

11212



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**  
**"DR. BERNARDO SEPULVEDA" CENTRO MEDICO SIGLO XXI**  
**I.M.S.S.**

21  
2º.

**HIPNOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA**  
**DERMATITIS ATOPICA Y DE LAS VERRUGAS VULGARES**  
**(ESTUDIO PRELIMINAR)**

**TESIS DE POSGRADO**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN**  
**DERMATOLOGIA**

**PRESENTA:**  
**DR. ALFREDO ISMAEL MORON ALBARRAN**

261732



**IMSS**

**ASESORES:**  
**DR. JORGE ABIA**  
**DR. FRANCISCO VEGA LOPEZ**  
**DR. ALFREDO AREVALO LOPEZ**

**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**  
MEXICO, D.F.

1998.



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.

**DR. NIELS WACHER RODARTE**

**Jefe de Enseñanza e Investigación**

**Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda"**

**Centro Médico Nacional Siglo XXI**

---

**Dr. Francisco Vega López**

**Profesor Titular del curso de Posgrado en Dermatología**

**y Director de Tesis**

**Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda"**

**Centro Médico Nacional Siglo XXI**

  
**Dr. Jorge Abia**

**Psicoterapeuta y Director de Tesis**

**Instituto Milton H. Erikson**

**de la Ciudad de México**

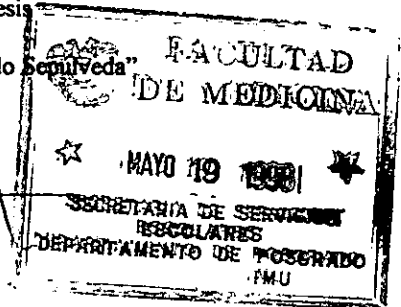
  
**Dr. Alfredo Arévalo López**

**Dermatólogo y Director de Tesis**

**Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda"**

**Centro Médico Nacional**

---



## CONTENIDO

	Página
INDICE .....	1
LISTA DE CUADROS Y FIGURAS .....	2
LISTA DE ABREVIATURAS .....	4
ANTECEDENTES .....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. ....	14
HIPOTESIS .....	14
OBJETIVOS .....	14
MATERIAL, PACIENTES Y METODOS .....	
DISEÑO DEL ESTUDIO .....	15
UNIVERSO DEL TRABAJO .....	16
DESCRIPCION DE LAS VARIABLES .....	16
SELECCION DE LA MUESTRA .....	17
PROCEDIMIENTOS .....	18
CONSIDERACIONES ETICAS .....	20
RECURSOS PARA EL ESTUDIO .....	20
RESULTADOS .....	21
DISCUSION: ANALISIS Y CONCLUSIONES .....	34
ANEXOS .....	36
BIBLIOGRAFIA .....	42

LISTA DE CUADROS  
DERMATITIS ATOPICA

	Página
PERFIL DEMOGRAFICO (Tabla 1)	
Grupo de estudio y grupo control .....	23
HISTORIA NATURAL Y TRATAMIENTO PREVIO (Tabla 2)	
Grupo de estudio y grupo control .....	24
EDAD DE PRESENTACION DE LA DERMATOSIS (Figura 1)	
Grupo de estudio y grupo control .....	25
INDICE DE SEVERIDAD DE LA DERMATITIS ATOPICA (Tabla 3)	
Grupo de estudio y grupo control .....	26
INDICE DE MEJORIA (ADSI) (Figura 2)	
Grupo de estudio y grupo control .....	27
MEJORIA DEL PRURITO (Figura 3)	
Grupo de estudio y grupo control .....	28

## **VERRUGAS VULGARES**

<b>HIPNOTERAPIA EN VERRUGAS VULGARES I (Tabla 4)</b>	<b>Página</b>
<b>Grupos experimental y control .....</b>	<b>31</b>
<b>HIPNOTERAPIA EN VERRUGAS VULGARES II (Tabla 5)</b>	
<b>Grupos experimental y control .....</b>	<b>32</b>
<b>RESPUESTA TERAPEUTICA (Figura 4)</b>	
<b>Grupos experimental y control .....</b>	<b>33</b>

## ABREVIATURAS

ADSI:	índice de severidad de la dermatitis atópica
DA:	dermatitis atópica
VPH:	virus del papiloma humano
VV:	verrugas vulgares
VP:	verrugas planas
VF:	verrugas filiformes
VM:	verrugas mixtas
HF:	heredo-familiar

## AGRADECIMIENTOS

¿Por qué, Señor?

Sé que es el camino más difícil, pero es también el que más vale la pena y el único que se puede voltear a ver con orgullo, cuando se está al final.

Lo más importante no es “trabajar”, sino “producir” y disfrutar el fruto de nuestro trabajo

Al Servicio de Dermatología del HE. CMN. Siglo XXI

Dr. Francisco Vega López, Dra. Adriana Anides Fonseca, Dra. Liliana Serrano Jean,

Dr. Alfredo Arévalo López, Dr. Roberto Blancas Espinoza, Dr. Javier Méndez Tovar

A mi amigo el Dr. Luis Fernando Pérez López, por su participación en este estudio como coautor.



## DEDICATORIA

A mi esposa, Dra. María Elena Mosso Fárfan

Por su amor, apoyo y paciencia

Una noche soñé que terminaba

la residencia de dermatología

y a un lado estabas tú.

A mis hijos, María Elena y Alfredo

Que son parte de lo que

embellece, nutre y alienta mi vida

A mi madre, Cristina

Por su apoyo y esfuerzo

de toda la vida.

A mis hermanos

Yola, Héctor y Carlos

Por estar siempre unidos

en la prosperidad y adversidad

## I.- ANTECEDENTES

El psique y el soma constituyen una unidad, cada vez menos comprendida por el pensamiento mecanicista que ha acompañado a los avances de la medicina moderna, ya que privilegiamos lo tangible y resulta mucho más fácil reconocer a un bacilo como la causa de una enfermedad, que considerar a la infelicidad como un factor etiológico. En este sentido, lo relacionado con la esfera psicosomática se mantiene como algo desconocido (1-2).

La relación de la psique con la piel es dinámica y bidireccional, en el proceso de salud enfermedad (3). Uno de los aspectos más importantes en dermatología es la repercusión que ciertas dermatosis tienen en la psique, debido tanto a su historia natural como a sus características clínicas, y un buen ejemplo de esto corresponde a la dermatitis atópica (4-5).

### **Dermatitis atópica**

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria de la piel, crónica y pruriginosa, asociada a una historia familiar y personal de atopia con una frecuencia que varía del 33% al 62% (6). Es una dermatosis común que afecta a 7 de cada 1000 individuos en los EUA. (7-9). La incidencia es máxima en niños, 24 x 1000, y en el 60% de los casos se inicia antes del primer año de edad, 30% de 1 a 5 años y 10% después de los 5 años (10). En nuestro servicio del H.E. CMN. durante el año de 1995 ocupó el 4º lugar de consulta externa con 241 (3.98%) consultas, de primera vez (5.1%) y subsecuentes (94.9%). Incluso puede ser motivo de hospitalización, así por ejemplo de un total de 28 pacientes hospitalizados durante 1996. 4 de ellos (14%) correspondieron a DA severa.

Las manifestaciones clínicas consisten principalmente en huellas de rascado agudo (excoriaciones, pápulas y costras hemáticas) y huellas de rascado crónico (liquenificación) (11-12).

Se han identificado algunos factores agravantes tales como: el clima (invierno), irritantes marginales (agua, jabón), sudoración, lana, acrílicos y el estrés psicológico, este último puede constituir un factor desencadenante hasta en un 70% de los casos.

