

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"EL EFECTO PSICOSOMATICO COMO TRATAMIENTO DE
LAS VERRUGAS VULGARES"

(Estudio prospectivo de 40 pacientes, realizado en
el Instituto de Dermatología de Guatemala)

WALTER ENRIQUE MORALES FUENTES

INDICE

INTRODUCCION

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

REVISION BIBLIOGRAFICA

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS

ANEXOS

INTRODUCCION

En el presente trabajo se evidencia que se ha investigado poco sobre dermatosis en Guatemala, sin embargo uno de los hallazgos más importantes actualmente, es el de encontrar a las dermatosis de origen viral, ocupando el primer lugar en frecuencia, al igual que a nivel mundial. Por otro lado la población infantil es la más afectada. Tomando en cuenta lo anterior y la existencia de estudios múltiples sobre la efectividad de la psicoterapia en la resolución de la verruga de origen viral (21) (7) (5), surgió la idea de si por este mecanismo, se podría lograr una resolución efectiva, innocua y fácil de adaptar y aplicar en nuestro medio. Para el efecto se estandarizó un método simple de psicoterapia, ahunado a un placebo, el cual se dividió en dos tipos uno tópico y otro oral, y así verificar si existía diferencias en su respuesta terapéutica.

La muestra consistía en pacientes al azar, sin importar edad, sexo, con diagnóstico de verruga vulgar - única o múltiple.

La psicoterapia a dar consistió en la sugestión directa del paciente, por medio de la comunicación verbal mas placebo. Para luego establecer controles periódicos, y reforzamiento de la terapia, por un total de 60 días.

Las verrugas vulgares constituyen neoformaciones epiteliales elevadas de contorno bien circunscrito, superficie queratosica, de aprox. 0.1 a 1 cm. de diámetro y elevación de 3 a 4 mm. Son las más populares o comunes, conocidas también como mezquinos.

En el presente trabajo estudiaremos la verruga vulgar por su alta incidencia, así como por ser la más común y frecuente de las enfermedades virales dermatológicas vistas en ambos sexos y toda edad en el Instituto de Dermatología de Guatemala.

Actualmente existen métodos muy diversos en el tratamiento de la verruga vulgar, los cuales tienen como objetivo principal la remoción del área afectada y por consiguiente del agente etiológico encontrado en dicha área; con probabilidades de recurrencia indefinida, al no tener conocimiento de la remoción total o parcial del agente etiológico. Entre los métodos más usados en nuestro medio tenemos:

- electrofulguración mas curetaje.
- electrodesección.
- podofilina.
- ácido salicílico más ácido láctico
- nitrato de plata.
- criocirugía.
- bleomicina intralesional.

Es de hacer mención que los métodos anteriores, -

persiguen la resección cruenta de la lesión y por consiguiente, con los efectos adversos e inconvenientes como:

- Limitación a áreas pequeñas.
- Pérdida temporal de la continuidad en la capa protectora de la epidermis.
- Hipo e hiperpigmentación.
- Cicatriz.
- Inapropiados en áreas muy extensas debido a los efectos secundarios antiestéticos (como los mencionados anteriormente).
- Porcentaje de recaídas alto; llegando aproximadamente a un 40%.

Existe otro método de tratamiento no cruento, como es la psicoterapia. No cruento en el sentido de que no hay que causar trauma epitelial para su efecto. No se tienen estudios propios al respecto de su eficacia pero si existen estudios en otros países, así como literatura en donde refieren resultados alentadores (21).

La psicoterapia está basada en los efectos potenciales mentales desarrollados por estímulos externos, los cuales actúan sobre la patología somática llegando a producir cambios sustanciales. Reacción mediada hormonalmente (30). En el caso de las verrugas se cree que el efecto terapéutico se deba a cambios en la sangre que nutre a la verruga. (12). Se podría decir que el método es exento de efectos secundarios por el hecho de que no existe trauma tisular, por medios externos, por ende sin reacción inflamatoria alguna que llegara a causar secuelas; pero este no se puede definir con claridad por lo que será parte de los objetivos del trabajo de investigación.

Basados en las diferencias expuestas anteriormente a favor de lo inocuo (literalmente) de la psicoterapia, la cual tendrá como fundamento el presente trabajo, llevándose a cabo por medio de comunicación verbal, para así llegar a un convencimiento intrapsíquico del paciente, sobre la eficacia del tratamiento, simulado por el placebo a usarse, topical u oral, dependiendo de la muestra. Esto llevado a cabo desde su inicio y durante las distintas sesiones programadas para el control de evolución clínica. Todo esto como tratamiento no cruento, enfocado a demostrar el grado de efectividad psicosomática como método terapéutico eficaz. Usando como método psicosomático a la terapia directa de apoyo. (10) (12)

REVISION BIBLIOGRAFICA

VERRUGA:

Excrecencia pequeña de tejido epitelial, que se clasifica dependiendo de múltiples factores como, agente etiológico: ej. virales o por micobacterias; según su morfología, ej. planas vulgares. Segun características propias y topografía ej: plantares, venereas o mucocutáneas. (13) (3).

VERRUGAS VIRALES: papulas semi redonda de uno a varios milímetros de diámetro, de color gris, secas semiduras cornificadas, con superficie anfractuosa y cubierta de salientes vellosas o digitiformes; constituyendo neoformaciones epiteliales benignas, segun Chapter en su clasificación de tumores o epidérmicos de la piel (1). Son de baja transmisibilidad, contagiosas auto y hetero inoculables, ectotropicas, de exclusiva localización en la piel y mucosa adyacente a la unión mucocutánea. Corresponde a la enfermedad más común de origen viral. (18)

CLASIFICACION:

- VERRUGA VIRAL
 - verruga vulgar
 - { filiforme
 - { digitiforme
 - { perlungueales
 - verruga plantar
 - { en mosaico
 - { de inclusión
 - { superficiales.
 - verruga venerea o acuminada
 - { anal
 - { genital
 - verruga mucocutánea (1) (21)
 - { oral
 - { laringea
 - verruga plana o juvenil

Agente Etiológico:

Provienen del grupo papovavirus al cual pertenecen:

1. papillomavirus (verrugas virales)
2. polyoma virus.
3. vacuolado o virus de monkey. (18)

Contienen DNA, algunos de estos virus son oncogénicos, resistentes al eter. Se caracterizan por su lento crecimiento, más distribución difusa y replicación nuclear interna, condición por la cual es capaz de estimular al huésped que parasita y generar fermentos enzimáticos con poder de transformación de el DNA, lo que da origen a mutaciones que norman el comportamiento celular, condicionando a factores constitucionales, genético e inmunológicos de los que posiblemente dependa la conducta variada y el polimorfismo de los tumores epiteliales papovavirus humanos (24) (26).

Papilloma virus:

Agente infeccioso involucrado en la etiología de las verrugas virales, demostrando en 1907 por Ciuffo, al filtrarlo del estrato de una verruga. La producción de enfermedad en la piel, fue llevada a cabo por Waelesch, en 1917. Kligman en 1961 logró cultivar el virus en células renales de mono (35).

Estructura:

Con diámetro de aprox. 42 nm., externamente contiene proteína, con cápside de 42 capsomeros. Peso molecu-

lar de 3×10^6 , partícula del virus 17×10^6 (18).

De configuración icosaédrica y con forma particular esférica. Resistentes a temperaturas de 50°C por 30 minutos, con distribución interna al núcleo de la célula huésped, difusa, o agregada a cristaloides. (18).

Obtención:

El virus puede ser obtenido fácilmente de los lavados por microscopía electrónica, con la técnica de remoción negativa. La concentración de HPV*, por centrifugación rápida más purificación por ultracentrifugación de densidad gradiente, para un total de 100 mL. de solución salina de lavado, se observa aprox. 2×10^{11} partículas de virus obtenida en lavados con solución salina de lesiones verrugosas en manos (38).

Particularidades:

Su replicación se inicia dentro del núcleo del queratinocito y eventualmente lo llena derramando su contenido al citoplasma. Produce cuerpos intra nucleares y citoplasmáticos de inclusión (14). Su concentración dentro de la verruga perdura aprox. 6 a 12 meses, para luego la partícula decrecer y desaparecer (26).

