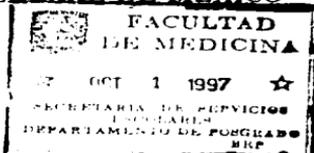




112128  
31.  
Universidad Nacional Autónoma de México

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



**Estudio Comparativo de la  
Ansiedad entre los Pacientes  
con Acne y los Pacientes con  
Verrugas Vulgares**

SECRETARIA DE  
HOSPITAL  
ORGAN



DIRECCION DE E.C.

**TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA  
P R E S E N T A  
NURIS MARIA LAMPE FELIX**

**DRA. GLADYS LEON D.  
TUTOR DE TESIS  
JEFE DEL CURSO DE POSTGRADO  
JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA**

México, D. F.

1997



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



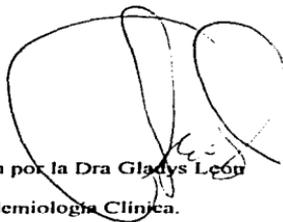
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

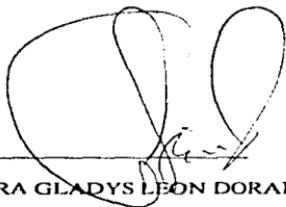
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**Este trabajo de tesis de postgrado en Dermatología fue aprobado por la  
Unidad de Epidemiología Clínica con el registro: DIC/96/109/03/042**



**Fue revisado y aceptado para impresión por la Dra Gladys León  
Dorantes, médico de la Unidad de Epidemiología Clínica.**

**Unidad de Epidemiología Clínica  
FACULTAD DE MEDICINA, U. N. A. M.  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, S. S.**

A handwritten signature in black ink, consisting of several large, overlapping loops and a horizontal line across the middle, positioned above the printed text.

**DRA GLADYS LEON DORANTES**

**JEFE DEL CURSO DE POSTGRADO EN DERMATOLOGIA**

**JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA**

## **DEDICATORIA**

### **A mis padres y hermanas:**

Que en los momentos más difíciles supieron brindarme su gran apoyo, amor, comprensión y paciencia.

### **A mis amigos**

Margarita, Lillian, Susy y Juan por ayudarme a realizar mis sueños.

A Jacques L., por su amor y palabras de aliento en los momentos precisos.

### **A mis queridos maestros:**

Dr Amado Saul C., Dr Jorge Peniche R., Dra Gladys León D.,

Dr Eugenio Carrasco por abrir una puerta más a la sabiduría y guiarme en esta etapa tan importante de mi vida.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco la colaboración del servicio de Psicología y psiquiatría del Hospital General de México a través de los Psicólogos **Mari Condes** y **Rafael Rosas** por su asesoría y comentarios.

---

## **INDICE**

### **RESUMEN**

<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
--------------------------	----------

### **PRIMERA PARTE**

#### **CONCEPTOS GENERALES**

##### **ACNE**

<b>I. FISIOPATOLOGIA DEL ACNE.....</b>	<b>4</b>
<b>II. CLASIFICACION DEL ACNE.....</b>	<b>6</b>
<b>III. EPIDEMIOLOGIA DEL ACNE.....</b>	<b>8</b>
<b>IV. ASPECTOS PSICOLOGICOS Y ACNE.....</b>	<b>9</b>
<b>V. MITOS SOBRE EL ACNE.....</b>	<b>12</b>

##### **ANSIEDAD**

<b>I.- CLINICA .....</b>	<b>13</b>
<b>II.- EPIDEMIOLOGIA .....</b>	<b>13</b>
<b>III.-INSTRUMENTOS PARA MEDIR ANSIEDAD .....</b>	<b>15</b>
<b>IV.-ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON .....</b>	<b>17</b>

## **SEGUNDA PARTE**

### **ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON ACNE Y EN PACIENTES CON VERRUGAS VULGARES.**

<b>I. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA .....</b>	<b>21</b>
<b>II OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
<b>III POBLACION Y MUESTRA.....</b>	<b>22</b>
<b>IV CRITERIOS DE EXCLUSION E INCLUSION.....</b>	<b>22</b>
<b>III METODOLOGIA .....</b>	<b>24</b>
<b>V RESULTADOS .....</b>	<b>27</b>
<b>VI ANALISIS .....</b>	<b>40</b>
<b>VI COMENTARIOS .....</b>	<b>42</b>
<b>VII CONCLUSIONES .....</b>	<b>44</b>
<b>IX BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>46</b>
<b>X ANEXOS.....</b>	<b>50</b>

## **ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD ENTRE LOS PACIENTES CON ACNE Y CON VERRUGAS VULGARES**

### **RESUMEN**

El acné es una enfermedad de la unidad pilosebácea debido a un aumento de la secreción sebácea y obstrucción secundaria. Esta caracterizado por pápulas, pústulas y comedones; a veces quistes y cicatrices residuales que afectan la piel de la cara pecho y espalda. El acné vulgar es una de las dermatosis más frecuentes entre los adultos jóvenes en México. Esta enfermedad puede producir desfiguración por cicatrices permanentes lo cual puede tener efectos adversos sobre el desarrollo psicológico, dejar una cicatriz emocional profunda, fobias sociales, aislamiento, ansiedad y alteraciones de autoestima. Además estos pacientes en la edad de la adolescencia tienen de por sí problemas de adaptación, identificación y cambios hormonales que puede permanecer por mucho tiempo.

En este trabajo se recolectó 40 pacientes con acné y 40 pacientes con verrugas virales se midió el grado de ansiedad con la escala de ansiedad de Hamilton.

Encontramos más casos de ansiedad entre los pacientes con acné.

El grado de ansiedad predominante fue leve tanto entre los casos como entre los controles.

**Los trastornos de ansiedad entre los pacientes con acné fueron más significativos.**

**No hubo significancia estadística entre el grado de acné y la ansiedad.**

## **INTRODUCCION**

La piel es un órgano de expresión y la cubierta que nos protege. Es la fachada que muchas veces toma como un símbolo de salud y belleza "*corpus sanum in arte im pulcra*". Es nuestra tarjeta de expresión y es por tanto comprensible la preocupación de las personas por cualquier alteración que aftee la piel. (1) El acné no es solamente un problema cosmético; por el contrario plantea graves problemas socio-psicológicos en las personas que lo padecen que influyen en los aspectos de su vida y repercuten en su vida profesional. (2) No hay ninguna otra enfermedad que cause más trauma psíquico y desajuste entre padres y niños , más inseguridad y sentimiento de inferioridad y mayor cantidad de sufrimiento psíquico que lo que lo hace el acné vulgar.(3) Unas de las alteraciones más importantes es la ansiedad lo cual se traduce en irritabilidad, angustia, insomnio, falta de concentración, ect. Todo ésto hace que el paciente tenga inhabilidad en el trabajo, en los estudios y problemas de relación interpersonal con padres, amigos, etc. En un estudio de Rubinow se determinó la presencia de ansiedad, midiendo ésta antes y después del tratamiento en pacientes con acné severo; encontrándose mejoría de la ansiedad después del tratamiento médico.(4) Por otro lado Wu estudió la ansiedad y la rabia en pacientes con acné y encontró que son factores que juegan un papel importante en los pacientes con acné. (5)

**Por tal motivo es importante conocer en nuestro medio si estos hallazgos también ocurren en nuestros pacientes para determinar las medidas que se deben tomar en el manejo integral del paciente con acné.**

**PARTE I****CONCEPTOS GENERALES**

## ACNE

### I. FISIOPATOGENIA DEL ACNE

El acné es una erupción folicular que se inicia como un comedón que se rompe seguida de una reacción inflamatoria. Esto es la base para que se formen pápulas, pústulas y quistes, debido a un aumento de secreción sebácea, descamación anormal del epitelio del folículo sebáceo y la proliferación de *propionibacterium acnes*. Esto muchas veces produce desfiguración y cicatrices permanentes localizadas a cara, espalda y pecho.

