

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**Efectos de la Terapia Conductual Aversiva
en dos Casos: Eczema y Vitiligo**

T E S I S
para obtener el título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
presentada por
MARIA ENRIQUETA GARZA JIMENEZ

MEXICO, D. F.

1974



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

A MIS PADRES Y HERMANOS

879

A G R A D E C I M I E N T O

Al Dr. Gustavo Fernández, Jefe del Departamen--
to de Psicología Experimental de la Facultad de Psico-
logía en la Universidad Nacional Autónoma de México, -
por su orientación y guía, sin la cual no hubiera sido
posible llevar a feliz término esta Tesis.

Al Dr. Gregorio Podoswa G., Jefe del Servicio -
de Dermatología del Hospital de Pediatría del Centro -
Médico Nacional, y al Dr. Guillermo Beltrán A., Psicó-
logo del Departamento de Higiene Mental del mismo Hos-
pital, por su inapreciable ayuda.

A todas aquellas personas que de una manera o -
de otra colaboraron en forma desinteresada para la ela-
boración de este trabajo, y a las cuales me es imposi-
ble enumerar.

Y en forma muy especial a dos personas que la -
ética me impide nombrar, pero de quienes aprendí tanto
o más que en mi carrera: Las sujetos de este estudio.

I N D I C E

I.-	INTRODUCCION	1
II.-	VISION PANORAMICA DE DOS CORRIENTES TERAPEUTICAS	
	1.- PUNTO DE VISTA PSICODINAMICO.....	10
	2.- POSTULADOS BASICOS DE LA TEORIA DE LA CONDUCTA.....	18
III.-	DEFINICION DE DOS CASOS CLINICOS	
	1.- HISTORIA CLINICA DEL CASO DE ECZEMA	31
	2.- HISTORIA CLINICA DEL CASO DE VITILIGO	37
IV.-	DISCUSION.....	47
V.-	CONCLUSIONES.....	49
VI.-	BIBLIOGRAFIA.....	53
VII.-	APENDICE.....	55

I N T R O D U C C I O N

I.- La dermatología tuvo su auge en el siglo - XIX, siendo concebida como una "patología externa" hasta -- principios del siglo XX, y no es sino hasta el tercer dece- nio de este siglo cuando quedó integrada definitivamente -- dentro de la medicina interna, con lo cual se fundan las ba ses de las nuevas investigaciones dirigidas al estudio de - los fenómenos etiológicos fundamentales de las dermatosis, - la fisiología de la piel, su embriología, la histoquímica, - el estudio de la etiología de las diferentes dermatosis, -- los factores genéticos, etc. (Macotela, 1971).

No obstante ésto, ya desde 1833, al crear Ali- bert su clásico árbol genealógico de las dermatosis, el con- cepto médico general tendió a modificarse y a dejar de con- siderar a la piel simplemente como la envoltura del cuerpo- humano. Y ya desde esa época, el mismo autor hizo hincapié- en una de las ramas de su árbol, que abarcaba un grupo de - enfermedades no bien precisadas nosológicamente entonces, - pero que, sin embargo ofrecían un común denominador: solían presentarse en individuos cuyo estado emocional, en la gran mayoría de las ocasiones, mostraba diversas alteraciones.

En la actualidad, se conoce un enorme grupo de entidades nosológicas dermatológicas, cuyo comportamiento - general coincide integralmente con lo que los Psiquiatras - han dado en denominar "órgano neurótico de shock". Esto ha- dado pauta para considerar a este grupo genérico de enferme- dades como "psicodermatosis", dando la impresión de que el-

término se ha venido empleando con el afán de simplificar-- una patología que evidentemente es desconocida, no sólo en sus aspectos dermatológicos, sino en la correlación general que debe ser efectuada en la medicina.

Por lo anteriormente descrito, se tiende a describir el término de "psicodermatosis" cambiándolo por el de reacción psicofisiológica de piel, con el cual se trata de definir a un grupo de enfermedades que involucran síntomas en órganos inervados por la porción autónoma o involuntaria del sistema nervioso central y se refiere a aquellas alteraciones en las cuales hay una interacción significativa entre componentes somáticos y psicológicos. (Lobitz y -- Campbell, 1953).

A GROSSO MODO, las enfermedades que se engloban dentro del capítulo son: vitiligo (decoloración de la piel caracterizada por manchas blancas de bordes limitados y rodeadas de una zona de color más o menos parduzco), algunos tipos de líquenes (pequeñas pápulas aplanadas, brillantes, de ordinario poligonales, de coloración roja amarillenta), algunas lesiones granulomatosas de tipo anular (pequeños nódulos redondeados), algunas variedades de alopecias-- (caída total o parcial de los cabellos), lesiones verrugosas de tipo vulgar y plano (pequeño tumor cutáneo papilomatoso, saliente, sensiblemente redondo), algunas variedades morfológicas de acné (lesión folicular de origen seborréico) escoriaciones autoprovocadas o "neuróticas", los eczemas, - sobre todo aquellos considerados como neurodermatitis (afec_ución cutánea no contagiosa, aguda y crónica, caracteriza --

da por una erupción de pequeñas vesículas muy próximas entre sí, que no contienen microbios y se encuentran en todas las partes del cuerpo; tienen carácter pruriginoso y no se acompañan de fiebre), las alteraciones de la sudoración del tipo de la dishidrosis (aparición de vesículas duras y tensas en las extremidades y en particular en las manos, acompañadas de dolor, escozor y prurito), algunas alteraciones pilosas del tipo de la tricotilomanía (obsesión morbosa que consiste en arrancarse los pelos de una parte del cuerpo), alteraciones ungueales como la onicofagia (roerse constantemente las uñas), algunos brotes papuloedematosos como la urticaria (erupción caracterizada por la producción más o menos rápida de elevaciones rojas, a veces blancas, análogas a las producidas por el contacto con las ortigas y que se acompañan de picazón), alteraciones subjetivas como la dermatalgia (dolor neurótico de la piel), acarofobia (temor obsesivo de contraer la sarna o cualquier otra enfermedad parasitaria del mismo orden), sifilofobia (miedo obsesivo a contraer la sífilis), bromhidrosifobia (temor morboso a los olores despedidos por el cuerpo, acompañado generalmente de alucinaciones o ilusiones olfativas), y otro tipo de manifestaciones en piel que varían de acuerdo con las descripciones personales de diferentes autores.

Dentro de la práctica diaria de la especialidad la frecuencia de este tipo de padecimientos es extraordinaria, más aún el capítulo correspondiente al eczema atópico o "neurodermatitis generalizada", ocupa el primer lugar en la frecuencia de las lesiones cutáneas en el niño, según

consta en los registros del Servicio de Dermatología del - - Hospital de Padiatría del Centro Médico Nacional. (Podoswa, 1970).

El problema con que comúnmente se cuenta en estas enfermedades, no es el diagnóstico, puesto que una persona con experiencia es capaz de diagnosticarlas y precisar las nosológicamente, aún a distancia, sino que la dificultad se observa notablemente en el manejo y terapéutica de - éste tipo de pacientes, la cual y aún a pesar del enorme -- progreso de la medicina actual, continúa siendo empírica y sustentada fundamentalmente en el deseo de secar, humede--- cer, acabar con el prurito, pigmentar, etc., a base de medi-- cinas de patente que no han demostrado su eficacia.

Es por esta razón por lo que la tendencia actual es la de manejar a estos enfermos, no en forma individualizada por medio del especialista, sino en forma conjunta con el sujeto debidamente enterado para afrontar los cam-- bios, cada vez más patentes, en la esfera emocional del individuo afectado.

El enfoque de nuestro trabajo es hacia dos de estos aspectos; el eczema atópico del niño y el vitiligo.

EL ECZEMA, es un término genérico en el cual - se engloban una serie de entidades patológicas de la piel, - cuyo común denominador es un proceso de vesiculación a nivel del estrato espinoso de la epidermis, manifestado por - una serie de cambios que consisten en: edema intracelular, - dislocación de los puentes intracelulares y migración de -- infiltrado inflamatorio de la dermis hacia la epidermis. --

Habitualmente pasa por cinco estadios: eritematoso, vesiculoso, costroso, descamativo y por último liquenificación.

Dado que el número de entidades que se pueden englobar dentro de el término es muy amplio, se suele aplicar un "apellido" con el cual se trata de justificar, o por lo menos suponer la etiología del cuadro; por ejemplo "eczema bacteriano, eczema numular, eczema tricofítico, eczema atópico etc., (Podoswa, Beltrán, 1973).

EL VITILIGO, constituye un trastorno en el mecanismo de la pigmentación de la piel. Es desconocido su factor predisponente, aunque pueden haber teorías que traten de explicarlo y no se puede desechar la idea de que las manifestaciones sean las consecuencias de cambios a nivel metabólico, en el que tienen ingerencia, tanto los aspectos endócrinos, como los enzimáticos y bioquímicos en general, que no se han podido precisar hasta el momento actual. Siguiendo la tradición, se considera a esta enfermedad como una reacción- psicofisiológica de piel. Sin embargo daría la impresión de que englobarla dentro del capítulo, es con el fin de justificar una evidente falla en el concepto que se tiene de la misma, ya que es de sobra conocido el hecho de que existen diversos grados de la enfermedad y que la respuesta en cada uno de los individuos es absolutamente diferente.

