por su trabajo, ya que no le permitía hacerlo". Ella y su hermano Roberto crecieron con una - tía y solo veían a su madre cada 8 días , al casarse su madre se - volvieron "muy celosos" con su padrastro. El vínculo con su madre y hermano fué siempre rígido . La relación de noviazgo con Burgues fué de 4 meses existiendo motivos económicos, de dependencia y de afecto lo que la motivaron a casarse, yéndose a vivir a Jamaica - en donde se sintió cautiva de su esposo que era muy celoso y la -- mantenía encerrada, al comunicarle que tenía 2 meses de embarazo - se produjo una crisis en la que ella se sintió rechazada al igual que su hijo y dos meses despues presenta manchas de Vitiligo en - senos y axilas, la crisis fué tan aguda para ella que decidió sepa- rarse de su esposo y regresar a México. A la paciente le resulta - difícil relacionar su historia, la falta de padre y de afecto que - manifiesta, y su percepción de la crisis así como su corta rela- ción con el esposo. Actualmente la paciente vive con su hija y su

madre con la cuál tiene un vínculo difuso, al cuestionársele ésta relación con su madre, se notó rechazo a las entrevistas. Ma Isabel de algún modo racionaliza la conducta de su madre ya que no se siente bien al cuestionársele ésta relación que actualmente necesita conservar como fuente de afecto importante. Creemos que en éste caso las manchas de Vitiligo le sirven a Ma Isabel para evidenciar una necesidad de afecto que se vió incrementada al sentirse rechazada durante su embarazo. Creemos que en éste caso el sitio de aparición de las manchas tiene marcada relación con la crisis descrita. La paciente se identifica con el rol de depositario dentro del grupo al cargar con el rechazo de todo el grupo familiar. Al finalizar las entrevistas no se notó mejoría de las lesiones dérmicas.

FAMILIA RODRIGUEZ - MENDOZA

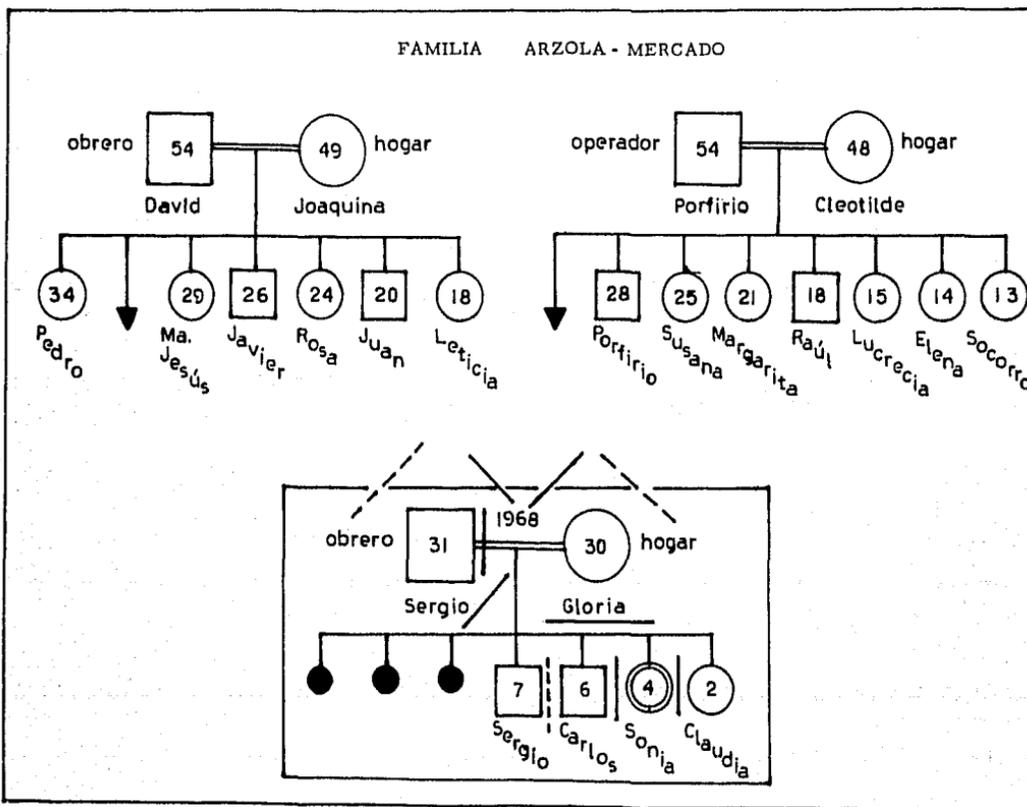


FAMILIA RODRIGUEZ - MENDOZA

Jesús es el paciente identificado, presenta Vitiligo desde -- hace 9 años que inició en dedos de la mano y después en genitales y región perianal. Recuerda que a la edad de 6 años se separaron - sus padres por un año, yéndose él con su padre con el cuál se da - ba un vínculo difuso, con su madre no hubo comunicación ni afecto él se sentía rechazado por ella, la abuela , que vivió un tiempo - con ellos era la que le brindaba afecto, refiere que en su casa ja - más comían juntos y que eran pocas las demostraciones de afecto y - la comunicación, el vínculo con su hermano mayor siempre fué rígi - do. Refiere que a los 15 años inició relaciones sexuales con 3 mu - jeres a la vez, lo cual le dió un sentimiento de seguridad . La der - matosis de Jesús se relaciona con una gran angustia hacia la muer - te, relata como a la edad de 18 años sufrió traumatismo torácico - al parecer con paro cardio-respiratorio que ameritó masaje, presen - tando 3 meses después cuadro clínico de Alopecia areata, otra crí - sis: para él fué en 1973 con un accidente automovilístico apare - ciéndole 15 días después manchas acrómicas en dorso de manos, en - Septiembre de 1977 al saber que a su padre le iban a amputar una - pierna le aparece Vitiligo en genitales y región perianal 15 días después . La relación conyugal con Rebeca se dá con buen ajuste - de roles y buena complementaridad, sus relaciones sexuales son sa - tisfactorias para ambos y sus niveles de comunicación y demostra - ciones de afecto funcionan adecuadamente . No se detecta conflicti - va importante con ambas familias de origen . Las relaciones paren - tales son buenas con vínculos claros con los hijos y no se nota --

que exista repercusión de la enfermedad de Jesús en el grupo familiar . Durante las entrevistas se notaron muy cooperadores viéndose en Jesús cierta tendencia a lo obsesivo lo cuál es confirmado por la esposa. A través de las entrevistas se trató de lograr una mayor capacidad de introspección en Jesús para tratar de hacer consciente las fuentes de angustia y por otro lado esclarecer a la pareja sus pautas transaccionales . Al final de las entrevistas se notó disminución en la extensión de las lesiones de la mano , pero en las lesiones de genitales y perianales no hubo mejoría.

FAMILIA ARZOLA - MERCADO

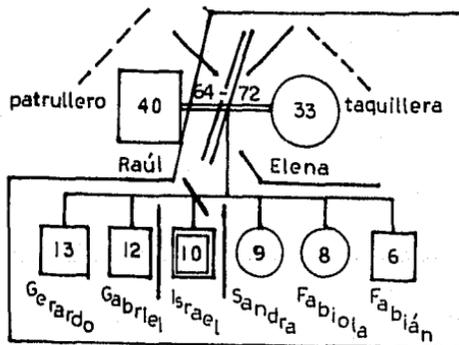
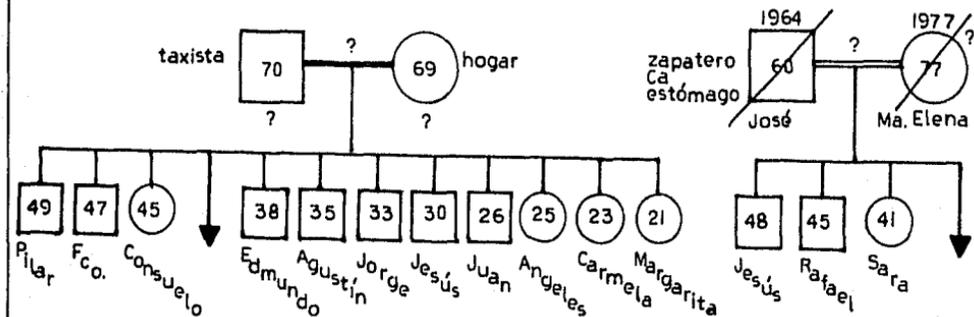


FAMILIA ARZOLA-MERCADO

Sergio el padre proviene de una familia epileptoide en la --
cuál predominaban los vínculos rígidos y difusos, donde no había
demostraciones de afecto ni comunicación, refiere que llegaba ha
cer cosas como un intento de llamar la atención. La situación de
Gloria la madre era distinta; se comunicaba bien con su padre sin
tiéndose la preferida , al igual que con su hermano mayor. Sergio
y Gloria decidieron vivir 2 años juntos antes de casarse dándose
frecuentes conflictos entre Gloria y sus suegros . Desde hace 10
años viven en el DF en casa de una recámara con 2 camas; en una -
duermen los 3 hijos mayores y en la otra los padres y Claudia. El
portavoz del grupo familiar es Sonia de 4 años con Vitiligo de 2
meses de evolución en genitales. Los dos primeros hijos fueron --
bien aceptados por los esposos no así Sonia Y Claudia. Durante el
embarazo de Sonia hubo intento de abortar en los primeros 3 meses
de embarazo, éste rechazo velado es más notorio en el padre. Los
padres refieren ser poco comunicativos entre sí, lo cual se vé en
las entrevistas, y poco afectuosos al igual que con los hijos, el
padre recuerda bien la fecha de nacimiento de sus hijos pero igno
ra el de sus hijas incluso ignora que clase de juegos tienen. Am-
bos padres están de acuerdo en que Sonia hace muchas cosas para
pedir afecto señalando incluso que se quiere ir con los abuelos -
porque "ellos si me quieren mucho" , relatan cómo olvidaron en una
ocasión el cumpleaños de Sonia y ésta irrumpió en llanto. A Sonia
se le nota relegada del grupo cuando interactúa incluso con Clau-
dia y actúa como depositario al cargar con el rechazo del grupo.