Se han descrito diversas características de la personalidad de los pacientes con DA, las más comunes son: hostilidad reprimida y ansiedad, en comparación con otras dermatosis (13-14).

Las alteraciones psicológicas juegan un papel importante en la evolución clínica de esta dermatosis ocasionando una pobre calidad de vida en estos pacientes, además se hipotetiza que la ansiedad puede producir alteraciones psicofisiológicas al nivel de la vasculatura cutánea por estimulación autonómica lo que ocasiona una disminución en el umbral del prurito, que a su vez perpetúa el círculo de prurito-rascado con una evolución crónica de la dermatosis. Además como se mencionó anteriormente, factores externos como el estrés emocional pueden exacerbar la dermatosis en la mayoría de los casos. Con lo anterior podemos concluir que los factores psicológicos juegan un papel importante en la evolución clínica de esta dermatosis y por lo tanto en su control terapéutico (15-17).

Se han diseñado distintas técnicas de tratamiento psicológico para los pacientes con dermatitis atópica utilizadas en forma conjunta con el tratamiento médico, y se han reportando beneficios al compararlo con el tratamiento médico aislado (18-20). A la fecha no hay un programa sistematizado y se reproducen algunas técnicas de psicoterapia utilizadas en alteraciones como la ansiedad y la depresión, como por ejemplo: programas de educación dermatológica, técnicas de relajación, tratamiento cognitivo-conductual e hipnoterapia.

El tratamiento psicológico ha tenido efectos benéficos en pacientes con dermatitis atópica, interviniendo sobre el estrés, que puede ser iniciador y exacerbante de la dermatosis, donde se busca romper el círculo vicioso perpetuante que existe entre prurito y rascado. La hipnosis con los efectos sugestivo y de relajación tiene efectos benéficos en la piel, al disminuir el nivel de estrés y

logrando una reducción en la intensidad del prurito y en la frecuencia de rascado, con la subsecuente mejoría clínica de la dermatosis.

Los tratamientos psicológicos más efectivos incluyen control del rascado, manejo del estrés (relajación personal) y una modificación en la percepción de algunos conceptos relacionados con la DA (21). En conclusión, estos tratamientos psicológicos en combinación con el tratamiento médico habitual, pueden ser benéficos para los pacientes con DA.

Stewart y Thomas (13), estudiaron un grupo de 18 pacientes adultos con dermatitis atópica severa y refractaria al tratamiento convencional sometidos a hipnoterapia y encontraron mejoría clínica significativa en 16 pacientes ( $p < 0.01$ ), al evaluar intensidad del prurito, horas de sueño y tensión; ellos atribuyeron la mejoría a los efectos de relajación, manejo del estrés y la sugestión directa de no rascarse así como a la sensación de comodidad y frescura de la piel inducidos a través de la hipnoterapia.

En relación con la técnica de hipnoterapia, esta consiste en inducir un estado alternativo de conciencia por medio de la relajación en donde el individuo acepta en forma incondicional sugerencias terapéuticas (22-23). Esta técnica es conocida por su eficacia y rapidez para producir relajación y de esta manera se puede disminuir la ansiedad, y modificar hábitos nocivos para la DA (24-25). A pesar de que la sugestión hipnótica ha sido utilizada comercialmente en forma de espectáculos públicos, en los últimos 30 años se ha incrementado el interés por demostrar científicamente su utilidad en alteraciones de conducta como fobias, estados de ansiedad, obesidad, y en enfermedades como el asma bronquial, síndrome del colon irritable y en migraña, reportándose beneficios con esta técnica. En dermatología se ha utilizado en el tratamiento de verrugas vulgares y en dermatitis atópica (26).

Son escasos los reportes del uso de la hipnoterapia en dermatitis atópica, describiéndose efectos benéficos en la evolución de esta dermatosis con esta técnica. Los objetivos de la hipnoterapia en esta dermatosis son disminuir la ansiedad por medio de sugestión y modificar el rascado en estos pacientes rompiendo el círculo perpetuante de los factores psicofisiológicos con lo cual se puede conseguir un mejor control terapéutico.

## Verrugas

Las verrugas vulgares son proliferaciones epiteliales benignas de la piel y de las mucosas, producidas por la infección del virus del papiloma humano (VPH). En los niños pueden remitir espontáneamente, mientras que en los adultos tienen una evolución crónica. El papel de la inmunidad y la susceptibilidad genética a la infección por VPH es pobremente conocida. Los individuos con defectos en la inmunidad celular son particularmente susceptibles a la infección por VPH y son notoriamente más resistentes al tratamiento. Desde el punto de vista clínico existen 4 tipos de verrugas: vulgares, planas, plantares y acuminadas.

Las verrugas son una patología frecuente en la práctica diaria y representan aproximadamente un 20% de los pacientes que acuden por primera vez a una clínica dermatológica. Las vemos frecuentemente en interconsultas o como una patología que acompaña a otra dermatosis problema. En algunos centros dermatológicos de la ciudad de México, como el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", esta dentro de las siete primeras causas de consulta externa y en el Centro Dermatológico Pascua es la segunda causa de consulta.

Existen múltiples opciones de tratamiento, y la mayoría de ellos se basan en la destrucción física o química de las lesiones, estimulación de la respuesta inmune o inhibición de la replicación viral. Algunos de los inconvenientes de estos métodos son: dolor, lesiones residuales y recurrencia de las lesiones.

Son diversas las posibilidades terapéuticas a nuestro alcance, debiendo seleccionar la técnica más adecuada según la localización, tamaño, número, tipo de verruga, así como la edad y cooperación del paciente. Los queratolíticos y la crioterapia con nitrógeno líquido son los tratamientos más comunes y efectivos en la mayoría de los casos. En verrugas planas, se usa frecuentemente el ácido retinóico, ácido tricloroacético y el curetaje. La podofilina es particularmente efectiva en

verrugas ano-genitales (condiloma acuminado). La electrodesecación es el tratamiento de elección en verrugas filiformes, pero requiere de anestesia local y habitualmente deja una cicatriz.

El tratamiento con métodos psicológicos habitualmente consiste en la sugestión hipnótica y en el uso de placebo, por Ej. inyecciones con solución salina (27-28). Los datos concernientes a la remisión espontánea no son muy consistentes, en un estudio de 30 pacientes divididos en 3 grupos, solamente los tratados con hipnosis sugestiva tuvieron una disminución significativa en el número de verrugas al compararlos con los grupos control (29-30).

Una diferencia importante en el tratamiento entre hipnosis y placebo, son las orientaciones psicológicas que el sujeto desarrolla con relación a estos procedimientos. En la hipnosis, los sujetos son estimulados a verse a sí mismos captando la actividad cognitiva propicia para su propia recuperación, facilitando el proceso de curación. A manera de ejemplo, con las sugestiones hipnóticas para disminuir el número de verrugas, las personas son estimuladas para participar con una imaginación vivida de que las verrugas disminuyen de tamaño, se produce hormigueo y desaparecen. Los reportes de hipnoterapia en DA y verrugas vulgares, son escasos en la literatura mundial (31-33).

Aunque el enfoque de la hipnoterapia aplicada a ambas dermatosis se orienta a disminuir la ansiedad, a través de sugestiones terapéuticas aceptadas de modo supuestamente incondicional por los pacientes; existen corrientes más modernas de hipnoterapia que consideran al perfil individual del paciente que es sometido a hipnosis, como un factor fundamental para el éxito del procedimiento, en lugar de tratar de imponer órdenes (34).