Desde que los dermatólogos han aceptado que el individuo constituye una unidad psicobiológica, han tendido a compenetrarse más de los conocimientos que con anterioridad eran privativos de un solo núcleo de especialistas.

II.- Como se ha podido observar existe una gran diversidad en cuanto a la clasificación de las entidades nosológicas englobadas dentro del término de reacción psicofisiológica, pero la hipótesis que se aplica con mayor frecuencia es la de "órgano de choque", esto implica cierta fragilidad de un órgano determinado, el cual recibe las descargas tensionales del individuo cuando éste se encuentra en situación de stress emocional; dichas descargas serán a través de vías vegetativas con repercusión en un órgano específicamente débil y supuestamente debidas a una inhibición del sujeto para exteriorizar sus tensiones por vías motoras.

Se ha pensado que en los niños, el mecanismo -- anteriormente descrito es el que podría explicar, en cierta forma, los trastornos psicofisiológicos, relacionándolos éstos con situaciones de rechazo, desplazamiento o privación afectiva en el medio familiar; al mismo tiempo se piensa que el niño utiliza este mecanismo para obtener, mediante el -- síntoma, ganancias secundarias. Sin embargo, y a pesar de todo esto, es muy frecuente encontrar entre las indicaciones -- de algunos médicos tratantes, la de " darle al niño mayor -- atención y cariño".

Siguiendo estas indicaciones, los padres extreman sus atenciones hacia el niño enfermo, pero éste continúa igual o peor, lo que hace que se acentúe la angustia y la -- desorientación familiar, y proporcione un desequilibrio en la atención hacia los otros miembros de la familia.

Desde hace varios años se ha intentado realizar un tratamiento mixto, psiquiátrico-dermatológico, con el fin

de encontrar el cabo que desenrolle la madeja psíquica y el supuesto trauma desencadenante del síntoma, haciendo que las sospechas recaigan en actitudes de rechazo de los padres, -- agresividad o resentimiento a los hijos, tendencias incestuosas inconscientes y todos aquellos aspectos de la psicología que, se supone, pueden estar involucrados.

En determinadas ocasiones los terapeutas tratan de aclarar la dinámica del padecimiento aplicando las más de puradas técnicas del psicoanálisis, lo que conduce en la mayoría de las ocasiones, hacia una confusión familiar, ya que algunos de estos terapeutas utilizan terminología incomprensible correspondiente a los procesos más inconscientes del ser humano. Al mismo tiempo, tratan al paciente y con mucha frecuencia a los padres, con psicofármacos: tranquilizantes menores, estimulantes, antidepresivos, placebos y otros, con el fin de llevar un cierto equilibrio en la dinámica familiar y permitir a los padres corregir las supuestas carencias afectivas del niño enfermo.

Algunos de ellos también intentan evitar que el paciente sufra situaciones de tensión, y para ésto le hacen interpretaciones psicoanalíticas y lo colocan en un pedestal bien protegido, para que no sufra las contingencias de la vida cotidiana. También a los padres los vuelven esclavos del niño, ya que le inculcan toda clase de temores sobre el polvo, el lodo, el agua, la comida, el ejercicio y todo aquello que pueda supuestamente exacerbar el padecimiento. Como consecuencia de todo ésto, la familia se vuelve un magnífico -- cliente de dermatólogos, psiquiatras, pediatras y hasta de--

comadres y brujos, en un peregrinar sin fin y en un desembolso económico extraordinario para la adquisición de pomadas, pastillas, inyecciones, polvos, yerbas etc., que no aportan al parecer ninguna mejoría al padecimiento, y que sólo lo--gran aumentar el "vocabulario farmacológico" de los miembros de la familia. Sin embargo, estos problemas seguirán surgiendo mientras exista una deficiencia en los requisitos que debe llenar un buen terapeuta como son: la adecuada preparación y la salud mental del mismo.

La teoría de la privación afectiva se ha visto reforzada porque cuando el paciente es enviado a pasar una--temporada fuera de su hogar, con los abuelos, tíos, padrinos, etc., se observa una mejoría en su padecimiento ya que, se supone, que estos familiares pueden cubrir todas las deficiencias afectivas que los padres han propiciado. En base a ello, algunos terapeutas angustian aún más a los padres --cuando les informan que son inadecuados para proporcionar --cariño a sus hijos, debido a las múltiples alteraciones de --su personalidad, que interfieren o inhiben sus capacidades--afectivas.

Todo lo anterior sirve para establecer un verdadero círculo vicioso, en el cual la enfermedad del niño desencadena sentimientos de culpa en los padres, hasta que el sentimiento de enfermedad se vuelve una necesidad en la familia. El niño sin su enfermedad se siente desprotegido, y los padres se sienten angustiados, ya que a la menor recidiva se mueven todos los núcleos de inseguridad que tanto han reforzado los médicos tratantes.

La mayor parte de las recidivas parecen relacionarse con una incapacidad de ciertos terapeutas para darse cuenta del lugar que ocupa el sujeto en el síntoma, es decir, la forma en que se atiende al síntoma da al sujeto un índice de la importancia de su enfermedad, el manejo del síntoma, justifica en el enfermo su gravedad. Es evidente que en la mayoría de los casos las ganancias obtenidas a través de la enfermedad, sobre el medio ambiente familiar o social, son importantes y que el enfermo por razones obvias, hará todo lo posible por conservar ese "status" de enfermedad, coludido, en cierta forma, con su familia y con el médico.

El aprendizaje de los elementos de la salud o de la enfermedad se transmiten en forma no verbal de padres a hijos, según las actitudes de los padres en el manejo del niño en los momentos normales, de crisis o de enfermedad, -- por los cuales todos debemos pasar; es decir, los padres -- aprehensivos, los que se muestran más angustiados, atentos, afectuosos con el niño en el momento de cualquier enfermedad, por mínima que ésta sea, le están enseñando, que su papel dentro de la familia es el de enfermo. 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 este modo su papel y su lugar en el medio familiar.

Analizando lo anteriormente descrito, llegamos a la conclusión de que en lugar de curar, se está enfermado más a los pacientes, por estar siguiendo conceptos completamente falsos y, de hecho se tiende más a reforzar síntomas, que a aliviarlos.

PUNTO DE VISTA PSICODINAMICO

Desde este punto de vista existen diferentes conceptos con respecto a los tratamientos que deben seguirse para tratar los problemas de angustia, frustración, hostilidad y culpabilidad; pero todos ellos concuerdan en que es imprescindible poner un especial cuidado para tratarlos. Para ésto es necesario que el médico tratante tenga más que una instrucción y un sentido humano, ya que los procesos mentales, normales o patológicos, no se pueden estudiar con la misma objetividad impersonal con que se estudian las plantas, los gases--o los insectos.

Otro punto en el que todos están de acuerdo es - en el de que se debe estar consciente de la estrecha e importante relación que existe entre lo que una persona siente, -- quiere o teme y sus estados de salud o de enfermedad, debiendo tener en cuenta que para entender las causas de la salud o de la enfermedad de un individuo, se debe poner una especial atención en las circunstancias de su ambiente natural y cultural, ya que los conflictos mentales se originan en el vivir - en relación recíproca con otros individuos que son portadores de las metas, los ideales, las restricciones y las prohibiciones vigentes en un grupo o en una sociedad.

Uno de los principales problemas a los que se enfrentan las personas encargadas de tratar las enfermedades -- psicossomáticas, son los diferentes conceptos vertidos acerca de éstas, en especial desde el punto de vista psicoanalítico, en el que los enfoques son muchos y muy variados.

Freud (Fenichel, 1966, pp 272), estaba de acuerdo en que las funciones orgánicas pueden ser influenciadas fisiológicamente por actitudes instintivas inconscientes, sin que -- por ello los cambios que se produzcan tengan siempre un significado psíquico definido.

Otto Fenichel a quien vamos a seguir en esta discusión no obstante que se le considera "superado" entre algunos analistas ortodoxos, dice que la denominación moderna de perturbaciones "psicosomáticas" tiene la idea de sugerir un dualismo que no existe, ya que ninguna enfermedad "somática" se halla enteramente libre de influencias psíquicas.

Fenichel distingue tres clases de síntomas órgano-neuróticos que son:

A.- Los equivalentes de afectos

B.- Las perturbaciones del quimismo en la persona insatisfecha.

C.- Las consecuencias físicas de las actitudes inconscientes.

A.- Por lo que respecta a los equivalentes de -- afectos Felix Deutsch (Fenichel, 1966, pp 274) dice que una vez que la emoción ha quedado asociada en la infancia a una determinada relación de tipo físico, esa relación puede ser usada más adelante como expresión deformada de la emoción en cuestión.

Actualmente muchas escuelas psicológicas están de acuerdo en que las emociones (particularmente la hostilidad, la angustia, el miedo y la tristeza), son las fuerzas -- que mueven al hombre. Que en la conducta humana " lo afectivo

es lo efectivo" y que para entender la complejidad de una emoción, es necesario conocer los afectos y las pasiones que la determinan.

El término emoción se usa como equivalente de -- energía mental y como una respuesta del organismo a una situación externa o interna, teniendo ésta tres elementos que son: a) afecto, b) aspecto fisiológico y c) pauta expresiva.