La crisis identificada fué 2 meses antes de la dermatosis durante unas vacaciones, en donde Sonia convivió con varios primos y mostró una actitud "exagerada de celos" con sus padres y abuelos y según refiere élla "sintió que ya no me querían". Creémos que en éste caso las manchas le sirven a Sonia para llamar la atención y tratar de conseguir más afecto de los padres. Durante las primeras entrevistas se manejó una gran carga de angustia en los conyuges canalizada en forma de llanto por la madre quién identificaba problemática en su relación con los suegros pero implícitamente solicitaba atención y afecto del esposo ya que ella sentía que Sergio daba -- más atención a sus padres. Durante las entrevistas se hizo claro -- para Sergio que su conducta tenía mucho que ver con su familia de origen ,donde había pocas demostraciones de afecto, y por otro lado la demanda excesiva de atenciones por parte de Gloria también -- tenían que ver con su formación en su familia en la que ella era -- la consentida . Durante las entrevistas mejoró notablemente la comunicación parental y conyugal haciéndose más espontáneas las de-- mostraciones de afecto y cuidado , cuya falta era sentida en forma importante por Sonia. Al final de las entrevistas no se notó mejoría en la extensión de las lesiones pero sí en la pigmentación.

FAMILIA COVARRUBIAS - CASTELLANOS

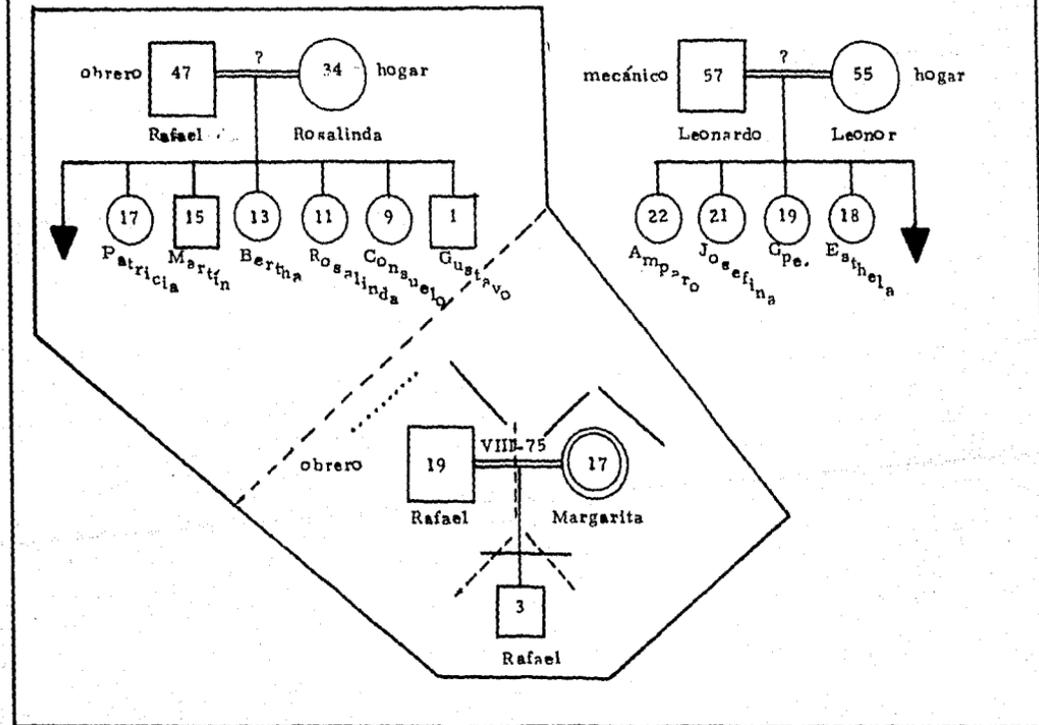


FAMILIA COVARRUBIAS-CASTELLANOS.

Israel es el paciente identificado con Vitiligo desde hace 2 años en párpados superiores. La familia se formó en 1964 y 8 años después se separaron los padres a causa del alcoholismo y brutalidad del padre. La relación de Israel con el padre era rígida al igual que con la madre, con los hermanos la relación era también bastante difícil para Israel ya que lo culpaban de toda cuanta cosa mala sucedía por lo que era castigado injustificadamente con frecuencia, por lo que jugaba el rol de depositario. - Al separarse los padres se va a vivir con ellos la abuela con la cuál Israel forma un vínculo claro y éste se convierte en la principal fuente de afecto para él, ya que la madre tiene que empezar a trabajar y deja la atención y cuidado de los hijos a la abuela y a Gerardo el mayor. A principios de 1977 enferma la abuela e Israel se dedica a cuidarla y darle medicinas, incluso llegó a perder el año escolar por dedicarse al cuidado de la abuela, que finalmente muere en Mayo de 1977 apareciendo Vitiligo en párpados 5 meses después modificándose los roles familiares en la casa, - Gerardo asume el rol de padre asignándole la madre el cuidado y responsabilidad de los hermanos lo que ocasiona frecuentes riñas entre hermanos, disminuyendo la comunicación y atención de la madre para con los hijos ya que la madre tiene que trabajar dobles turnos. La enfermedad de Israel le brinda beneficio secundario y la familia le asigna el rol de enfermo exentándolo de quehaceres domésticos y de responsabilidades. Al través de las entrevistas

la madre aclara algunas de las necesidades y cuidados que requieren los hijos, se hace una reubicación de los subsistemas quitando a Gerardo parte de la autoridad y responsabilidad que ocasionaba mal funcionamiento del sistema fraterno e incrementándose el contacto y comunicación de la madre con los hijos. Creemos que en éste caso las manchas de Israel señalan la necesidad de afecto que siente al morir la abuela y que busca obtener en los otros miembros de la familia. Por otro lado el rechazo de Israel al rol de enfermo que le había asignado la familia ocasionaba que éste no pudiera integrarse adecuadamente al grupo. Lo mismo ocurrió con Gerardo el cuál se sentía excluido del sistema fraterno manejando gran angustia y responsabilidad que no aceptaba lo que disminuyó notablemente durante el tiempo de las entrevistas disminuyendo - incluso su obesidad. Las manchas acrómicas de Israel desaparecieron totalmente al final de las entrevistas.

FAMILIA SOBERANES - DIAZ



FAMILIA SOBERANES-DIAZ

Familia que se formó al casarse por embarazo de Margarita a los 14 años, ella tenía miedo a las críticas, temor a trabajar para mantener a su hijo. Rafael se casó por presión moral "no debía dejar abandonada a una mujer embarazada". La reacción de la familia de Rafael fué de aceptación hacia Margarita, mientras que la de Margarita fué de rechazo. Margarita se casó con la ilusión de tener un hogar aparte (ya que Amparo la molestaba frecuentemente, regañando aún a sus padres), deseos que le compraran ropa, zapatos y estudiar la secundaria. Al saber su familia que estaba embarazada Amparo la corrió de la casa y se fué a vivir con Rafael a su casa, empezando a construir su casa que consiste en un cuarto único dividido con cortinas, compartiendo el baño con sus suegros.

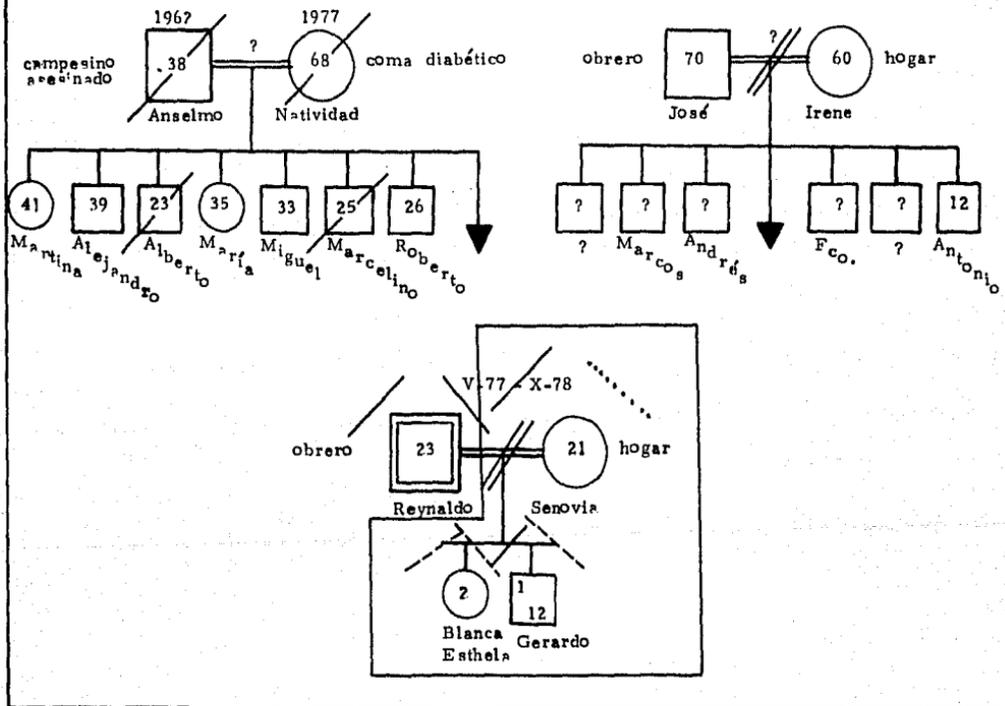
Rafael tiene que salir de la ciudad de México por motivos de trabajo por períodos de 2-3 meses quedándose Margarita en su casa. Al partir Rafael Margarita tiene miedo a que no regrese y que su hijo "no tenga padre". Le apareció Vitiligo en brazo y pierna derecha en Julio de 1977 dos meses después de un viaje de Rafael. El rol de Rafael es de proveedor, jefe de familia y padre, Margarita el de administradora y madre. El vínculo entre ambos esposos es claro ya que hay buena comunicación de sus problemas y comparten ideas, aunque se detectó conflictiva sexual de no aceptación de la sexualidad por parte de Margarita.

La crisis identificada es el temor a la pérdida de su esposo del cual recibe afecto y cuidado, mismos que no encuentra

en su familia de origen o política ya que son frecuentes los conflictos con ellos.