* HPV = Hominis Papilloma Virus.

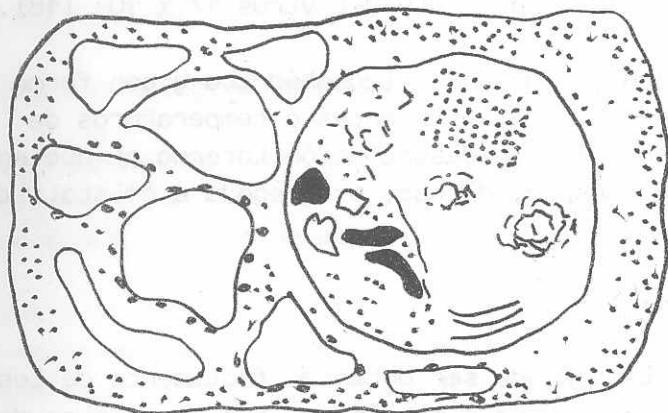


Ilustración de la replicación del papiloma virus, observando la agregación de la partícula viral a cristaloides, intranucleares (18).

El virus tiene la propiedad de producir papilomas - en animales, como los gatos, conejos, caballos y perros. Producido en todos inmunidad post infección, siendo sus localizaciones muy variables, así como los períodos de incubación y duración de la enfermedad.

El virus también se a podido aislar y observar con ayuda del microscopio electrónico y cultivos en la membrana corioalantiodea del embrión de pollo y cultivo en tejidos vivos (5).

-Transmisibilidad:

La posibilidad de transmisión depende de varios factores:

1. Trauma epitelial: el tejido epitelial intacto es resistente a la infección mientras que el irritado o macerado es muy susceptible de infección.
2. Edad: es enfermedad con mayor incidencia en las dos primeras décadas de la vida.
3. Susceptibilidad individual.
4. Sexo: no existe variaciones de infección (32)

- Epidemiología:

Su transmisión es directa o indirecta al contacto se ha observado una alta incidencia en internados, campamentos de soldados, estudiantes, orfanatorios, siendo con más predominio la verruga plantar (18).

Bosse estableció una alta incidencia de aprox. 19 a 20% de verrugas comunes en carniceros y veterinarios (18).

- Inmunidad:

Es poco lo que se conoce con respecto a la respuesta inmune, pero se ha observado que los títulos de act. (anticuerpos), sugiere un favorable pronóstico (18). Se ve con frecuencia como una complicación en un paciente deficiencia inmunológica primaria o secundaria. Así como aquellos que están bajo un tratamiento inmunosupresor. (13)

Se ha dicho que los diferentes tipos de verrugas - (plantar, plana, vulgar, acuminada) probablemente sean

variantes del mismo agente etiológico, modificado por factores ambientales locales (26). Algunos si sostienen la etiología unánime (33) (5) (29); aunque según reportes de la sociedad americana de microbiología, se han encontrado diferencias de peso molecular, entre los virus de los diferentes tipos de verrugas, quienes clasifican al virus aislado de lesiones verrugosas de la mano como ML, Hpv1 y al de la planta como verruga Hpv plantar, en quienes encontraron pesos moleculares de DNA. similares, pero no iguales, 5.26×10^6 y 5.23×10^6 respectivamente (19).

Las moléculas de DNA se encontraron con características similares, pero variantes significativas, en el análisis de restricción enzimática, por electroforesis, mostrando patrones polipeptídicos, así como propiedades antigenicas (19); nombrando por consiguiente, Hpv tipo 1 al virus aislado de lesiones verrugosas de región plantar, por sus diferentes características, como bajo contenido de virus en la lesión (19).

El tipo II o ML, aislado de múltiples verrugas comunes de la mano, pero específicamente no ha sido confirmado. El tipo III encontrado en la epidermoplasia verruiforme, que es enfermedad rara, caracterizada por erupción generalizada de lesiones planas en la piel y por transformación de algunas de estas lesiones en carcinoides (29).

VERRUGA VULGAR:

Neoformación elevada bien circunscrita, con capa superior queratósica de 1-2 mm. a 1 cm de diámetro, con sábresalto de 3 a 4 mm. (26). Son las más populares o "co-

munes" conocidas como mezquinas. Su localización en exclusivamente en la epidermis, y después de un período de incubación muy variable de aprox. 1 a 20 meses, con promedio de 4 meses. (13) La lesión inicial aparece en el punto de inoculación y bajo la forma de papula mililar, senil, de forma oval o circular, de color igual a la piel o ligeramente pálida. Practicamente asintomática, con bordes netos y elevados sin reacción inflamatoria periférica (5). La reacción tisular a la invasión viral puede ser única o múltiple con superficie anfractuosa. Su topografía habitual es el dorso de las manos, antebrazos, muñecas abarcando hasta los dedos, pie, rodilla e incluso cara, con distribución bilateral y asimétrica. Existen las formas especiales como es la verruga filiforme, que es más frecuente en las mujeres adultas, la cual sigue un trayecto linear más frecuente en los ojos, cuello y nariz (5) (8).

La digitada, con extensa queratinización encontrada más comúnmente en el cuero cabelludo y cuello, tiene algunas veces que ser diferenciada del nevo epidermoide (13). Las periungueales, de difícil manejo localizadas por debajo o alrededor de las uñas, llegando incluso a afectar la matriz de la uña alterando su crecimiento, causando la mayoría de las veces mucho dolor (18).

La edad más frecuente en el niño es de aprox. 6 a 10 años, aunque puede verse en menores, adolescentes y adultos afecta ambos sexos por igual. (5) (29).

Histología:

Presencia de acantosis, papillomatosis e hiperquer-

rosis, con áreas esparcidas de para queratosis. La hiperqueratosis puede ser limitada en áreas circunscritas, como labios y ausente en membranomucosas. La acantosis es siempre bien desarrollada, a nivel macroscópico de la hipertrófia papilar de la típica superficie del tumor. Las células vacuoladas están presentes en el estrato espinoso granuloso y corneo, estas células muestran núcleos picnoticos, pero no queratohialina granular. Las células vacuoladas del estrato espinoso pierden sus puentes. Las células basales muestran incremento de mitosis pero disminución en la verruga vieja. El corión se mantiene sin cambios en la verruga jóven. Las lesiones papilares proliferan, habiendo vasodilatación e infiltrado alrededor de células, en donde pueden ser vistos los cuerpos de inclusión, aunque no están en todas las verrugas. Las inclusiones intracelulares basofílicas son específicas y representan material viral. (33) (18). La alteración principal en la verruga aplanada radica en la red, mientras el estrato corneo está relativamente inalterado. (26)

Los clavos interpapilares alargados, son laterales a la lesión, los cuales se vuelven centrales, con engrosamiento de la capa granular o estrato granuloso, con basal indemne. Es patognomónico la presencia de células vacuoladas en el estrato granuloso. Los cuerpos de inclusión pueden ser encontrados en un 25% en la porción superior de la capa de células espinosas. En la porción media de la dermis puede encontrarse infiltración inflamatoria (8).

En los jóvenes se pueden observar células vacuoladas grandes, vistas en el estrato de malpighi o granular, siendo el núcleo circundado por basofílicas e inclusión eosinófila que no contienen elemento viral (8) (33).

Evolución:

Tiene curso lento, desigual e irregular, ya que varía en cada caso, lo cual está relacionado con los cambios inmunológicos que se observan con cada individuo. Las formas evolutivas más frecuentes son las siguientes:

- una sola verruga por meses o años, luego involuciona espontáneamente.
- aparecimiento de brotes a la vecindad o a distancia - después de semanas a meses del aparecimiento de la primera lesión.
- involución o desaparecimiento de las verrugas por medio de psicoterapia sola o asociada a tratamiento médico, de una sola o de todas las verrugas.
- involucionan algunas, mientras que otras aparecen
- reaparición de verrugas después de semanas de haber sido resecadas con residua-in-situ o en otras partes o zonas del cuerpo. (5) (17)

Diagnóstico:

El diagnóstico clínico de las verrugas es generalmente hecho sin ningún problema, en caso de dificultad en la diferenciación, se recurre en la biopsia, lo cual nos da la histología patognomónica de rutina. Los métodos virológicos de diagnóstico no están disponibles aún (5) (18).