Por otra parte, también es posible llevar a cabo inducciones hipnóticas basándose en metáforas (35) y en el caso de trastornos con carga psíquica importante como en los llamados padecimientos psicósomáticos, es posible trabajar con éxito a partir de los rasgos comunes en el manejo de estrés y en el perfil de personalidad asociado a ciertas entidades patológicas (36).

En vista de la importancia de conocer la utilidad potencial de esta modalidad terapéutica, y dado que no existen reportes previos en nuestro medio, decidimos realizar un estudio piloto con hipnoterapia en el manejo de la dermatitis atópica y de las verrugas vulgares.

Nuestro trabajo tiene otro aspecto original a través de la incorporación de una modalidad hasta ahora no utilizada, en forma sistemática, en estudios sobre la utilidad de la hipnoterapia en enfermedades cutáneas. Consiste en tomar en cuenta los elementos conocidos de la fisiopatología desde un punto de vista puramente orgánico, y a partir de esto, construir una serie de inducciones hipnóticas metafóricas con sugerencias directas e indirectas que podrían modificar la respuesta orgánica, mediante ejercicios de hipnosis efectuados en el consultorio médico por el dermatólogo.

Dado que la inducción de cambios vasculares a través de la hipnosis puede llegar a provocar un fenómeno extremo como la necrosis, tal como sería deseable en el caso de las verrugas vulgares, hemos evitado la inclusión de tales sugerencias, a fin de contar con un margen de seguridad.



## **II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

- 1.- ¿La sugestión hipnótica, disminuye el número de verrugas?
- 2.- ¿La sugestión hipnótica, produce mejoría clínica de los pacientes con dermatitis atópica?

## **III.- HIPOTESIS**

- H1. La sugestión hipnótica disminuye el número de verrugas
- Ho. La sugestión hipnótica no disminuye el número de verrugas
- H1. La sugestión hipnótica produce mejoría clínica de los pacientes con dermatitis atópica
- Ho. La sugestión hipnótica no produce mejoría clínica de los pacientes con dermatitis atópica

## **IV.-OBJETIVOS**

demostrar que la sugestión hipnótica, produce remisión de las verrugas y produce mejoría clínica de los pacientes con dermatitis atópica

## **II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

- 1.- ¿La sugestión hipnótica, disminuye el número de verrugas?
- 2.- ¿La sugestión hipnótica, produce mejoría clínica de los pacientes con dermatitis atópica?

## **III.- HIPOTESIS**

- H1. La sugestión hipnótica disminuye el número de verrugas
- Ho. La sugestión hipnótica no disminuye el número de verrugas
- H1. La sugestión hipnótica produce mejoría clínica de los pacientes con dermatitis atópica
- Ho. La sugestión hipnótica no produce mejoría clínica de los pacientes con dermatitis atópica

## **IV.-OBJETIVOS**

demostrar que la sugestión hipnótica, produce remisión de las verrugas y produce mejoría clínica de los pacientes con dermatitis atópica

## **II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

- 1.- ¿La sugestión hipnótica, disminuye el número de verrugas?
- 2.- ¿La sugestión hipnótica, produce mejoría clínica de los pacientes con dermatitis atópica?

## **III.- HIPOTESIS**

- H1. La sugestión hipnótica disminuye el número de verrugas
- Ho. La sugestión hipnótica no disminuye el número de verrugas
- H1. La sugestión hipnótica produce mejoría clínica de los pacientes con dermatitis atópica
- Ho. La sugestión hipnótica no produce mejoría clínica de los pacientes con dermatitis atópica

## **IV.-OBJETIVOS**

Demostrar que la sugestión hipnótica, produce remisión de las verrugas y produce mejoría clínica de los pacientes con dermatitis atópica

## V.- MATERIAL, PACIENTES Y METODOS.

### Diseño del estudio.

Al inicio, los pacientes participantes firmaron una hoja de consentimiento. Se realizó una evaluación basal y otra al final del tratamiento sobre lo que los pacientes piensan de su dermatosis, mediante una pregunta ¿ por favor, escribe en una hoja, como vives, como sientes, el problema de tu piel en este momento de tu vida?. Con esta pregunta se midió en forma indirecta la ansiedad.

Las inducciones hipnóticas diseñadas previamente por uno de los investigadores (Dr. Jorge Abia), se grabaron en un audiocassette que el paciente escuchaba diariamente en su domicilio. Las sesiones se hicieron en forma semanal con diferente contenido en cada una de ellas, para un total de 5 sesiones. La última sesión tenía un contenido más específico según correspondiera a dermatitis atópica o a verrugas vulgares.

Los datos clínicos de cada paciente fueron recolectados en una hoja de registro para cada dermatosis. En dermatitis atópica se preguntaron sobre los antecedentes más importantes en la primera sesión y evaluación visual en cada sesión sobre el estado de la dermatosis con parámetros previamente ya establecidos y una escala análoga sobre el prurito (se anexa hoja de registro).

En verrugas se anotó en que área se localizaban y el número de lesiones (se anexa hoja de registro).

En este estudio se incluyó a un grupo control para ambas dermatosis, que en este caso, únicamente recibió una serie de sesiones para inducir relajación progresiva pero sin contenido hipnótico. La asignación de los pacientes a sendos grupos se hizo en forma aleatoria. En dermatitis atópica con las mismas características del grupo experimental en cuanto a la severidad de la

afección cutánea y tratados únicamente con lubricantes y antihistamínicos; mientras que en verrugas vulgares debía interrumpirse cualquier tratamiento 2 semanas antes de iniciar el estudio.

Se consideró abandono al tratamiento en aquellos pacientes que no completaron sus 5 sesiones, y falla al tratamiento en los pacientes que al terminar las 5 sesiones no presentaron mejoría de su dermatosis

Es un estudio piloto, prospectivo, longitudinal, comparativo y experimental.

#### **Universo de trabajo.**

Se incluyeron los pacientes que acudieron a la consulta externa de Dermatología del HE del CMN S XXI, con diagnóstico de dermatitis atópica y de verrugas vulgares, durante el periodo comprendido de julio a diciembre de 1997, que aceptaron ingresar al protocolo.

#### **Descripción de las variables**

##### **Variable independiente.**

El contenido hipnótico produce disminución del prurito en dermatitis atópica.

Con el contenido hipnótico hay disminución del número de verrugas vulgares.

##### **Variable dependiente.**

La sugestión hipnótica en dermatitis atópica puede disminuir la intensidad del prurito y con ello se produciría mejoría clínica.

En verrugas vulgares con el contenido hipnótico se inducen sugestiones para disminuir el número de ellas.

##### **Variable de confusión.**

En verrugas vulgares: frecuencia de audición y distorsión del audiocassette, falta de apego al tratamiento médico, inasistencia a las sesiones semanales. En dermatitis atópica además de lo

anterior, a todos los pacientes se les dio indicaciones de evitar los factores exacerbantes de la dermatosis, como evitar irritantes marginales, efectuar baños cortos y lubricación frecuente.

#### **Descripción operativa**

La ansiedad se midió en forma indirecta con la respuesta sobre ¿que piensas y sientes de tu piel en este momento de tu vida? al inicio y al final del estudio, que fue interpretada por uno de los investigadores (Dr. Jorge Abia).

En dermatitis atópica la codificación en la hoja de recolección de datos, incluyó el índice de severidad de la dermatosis considerando los siguientes parámetros (eritema, exudación, excoriaciones y liquenificación), así como la intensidad del prurito (leve, moderado o severo).