(6)

En cuanto a las teorías sobre la patogénesis del acné tenemos que se produce por:

1) Producción excesiva de sebo. En la unidad pilo-sebácea, que consiste en glándula sebácea y folículo piloso, lo que ocurre es un aumento en la concentración de lípidos en las células maduras que llevan a la formación de sebo que se excreta a la superficie de la piel. Las hormonas androgénicas controlan la actividad secretora de la glándula sebácea. La testosterona (androgénos circulantes) y androstendiol son sintetizados en el testículo. Aunque se sabe que los ovarios pueden producir testosterona, androstendiona y dihidroepiandrostendiona, también la glándula suprarrenal es una fuente importante en la producción de andrógenos en la mujer. Aun

no se conoce bien como las hormonas androgénicas están relacionados con la producción excesiva del sebo.

2) La comedogénesis es un proceso anormal en la descamación de los comeocitos foliculares en el ducto de los folículos sebáceos y es el centro de la patogénesis del acné.

3) La proliferación e inflamación por la cual se produce pústula-pápulas y lesiones nódulo quísticas. Se sabe actualmente que la presencia de *propionibacterium acnes* y su proliferación produce la fase inflamatoria del acné (7)

El acné aparece usualmente en la pubertad cuando el individuo pasa de la infancia a la adolescencia por cambios dinámicos tanto físicos como psicológicos. El sistema reproductivo se desarrolla rápidamente acompañado de cambios secundarios debido a influencias hormonales. Otras formas de cambios son sobre la piel como lo son el desarrollo de la unidad pilosebácea y el crecimiento del vello.

En los pacientes que tienen tendencia a desarrollar acné, este periodo favorece su aparición y éste puede permanecer hasta la edad adulta. (6)

## **CLASIFICACION DEL ACNE**

Hay varias formas de acné así Kligman hace una clasificación objetiva para evitar las valoraciones subjetivas ya que para unas personas las lesiones tipo pápulo-pústulas son más severas que las lesiones comedónicas aunque éstas se encuentren en menor cantidad. Para evitar la clasificación por severidad y por tipo de lesión, él agrega que no se debe ver solamente la calidad de las lesiones si no también cantidad de las lesiones y hace su clasificación en tres grupos : aplicado al acné facial en:

- 1) acné comedónico
- 2) acné pápulo-pústular
- 3) acné conglobata

Este último siempre es severo.(8)

### **Clasificación según las causas(9)**

#### **Acné relacionado a causas intrínsecas**

**Acné vulgar**

**Dermatitis perioral**

**Acné conglobata**

**Adenitis supurativa**

**Acné fulminante**

**Pioderma facial****Acné relacionado con causas extrínsecas****Acné escoriado de los jóvenes****Acné mecánico****Acné tropicalis****Acné aestivalis****Síndrome de Favre- Racouchot****Acné inducido por droga****Acné cosmético****Acné por pomada****Acné ocupacional****Cloracné****Acné de la infancia****Acné neonatal****Acné infantil****Erupción acneiforme****Rosácea****Acné queiloideo de la nuca****Foliculitis por gram negativo****Acné esteroideo.**

## **EPIDEMIOLOGIA DEL ACNE**

En México constituye una de las dermatosis más frecuentes afectando al 20-30% de los adultos jóvenes. (1) En Estados Unidos afecta a más de 17 millones de personas. La prevalencia entre los adolescentes es de 80% en general. Más de 80% entre los pacientes de 11-30 años; 85% entre 12 á 24 años; 8% entre 25 á 34 años y 3% de 35 a 44 años.(9)

En el 100% de los niños en estadio puberal se presentan comedones. Entre los niños en estadio puberal IV en el 50% se observan ya pápulas. Entre las niñas también aumenta la incidencia de 73.1% a 90.6% en la edad puberal avanzada.(10) Entre adolescentes, hay una prevalencia de un 20 al 100% y también aparece el acné severo. (11) Kligman apunta que el acné en este grupo es de un 100% (12).

Entre los adultos se piensa que persiste el acné del adolescente o se puede desarrollar sin ninguna historia previa.

En un estudio clínico se apreció que el acné prevalece más entre los hombre a los 18 años pero que alrededor de los 23 años prevalece más entre las mujeres.(13)

Kligman observó que en el acné postadolescente en mujeres las lesiones son menos numerosas y consisten en pequeños comedones cerrados. (14)

### **Factores genéticos del acné**

Varios estudios demuestran las influencias de los factores genético en el acné, como un estudio realizado en una escuela de Alemania donde encontraron que 45% de los niños con acné tenían uno o ambos parientes también con acné, mientras que solo 8% de los niños sin acné tenían padres con acné. (15) La tendencia a desarrollar acné es frecuentemente familiar y se hereda de forma autosómica dominante. Sin embargo debido a su alta prevalencia el patrón genético exacto es desconocido. Actualmente poco se sabe de la epidemiología y de genética del acné.(16) El acné probablemente es un desorden poligénico en el cual la expresión clínica representa la suma de acción de muchos genes(9)

Otra asociación es el acné nódulo-quístico con el síndrome XYY (17)

### **ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y ACNE**

Kenyon en 1966 recolectó las evidencias de los aspectos psicológicos en el acné publicadas por varios autores, indicando por ejemplo, que se estudio el acné asociado a síndromes psiquiátricos y encontró que anecdóticamente que el hecho de exprimir un "barrito" puede llevar a la "locura ". Otros autores señalaban que a mayor grasa en la cara de las mujeres mayor posibilidad de relación con demencia. También apuntaban que hay más

acné entre los esquizofrénicos. Otros autores como Kidd y Meenan no encontraron ninguna relación.(18)

Entre los factores emocionales que exacerbaban el acné se dice que los pacientes con frecuencia experimentan brotes de acné cuando están bajo condiciones de estrés. (3) Sin embargo en un estudio de 4576 pacientes se encontró que 80% pasa por esta experiencia pero que este periodo es de corta duración (alrededor de 2 días).(19)

En estos casos se plantea el tratamiento de relajación con retroalimentación o mejoras cognitivas como tratamiento coadyuvante del tratamiento médico. También se recomiendan técnicas como de relajación progresiva, autohipnosis y meditación. (20)

Otros han demostrado en estos pacientes la baja autoestima que los lleva a depresión clínica y fobia social. (21) Esta fobia al contacto social del adolescente que tiene una excesiva preocupación por su apariencia y por ser aceptado, le inhibe su forma de vivir. (22)

En un estudio de 100 pacientes de alrededor de 23 años se reporta que el acné interfiere con las acciones sociales como hacer citas, comer fuera y hacer deportes. (23)