B.- Sobre las perturbaciones del quimismo en la persona insatisfecha Benedek y Rubenstein (Fenichel, 1966, - pp 275), demostraron que los impulsos instintivos dependían de un estado hormonal y que los cambios psicodinámicos in- -- fluían secundariamente sobre la función ovárica.

Franz Alexander (Fenichel, 1966, pp 275) opina que la diferencia de un estado hormonal de los aspectos con- -- scientes se debe únicamente al carácter crónico de las llamadas actitudes afectivas inconscientes.

C.- Por lo que concierne a las consecuencias físicas de las actitudes inconscientes Fenichel dice que la -- conducta de una persona está constantemente bajo la influencia de sus necesidades instintivas conscientes e inconscientes, y por ésto el individuo intenta establecer vías sustitutivas de descarga que continúan o se repiten, dando lugar en determinado momento a alteraciones físicas, esto es, a una -- actitud desusada, arraigada en conflictos instintivos inconscientes, que determinan un comportamiento, mismo que a su -- vez produce cambios somáticos en los tejidos. Estos cambios no son directamente psicogénicos, pero la conducta a causa de la cual se iniciaron sí lo es.

En el concepto de J. Masserman (De la Fuente, - 1973, pp, 18-138), la enfermedad, no es que una persona con-- traiga una enfermedad, sino que reacciona adaptativamente - - con todos los medios fisiológicos a su alcance ante una com-- pleja combinación de circunstancias internas o externas que - lo hacen temporalmente susceptible a dicha enfermedad. Por lo tanto, la enfermedad no es comprensible como un evento aisla-- do, sino como algo que se encadena en forma indisoluble con - el resto de la biografía del individuo.

Considera además que desde el punto de vista bio-- químico, la conducta puede reducirse a sus elementos y princi-- pios más simples: a) Motivación, en la cual la conducta está-- activada por necesidades fisiológicas del organismo y dirigi-- da hacia la satisfacción de las mismas. b).- Interpretación,- dado que es contingente y adaptativa a la interpretación que-- el organismo hace de su medio, basado en sus capacidades y ex-- periencias previas, y c).- Fragmentación, es decir, los patro-- nes de conducta se desvían y fragmentan bajo condiciones de - stress y cuando la frustración es mayor, tienden a satisfac-- ciones sustitutivas y simbólicas.

La medicina psicosomática tiene dos vertientes - que son: la fisiológica y la psicológica, pero ambas coinci-- den en concentrar la investigación sobre el estudio de los -- procesos emocionales, ya que una emoción puede ser propiamente estudiada tanto por medios psicológicos como por fisiológi-- cos, por ello, no se puede poner en duda que para entender al hombre, sano o enfermo, es necesario partir del principio de-- su unidad indivisible biológica-psicológica-social.

Franz Alexander (De la Fuente, 1973, pp 286) di ce al respecto, que a cada estado emocional corresponde un -- síndrome específico de cambios fisiológicos y que bajo la influencia de estímulos emocionales continuos causados por conflictos no resueltos, las respuestas vegetativas se vuelven - crónicas y con el tiempo pueden conducir a cambios tisulares- irreversibles. Si una idea o sentimiento no puede ser expresada, la acción concomitante del sistema nervioso vegetativo es bloqueada y la energía se mantiene enteramente reprimida en - forma crónica.

Ya en la práctica, la medicina psicosomática --_ acepta como válido el principio basado en observaciones empíricas de que aquello que ocurre en los más altos niveles de - integración, los niveles mentales, es susceptible de afectar - las funciones que se integran a niveles inferiores, los niveles fisiológicos. Al mismo tiempo se debe admitir que la medi cina psicosomática no puede ser una especialidad, ya que no - es posible distinguir entre padecimientos psicosomáticos y -- otros que no lo son, aunque en el sentido estricto de la pala bra, todas las enfermedades son psicosomáticas y el criterio- psicofisiológico es aplicable en todos los casos.

Por todo lo mencionado anteriormente es importan te que la capacidad de cada médico tratante sea buena, para - que pueda estudiar los procesos mentales de sus enfermos, tan cuidadosamente como acostumbra estudiar los órganos y siste-- mas, debido a que él influye sobre el enfermo a través de - - una interacción en la que intervienen factores de autoridad,- dependencia, transferencia, catarsis y apoyo emocional.

Un buen ejemplo de órgano-neurosis, disfrazada como consecuencia física de una actitud inconsciente, es la dermatitis. Las manifestaciones de la piel expresan a menudo irritaciones del sistema endócrino-vegetativo y este hecho explica tendencias de parte de la piel, a convertirse en -- asiento de descarga de emergencia en los estados de tensión nerviosa.

La sintomatología dermatológica puede ser crónica, como signo de tensión nerviosa interna del paciente, aparecer como síntoma temporal durante una neurosis actual, o bien manifestarse en forma de " crisis " cada vez que un -- acontecimiento significativo incide sobre conflictos inconscientes.

La piel tiende a ser influida por las reacciones vasomotoras, provocadas, a su vez, por impulsos inconscientes, por lo que tiene que ser comprendida desde el punto de vista de las funciones fisiológicas generales de la piel. Seitz (De la Fuente, 1973, pp 322), hace notar que -- no obstante que la piel carece de inervación voluntaria, es indudablemente un órgano de expresión.

Tomando a la piel como cobertura externa del organismo y frontera entre éste y el mundo exterior, debemos -- anotar cuatro características importantes.

1.- La piel como capa de cobertura desempeña -- una función de protección examinando los estímulos que llegan, y en caso necesario mitigándolos e incluso reprimiéndolos.

2.- La piel, como es sabido, es una zona erógena importante. Si el impulso de utilizarla como tal es reprimido, las tendencias recurrentes en pro y en contra de la estimulación cutánea encuentran expresión somática en alteraciones cutáneas. Evans y Rado (Fenichel, 1966, pp 293), han sugerido que la aparición de una psoriasis puede representar impulsos sádicos vueltos contra el propio Yo.

3.- Por su visibilidad, la piel se convierte en asiento de la expresión de conflictos de exhibicionismo. Este conflicto interesa no sólo a un instinto sexual parcial y al temor o a la vergüenza a él opuestos, sino también a diversas necesidades de reaseguramiento (angustia social, histeria de angustia, etc.).

4.- La ansiedad que es un estado fisiológico -- simpático-tónico puede dar como resultado reacciones de la piel, debido a los cambios simpático-tónicos de los vasos.

Según Charles Drueck (Fenichel, 1966, pp 293), los síntomas de prurito constituyen, probablemente, una consecuencia órgano-neurótica de la sexualidad reprimida, en individuos predispuestos. Saul y Bernstein (Fenichel, 1966, pp 294), señalan que los ataques de urticaria se producen en estados de frustración de un intenso deseo que no puede hallar ninguna otra descarga.

Las investigaciones modernas relacionadas con neurodermatitis de tipo seco tienden consistentemente a relacionar , las exacerbaciones de la erupción cutánea, con conflictos en los que están implicados impulsos hostiles o sentimientos de hostilidad y de depresión.

La corriente psicoanalítica dice que en la órgano-neurosis siempre que los síntomas sean consecuencia de actitudes inconscientes de carácter crónico, se indique el psicoanálisis con el objeto de hacer consciente dicha actitud y de esta manera superarla.

Freud (Fenichel, 1966, pp 303), afirmaba que -- los síntomas órgano-neuróticos no eran "directamente accesibles" al psicoanálisis, pero otros autores como Franz Alexander, Leon Saul y George W. Wilson (Fenichel, 1966, pp 303), opinan que indirectamente sí lo son, ya que la ansiedad u - - otros obstáculos que se oponen a la descarga adecuada de los impulsos de una persona, son eliminados por esta técnica. Mencionan también que aunque la alteración de la función de los síntomas no pueda ser "manejada" porque carezca de significado inconsciente, se podrá analizar la actitud que la ha motivado, y si ésta es abandonada, o el estado de estancamiento - es superado, las consecuencias involuntarias también desaparecerán, sin embargo, el tratamiento que se aplique en todos y cada uno de los casos, dependerá del carácter de la neurosis-provocada, si es que la enfermedad ha servido de factor precipitante para dicha neurosis.

POSTULADOS BASICOS DE LA TEORIA DE LA CONDUCTA

I.- Definición de Psicología

La psicología estudia la conducta, y tal como la vé el conductista, es una rama puramente objetiva y -- experimental de la ciencia natural. Su meta teórica es la -- predicción y el control de la conducta. Para Skinner (1970, pp 18-19), la psicología consiste en investigar las leyes -- existentes entre variables observables, debiendo hacer un es fuerzo por sacar a la luz del día lo que está oculto, en lugar de especular sobre ello, ya que las conductas " anormales o poco adaptativas" han sido aprendidas por el individuo mediante su interacción con el medio.

II.- Clases de Conducta

Las clases de conducta son dos: la refleja- o respondiente y la operante.

1.- La conducta refleja o respondiente es aquella que es principalmente controlada, fortalecida o debilitada por los estímulos que la preceden, consecuentemente - la conducta respondiente es mencionada con frecuencia como - conducta involuntaria o refleja, ya que la estimulación que la sigue no la afecta.

2.- La conducta operante es controlada primordialmente por los estímulos que la siguen y relacionada - funcionalmente a sus consecuencias en el medio.

III.- ¿ A que clase de conducta pertenecen los - problemas presentados?