Diagnóstico Diferencial:

- dx
- verruga seborreicas.....histología
 - molusco contagioso.....histología y microscopio electrónico.

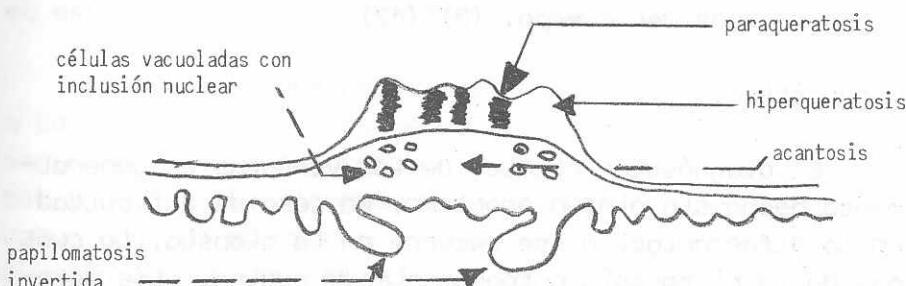
-queratosis senil.....histología, gente mayor afectada, localización en áreas grandes expuestas.

-tuberculosis verrucosa.....histología y test de tuberculina.

Complicaciones:

En pocos casos puede verse degeneración carcinomatosa sangrados post trauma e infección. Después del tratamiento con agentes causticos o electro fulguración dejan cicatrices atroficas, queloides y/o con sobreinfección (5) (18).

Demostración histológica de la verruga vulgar



Tratamiento:

Actualmente existen métodos muy amplios e inespecíficos, para el tratamiento de las verrugas, ya que se limitan a la remoción del área afectada y por consiguiente del agente etiológico encontrado en dicha área, con pro-

babilidades de recurrencia indefinida, ya que no se tiene conocimiento de la remoción total o parcial del agente etiológico. Entre los métodos más utilizados de esta índole tenemos:

- Causticos:
 - podofilina
 - alcohol salicílico
 - ácido tricloroacético
 - nitrato de plata
 - cantaridina (11).
 - resección quirúrgica.
 - crioterapia
 - electrodesecación
 - electrofulguración mas curetaje
 - galvanocauterio
 - formalina. (11)
- quirúrgicos:
- irritativos:

La psicoterapia es otro método de tratamiento sugerido por especialista con buenos resultados, a pesar de ser no específica, y con base de resolución aún no bien conocida. (5) (29) (8)

En las lesiones aisladas, poco visibles o poco numerosas de las extremidades, es preferible la crioterapia, con nitrógeno líquido, siendo una técnica tan buena como la electrofulguración. Se debe utilizar con cuidado al aplicarla en el área afectada, usualmente deja una cicatriz (18) poco visible, sin cambios de coloración o leves en general es la mejor terapia, pero siempre con residuos (5): En formas gigantes es conveniente utilizar electrofulguración mas curetaje.

Así también pueden utilizarse otros métodos como - los causticos, ej.: fenos, podofilina, nitrato de plata. Queratolíticos: ácido salicílico al 5%, 20% y ácido láctico en colodión flexible, administrado con un 60 a 80% de cura (8-18). La cantaridina usada como veneno mitrocondrial y otros como ácido tricloroactivo monoacético, ácido sulfúrico, usados más frecuentemente para verrugas plantares (15) (34). La recurrencia de las lesiones verrugosas es común lo cual evidencia la poca inmunidad adquirida.

Radioterapia:

Ya en desuso, por los efectos colaterales muy comunes (23). Los autores se dedican a hacer una evaluación de los efectos secundarios tardíos, mas en la mano y - pies. Se encontró que después de 5 a 22 años después de que los enfermos habían terminado el tratamiento, en una sola dosis de 3000 r. se observó secuelas en un 4.8% y de los enfermos que habían recibido mas de una dosis en 12.2%.

Los efectos colaterales se limitaron a hiperqueratosis en áreas de piel gruesa, y atrofia en áreas de piel delgada, con aparecimiento en los primeros cinco años. Por otro lado hacen la salvedad que podría producirse - una epiteloma mas tarde, aunque ello parece ser muy difícil, ya que no se ha observado radiodermatitis. Las localizaciones más frecuentes de los efectos colaterales en la radioterapia fue en dorso de mano, dedos y arco de pie (23).

Los antitumorales como la bleomicina (mezcla compleja de glucopeptidos) (11) usados intralesionalmente a los casos de verrugas recalcitrantes a los tratamientos convencionales, especialmente a la plantar, demostró en un estudio doble ciego, de bleomicina mas placebo, - tener diferencia significativa a favor de bleomicina (28).

En las formas extensas (universales) y especialmente en los niños, la psicoterapia y la sugestión del paciente asociada al uso de placebos, locales, orales e intralesionales, han demostrado ser efectivos (5) (29) (6)

Esta terapia sugestiva acompañada de un despliegue de confianza es muy eficaz y puede en verdad hacer desaparecer las verrugas, por un mecanismo a base de fala-cia, que en positiva instancia produce cambios en la - sangre que suple al nervio de la verruga (31).

El placebo, definido según el diccionario de Webster (4) es una medicación prescrita más para alivio mental del paciente, que para real efecto de la enfermedad. El diccionario médico de Donald (4) los describe como una preparación o substancia inactiva que se da al paciente para satisfacer la necesidad simbólica del mismo de una medicación y además es usada en estudios controlados para determinar la eficacia de substancias medicinales.

Leslie, lo describe como una medicina o preparación que no tiene actividad farmacológicamente hablando, pero que es efectiva solamente en virtud del factor sugerión,

derivado del solo hecho de su suministro. La substancia puede ser ingerida, inyectada, insertada, inhalada o aplicada. (4)

El papel de placebo en el tratamiento de las verrugas y su efectividad, se habla de que en realidad es una involución espontánea de la lesión que ya tocaba que se quitara o que en realidad el placebo desencadenara una reacción inmunológica de rechazo hacia la neoformación. Está comprobado científicamente y con estudios estadísticos el papel de los placebo en la desaparición de las verrugas vulgares, plantares, planas, con excepción de las acuminadas. Se han hecho estudios sobre ciegos con BCG, levantamizol, y el placebo ha demostrado actuar mejor que este medicamento supuestamente inmuno regulador. (29) (20) (24).

La hipnoterapia, también ha demostrado ser efectiva en el tratamiento o manejo de ciertas enfermedades dermatológicas. Puede ser subdividida en:

- sugestión directa.
- substitución de síntomas
- hipnoanálisis. (15)

Esta última es muy usada en dermatosis psicosomática crónica. El psicoanálisis y el hipnoanálisis, tienen un propósito común, que es el de cambiar la reacción indeseable de los pacientes, para modificar sus actitudes y objetivos. Estos también han probado beneficios en muchos casos cuidadosamente seleccionados, como: alopecia areata, psoriasis, hiperhidrosis, urticaria crónica, li-

quen plano, herpes recurrente simple y verrugas. (15). Block en un estudio, sobre casos de verrugas vulgares, produjo cura bajo sugerión mental.

PSICOTERAPIA:

Literalmente significa tratamiento mental. Designa el tratamiento de los trastornos de la personalidad y de la conducta, mediante métodos psicológicos de terapia; en contraste con los métodos físicos como son las drogas y la cirugía. En la antigüedad la psicoterapia era practicada exclusivamente por los sacerdotes que empleaban magia, conjuros, música y otras técnicas que tenían como propósito expulsar a los malos espíritus que se consideraban causa de la enfermedad mental.

El objetivo fundamental de toda psicoterapia independientemente de la técnica específica que se empleen, es el de ayudar al individuo a mejorar, sus modos de responder a las situaciones de la vida real.