Cunliffe señala que en gran Bretaña los niveles de desempleo fueron más significativos entre los pacientes con acné que entre los controles, 16.2%

comparado con 9.2% entre los hombres y 14.3% comparado con 8.7 % entre las mujeres.( 24)

En los casos que haya fobia social y depresión se puede hacer psicoterapia; terapia de grupo y terapia recreacional.(25)

Entre los desórdenes psiquiátricos primarios asociados con el acné tenemos como el mejor ejemplo al acné escoriado donde el paciente se hace escoriaciones en las lesiones de acné llevando ésto a un desfiguramiento severo con cicatrices en la cara. (26)

El desorden psiquiatrico primordial es desorden obsesivo-compulsivo o puede ser simple hábito. (20)

Medansky, en su clasificación de las enfermedades dermatopsicosomáticas coloca al acné en el grupo llamado "Grupo colaborativo" en el cual las causas orgánicas y los desórdenes emocionales se combinan en diferentes grado para causar alteración de la piel. (2)

En una revisión de actualización de 1996, Gupta considera al acné entre los "desórdenes dismórficos del cuerpo" ya que el defecto físico hace que el paciente se preocupe y tenga ansiedad. Muchos experimentan marcado malestar sobre su supuesta deformidad y sentimientos de auto-consciencia sobre su defecto. (27)



## **ANSIEDAD**

### **CLINICA.**

La ansiedad es el miedo a lo desconocido como concepto general pero la ansiedad es un estado emocional displacentero cuyas fuentes son menos fáciles de identificar.

Frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga e incluso al agotamiento. La intensidad de la ansiedad tiene muchos grados de que van desde inquietudes menores, temblores notables e incluso pánico completo, que es la forma más extrema de la ansiedad. Cuando la ansiedad deteriora substancialmente el estilo de trabajo, o la adaptación social está indicada una cuidadosa evaluación y manejo psiquiátrico adecuado. (28)

### **EPIDEMIOLOGIA DE LA ANSIEDAD**

Entre las consultas médicas la prevalencia de los desórdenes de la ansiedad se estima que es un 7% . Cuando se estratifica con diagnósticos médicos la prevalencia aumenta. (29)

Según la Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders IV (30) tenemos: que el término de ansiedad se refiere inclusive a una serie de desórdenes que incluye a: desórdenes de pánico; desórdenes de ansiedad generalizada; desórdenes de desajustes con ansiedad; ansiedad secundaria a alguna causa médica; fobia y desórdenes obsesivo-compulsivos.

#### Desórdenes de pánico.

Estos son descritos por periodos de miedo intenso o inquietudes que se desarrollan abruptamente y alcanzan su pico a los 10 minutos. En este periodo el paciente experimenta un número de síntomas autonómicos intensos.(como palpitaciones, dificultad para respirar, mareos) o malestar psicológico, como miedo a morir, miedo a perder el control o sentimiento de irrealidad).

#### Desórdenes de ansiedad generalizada.

Son desórdenes de ansiedad por lo menos de 6 meses de duración de ansiedad excesiva o preocupación sobre diferentes cosas. La preocupación es difícil de controlar y está acompañada por síntomas como fatiga; dificultad para concentración, irritabilidad, tensión muscular o disturbios del sueño.

La DSM IV incluye lo que es el término de ansiedad y depresión mezcladas y esta listada como tercer diagnóstico ambulatorio después de las infecciones respiratorias altas e la hipertensión arterial.

### **INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA ANSIEDAD.**

En varios estudios se utilizaron diferentes cuestionarios para identificar la ansiedad en pacientes con acné:

Wu mide la ansiedad y el enojo en el acné con el "State-Trait Anxiety Inventory (STAI)" que empíricamente tiene un escala de 60 variables que se condensan posteriormente en 6 subescalas: Estado y rasgos de ansiedad, Estado y rasgos de curiosidad, Estado y rasgos de enojo. Las medidas de estado representa los estados emocionales que se encuentran en el individuo en el momento de recoger la información. Las medidas de rasgos reflejan las diferencia a ser propenso a experimentar estas emociones en respuesta a la variación de estímulos del medio ambiente.

Un inventario de personalidad como el "Anger Expression Scale", que tiene 20 variables que son factores analíticamente derivados de la expresión de enojo.

"Self Consciousness Scale" marca un campo de tres factores. La autoconciencia pública se define a la persona como conciente de que es un objeto del medio social. La autoconciencia privada se refiere a los

sentimientos y pensamientos de la persona. La de ansiedad social mide el malestar de la persona frente a los demás.

“Cooper Smith Selfsteem” consiste en 25 variables y es uno de los más utilizados para determinar la autoestima. Esta escala abarca 10 síntomas : Estado de ansiedad, rasgos de ansiedad, estado de enojo, rasgos de enojo, enojo interior, enojo exterior, autoconciencia privada, ansiedad social y autoestima. (5)

Rubinow mide la ansiedad con: “The Profile of Mood Scale” un cuestionario de 65 variables que generan 6 síntomas de ansiedad muy marcados.

“The Hopkins Symptoms Check List” es un cuestionario de 58 variables que resume 5 síntomas de ansiedad en todas sus dimensiones.

“Rosenberg Selfesteem Questionnaire” con escala de 10 variables que mide el aspecto de autoaceptación en la autoestima,

“The National Institute of Mental Mood Scale” con cuestionario de 53 variables que abarcan 8 factores de sintomatología de la ansiedad (4)

## **ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

**La escala de Hamilton (31) mide la neurosis de ansiedad como síndrome. Está diseñada para el uso en pacientes que ya tienen diagnóstico de ansiedad no para otros pacientes que sufren de desórdenes depresivos o de desórdenes compulsivos-obsesivos, demencia o esquizofrenia.**

**Utiliza 12 variables para fines prácticos incluyendo los síntomas de ansiedad y con decimotercera variable una que habla de la conducta del paciente durante la entrevista.**

**Comprenden los siguientes:**

- 1) Estado de ánimo que son preocupaciones, anticipación de lo peor**
- 2) Tensión son sensación de tensión, fatigabilidad, repuesta asustada, llanto fácil, temblor, sensación de inquietud, incapacidad de relajarse.**
- 3) Miedo se refiere a miedo a la oscuridad, de extraños, de estar solo, de animales, del tráfico y de multitudes.**
- 4) Insomnio se refiere a la dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido(roto), sueño insatisfactorio, fatiga al levantarse, sueños, pesadillas, terrores nocturnas.**
- 5) Cambios cognositivos o del intelecto se refiere a dificultad para concentrarse, memoria pobre.**

**6) Estado de ánimo deprimido se refiere a la pérdida de interés, ausencia en placer en las diversiones (hobbies), depresión, despertar temprano, variación diurna del afecto.**

**7) Síntomas somáticos se refiere a:**

**a. Musculares:** dolores musculares, dolores generales, sacudidas, mioclónicas, rechinar los dientes, voz temblorosa.

**b. Sensoriales:** tinnitus, visión borrosa, oleadas de calor y de frío debilidad y hormigueo.

**8) Síntomas Cardiovasculares son taquicardias, palpitaciones, dolor torácico, sensación de desmayo.**

**9) Síntomas Respiratorios se refiere a presión torácica, sensación de ahogo, suspiros, dificultad o incomodidad en la respiración.**

**10) Síntomas Gastrointestinales son dificultad para ingerir alimentos, flatulencia, dispepsias, timpanismo, náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento.**

**11) Síntomas Genito-urinarios son micción frecuente, amenorrea, frigidez, pérdida de la libido, impotencia.**

**12) Síntomas autonómicos generales son sequedad de la boca ,rubor, palidez, tendencia a la sudoración, vértigo, cefalea tensional , jalarse los pelos.**

**1.3) Conducta durante la entrevista se refiere lo que el entrevistador se observa del paciente puede ser:**

**a. Generales: agitación , puños crispado, desasosiego, pasear inquieto, temblores de las manos, suspiros.**

**b. Fisiológicos: eructo, excesiva velocidad del pulsos en reposo, frecuencia respiratoria mayor de 20 minutos, espasmo tendinosos, temblores , pupilas dilatadas, exoftalmia, sudor, parpadeo.**

Cada uno tiene valor de 5 puntos. El quinto es raramente utilizado en pacientes ambulatorios y sirve como marcador más para delimitar rango que para su utilización práctica.

