

23

01962



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ANSIEDAD Y DEPRESION EN JOVENES CON ACNE JUVENIL

091-562

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A :

LETICIA SERRANO REGALADO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS

COMITE DE TESIS: DRA. MA. ELENA MEDINA MORA I.
DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ
DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ
DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ MAQUEO





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.

Oraçión de la serenidad

**DJOS CONCÉDEME SERENIDAD PARA
ACEPTAR LAS COSAS QUE NO PUEDO
CAMBJAR, VALOR PARA CAMBJAR
LAS QUE SÍ PUEDO Y SABIDURÍA PARA
DISTINGUIR LA DIFERENCIA
HÁGASE TU VOLUNTAD Y NO LA MÍA.**



**PUEDO RESUMIR EN TRES PALABRAS
TODO LO QUE HE APRENDIDO HASTA
ESTE MOMENTO SOBRE LA VIDA:
SIGUE SU CURSO**

ROBERT FROST



**AGRADEZCO MUY SINCERAMENTE A TODOS Y CADA UNO DE
LOS SERES UNICOS Y MARAVILLOSOS QUE CONOCÍ QUE HICIERON
POSIBLE LA TERMINACIÓN DE ESTA TESIS, ESPECIALMENTE A TI DRA.
PATRICIA ANDRADE PALOS POR TU PACIENCIA, GUÍA, TOLERANCIA Y
HUMANISMO, AL COMITÉ DE TESIS Y SINODALES QUE AYUDARON A QUE
CULMINARA ESTE SUEÑO HECHO REALIDAD QUE SE VINO GESTANDO
DESDE MIS AÑOS UNIVERSITARIOS DE LICENCIATURA**

ESTA TESIS ESTÁ DEDICADA A:

A MIS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, AMIGOS Y AMIGAS .

ÍNDICE

RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	4
PRIMERA PARTE	
MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO I ADOLESCENCIA	
1.1 Concepto de Adolescencia	7
1.2 Etapas de la Adolescencia	10
1.3 Etapas de la Pubertad	11
1.4 Problemas en la adolescencia	11
CAPÍTULO II ANSIEDAD	
2.1 Historia del término Ansiedad	16
2.2 Ansiedad normal y patológica	18
2.3 Ansiedad en la Adolescencia	20
2.3.1 Expresiones típicas de la ansiedad en los adolescentes	22
CAPÍTULO III DEPRESIÓN	
3.1 Breve historia del término depresión	25
3.2 Concepto de depresión	29
3.3 Depresión en la adolescencia	35
CAPÍTULO IV CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL ACNE JUVENIL	
4.1 Breve historia de la palabra acné	39
4.2 Conceptualizaciones de acné juvenil, vulgar	40
4.3 Histología de la piel	41
4.4 Características clínicas del acné vulgar	42
4.5 Etiopatogenia	43
4.5.1 Mecanismo de formación de las lesiones, formación del comedón	44
4.5.2 Factores que agravan el acné	46
4.6 Clasificación del acné juvenil	47
4.7 Tipos de tratamiento del Acné vulgar	49
4.8 Problemas emocionales asociadas a la enfermedad del acné	52
SEGUNDA PARTE	
CAPÍTULO V INVESTIGACIÓN	
5.1 Planteamiento de problemas	58

5.3 Planteamiento de hipótesis generales	59
5.4 Planteamiento de hipótesis estadísticas	59
5.5 Definición conceptual de variables independientes.	59
5.6 Definición conceptual de variables dependientes	60
5.7 Definición operacional de las VI	62
5.8 Definición operacional de las VD	62
5.9 Tipo de estudio	63
5. 10 METODOLOGÍA	
5.10.1 Sujetos	63
5.11 INSTRUMENTOS	
5.11.1 Lista de adjetivos para medir depresión (Axelrod)	64
5.11.2 Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)	65
5.11.3 Entrevista estructurada abierta	66
5.11.4 Procedimiento	67
CAPITULO VI RESULTADOS	
6.1 Análisis estadístico	70
6.2 Resultados cualitativos y comparativos acerca del conocimiento de la enfermedad del acné juvenil	76
6.3 DISCUSIÓN	86
6.4 CONCLUSIONES	95
6.5 SUGERENCIAS	97
BIBLIOGRAFÍA	98
ANEXO 1	106
ANEXO2	108
ANEXO 3	112
ANEXO 4	114

RESUMEN



La presente tesis tuvo como objetivos principales:

Identificar diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad y depresión en jóvenes con acné pápulo-pustuloso, comedónico y sin acné.

Determinar los conocimientos, sentimientos y problemas que el adolescente percibe en relación al problema del acné juvenil mediante la aplicación de una entrevista estructurada abierta.

La metodología empleada fue seleccionar de manera intencional en la preconsulta dermatológica del Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua a 100 jóvenes hombres y mujeres de entre 12 a 25 años la mitad de ellos con problemas de acné pápulo-pustuloso (30 hombres y 20 mujeres) y la otra mitad (30 hombres y 20 mujeres) con acné comedónico. Para comparar se seleccionó de manera intencional a 50 jóvenes sin problemas en piel. Posteriormente se utilizó un segundo muestreo por cuotas para balancear a los tres grupos en cuanto a la proporción de hombres y mujeres. Para conocer el nivel de ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (1975), para medir depresión se utilizó la Lista de Adjetivos de Depresión (1990) y para los conocimientos, sentimientos y problemas del acné se adecuó una Entrevista de Blanco (1989).

Primeramente se realizó un análisis de coeficiente de confiabilidad para la Lista de Adjetivos de Axelrod (alfa = .89), y del Inventario de Ansiedad Estado (alfa = .89) y para la Ansiedad Rasgo (de .79). Para la comprobación de las hipótesis se realizó el análisis de varianza (ANOVA) para detectar las diferencias en los 4 factores de depresión y en el Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad rasgo y estado en los tres grupos, siendo los jóvenes con acné pápulo-pustuloso y con acné comedónico los que obtuvieron puntajes más altos en los 2 factores. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas solo en el factor de felicidad-tristeza de la escala de depresión siendo más felices los que no tienen acné. Complementando este hallazgo con el análisis cualitativo de los resultados de la Entrevista Estructurada Abierta, se encontraron más sentimientos asociados a la depresión en el grupo con acné pápulo-pustuloso; en cuanto a los sentimientos asociados a la ansiedad, autoimagen, se vieron más involucrados los del grupo con acné comedónico. Respecto a la etiología y tratamientos del acné juvenil no tienen una claridad solo lo que el común de la gente conoce (familiares, amigos, vecinos, etc.) El grupo con acné pápulo-pustuloso se vio más afectado en el desempeño de actividades escolares, laborales, recreativas, de cuidado estético, no obstante, los jóvenes con acné comedónico les resulta más difícil disfrutar de actividades recreativas y no tanto por la severidad de sus lesiones sino por su actitud de afrontamiento.

INTRODUCCIÓN

México es un país de jóvenes, se requiere promover y canalizar positiva y adecuadamente las energías y potencialidades de estos grupos. Sin embargo no existe en México la descripción en el aspecto emocional de lo que es un joven con acné juvenil ni por los problemas más comunes por los que atraviesa, si se quiere encontrar la explicación y raíz de su conducta, necesariamente se tiene que ir a la sociedad y realidad a la que pertenece como es su familia, en su grupo social, en su vida cotidiana, en la construcción de su realidad y ocuparse por estudiar su forma de ser, de pensar y de actuar con este problema.