El rol de depositario recae en Margarita quien es vista por sus suegros como "arrimada" y por parte de su familia como lo malo del grupo por embarazarse a tan corta edad.

FAMILIA SANCHEZ - RAMIREZ

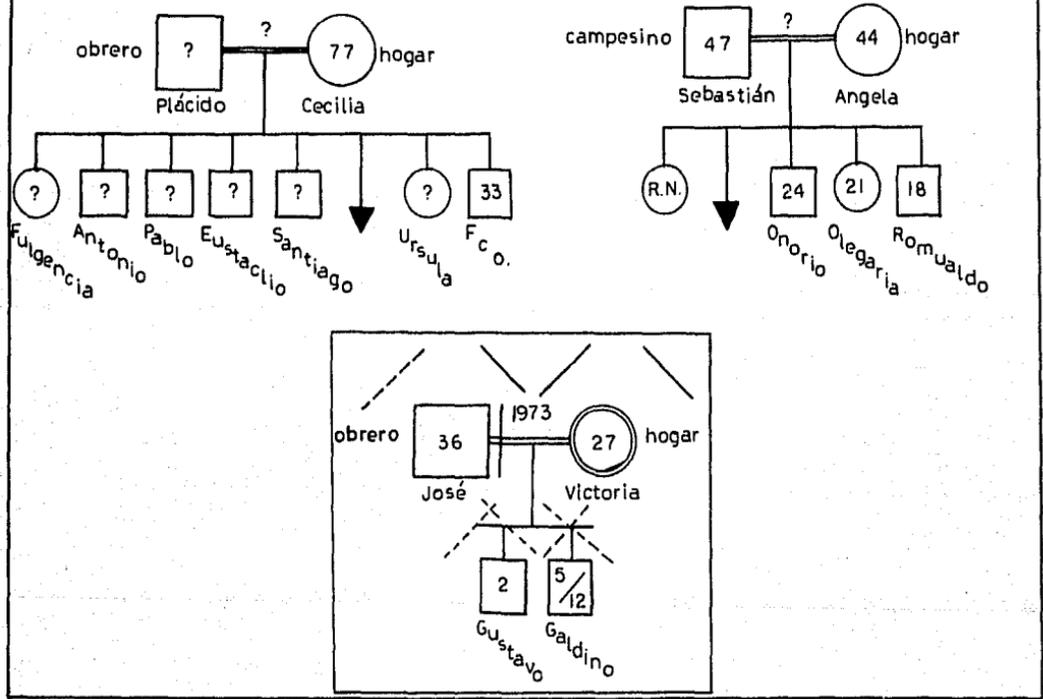


FAMILIA SANCHEZ-RAMIREZ

Reynaldo paciente identificado, relata que perdió a su padre y hermano Alberto cuando tenía 6 años de edad, pasando a ser el consentido de su madre. En 1973 vino a radicar al D F con su hermano Alejandro el cuál es visto por Reynaldo como padre. En 1974 vino su madre Natividad al D F y junto con Roberto formaron un -- hogar, identificándose un vínculo rígido con Roberto y difuso con la madre . Conoce a Senovia y después de dos meses se hacen no--vivos sexando con ella al mes y medio y dejándola de ver "por no -- ser señorita" . Ocho meses después la vuelve a encontrar y sexan nuevamente, informándole un mes después que está embarazada . Su -- hermana María, su madre y los padres de Senovia lo presionan a -- que se case aceptandolo finalmente. Senovia forma un vínculo rí--gido con Natividad y posterior al nacimiento de Blanca. Muere Natividad produciéndose una crisis económica muy importante que --- trata de resolver casándose por el civil con Senovia para que le den ayuda láctea a su hija . En Septiembre del 77 se entera por amigos que un sobrino de él dice que se acostó con Senovia, apareciéndole Vitiligo 3 meses después en cara y genitales . El vínculo con Senovia ya rígido desde el principio se agudiza más y provoca la separación en Octubre de 78 . Posterior a la separación -- va a vivir con Miguel el cuál le manifiesta rechazo incrementándose el sentimiento de soledad, abandona la colonia para evitar crí--ticas y busca un departamento para vivir solo. Cuatro meses des--pués de separado con Senovia ésta le informa que está embarazada

de él y cinco meses después nace Gerardo ,dudando Reynaldo que él sea el padre. Durante las entrevistas logra evidenciarse que Reynaldo asume el rol de depositario al cargar con el rechazo del -- grupo familiar y además del social que le producen intensos sentimientos de minusvalía y soledad . A través de las entrevistas mejoró notablemente el estado de ánimo del principio y llegando a entender algunas de las causas que le producen tensión y ansiedad pero sin notarse mejoría en cuanto a las lesiones acrómicas.

FAMILIA RUIZ - FRANCO



FAMILIA RUIZ-FRANCO

Victoria de 27 años de edad es la paciente identificada con Vitiligo de 12 años de evolución . Procede de medio socioeconómico y cultural bajo . Dentro de su familia se aprecian vínculos rígidos entre los padres, con escasa comunicación , el padre constantemente golpea a la madre la cuál es sumisa y acata las órdenes incondicionalmente, situación que le molestaba a Victoria que defendía a su madre reprendiendo verbalmente a su padre el cuál la golpeaba y posteriormente era regañada por la madre argumentando que era su padre y que no le debía alzar la voz . A la edad de 14 años es enviada por sus padres a la casa de sus padrinos, segregándola como mecanismo de rechazo y fantaseando la familia que con éso -- terminarían los problemas.

Con sus padrinos se encuentra con un rechazo manifestado en forma de burlas y palabras despectivas en relación a su pobre aprendizaje adoptando el rol de depositario que le asignaron sus padrinos adjudicándole todo lo inepto y negativo de ese grupo familiar . A la edad de 15 años presenta su menarca sin comprender lo que le sucedía, siendo reprendida por sus padrinos y posteriormente por sus padres por no conocer lo que le estaba pasando lo cual manejó la familia como medio de agresión y rechazo.

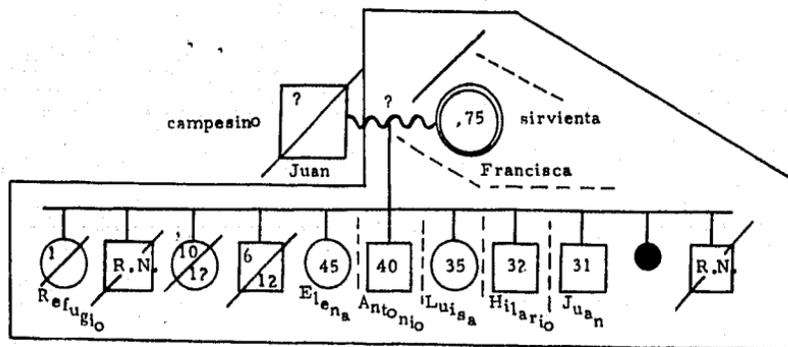
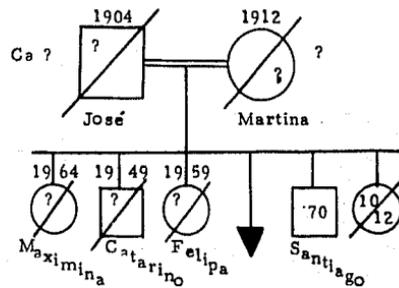
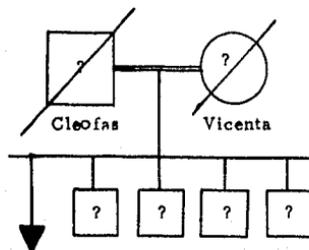
La crisis identificada fué una gran carga de angustia condicionada por el rechazo, falta de afecto y apoyo que se dió en forma aguda en un corto lapso y posteriormente 6 meses después presenta el Vitiligo . En éste caso el Vitiligo es manejado por la paciente como una demanda de protección y afecto, que persiste aún en

el vínculo con su esposo, al cuál ella identifica con la imagen - de su padre perpetuando el rol.

Durante las entrevistas se notó una disminución de la carga de angustia pero no hubo mejoría en la dermatosis.