Esta escala hace más énfasis sobre el estado subjetivo del paciente. Los síntomas están calificado por separados y lo somáticos tienen el mismo lugar que los psíquicos. Esto se hizo debido a que los pacientes ambulatorios ponen más énfasis sobre síntomas somáticos y ésto hace que sean mal manejados por otros departamentos de medicina general.

**SEGUNDA PARTE****PROTOCOLO DE ESTUDIO**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El acné vulgar es una enfermedad crónica que se inicia en la edad puberal y se prolonga por años. La repercusión de este padecimiento en la psique del paciente ha sido medida por diversos autores anglosajones, pero no se ha hecho en nuestro medio. En especial la ansiedad puede repercutir en la evolución clínica del padecimiento y en la adherencia y respuesta de los tratamientos. Ya que es posible medir y modificar la ansiedad el tomarla en consideración en el futuro puede mejorar la respuesta a los tratamientos médicos estándar. Para poder proponer un manejo del paciente con acné en este otro sentido, necesitamos conocer la frecuencia con la que se presentan trastornos de ansiedad en nuestros pacientes. También se pretendió medir la severidad de la ansiedad en los pacientes con acné comparándolos con pacientes con verrugas vulgares en áreas fuera de la cara (dermatosis sin impacto en la imagen facial).

Se diseñó un estudio observacional analítico de casos y controles en casos de acné tomando como controles pacientes con verrugas vulgares.

## **OBJETIVOS**

- 1) Conocer la prevalencia y severidad de trastornos de ansiedad medidos con la Escala de Hamilton en pacientes mexicanos con acné
- 2) Comparar la prevalencia de trastornos de ansiedad entre pacientes con acné y pacientes con verrugas vulgares.
- 3) Correlacionar la severidad de la ansiedad con la severidad del acné.

## **POBLACION Y MUESTRA:**

Se tomó una muestra de 80 pacientes de la consulta externa del Servicio de dermatología del Hospital General de México; 40 pacientes con acné y 40 con verrugas vulgares .

## **CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION**

Criterios de inclusión:

### **CASOS:**

1. Edad entre 18 a 25 años , femenino o masculino.
- 2- Diagnóstico clínico de acné vulgar activo de cualquier grado de severidad.
3. Pacientes que aceptaron participar.

### **CONTROLES:**

- 1. Edad entre 18 a 25 años, femenino o masculino.**
- 2. Diagnóstico clínico de verrugas vulgares no afectando cara.**
- 3. Pacientes que aceptaron participar.**

**Criterios de exclusión:**

**CASOS:**

- 1. Pacientes con acné inactivo o con erupciones acneiformes.**
- 2. Pacientes con enfermedad psiquiátrica conocida.**
- 3. Pacientes bajo tratamiento con ansiolíticos.**
- 4. Pacientes con defectos físicos faciales (quemaduras, malformaciones, etc.) o discapacitados físicos.**

**CONTROLES:**

- 1. Pacientes con verrugas virales en cara.**
- 2. Pacientes con verrugas virales pero con acné facial.**
- 3. Pacientes con enfermedad psiquiátrica conocida.**
- 4. Pacientes bajo tratamiento con ansiolíticos.**
- 5. Pacientes con inmunosupresión.**
- 6. Pacientes con defectos físicos fáciles o discapacidad física.**

## **METODOLOGIA.**

### **MEDICION DE VARIABLES.**

#### **VARIABLES DEMOGRAFICAS.**

Se registraron edades entre 18 y 25 años, sexo femeninos y masculino tanto para los casos como los controles.

#### **VARIABLE PRINCIPAL.**

Ansiedad:

En casos y controles se aplicó la escala de Hamilton:

El Estado de ánimo, Tensión, Temores, Insomnio, Intelecto, Depresión, Somático ( muscular y sensorial ), Síntomas cardiovasculares, Síntomas respiratorios, Síntomas gastro-intestinales, Síntomas genito-urinarios, Síntomas autónomas y La conducta durante la entrevista.

A cada uno se le dio valor numérico:

0 = Ausente

1 = Leve

2 = Moderado

**3 = Severo**

**4 = Muy severo, incapacitante**

**Al sumar los resultados de cada cuestionario individual se obtiene el valor final:**

**0 a 6 puntos = ansiedad ausente**

**7 a 20 puntos = ansiedad leve**

**21 a 34 puntos = ansiedad moderado**

**35 a 48 puntos = ansiedad severo.**

## **VARIABLES SECUNDARIAS.**

### **1. Tipo de acné en los casos**

**Acné comedónicos**

**Acné pápular-pústular**

**Acné conglobata**

### **2. Severidad (Grado de acné) en los casos.**

**El grado de acné se midió por la clasificación de Kligman en:**

**Grado I menos de 10 comedones ó menos de 10 pápulas -pústulas de un solo lado de la cara.**

**Grado II entre 10 - 25 comedones ó 10 - 20 pápulas-pústulas de un solo lado de la cara.**

**Grado III entre 25 - 50 comedones, 20 - 30 pápulas-pústulas de un solo lado de la cara.**

**Grado IV más de 50 comedones ó más de 50 pápulas-pústulas de un solo lado de la cara.**

**El acné conglobata es siempre más severo.**

### **3. Número de verrugas en los controles.**

**Se contó el número de verrugas**

### **4. Tiempo de evolución en meses del padecimiento en casos y control**

## **RESULTADOS**

En el periodo comprendido entre marzo y septiembre de 1996 se reclutaron en forma prospectiva tanto los casos como los controles.

### **VARIABLES DEMOGRAFICAS:**

1. Edad. La edad promedio de casos con acné fue de 19.93 años (D.E. 2.05) En los hombres fue de 19.4 años (D.E.1.27) y en las mujeres de 20.08 años. ( D.E.2.18).