La adolescencia es una etapa de la vida del hombre que se ubica aproximadamente entre los doce y los veinte años de edad. Este adolescente es un niño que se transforma en el fulgor ambivalente de las hormonas gónadas y en la piel se observa este cambio. Con la llegada de la pubertad, la piel suave de niño se convierte en una piel grasa, algún grano puede aparecer a la altura de la frente, las aletas de la nariz o el mentón. Es un cambio desagradable, e inevitablemente el adolescente se interesa mucho por dicho cambio. El acné juvenil en los jóvenes es un problema digno de estudiarse, según cifras del Centro Dermatológico "Ladislao de la Pascua" durante los meses de julio-agosto de 1992 se atendieron más de 5,000 consultas ocupando éste el primer lugar posee una etiología multifactorial, además se considera una enfermedad somatopsíquica, es decir que se desarrollan problemáticas emocionales a partir del desarrollo de ésta, y en algunos pacientes se agrava ante situaciones estresantes. Dicho problema hasta el momento ha sido incomprendido, poco estudiado y desconocido en población adolescente mexicana, por lo tanto, se decidió realizar este estudio con los siguientes objetivos:

- a) Identificar diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad y depresión en jóvenes con acné pápulo-pustuloso, comedónico y sin acné, mediante la aplicación del inventario de ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, (1975) y de la Lista de Adjetivos de depresión de Axelrod (1990).
- b) Determinar los conocimientos, sentimientos y problemas que el adolescente percibe en relación al problema del acné juvenil mediante la aplicación de una entrevista estructurada.

En una primera parte de la investigación realizada, se desarrollaron los temas referente al concepto de la adolescencia, etapas de la misma y de la pubertad, así como algunos de los problemas por los que atraviesan los adolescentes. En un segundo capítulo, se describe la historia y concepto del término ansiedad, además de narrar

sobre la ansiedad normal, patológica y en la adolescencia. En un tercer capítulo se menciona una breve reseña y concepto de la depresión y también en relación con la etapa de la adolescencia. También se retoman algunas consideraciones generales del acné juvenil como la historia de la palabra acné, su concepto, características clínicas, etiopatogenia, clasificación, problemas emocionales asociados a esta enfermedad, entre otros. En una segunda parte del trabajo se desarrollan los planteamientos de problemas, hipótesis generales y estadísticas, definición conceptual y operacional de variables, metodología, resultados cuantitativos y cualitativos, de los cuales se concluye que:

- Si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado en el grupo de sin acné, con acné comedónico y acné pápulo-pustuloso.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en el factor de felicidad-tristeza en el grupo de sin acné, con acné comedónico y acné pápulo-pustuloso.
- De acuerdo a los datos cualitativos en los jóvenes de ambos con acné se observan sentimientos asociados a la depresión como tristeza, inseguridad, aislamiento, llanto, sin embargo se notó una mayor afectación en el grupo de acné pápulo-pustuloso.
- En relación a los sentimientos asociados a la autoimagen como mala apariencia, pena y vergüenza, rechazo por el sexo opuesto, de los demás y de sí mismo en ambos grupos se vio afectada, no obstante se observó una mayor afectación en los jóvenes con acné comedónico.
- En tanto que los sentimientos asociados a la agresión como coraje y enojo, agresión verbal y física hacia los demás y hacia sí mismo además de burlas por parte de amigos y compañeros por la apariencia que aunque se presentaron en una menor proporción, en ambos grupos se notó una igual afectación de ellos.
- Respecto a los conocimientos que ambos grupos tienen sobre su enfermedad se pudo observar que tienen una escasa información pues argumentan que la enfermedad es debida a una alta ingesta de comida con grasas, además se notó que creen que es curable a base de cualquier procedimiento como lavarse la cara con jabón, mascarillas, tratamientos comerciales que son indicados por familiares, amigos, se observa un nulo conocimiento de que existen especialistas para prevenirlo. Se notaron reacciones psicológicas de depresión, angustia, desesperación en ambos grupos al parecer el brote de acné y una tendencia más

marcada para pellizcarse, exprimirse y rascarse en los jóvenes con acné pápulo-pustuloso. También se observó que el padecimiento de la enfermedad en ambos grupos es de un año hasta más de 5 años.

- o En el grupo con acné pápulo-pustuloso se vio afectado en actividades recreativas (aislamiento, no salir de casa, no salir a fiestas, ir con amigos, tener y/o salir con la novia (o); de cuidado estético: no utilizar ropa con escote, recogerse el cabello y maquillaje en las jóvenes adolescentes, a diferencia de los grupos de acné comedónico.
- o En cuanto al futuro del joven con acné se notó que cerca de la mitad del porcentaje de ambos grupos lo perciben negativo por las secuelas de la enfermedad.

PRIMERA PARTE
MARCO TEÓRICO
CAPÍTULO I
ADOLESCENCIA

1.1 CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

De acuerdo con Carneiro (1960) la adolescencia ha sido definida por innumerables hombres de ciencia quienes son de alguna manera los iniciadores en el estudio científico de esta edad, de entre ellos destacan los siguientes: Hall (Cit. en Carneiro, 1960) quien la concibe como un nuevo nacimiento en el cual los rasgos humanos surgen más completos; existen dualidades del cuerpo y del espíritu novedosos; se observa un desenvolvimiento menos gradual y más violento. Existe un crecimiento proporcional con cada año que transcurre siendo muchas veces el doble del que correspondería e incluso aún más; aparecen funciones importantes que por un tiempo fueron inexistentes. Se da un crecimiento de partes de órganos en las que se pierden esas antiguas proporciones, a veces de manera permanente, otras sólo por algún tiempo. Incluso el mismo Carneiro (1960) la señala como la edad del sentimiento y de la religión; de las rápidas oscilaciones del humor. Shopen (Cit. en Carneiro, 1960) la concibe como "la lucha entre el niño y el hombre, como el esfuerzo del individuo para formarse automáticamente y comprender plenamente el sentido de la propia existencia". Lemke (Cit. por Carneiro, 1960) postula que "la pubertad es el período inicial de la adolescencia y esta última como un segundo nacimiento igualmente concebido por Hall. Gross (Cit. por Carneiro, 1960) "la caracteriza como el período de la vida en que aparecen los instintos sexuales". Baeur (Cit. en Carneiro, 1960) encuentra un sentido profundo de conflicto entre el yo y el mundo". Juan Mantovani (Cit. por Carneiro, 1960) afirma: Es este el momento de más fácil sumisión de la vida a la dirección del espíritu; la edad más apta para convertir la cultura en uno de sus mayores intereses. Mira y López (Cit. en Carneiro, 1960) establecen que la adolescencia es un crecimiento acelerado, comúnmente denominado estirón el cual separa a la niñez de la pubertad. Maurice Debesse (Cit. en Carneiro, 1960) la define en términos generales como el conjunto de transformaciones corporales y psicológicas que se efectúan entre la infancia y la edad adulta. De manera separada, define a la pubertad como el momento en que aparece y se instala la función sexual y la juventud como el aspecto social de la adolescencia donde utiliza sus recursos e impulsos para construir y ocupar un lugar en el mundo. Douglas (Cit. por Carneiro, 1960) la concibe como un crecimiento hacia la madurez, mientras que Hernández Ruiz, la declara

como la época de la formación especializada. Bühler (Cit. en Carneiro, 1960) la define como la lucha y predominio de las glándulas germinativas. Su crecimiento y su desenvolvimiento relegan el crecimiento longitudinal a segundo plano. Surge un metabolismo, el cual se substrahe del predominio hormonal, nervioso y cuando la lucha por el predominio se encuentra a favor de la glándula germinativa, comienza la tercera fase de la pubertad que es la madurez (Cit. en Carneiro, 1960).