Para cumplir este propósito, la psicoterapia hace mucho más que ayudar simplemente al cliente a comprender intelectualmente, sus problemas de personalidad.

Trata de ayudarlo a mejorar sus respuestas emocionales, sus maneras de hacer frente a las dificultades y su capacidad de dar satisfacciones a sus necesidades fundamentales (10)

Principales Métodos de Psicoterapia:

Son muchos los tipos de psicoterapia que se prac-

tican hoy en día. La terapia varía de acuerdo con la naturaleza del caso individual y con la personalidad, el grado de educación recibido y la convicción del terapeuta. En algunos casos las diferencias son únicamente métodicas: en otros representan diferencias fundamentales - en lo que respecta a la teoría de la personalidad y en las creencias, correspondientemente diferentes, acerca - de la función propia, de la terapia. Por ejemplo: algunos terapeutas creen que al paciente se le debe dar una dirección completa, otros cargan la responsabilidad, totalmente en el paciente. Estas variantes evidentemente son reflejo de teorías racionalmente distintas a cerca de la personalidad humana y de como se puede cambiar. - No hay que olvidar que todas las técnicas persiguen el mismo fin último, el de ayudar al individuo a realizar - un ajuste más satisfactorio a sus problemas (10).

La mayoría de los tipos de psicoterapia emplean en grados variables, el principio de la catarsis o descarga de la tensión emocional, consistente en ponerse a hablar de las propias frustraciones o en expresarlas de alguna otra manera.

Según la psicología de Floyd 1. (10). Los métodos psicoterapéuticos más importantes se encuentran clasificados de la siguiente forma:

1- Asesoramiento Directo

Es el tipo de psicoterapia más sencilla y más limitada, el terapeuta proporciona respuesta directa a los problemas que preocupa conscientemente al cliente, practicando el asesoramiento directo, maestros, sacerdotes, -

trabajadores sociales, médicos, abogados y orientadores en la clínica. La tarea puede comprender el dar nueva seguridad al paciente, hacerle sugerencias, interpretaciones e interrogatorios; lo mismo que suministrar información.

2- Terapia Centrada en el Cliente

Una técnica que no tiene ningún carácter directivo es la de la terapia centrada al paciente, ideada en gran parte por Carl Rogers. La terapia que no tiene carácter directivo se funda en la premisa de que un individuo suficientemente motivado puede lidiar con su propio problema si logra liberarse lo suficiente del autoengaño y del miedo a reconocer el problema tal cual es, en consecuencia se le anima, en una entrevista cara a cara con el terapeuta para que hable de todo lo que le preocupa, y enfoque sus problemas de la manera que quiera. Considerándose a la terapia como un proceso de crecimiento en el que el paciente utiliza sus propias potencialidades para alcanzar un nivel más maduro de ajuste emocional.

3- Terapia Psicoanalítica:

Técnica intensiva y prolongada para la exploración de las motivaciones inconscientes del paciente, prestando atención especial a las primeras fuentes de conflicto y de represión. Lo que propone es traer a la conciencia tales recursos y conflictos, primidos y ayudar al individuo a resolverlos a la luz de la realidad adulta.

Este proceso, presumiblemente lleva a cabo un cambio radical en la estructura fundamental de la personalidad del individuo.

4- Terapia Existencial:

No constituye una escuela de pensamiento muy bien definida, pero la iniciaron simultáneamente e independientemente cierto número de europeos inconformes con el psicoanálisis ortodoxo. Hace hincapié en la importancia de las elecciones individuales. Se procura descubrir cuál ha sido la elección original o fundamental que ha dado lugar a la conducta desajustada del cliente.

El análisis existencial varía su técnica según el paciente, pues considera que es necesaria un procedimiento flexible.

5- Terapia de Acción:

Todas las demás formas de psicoterapia que hemos ahora comentado se esfuerzan porque el paciente alcance la comprensión de sus sentimientos y motivaciones más profundas, inclusive la terapia que no es directiva pone su atención en los sentimientos del paciente y se esfuerza por ayudar a comprenderlos mejor. A todas estas formas de terapia, por lo tanto podríamos llamar la terapia de la comprensión. En contraste con ellas, la terapia de acción, cuya aceptación va en aumento, trata mucho más directo la conducta trastornada. La terapia de acción ya no lo padezca independientemente de que comprenda o no qué es lo que ha ocurrido ocupándose de la conducta únicamente, y se desentienda del yo o de la personali-

dad. Su meta consiste en extirpar la punta dolorosa - del síntoma mediante, la seducción discusión, la amenaza o inclusive la violencia diestra.

Entre las formas de terapia de acción tenemos: La técnica de inhibición recíproca, imposición ó terapia impulsiva, que hace hincapié en los aspectos reforzantes de la conducta neurótica. Y una tercera forma de terapia de acción utiliza las técnicas del condicionamiento operante, para inhibir o extinguir una conducta indeseable y para desarrollar una conducta nueva y conveniente; al mismo tiempo trata de controlar el ambiente del paciente de manera que la conducta deseada se recompense y las respuestas indeseables se extinguigan.

6- Terapia de la Integridad:

Enseña a la persona a aceptar la consecuencia de lo que hacen en vez de echar la culpa de sus problemas a algo que lo hicieron, sus padres algunos otros individuos,

Formas más breves de Psicoterapia:

Recientemente se han experimentado con formas menos complejas de terapia y en algunos casos se ha descubierto que son técnicas eficaces, relativamente breves, pero de profundidad.

a- Terapia Integrativa de la Necesidad: en la que el ataque se concreta en la necesidad presente fundamentalmente, que sustenta la conducta mal ajustada, y no en una búsqueda de causar inconcientes de la con-

ducta que se remontan a la infancia.

b- **Terapia Racional:** Es semejante en cierta manera a la técnica que acabamos de mencionar. El propósito primordial de éste método es el de descubrir cómo se mantiene la conducta neurótica y hace poco hincapié en qué es lo que causó en primer lugar.

7- **Terapia Conductual:**

Propone que la psicología debe tener la característica de estar basada en hechos observables de los organismos animales y hombres, al adaptarse a su medio ambiente, utilizando la herencia y el conjunto de hábitos adquiridos. La obra de Watson es un esfuerzo por reducir la psicología a una especie de fisiología generalizada en la que incluso datos no observables como pensamientos, sentimientos, etc. quedan reducidos a hechos fisiológicos de tensiones musculares, y secreciones glandulares. La psicología debe según el ejemplo de las ciencias físicas, ser materialista, mecanicista y objetiva; suponer lo espiritual es abrir la puerta a la magia y a la mística, no hay instintos ni inteligencia heredada, todo resulta de la educación y del ambiente. La conducta del hombre es la actuación de un organismo biológico en un medio social y físico. La conducta registra tres modalidades: la motora, la laringe o verbal y la visceral o la de los órganos internos. La conducta en la que predominan las reacciones viscerales es la emoción, el pensamiento. Es un hábito laringeo la personalidad en el producto final de un sistema de hábitos o sea el resultado de múltiples acondicionamientos provenientes del ambiente. La misión

de la psicología es predecir y tratar de modificar la conducta humana estableciendo las relaciones entre estímulo y respuesta. El conductismo alcanzó mucho éxito por su aparente sencillez y su enunciado de que podía modificar la naturaleza humana. (16).

La terapia conductual actúa como un intento por alterar la conducta y las emociones humanas de un modo beneficiario y de acuerdo con las leyes de la moderna teoría del aprendizaje. Una definición más clara sería:

El intento por utilizar sistemáticamente el cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos surgido de aplicar el método experimental a la psicología y a las disciplinas afines (fisiología neurofisiología), para con ello explicar la génesis y el mantenimiento de patrones de conducta anormales. Además aplicar esos conocimientos al tratamiento a la prevención de esas anormalidades mediante estudios experimentales controlados del caso único tanto de un modo descriptivo como remedio (2).