La edad promedio de grupo control fue de 20.4 años ( D. E. 2.25)

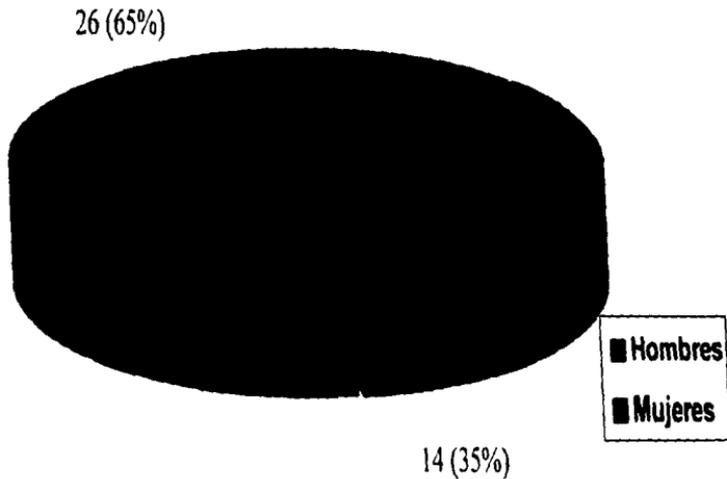
En los hombres de 20.4 años (D.E 1.95) y en las mujeres 20.42 años. (D.E. 1.68).

2.Sexo. El grupo de casos con acné estuvo constituido por

14 (35%) varones y 26 (65%) mujeres.(Gráfica 1)

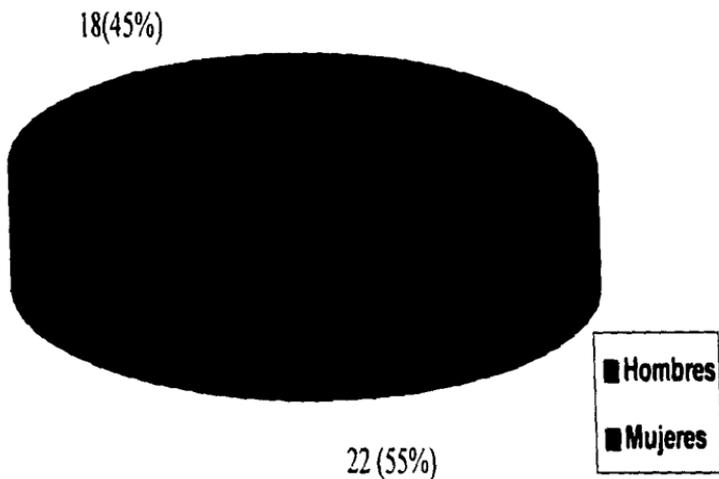
El grupo control con verrugas estuvo constituido por 18 (45%) hombres y 22 (55%) mujeres.(Gráfica 2)

# Distribución de los pacientes con acné por sexo



Gráfica 1

# Distribución de las verrugas vulgares por SEXO



Gráfica 2

## **VARIABLE PRINCIPAL.**

### **1. Ansiedad**

Entre los casos algún rasgo de ansiedad se presentó en 33 (82.5%) pacientes y 7 (17.5%) no presentaron ansiedad.(Tabla 1)

El grado de ansiedad fue de:

Leve en 23 (69.7%),

Moderado en 10 (30.3%),

(Tabla 2)

Entre los controles presentaban ansiedad 21 pacientes (52.5%), en los cuales la intensidad de la ansiedad fue leve (100%). 19 (47.5%) pacientes no tuvieron ansiedad.

La gráfica 3 está representada la comparación de la ansiedad entre los pacientes con acné y verrugas virales.

La prevalencia según el tipo de síntoma de ansiedad en los casos fue:

Estado de ánimo. 32 (96.6%)

Tensión. 29 (87.8%)

Temores. 27 (81.8%)

**Insomnio. 26 (78.7%)**  
**Intelecto. 19 (57.5%)**  
**Animo deprimido. 30 (90.9%)**  
**Síntomas somáticos. 10 (30.3%)**  
**Síntomas cardiovasculares. 19 (57.5%)**  
**Síntomas respiratorios. 20 (60.6%)**  
**Síntomas gastrointestinales. 19 (57.5%)**  
**Síntomas genitourinarios. 15 (45.4%)**  
**Síntomas autonómicos. 30 (90.9%)**  
**Conducta durante la entrevista. 21 (63.6%).**

Los trastornos en controles fueron:

**Estado de ánimo. 19 (86.3%)**  
**Tensión. 17 (77.2%)**  
**Temores. 15 (68.8%)**  
**Insomnio. 14 (63.6%)**  
**Intelecto. 13 (59.0%)**  
**Estado de ánimo deprimido. 14 (68.1%)**  
**Somático. 6 (27.2%)**  
**Síntomas cardiovasculares. 4 (18.1%)**  
**Síntomas respiratorios. 7 (31.8%)**

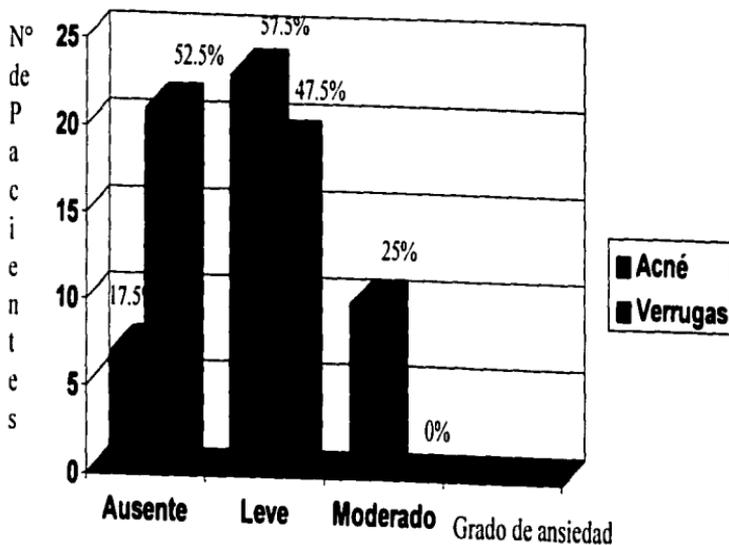
	Casos( n=40)	controles(n=40)
con ansiedad	<b>33(82,5%)</b>	<b>21(52.5%)</b>
sin ansiedad	<b>7(17.5%)</b>	<b>19(47.5%)</b>

**Tabla 1 casos y controles con ansiedad de los 40 pacientes respectivamente**

	casos (n=33)	controles (n= 21)
leve	<b>23(69.7%)</b>	<b>21(52.5%)</b>
moderado	<b>10(30.3%)</b>	<b>0(0%)</b>

**Tabla 2 grado de ansiedad que se presenta entre los casos y controles**

## Grado de ansiedad acné- verrugas entre los pacientes de la muestra



Grafica 3

	casos (33)	controles(21)
Estado de ánimo	<b>32(96.6%)</b>	<b>19(86.3%)</b>
Tensión	<b>29(87.8%)</b>	<b>17(77.2%)</b>
Temores	<b>27(81.8%)</b>	<b>15(68.8%)</b>
Insomnio	<b>26(78.7%)</b>	<b>14(63.6%)</b>
Intelecto	<b>19(57.5%)</b>	<b>13(59.0%)</b>
Animo deprimido	<b>30(90.9%)</b>	<b>15(68.1%)</b>
Síntomas Somáticos	<b>10(30.3%)</b>	<b>6(27.2%)</b>
Síntomas cardiovascular	<b>19(57.5%)</b>	<b>4(18.1%)</b>
Síntomas respiratorios	<b>20(60.6%)</b>	<b>7(31.8%)</b>
Síntomas Gastro-intestinales	<b>19(59.5%)</b>	<b>5(22.7%)</b>
Síntomas genito-urinarios	<b>15(45.4%)</b>	<b>7(38.1%)</b>
Síntomas autonómicas	<b>30(90.9%)</b>	<b>13(59.0%)</b>
Conducta entrevista	<b>21(63.6%)</b>	<b>7(31.8%)</b>

Tabla 3. Trastornos de ansiedad entre casos y controles.