En la hoja de recolección de datos en verrugas, se evaluó al inicio y al final del estudio el número de verrugas. Estos resultados fueron interpretados por el médico residente.

#### **Selección de la muestra**

##### **Tamaño de la muestra:**

En cada dermatosis se estudiaron 15 pacientes y un grupo control de cinco pacientes, para un total de 40 pacientes.

##### **Criterios de selección**

##### **Criterios de inclusión:**

En dermatitis atópica, se incluyeron pacientes mayores de 15 años de edad de ambos sexos, que recibían únicamente tratamiento médico conservador a base de antihistamínicos y lubricantes que autorizaron su participación.

En verrugas vulgares (planas, filiformes o mixtas) se incluyeron pacientes mayores de 15 años de edad de ambos sexos, sin tratamiento dos semanas previas al estudio, y que autorizaron su participación.

#### Criterios de no inclusión

En dermatitis atópica, pacientes que no autorizaron la aplicación del método, en caso de dermatitis severa, menores de 15 años, los pacientes que recibían tratamiento con esteroides sistémicos e inmunosupresores y en pacientes foráneos.

En verrugas vulgares pacientes que no autorizaron la aplicación del método, menores de 15 años, en los casos con verrugas ano-genitales (condiloma acuminado) y en pacientes foráneos

#### Criterios de exclusión

En dermatitis atópica, cuando hubo empeoramiento de la dermatosis y en pacientes que no asistieron en forma regular a las 5 sesiones.

En verrugas vulgares, los pacientes que no asistieron en forma regular a sus 5 sesiones.

### **Procedimientos**

Los pacientes fueron captados de la consulta externa del Servicio de Dermatología por el médico residente, para determinar si el paciente cumplía con la elegibilidad. Los pacientes con dermatitis atópica fueron asignados a un grupo experimental y a un grupo control; se procedió igual en los pacientes con verrugas vulgares.

Se diseñaron 5 inducciones hipnóticas orientadas, tomando en cuenta la fisiopatología de estas enfermedades, así como un balance psicológico adecuado que permitiera el manejo del perfil psicológico propio de los pacientes con dermatosis crónicas. Una de estas sesiones estaba diseñada

en forma específica para cada dermatosis, dermatitis atópica o verrugas vulgares. El programa de sesiones hipnóticas que se utilizó fue aprobado por el comité de investigación de la Sociedad Mexicana de Hipnosis A. C.

Así mismo se llevó a cabo una encuesta cualitativa pidiendo a los pacientes que respondieran antes y después del tratamiento, a la siguiente pregunta; ¿ como sientes el problema de tu piel, en este momento de tu vida?.

En cada una de las sesiones el médico residente efectuó la evaluación clínica de la dermatosis. En el caso de la DA, utilizamos un índice para medir la severidad de la afección cutánea (ADSI) (índice de severidad en la dermatitis atópica), que es semejante al utilizado en psoriasis (PASI). El ADSI es una escala que mide la afección cutánea, evaluando eritema, exudación, excoriación y liquenificación, con una gradación de severidad de 3 puntos: 1= leve, 2= moderado y 3= severo. Al final hay una combinación posible de 0-12 puntos. Mientras que el área de la afección cutánea se evaluó de la siguiente manera: 0= sin afección; 1= <10%; 2= 10-30%; 3= 30-50%; 4= 50-70%; 5= 70-90%; 6= 90-100%. La suma final nos expresó el ADSI. La medición del prurito y su intensidad se basó en lo reportado por el paciente, usando una escala de 0-3 puntos, donde 0= sin prurito, 1= leve, 2= moderado y 3= severo.

En la hoja de recolección de datos en verrugas vulgares se anotó el tipo de verruga, la localización y el número total de ellas.

### **Análisis estadístico.**

Para el análisis de resultados se eligió una prueba paramétrica, la prueba estadística de t de Student.



## **VI.-CONSIDERACIONES ETICAS.**

La información obtenida en los test pre y postratamiento fueron confidenciales.

La inducción hipnótica se efectuó en forma de pláticas por el médico residente previamente capacitado en el Instituto Erikson de la ciudad de México, para desempeñar esta actividad; el formato fue diseñado por el Dr. Jorge Abia, "cerrándolo" de tal forma que no se origine otro conflicto interno en los pacientes ya que se dieron sólo inducciones terapéuticas en forma unidireccional, mientras que el grupo control sólo recibió una sesión de relajación. En caso de cualquier eventualidad se contaba con el apoyo del director de tesis. Se informó al paciente sobre los efectos benéficos tendientes a disminuir su ansiedad con la mejoría potencial de su dermatosis, y que esta técnica es un complemento del tratamiento que llevan. Si al final de las 5 sesiones no había mejoría, se ofrecía alguna de las alternativas de tratamiento disponibles en el Servicio. En todos los casos se obtuvo autorización por escrito.

## **VII.- RECURSOS PARA EL ESTUDIO**

**Recursos humanos:** Un médico residente del último año de dermatología adiestrado en hipnoterapia.

**Recursos materiales:** Papelería (hojas de registro), grabadora, cassettes, pilas, lápiz, cámara fotográfica, rollos de diapositivas, en caso necesario vídeo y cámara de Gesel.

**Recursos financieros:** Curso de adiestramiento en hipnoterapia, por cuenta del médico residente.

## **VI.-CONSIDERACIONES ETICAS.**

La información obtenida en los test pre y postratamiento fueron confidenciales.

La inducción hipnótica se efectuó en forma de pláticas por el médico residente previamente capacitado en el Instituto Erikson de la ciudad de México, para desempeñar esta actividad; el formato fue diseñado por el Dr. Jorge Abia, "cerrándolo" de tal forma que no se origine otro conflicto interno en los pacientes ya que se dieron sólo inducciones terapéuticas en forma unidireccional, mientras que el grupo control sólo recibió una sesión de relajación. En caso de cualquier eventualidad se contaba con el apoyo del director de tesis. Se informó al paciente sobre los efectos benéficos tendientes a disminuir su ansiedad con la mejoría potencial de su dermatosis, y que esta técnica es un complemento del tratamiento que llevan. Si al final de las 5 sesiones no había mejoría, se ofrecía alguna de las alternativas de tratamiento disponibles en el Servicio. En todos los casos se obtuvo autorización por escrito.

## **VII.- RECURSOS PARA EL ESTUDIO**

**Recursos humanos:** Un médico residente del último año de dermatología adiestrado en hipnoterapia.

**Recursos materiales:** Papelería (hojas de registro), grabadora, cassettes, pilas, lápiz, cámara fotográfica, rollos de diapositivas, en caso necesario video y cámara de Gesel.

**Recursos financieros:** Curso de adiestramiento en hipnoterapia, por cuenta del médico residente.

## VIII.- RESULTADOS

### HIPNOTERAPIA EN DERMATITIS ATOPICA

**Edad** . Los pacientes incluidos en ambos grupos de estudio correspondieron a adultos jóvenes, con una media de 35.4 años para el grupo con tratamiento activo y en el grupo control de 25.8 años.

**Sexo**. En el grupo experimental predominaron las mujeres 9 (60%) y hombres 6 (40%) a diferencia del grupo control donde la relación fue inversa, hombres 4 (80%) y mujeres 1 (20%).

(Tabla 1)

#### **Antecedentes de atopia.**

**Hereditario-familiar:** En mas de la mitad de los casos en ambos grupos, existía el antecedente de atopia familiar, en el grupo experimental en 9 (60%) y en el grupo control en 4 (80%).