Spranger (1967) señala que el adolescente no se da cuenta ni vive su estructura psíquica ni sus estados como fenómenos evolutivos y por lo tanto no se comprende a sí mismo, ya que no tiene idea de sus crisis y evoluciones. De lo anterior se deduce de manera resumida que hay acuerdos entre las definiciones de los autores en el sentido de que durante la adolescencia se sufren cambios profundos en el organismo total, se desenvuelve una estructura corporal, la cual modifica varios procesos fisiológicos, químicos y hasta espirituales y se orientan hacia una vida adulta y se efectúa una maduración, sin embargo no es una maduración sino diferentes maduraciones tanto físicas, fisiológicas, emocionales, mentales, morales, sociales y educacionales, incluso hasta estos momentos no se sabe con certeza una edad cronológica establecida tanto en los individuos de diferentes razas ni aún de la misma raza, pudiendo afirmar que ni un mismo individuo madura armoniosamente en todos sus órganos ni en todas sus funciones. Por otra parte, el diccionario de la RAE la define como la "edad que sucede a la niñez" (Cit. en Pépin, 1975).

Tanto Brooks (Cit. en Carneiro, 1960) como Hurlock, (1994) señalan que la palabra adolescencia proviene del verbo latino *adolescere*, que significa "crecer" o "crecer hacia la madurez". Hurlock (1994) por su parte menciona que la adolescencia es un período de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto.

Lefrancois (1981) y Brooks, (Cit. en Carneiro, 1960) la definen como el período de vida que comienza alrededor de los 11 a los 12 años y termina justo antes de los 20 años. Por otro lado, se considera a la adolescencia como el período entre la infancia y la edad adulta (Darley, 1990; Morris, 1992; Papalia, 1992) durante el cual el individuo aprende las habilidades necesarias para sobrevivir como adulto; es una fase del desarrollo que se inicia en la pubertad, siendo determinada más social que biológicamente (Darley, 1990).

Mckinney, Fitzgerald y Strommen (1982) definen a la adolescencia de dos maneras: primeramente como una etapa de transición en la que el individuo experimenta angustia al encontrarse en la línea divisoria de seguridad de la niñez y el mundo desconocido del adulto.

Señalan que la adolescencia es una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás, es un período de transición entre la niñez y la adultez. Sin embargo, aclaran que si solo se le define como la terminación de la niñez por un lado y el principio de la edad adulta por el otro, dicha definición resultaría confusa para el que estudia la adolescencia y para el adolescente mismo. La otra manera de definirla es cronológicamente como aquel adolescente que se encuentre entre los 13 y 19 años, período típico entre la niñez y la adultez. Este período empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega el pleno status sociológico del adulto.

Fernández (1991) considera al adolescente como aquel individuo que deja atrás la fase de su infancia asumiendo su propio proceso de independencia, trazando o proyectando los caminos de su futuro, a través del descubrimiento de nuevos intereses, diferentes identificaciones, desarrollando nuevas actitudes y capacidades, nuevos gustos y nuevas metas. El inicio de esta adolescencia presenta en un nivel sociopsicológico el tránsito de un ánimo en reposo hacia una situación tumultuosa, sobre todo en lo que se refiere a: a) impulsos interiores, deseos, aspiraciones, estados de ánimo y humor; b) a una escala de valores, a los conceptos éticos y a la conducta y c) a la valoración del pasado y a sus perspectivas. Este cúmulo de sentimientos y emociones llevan al joven a una crisis humana existencial, amplia, profunda y lacerante, capaz de hacer tambalear el proceso de formación de la propia personalidad. No obstante, la caracterización que se acaba de describir no se debe generalizar, pues no hay que olvidar que en cada uno de los jóvenes se da un proceso propio e individual de evolución hasta el punto de que se puede afirmar que no existe adolescencia sino adolescentes. Esta fase de desarrollo de la existencia humana se sitúa en su conjunto entre los 11 y los 18 años, sin olvidar que este individuo además de encontrarse sujeto a las leyes del crecimiento y de evolución corporal está en renovación dinámica de sus sentimientos y percepciones despertándose el amor, los impulsos y las pasiones.

Hurlock (1994) señala que en términos generales, la adolescencia se inicia cuando el individuo accede a la madurez sexual y culmina cuando se independiza legalmente de la autoridad de los adultos. Como promedio la adolescencia se extiende de los 13 a los 18 años en las mujeres y de los 14 a los 18 años en los varones. Así también apunta que hay diferencia entre los patrones de conducta de adolescentes menores y mayores ya que la adolescencia la divide en dos períodos: inicial y final siendo los 17 años la línea divisoria entre ambas.

1.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Powell (1975) menciona que se han hecho muchos intentos por establecer el período de la adolescencia en términos de tiempo. El comienzo de la adolescencia se relaciona con un lapso de tiempo limitado, pero poder indicar su fin implica muchas divergencias, para ilustrar esto el autor presenta la siguiente lista:

COMIENZO DE LA ADOLESCENCIA	FINAL DE LA ADOLESCENCIA
Pubertad	Al comenzar el desarrollo sexual
Un año antes de la pubertad	A los 19 años
Al presentarse la primera menstruación	Al término del crecimiento físico
A los 13 años	Al salir de la escuela secundaria
Al contraer matrimonio	Al lograr la independencia
Al comenzar el estirón	Al lograr la emancipación Respecto de los padres.
Al ingresar a la secundaria	Al alcanzar la madurez emocional e intelectual
	A los 21 años.

Rappaport (1984) identifica a la pubertad en las mujeres a partir de los 10 a los 15 años aproximadamente, en los varones de los 13 a los 14 años. La adolescencia se da de los 16 a 18 años y la considera como el período universitario; desde los 18 a los 25 años la considera como juventud y la asocia al término de una carrera profesional o la formalización de las relaciones de pareja en vida matrimonial.

Fuentes (1989) señalan tres períodos dentro de la adolescencia y son los siguientes:

PREADOLESCENCIA	10 a 12 años
ADOLESCENCIA (PERIODO INICIAL)	13 a 16 años
ADOLESCENCIA (PERIODO FINAL)	17 a 19 años.

1.3 ETAPAS DE LA PUBERTAD

Hurlock (1994) propone las siguientes:

Etapa prepubescente: Etapa inmadura en la cual se dan los cambios corporales y el comienzo del desarrollo de las características sexuales secundarias o los rasgos físicos que distinguen a los dos sexos, pero en la que aún no se ha desarrollado la función reproductora.

Etapa pubescente: Etapa de maduración en la cual se producen las células sexuales en los órganos de reproducción pero sin que se completen aún los cambios corporales.

Etapa pospubescente: Etapa de maduración en la cual los órganos sexuales funcionan a la perfección, el cuerpo ha alcanzado la altura y las proporciones debidas así como las características sexuales secundarias desarrolladas.

1.4 PROBLEMAS EN LA ADOLESCENCIA

En la adolescencia, la actividad esencial es el tránsito de la dependencia familiar a la autorregulación independiente, sin embargo no siempre es fácil pues pueden originarse conflictos entre los padres y los adolescentes, y según Sarafino y Armstrong (1988) no son frecuentes los conflictos importantes y plantean que la mayoría de los adolescentes tienen buenas relaciones con sus padres, en parte porque sus valores y actitudes son diferentes. Aún en aquello en lo que difieren, las actitudes de los adolescentes tienden a parecerse a las de sus progenitores, conforme avanzan hacia la edad adulta. Por otra parte, Barrera y Kerdel (1987) reconocen que la problemática de la mortalidad entre los adolescentes de 15 a 24 años en países como Inglaterra, Suiza, Suecia, Holanda y Canadá están en el siguiente orden: Accidentes, cáncer, suicidios, enfermedad del corazón, enfermedad del sistema nervioso y anomalías congénitas. En países como Venezuela, Cuba, Chile, Perú y México aparecen los siguientes: Accidentes, homicidios, aborto y otras complicaciones del embarazo, suicidio, cáncer, neumonías, enfermedad del sistema nervioso (excluyendo a la meningitis) y tuberculosis.