Según Ian Gregory en su psiquiatría clínica hace mención de sus métodos más importantes de psicoterapia, entre los cuales tenemos:

1- **Terapéutica directiva, Supresiva y de Sostén:**

Métodos que se originaron en la estructura tradicional de la relación médico-paciente. El término Directivo entraña que el método aplicado por el médico comprende los problemas y necesidades del paciente mejor que este último, y acepta la responsabilidad de vi-

gilar que sus recomendaciones sean llevados a la práctica, entrañen cambio en los parámetros ambientales, admisión voluntaria preclusión involuntaria en un hospital administración de fármacos u otra terapéutica somática o esfuerzo deliberado para cambiar las actitudes y conducta del paciente por persuasión conciente, sugestión por prestigio o ejemplo.

La terapia supresiva emplea técnicas como firmeza y órdenes autoritarias, ignora síntomas y molestias, placebos empleados con firmeza dogmática, sugerencias bajo hipnosis para reprimir síntomas sugerencia semejante en estado de vigilia. En esencia el terapeuta actúa como dictador que espera ser obedecido.

En la sugerencia por prestigio el terapeuta asegura directa o indirectamente al paciente que aliviará de los síntomas o incapacitantes. La suggestibilidad del paciente puede aumentar por medio de hipnosis, narcosis o administración de un placebo, y es mayor cuando el paciente tiene conocimientos profundos de psiquiatría.

La terapéutica por Sostén emplea técnicas con las que el paciente obtendrá más seguridad, confianza, aceptación, protección, aliento, seguridad o disminución de la ansiedad y sensación de soledad.

2- Modificación de la Conducta con Base en los Principios de Aprendizaje:

Psiquiatras y psicólogos han aplicado esos principios para eliminar síntomas o conducta indeseables y sustituirlos para adaptación de mayor aceptación social.

Esta técnica se preocupa por la importancia posible de la motivación inconsciente y también por desencadenar cambios importantes en la personalidad.

a- Terapia conductual: La cual se basa en la orientación persuasión, la exhortación y, finalmente, en diversos medios de reconocimiento y reducción desarrollados por los terapeutas conductistas.

Su objetivo terapéutico es la eliminación de síntomas y no toman en consideración unas metas tan remotas o mal definidas como hacer consciente el inconsciente, integrar la estructura de la personalidad o ayudar a una persona en su camino hacia la madurez o autorealización. Su modelo de psicoterapia deriva de la teoría del aprendizaje, no de los conceptos metapsicológicos admitido de funcionar como lo que Krasner llamó una máquina de refuerzo social, tiene que influir en el comportamiento de su paciente al responder a las esperanzas de éste de que se le va a ayudar, de que se le brindará simpatía y comprensión, sin hablar de las motivaciones propias del terapeuta para ayudar. La promesa verbalizada o no, de ayudar constituye una parte integrante de su método.

J.D. Frank trabajando en la clínica Phipps, de Baltimore, aportó pruebas notables de que el factor principal, por lo menos en la eliminación de síntomas es la movilización de la esperanza del paciente de que se le va a ayudar. Esto es igualmente aplicable tanto a los casos de curación primitiva o religiosa como al paciente oriental que acude a un dispensario de psiquiatría. El efecto beneficioso puede muy bien ser ve-

hiciulado por un placebo. Frank sugiere que el factor común en toda la psicoterapia podría ser un simple placebo.

- b- Terapia de condicionamiento por aversión al tratamiento de otros trastornos de conducta, desviación sexual, con una combinación de castigo para las actitudes y conducta desviada, y reforzamiento de actitudes. (12).
- c- Terapia de recondicionamiento: definiendo sus técnicas en términos de inhibición y sensibilización recíprocas. Se intenta eliminar o extinguir el miedo y la respuesta de evitación por desensibilización a las fuentes percibidas de temor.
- 3- Terapéuticas de no directiva, de relación y Reeducativa.

Al término directividad en psicoterapia suele aplicarse a los esfuerzos deliberados del terapeuta para influir en la conducta consciente del sujeto, y la no directividad entraña permisividad para alentar la autodeterminación del paciente. Los terapeutas de relación y reeducación al igual que el psicoanálisis, suelen ofrecer al paciente bastante libertad de elección en decisiones acerca de la conducta consciente. No obstante, de modo deliberado o inconciente, el terapeuta tiende a determinar el contenido importante de la terapéutica y dirigir la siguiendo ciertas pautas.

En terapéuticas no directivas, en consecuencia, la dirección dada por el terapeuta entraña un proceso bastante sutil de seducción y no un asalto frontal directo

que requiera el cambio inmediato de la conducta manifiesta.

4- Psicoterapia analítica y Dinámica

Se define como psicoanálisis como la ciencia de las funciones inconscientes de la mente y la personalidad, - creado por Freud y sus discípulos, encontrando tres connotaciones distintas: 1- una teoría psicológica del desarrollo y conducta del hombre, 2- un método de investigación, y 3- un sistema de psicoterapia. (12)

5- Terapia de Apoyo:

Método de tratamiento psicológico, más sencillo - que, los métodos anteriormente señalados. Consiste en dar apoyo al paciente (terapia de apoyo), llevada a cabo por sugestión directa del terapeuta al paciente. Para su ejecución, el terapeuta tiene como función el ejercer motivación consciente positiva, la cual al principio tiene que ser poca. Se tiene que iniciar con la movilización del conflicto y de la ansiedad. Es importante que el terapeuta sea sumamente hábil para manejar la situación, utilizando pensamiento lógico y racional dejando de ser neutro y tomando la posición de autoritario y sugestivo, llegando a asumir en algunas ocasiones del ego, tomando la posición de decidir por el paciente, intervienen su vida.

Al paciente es necesario influirle ánimo, con apoyo de su medio y objetos de su vida exterior. Se le alienta a enfrentarse a situaciones que le causen ansiedad, teniéndole que explicar su enfermedad y su tratamiento.

EL tratamiento debe ser reforzativo. La estrategia para llegar a una relación terapéutica, es dar importancia a la realidad de la relación, crear lazos. Es necesario responder a toda duda e inquietud de parte del paciente para establecer así una relación cómoda. Lo básico del tratamiento es la sugestión, el refuerzo; la terapia es flexible dando así libertad de acción. (10) (12)

MATERIAL Y METODOS

a. LUGAR:

Instituto de Dermatología de Guatemala Colonia Santa Luisa Jocotales, zona 6 Departamento Consulta Externa.

b. POBLACION:

Pacientes de la consulta externa con diagnóstico clínico de verrugas vulgares, de ambos sexos, sin límite de edad.

c. MUESTRA:

Será de 40 paciente en total. Tomados en forma consecutiva con áreas de compromiso. Divididas en:

- 20 pacientes para placebo oral y
- 20 pacientes para placebo tópico.

d. PROCEDIMIENTO:

Hecho el diagnóstico clínico de verrugas vulgares, independiente del tipo de placebo: se iniciará la psicoterapia, por medio de la comunicación verbal, para llegar a un convencimiento ínterpelativo, del paciente sobre la eficacia del tratamiento. El cual estará mediado por los 2 diferentes placebos a usar.

Los primeros 20 pacientes serán tratados con placebo tópico, en el área afectada, usando como placebo - una solución de alcohol al 70% con colorante artificial del cual se aplicaran toques en la lesión, para luego

colocar apósito oclusivo durante el día, y destapado por la noche.

Procedimiento que repetirá cada 24 hrs., por el paciente en un total de 60 días o hasta alcanzar la cura, - antes de llegados los 60 días. Para el control de la evolución clínica y plan educacional (psicoterapia) se citará cada 8 días el primer mes y luego cada 15 días en el segundo mes.

La otra muestra de pacientes (20) será tratada con placebo oral, usando para esto cápsulas con almidón más vitamina C, una diaria hasta alcanzar resolución o como máximo 60 días de tratamiento. Su control de evolución clínica será igual a la de la muestra anterior.