Podríamos decir que los problemas que aquí presentamos pertenecen a una conducta operante, ya que por ejemplo en el caso de la niña con eczema atópico, al rascarse, -- ella salía reforzada y al mismo tiempo aprendía un " síntoma", rascarse.

IV.- Características de la conducta operante.

La conducta operante es controlada por sus-- consecuencias estimuladoras observables en la situación ac-- tual de una persona, así como en las de su historia.

Estas conductas pueden causar ciertos even-- tos estímulo y como resultado aumentar en frecuencia (reforzadores positivos), o bien eliminar, evitar o terminar algunos eventos estímulo y como consecuencia aumentar en frecuencia (reforzadores negativos), o sea que una operante puede tener cuatro clases de consecuencias.

- 1.- Producir reforzadores positivos
- 2.- Eliminar o evitar reforzadores negativos
- 3.- Producir reforzadores negativos
- 4.- Eliminar o evitar reforzadores positivos

V.- La Conducta como Síntoma

1.- Definición

Síntoma es una conducta aprendida que se mantiene gracias a los reforzamientos que le proporciona el medio.

Ahora bien, el funcionamiento humano sería extremadamente difícil e ineficiente si la persona tuviera que aprender conductas apropiadas para cada situación espe

cífica en que se encontrase, por eso se presupone que sí el paciente está consciente de los indicadores que produce su conducta, de las respuestas que emite y de las razones por las cuales responde de la manera que lo hace, su conducta se volverá más fácil de ser controlada por mediadores verbales.

Los conductistas dicen que los síntomas son la enfermedad, y que por lo tanto un tratamiento efectivo consistirá en eliminar los síntomas del paciente logrando que éste desaprenda alguna conducta poco adecuada o aprenda una conducta nueva, apropiada al caso, sin dejar por ésto de -- pensar en los factores hereditarios, ya que los consideran en muchas ocasiones como de gran importancia en la cristalización de algún trastorno psicológico; pero como no pueden ser alterados fácilmente, ellos concentran su atención sobre los aspectos que están en sus manos modificar. (Bandura, 1972).

2.- Definición de Insight

El "darse cuenta" consiste, conductualmente hablando, en la capacidad de encontrar las interrelaciones entre la propia conducta del que habla y las contingencias ambientales que la provocan, mantienen y "consecuentan".

Alexander y French (Bandura, 1972), consideran al insight, o "darse cuenta", como un resultado -- del cambio en vez de su causa, esto es, a medida que la ansiedad se reduce progresivamente mediante las condiciones -- permisivas del tratamiento, los pensamientos que fueron --

inhibidos antes, vuelven gradualmente a la conciencia.

VI.- ¿ Que causas pudo haber tenido la conducta sintomática en estos casos?.

Las causas pudieron haber sido muchas y -- muy variadas, por ejemplo: el reforzamiento positivo, el negativo, el castigo, etc.

1.- El reforzamiento positivo

Los reforzadores positivos son aquellos que presentan estímulos o añaden algo a la situación.- Son llamados positivos porque implican una operación de adición, y reforzantes porque la conducta que causa el estímulo es fortalecida (por ejemplo la estima de los compañeros, especialmente en un adolescente). En el caso de la niña con eczema atópico al ir disminuyendo el rascado su mejoría física era mucho mejor y comenzó a ser aceptada por el medio, esto aumentaba la respuesta de no rascarse, respuesta que era reforzada entre otras cosas, por ser aceptada como alumna en la escuela de enfermería, porque sus compañeras ya no le decían "roñosa ", ni se alejaban de ella, porque la gente le decía que se estaba poniendo muy guapa y además le agradaba a varios muchachos.

2.- El reforzamiento negativo

Los reforzadores negativos suprimen el estímulo, tendiendo a fortalecer las respuestas que los eliminan, los evitan o los terminan. Son llamados negativos -- porque implican una operación de sustracción, y reforzantes porque la conducta que causa la eliminación de esa estimulación es fortalecida (el ridículo de los compañeros para el

adolescente). En el caso de la niña con eczema, suponemos - que ésta trataba de llamar la atención del padre aunque fue - ra en forma negativa (regaño), siendo también rechazada - por el medio por que le decían "roñosa", a lo que ella res- pondía, cubriéndose. La niña con vitiligo también creemos - que trataba de llamar la atención de los padres para que se preocuparan por ella y la sacaran de la escuela en donde no quería estar.

3.- La Extinción

La extinción, que aunque es poco proba - ble en estos casos, es aquella en la cual una respuesta a-- prendida se repite sin reforzamiento, la fuerza de la ten-- dencia a emitirla sufre una disminución progresiva. La con-- ducta durante la extinción es el resultado del condiciona-- miento que la ha precedido y en éste sentido la curva de -- extinción da una idea adicional del efecto del refuerzo, ya sea de naturaleza continua o intermitente. (Holland y Ski - nner, 1970).

4.- El Castigo

a.- Definición

Castigar es retirar un refuerzo po - sitivo o presentar uno negativo. El castigo se aplica con - el objeto de reducir las tendencias a comportarse en forma determinada. El refuerzo constituye esta tendencia, y el -- castigo está pensado para derribarla. (La niña con eczema - era castigada por su padre que la regañaba por rascarse, -- siendo ésta una forma de castigo verbal, aunque también es - posible que después de un tiempo el " regaño " fuera más --

bien un reforzamiento, o sea la confirmación de que el padre le hacía caso).

Estamos conscientes de que el castigo puede -- conducir a la desaparición rápida de conductas socialmente-desaprobadas, aunque sus efectos son aún más complejos, ya- que si se castiga a una persona por un acto, el impulso de- ejecutar dichos actos se convierte, gracias a su asociación al castigo, en un estímulo evocador de ansiedad, y a su vez esta ansiedad motiva respuestas competidoras, las cuales, - si son suficientemente fuertes, impiden que ocurra la con- ducta desaprobada, o la inhiben. Esta respuesta inhibida, - sin embargo, no pierde todo su poder, sino que puede reapar-ecer en situaciones donde la amenaza del castigo sea me -- nor.

También estamos de acuerdo en que el castigo,- al contrario del refuerzo, ocasiona perturbaciones emocio-- nales desfavorables, tanto para el organismo castigado, co- mo para la instancia que castiga, y estas emociones tien- den a tomar forma de represalias creando un estado emocio- nal que, a su vez, causa conflictos.

Por otro lado también sabemos que la amenaza - del castigo puede producir conformismo, ya que el paciente- puede realizar cualquier cosa que se le diga con tal de evi- tar dificultades inmediatas, aunque ésto no signifique que- haya adquirido un conjunto de conductas que puedan servirle una vez que se encuentre fuera de la situación del trata- - miento.

Podemos decir que lo anteriormente expuesto es

la forma negativa del castigo, pero en nuestros casos problema, los resultados fueron cuando menos hasta el presente, satisfactorios, por lo que aquí cabe enfocar los aspectos positivos de los efectos del castigo.

a).- Uno de estos efectos consiste en que como el castigo produce cierto efecto permanente, se espera que en el futuro se observe algún cambio en la conducta, aún en el caso de no aplicar castigo ulterior.

Ahora bien, la conducta castigada es a menudo muy fuerte (por ejemplo la conducta de rascarse en la niña con eczema, que tiende a ser mantenida por todos los reforzadores que proporciona el medio, como llamar la atención del padre), y por lo tanto la persona castigada por rascarse inicia con frecuencia las primeras etapas de la conducta de rascarse, hasta que vuelve a ser castigada. Aunque la estimulación producida de esta manera consigue impedir que la conducta castigada se manifieste de una forma completa, sin embargo, provoca los reflejos característicos del miedo, la ansiedad y otras emociones, que generalmente acompañan al castigo.

Creemos que en los casos que nos ocupan, lo que las niñas buscaban era un reforzamiento positivo. Que la niña con eczema atópico, carecía de aceptación por parte del padre y la respuesta de rascarse era reforzada por éste, desde el momento que le prestaba atención, y en el caso de la niña con vitiligo, su despigmentación, también era debida a la búsqueda de un reforzamiento positivo, ya que con éste conseguía que los padres le pusieran la misma

atención de que era objeto su hermano mayor.

Partiendo del principio en el cual indicamos -- que la conducta adaptativa de enfermedad es aprendida según las actitudes de los padres hacia el niño enfermo, pensamos que el modo de curar a los pacientes con reacción psicofisiológica de piel era el de romper el círculo de enfermedad, al introducir una variable que condujera a una respuesta de salud.

Para poder llevar a cabo lo anterior, nos basamos en los principios del análisis conductual, que aplicados a la situación descrita vienen a ser los siguientes:

- 1.- La conducta sintomática es aprendida.
- 2.- Los síntomas aparecen como reacciones a variables ambientales y son mantenidos por las consecuencias que producen en el medio.
- 3.- Los síntomas pueden ser conductas observables molares y reacciones del organismo, o ambas, tales como úlceras, eczemas, vitiligos, etc.
- 4.- Si las conductas sintomáticas orgánicas o no, se mantienen por sus consecuencias, la modificación de las consecuencias, modificará la conducta.
- 5.- Las consecuencias se pueden modificar de varias maneras: proporcionando una que sea favorable (reforzamiento positivo), proporcionando una desfavorable --

(castigo), suprimiendo una consecuencia desfavorable (reforzamiento negativo), o suprimiendo una favorable (extinción).