No obstante, la mayoría de los países latinoamericanos carecen de datos respecto a la frecuencia de enfermedades y condiciones propias de los adolescentes, pero tomando en cuenta los informes de las unidades o centros de asistencia para adolescentes de los países desarrollados y de acuerdo con la experiencia de los autores Barrera y Kerdel (1987) mencionan que se podrían

esquematar de la siguiente manera:

PROBLEMAS O CONDICIONES ORGÁNICAS (60%)

1. Examen de reconocimiento (complexión física, crecimiento, síntomas indefinidos, etc.).
2. Enfermedades respiratorias y de oídos, nariz y garganta.
3. Accidentes y envenenamientos.
4. Condiciones dermatológicas (acné, dermatitis, micosis)
5. Enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias.
6. Afecciones génito-urinarias (ginecológicas y obstétricas)
7. Afecciones alérgicas, nutricionales y endócrinas
8. Problemas ortopédicos
9. Alteraciones del sistema nervioso
10. Misceláneos.

PROBLEMAS MENTALES Y PSICOSOMÁTICOS (40%)

1. Reacción de ajuste, o alteraciones de conducta no bien definidos como aislamiento, refracción, temores, cansancio, experimentación de drogas, llanto fácil, susceptibilidad extrema, nosofobia, egolatría, rebeldía constante, agresividad, fugas del hogar, intimidaciones, acción en grupos, rasgos destructivos, hurtos, experiencias sexuales, etc.
2. Dificultades escolares: bajo rendimiento, fracaso escolar, déficit de concentración, etc.
3. Disturbios de la personalidad: reacción psiconeurótica, fobias, síndrome simbiótico, drogadicción, intento de suicidio, delincuencia, etc.
4. Repercusión psíquica de condiciones orgánicas (defectos físicos, alteraciones del crecimiento, complexión física, déficits sensoriales, etc.)
5. Varios de interacción somatopsíquica (cefaleas, dolores, náuseas, vómitos, cansancio constante, inapetencia, glotonería, enuresis, etc.)

Barrera y Kerdel (1987) resumen que los problemas por los que el adolescente solicita atención se circunscriben en dos grandes grupos:

1. Enfermedades que tienen mayor aparición en esta edad, como los accidentes y traumatismos, o bien condiciones ya sean orgánicas o psico-intelectuales que muchas veces son producto de exageración de los cambios bio-psíquicos o de la caracterización de esta etapa; y

2. Repercusión psíquica de cualquier condición orgánica o mixta, en cuyo caso el adolescente, bajo cualquier pretexto, busca apoyo o reforzamiento de la confianza en sí mismo y hasta identificación con el profesional de la salud física y mental, a quien recurre, y tal repercusión suele extenderse hasta el núcleo familiar, especialmente hasta sus padres.

Harris (1972), Sarafino y Armstrong (1988) mencionan que el adolescente se preocupa en forma desproporcionada por no tener la apariencia física que quisiera, en él existe la necesidad de agradar de ser admirado (a), querido (a) y ser sexualmente atractivo (a), es un aspecto importante del autoconcepto y les gusta mejorarlo. Es normal que ellos se preocupen por su aspecto externo.

El tener imperfecciones sin importancia se exagera en los adolescentes de ambos sexos, esta imperfección se mantiene de manera inconsciente con la idea de que algo está mal en su interior, surgen los problemas cuando les cuesta aceptar los cambios que experimenta su cuerpo. Se preocupan de lo que opinan los demás como los amigos y hasta el propio espejo que tienen delante. Necesitan que se les reconozca por lo que son: jóvenes. Lamentablemente no es fácil que encuentren la armonía física que tanto desean, ya que la etapa que pasan está plena de contradicciones. Al querer identificarse con la mayoría que se encuentra influida por la moda de la salud perfecta, del culto de la forma física ideal, del poder de la seducción se sentirán los seres más desdichados del mundo cuando un grano de acné les estorbe, su tez magnífica se convierte en una piel demasiado grasosa. Con el paso del tiempo los jóvenes aceptan sus defectos, gracias a que adquieren confianza en sí mismos, en su cuerpo y en sus vigorosas emociones (Padioleau, 1989; Harris, 1972).

Por otro lado, Powell (1975) declara que la mayoría de los adolescentes no se sienten preocupados por la transición que viven de su desarrollo. Muchos tienen la experiencia grata viviendo con poca angustia. Otros tienen problemas graves relacionados con algunos aspectos de su desarrollo y ningún problema en otros. Otros cuantos experimentan graves conflictos en todos los aspectos del ajuste encontrando doloroso el período adolescente. No obstante Powell (1975) hace hincapié que depende del tipo de niñez que el individuo haya experimentado repercutirá en el funcionamiento como adolescente. Por ejemplo, si un individuo se sintió seguro en su niñez eso le redituará muchas posibilidades de permanecer bien adaptado durante su adolescencia; puede tener problemas pero tal vez resolverá la mayor parte de ellos en forma correcta. Por otro lado, el individuo que experimentó una adaptación deficiente durante la niñez probablemente seguirá estando inadaptado en la adolescencia e incluso en la edad adulta.

Sarafino y Armstrong (1988) describen de manera resumida las dificultades que los adolescentes enfrentan además de las ya mencionadas. Referente a los compañeros, éstos ejercen una gran presión para la conformidad de cada uno. Los adolescentes buscan y escuchan el consejo de los compañeros en determinadas situaciones que involucran consecuencias inmediatas, tales como las modas, la ropa o las diversiones. En cambio, escuchan a sus padres en cuestiones que se relacionan con objetivos a largo plazo y códigos morales básicos. Al inicio de la adolescencia, las amistades son estables, pero se modifican hacia el final de la adolescencia. Las adolescentes tienen pocas amigas, pero los chicos tienen una gran cantidad de amigos circunstanciales. Las muchachas obtienen más apoyo emocional de sus amistades que los chicos. Los factores que son importantes para el establecimiento de las amistades son la atracción física, la afinidad conductual y las similitudes de edad, sexo y raza.

Con base en lo expuesto, la adolescencia es la fase del desarrollo humano que inicia al término de la pubertad y culmina en la adultez, se caracteriza por la elevación del flujo hormonal, desarrollo y crecimiento de las glándulas sebáceas, por tanto, es muy difícil para un adulto comprender cuán penoso es tener acné como lo puede ser para un adolescente, consecutivamente, el trastorno más frecuente e importante desde la perspectiva dermatológica es el acné. De ahí que el interés por indagar los problemas que el acné ocasiona a los adolescentes hace posible este estudio pues la sola administración del tratamiento sistémico o local no es suficiente para ayudar a los pacientes con acné, según datos encontrados por Haygo (1994) (Cit. En Diccionario de Especialidades Dermatológicas, 1995), el acné vulgar es la enfermedad más común de todas las enfermedades de la piel y halló en una población de entre 12 y 15 años la afectación en un 80% acompañada de un impacto físico, psicológico y económico muy importante, argumenta que ha habido progresos en el conocimiento de la enfermedad, no obstante se necesita implementar en instituciones de salud pública o privada, programas de información y apoyo psicológico preventivo acerca de los síntomas físicos y psicológicos que resultan por padecer acné tanto en población adolescente como en jóvenes.