FAMILIA

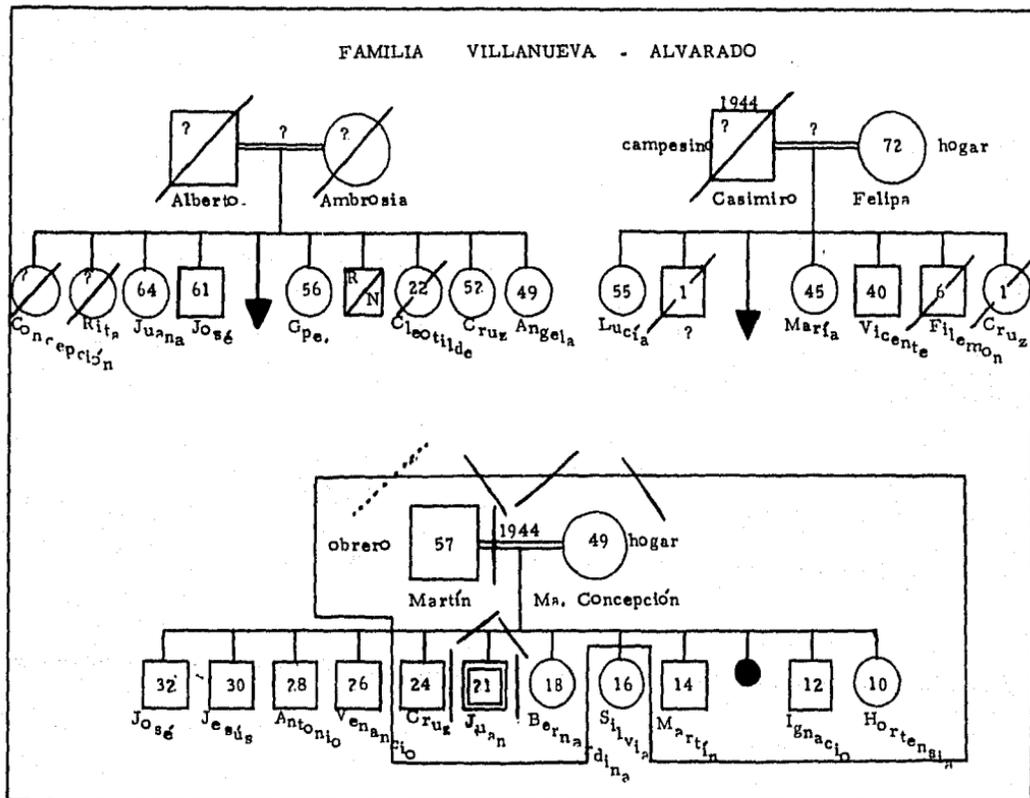
MALDONADO - MENDOZA



FAMILIA MALDONADO-MENDOZA

Francisca es la paciente identificada con Vitiligo de 60 años de evolución, actualmente con 75 años de edad, perdió a su padre a los 2 años y a su madre a los 8 años de edad a la cuál recuerda poco. A la muerte de su madre fué aceptada en la casa de un tío materno junto con su hermano mayor el cual trabajaba para mantenerla. El vínculo con la madre fué claro al igual que con sus hermanos siendo rígido con su tío. A la edad de 10 años refiere haber sufrido fuerte impresión que se le quedó muy grabada cuando junto con una amiga iba al río por agua y fué atacada por unos trabajadores al parecer intentando violarla sin llegar a lograrlo pues fueron auxiliadas por personas que pasaban por el lugar en esos momentos. Dicha crisis identificada como angustia -- ante la agresión física y sexual le causó un choque emocional apareciéndole Vitiligo en epigastrio 3 meses después. La paciente durante las entrevistas se mostró cooperadora y no se identificó que tuviera un rol de depositario y no había antecedentes familiares de Vitiligo. Desde su aparición no se ha apreciado -- mejoría en las lesiones, pero si, exacerbación de las mismas que coincide con la fecha de su matrimonio, pues refiere que antes de su boda tenía pocos conocimientos sobre sexualidad que aunado con su primera experiencia de tipo sexual fué para ella totalmente -- traumática, haciéndole recordar la ocasión que intentaron violarla, a partir de ésa fecha transcurrieron 4 meses en que se exacerbó el Vitiligo apareciendo en ambos hipocondrios y región lumbar y que persisten hasta el momento sin mejoría alguna.

FAMILIA VILLANUEVA - ALVARADO



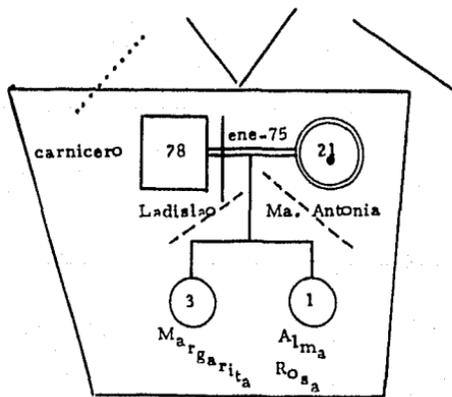
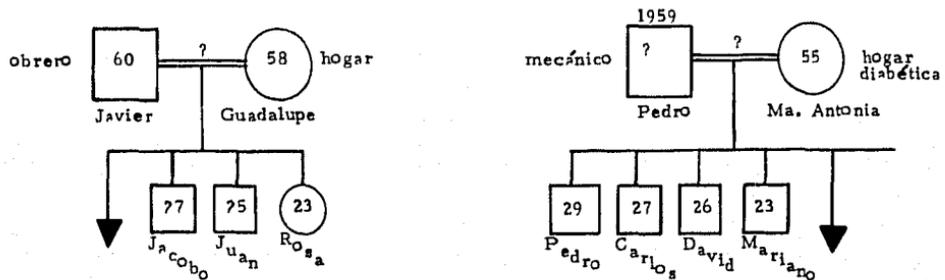
123

FAMILIA VILLANUEVA- ALVARADO

Juan es el paciente identificado y presenta Vitiligo en cara desde Abril de 1978. Pertenece a una familia que se formó con la unión de Martín en cuya familia había poca comunicación y de María Concepción que tenía un padre autoritario . Sus hermanos mayores vivieron en la casa, aún después de casados, manteniendo un vínculo claro con José Luis y Jesús los cuáles se fueron hace 4 y 2 años respectivamente. Antonio se fué de la casa motivado por el ambiente familiar tenso en Enero de 78 con el cuál mantenía un -- vínculo difuso. Venancio abandonó la casa también en Enero de 78 y con él mantenía un vínculo rígido. Silvia también se fué de la casa porque "la trataban mal" en Agosto del 78 . Con sus demás -- hermanos el vínculo era rígido al igual que con sus padres. Las - crisis anteriores a la presencia de Vitiligo se presentaron. 2 me- ses antes y fueron; la salida de Venancio de la casa , la salida de Antonio para independizarse sin encontrarse relación directa - de éstos sucesos con la presencia de Vitiligo. En el grupo fami- liar hay mala comunicación y donde el padre es autoritario y la - madre sumisa, a la salida de los hermanos mayores aumenta la ri- gidéz del sistema familiar que no soportan Antonio y Silvia. Juan no es capaz de tomar una decisión y como respuesta a la no acepta- ción de su familia adopta el rol de portavoz pero no se identifi- ca con el de depositario. Durante las entrevistas se notó poco - interés de los padres con resistencia al cambio al igual que Juan

no aceptando la existencia de conflictiva familiar a pesar de
no poder contestar ¿ que te gusta de tu familia? .

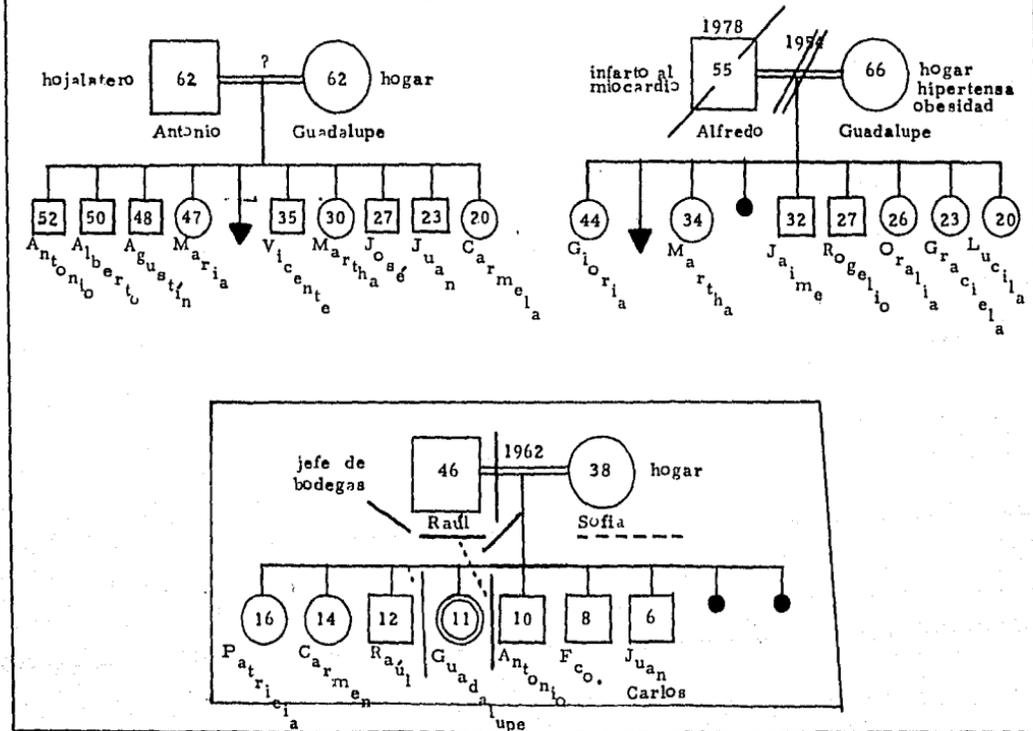
FAMILIA CALDERON - RODRIGUEZ



FAMILIA CALDERON - RODRIGUEZ

Ma Antonia es la paciente identificada con Vitiligo en genitales externos que inició en Marzo de 79 . Refiere que a la edad de 6 meses murió su padre ignorando casi todo de él. Los vínculos con su familia fueron rígidos tanto con la madre como con sus hermanos los cuales depositaban en ella todo lo malo de éste grupo familiar arguyendo que era la causante de las discusiones y tratándola como sirvienta de la casa. En Enero de 1975 se casa no por querer al esposo sino por salirse de su casa . Desde el noviazgo con Ladislao tuvo relaciones sexuales frecuentes presionandolo a casarse con ella, pensando que con eso terminarían sus problemas. Los primeros años transcurrieron sin conflictos hasta Enero de 79 en que un amigo de su esposo la frecuentaba durante la ausencia de Ladislao, diciéndole que se fuera con él, situación de la cual se enteró Ladislao, el cuál al principio se irritaba y la golpeaba llevándole a decir que era una pérdida. Desde entonces ella rehuye las relaciones sexuales. En Mayo al estar nuevamente embarazada el Vitiligo aumentó en extensión, durante este embarazo ha habido intentos de aborto sin lograrlo. Actualmente el vínculo con su esposo es rígido y se identifica con el rol de depositario impuesto por el marido . Durante las entrevistas nunca se pudo lograr que acudiera Ladislao pues refiere que no le importa nada relacionado con ella. Al final de las entrevistas no se notó mejoría de las lesiones dermatológicas.