VII.- Explicación de la Terapia Aversiva

Cuando presentamos un estímulo aversivo, -- cualquier conducta que ha sido previamente condicionada por la retirada de este estímulo se produce de una manera inmediata y en el mismo momento se presenta la posibilidad de -- condicionar otra conducta.

Un estímulo aversivo que ha sido suprimido para reforzar una operante ofrece un sistema inmediato de -- control, cuando se condiciona a la conducta de forma que los estímulos aversivos futuros puedan tener su efecto, De esta manera la asociación de dos estímulos que tengan lugar una sola vez, pueden ser suficientes para transferir poder aversivo y un refuerzo condicionado puede continuar siendo efectivo mucho tiempo después de que los refuerzos básicos incondicionados hayan desaparecido del medio. (Bandura, 1972).

T R A T A M I E N T O

Aunque las teorías del aprendizaje de las que se derivó este tratamiento no están totalmente acordes con el procedimiento seguido por nosotros, se relata dicho tratamiento tal como se llevó a cabo, como base de comparación -- utilizable en el capítulo de discusión.

Para tratar a las pacientes, tanto a la niña -- con eczema atópico, como a la niña con vitiligo, fué neces-

rio seleccionar una conducta operante que facilitara la extinción de la respuesta de " enfermedad ", esto es, el síntoma, para que aún cuando se suspendieran los reforzamientos de una respuesta, ésta se volviera cada vez menos frecuente.

Inicialmente se solicitó la cooperación de los padres, a los cuales se les explicó que el padecimiento de las niñas no revestía de gran importancia desde el punto de vista vital, y que aunque el cuadro era aparatoso, de ninguna manera era limitante o invalidante. Se les planteó en un pequeño cuadro el mecanismo de la enfermedad y cómo ésta se perpetuaba a través del rascado (niña con eczema), el cual era desencadenado a su vez por la exposición de ciertos elementos como el sol, el polvo, etc.), y la despigmentación -- (niña con vitiligo), propiciando ambas las conductas de -- los padres, las cuales vienen a ser las que controlan o mantienen, entre otras, el rascado o la despigmentación.

Las indicaciones que se dieron a los padres para el manejo de las niñas se resumieron en los seis puntos siguientes:

- 1.- Tratar a las pacientes como niñas normales y sin problemas.
- 2.- Comprender que ciertos síntomas agregados, como la anorexia selectiva, los problemas de conducta, la dependencia exagerada y otros, son sólo estímulos que envían las niñas, los cuales les permiten obtener respuestas agresivas por parte de ellos, y de esta manera --

pueden justificar su rascado, o su despigmentación.

- 3.- Reprender a las niñas con firmeza cuando mostraran cualquiera de las conductas anteriormente descritas, sin que el llanto desencadenara en ellos sentimientos de culpa.
- 4.- Aplicar la medicación indicada por el especialista cada vez que hubiera rascado (niña con eczema), en forma mecánica y consistente; y si la niña lloraba o desencadenaba una crisis de enojo, se debería agregar el comentario "te estoy curando porque te rascaste".
- 5.- Gratificar a las niñas verbalmente o con actitudes positivas cuando hubiera buen comportamiento, o cuando no hubiera rascado o despigmentación, como por ejemplo "que bonita te estás poniendo", "que bien te estás portando", o simples palmaditas de aprobación.
- 6.- Mantener una actitud firme, uniforme y constante en todos los puntos anteriores.

Con esta conducta operante de los padres, se trató de evitar el reforzamiento de la respuesta de enfermedad, la cual poco a poco se iba extinguiendo, presumiblemente por incompatibilidad, mientras que se reforzaban las res-

puestas de salud y de buen comportamiento.

Se dejó pasar entre ocho y diez días después -- de haber dado las indicaciones a los padres, y se pudo notar que para cuando se presentaron a su cita de control, ya habían habido algunos cambios en la conducta de las niñas, lo cual reforzaba a los padres para continuar con el tratamiento.

En los niños pequeños, de 1 a 3 años de edad, - estas indicaciones son suficientes, pues la respuesta de enfermedad aún no está muy reforzada y el simple cambio en las actitudes de los padres, es más que suficiente para que se extinga el rascado (en los casos de eczema atópico).

En pre-escolares, escolares y adolescentes, en quienes la respuesta de enfermedad se estableció desde temprana edad, se agrega un estímulo operante aversivo, que - - consiste en el paso de la corriente eléctrica aplicada por medio de dos electrodos, directamente sobre las lesiones cutáneas. El paso de la corriente eléctrica proporciona una -- respuesta de escape, y mientras se aplica, se comenta al paciente, " con ésto te vas a poner muy bonita ", " te vas a ver muy guapa si te curas ", " si sigues mejorando vas a poder salir a jugar con tus amigos ", y otros más.

En nuestras dos sujetos este procedimiento se - empleó durante dos o tres sesiones, después de las cuales, - la corriente se aplicaba solamente en las zonas en donde se observaban huellas de rascado, las lesiones estaban activas, o se notaba que había aumentado la despigmentación; evitando la corriente en donde había avanzado la repigmentación, no -

había rascado, o las lesiones habían disminuído. Al mismo-- tiempo se reforzaba a las pacientes verbalmente con frases-- como: " procura no rascarte ", " mira, en donde no te has - rascado ya estás muy bien y no hay necesidad de aplicarte - la corriente eléctrica", estas indicaciones, o algunas muy-- parecidas eran dadas a la niña con vitiligo.

Las frases que se verbalizan durante el trata- miento pueden ser modificadas según los intereses de los pa- cientes, y son escogidas por que corresponden a actitudes - o expresiones de la vida cotidiana. A estas frases se les - denomina reforzadores generalizados provenientes del medio- y se conocen como " prestar atención ".

Conforme se observaba mejoría en las pacientes, se trataba de reforzar las conductas de los padres, insis-- tiendo en que dieran un trato normal a las niñas, que evita- ran toda manifestación de " sobreprotección " y que les per- mitieran participar en todas las actividades propias de las niñas de su edad.

NOMBRE: I. R. H.

FECHA DE ESTUDIO: 18-II-72

SERVICIO: DERMATOLOGIA

Paciente del sexo femenino, de 14 años de edad, producto del 3er. embarazo a término, parto eutócico. Antecedentes heredo-familiares sin importancia para el padecimiento actual. Desarrollo psicomotor normal. Alimentación deficiente en aporte calórico-proteico. Habitación en malas condiciones de higiene.

La paciente fué hospitalizada el día 18 de febrero de 1972, por exacerbación de un padecimiento de 9 meses de evolución caracterizado por máculo-pápulas pruriginosas generalizadas, especialmente en cara y extremidades. Anteriormente había acudido a un médico familiar que indicó una pomada a base de fluorocorticoides, observándose empeoramiento de las lesiones, por este motivo fué internada por el servicio de Dermatología en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional.

El médico del Departamento de Dermatología pidió la intervención del servicio de Higiene Mental, para descartar problemas emocionales, siendo vista por el Psiquiatra, quien dió como impresión diagnóstica: reacción depresivo-anisiosa.

Nueve días después de haber sido dada de alta -- se presentó a consulta externa de Dermatología con exacerbación notable del problema, por lo que se pensó que existía un factor ambiental adverso que estaba condicionando la problemá

tica de la paciente, pensándose en la posibilidad de una -- dermatitis autoprovocada, o sea una dermatitis facticia. -- También aparecieron zonas de alopecia, así como verrugas -- planas a nivel de articulaciones interfalángicas, tomándose éstas como alteraciones emocionales.

Dos meses después se le practicó psicometría - en el Departamento de Higiene Mental, obsteniéndose en la prueba de WISC un C. I. global de 91 puntos, correspondiente a Inteligencia Normal Promedio; no obstante ésto, en las sub-pruebas se pudo observar que su capacidad intelectual - real está por arriba de su rendimiento, encontrándose ésta-interferida; al mismo tiempo sugieren la presencia de una - importante situación conflictiva emocional, la que puede -- también ser causa del bloqueo de las funciones intelectua-- les (sic).

En las pruebas proyectivas se encontró una - - coartación de la personalidad, con inadecuado manejo de -- impulsos, los cuales son descargados a través de vías vege-- tativas. Lo anterior, secundario a tensiones intrafamilia-- res que propician fragilidad emocional y sentimientos de -- minusvalía en relación con su imagen corporal y su capaci-- dad de relación (sic).

En la prueba de Bender no se encontró índice - de daño orgánico cerebral (sic).

En el Departamento de Dermatología se tuvo una breve entrevista con la madre, pidiéndole que dejara que su hija se responsabilizara por sí misma del tratamiento der-- matológico. Al día siguiente 22 de abril de 1972 se inició-

la Terapia Conductual de Tipo Aversivo, encontrando muy buena respuesta a dicha terapia, además de una magnífica cooperación por parte de la paciente. En la piel del rostro se observó una gran resequedad.

Después de dos meses de iniciado el tratamiento, se observó que las lesiones de la cara y articulaciones, así como las de cara posterior de cuello, mostraban notable mejoría, haciéndonos pensar que de no haber recaída, podría espaciarse el tratamiento.