Resumiendo, el acné afecta en el desarrollo de la personalidad en algunos adolescentes y es uno de los problemas dermatológicos más frecuentes, son bien conocidos los signos clínicos: la piel excesivamente oleosa con comedones, pápulo-pustuloso, quistes pequeños o mayores que dejan cicatrices de intensidades y grados variables (Grinder, 1980). En forma evolutiva, el problema del acné se inicia de manera insidiosa y su avance es gradual, evoluciona por brotes de diversa intensidad, hace su aparición en la pubertad, época en la cual la piel se hace más grasosa,

se engruesa y se dilatan los orificios de los folículos (piel naranja), florece hacia los 17 a 18 años para decrecer paulatinamente siendo habitual que desaparezca espontáneamente entre los 20 y 25 años de edad, por tal motivo se justifica la descripción del concepto de adolescencia y de sus etapas en las cuales se divide en este apartado, pues como se observará el acné se desarrolla desde el inicio de la adolescencia hasta la juventud.

CAPITULO II

ANSIEDAD

2.1 HISTORIA DEL TÉRMINO ANSIEDAD

Freud (1926) habla de una angustia realista como aquella reacción frente a la percepción de un peligro exterior es decir, de un daño esperado, previsto unida al reflejo de la huida. Se encuentra un apronte para el peligro que se exterioriza en un aumento de la atención sensorial y en una tensión motriz.

Apronte angustiado para Freud es más adecuado que el término angustia ya que éste se refiere al estado y prescinde del objeto a diferencia de la angustia realista. Así también podría decirse que el hombre se protege del horror mediante la angustia. El nombre de angustia (Angst) angustiae, angostamiento (Enge) destaca el rasgo de la falta de aliento que en ese momento fue consecuencia de la situación real y hoy se reproduce casi regularmente en el afecto. El yo emprende un intento de huida frente al reclamo de su líbido y trata ese peligro interno como si fuera externo. La reacción frente al peligro consiste en una mezcla de afecto de angustia y acción de defensa. El animal aterrorizado se angustia y huye, pero lo adecuado en ese caso es la huida, no el angustiarse.

Por otra parte en la angustia neurótica se encuentra un estado general de angustia, una angustia flotante porque influye sobre el juicio, escoge expectativas, acecha la oportunidad de justificarse. Se llama a este estado "angustia expectante" o "expectativa angustiada". Las personas aquejadas de ésta prevén posibilidades muy terribles, interpretan cada hecho accidental como indicio de una desgracia. La inclinación a esa expectativa es un rasgo de carácter que según en su época la observaba en muchos hombres que no se podrían llamar enfermos sino hiperangustiados o pesimistas, pero según el autor un grado llamativo de angustia expectante si podría pertenecer a una afección neurótica que llamó "neurosis de angustia" incluidas en las neurosis de esa época

Freud (1925) agrega en su escrito que hay un vínculo entre la angustia neurótica, que es líbido aplicada de manera anormal y la angustia realista que corresponde a una reacción frente al peligro.

Datos históricos descritos por Spielberger (1972) acerca del estudio de la ansiedad señalan primeramente a Cohen (1969) quien declara al miedo y la ansiedad como emociones humanas fundamentales, las cuales se ven reflejadas en los antiguos jeroglíficos egipcios. Posteriormente

James Kritzeck del Departamento de Estudios Orientales de Princeton, observa un interés central de la ansiedad en el trabajo del filósofo medieval Ala Ibn Hazm de Córdoba, escrito en el siglo XVII, en el cual asevera inequívocamente la universalidad de la emoción como una condición básica de la existencia humana. En 1950 May en su clásico libro del significado de la ansiedad examina la evidente centralidad del problema de la ansiedad en la literatura contemporánea, música, arte y religión. Spielberg encuentra que algunos puntos de vista del filósofo Spinoza influyen significativamente en la teoría moderna de la ansiedad. Menciona que para Spinoza el miedo fue esencialmente un estado de la mente o una actitud, una condición subjetiva de incertidumbre en la cual había una expectativa dolorosa ante un acondicionamiento desagradable. Por otra parte, Spielberg señala que mientras los puntos de vista de Spinoza eran compartidos por la mayoría de los intelectuales del siglo XVII, éstos fueron cuestionados por Pascal quien aseguró la existencia de mucha irracionalidad e inquietud tanto en Spinoza como en el hombre, pues reconoce claramente el poder de las emociones y la influencia en la conducta humana así como un insuficiente dominio de la razón sobre la pasión. Los filósofos existencialistas como Shelling, Schopenhauer y especialmente Kierkegaard declaran que el siglo XIX se caracterizó por un control racional de emociones, sin embargo insiste que la realidad puede ser aprovechada y experimentada tanto en aquellos individuos u organismos pensantes que tienen sentimientos. En ese mismo siglo los biólogos mostraron un interés marcado por el miedo y la ansiedad, Darwin creyó que el experimentar el potencial del miedo sería una característica inherente del hombre y los animales, desarrollándose mecanismos de adaptación a lo largo de innumerables generaciones y formados a partir de los procesos de la selección natural en aquellos quienes por fortuna se enfrentó y escaparon de muchos riesgos que pusieron en peligro su existencia. En este siglo XX, la ansiedad emerge como problema central y predominante en la vida moderna y es French y otros quienes la denominan como el siglo del miedo; o como Bernstein titula a su segunda sinfonía como la época del miedo.

Spielberger (1972) señala a Freud como el que más contribuyó a la comprensión del fenómeno de la ansiedad; en 1894 la define como el "sentir alguna cosa" un estado emocional (afectivo) desagradable; diferente también de la neurosis de ansiedad y como síndrome clínico distinto de la neurastenia. Consideró a la ansiedad como la base de todas las formaciones de los síntomas neuróticos, además de entenderla no únicamente como problema central de las neurosis, sino como esencia para el desarrollo y comprensión de la teoría de la conducta humana. A principios del siglo XIX, se publican con regularidad en la literatura psiquiátrica estudios clínicos sobre ansiedad, de entre ellos estuvieron los de Pavlov con la neurosis experimental la cual contribuye a que se desarrollen numerosas investigaciones del miedo y la ansiedad en seres

humanos, sin embargo la complejidad del fenómeno de la ansiedad, la falta de instrumentos apropiados para medirla así como los problemas éticos asociados a la provocación de la ansiedad en el laboratorio, originó escasas investigaciones. No obstante, a mediados del siglo, el interés por investigar a la ansiedad estuvo fuertemente estimulada por el desarrollo de la escala de Taylor; Sarason y Madler elaboraron los primeros instrumentos para evaluar ansiedad y miedo en adultos. Recientemente se desarrolló la escala de ansiedad como una medición general; así como el test de ansiedad en niños. Spielberger declara que desde 1950 más de 2,500 artículos y libros fueron recopilados en los resúmenes psicológicos bajo el título de ansiedad. Se estima que cerca de 5000 artículos y libros sobre ansiedad han sido publicados durante las dos décadas pasadas. De esta manera, los científicos conductistas interesados por el estudio del fenómeno de la ansiedad desarrollaron no solo literatura empírica sino también una diversidad de orientaciones teóricas que reflejan el interés por el mejoramiento de la práctica profesional, obtenidas a partir de objetivos alcanzados en la investigación.

2.2 ANSIEDAD NORMAL Y PATOLÓGICA

La ansiedad es un fenómeno complejo que puede ser definido como una experiencia emocional en la cual el ser humano se ve involucrado. Como estado emocional normal a moderado es parte de una experiencia natural, nos es útil para mejorar el esfuerzo, como tensión nos ayuda a mantener altos patrones de trabajo y conducta, pero en exceso es una desventaja pues daña la eficacia en la productividad del ser humano (Linford, 1973).