FAMILIA RIVAS - CARMONA

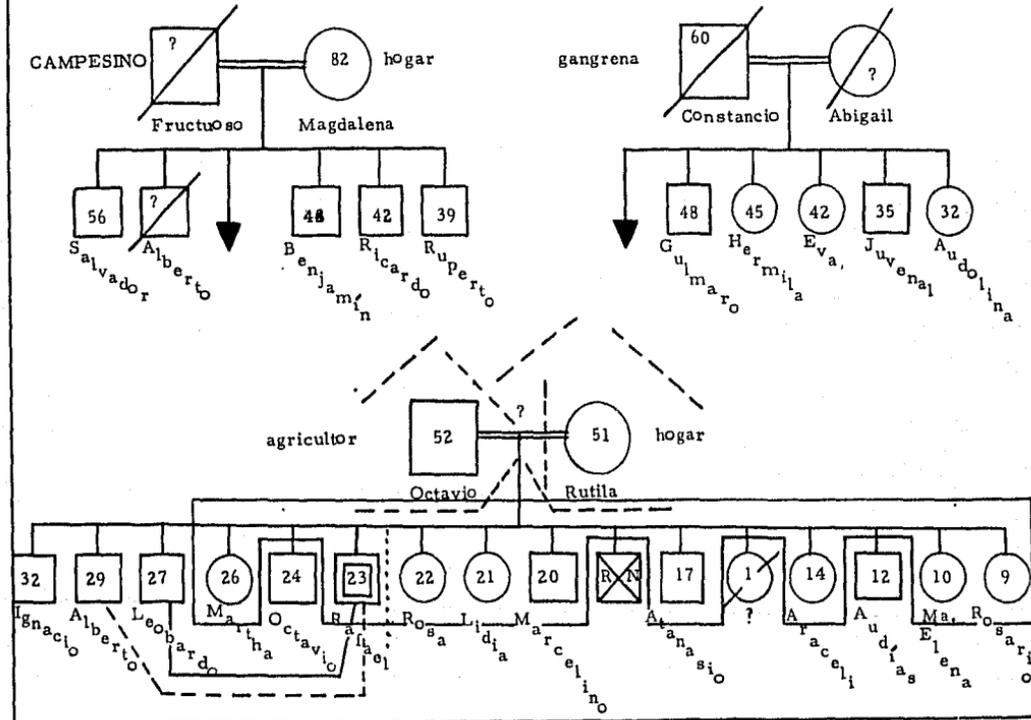


FAMILIA RIVAS-CARMONA

Guadalupe es la paciente identificada con Vitiligo de 7 años de evolución. La madre refiere que fué un embarazo no deseado estando de acuerdo con su esposo en intentar abortarla. Inicia su padecimiento a los 4 años de edad en pié izquierdo y desde hace un año en ambas piernas, cara y manos. Existe el antecedente de una tía materna de 26 años, que vivía con ellos, con Vitiligo (Lucila) con la cuál dormía, iba de compras y de paseo ya que con la madre nunca hubo afecto. La tía Lucila al iniciar un noviazgo rechazó en forma repentina el contacto y relación con Guadalupe y 2 meses después aparece Vitiligo. Los vínculos de los padres siempre han sido rígidos, los canales de comunicación alterados y pocas demostraciones de afecto. La paciente refiere que todas las travesuras que hacían sus hermanos se le atribuían a ella siendo castigada sin averiguación por parte de los padres, todos los problemas de la casa recaían sobre ella y despectivamente le llamaban "la pinta". La vivienda consta de 6 cuartos de los cuáles uno es solo para el padre, la madre duerme con los hijos varones y en otro las mujeres. Guadalupe frecuentemente llora pidiendo cariño de parte de sus padres situación que no consigue. Las relaciones con sus hermanos son rígidas prefiriendo jugar con amigas del edificio donde vive. Lupe menciona a su padre como serio que no le hace caricias y que no se preocupa de ella, poco social y que prefiere a su hermano Carlos. Desde el inicio de las entrevistas se les asignaron tareas tendientes a mejorar la comunicación

interfamiliar notándose mejoría en ese aspecto en el curso de -- las siguientes sesiones. Además poco a poco el resentimiento hacia su tía Lucila se ha desvanecido y se ha notado cambios en -- la actitud de los padres y hermanos hacia ella y que la dermatosis ha disminuido lenta pero progresivamente. Otro aspecto que -- ha mejorado es que ya no es tan irritable, nerviosa, ya no hay tendencia al llanto fácil ni es tan rebelde, mecanismos que utilizaba para llamar la atención y demandar afecto. Se apreció -- durante las sesiones que Lupe estaba jugando el rol de depositario asignado por la familia, además de la crisis que le causó -- la pérdida del vínculo con la tía que era la que más afecto -- le proporcionaba y que sus padres no le ofrecían.

FAMILIA CHAVEZ-ESPEJO



FAMILIA CHAVEZ - ESPEJO

Rafael es el paciente identificado con Vitiligo de 18 meses de evolución el cuál inició en frente y cara exterior de pierna izquierda. Procede de medio rural y lleva solo 5 años de radicar en el DF , su ocupación es obrero en una fábrica textil y tiene estudios de Contabilidad.

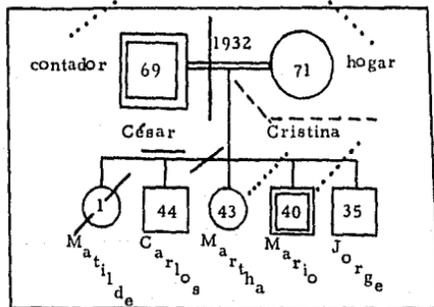
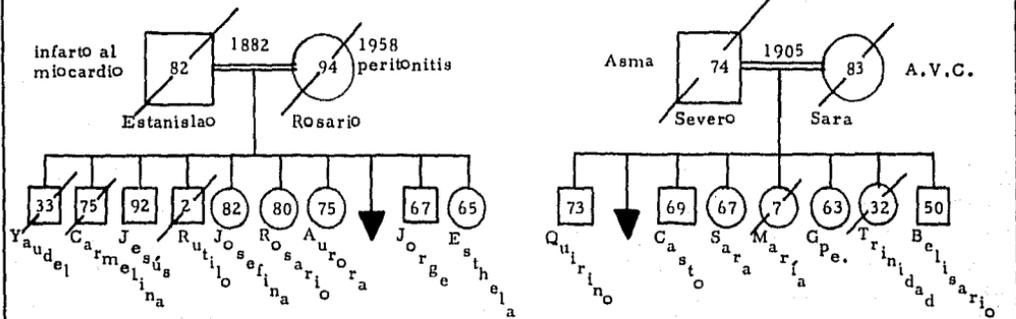
El tipo de vínculos familiares identificados son claros con sus padres, refiere que su padre es tranquilo . Entre los padres existe un vínculo claro. Los vínculos con la mayoría de sus hermanos son difusos, con un hermano (Leobardo) el vínculo siempre ha sido rígido dándose frecuentes conflictos. Con el hermano que más se identificó fue con Alberto con quién salía a fiestas, al cine o de paseo. Hace dos años Alberto dejó la familia yendo a trabajar a E.U. causándole gran crisis de angustia al perder a la persona que le brindaba apoyo, protección y seguridad en sí mismo apareciéndole Vitiligo 6 meses después. Desde entonces se ha tornado de carácter irritable e introvertido, su núcleo de amistades lo constituyen niños menores de 8 años y rehuye las fiestas y amistades femeninas argumentando "me pongo nervioso, no sabría de que platicar, prefiero quedarme en casa oyendo música o jugando a la pelota" .

Durante las entrevistas se notó la fantasía que maneja Rafael, el cuál hace casi dos años contrajo blenorragia y desde entonces no ha vuelto a tener relaciones sexuales , pues dice que su enfermedad es por causa del sexo .

Pudo apreciarse durante las sesiones una gran carga de angustia frotándose constantemente las manchas de la frente con los dedos, con sudoración de manos, tartamudeando y manteniendo la mirada fija en el piso . Se le indicaron tareas tendientes a mejorar la comunicación intrafamiliar y las relaciones interpersonales , notándose en el transcurso de estas mejoría al sentirse más seguro de sí mismo y menos introvertido. Durante las últimas entrevistas se apreció mejoría de las manchas de la cara - no así de las de brazos y piernas.

La crisis identificada fué la pérdida del vínculo de la -- persona que más apoyo, seguridad y afecto le brindaba , así como una dependencia emocional hacia su hermano Alberto . El paciente no se identificó con el rol de depositario.

FAMILIA SOLIS - DOMINGUEZ



FAMILIA SOLIG-DOMINGUEZ

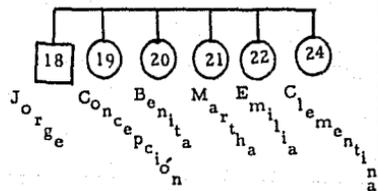
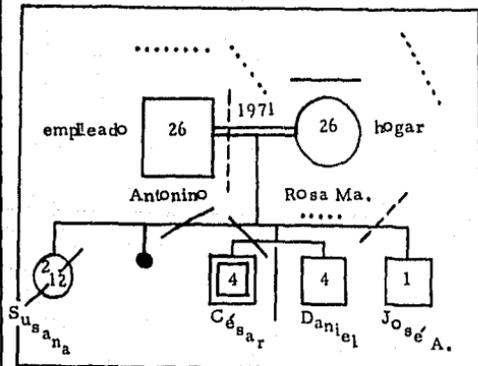
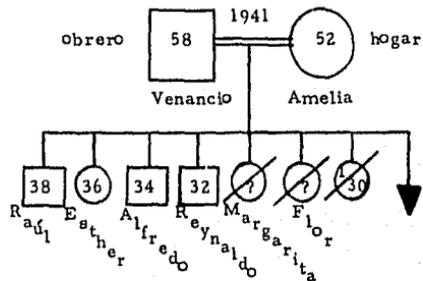
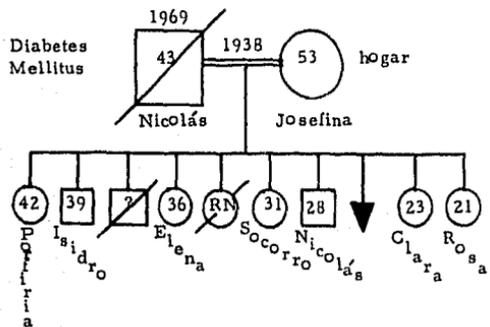
El paciente identificado es César con Vitiligo de 29 años - de evolución . Refiere que antes de casarse era muy sociable y le gustaba enamorar a muchas mujeres a la vez. Se casó con Cristina sin saber porqué y un poco presionado por sus padres. Cristina se casó con el deseo de venir a México , tener hijos y cui darlos , se enteró que su esposo era menor que ella el día de la boda ; "si lo he sabido antes, no me casó".