El Departamento de Dermatología comprobó más tarde que las lesiones dermatológicas de brazos, cuello y cara habían sufrido una remisión total, aunque en ésta última existían dos pequeñas zonas de eczema en mejilla izquierda y frente, además de persistir la resequedad, por lo que se prescribió una crema con glicerina y cold cream.

Un mes después se observó la remisión total de las lesiones. Se tomaron fotos de control y se pensó en la posibilidad de que la paciente fuera dada de alta, aunque por sus necesidades afectivas se decidió que durante el período de vacaciones se presentara al Servicio de Higiene Mental para actuar como líder de un grupo de juego de niños con problemas de piel.

Queremos hacer notar que se encuentra en trámite su ingreso a la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, de acuerdo a sus intereses vocacionales, pensando que lo anterior tiene fines terapéuticos de reforzamiento de tendencias hacia la salud, así como de ayuda para el correcto desarrollo y maduración de su persona--

lidad. Como la paciente tiene menos edad de la requerida para ingresar a la escuela de enfermería, se consiguió un Tutor, motivo por el que se deberá presentar periódicamente a este Departamento de Higiene Mental.

En agosto de 1972, o sea 4 meses después de haber iniciado el tratamiento de Terapia Conductual Aversiva y después de un mes sin recibir tratamiento, la piel continuaba en perfectas condiciones, debido a ésto el Departamento de Higiene Mental programó su alta por curación.

Tres meses después de haber sido dada de alta se celebró una entrevista en el hogar de la paciente, observándose que la casa consta solamente de dos piezas, de las cuales una sirve de cocina y comedor y la otra de recámara en donde hay tres camas; en una de ellas duermen los padres, en la otra la paciente con sus dos hermanas y en la tercera los dos hermanos.

Desde el principio de la entrevista se observó el aparente dominio que el padre ejerce sobre la madre, ya que ésta solo hablaba cuando se le hacían preguntas muy directas, pero al contestarlas parecía buscar la autorización del esposo.

El padre hizo el comentario de que él es un hombre retraído y serio porque la mayor parte de la gente que lo rodea es muy ignorante y no sabe platicar, además de que cuando trata de explicar una cosa empleando las palabras que conoce, no le entienden, incluyendo en ésto a su esposa que no le gusta leer, ni enterarse de algo, a pesar de que él siempre le está insistiendo que lo haga.

Los dos se quejaron de que a la paciente no le gusta la vida social, prefiriendo el estudio, por lo tanto no cuenta con amigos. Se preguntó el porqué la madre o la hermana mayor no la acompañaban a eventos sociales, a lo -- que contestó la madre que ella no lo hacía porque a su marido le disgustaba que ella saliera sin él, y que con la -- hermana no se contaba porque casi siempre estaba durmiendo.

Se le preguntó al padre que si tenía comunicación con sus hijos, contestando que sí, que bromeaba con -- ellos y se interesaba por su aprovechamiento en la escuela. A pesar de ésto se observó que bastaba con que el señor hablara un poco más alto para que los chiquillos, que de vez en cuando entraban al cuarto, salieran de inmediato. Se estuvo tratando de hacerle ver la conveniencia de que existie-- ran buenas relaciones entre todos los miembros de la fami-- lia, por lo beneficioso que podía resultar, tanto para - -- ellos, como para la paciente, que en última instancia era - la que más resentía los problemas familiares.

También se le hizo ver la necesidad de tener - alguna actividad familiar ocasional, aceptando al parecer - la mayoría de las recomendaciones. La transferencia que se logró en esta entrevista fué muy buena, quedando la posibilidad de efectuar otra posteriormente.

El día 3 de febrero de 1973, la paciente se -- presentó al Departamento de Higiene Mental acompañada de su madre, encontrándose ésta bastante angustiada porque la paciente presentaba nuevamente alteraciones en la piel, por - este motivo ella la llevó con un médico familiar quien le -

recetó antihistamínicos (avapena). Refirió la madre que to-
do se había iniciado hacia unos tres o cuatro días con un -
disgusto entre ella y la hermana mayor, la que además de no
hablarle y no darle dinero para el gasto, le exigía aten- -
ción a través del padre, cosa que molestaba mucho a la pa-
ciente. Se les trató de tranquilizar haciéndoles notar la -
relación entre los conflictos intrafamiliares y el síntoma.

Se les pidió que regresaran en 5 días y al ha-
cerlo se pudo observar que las dos estaban más tranquilas,-
ya que la paciente no presentaba alteraciones en la piel, a
pesar de que continuaba el problema con la hermana. Sin --
embargo, la señora se quejó de que la paciente había descar-
gado su disgusto contra ella; nuevamente se le dió orienta-
ción a la paciente, pidiéndole que no diera tanta importan-
cia a las actitudes negativas de la hermana y que se cen---
trara en sus intereses personales.

NOMBRE: R. E. N. N.

FECHA DE ESTUDIO: 25-III-71

SERVICIO: DERMATOLOGIA

Paciente del sexo femenino de 8 años de edad, -- producto del 5o., embarazo a término, parto eutócico. Desarrollo psicomotor normal; alimentación completa y balanceada. Antecedentes patológicos: sarampión, varicela, amigdalitis frecuentes, por lo que se le practicó amigdalectomía. Se mencionó el hecho de que había padecido fiebre reumática, sin especificar si presentó lesión cardiaca.

El día 25 de marzo de 1971 al presentarse al Departamento de Dermatología la paciente presentaba manchas -- acrómicas de dos años y medio de evolución diseminadas en: -- párpados, maxilar inferior, cara anterior y lateral derecha -- de cuello, axilas, cara anterior de torax en su parte media, -- cara interna de muslos, rodillas y huecos poplíteos. Las manchas no presentaban pérdida de la sensibilidad, ni pérdida de pelo, su humedad era normal y no habían presentado ninguna mejoría a tratamientos no especificados.

A los cuatro meses fué vista de nuevo por el Departamento de Dermatología y como se trataba de una imagen típica de reacción psicofisiológica de piel, tipo vitiligo, sobre un terreno de hiperexcitabilidad nerviosa, con agresión -- constante, se pidió cita al Departamento de Higiene Mental, -- al mismo tiempo que se iniciaba una terapéutica local y se -- programaba para la aplicación intralesional de sustancias oxidantes en caso de que fueran necesarias.

Un mes después fué vista en el Departamento de Higiene Mental por el Psiquiatra, quien reportó los siguientes hallazgos derivados de la entrevista con la madre: El padecimiento se inició tres años atrás, coincidiendo con el ingreso de la niña a la escuela, notando la madre manchas acrómicas en el pabellón auricular, cuello, boca, párpados, ingle y pantorrillas. Esto coincidió también con un castigo físico aplicado por una de las maestras, al cual la madre no le dió importancia, hablando únicamente con la maestra para evitar que se repitieran este tipo de castigos.

Mencionó también el hecho de que en el hogar la paciente toleraba muy poco la frustración, mostrando una gran necesidad de aprobación y labilidad emocional.

Se solicitaron estudios psicológicos complementarios, habiéndose practicado las pruebas de WISC, BENDER, RORSCHACH, MACHOVER, y T. A. T.

En la prueba de WISC obtuvo un C. I. de 96 puntos que corresponden a Inteligencia Término Medio, no obstante se observó en las sub-pruebas que su potencial era superior al indicado por su rendimiento, encontrándose probablemente interferido por la presencia de una gran ansiedad(sic).

En la prueba de BENDER, no se encontraron datos de inmadurez de los procesos visomotores, pero sí de una disfunción cerebral mínima (sic).

En el RORSCHACH se observó que ante estímulos poco estructurados reaccionaba con inhibición diferida, adaptándose en forma superficial, para posteriormente bloquearse, lo que implica un manejo superficial de situaciones con-

flictiva o ante situaciones desconocidas. Aplica su capacidad intelectual en forma práctica y por inseguridad se aferra a los detalles obvios de la experiencia, dando poco énfasis a la búsqueda de relaciones entre los hechos aislados de la experiencia y a la adquisición de un enfoque organizado del mundo.

Su visión del mundo es rígida y estereotipada implicando la existencia de constricción neurótica, lo -- cual supone que, aún siendo capaz de proporcionar una respuesta rícamente diferenciada, ésta se vé bloqueada porque ha inhibido su respuesta a sus propias necesidades y a reaccionar emocionalmente, no obstante es capaz de tener control sobre ella misma y en ocasiones puede comportarse en forma impersonal.

Tiene dificultades en las relaciones interpersonales, lo que le produce ansiedad y sentimientos de depresión. Se autocritica y no se acepta tal como es, lo que -- implica falta de estabilidad interna y actitudes de autodevaluación.

Su vida impulsiva es sumamente inmadura e infantil, rigiéndose aún por necesidades inmediatas de gratificación y careciendo de un sistema de valores a largo plazo que le sirvan de control. Al mismo tiempo hay conflicto entre su intensa agresividad y sus normas morales, lo que -- es causa de tensión y conflicto interno, no pudiendo expresar libremente sus impulsos. Esta falta de canalización a los mismos podrá ser causa de la formación de síntomas psicósomáticos.

Su necesidad afectiva ha sido negada probablemente debido a experiencias tempranas de rechazo. El impacto ambiental estimula en forma importante su productividad y sus reacciones emocionales que podrían ser espontáneas y adecuadas, no obstante hay una tendencia ambivalente, ya -- que por una parte las bloquea y por la otra sus respuestas son francamente incontroladas e inmaduras, dando ésto lugar a una inhibición importante de funciones intelectuales y -- emocionales, provocando una tendencia al aislamiento emocional, independientemente de que su tendencia natural sea hacia la extroversión.