Para ambos pacientes (muestra tópica y oral) se llevará el mismo control de evolución con un total de 6 sesiones las cuales tendrán como finalidad:

- 1- Plan Educacional: donde será aplicada la terapia de apoyo por medio de la comunicación verbal, tratando de provocar sugestión directa del paciente para así llegar a un convencimiento sobre la eficacia del tratamiento mediado por el placebo.
- 2- Observar evolución clínica de la lesión, la cual se llevará registrada en boletas de seguimientos de caso (adjunto en anexo).
- 3- Hacer énfasis sobre continuidad del tratamiento, si aún no hay resolución, en el lapso de los 60 días. -

Luego de finalizado el seguimiento de casos por la consulta externa, se procederá a la tabulación de datos, - usando estadística descriptiva.

MATERIALES:

A. Humano:

- muestra de 40 pacientes con diagnóstico de verrugas vulgares del Inderma.
- Asesor
- Revisor.

B. Físico:

- fármacos a emplear como placebo
 - capsulas con almidón mas vit. C.
 - solución de alcohol al 70% con colorante artificial.
- ficha de registro general.
- ficha de seguimiento de caso.

VARIABLES:

variables	descripción	escala de medición
-verruga vulgaris	Lesión epidérmica consistente en elevación redonda, de uno a varios mm. de diámetro, con superficie irregular, cubierta queratósica, salientes vellosas de etiología viral	por clínica basada en signos y síntomas.
-efecto psicosomático.	efecto de potencias mentales desarrolladas por estímulos externos, los cuales actúan sobre patología somática llegando a producir cambios sustanciales. Reacción mediada hormonalmente.	por cambios objetivos en la clínica, física del paciente.

RESULTADOS

0

CUADRO No. 1

RESPUESTA AL TRATAMIENTO AL FINAL DE LOS 60 DIAS

placebo oral

Respuesta al Tratamiento	=	+	-	curado	Total
No. de pacientes					
No.	14	2	4	0	20
%	70	10	20	0	100

Fuente: Ficha de Seguimiento de Casos

= igual

+ Mejorado

- empeorado

curado

CUADRO No. 2

RESPUESTA AL TRATAMIENTO AL FINAL DE LOS 60 DIAS

placebo tópico

Respuesta al Tratamiento	=	+	-	curado	total
No. de pacientes	16	3	1	0	20
%	80	15	5	0	100

Fuente: Ficha de Seguimiento de Casos

- = igual
- + mejorado
- empeorado
- curado

CUADRO No. 3

RELACION ENTRE TIPO DE PLACEBO Y EFECTOS SECUNDARIOS

Secuelas	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Placebo	-	-	20	100
Oral	-	-	20	100
Tópico	-	-	20	100
Total	-	-	40	

Fuente: Ficha de Seguimiento de Casos

CUADRO No. 4

2015A RELACION ENTRE NUMERO TOTAL DE PACIENTES
Y RESPUESTA A LA PSICOTERAPIA

Respuesta	=	-	+	R	Total
No. de Ptes.	30	5	5	0	40
%	75	12.5	12.5	0	100

Fuente: Ficha de Seguimiento de Caso

= igual
- empeorado
+ mejorado
R curado

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION ETARIA

Edad	Fr. Oral	Fr. Tópico	Total	%
5 - 9	1	11	12	30
10 - 14	2	7	9	22.5
15 - 19	7	1	8	20
20 - 24	6	1	7	17.5
25 - 29	3	0	3	7.5
30 - 34	0	0	0	-.-
35 - 39	1	0	1	2.5
	20	20	20	100%

Fuente: Ficha de Datos Generales.

CUADRO No. 5

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION ESTRUCTURAL

DISTRIBUCION POR SEXO

Sexo	Total		Total	%
	Fr. Oral	Fr. Tópico		
M	6	12	18	44.5
F	14	8	22	55.5
Total	20	20	40	100.0

Fuente: Ficha de datos generales.

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION POR AREA TOPOGRAFICA

Area	Frecuencia	%
Cara	7	16
Brazo	10	20
Mano	20	44
Pierna	4	10
Pie	4	10
Total	45	100

Fuente: Ficha de Datos Generales

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION POR OCUPACION

Ocupación	Frecuencia	%
Estudiante	29	72.5
Cocinero	1	2.5
Of. Domésticos	4	10
Carpintero	1	2.5
Manualidades	1	2.5
M. E.	4	10
Total	40	100.0

Fuente: Ficha de Datos Generales

M.E. = Menor de Edad.

Los cuadros descriptivos presentados a continuación nos dan a conocer los datos de los pacientes en los cuales se observó mejoría. (+)

CUADRO No. 9

PACIENTES CON TERAPIA DE APOYO MAS PLACEBO
ORAL CON MEJORIA

Ptes.	sexo	edad	ocupa- ción	loca- lización	reso- lución
1	F	16 a	estudiante	brazo	70%
1	F	19 a	oficios do- mésticos	pierna	80%

Fuente: Ficha de registro general
Ficha de seguimiento de caso.

CUADRO No. 10

PACIENTES CON TERAPIA DE APOYO MAS PLACEBO
TOPICO CON MEJORIA

Ptes	sexo	edad	ocupación	Localización	resolución
1	M	11a	estudiante	cara	50%
1	M	8a	estudiante	codo	50%
1	M	15a	estudiante	tobillo	50%

Fuente: -ficha de registro general
-ficha de seguimiento de caso.

CUADRO No. 11
TOTAL DE PACIENTES QUE PRESENTARON MEJORIA

Ptes.	sexo	%	edad	%	ocupación	%	Localización	%	resolución
1	F	40	19	20	oficios domésticos	20	pierna	20	80%
1	F	40	16	20	estudiante		brazo	20	70%
1	M	60	15	20	estudiante	80	tobillo	20	50%
1	M	60	11	20	estudiante		cara	20	50%
1	M	60	8	20	estudiante		codio	20	50%

Fuente: -ficha de registro general
-ficha de seguimiento de caso

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

Respuesta al tratamiento al final de los 60 días (placebo oral)

Aquí podemos observar claramente que de los 20 pacientes tratados con terapia de apoyo añadido con placebo oral, presentaron al final de los 60 días los resultados siguientes:

- 14 pacientes (70%) persistieron con las verrugas, sin cambio alguno morfológicamente.
- en 2 pacientes (10%) se observó mejoría clínica manifesta por regresión progresiva en el tamaño de la verruga, que en ambos casos fue de un 70% y 80% respectivamente. No observando así cura completa.
- 4 pacientes 20% empeoraron, o sea que sus lesiones aumentaron de tamaño y/o hubo aparecimiento de nuevas lesiones (verrugas)...
- curados no se observó ninguno.

CUADRO No. 2

Respuesta al tratamiento al final de los 60 días (placebo tópico)

Se observa de los 20 pacientes tratados con placebo tópico mas terapia de apoyo, que al final del tratamiento evolucionaron de la siguiente forma:

- 16 pacientes (80%) persistieron sin cambios morfológicos de la verruga.
- 3 pacientes (15%) concluyeron sus 60 días con mejoría clínica, en quienes se observó regresión progresiva de la lesión, llegando aprox. a un 50% en los tres casos.
- 1 paciente (5%) empeoró o sea que notó aumento del tamaño de la verruga; lo cual fue detectado al final de los 45 días.

CUADRO No. 3

Relación entre tipo de placebo y efectos secundarios.

No se observó efecto secundario alguno en ambas muestras.

CUADRO No. 4

Relación entre número total de pacientes y respuesta a la psicoterapia.

Los resultados encontrados en los 40 pacientes estudiados bajo terapia de apoyo y placebo, tenemos:

- 30 pacientes (75%), no manifestaron cambio alguno de la verruga.
- 5 pacientes (12.5%) mostraron mejoría, la cual fue manifestada por regresión progresiva de las verrugas en el tamaño, que en promedio osciló en 60% de regresión.
- 5 pacientes (12.5%) restantes mostraron aumento progresivo de la lesión, o aparecimiento de nuevas lesiones.