**Personal:** Menos del 50% tenían historia personal de atopia, con cifras similares para ambos grupos (46% vs 40%)

**Inicio de la dermatosis.** La mayoría iniciaron su dermatosis en la infancia, siete del grupo experimental (46%), y tres del grupo control (60%). En orden decreciente, la siguiente edad de presentación fue en la adolescencia y con menor frecuencia en la edad adulta. (Figura 1)

**Evolución.** En la mayoría de los casos fue crónica e intermitente, que es patrón habitual cuando la dermatosis se mantiene o se inicia en la edad adulta, presentando variaciones en su severidad.

**Factores exacerbantes.** Todos los pacientes relacionaron el estrés psicológico como un factor de exacerbación, lo cual sucedió con menos frecuencia con otros factores como el clima, la sudoración o el contacto con determinados materiales de ropa.

**Tratamientos previos.** Mas de la mitad de los pacientes habían recibido tratamiento con algunos medicamentos sistémicos en alguna época, debido a la severidad de su dermatosis. Ocho pacientes del grupo experimental y cinco del grupo control habían recibido algún inmunosupresor como azatioprina y/o prednisona y con menor frecuencia otros medicamentos como talidomida o dapsona, en algún momento. (Tabla 2)

**ADSI.** Con la prueba T de Studen, se encontró en el grupo experimental una mejoría significativa ( $p=0.4$ ) al final del tratamiento, encontrando una mejoría del 46.2%, mientras que en el grupo control no se encontró una diferencia significativa y la mejoría fue menor en un 36%. (Figura 2)

**Prurito.** En el grupo de estudio se observaron menos huellas de rascado agudo, con una disminución del prurito del 39.2%, mientras que el grupo control fue del 23%. (Figura 3)

**Evaluación psicológica.** Esta evaluación se midió en forma indirecta, al comparar el concepto inicial y final sobre la dermatosis, observando en el grupo estudiado un cambio en cuanto a autoestima y aceptación de la dermatosis, disminuyendo la ansiedad y consecuentemente el prurito, observando menos huellas de rascado agudo. Mientras que en el grupo control también se observo mejoría aunque en una magnitud menor.

**TABLA 1**  
**DERMATITIS ATOPICA**  
**PERFIL DEMOGRAFICO**

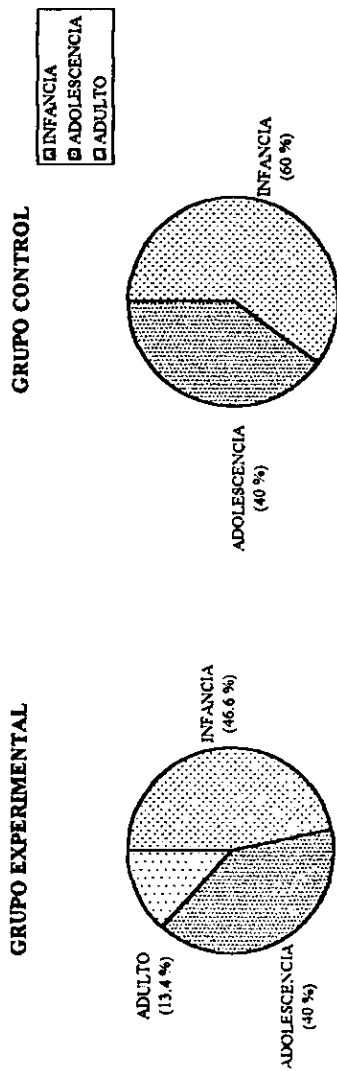
<b>GRUPO EXPERIMENTAL</b>				
No.	EDAD (años)	SEXO	ESCOLARIDAD	OCCUPACION
1	32	M	preparatoria	comerciante
2	38	M	profesional	economista
3	49	F	comercio	secretaria
4	36	F	secundaria	hogar
5	44	F	licenciatura	maestra
6	47	M	contaduría	pensionado
7	20	M	profesional	estudiante
8	30	F	licenciatura	educadora
9	34	F	preparatoria	archivista
10	35	F	licenciatura	T. social
11	23	M	preparatoria	producción TV
12	18	F	C. técnica	hogar
13	16	M	preparatoria	estudiante
14	46	F	secretaria	secretaria
15	64	F	secundaria	hogar
15	35,5 ( $\bar{x}$ )	9F 6M	6 profesional 4 preparatoria 3 otros 2 secundaria	11 Trabajan 3 Hogar 1 Pensionado

<b>GRUPO CONTROL</b>				
No.	EDAD (años)	SEXO	ESCOLARIDAD	OCCUPACION
1	21	M	Profesional	Estudiante
2	22	M	Profesional	Estudiante
3	22	M	Profesional	Estudiante
4	15	F	Profesional	Estudiante
5	49	M	Profesional	Lic. Adminis.
5	25,8 ( $\bar{x}$ )	4M 1F	5 Profesional	4 Estudiantes 1 Lic. Adms.

**TABLA 2**  
**DERMATITIS ATOPICA**  
**HISTORIA NATURAL Y TRATAMIENTO PREVIO**

	GRUPO DE ESTUDIO (15 pacientes)	GRUPO CONTROL (5 pacientes)
<b>I. ANTECEDENTES</b>		
Familiares	9 (60%)	4 (80%)
Personales	7 (46%)	2 (40%)
Ambos	5 (33%)	1 (20%)
<b>II. EDAD DE PRESENTACION</b>		
Infantil	7 (46%)	3 (60%)
Juvenil	6 (40%)	2 (40%)
Adulto	2 (13%)	-
<b>III. FACTORES PRECIPITANTES</b>		
Estrés	15 (100%)	5 (100%)
Sudor	10 (66%)	5 (100%)
Clima	9 (60%)	5 (100%)
Otros	4 (26%)	-
<b>IV. TRATAMIENTOS PREVIOS</b>		
Azatioprina	6 (40%)	-
Prednisona	4 (20%)	1 (20%)
Talidomida	1 (6%)	1 (20%)
Dapsona	1 (6%)	1 (20%)

**FIGURA 1**  
**EDAD DE PRESENTACION DE LA DERMATITIS ATOPICA**



**TABLA 3**  
**DERMATITIS ATOPICA**  
**ADSI (SEVERIDAD)**  
**GRUPO EXPERIMENTAL (15 pacientes)**

Afección	Casos	ADSI		% de mejoría (X̄)
		Inicial	Final	
Leve	13	6.53	3.43	52%
Moderada	2	22.25	10.3	48%

Mejoría  
 < 25% = 1 (7%)  
 25 - 50% = 8 (53%)  
 > 50% = 6 (40%)

PROMEDIO DE MEJORIA = 46.2%

**GRUPO CONTROL (5 pacientes)**

Afección	Casos	ADSI		% de mejoría (X̄)
		Inicial	Final	
Leve	5	4.02	2.58	36%

Mejoría  
 < 25% = 1 (20%)  
 25 - 50% = 4 (80%)