Poinso y Gori (1972) denominan a la ansiedad con el término de angustia, refieren que la angustia existencial es ingrediente común del casi total de los comportamientos. Es inherente a la condición humana; y visto como ansiedad también es un fenómeno humano normal (Linford, 1973)

pero lo que marca su carácter de normal o patológica es la forma de integrarla, de resolverla, con un mínimo de desgaste y con un máximo de coherencia (y teniendo en cuenta las compatibilidades y las exigencias de la realidad, las pulsiones y las instancias); si esta forma de resolución adaptada por el individuo representa un desgaste costoso para él o los mecanismos que utiliza son demasiados rígidos y acarrea una pérdida de plasticidad adaptativa, o cuando la lucha contra la angustia amenaza la coherencia de la organización intra y/o interpersonal se dice que es patológica. También es patológica cuando interviene con el bienestar general o con la eficacia (Linford, 1973).

La ansiedad como el temor, tiene su origen en lo desconocido en lo misterioso, sea cualquier tipo de experiencia incierta como por ejemplo si escuchamos un sonido muy intenso pero no identificamos quién o qué lo produjo, similar a esto sucede con la ansiedad al no poder identificarla ni describirla con palabras y por lo tanto no se puede comprender en el momento mismo que se experimenta (Gallgher y Roswell, 1966). Dicho peligro procede de la perturbación de la homeostasis. El nacimiento constituye el prototipo de ello. La angustia o ansiedad es una reacción del yo frente a un peligro y de esta forma constituye una defensa, pero también una reacción frente a la espera de un peligro posible. Tiene como característica contraria al miedo la indeterminación y la ausencia del objeto temido. Cada vez que se produce o podría producirse un acontecimiento percibido como amenazador, aparece la angustia como señal y tiene como función el evitar la aparición del displacer. Aparece ante el yo como afecto desagradable ya que éste es la única instancia que puede experimentar, es el único capaz de percibir el peligro y de hacer entrar en acción a los medios para evitarlo (Poinso y Gori, 1972).

Conceptualmente la ansiedad se define como el estado psicológico persistente y recurrente surgido de un conflicto interior; vivido como un distrés experimentando sentimientos vagos de inquietud o presentimiento de estar al filo de la existencia, sentimientos de miedo, furia, irritabilidad, desasosiego, depresión entre otros sentimientos difusos y desconocidos. Este conflicto oculto, emana del choque entre la incompatibilidad de impulsos, deseos y valores. Tales conflictos existen cuando una persona quiere ser popular pero sus escrúpulos se encuentran en contra de las acciones que necesita realizar para llegar a serlo; la ansiedad también puede manifestarse en un estado de conciencia pues la persona está enterada de la naturaleza de su conflicto y de la manera en que el conflicto afecta sus sentimientos y a su conducta (Jersild, 1978). Por otra parte, Linford (1973) señala que la ansiedad es una característica común en muchas situaciones tanto psiquiátricas, médicas y quirúrgicas, dado que tiene un número considerable de concomitantes fisiológicas que involucran a la mayoría de los sistemas del cuerpo humano.

De acuerdo con Spielberger (1972) la ansiedad es un estado emocional específico desagradable, con percepciones conscientes de sentimientos de nerviosismo, tensión y aprensión, asociados a la activación o excitación del sistema nervioso autónomo. Por otro lado, Kelly (1980) plantea que la ansiedad puede ser definida como una experiencia subjetiva de peligro o distrés o por la necesidad de hacer un esfuerzo especial. Perugi; Akiskal y Deltito (Cit. en Martín, R.; et al., 1988) plantean que la ansiedad es una manifestación universal humana que se da en respuesta al estrés y puede considerarse patológica cuando:

- a) la ansiedad como emoción sea recurrente o persistente

b) sale fuera de toda proporción o control provocada por alguna situación en la que el daño no es visible

c) cuando el individuo se paraliza con una sensación de impotencia o incapacidad que le impida ejecutar una acción apropiada para terminar con la situación provocadora de ansiedad y

d) cuando ya haya daños en el funcionamiento fisiológico y psicosocial.

Croen, (Cit. en Linford, 1973) define a la ansiedad como una característica emocional displacentera, inducida por la anticipación a un peligro o frustración, la cual trastorna la seguridad y la homeostasis de la vida del individuo o del grupo biosocial en el cual se desarrolla. Hasta ahora se ha definido a la ansiedad y/o angustia, sin embargo existen varios tipos de ellas y autores como en el caso de Poinso y Gori (1972) quienes hablan a grandes rasgos de dos tipos de angustias:

A) La angustia libre o difusa, la que paraliza al individuo y entorpece su actividad.

B) La angustia ligada a los mecanismos de defensa. Es una existencia latente de angustia contra la cual luchan los mecanismos de defensa.

2.3 ANSIEDAD EN LA ADOLESCENCIA

Gallgher (1966) en su libro sobre problemas emocionales de los adolescentes en el apartado de estados de ansiedad, plantea que aunque los desórdenes emocionales graves son poco frecuentes en los adolescentes, no anula la posibilidad de que algún chico o chica haya atravesado su adolescencia sin sufrir un periodo de ansiedad temporal sin perturbación dado que en este periodo de transición todos los adolescentes se encuentran en un periodo de adaptación de los sentimientos que les provoca el proceso de su carácter sexual, el reajuste de las relaciones con sus padres, su búsqueda de independencia, el logro de su confianza mediante las metas alcanzadas que les hace sentir importantes, así como el de enfrentar la confusión que les causa la escuela, la conducta adulta, la muerte. Todas estas situaciones entre otras, generan problemas en estos adolescentes y no todos logran resolverlos en forma adecuada, pues hay adolescentes que se ven afectados desencadenando estado de ansiedad experimentada en formas diferentes; Gallgher (1966) menciona que puede darse a nivel inconsciente y se evidencia a través de algún síntoma típico de enfermedad física; otras veces puede surgir a nivel de la conciencia con respuestas corporales asociadas al temor como: el tener la boca seca, la respiración agitada, taquicardia, pupilas dilatadas, piel de gallina, pelo de punta, un nudo en el estómago y los músculos rígidos, todas éstas constituyen reacciones al temor; esto es, son indicaciones de que estamos preparados para luchar contra lo que repentinamente experimentamos una amenaza que resulta difícil de superar y todas esas respuestas sean un estado de alerta y singularmente no puedan mantenerse por mucho tiempo debido a que

las reservas de hormonas y compuestos químicos que se producen en el organismo son escasas y consumidas rápidamente.

La ansiedad como el temor, tiene su origen en lo desconocido, en lo misterioso, Framm-Reichmann (Cit. en Rosenberg, M,1960) plantea que la ansiedad se manifiesta por: 1) interferencia con los procesos del pensamiento y de la concentración, 2) hay un sentimiento de incertidumbre y desamparo frecuentemente sin razón, 3) hay una preocupación intelectual y emocional, y 4) existe un bloqueo en la comunicación. No obstante, hay varios indicadores psicológicos de la ansiedad como: temblor en las manos, nerviosismo, insomnio, palpitaciones, sensación de opresión en la cabeza, fuertes jaquecas, falta de aliento cuando no está haciendo ejercicios o trabajando mucho, transpiración de las palmas de las manos y pesadillas. Nótese que la ansiedad es un elemento representativo de la neurosis y que puede observarse en la mente del adolescente con baja autoestima.

La ansiedad según la definió Jersild (1968) (Cit. en Hurlock, 1987) "es un estado psicológico aflictivo y persistente originado en un conflicto interior. La aflicción puede ser experimentada como un sentimiento de vaga incomodidad o de presagio, como excitación o cualquier variedad de sensaciones como el miedo, ira, inquietud, irritabilidad, depresión u otros sentimientos difusos y desconocidos".