CUADRO No. 5

Distribución Etaria

En orden de frecuencia la mayor incidencia la tenemos entre los 5 a 9 años, con un 30% de casos. Luego en orden decreciente con un 22.5% entre los 10 a 14 años; 20% entre los 15 a 19 años y 17% entre los 20 a 24 años. Luego tenemos un descenso brusco a 7.5% entre los 25 a 29, para concluir con un 2.5% entre los 35 a 39 años. - Es de hacer notar que las edades de mayor incidencia se encontraron entre los 5 a 24 años.

CUADRO No. 6

Distribución por Sexo.

Tenemos que de los 40 pacientes un 55% correspondió al sexo femenino, con el porcentaje restante para el sexo masculino.

CUADRO No. 7

Distribución por Área Topográfica.

Tenemos que las verrugas de la mano fueron las de mayor frecuencia con un 44% del total de los casos tratados, siguiendo en orden decreciente de frecuencia, el brazo con un 20%; luego la cara con 16%, y en menor número en la pierna y el pie con 10% de casos respectivamente.

CUADRO No. 8

Distribución por Ocupación

Es estudiante fue la ocupación más frecuente que consultó por verruga, con un 72.5% de freq. en 2o. lugar tenemos a los pacientes que se dedican a oficios, conjuntamente con preescolares, con 10% de freq. cada uno; y por último en menor número ocupaciones diversas como: manualidades, cocinero y carpintero.

CUADRO No. 9

Pacientes con terapia de apoyo mas placebo oral con mejoría.

Podemos observar que el sexo dominante fue el femenino en un 100%, sus edades de 19 a 16 años con variación muy leve; con respecto a la ocupación, no existe similitud alguna, al igual que las localizaciones topográficas de la verruga. El grado de respuesta es similar en ambos pacientes.

CUADRO No. 10

Pacientes con terapia de apoyo mas placebo tópico con mejoría

Se observa que no existe similitud alguna entre las edades y áreas topográficas, siendo completamente distintas. Coinciéndolo únicamente en el sexo donde el masculino domina en el 100%; al igual que el grado de respuesta, que fue igual en todos los pacientes.

CUADRO No. 11

Total de pacientes que presentaron mejoría

Analizando ambos grupos por igual se observa que el sexo masculino presenta un 60%, con porcentaje restante para el sexo femenino. La ocupación de mayor frecuencia correspondió al estudiante con 80%, y el porcentaje restante para oficios domésticos. La localización varió en todos los pacientes. El grado de respuesta como podemos observar osciló entre el 50 a 80%.

DISCUSIÓN

Al interpretar los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación encontramos:

- 1- No hubo diferencia significativa entre los dos tipos de muestras: placebo tópico y oral, presentando ambos grupos mejoría de un 10% y 15% respectivamente.

Viendo que ya no existe diferencia en resultados - para ambos grupos, entraremos a discutir los resultados totales, donde tenemos que de los 40 pacientes, 5 o sea (12.5%) presentaron regresión progresiva (mejoría), que traducida en la morfología de la verruga fue de aprox. 60% de regresión en cada caso como promedio. Respuesta que llevada a la práctica no es satisfactoria, que lo que se quiere es un método de tratamiento que excluya - totalmente a los ya existentes, métodos cruentos.

- 2- Podemos concluir por los resultados que la técnica o tipo de psicoterapia aplicada es desechada, como método terapéutico no cruento en pacientes con problema de verrugas vulgares. Ahora en sí no se puede excluir al efecto psicosomático como método efectivo - terapéutico, ya que se necesitaría ensayar otro tipo de técnica que profundizara más sobre el paciente y así poder llegar a lograr los cambios internos de seados. Técnica que por supuesto sería necesario - ser aplicada por especialista.

Con respecto a las características del paciente en el estudio, la edad de mayor frecuencia osciló entre -

los 5 a 24 años, mas específicamente entre los 5 a 9 años. El sexo del paciente que dominó en mínima porcentaje fue el femenino con un 10% mas sobre el masculino. Con el área topográfica, el área de mayor incidencia en localización fue la mano con un 44% sobre el total de pacientes; siguiendo en segundo lugar de frecuencia los brazos con 20%, la cara con 16%, y por último el pie y pierna con los lugares de menor incidencia. Es de hacer notar que los datos tabulados de nuestros casos con respecto a la frecuencia coinciden literalmente con lo referido por la literatura. Con respecto a la distribución por ocupación tenemos un dominio casi absoluto por el estudiante, lo cual esta explicado por la distribución de la edad más frecuente que se encuentra en la escolar, siendo su incidencia de 72.5%. El resto se encuentra distribuido con 20% entre los preescolares y pacientes con oficios domésticos; y un 7.5% distribuido entre ocupaciones múltiples.

Al evaluar al grupo de pacientes con mejoría, primero por separado en subgrupos, conforme fueran estudiados. (grupo con placebo oral, grupo con placebo tópico). Para observar las características propias mostradas en cuadro No. 9 y 10 respectivamente, notamos únicamente, similitud en el sexo y grado de respuesta para ambos subgrupos, y un dominio absoluto en la ocupación de estudiante para el subgrupo de placebo tópico, resultado que esta relacionado con la edad de incidencia en nuestro estudio, correspondiendo a la escolar.

No así encontrando otra característica sobresaliente que nos oriente a poder estandarizar la muestra, pa-

samos a evaluar los datos en conjunto, demostrados en cuadro No. 11, donde podemos observar que en el sexo hubo predominio mínimo del masculino, lo cual no es significativo, como variante. Entre las edades hubo variaciones absolutas, oscilando desde los 8 años a los 19 años, que corresponde a la edad de mayor incidencia de la enfermedad. En la ocupación hubo predominio del estudiante en un 80%, así como con la edad está relacionado con las edades de mayor incidencia, la escolar. La localización fue variable sin predominio en alguna área en especial, correspondiendo todas a las áreas de afección común.

CONCLUSIONES

1. No hubo diferencia en los resultados obtenidos entre placebo oral y placebo tópico.
2. Cero porciento de curados.
3. Se descarta la terapia de apoyo como método único de tratamiento no cruento efectivo en verruga vulgar.
4. No hubo efectos secundarios manifiestos.
5. No se descarta la efectividad psicosomática como método de tratamiento en la verruga vulgar.
6. El área topográfica más frecuente encontrada fue la mano (44%) siguiendo en orden decreciente de afección, el brazo (20%), cara (16%) y el 20% restante distribuida entre pierna y pie.
7. Edad de mayor frecuencia osciló entre los 5 a 9 años.
8. Dentro del grupo de pacientes que presentó mejoría, no se encontraron datos característicos significativos que nos orienten a poder estandarizar una muestra donde se pueda obtener resultados favorables con terapia de apoyo.

RECOMENDACIONES

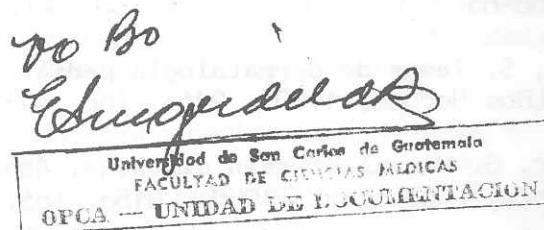
1. Realizar estudios con los diferentes métodos psico-terapéuticos, en pacientes con verruga vulgar, y así lograr establecer si existe respuesta efectiva como tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Allen, C. *The skin a clinicopathologic treatment.* - Philadelphia, Saunders, 1954. 1048p. (p.702)
2. Aubrey, J. *Teoría y práctica de la terapia conductual.* México, Trillas, 1977. 256p. (pp.33-35)
3. Beeson, P. and W. McDemott. *Tratado de medicina interna de Cecil Loeb.* 14a. ed. México, Interamericana, 1977. 2323p. (pp. 310-348)
4. Brody, H. et al. *The lie that heals: the ethics of giving placebos.* Ann Intern Med 1982 July; 97 (1):112-118
5. Cordero, F. *Dermatología médica quirúrgica.* 4a. ed. Guatemala, Imp. Color, 1976. t.1 (pp. 214-221)
6. Cordero, F. *Manual de dermatología.* Guatemala, Unión tipográfica, 1961. 325p. (pp. 123)
7. Degos, R. *Dermatología.* México, Prensa Médica, - 1979. 254p. (pp. 173)
8. Domonkos, A. *Disease of skin; clinical dermatology.* 6th. ed. Philadelphia, Saunders, 1971. 1027p. (pp. 548-553)
9. Ehrenwald, J. *Psicoterapia mito y método.* Barcelona, Toray, 1969. 276p. (pp. 260-263)
10. Floyd, L. *Psicología y vida.* México, Trillas, 1971. 683p. (pp. 589-610)
11. Goodman, L. y A. Gilman. *Bases farmacológicas de la terapéutica.* 4a. ed. México, Interamericana, - 1974. 1472p. (pp. 792-793)