Sus ambiciones intelectuales son adecuadas a su edad y posee recursos internos adecuados para respaldarlos, está consciente de tener limitaciones por sus sentimientos de devaluación y ésto inhibe aún más su rendimiento general. Sus principales mecanismos de defensa son la negación, la represión, refiriéndose principalmente al área -- afectiva (sic).

En el MACHOVER se encontró que tenía tendencias hacia la infantilización con fuertes necesidades de dependencia, principalmente a nivel oral, ansiedad marcada, -- tendencia hacia la negación a través de la cual evita enfrentarse a los conflictos. Su imagen corporal está bien -- integrada, pero hay evidentes problemas en relación dando por resultado relaciones interpersonales frías, cautelosas y superficiales (sic).

En el T. A. T. se encontró que tiene metas a largo plazo y ambiciones de status e intelectuales. Su prin

principal área de conflicto es la escolar, en la cual el intenso esfuerzo por sobresalir y obtener la deseada aprobación le produce gran tensión interna (sic).

Impresión Diagnóstica: Es una escolar de capacidad intelectual normal, con inhibición de funciones intelectuales y emocionales, conflictiva en el área de impulsos y afectos y además en el área escolar, muestra un trastorno psicofisiológico de piel por una inadecuada canalización de impulsos y rasgos de ansiedad y depresión (sic).

Tres meses después del estudio psicológico es vista nuevamente por el Psiquiatra en el Departamento de Higiene Mental, encontrando éste que la niña tenía una gran necesidad de afecto, "ya que la madre es una persona bastante deprimida, cuadro que comenzó a presentar después del nacimiento de la paciente. De esto él dedujo una evidente situación de rechazo de la madre para con la paciente.

En febrero del siguiente año, fué vista en el Departamento de Dermatología en donde encontraron que aunque la evolución podía considerarse como buena dentro de lo esperado en casos como éste, por la aplicación de esencia de bergamota, sin embargo habían aparecido nuevas zonas acrómicas en extremidades inferiores, lo que traducía una respuesta mediocre al medicamento.

Un mes después fué enviada al Psicólogo del Departamento de Higiene Mental, teniendo éste una breve entrevista con la madre, y encontrándola sumamente angustiada, sobre todo en lo que se refería a sucesos pasados. Se pudo también observar que la niña estaba consciente de su problema, -

al que se agregaban "vómitos voluntarios con los cuales trataba de manipular a los padres para impedir que salieran por la noche".

(NOTA: Obsérvese la inferencia correcta o no del Psicólogo -- quien supone que la intención de la niña era manipular a los padres y que por eso vomitaba).

Al mes siguiente se tuvo una nueva entrevista -- con la madre en la cual se siguieron observando marcadas tendencias hacia la depresión, informándonos que en esas fechas se encontraba muy angustiada por problemas de la vida cotidiana. Se notó también una gran ambivalencia hacia la paciente, teniendo conciencia por un lado de que la niña la manipulaba y por el otro de que debía establecer una actitud disciplinaria hacia ella, pero ésto le proporcionaba un gran temor, "porque se iba a poner peor de sus manchas".

Se le dieron indicaciones a la madre para que -- fuera constante en sus llamadas de atención, castigo y reglas disciplinarias, y sobre todo que evitara toda forma de sobreprotección.

El día 15 de abril de 1972, o sea un año un mes después de haber sido vista por primera vez en el Servicio de Dermatología, se inició el tratamiento de Terapia Conductual-Aversiva, observándose buena respuesta al tratamiento, no sólo en la detención de las máculas vitiliginosas, sino también en la conducta de la niña. Al notar una detención en el padecimiento, la madre se tranquilizó notablemente.

Un mes después continuaba con buena evolución en su repigmentación, no así en su conducta, ya que la madre in-

formó que habían habido ligeras alteraciones. Por este motivo se le aplicó una terapia conductual más intensa con su debido reforzamiento positivo, para tratar de hacer desaparecer dichas alteraciones.

Se continuó con el mismo manejo de terapia conductual y después de dos meses se seguían observando buenos resultados, contando con la excelente cooperación de la paciente. Se debe hacer notar que las "manchas" no sólo no se habían extendido, sino que por el contrario continuaban disminuyendo, a pesar de que la niña se encontraba en período de exámenes.

Al mes siguiente el Departamento de Dermatología mencionó que desde su punto de vista era "notable la mejoría de la paciente debido a la disminución ostensible del volumen de las lesiones vitiliginosas y a la ausencia de nuevos elementos patológicos", comprometiéndose a seguir las instrucciones del Psicólogo de Higiene Mental en el sentido de no administrar medicamentos.

Después de 5 meses del inicio del tratamiento -- empleando la Terapia Conductual Aversiva, se observó que la pigmentación de la niña iba en aumento, sobre todo en muslos y cuello, reportando al mismo tiempo la madre que la conducta de ésta tendía a modificarse, porque aunque continuaba haciéndoles preguntas cuando sabía que iban a salir, no presentaba ningún problema serio cuando ellos de todas maneras se iban.

Se les pidió una entrevista a los padres para que entre los dos dieran una opinión acerca del problema de la paciente y esta entrevista fué concedida a los 6 meses de

iniciado el tratamiento.

Durante la entrevista que fué en casa de la paciente, se observó que la vivienda es un lugar confortable -- con casi todas las comodidades, aunque un poco reducida, pero en buenas condiciones de higiene, así como arreglada con buen gusto.

Tanto el padre como la madre estuvieron de acuerdo en la mejoría de la paciente, comentando además que desde que la niña había comenzado con sus " manchas " habían acudido a toda clase de médicos y con ninguno habían obtenido resultados, ya que las " manchas " continuaban avanzando.

El padre dijo que para él la conducta de la niña continuaba siendo igual: voluntariosa, caprichosa y con poco interés en la escuela, la comparó con su hermano mayor ya que éste era un muchacho muy listo y nunca daba problemas. A pesar de todo esto, él trataba de ayudarla en sus tareas escolares, aunque ella no tenía interés en hacer las cosas. Dijo -- que la niña nunca había podido con el idioma inglés, motivo-- por el que la sacaron del colegio en donde estaba su hermano, para ponerla en uno de "monjas", en el que como ya se ha mencionado, la niña tenía problemas con una de las maestras y -- aún cuando se había quejado en varias ocasiones, ellos no la quisieron sacar, "porque no podían perder el dinero que habían pagado", además, " porque era un año que perdería la niña".

Se le preguntó al señor la frecuencia con la que hacía comparaciones de sus hijos, contestando que aunque no era frecuente, de vez en cuando lo hacía.

Pidió una explicación con respecto a la enfermedad de la niña, ya que él pensaba que era hereditaria porque su padre también la había padecido; ésta fué dada lo más breve y clara posible, dando la impresión de haber quedado satisfecho. Se debe hacer la aclaración de que al señor se le puede considerar como a una persona culta, con gran interés y -- preocupación por su esposa e hijos. Al referirse a ella la -- describió como una persona sumamente aprehensiva y nerviosa, -- debido a lo cual él no le cuenta sus problemas personales o -- del negocio, ya que termina por ponerse nervioso también, -- esto dá origen a que la señora se moleste porque piensa que no -- se le toma en cuenta para nada. Existe también tensión por el -- hecho de que ella no lo acompaña a las reuniones sociales, -- aduciendo que le dá vergüenza hablar, ya que no tiene temas -- de conversación. El piensa que eso se debe a que a ella no le gusta leer y por lo tanto no puede enterarse de algo; por -- esto pidió que se le dieran algunas orientaciones a la señora -- para que adquiriera el hábito de la lectura.

La señora por su parte aceptó todo lo que su marido dijo de ella; acerca de su "nerviosismo", ya que éste -- llegaba al grado de que sus propios hijos la sacaban de qui-- cicio, pegándoles en ocasiones cuando no la obedecían; también -- se mostraba aprehensiva cuando los dejaba solos para ir a al-- guna parte, aún cercana, llamándoles a cada instante por telé -- fono, cosa que molestaba mucho a su marido.

Se trató de dar algunas indicaciones y orienta-- ciones al respecto y ya que el rapport que se tuvo en la en-- trevista fué bueno, se logró la oportunidad de una cita pos--

terior.

En marzo de 1973 la paciente continuaba asis--
tiendo a su Terapia Conductual de Tipo Aversivo en el Departamento de Higiene Mental, observándose una franca pigmentación sobre todo en cuello, cara interna de muslos y huesos-
poplíteos. La madre informó que la conducta de la niña ha--
bía mejorado considerablemente.

En abril del mismo año se pudo observar pigmentación en los párpados, y la niña ha continuado con muy buena evolución hasta la fecha.

D I S C U S I O N

Generalmente en los capítulos de discusión lo que en realidad se hace es interpretar los datos. Interpretar los datos significa enumerarlos dentro de un contexto -- que les otorgue importancia científica, validez y confiabilidad, o que se las niegue.

Desde el punto de vista de la importancia de -- los datos obtenidos, podemos considerar que no se ha aportado nada extraordinariamente nuevo, o sea, los resultados obtenidos, por un lado confirman trabajos previos, y por el -- otro validan ciertos postulados teóricos.