De acuerdo con Hurlock (1987) la amenaza que promueve el estado de ansiedad o angustia es más a menudo imaginaria que real. El adolescente se previene contra el problema antes de enfrentarse realmente con él. La ansiedad se distingue de la preocupación, del miedo porque es un estado emocional generalizado y no específico, es decir el individuo no está ansioso respecto de una cosa específica; está excitado en general o en un estado de desasosiego. Con frecuencia la ansiedad tiene su origen en la repetición de diversas preocupaciones diferentes con mayores probabilidades de que éstas produzcan un estado de ansiedad generalizado. Lo que provoca su ansiedad está determinado culturalmente. Por ejemplo, cuando el grupo cultural o social atribuye un valor elevado al aspecto personal o de apariencia física, para la popularidad, para la excelencia en los estudios o para la semejanza con los miembros del grupo de igual edad, puede generarse el estado de ansiedad si el adolescente cree que no responde a las expectativas culturales y sociales. Según la experiencia de Sours (1972) con el estudio longitudinal de un amplio grupo de niños obesos encontró que el problema de la obesidad puede convertirse en una actitud cultural de condena por parte de los de igual edad y de adultos, por lo que dicha actitud se considera muy nociva para quienes se encuentran en la adolescencia o pubertad con esa problemática, estas experiencias

desorientadoras provocan una baja autoestima y una mala imagen corporal, éstos datos parece ser que pueden relacionarse con uno de los objetivos planteados en esta investigación en relación a los sentimientos y problemas que el acné produce en los jóvenes que lo padecen.

2.3.1 EXPRESIONES TÍPICAS DE LA ANSIEDAD EN LOS ADOLESCENTES

Hurlock, (1987) dice que existen tres y son las siguientes:

PAUTAS DEL COMPORTAMIENTO

Para tapar su propia insatisfacción el adolescente ansioso puede retirarse al mundo de la fantasía, utiliza mecanismos de defensa y proyecta la culpa de su insatisfacción sobre otros, se vale de medios masivos como formas de escape o se dedica a actividades antisociales.

EFFECTOS SOBRE EL RENDIMIENTO

La ansiedad puede dar lugar a que las cosas se hagan con mayor velocidad, pero no necesariamente a que se logren mejores resultados. Es especialmente perjudicial en situaciones en las que la preparación es imposible, en las que implican la facultad de razonar o en las que hubo fracasos anteriores.

SUSCEPTIBILIDAD A LAS INFLUENCIAS GRUPALES

Cualquier ansiedad, específicamente la que tiene una orientación social, se hace tan sugestionable al adolescente que éste reacciona de conformidad con lo que el grupo espera de él y con la esperanza de mejorar su aceptación social.

Hurrocks (1986) señala que existe una relación recíproca entre la ansiedad y la hostilidad que una puede conducir a la otra. Una persona ansiosa, al tratar de hallar remedio o justificación para sus sentimientos puede comportarse de manera hostil, esta conducta tal vez le resulte satisfactoria a un individuo ansioso y piense que con este comportamiento está solucionando su problema y si encuentra un chivo expiatorio tal vez se volverá iracundo y lo culpe de todo lo malo que le sucede para justificar su ansiedad. Este chivo expiatorio puede ser una persona, una institución o incluso una idea. Por otra parte la hostilidad a menudo conduce a la ansiedad, dado que los actos o los pensamientos hostiles son inaceptables para la sociedad y para el individuo mismo. Ciertamente, tanto la hostilidad como la ansiedad, pueden tener su origen en la falta de habilidad para enfrentar problemas; cualquier situación en la que el individuo es incapaz de salir adelante, particularmente si se prolonga mucho tiempo, se vuelve potente capaz de producir ansiedad y hostilidad; para algunas personas ambas conductas se convierten de manera gradual en una forma de ser.

En los adolescentes las conductas de rebelión en contra de la autoridad de los adultos, como son el uso de drogas, conductas delictivas y destructivas, fraudes escolares, etc., les produce gran ansiedad que puede ser oculta o manifiesta. Por otra parte, el adquirir mayor experiencia y seguridad en sí mismo, así como un adecuado enfrentamiento a los problemas disminuye la necesidad de ser hostil y también la ansiedad. Cattell en 1957 (Cit. en Hurrocks, 1986) observó que conforme avanza la edad, hay una disminución en las puntuaciones de los niveles de ansiedad a lo largo de la vida pero en la adolescencia éstos pueden estar más elevados por los problemas difíciles que enfrentan.

Moraleda (1995) recopila a varios autores y encuentra que en el desarrollo del púber o preadolescente existen profundas transformaciones del metabolismo hormonal, así como perturbaciones en el equilibrio físico o psíquico que traen como consecuencia grandes perturbaciones en la vida afectiva como la:

A) Excitabilidad y labilidad afectiva y

B) Disposición a la Ansiedad.

La primera se manifiesta de tres maneras:

1) Hay una predisposición a las emociones, esto es, una tendencia hacia los arrebatos de cólera, indignación e impaciencia, a la irritabilidad y hostilidad dicha predisposición se denomina la segunda edad de la obstinación. Kroh (1958) y Remplein (1969) a través de una encuesta encontraron que existe doblemente la tendencia al mal humor y a la obstinación en los chicos que en las chicas. Busemark (1948) asocia esta disposición de los chicos con la predisposición a la lucha propia del hombre.

2) Se observa un aumento de la tensión nerviosa y se manifiesta en hábitos como el de morderse las uñas o la piel; el chuparse el pulgar, el morderse los labios, el tirarse del cabello, o el manosearse la cara, la vuelta a la enuresis, etc.

3) Existe un incremento de la labilidad afectiva en el púber con frecuentes cambios en su vida afectiva, alternándose con estados de relajamiento como cansancio y sentimientos de fortaleza; satisfacción-disgusto; alegría-simpatía; tristeza y mal humor evidente. Los cambios se efectúan de manera rápida y sin transiciones, el púber puede encontrarse alegre y enseguida se pone desanimado y harto de cualquier motivo importante, despreocupado cual niño travieso como a renglón seguido se muestra con la seriedad de un adulto. Esta excitabilidad y oscilación de la vida afectiva repercute en general en su rendimiento.

Todos los adolescentes como se ha dicho, presentan cambios orgánicos psicológicos normales, pueden variar en intensidad y formas de presentación, de acuerdo con el componente constitucional o según la manera en como se hayan resuelto las áreas socio-emocionales durante las etapas precedentes (preescolar y escolar). En el aspecto psicológico, la mayoría de las veces ocurre que tales cambios, cuando son más ostensibles, pueden provocar mayores tensiones en el adolescente y hasta modos de conducta aparentemente distorsionados que desconciertan a los padres, educadores, etc. Por ejemplo, Stolz y Stolz en (1944) (Cit. En Powell, 1980) concluyeron que el acné es un trastorno que causa dificultades emocionales casi de manera universal en los adolescentes de ambos sexos; el acné puede ser paralizante, especialmente porque el adolescente piensa que no habrá recuperación en el futuro. Por otro lado, la angustia es parte del status emocional del adolescente y ciertos factores pueden estar relacionados en forma de múltiples fuerzas que al combinarse crean angustia aunado al desarrollo y maduración del adolescente al igual que con el contexto social y cultural. El estudio pretende encontrar la relación de la ansiedad y la enfermedad del acné juvenil en los jóvenes que lo padecen ya que investigaciones realizadas indican que el acné en estos jóvenes les hace experimentar de manera prominente ansiedad, culpa, enojo y depresión (Obermayer,1973) así también el de agravarse ante el estrés y por problemas en la familia y en la carrera profesional (Plewing y Kligman, 1975; Barona, 1994).