A la muerte de su padre es forzado por su madre a venir al DF por temor a morir y llegando al DF junto con los padres de -- Cristina y sus dos hijos Carlos y Martha . A la edad de 30 años sufre crisis al presenciar la muerte de un compañero de trabajo, seguida de una crisis económica. Posteriormente, por inter-- medio de un primo de Cristina, consigue trabajo pasando a vivir y trabajar en una jabonera y apareciéndole Vitiligo a César, --- Martha y Mario en 1944. La vida de este matrimonio ha sido de - constantes amorios de César, los cuáles son "ignorados" por Cris-- tina . César juega el papel de proveedor y administrador mientras que Cristina el de madre solamente. El vínculo entre César y Cris-- tina siempre ha sido rígido con una mala comunicación y reproches velados, los vínculos con los hijos son rígidos acentuándose ésto con Carlos, mientras que con Cristina un vínculo difuso creando - una alianza . Entre los hijos se encontró un vínculo rígido y una alianza de Carlos y Martha contra Mario el cuál forma un vínculo claro con Jorge.

Actualmente César y Cristina cargan con la problemática de los hijos y César tiene que trabajar para ayudarlos economicamente en algunos casos , haciendo notar que todos gozan de posición económica adecuada.

No se detecta una crisis que aparentemente desencadene el -- Vitiligo . Es de hacer notar que César es muy dependiente y busca apoyo y aceptación de su esposa. Durante las entrevistas César - manifestó su descontento por la actitud de Cristina y reprochó - el poco afecto que le dá . A través de las sesiones solo se logró la manifestación del problema ya que Cristina maneja rechazo al cambio lo que es un poco entendible por la edad de los integrantes de la familia . Al final de las entrevistas no se notó mejoría de las lesiones dérmicas.

FAMILIA ABREU-HERNANDEZ

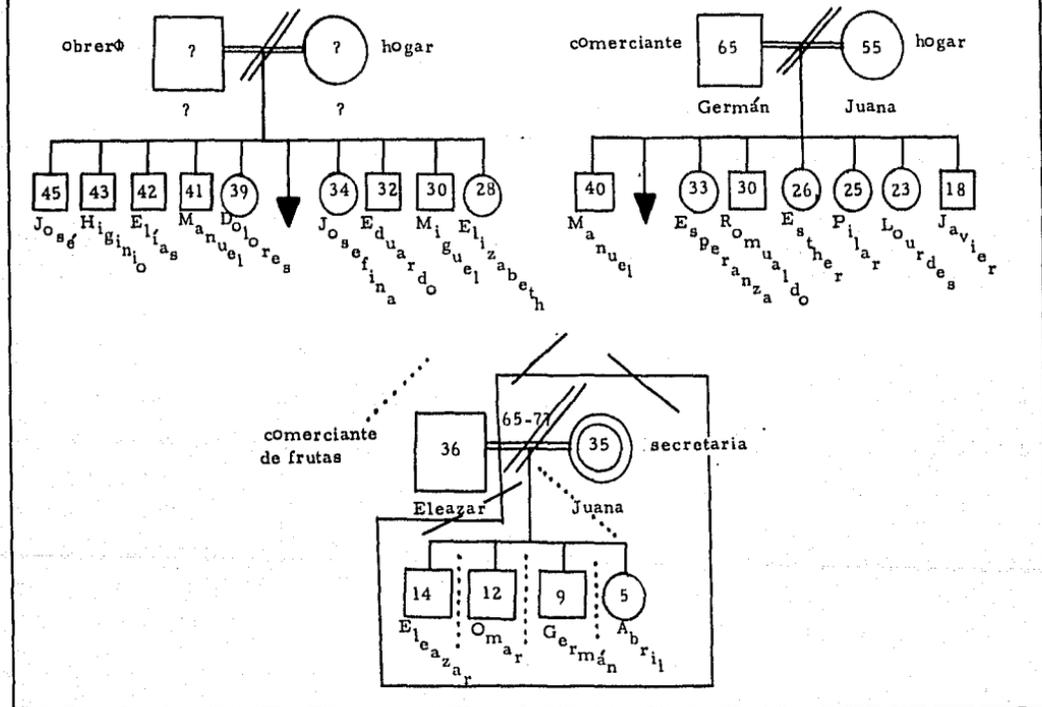


FAMILIA ABREU-HERNANDEZ

Se formó por el deseo de Rosa de tener una casa, de gozar -- de libertad, de no tener que soportar a sus hermanas y de tener hijos y cuidarlos. Antonio deseaba tener un hogar y poder estar más tiempo con Rosa. Al casarse Rosa temía no poder embarazarse sin embargo se embarazó a los 3 meses naciendo Susana la cuál -- murió a la edad de 2 meses de bronconeumonía. Posterior a ésta muerte la familia sufrió una depresión y miedos infundados a la oscuridad, y a que se le apareciera su hija manejando sentimientos de culpa por el supuesto descuido de la salud de Susana ya que Rosa trabajaba en esa época . Se embarazó nuevamente pero abortó , logrando embarazarse de nuevo a los 8 meses después y recibiendo con agrado el anuncio de su embarazo gemelar . El vínculo entre los padres siempre ha sido claro con buena comunicación y toma de decisiones conjunta . Antonio con los gemelos --- juega poco y casi no platica con ellos no teniendo preferencia - por ninguno, sin embargo a José A. le brinda más cuidados por -- ser el menor. Rosa tiene preferencia por Daniel ya que lo considera débil por no comer y al que castiga primero y más frecuentemente es a César . Entre los gemelos existe un vínculo rígido ya que Daniel golpea frecuentemente a César. Existe un mal sistema ejecutivo ya que ninguno de los padres logra hacerse obedecer por los gemelos . César no vió con agrado el anuncio de un nuevo hermano ya que le dejaron de dar de comer en la boca apareciéndole Vitiligo en caderas un mes después de consumarse éste hecho

y el cuál se exacerbó al nacer José A. La familia de origen -- de Antonio no acepta a los gemelos, Rosa es criticada frecuentemente y a los gemelos se les regaña por cualquier motivo. La -- crisis que condicionó la aparición de Vitiligo fué el sentir -- la pérdida de afecto a la llegada de un nuevo miembro de la familia y al jugar el rol de depositario al cargar con el rechazo y los castigos del grupo familiar . Durante las entrevistas se notó un gran interés por parte de los padres a redistribuir el afecto, lo cual se logró al final de las entrevistas y manifestándose por la repigmentación parcial de las zonas acromi-- cas y la cual se detuvo al iniciar modificaciones en el sistema ejecutivo.

FAMILIA GAMÍÑO-GUILLEN



FAMILIA GAMIÑO-GUILLEN

Juana , la paciente identificada, padece Vitiligo desde -- hace 14 años iniciándose en dorso de pies. Proviene de familia desintegrada por falta del padre el cuál era comerciante, alcohólico y tenía a la vez 3 mujeres incluyendo a la madre de -- ella, recuerda que era un padre golpeador y que sólo iba cada 6 meses a verlos; "nunca sirvió como padre , nunca se comunicó ni nos pegó" , de su madre dice que es poco afectuosa con ella y que siempre se ha sentido rechazada, era dominante y en alianza con Rosaura ejercía la autoridad, con sus demás hermanos el vínculo fué siempre rígido con poca comunicación y poco afecto. Su relación de noviazgo con Eleazar fué de 5 meses y curiosamente era idéntico a su padre, es decir, era también alcohólico, golpeador y mujeriego , refiere que le atrajo por ser dominante, - casándose con 4 meses de embarazo, durante las primeras semanas de matrimonio se dieron frecuentes escenas de golpes incrementándose también el alcoholismo y las amenazas de abandonarla -- angustiándose de manera importante ya que se había dado una relación de dependencia emocional y económica por parte de ella - apareciendo el Vitiligo a los 6 meses de embarazo en dorso de pies , su relación con Eleazar duró casi ~~doce~~ años , actualmente vive separada de él aunque no se ha divorciado, los 4 hijos que tiene son de él. Juana jugaba un rol de depositario en este grupo familiar . Su relación actual con Héctor data de 2 años y es de personalidad totalmente opuesta a Eleazar; pasivo, aten-

to y ésto provoca un sentimiento ambivalente en Juana que por un lado aprecia sus cualidades y por otro siente rechazo unas veces velado y otras franco. Sus relaciones sexuales con él son satisfactorias para ambos, pero ella maneja cierto rechazo explícito hacia Héctor y ha aparecido Vitiligo en genitales desde hace 18 meses, este vínculo difuso con Héctor mejoró notablemente en el transcurso de las entrevistas aumentándose la comunicación y esclareciéndose los intereses que cada uno tiene en esa relación. Juana ha estado fantaseando mucho tiempo el regresar con su esposo a pesar del mal trato que le ha dado y ha retrasado conciente o inconcientemente su divorcio. A través de las entrevistas Juana entiende el porqué de la atracción que le provoca esa relación con Eleazar que tiene elementos masoquistas y de expresión de necesidad de afecto "aunque sea a golpes", además logra desarrollar otra forma de relación con Héctor modificándose las expresiones de afecto y aumentando la comunicación entre ellos y con los hijos los cuáles reconocen solo a Juana como autoridad y Héctor no hace el rol de padre en todas sus funciones ya que se mantiene al margen en su relación con los hijos. Al final de las entrevistas se notó mejoría de las lesiones tanto en extensión como en la pigmentación.