PROMEDIO DE MEJORIA = 36%



**FIGURA 2**  
**PACIENTES CON DERMATITIS ATOPICA**  
**INDICE DE MEJORIA (ADSI)**

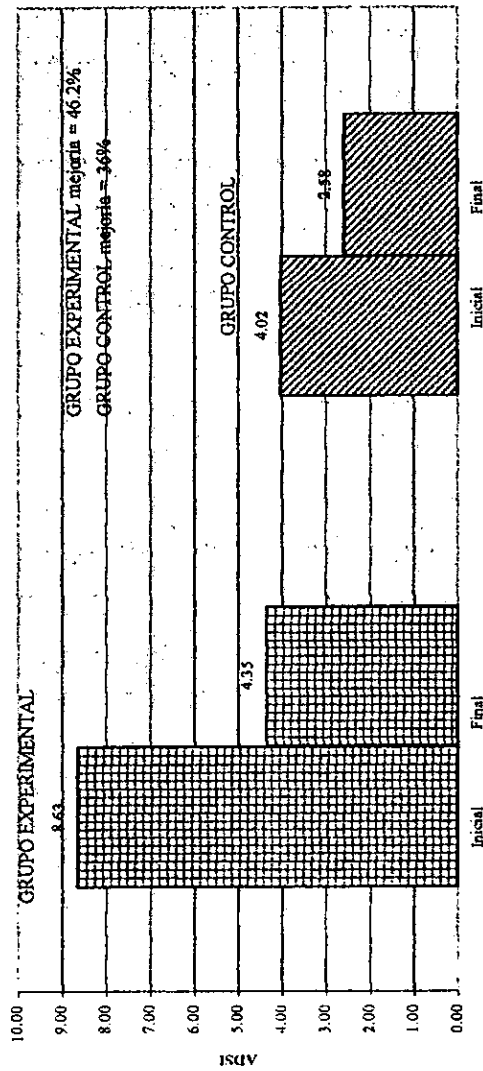
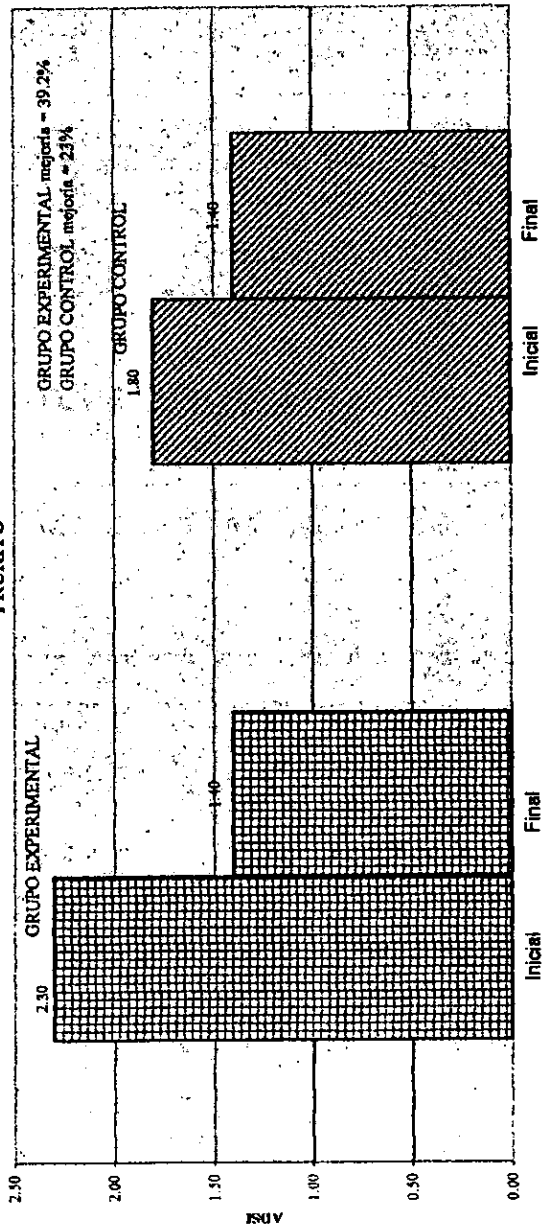


FIGURA 3  
PACIENTES CON DERMATITIS ATOPICA  
PRURITO



# HIPNOTERAPIA EN VERRUGAS

## RESULTADOS

Las tablas 4 y 5 resumen los resultados observados en los pacientes con verrugas vulgares

**Edad.** En ambos grupos son adultos jóvenes, con una media en el grupo experimental de 33.6 años y el grupo control de 25.8 años.

**Sexo.** En ambos grupos predominan las mujeres, en el grupo experimental once mujeres y 4 cuatro hombres. Así mismo en el grupo control, cuatro mujeres y un hombre.

**Tipo de verruga.** En ambos grupos predominó la forma clínica de verrugas vulgares, en el grupo estudiado con 9 (60%) y el grupo control con 3 (60%), siendo menos frecuentes las verrugas planas y mixtas.

**Localización.** En ambos grupos fue más frecuente en las extremidades superiores y de estas en el dorso de las manos; en el grupo experimental, esta localización estuvo presente en 8 casos (53%), en cabeza 4 (26.7%) y diseminadas a más de un segmento corporal en 3 pacientes (20%). En el grupo control, en extremidades superiores en 3 (60%), en cabeza 1 (20%) y extremidades inferiores 1 (20%).

**Evolución.** En el grupo experimental fue de 2.9 años y en el grupo control de 1.6 años.

**Número.** En ambos grupos sin diferencia en cuanto a su número; en el grupo experimental 8 casos (53.3%) tenían menos de 10 verrugas y 7 pacientes (46.7%) con más de 10 verrugas. En el grupo control 2 casos (40%) con menos de 10 verrugas y tres pacientes (60%) con más de 10 verrugas.

**Inmunosupresión.** En el grupo experimental, 4 pacientes (27.7%) tenían inmunosupresión, 2 de ellos con menos de 10 verrugas y los otros 2 con mas de 10 verrugas; llama la atención que en un paciente con artritis reumatoide las verrugas planas desaparecieron a los 2 meses de iniciado el tratamiento. En el grupo control en 2 casos (40%) no se presentó ningún cambio.

**Tratamiento previo.** En ambos grupos, la mayoría de los pacientes habían sido manejados previamente con los tratamientos habituales ya sea físicos o químicos. En el grupo experimental 13 (86.6%) y todos los casos del grupo control (100%).

**Remisión.** En ambos grupos hubo pobres resultados con el tratamiento. En el grupo experimental solo 2 casos (13.3%) presentaron remisión, uno con verrugas planas y otro con verrugas vulgares; en un caso con múltiples verrugas, una de ellas presentó discreta necrosis superficial. En el grupo control no se presentó ningún cambio.

Se concluye que en ambos grupos no hubo mejoría significativa con la hipnoterapia sugestiva o sin ella.

**Análisis de resultados psicológicos.** El análisis cualitativo de la encuesta acerca de como viven y como sienten su enfermedad los pacientes, antes y después del tratamiento con hipnoterapia, mostró cambios en el nivel de adaptación personal de los pacientes a su problemática, así como mejor manejo de su patología cutánea. Todos los pacientes excepto dos, reportaron mejoría en la manera como viven su dermatosis, desarrollando una actitud de comprensión, colaboración con su tratamiento, y una mayor aceptación de su enfermedad. En cinco casos, incluso se expresó una gratitud manifiesta a los médicos