**Síntomas gastrointestinales. 5 (22.7%)**

**Síntomas genitourinario. 8 (38.1%)**

**Síntomas autonómicos. 13 (59.0%)**

**Conducta durante la entrevista. 7 (31.8)**

**(Tabla 3)**

### **VARIABLES SECUNDARIAS**

**Casos:**

**Los tipos de acné entre los casos fueron:**

**Acné pápulo-pústuloso. 26 (65%)**

**Acné comedónico. 11 (27.5%)**

**Acné conglobata. 3 (7.5%) (Gráfica 4)**

**Grado de acné observado en los casos fue:**

**Grado I. 6 (15%)**

**Grado II. 18 (45%)**

**Grado III. 11 (27%)**

**Grado IV. 2 (5%)**

**Grado V. 3 (7,5%).**

**Entre los hombres (n=14)**

**Grado I. 1 (7.1%)**

**Grado II. 6 (42.9%).**

**Grado III. 4 (28.6%)**

**Grado IV. 1 (7.1%)**

**Grado V. 2 (14.3%).**

**Entre las mujeres (n=26)**

**Grado I. 5 (19.2%)**

**Grado II. 12 (46.2%)**

**Grado III. 7 (26.9%)**

**Grado IV. 1 (3.8%)**

**Grado V. 1 (3.8%).**

**(Tabla 3)**

**Los diferentes grados entre los tipos de acné**

**Entre los pacientes con acné pápula-pústular:**

**Grado I. 4 (15.3%)**

**Grado II. 12 (46%)**

**Grado III. 9 (34.6%)**

**Grado IV. 1 (3.8%)**

**Entre los de acné comedónicos**

**Grado I. 2 (18.1%)**

**Grado II. 6 (54.5%)**

**Grado III. 2 (18.1%)**

**Grado IV. 1 (9.0%).**

**En el conglobata los 3 pacientes correspondían al Grado V. (Tabla 5)**

**Controles:**

**El número de verrugas promedio 13.25(D.E 10.72)**

**El número de verrugas entre los hombre fue de 13(D.E 9.5)**

**Números de verrugas entre las mujeres fue de 13.8(D.E 9.5)**

**Tiempo de evolución del padecimiento:**

**Tiempo de evolución promedio entre los casos con acné fue de**

**49.48 meses (D.E.40.17)**

**Entre los hombres de 34.18 meses(D.E. 24.18 )**

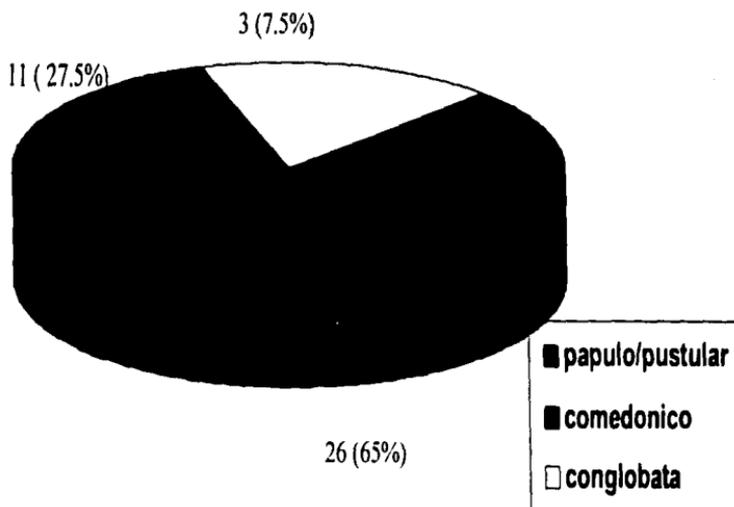
**Entre las mujeres con 55.43 meses(D. E. 42.7)**

**Tiempo de evolución promedio del grupo control fue de 253.72 días (D.E 578.37).**

**Entre los hombres 408.55 días ( D. E. 707.27)**

**Entre las mujeres es de 335 días (D.E. 311.7)**

# Tipos de Acné



Gráfica4

Grado de acné	pápulas- pústulas(26)	comedones(11)	conglobata(3)
Grado I	15.3%	18.1%	
Grado II	45.5%	54.5%	
Grado III	34.6%	18.1%	
Grado IV	3.8%	9.0%	
Severo			7.5%

Tabla 4. Tipos de acné y el grado en que aparecen

	masculino(14)	Femenino(26)	Muestra(40)
Grado I	7.1%	15.3%	15%
Grado II	42.9%	46%	45.5%
Grado III	28.6%	34.6%	27%
Grado IV	7.1%	3.8%	5%
Severo	14.3%	3.8%	7.5%

Tabla 5. Grado de acné y su frecuencia entre los sexos.

## **ANALISIS**

1. **Variabes demográficas.** No se observó diferencia significativa ( $p=0.16$ ) entre los grupos de casos y controles.

2. **Variable principal.** La presencia de algún grado de ansiedad con la ausencia de ésta se comparó entre los casos y los controles mediante la prueba de chi cuadrada para dos grupos independientes observándose una razón de momios de 4.3 (I.C. 1.4-13.6)  $p= 0.009$ . Lo anterior nos indica que el paciente con acné tiene cuatro veces más riesgo de padecer trastornos de ansiedad que el paciente con verrugas virales.

En cuanto a la intensidad de la ansiedad, esta solo fue leve o moderada en casos y leve en controles por lo que no se observaron diferencias significativas entre los grupos.

Mediante la prueba exacta de Fisher se compararon los diferentes trastornos de ansiedad encontrándose diferencias significativas para:

1. Estado de ánimo. R.M.= 4.4 (I.C. 1.5-13.6)  $p= 0.005$ .
2. Tensión. R.M.=3.6 ( I.C. 1.3-10.2)  $p= 0.01$ .
3. Temores. R.M.=3.5 (I.C. 1.3-9.7)  $p=0.01$ .
4. Insomnio. R.M.=3.4 (I.C. 1.3-9.7)  $p=0.01$ .
5. Animo deprimido. R.M.= 5 (I.C. 1.7-14.8)  $p=0.001$ .
6. Síntomas cardiovasculares. R.M.= 8.1 (I.C. 2.2-32.9)  $p=0.0003$ .
7. Síntomas respiratorios. R.M.= 4.7 (I.C. 1.5-15.6)  $p=0.004$ .

8. Síntomas gastro-intestinales. R.M.= 6.3 (I.C. 1.8-22.9)  $p=0.001$ .
9. Síntomas autonómicos. R.M.= 6.2 (I.C. 2.1-18.8)  $p=0.0002$ .
10. Conducta entrevista. R.M.= 5.2 (I.C. 1.7-16.6)  $p=0.002$ .

No se encontraron diferencias significativas en los siguientes trastornos de la ansiedad:

1. Intelecto. R.M.=1.9 ( I.C. 0.7-5.2)  $p=0.25$ .
2. Síntomas somáticos. R.M.=1.9 (I.C. 0.5-6.7)  $p=0.4$ .
3. Síntomas génito-urinarios=2.8 (I.C. 0.9-9.1)  $p=0.08$ .