RESULTADOS.-

De las 15 familias estudiadas se encontró que en 10 de -- ellas el paciente identificado jugaba el rol de depositario -- antes de la aparición de las dermatosis (66.3%) y en los 5 casos restantes no había roles fijos y estereotipados (33.3%) . El tipo de crisis identificada más frecuentemente fué la pérdida o temor a la pérdida de la persona que más afecto brinda al paciente identificado o al vínculo mas gratificante para -- éste (pérdida de relación objetal) que se observó en 11 casos (73.33%), sólo en un paciente se encontró que la crisis fué - una gran angustia ante la muerte y en otro paciente fué angustia ante la agresión física (sexual) (6.66 %). En dos casos no fué posible identificar una crisis como factor desencadenante- (13.33%). El lapso transcurrido entre la crisis y la aparición de las lesiones dermatológicas varió de 1-6 meses siendo de 2 meses en 4 casos, de 3 meses en 4 casos, de 6 meses en 3 casos de 5 meses en sólo un caso y de 1 mes en sólo un caso (101.5 - días en promedio). El tipo de vínculos predominante en el grupo familiar del paciente con los demás miembros de la familia fueron los vínculos rígidos que se encontraron en 13 familias (86.5%), en 4 se encontraron vínculos difusos (26.6%), en dos de ellos concomitantes con vínculos rígidos y sólo en un caso los vínculos fueron claros (6.6%). Sólo en dos casos pudieron evidenciarse antecedentes familiares de Vitiligo (13.33%). En 5 casos se encontró Vitiligo en genitales (33.3%) y en 3 de -

éstos casos se detectó conflictiva a nivel de la esfera sexual. En 6 casos se notó al finalizar el estudio mejoría parcial de las lesiones, unas en la pigmentación y otras en cuanto a la extensión y sólo en un caso la mejoría fué total (en total 39.9%).

CONCLUSIONES Y DISCUSION.-

El rol de depositario encontrado en 10 de los pacientes identificados muestra la importancia que tiene el paciente en la dinámica interna del núcleo familiar, mas aún cuando éste rol es fijo, estereotipado y contribuye en forma importante a mantener el equilibrio del grupo en su conjunto, que de alguna forma asignan éste rol de depositario al paciente, el paciente designado, es pues, tan sólo el síntoma más obvio a través del cuál el sistema familiar va a expresar su patología. Como se vé, el paciente identificado actúa como el portavoz del grupo familiar y depositario de sus tensiones y ha enfermado a causa de ésta depositación masiva de las situaciones de inseguridad y temor del ambiente y la asunción de las pérdidas sufridas por el grupo familiar. Este elemento depositario podría ser considerado como el más fuerte (Pichón-Rivière) convirtiéndose situacionalmente en el más débil por su incapacidad de soportar la depositación masiva, cuando éste proceso interaccional es repetitivo se configura en estereotipo dentro de la familia y el que actúa como depositario queda paralizado fracasa en su intento de elaboración de su angustia y ansiedad tan intensa y enferma a causa de ésto, de tal modo que el paciente identificado entra en conflicto con sus propias aspiraciones de crecimiento y las aspiraciones del grupo familiar. En algunas de las familias se notó una gran resistencia al cambio de la dinámica que el grupo ha manejado durante periodos más o menos largos de tiempo evitando de manera conciente o -

inconciente una adaptación positiva y activa a la familia, - ésta resistencia de las familias puede traducirse como una - defensa de lo ya conocido, de su patrón relacional y de los patrones de conducta que de algún modo sirven a los demás integrantes de la familia más no al que actúa como depositario del grupo, la familia vive el enfrentamiento del conflicto, - la desocultación como una catástrofe y se resiste al esclarecimiento. Por otro lado el rol de depositario del paciente - identificado sirve también de retroalimentación a los demás sistemas relacionales dentro de la familia formando un aparente círculo vicioso en el cuál todos los integrantes están de tal modo relacionados entre sí que les es imposible percatarse de ello y la mayoría de las familias no pueden -- expresar con palabras su necesidad de ayuda por lo que el -- marco que brindan las entrevistas familiares dá una alternativa de cambio, una posibilidad de crecimiento tanto del grupo como de los individuos.

La crisis percibida por el paciente identificado de pérdida o temor a la pérdida de la persona que es la mayor proveedora de afecto y de gratificación al paciente, y que ha sido la más frecuentemente encontrada, tiene una marcada relación con una mala distribución del afecto dentro del grupo familiar. Este miedo o temor a la pérdida se ha descrito como uno de los miedos básicos existenciales, que coexiste con

el miedo al ataque. Este miedo a la pérdida de objeto Pichón-Rivière lo ha descrito en dos sentidos: 1) Como un miedo a la pérdida de estructuras ya establecidas y 2) Como un miedo a la pérdida de acomodación a pautas ya prescritas en el ámbito social. Este temor a la pérdida o pérdida real origina graves sentimientos de inseguridad que provocan o aumentan el aislamiento y la soledad fundamentalmente por la pérdida del sentimiento de pertenencia al grupo familiar, éstas crisis son percibidas por el paciente en una forma aguda provocándole una gran ansiedad que es incapáz de elaborar o canalizar de modo positivo. Las familias desde el punto de vista emocional se experimentan a sí mismas como desconectadas y manejan cierta incapacidad para establecer contacto emocional.

Las variaciones del lapso entre la crisis y la aparición de Vitiligo (de 1 a 6 meses) puede ser atribuible a una gran multitud de causas entre las cuáles la capacidad de elaboración de un gran monto de angustia y ansiedad tiene un lugar importante. El caso de angustia y ansiedad ante la muerte es claro que se trata de experiencias individuales que se sale un poco de la experiencia grupal de los casos anteriores, pero que también ha evidenciado una incapacidad de elaborar ésta angustia, creemos que éste caso deberá ser estudiado con entrevistas de orientación psicoanalítica y en forma individual, ya que como se apuntó, su repercusión dentro del núcleo familiar es mínima. El otro caso identifi-

cado como angustia ante la agresión física (sexual) , es también entendido como una ansiedad producida por el temor o miedo al ataque, que despierta también una gran ansiedad y que es manejado también como miedo básico existencial.

La presencia de las lesiones acrómicas en sitios específicos parece tener relación con la naturaleza de la crisis, sin embargo, no fué posible en todos los casos encontrar una relación directa. Es importante recalcar que la presencia de Vitiligo en genitales se manifiesta en ocasiones como resultado de una disfunción sexual, como se observó en 3 de los 5 casos de Vitiligo en genitales y en los cuáles pudo evidenciarse que servía para manifestar un rechazo encubierto o franco hacia la pareja .

El tipo de vínculos que predominaron en las familias estudiadas fueron los rígidos, con poca comunicación y pocas o nulas demostraciones de afecto que ocasionaba un distanciamiento en las relaciones, así como una manera perseveradamente rígida, de organizar los pensamientos y percepciones, en éste tipo de "comunicación", cada miembro de la familia tiene dolorosa conciencia de su necesidad y de sus propios deseos de relacionarse pero cada uno de ellos siente que los otros bloquean o no permiten el apego íntimo , por otra parte, están enredados unos con otros de una manera confusa y por otra parte son incapaces de separarse o desarrollar relaciones gratificantes. Puede decirse que a medida que se bloquean los canales de comunicación en la -

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

familia aumenta el aislamiento sentido por sus miembros individuales y ocasiona tensiones y conflictos que son vividos como problemas individuales, pero que en realidad traducen una disfunción de todo el grupo familiar, esto nos hace suponer -- que mediante las entrevistas familiares es posible aumentar -- los canales de comunicación entre los miembros de la familia -- y de éste modo disminuir la tensión emocional que repercute -- más notoriamente en el paciente identificado.

Los antecedentes de Vitiligo encontrados en solo 2 casos, descarta definitivamente cualquier influencia de tipo hereditario, que concuerda en lo encontrado por otros autores y que nos habla más bien de una transmisión de patrones relacionales de una generación a otra dentro de una misma familia.

Un punto observado en el estudio, pero que carece de método de comprobación (ya que no se tomaron fotografías al inicio y al final del estudio) fué la mejoría observada en 7 pacientes, en uno de ellos en forma total y que es atribuible al cambio observado en los patrones de relación y ajuste y mejoramiento de los canales de comunicación, así como a una mejor regulación de la tensión dentro de la familia y además a una disminución importante en los montos de angustia a través y durante las entrevistas. La situación correctora propone al sujeto integrado en la familia la posibilidad de un insight, un aprendizaje de la realidad , logrado a través de sucesivas emisiones y recepciones de mensajes, con una progresiva adecuación, lo que culmina en --

una percepción de sí y de los otros no distorsionada por el medio arcaico y repetitivo del estereotipo. Lograda ésta percepción (insight) se atenúan las ansiedades básicas, el sujeto modifica su actitud ante el cambio haciéndole menos resistente y en éste proceso de maduración mejora progresivamente la disfunción del grupo familiar.

Las posibilidades de acción e influencia del Médico Familiar, como se vé son ilimitadas en el manejo de los grupos familiares. Creemos que es de suma importancia la entrevista familiar como instrumento que nos permite la observación directa del grupo familiar en momentos en que se encuentran sujetos a intensas demandas personales que se hacen unos a otros y una de las mejores maneras de apoyar las necesidades individuales consiste en catalizar el desarrollo de diálogos de persona a persona en los que las claras manifestaciones de sentimientos y aspiraciones pasen a ocupar el lugar de una anterior carencia de sentido. Esto además refuerza la importancia de la entrevista familiar vista como un medio para acrecentar los canales de comunicación entre los miembros de la familia y como reguladora de las tensiones y emociones que se manejan en el núcleo familiar, así como brindar la oportunidad para que la familia en un marco propicio, aprenda a conocer sus motivaciones y aspiraciones y que pueda manejarlas adecuadamente, de modo que no repercutan negativamente en algún miembro de la fami--

lia y sea campo propicio para el desarrollo de una psicoder--
matosis o cualquier enfermedad y por otro lado ayuda a dismi--
nuir en forma importante los montos de angustia y ansiedad --
que se mueve en los grupos familiares. Cuando las entrevistas
puedan hacerse en forma rutinaria, el Médico Familiar estará
haciendo la medicina preventiva que las familias necesitan en
el complejo terreno de las enfermedades psicosomáticas, aun--
que en la actualidad nadie duda del componente psicológico en
todas las enfermedades. El Médico Familiar no debe perder de -
vista la realidad social en que se encuentra inmerso, en lo -
referente al grupo social que maneja que es la familia, con
la que debe promover una adaptación activa a la realidad que
le permita al grupo modificar su medio y modificarse a sí mis--
ma, y debe buscar ésta capacitación para poder brindar alter--
nativas a las familias ante la enfermedad en cualquiera de --
las 3 áreas en que se manifieste; en la social, la psicologi--
ca o la organica y no perder de vista que esa relación comple--
ja del hombre con la naturaleza, (con el medio que la rodea)
es determinante en su desarrollo físico y emocional.