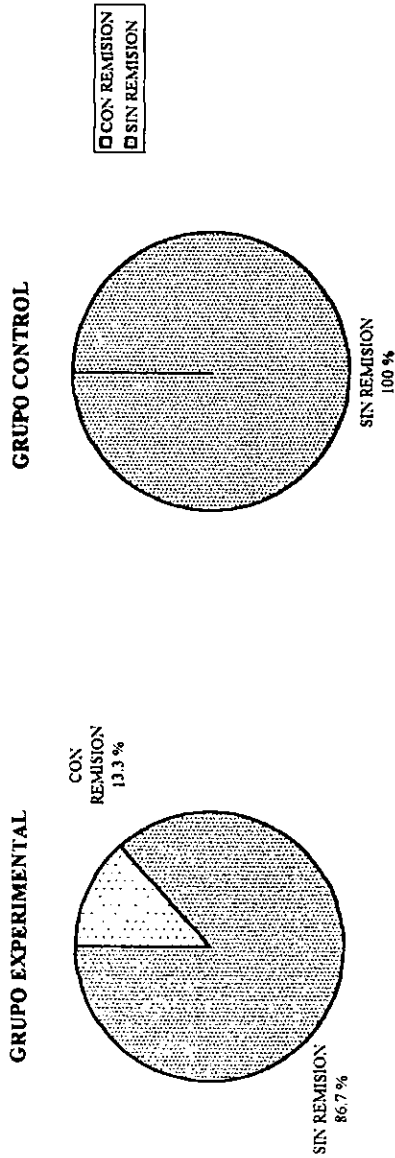
**TABLA 4**  
**HIPNOTERAPIA EN VERRUGAS VULGARES (1)**

GRUPO	EDAD (X)	SEXO	TIPOS DE VERRUGAS	LOCALIZACION	EVOLUCION
EXPERIMENTAL	33.8 años	H - 11 M - 4	VULGARES (9/15) PLANAS (4/15) MIXTA (1/15)	MANOS (8/15) CABEZA (4/15) >1 Segmento (3/15)	3.8 años 1.1 años 3 años
CONTROL	25.8 años	H - 4 M - 1	VULGARES (3/15) PLANAS (1/5) MIXTAS (1/15)	MANOS (3/5) CABEZA (1/5) > 1 Segmento (1/5)	1.8 años 1 año 2 años

**TABLA 5**  
**HIPNOTERAPIA EN VERRUGAS VULGARES ( II )**

GRUPO	Nº. DE VERRUGAS	INMUNOSUPRESION	TX. PREVIO	REMISION CLINICA
EXPERIMENTAL	8 (>10)	4	13 (86%)	2 (13%)
	7 (<10)			
CONTROL	3 (>10)	2	5 (100%)	0
	2 (<10)			

**FIGURA 4**  
**HIPNOTERAPIA EN VERRUGAS VULGARES**  
**RESPUESTA TERAPEUTICA**



## IX.- DISCUSION: ANALISIS Y CONCLUSIONES

### **Dermatitis atópica**

Este estudio preliminar evaluó el beneficio de la hipnoterapia mediante sugestión, en 2 dermatosis.

En dermatitis atópica se encontró mejoría clínica de la dermatosis en los dos grupos, pero solo el grupo de experimental presentó una mejoría significativa con  $p= 0.4$  comprobándose la hipótesis alternativa.

Uno de los factores conocidos en el mantenimiento y exacerbación de la DA es el estrés. Todos los pacientes refirieron disminución de la ansiedad, un mejor manejo del estrés, una condición más relajada, mayor aceptación de su dermatosis, conciliar mas horas de sueño, con la subsecuente disminución del prurito, menos huellas de rascado agudo y como resultado la mejoría clínica de la dermatosis.

Durante el tiempo de estudio no se observo incremento de la severidad o exacerbación de la dermatosis en ningún.

El seguimiento de la evolución de la dermatosis se hizo durante un tiempo corto (6 semanas), por lo cuál se sugiere hacer un seguimiento por un periodo más largo, así como cada ampliar el intervalo entre cada sesión (2 semanas) con el fin de reforzar el contenido sugestivo de la hipnosis y obtener probablemente un mayor beneficio del tratamiento.

El método de evaluación clínica de la dermatosis resultó apropiado, ya que permite apreciar la extensión y severidad del padecimiento; sin embargo, se requiere de instrumentos más depurados para evaluar la ansiedad.

El contenido de la sugestión hipnótica es adecuado, pero puede hacerse todavía más específico enfatizando su utilidad en el manejo del estrés y el control del prurito.



La hipnoterapia utilizada en los pacientes con DA y verrugas vulgares, es un método relativamente sencillo cuya ejecución consiste en sesiones que no duran más de 30 minutos cada una y se complementan con sugerencias hipnóticas grabadas en un audiocassette que el paciente escucha en casa.

Esta en marcha la segunda fase de este proyecto de investigación en pacientes con DA, a través de un estudio comparativo.

Concluimos que la hipnosis sugestiva es útil en pacientes con dermatitis atópica que muestra afección leve a moderada, combinada con el tratamiento médico convencional.

### Verrugas

En ambos grupos la respuesta terapéutica fue pobre. Cabe mencionar que aún cuando no se observó desaparición de las verrugas, todos los pacientes manifestaron disminución de la ansiedad, un mejor manejo del estrés, mayor relajación y aceptación de su dermatosis.

El contenido de la hipnoterapia podría ser más específico para esta dermatosis, con lo cual se puede incrementar el potencial terapéutico de ese método. Así mismo el tiempo entre cada sesión podría ser alargado, para que exista un mayor reforzamiento del contenido de la sugestión hipnótica; y de igual modo la observación de la dermatosis también puede hacerse por un tiempo mas prolongado.

Concluimos que la hipnosis sugestiva en los pacientes con verrugas no es tan efectiva como en los pacientes con dermatitis atópica.

## **X.- ANEXOS.**

Se anexa hoja de recolección de datos de dermatitis atópica y verrugas vulgares, una hoja para evaluación psicológica y la carta de consentimiento informado.

## **Hoja de consentimiento para ingresar al tratamiento con hipnoterapia, en dermatitis atópica o verrugas vulgares.**

Por medio de la presente, expreso mi consentimiento para en ingresar en el tratamiento adyuvante para mi dermatosis, por medio de la hipnoterapia así como para acudir a las 5 sesiones, que se realizara en la consulta externa de dermatología y micología médica del HE CMN S XXI

Firma del paciente

Firma del médico

Fecha:

## HOJA DE EVALUACIÓN PSICOLOGICA

Nombre:

Número de afiliación:

1ra sesión:

5ta sesión:

Por favor escribe en un lado de la hoja ¿ como vives, como sientes, el problema de tu piel en este momento de tu vida?

Elaborado por el Dr. Jorge Abia.

HOJA DE REGISTRO  
DERMATITIS ATOPICA

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Número-----  
Nombre----- Edad ----- Sexo -----  
Cédula ----- Fecha ----- Escolaridad -----  
Dirección y Tél ----- Prof. -----  
-----

H.F. Rinitis alérgica (Si) (No) Asma (Si) (No) D.A. (Si) (No)  
P.P. Rinitis alérgica (Si) (No) Asma (Si) (No)

Ocupación -----

Inicio. Tiempo ----- Infancia (Si) (No)  
Adolescencia (Si) (No) Adulto (Si) (No)

Evolución ----- Intermitente (Si) (No) Crónica (Si) (No)

Factores exacerbación Clima (Si) (No) Estrés (Si) (No)

Sudoración (Si) (No) Otros (Si) (No)

Control médico (Si) (No)