### 3.-Variables secundarias:

Con respecto al grado y tipo de acné no se encontró correlación con presencia de ansiedad, severidad de esta o con algún tipo específico de los trastorno de ansiedad.

## COMENTARIOS

En este estudio se encontró una frecuencia significativamente mayor de ansiedad en los pacientes con acné que en los pacientes con verrugas virales aunque esta ansiedad fue leve en la mayor parte de los casos.

Se puede pensar que el que la ansiedad sea leve se debe al grupo de edad de los pacientes (adultos) y a la evolución del acné que fue en general de largo tiempo. Es factible que el paciente se ha podido adaptar o acostumbrar a su acné. Los resultados reportados por otros autores con respecto a grados de mayor severidad de la ansiedad se derivan de estudios en grupos de edad dentro de la pubertad y adolescencia.

Como apunta Koo, éstos pacientes, independientemente de su acné, presentaban problemas de autoestima, dificultad de relación social y su identidad estaba en estado precario. (19)

En este trabajo se pretendió eliminar esas variables, ya que se considera que los pacientes a la edad adulta ya presentan maduración de identidad, económica y sexual, lo que implica que pueden manejar mejor el problema del acné.

Por otro lado, Dion en su artículo "Lo que es bello es bueno" dice que la belleza física es signo de belleza interior, belleza espiritual y moral [Schiller 1882](32). La belleza y el atractivo físico son de mucha importancia para la

humanidad. La popularidad, la selección de pareja o de carrera están afectados por el atractivo físico.

Todos los años se gastan millones de dólares en cosméticos y moda para mejorar la apariencia del consumidor pero científicamente no hay mucho conocimiento de las causas que motivan esto.

En un estudio que hizo Cross, la preocupación por la belleza facial se encontró con las puntuaciones más altas en las mujeres y los adolescentes. (33) Así, es la mujer, en especial la adolescente la que más se preocupa por su apariencia física y por lo tanto acude con más frecuencia a las consultas dermatológicas.

En cuanto a la actitud de los pacientes con respecto a la invitación al estudio, la mayoría de los pacientes con acné se alegraron de entrar al éste. Algunos fueron referidos a consulta de psicología a petición de ellos mismos. Dos pacientes masculinos se negaron a entrar al estudio pero no se quisieron decir la causa.

Casi todos los paciente preguntaron la causa por la cual padecían acné. Se les hizo la pregunta de qué pensaban ellos sobre las causas de su acné. La respuesta en su mayoría fue que no sabían; unos hablaron de dieta, otros sobre la masturbación y la mayoría lo relacionaba con el estrés.

Todos se sentían incómodos con su acné. Dos de los pacientes masculinos tenían problema para encontrar pareja.

## **CONCLUSIONES**

- 1) Los pacientes adultos con acné tuvieron cuatro veces más riesgo de presentar algún trastorno de ansiedad medido con la Escala de Ansiedad de Hamilton, que los pacientes adultos con verrugas virales en topografía fuera de la cara.**
- 2) El 82.5% de los pacientes con acné tuvieron algún trastorno de ansiedad leve o moderada.**
- 3) Dentro de los tipos de trastornos de ansiedad tuvieron una frecuencia significativamente mayor: el estado de ánimo, tensión, temores, insomnio, ánimo deprimidos, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas autonómicos y la conducta durante la entrevista.**
- 4) El tipo de acné más frecuentemente observado fue el pápulo-pústuloso en 65%, comedónico 27.5% y conglobata 7.5%.**
- 5) La intensidad predominante de los grado de acné fue el grado II.**
- 6) La ansiedad debe ser considerada dentro del cuadro clínico del paciente adulto con acné y se deben establecer medidas de manejo concomitante al manejo específico del acné, sobre todo en los casos de ansiedad moderada a severa.**

**BIBLIOGRAFIA**

- 1) Saúl A. Lecciones de Dermatología 13ª Edición 1993; Méndez editores México D.F.:371-387.
- 2) Medansky R.S., Handler, Dermatopsychosomatics: Clasification, Psychology and therapeutic approaches. *J Am Acad Dermatol* 1981;5:125-136.
- 3) Sulzberger MB, Zaidens SH, Psychogenic factors in dermatological disorders. *Med Clin North Am* 1948;32:669.
- 4) Rubinow DR, Peck GL Squillace KM, et all, Reduced anxiety and depression in cystic acne after succesfull treatment with oral isotretinoin. *J Am Acad Dermatol* 1987;17:25-32.
- 5) Wu SF Kinder, Trumel TN, Fulton JE. Role of anxiety and anger in acne patients; a relationship with severity of the disorders *J Am Acad Dermatol* 1988;18:325-332.
- 6) Fitzpatrick B, *Dermatology in General Medicine* 4<sup>th</sup> Edition Vol 1 1993;709-726.
- 7) Leyden J, New understanding of de pathogenesis of acne, *J Am Acad Dermatology*;32: 15-25.
- 8) Plewig Kligman AM. *Acne morphogenesis and treatment* Springer verlag NY Heidelberg Berhhin 1975:162-163.

- 9) Kaminer MS, Gilchrest. The many faces of acne. *J Am Acad Dermatol* 1995;32:6-14.
- 10) Thiboutot DM., Lookinbill D.P, Acne: Acute or chronic disease in *J Am Acad Dermatol* 1995;32:2-6.
- 11) Burton JL, Cunliffe WJ, Stratford I. The prevalence of acne vulgaris in adolescence. *Br J Dermatol* 1971;85:119-26.
- 12) Kligman AM, An overview of acne. *J Invest Dermatol* 1974;62:268-87.
- 13) Cunliffe WJ, Gould DJ, Prevalence of facial acne in late adolescence and adults. *Br Med J* 1979;1:1109-1110.
- 14) Kilgman AM, Postadolescence acne in women. *Cutis* 1992;48:75-77.
- 15) Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology Textbook of skin disorders of childhood and adolescence 2<sup>nd</sup> Edition W.B.Saunders Co. 1993:136-155.
- 16) Rook Wilkinson, Ebling Textbook of Dermatology 5<sup>th</sup> Edition Blackwell Scientific Publications Vol 3 1992:1717.
- 17) Voorhees JJ, Wilkins JW Jr, Hayes E et al. Nodul cystic acne as a phenotypic feature of the XYY genotype: Report of 5 cases, review of all known XYY subjects with severe acne, and discussion of XYY cytodiagnosis. *Br Med J* 1972;105:913-9.
- 18) Kenyon FE, Cantab MA, Psychosomatic aspects of acne. *Br J Dermatol* 1966;78:344-351.

- 19) Koo JY, Smith LL MS IV, Psychogenic aspects of acne. *Ped Dermatol* 1991;8:185-188.
- 20) Hughes II, Brown BW, Lawis GF. Treatment of acne vulgaris by biofeed back relaxation and cognitive imaginary. *J Psychosom res* 1983;27:185-191.
- 21) Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders 3th Edition Washington DC American Psychiatric 1987:222.
- 22) Panconsi ECA, Giogini S et al. A psychosomatic approach to dermatology cosmetology. *Int J Dermatol* 1983;22:449-454.
- 23) Motley RJ, Finlay AY. How much disability is caused by acne. *Clin exp Dermatol* 1989;14:194-198.
- 24) Cunliffe WJ: acne and unemployment. *Br J Dermatol* 1986;115:379-383.
- 25) Geist JH. Treatment of obsesive compulsive disorders. Psychotherapies drugs and other somatics treatment. *J Clin Psychiatry* 1990;51(supl):44-50.
- 26) Sneddon J, Sneddon I. Acne excorée: a protective device. *Clin Exp Dermatol* 1983;8:65-68.
- 27) Gupta MAD., Gupta A., Psychodermatology: An update. *J Am Acad Dermatol* 1996;34:1030-46.