INDICE BIBLIOGRAFICO.

- 1.- Aceves Ortega R. Psicodermatosis, Alopecia Aréata y Vitiligo.
II Congreso Mexicano de Dermatología. Memorias. Guadala-
jara Méx. Abril 1963. pp 160-163.
- 2.- Ackerman Natan W. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones -
familiares. Ed. Horme, 6a edición, 1978. Buenos Aires
Argentina.
- 3.- Ackerman Natan W. Teoría y práctica de la psicoterapia familiar.
Ed. Proteo 1a Edición 1970 Buenos Aires Argentina.
- 4.- Altavilla Enrico. Proceso a la familia. Ed. Manantial, México 1975
- 5.- Alois et al. Medicina y Sociedad. Ed. Barcelona España 1972.
- 6.- Andrews Demankos. Vitiligo, Disease of the skin. 6th. Ed. B.W. -
Saunders Co. Philadelphia, London, Toronto. pp 942-943 1971
- 7.- Arriola P.M.R. Vitiligo y algunos datos estadísticos. Arch. Dermatol.
del Serv. de Dermatología del Hospital General de México. -
No. 4373 Nov. 1959.
- 8.- Berlinger Giovanni. Medicina y Política. Ed. Círculo de estudio -
México Junio 1977.
- 9.- Berne Eric. Juegos en que participamos. Ed. Diana 1978.
- 10.- Berne Eric. El Análisis transaccional en la psicoterapia. Ed. V Siglos
3a edición México 1977.
- 11.- Bleger Jose. Temas de Psicología. (entrevista y grupos). Ed. Nueva
Visión Buenos Aires Argentina 1978.
- 12.- Borzormeny Ivan. La Terapia Familiar Intensiva como Proceso, Ed.

Trillas Cap. IV pp 116-178 México 1976.

- 13.- Bozormenyi Ivan. Fundamentos y Técnicas de la Terapia Familiar
Terapia Familiar Intensiva. Ed. Trillas Cap. IV pp 179-
256 México 1976.
- 14.- Cabildo A. H. La Medicina Psicosomática Y el Vitiligo. Tesis UNAM
citada por Cortes J. L. Dermatología Clínica México 1962
- 15.- Campos F. et al. Vitiligo en madre e hijo. Consideraciones Psi -
quiátricas. Centro Dermatológico Pascua. Dermatología -
Vol. 16 (1) pp 22-23 Abril 1972.
- 16.- Cooper D. La Muerte de la Familia. Ed. Paidós. Buenos Aires -
Argentina 1972.
- 17.- Cordero Fernando A. Vitiligo. Contribuciones a su Estudio Etiopa-
togenico. Revista del Colegio de Medicina de Guatemala -
Vol. 17 No 4 pp 183-193 Dic. 1961.
- 18.- Crevenna Pedro. Medicina y Salud. Ed. de Cultura Popular. Méxi-
co, 1975.
- 19.- Chamel Macaron et al. Vitiligo and Diabetes Mellitus Juvenile. -
Arch. Dermatol. Vol. 113 pp 1515-1617. Nov. 1977.
- 20.- Dubos Rene. El espejismo de la Salud. Ed. Fondo de Cultura -
Económica, México, 1975.
- 21.- Dulanto G. E. La Familia Medio Propiciador o Inhibidor del Desa-
rrollo Humano. Ed. Médicas del Hospital Infantil de Mé -
xico 1975.
- 22.- Ehrenwald Jan. Enfoque sobre los rasgos y actitudes. Neurosis -
en la Familia. Ed. Siglo XXI 1977.
- 23.- Eugene W. Monroe. Vitiligo Associated with Regional Enteritis.

- Arch. Dermatol. Vol. 112 pp 833-834 Jun 1976.
- 24.- Feria V. Un caso de Vitiligo unilateral. Centro Dermatológico Pascua. Dermatología 16 (1) pp 101-107 Abril 1972
 - 25.- Fitzpatrick T. B. Biochemical Basis Of Human Melanin Pigmentation Arch. Dermatol. and Syph pp 69-113 1954.
 - 26.- Freud Anna. El Yo y Los Mecanismos de Defensa. Ed. Paidós Buenos Aires Argentina 1977.
 - 27.- Froelich Robert E. Medicina Familiar. Teoría y Práctica, Cap. XVII pp 715-727 Ed. Interamericana México 1974.
 - 28.- Fromm, Horkheimer, Parsons. La Familia Ed. Península 5a ed. - 1978.
 - 29.- Garza J. M. Enriqueta. Efectos de la Terapia Conductual Aversiva - en dos casos: Eczema y Vitiligo. Tesis UNAM 1974.
 - 30.- Graciansky. Influencias Psicológicas en las Enfermedades de la Piel. Progresos Recientes en Dermatología. IMSS Ciclo sobre el - Avance Continuo de La Medicina. pp39-40 México 1978.
 - 31.- Hertz Kenneth. Vitiligo Autoimmune. Detección de anticuerpos Contra Células Productoras de Melanina. New England Journal of - Medicine Vol. 797 Sept. 22 1977.
 - 32.- Hecho de A. C. Los Determinantes de la Producción y Distribución de la Enfermedad. Rev. Méx. de Ciencias Políticas y Sociales, No 84 pp 159-181 México Abr.-Jun. 1976.
 - 33.- Hill Bradford. Recolección de Estadísticas: Muestreo por principios de Estadística Médica, 3a Ed. Ed. El Ateneo pp13-?? Argentina 1965.
 - 34.- Howitz Jette et al. Prevalence of Vitiligo. Arch. Dermatol. Vol. 113

- pp 47-52 Jan 1977.
- 35.- Jackson D. D. Comunicación Familiar y Matrimonio. Ed. Nueva Visión Buenos Aires Argentina, 1977.
 - 36.- Kraupl Taylor F. Evaluación General de la Psicoterapia. Un análisis de la Psicoterapia de Grupo. Cap. I Ed. de la Escuela Argentina, pp 1-11 1963.
 - 37.- Kraupl Taylor F. Métodos de la Psicoterapia de Grupo. Un Análisis de la Psicoterapia de Grupo. Cap. II Ed. de la Escuela Argentina pp 17-23 1963.
 - 38.- Lacan J. Estudio sobre la institución Familiar. Ed. 904 Buenos Aires Argentina 1977.
 - 39.- Langhof H. et al. Melanin Antibody Formation in Vitiligo. Hautarzt - No 16 pp 709-717 Mayo 1965.
 - 40.- Lassus A. Vitiligo y Neoplasias. Acta Dermatol. Venereal. 52 pp-229-232 1977.
 - 41.- Laurell A. C. Medicina y Capitalismo en Mexico. Cuadernos Políticos No 5 Ed. Era.
 - 47.- Lemaire Jean. Terapia de Parejas. Ed. Amorrortu Argentina 1971
 - 43.- Leftero Luis. La Familia. Ed. Anuris México 1976.
 - 44.- Lerner Aaron. Vitiligo ¿Qué es? ¿Es importante? JAMA de México Vol. 3 No 5 pp 429-439, Mayo 1978.
 - 45.- Lerner Aaron y col. Vitiligo and Sympathectomy: Effects of Sympathectomy and alfa-melanocyte Stimulation Hormone. Arch - Dermatol, No 94 pp 269-278 Sep. 1966.
 - 46.- Mahler M. Simbiosis Humana; Las Vicisitudes de la Individuación

Cuadernos Joaquín Mortis México 1977.

- 47.- Malkinson Pearson. Vitiligo and Perniciosus Anemy. Year Book of Dermatology pp 57-59 1971.
- 48.- Medicina Revista Mexicana. Sumas para la Psicogenia del Vitiligo. No 1212 Tomo LVI año LVII pp 767-776 Sept. 1976.
- 49.- Medina Patron Raul. datos Epidemiológicos de Pacientes del Centro Dermatológico Pascua. 1964-1968. Memorias V Congreso Mexicano de Dermatología.
- 50.- Minuchin Salvador. Familias y Terapia Familiar. Ed Garnica. Barcelona España. 1977.
- 51.- Parrish John A. Photochimioterapia in Vitiligo. Arch. Dermatol. 112 pp 1531-1534 1976.
- 57.- Piaget Jean. Seis Estudios de Psicología. Ed. Barral. Barcelona - España 1976.
- 53.- Pichón Rivier E. El Proceso Creador. Ed. Nueva Vision. Buenos Aires Argentina 1978.
- 54.- Pichón Rivier E. El Proceso Grupal. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires Argentina. 1978.
- 55.- Prado Huarte H. Factores Psicogenéticos en los Padecimientos Dermatológicos. Dermatología Clínica del Dr. Luis Cortés Vol. II 2a ed. pp 854-865 Cap. 46 1977.
- 56.- Rico Venegas S. Vitiligo. 3er. Congreso Iberoamericano de Dermatología. Memorias. pp 253-254 Oct. 1956 México.
- 57.- Rojas Bustillos et al. Reacciones Psicofisiológicas de la Piel. (Psicodermatosis) Anuario de Actualidades Médicas Fascículo 8 -- IMSS Dermatología pp 383-389 México 1971.

- 59.- Sanchez Azcona J. Familia y Sociedad, Cuadernos Joaquin Mortiz, México 1976.
- 59.- Saúl Amado, Psicodermatosis: Vitiligo, Lecciones de Dermatología, 6a ed, Francisco Méndez Cervantes Editor 1976, pp 226-229
- 60.- Stephen Gang, Disease of the Skin, Chapter XVII The Practice of -- Family Medicine. Great Britain pp 228-239 1971.
- 61.- UNAM Historia Natural de la Enfermedad, Revista de la Facultad de Medicina, pp 3-27 Enero México 1974.
- 62.- Yokio Ochi et al, Vitiligo and Graves Disease, Annal of Internal Me dicine No 71 pp 935-940 Nov, 1969.