Tratamiento. previo

Antihistamínicos----- Duración-----

Lubricantes ----- Duración -----

Esteroides Tópicos ----- Duración -----

Prednisona VO ----- Duración -----

Inmunosupresores ----- Duración -----

Otros ----- Duración -----

Tratamiento actual ----- Duración -----

HOJA DE REGISTRO DE DERMATITIS ATOPICA

CABEZA	Primera visita	Segunda visita	Tercera visita	Cuarta visita	Quinta visita
Eritema					
Exudación					
Excoriación					
Liquenificación					
Suma					
X (área)					
X (0.1)					
EXTREMIDADES SUPERIORES					
Eritema					
Exudación					
Excoriación					
Liquenificación					
Suma					
X (área)					
X (0.2)					
TRONCO					
Eritema					
Exudación					
Excoriación					
Liquenificación					
Suma					
X (área)					
X (0.3)					
EXTREMIDADES INFERIORES					
Eritema					
Exudación					
Excoriación					
Liquenificación					
Suma					
X (área)					
X (0.4)					
DASI SUMA TOTAL					
PRURITO LEVE					
PRURITO MODERADO					
PRURITO SEVERO					
ESCALA ANALOGA 1, 2 Y 3					

**HOJA DE REGISTRO  
VERRUGA VULGAR**

Número -----

Nombre ----- Edad ----- Sexo -----

Cédula ----- Fecha -----

Dirección y Tél -----

**Tiempo de evolución** ----- Inicial (Si) (No) Residivante (Si) (No)

-----

**Tratamientos previos** (Si) (No)

Crioterapia ----- Bleomicina ----- Electrofulguración -----

Curetaje ----- Cantaridina ----- Acido retinoico -----

Queratolíticos ----- Otros -----

-----

**Enfermedad asociada** (Si) (No)

Transplante (Si) (No) SIDA (Si) (No) Cáncer (Si) (No)

Inmunosupresores (Si) (No) Enfermedad tejido conectivo (Si) (No)

Otros -----

-----

**Diagnóstico verrugas Vulgares** ( ) **Planas** ( ) **Filiforme** ( ) **Mixto** ( )

-----

SESION	1	2	3	4	5
Cabeza					
Tronco					
Ext. Sup.					
Ext. Inf.					
Total lesiones					

## XI.- BIBLIOGRAFIA.

1. Sigal S., Rubin N. (1993): Psicodermatosis hallazgos en un grupo de pacientes. Dermatol. Rev. Méx. **37**: (2) 112-113
2. Eller J., (1974): Skin disorders and the psyche. Cutis. **13**: 395-416.
3. Gupta M., Gupta A. (1996): Psychodermatology: An update. JAAD, **34**: 1030-1046
4. Gómez E., Rueda A., Mejía L., Jurado F., (1996): Características de personalidad en un grupo de pacientes con dermatitis atópica. Rev. Centro Dermatológico Pascua. **5**: (3) 165-175.
5. Ginsburg Y., Prystowsky H., Kornfeld D., Wolland H. (1993): Role of emotional factors in adults with Atopic dermatitis. Int. J. Dermatol. **32**: (9) 656-658.
6. Larsen F. (1993): Atopic dermatitis: A genetic -epidemiologic study in a population-based twin sample. JAAD. **28**: 719-723
7. Coleman R., Trebath R., Harper J. (1997): Genetic studies of atopy and atopic dermatitis. Br. J. Dermatol. **136**: 1-5
8. Taylor R., Baadsgaard C., Cooper K. (1991): hyperstimulatory D1a+CD1b+CD36+ Langerhans Cells are responsible for increased autologous Tlymphocyte reactivity to lesional epidermal cells of patients with atopic dermatitis J. Inmunology. **11**: 3794-3801
9. Frazier E., Yeager J. (1996): Microbiology of infectad atopic dermatitis. Int. J.Dermatol. **35**: (11) 791-793.



10. Sehgal V., Jain S. (1993): Atopic dermatitis: Clinical Criteria. Int. J Dermatol. **32** : (9) 628-637.
11. Rudzki E., Samochocki Z., Rebandel P.,(1994): Frequency and Significance of the Mayo and Minor Features of Hanifin and Rajka among Patients with atopic dermatitis. Dermatology **189** : 41-46.
12. Giannetti A., Girolomoni G., (1989): Skin reactivity to neuropeptides in atopic dermatitis. Br J Dermatol **121**: 681-688.
13. Stewart C., Thomas S., (1995): Hypnotherapy as a treatment for atopic dermatitis in adults and children. Br J Dermatol **132**: 778-783
14. Crossen J. (1996) : Psychological assessment and treatment of patients with atopic dermatitis. Dermatol Therapy **1**: 94-103.
15. Eller J., (1974): Skin Disorders and the Psyche. Cutis **13**: 395-416.
16. Finlay A.,(1996): Measurement of disease activity and outcome in atopic dermatitis. Br J Dermatol. **135**: 509-515.
17. Tada J., Yoshioika T., Atata J., (1994): Antinuclear antibodies in patients with atopic dermatitis and Severe Facial lesions. Dermatology. **189**: 38-40.
18. Cilliers J., (1993): Atopic dermatitis-new perspectives in clinical assessment. Int J Dermatol. **32**: (12) 860-862.
19. Hanifin J., Therapy Chan S., (1996): Diagnosis and treatment of atopic dermatitis. Dermatol Therapy. **1**: 9-18.
20. Prost Y., (1992): Atopic dermatitis . Recent therapeutic Advances Pediatric Dermatol. **9**: (9) 386-389.

21. Ehlers A., Stangier U., Gieler U., (1995): Treatment of atopic dermatitis. A comparison of Psychological and Dermatological approaches. To relapse prevention Journal of Consulting and Clinical Psychology. 63: (4) 624-635.
22. European Task Force on Atopic Dermatitis (1993): Severity scoring of atopic dermatitis. The SCORAD index. Dermatology. 186:23-31
23. Horan J., (1950): Management of neurodermatitis by hypnotic suggestion. British Journal of Medical Hypnotism. 2:43-49
24. Tweski A., (1974): Hypnotherapy in a caso refractory dermatitis. American Journal of Clinical Hypnosis. 16:201-205
25. Massarés M., Millán E., (1991): Tratamiento actual de la dermatitis atópica Piel. 6: 510-512
26. Vilman M., Dudek S. (1960): On the Psyche and warts Psychosom Med. 22: 69-75
27. McDowell M., (1949): Juvenile warts removed with the use of hypnotic suggestion. Bull Menninger Clin. 13: 124-127
28. Stenstrom R., Johnston J., Spanos N., (1988). Hypnosis, Placebo and suggestion in the treatment of warts. Psychosom Med. 50:245-246
29. Tenzel J., Taylor R., (1969): An evaluation of hypnosis and suggestion as treatment of for warts. Psychosomatics 10:252-257
30. Surman O., Glottieb S., Hackett T., Silverberg E., (1973): Hypnosis in the treatment of warts. Arch. Gen. Psychiatry. 28: 439-441

31. Sinclar-Gieben A., Chalmers D., (1965): Evaluation of treatment of warts by hypnosis. Lancet. 11:480-482.
32. Johnson R., Barber T. (1978): Hypnosis, suggestion and warts: An experimental investigation implicating The importance of "believed in efficacy" Am. J. Clin. Hypn. 20: 165-1743
33. Spanos P., Williams V., Crawwyn M., (1990): Effects of Hypnotic, Placebo and Salicylic Acid Treatments on warts regression. Psychosom Med. 52:109-114
34. Robles T., Abia J. (1997): "Lo Esencial de la Hipnosis". Editado por la Editorial del Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México.
35. Robles T., Abia J. (1997): "Cuaderno de Trabajo del Taller de Técnicas Avanzadas" Editado por la Editorial del Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México.
36. Robles T., Abia J. (1998): "Cuaderno de Trabajo del Taller de Desórdenes Psicósomáticos" Editado por la Editorial del Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México.