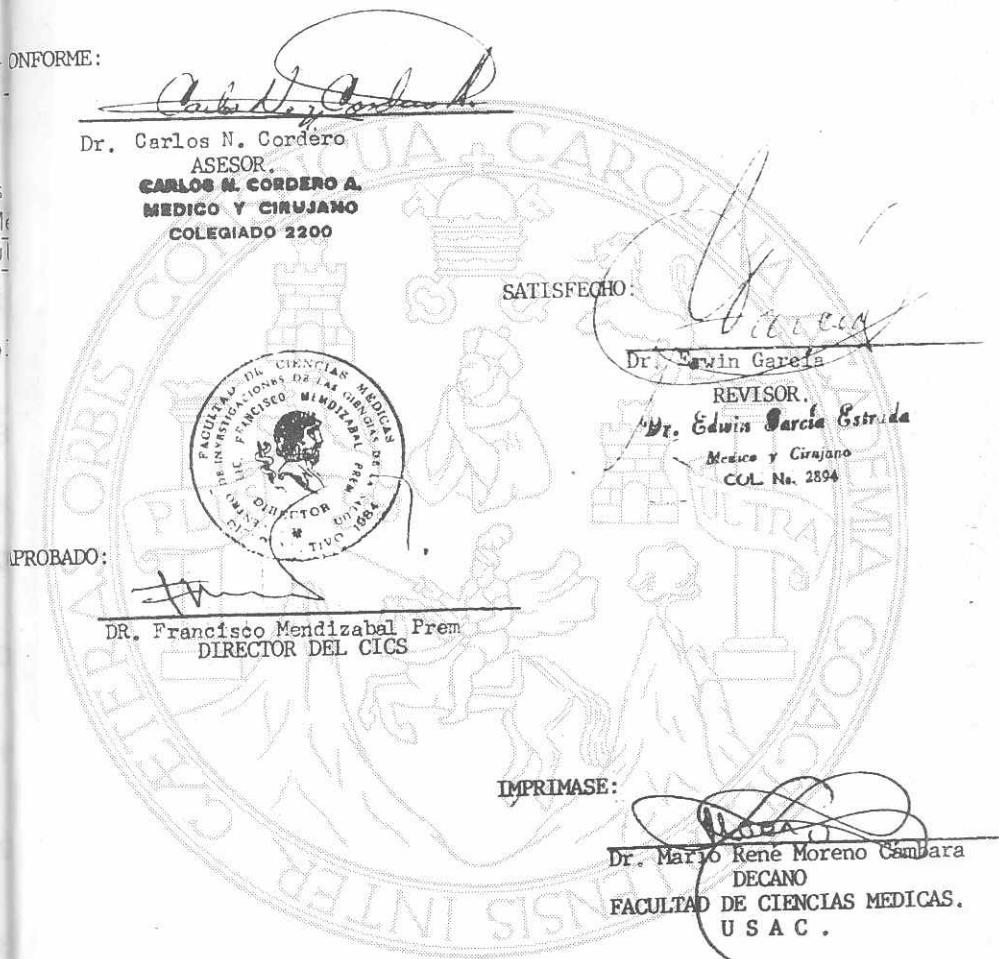
12. Ian, G. Psiquiatria clínica. 2a. ed. México, Interamericana, 1970. 625p. (pp. 225-232)
13. Isselbacher, K.L., et al. Harrison's principles of internal medicine. 9th.ed. New York, McGraw Hill, 1980. 2073p. (pp. 1212-1213)
14. Kenneth, A. et al. Manual of dermatologic therapeutics. 2nd. ed. Boston, Little brown, 1980. 590p. (pp. 211-213)
15. Maddin, S. Current dermatologic management. 2nd. ed, Saint Louis, Mosby, 1975. 404p. (pp. 702)
16. Magdaleno, J. Psicología general. México, Publicaciones Cruz, 1981. 290p. (pp. 260-263)
17. Moschella, S. et al. Dermatology. Philadelphia, Under International, 1975. V.2 (pp. 574, 577-580)
18. Naseman, T. et al. viral diseases of the skin, mucous membranes and genitals. 2nd.ed. Philadelphia, Saunders, 1960. 217p. (pp. 130-150)
19. Orth, G. et al. Characterization of a new of human papillomavirus, that causes skin warts. J Virol - 1977 March; 24(8):108-110
20. Ortiz, M. et al. Tratamiento de verrugas vulgares - con bcg o placebo de bcg. Dermatología (mex) 1979 Abril; 23(1):31-8
21. Peck, S. and G. Klein. Therapy of dermatologic disorders. Philadelphia, Lea y Febiger, 1951. 632p. (pp. 67-70)
22. Quiroz, F. Anatomía de la piel. En su: Tratado de anatomía humana. 19a.ed. México, Porrúa, 1979. t.1 (pp.3-10)
23. Rees, R. Radioterapia para verrugas. Acta Terapeútica Dermatológica 1983 Abril-Junio; 6(2):125-127
24. Reyes, G. Tumores por virus papova, tratamiento con Levotetromizole. Actas Dermo-sifiliográficas - 1979 Mayo-Junio; 70(5-6):347-351
25. Reyes, G. Tumores del virus papova, tratamiento con Albotryl. Actas Dermo-sifiliográficas 1979 Mayo-Junio; 70(5-6):354-357
26. Robbins, S. Patología estructural y funcional. México, Interamericana, 1975. 1516p. (pp. 1342)
27. Robinson, H. y J. Burnett. Dictionary of dermatology therapy. New York, Yorke Medical, 1978. 190p. (pp. 148-149)
28. Rosi, E. et al. Bleomicina intralesional en verrugas vulgares. Dermatología (Mex) 1981 Abril; 25(2): 158-65
29. Ruiz, S. Temas de dermatología pediátrica. México, Niños Heroes, 1980. 246p. (pp. 41-45)
30. Sauer, G. Manual of skin diseases. 4th.ed. Philadelphia, Lippincott, 1980. 315p. (pp. 167-168)
31. Sheard, C. Treatments of skin diseases. Chicago, - Year Book Medical, 1978. 217p. (pp. 52-53)
32. Stewart, W. et al. Dermatology. 4th. ed. Saint Louis, Mosby, 1978. 621p. (pp. 320-321)
33. Symmer, W. Systemic pathology. 2nd. ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1980. v.6. (pp. 2720-2721)

34. Thomas, R. et al. The treatment of plane wart. Arch Dermatol 1982 Sep; 118(9):626
35. Tosi, H. et al. Virus y virosis medicas. 2a. ed. Montevideo, Oficina del Libro, 1973. 184p. (pp. 84-86)
36. Vander, A. et al. Fisiología humana. 2a. ed. Boga-~~ONFORME~~
ta, McGraw-Hill. Latinoamericana, 1978. 465p. (pp. 131-392)
37. Villanueva, O., Carlos. Medicación tópica; recursos prácticos en terapéutica dermatológica. Tesis (Médico y cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1984. 94p.
38. Wilkinson, R. et al. Human wart virus. Arch Dermatol 1978 Sep; 118(9):626

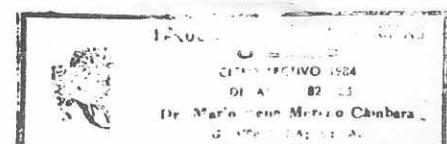


CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD
(C I C S)



Guatemala, 21 de Septiembre de 1984.



Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Reglamento de Tesis, Artículo 44).