Desde el punto de vista de la confiabilidad, o sea la posibilidad de replicar los resultados obtenidos, nos encontramos con el problema del control. Mis datos son en -- cierto modo repeticiones de trabajos anteriores mejor controlados. Pudiera decirse entonces que la bondad de las técnicas de terapia aversiva resisten deficiencias en el control experimental.

Desde el punto de vista de la validez, o sea la generalidad, y aún admitiendo que dos casos, en las consideraciones de control que se consiguieron, es una muestra muy pobre, me permito aventurar que en condiciones futuras, si -- el control experimental aumenta, no veo razón válida que niegue la posibilidad de que estos hallazgos pudieran servir a -- casos parecidos.

El problema principal al que me enfrenté en esta Tesis, fué el de contrastar, en la reducida amplitud que-

la situación permitió, los enfoques dinámico y conductual.- Escogí dos casos en los que la terapia dinámica tradicional tuvo poco éxito, y en los que las aproximaciones más conductuales se manejaron con mejor suerte.

Al interpretar dinámicamente el eczema y el vitiligo como síntomas de un trastorno intrapsíquico, no observable, la eliminación de estos síntomas de acuerdo a la aproximación dinámica, me obligaría a predecir que no iba a producir resultados duraderos, puesto que tales síntomas seguramente serían sustituidos por otros. Definitivamente éste no fué el caso, más bien parece haber sucedido lo contrario. Eliminando los síntomas, en ambos casos aconteció una mejoría general en el ajuste y adaptación social de las pacientes. Esto está más acorde con las tesis conductistas -- que en términos generales le atribuirían un efecto benéfico de generalización a la erradicación de cualquier síntoma.-- En los casos tratados ésto es más probable porque también se trabajó en el medio familiar, el que a todas luces ayudaba a mantener el síntoma.

No obstante que quedan sin explicar muchos -- efectos de interrelación personal a los que los orientados clínicamente podrían atribuir factores causales sobre el -- exitoso resultado obtenido, creo, sin embargo, que es difícil negar la eficacia de la acción conjunta que tuvieron sobre las pacientes la terapia aversiva en primer lugar y ensegundo las instrucciones dadas a los padres y que aparentemente fueron seguidas en el ambiente familiar.

CONCLUSIONES

Interpretar datos como los obtenidos en este estudio presenta una doble dificultad. Por un lado las condiciones en las que se hizo el trabajo impiden un control científicamente rígido que satisfaga el mínimo indispensable para considerarlo un experimento; por lo tanto este estudio no es un experimento. Por el otro lado tampoco se puede decir que este trabajo sea exclusivamente una novelesca descripción de una historia clínica, puesto que de hecho se manipuló, con todas las imperfecciones del caso, una variable independiente: la corriente eléctrica.

Podemos concluir entonces que este estudio tiene todas las debilidades de lo que está entre dos aguas o a mitad del camino, y que no dejará satisfechos ni a los experimentadores rigurosos, ni a los clínicos experimentados.

Admitidas estas imperfecciones y con carácter puramente tentativo, me permito adelantar algunas conclusiones.

A.- Exclusivamente desde el punto de vista de el resultado, la realidad demuestra sin lugar a dudas que -- hubo cambios a todas luces significativos en la epidermis de ambas pacientes y que estos cambios se han mantenido sin que se hubieran presentado síntomas sustitutivos; por el contrario, tanto la desaparición del eczema atópico, como la repigmentación en el caso de la sujeto con vitiligo, parecen haber traído lo que un clínico podría llamar " un mejor funcionamiento general en términos de adaptación al medio ". Aún -

más, aunque la satisfacción del paciente no sea un criterio definitivo, puedo decir que las dos se muestran enteramente satisfechas del resultado obtenido.

B.- Si aún en este caso con todas las deficiencias mencionadas, el resultado puede considerarse satisfactorio, es lógico suponer que en aquellos tratamientos en donde se sigan al pie de la letra procedimientos más rigurosos y controlados, los resultados deberían ser mejores o más rápidos. Pudiendo esto corroborarse en futuros tratamientos o investigaciones.

C.- El campo de las enfermedades psicósomáticas, en las que la psicoterapia tradicional, y entiendo por tradicional aquella de contenido principalmente verbal en interacción de uno a uno, ha tenido tan escaso éxito, parece ser campo abierto para la introducción de nuevas técnicas de tipo menos tradicional, como lo es la terapia conductual - aversiva. Los resultados de esta tesis le abren nuevas posibilidades en México, dado que en otros países ya se conocían éstos en lo que respecta al tratamiento de las enfermedades de la piel y, constituyen una promesa cuya exploración debería ser obligatoria siempre que se reunieran las condiciones que privaron en este estudio.

D.- Más concretamente la solución que ofrece la terapia conductual aversiva, manipulación del medio (en este caso el estímulo eléctrico), facilitó una respuesta de escape que aceleró la desaparición del síntoma y de las conductas desencadenantes, como el rascado.

Tanto la terapia conductual aceptada en su for-

ma Wolpeana, o en su más estricta forma del análisis conductual aplicado, no solo permiten eliminar la respuesta desadaptadora, sino que también arrojan cierta luz sobre las causas del problema, ya que las instrucciones complementarias dadas a las familias de las dos pacientes, permiten suponer que los factores medio ambientales jugaban un papel determinante en lo que se refiere al mantenimiento de los síntomas. De aquí que quizá sería conveniente, cada vez que el caso lo ameritara, unir ambas formas de las terapias conductuales. Atacar el síntoma, aversivamente como en este caso, y promover cambios de carácter operante en los ambientes en donde esos síntomas son reforzados.

De nuevo, estoy consciente de que se podrían objetar múltiples razonamientos que justificaran el desechar la hipótesis de que fué el tratamiento la " causa " del exitoso resultado, y que sólo replicaciones posteriores en condiciones más controladas podrían decir la última palabra. Estoy alerta también de que varios factores de índole "dinámica " intervinieron junto con, y a lo largo de el tratamiento aversivo, pudiendo decir que en futuros tratamientos de este tipo, estos factores " dinámicos " de interrelación personal, deberían de ser tan controlados como la intensidad de la corriente eléctrica.

Uno de los reforzamientos accidentales no pensados ni planeados al principio de este estudio, pero que afectan sensiblemente la conducta del terapeuta, es la reacción del paciente que va notando su mejoría. Esto se hace más no-

table cuando el tratamiento empleado es doloroso, por ésto -
considero necesario terminar esta tesis como la empecé, con
una nota de agradecimiento para dos jovencitas, que al darme
la oportunidad de hacer algo por ellas, hicieron mucho por -
mí.

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

BANDURA, A.- La Psicoterapia como un proceso de aprendizaje.- Fernández, G. y Natalicio, L. F. S. (Editores).- " La ciencia de la conducta".- Trillas, S. A.- México, 1972.

BELLAK, L. y SMALL, L.- Psicoterapia breve y de emergencia .- Editorial Pax México, Librería Carlos Cesarman, S. A.- México, 1970.

BIJOU, S. W., BAER, D. M.- Psicología del Desarrollo Infantil .- Ed. F. Trillas, S. A.- México, 1969.

DE LA FUENTE, R.- Psicología Médica.- Fondo de Cultura Económica.- México, 1973.

FENICHEL, O.- Teoría Psicoanalítica de las Neurosis.- Ed. Paidós.- Buenos Aires, 1966.

FRAZIER, S. H., CARR, A. C.- Introducción a la Psicopatología.- Ed. El Ateneo.- Buenos Aires, 1969.

GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY.- Psychopathological disorders in childhood.- Theoretical consideration and a proposed classification for mulated by the committee on child -- psychiatry.- Washington, 1970.

HOLLAND, J. G., SKINNER, B. F.- Análisis de la Conducta.- Ed. F. Trillas, S. A.- México, 1970.

LOBITZ, W. C. y CAMPBELL, J. C.- Physiologic studies on atoppic dermatitis.- Arch. Dermat. Syph.- 67: 575, 1953.

MACOTELA, E.- Anuario de Actualización en Medicina.- Vol. III Fascículo 7 Dermatología (primera parte).- México, 1971.

NOYES, A.- Psiquiatría Clínica Moderna.- La Prensa Médica .- México, 1961.

PODOSWA, G.- Los problemas dermatológicos más comunes en la infancia.- Rev. Mex. Ped.- 39-5: 545.- México, 1970.

PODOSWA, G. y BELTRAN, G.- El Eczema en Pediatría.- Bol. Med. Hosp. Infantil de México.- XXX-5: 753, Sep. Oct.- 1973.

SIDMAN, M.- Tácticas de Investigación Científica.- Ed. Fontanella.- Barcelona, 1973.

SINGER, E.- Conceptos fundamentales de la psicoterapia.- Fondo de Cultura Económica.- México, 1969.

SKINNER, B. F.- Ciencia y Conducta Humana.- Ed. Fontanella, - S. A.- Barcelona, 1969.

PROCESO DE INVOLUCION EN LA SUJETO
CON ECZEMA ATOPICO



10. Marzo 1972

21 Abril 1972





27 Junio 1972



10. Marzo 1974



10. Marzo 1974

P A R P A D O S

ANTES

DESPUES



C U E L L O

ANTES

DESPUES





ANTES



DESPUES