- 28) Greist J., Jefferson J., In Trastornos de ansiedad en Psiquiatría General 2ª edición 1989; Editorial el manual Moderno, S.A. De C.V: México D.F: 367-384.
- 29) Savin JA, Cotterill. Psychocutaneous Disorders in Champion R, Burton J. Textbook of Dermatology 5th Edition Ebling editors Oxford: Blackwell Scientific Publication 1992:2479-96.
- 30) Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders 4th Edition Washington D.C. American Psychiatry Association 1994:401-456.
- 31) Hamilton M., The assesment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959;32:50-55.
- 32) Dion L, Bersteid E, Walter E. What is beautiful is good. J of Personal and social Psychol 1972;24:285-290.
- 33) Cross JF, Cross J. Age, sex, race and the perception of facial beauty. Develop Psychol 1971;5:433-439.

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

**ANEXOS**

ANEXO I

RECOLECCION DE DATOS

FECHA: (\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/)  
D M A

NUM: (\_\_\_\_/\_\_\_\_)

NOMBRES E INICIALES DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE EVOLUCION DE LAS VERRUGAS: \_\_\_\_\_ DIAS/SEMANAS/MESES/AÑOS

CRITERIOS DE INCLUSION

EDAD ENTRE 18 Y 25 AÑOS

DIAGNOSTICO DE VERRUGAS

INMUNOCOMPETENTE

CRITERIO DE EXCLUSION

< DE 18 O > DE 25

INMUNOCOMPROMETIDO

ENFERMEDAD MENTAL

DEFECTO FISICO INCAPACITANTE

NUMERO DE VERRUGAS: \_\_\_\_\_

ANEXO 2

RECOLECCION DE DATOS

FECHA: (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)  
D/ M/ A

NUM.: (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

NOMBRE O INICIAL DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

DURACION DE ACNE: \_\_\_\_\_ (años)

CRITERIOS DE INCLUSION

CRITERIOS DE EXCLUSION

EDAD ENTRE 18 Y 25 AÑOS  
DIAGNOSTICO DE ACNE ACTIVO  
INMUNOCOMPETENTE

< DE 18 O > DE 25  
INMUNOCOMPROMETIDO  
REACCION ACNEIFORME  
ENFERMEDAD MENTAL  
DEFECTO FISICO INCAPACITANTE  
SECUELAS DE ACNE

ACNE	COMEDONICO	PAPULO- PUSTULOSA	CONGLOBATA
GRADO I	< de 10	< de 10	SEVERO
GRADO II	10 - 25	10 - 20	SEVERO
GRADO III	25 - 50	20 - 30	SEVERO
GRADO IV	> de 50	> de 50	SEVERO

ENTREVISTA PSICOLOGICA

APLICACION DE LA ESCALA DE HAMILTON (ver Anexo)

CALIFICACION DE ANSIEDAD: \_\_\_\_\_

:

# ESCALA EVALUATIVA DE LA ANSIEDAD

(basada en la escala de HAMILTON)

EVALUACION DE  
LOS SINTOMAS

Ninguno 0 (ausente)  
 Un poco 1 (perceptible)  
 Moderado 2 (dificulta el trabajo, empieza a incapacitarse)  
 Grave 3 (parcialmente incapacitado para trabajar)  
 Gravisimo 4 (incapacitado para trabajar)

	Fecha de la visita	Puntuacion				
		1a visita	2a visita	3a visita	4a visita	5a visita
1 ANSIEDAD	Tiempos vagos y mal definidos. Preocupacion intranquilidad modificaciones de la conducta no disfrute de las diversiones.					
2 TENSION	Fatiga dificultad de descansar propension a llegar tempranos actividad improductiva.					
3 TEMORES (definidos)	A la oscuridad a estranos a la soledad a animales grandes al traspaso a las multitudes a perder la seguridad lograda familiar o en el trabajo.					
4 INSOMNIO	Dificultad para dormir sueño interrumpido insatisfecho despertar.					
5 INTELLECTUAL (cognoscitivo)	Dificultad de concentrarse mala memoria.					
6 ANIMO DEPRIMIDO	Perdida de interes depresion.					
7 SINTOMAS SOMATICOS	Musculares Dolores musculares dolores generales contracciones nerviosas respirar de dientes voz temblorosa.					
	Sensoriales Tinnitus de oidos vision borrosa ráfagas de calor y de frio debilidad hormigueo.					
8 CARDIOVASCULARES	Taquicardia palpitaciones dolor toracico sensacion de desmayo.					
9 RESPIRATORIOS	Presion toracica sensacion de ahogo sudores dificultad o incomodidad en la respiracion.					
10 GASTROINTESTINALES	Dificultad al ingerir borborismo dispepsia torpidez impanismo nauseas vomitos diarrea estreñimiento.					
11 GENITOURINARIOS	Miccion frecuente amenorrea frigidez perdida de la libido impotencia.					
12 AUTONOMOS	Sequedad de la boca sudores palidez transpiracion vertigos cefaleas tensiones.					
13 COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA	Generalmente agitacion ritmo de conversacion acelerado hablar rapido temblor de manos sudores.					
	Fisiologicas Eructos eructos y ruidos en el abdomen eructos eructos y ruidos en el abdomen 10 por minuto respiracion superficial y ruidos de ruidos pulmonares palpitaciones ritmo parado.					

**ANEXO 4**

**INFORME DE CONSENTIMIENTO**

Estamos invitándole a participar en un estudio de investigación médica sobre la ansiedad en acné.

Por favor lea cuidadosamente este formato de consentimiento. Usted debe tener una edad entre 18 y 25 años para poder participar.

**PROPOSITO DEL ESTUDIO**

El propósito de este estudio de investigación médica es correlacionar la severidad de la ansiedad con la severidad del acné.

**PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

Esto es lo que pasará si acepta participar en el estudio :

Se someterá a una entrevista psicológica , respondiendo a preguntas relacionadas con la ansiedad.

**BENEFICIOS**

Los beneficios para usted es descubrir si esta ansiosa y someterse a tratamiento si lo desea.

**CONFIDENCIALIDAD**

La información obtenida del estudio será registrada en los formatos de reporte del caso, esta información estará disponible al investigador principal quien enviará una copia del estudio al la psicóloga en cargada del estudio. La privacidad de los datos registrado se conservará y se mantendrá la confidencialidad de su nombre. A petición expresa de usted, si lo desea, les podremos informar de su condición médica a los miembros de la familia que usted elija.

**DECLARACION DEL PACIENTE**

Voluntariamente he consentido a participar en el estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente en estudio      Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo      Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo      Fecha

Si usted tiene alguna pregunta sobre este estudio, usted puede llamar y contactar a las siguientes personas en caso de:

Información sobre el estudio o lesiones relacionados con el mismo

\_\_\_\_\_  
Investigador      Teléfono

\_\_\_\_\_  
Subinvestigador      Teléfono