CAPITULO III

DEPRESIÓN

3.1 BREVE HISTORIA DEL TERMINO DEPRESION

La primera descripción histórica de la depresión se formula con Hipócrates (460-370 a.c.) y se explica bajo el término de "melancolía", es una de las tres formas de locura (frenetis y la manía). Según la versión hipocrática, la melancolía se caracteriza por una aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia. Literalmente la palabra melancolía se deriva del griego melas = negro y chole = bilis, la etiología aceptada fisiológicamente era que la bilis negra en abundancia ascendía hacia el cerebro, estos pacientes manifestaban vómitos a causa de su irritabilidad y ansiedad (Publicación del Depto. de Psicología Experimental de la Conducta, Fac. de Psicología, UNAM, 1984). Por otra parte, Cos sugiere que tanto el miedo como la tristeza prolongada en pacientes depresivos o no depresivos se podía transformar en melancolía (Cit. por Polaino, 1985). Aristóteles (aproximadamente 350 a.c.) reconoció un temperamento melancólico en grandes pensadores, artistas, poetas y políticos. Arateus de Capadoctos (aproximadamente 80 d.c.) aportó una mejor descripción clínica temprana de la enfermedad, él consideraba que la manía y la melancolía eran dos expresiones de una enfermedad recurrente pero potencialmente curable, los pacientes melancólicos eran descritos como "intranquilos, tristes, desalentados, con insomnio, aterrados si la afección progresaba" y "delgados por su agitación y falta de sueño reconfortable" también señaló que a una edad más avanzada, se quejaban por miles de tonterías y deseaban la muerte (Zilboorg y Henry, 1941; Cit. en Publicación del Depto. de Psic. Experimental de la Conducta, Fac. de Psic. UNAM, 1984).

Durante la edad media a finales de 1500 Félix Platter se da a conocer como el primer gran sistematizador ya que describió a la melancolía como una "clase de aberración mental en donde la imaginación y el juicio estaban pervertidos sin causa alguna, las víctimas se volvían muy tristes y temerosas; suponía que la causa era un terror ocasionado por algún accidente imprevisto. (Diethelm y Hefferman, Cit. en Publicación del Depto, de Psic., 1984). También durante esa época se identificaron un gran número y variedad de formas de la llamada "melancolía", atribuidos a espíritus o causas naturales. Dentro de las causas naturales figuraban el exceso de trabajo, de actividad sexual o de otros tipos, las causas espirituales se consideraban de origen divino. Constantino Africano, fundador de la escuela de medicina de Salerno se hizo famoso por sus descripciones de los estados depresivos. Se apoyó en la teoría de que una cantidad excesiva de bilis por disfunción de la economía orgánica era la causa de la melancolía. Señaló dos tipos distintos de

melancolía: una se localizaba en el cerebro, el otro en el estómago; fue el primero en describir los síntomas de la melancolía: miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad, afirmó también que un buen pronóstico eran las afecciones en las que no predominaba un estado extremo de retraimiento. A fines de 1630, cesó la creencia en influencias espirituales como causa de la depresión, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado "Anatomía de la melancolía", facilitó la identificación de los estados depresivos, hasta que en 1883 Emil Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz, denominada posteriormente como esquizofrenia.

Por otro lado, es importante mencionar la aportación que Freud (1917) hace al hablar del término Duelo y Melancolía puesto que en esta presente investigación se considerará a nivel teórico para entender un tanto desde este enfoque la respuesta emocional del adolescente que padece acné juvenil pues de alguna forma pierde esa apariencia agradable al vivirse con esta enfermedad del acné.

El duelo, es una reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. Es un estado normal que en cierto tiempo se superará que es inoportuno y dañino perturbarlo. El duelo pesaroso es la reacción frente a la pérdida de una persona amada, contiene dolor, pérdida del interés por el mundo exterior y de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor. En la melancolía se identifica en lo anímico por un profundo dolor, una cancelación del interés por el mundo exterior, hay una pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. El duelo muestra los mismos rasgos excepto uno que es la falta de una perturbación del sentimiento de sí, es decir una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico un enorme empobrecimiento del yo. El melancólico se describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable, se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo. Se humilla ante todos los demás y conmisera a cada uno de sus familiares por tener lazos con una persona tan indigna. No se da cuenta que tiene una alteración, sino que extiende su autocritica al pasado; cree que nunca fue mejor. El cuadro de este delirio de insignificancia moral se complementa con el insomnio, repulsión del alimento y un desfallecimiento para aferrarse a la vida.

Kraepelin (1921, Cit. por Axelrod, 1990) estableció a la demencia precoz como un desorden progresivo deteriorante mientras que la demencia maniaco depresiva como episódica y no deteriorante. Kraepelin consideraba que este desorden era hereditario; aunque asociaba a la manía

con la depresión. Actualmente ya no existe razón para creer que la manía y la depresión ocurran juntas invariablemente o aun predominantemente la depresión sin la manía es bastante común. A continuación se expondrá el esquema propuesto por Axelrod (1990) con el objetivo de examinar a lo largo de la historia las diversas causas atribuidas a la depresión.

ESQUEMA SOBRE LOS ENFOQUES HISTORICOS DE LA DEPRESION

EPOCA	CAUSA	TRATAMIENTO
Antigua	Pérdida de status o	Discusión verbal
Egipto	dinero	Religión
Job/ Antigua	Desesperación	Fe
Testamento	Cognición	
Homero	Los dioses quitan la mente	
Esquilo	Demonios	Exorcismo
Sócrates	Don del cielo	Ninguno, No es vergonzosa es una bendición
Aristóteles	Melancolía	Música
Hipócrates	Melancolía natural	Abstinencia de todos los excesos Dieta vegetariana
Celso	Una forma de locura	Relatos entretenidos diversiones, terapia de persuasión
Galeno	Funciones psíquicas del Cerebro	Confrontación Humor Ejercicio

3. 2 CONCEPTO DE DEPRESION

Curiosamente, si la vida no nos da lo que nosotros queremos, optamos por quedarnos en la tristeza o depresión. Aunque la depresión no es una manera afectiva de enfrentarla, algunas personas la aprovechan como un descanso por la vida misma (Dinkmeyer, 1983). No obstante, si hablamos de depresión es necesario ubicarla conceptualmente bajo diversos enfoques teóricos como los hallados en la tesis doctoral de Axelrod (1990). En ella señala a la depresión dentro del campo de la psicobiología como la manifestación del comportamiento a partir del sistema nervioso central genéticamente vulnerable en cuanto a la modificación en el descenso de los neurotransmisores como la norepinefrina, hiperactividad colinérgica, las cuales producen estados depresivos en las personas. (Everett y Toman, 1959). Por otro lado, existe también la hipótesis catecolaminérgica de que en ciertas depresiones humanas hay un déficit de catecolaminas en concreto, la noradrenalina de ciertas regiones cerebrales (Polaino, 1985; Poinso, 1976). Mientras tanto, Akiskal y Mckinney (Cit. en Fredén, 1986) combinan la opinión conductista de un modelo bioquímico, la hipótesis es que el desamparo junto a una reducción de ciertas sustancias neurotransmisoras da como resultado un deterioro en los sustratos neurofisiológicos de refuerzo. Este deterioro se manifiesta como depresión, los síntomas son: alteraciones psicomotoras, desamparo, etc. son muy similares en todos los tipos de depresión. Luego, desde la perspectiva conductual, se menciona que es causada por una pérdida de reforzadores o extinción de las respuestas (Yates, 1972). Fredén (1986) señala a la teoría del aprendizaje representada por Lewinsohn y MacPhillamy, 1974); Fester, 1973; Akiskal y Mckinney, 1975; Ullman y Krasner, 1969 quienes hablan de la depresión como el resultado de un acceso limitado a acciones que propicien un refuerzo positivo (recompensa), quizá porque el individuo es incapaz de llevar a cabo una acción que le brinde recompensas. Se desencadena la depresión por la pérdida de refuerzo positivo o por la experiencia del castigo (refuerzo negativo) o por ambas; Fredén concluye que es más probable que se deprima una persona que cuenta con un repertorio limitado de comportamiento y no posee una diversidad de situaciones y no pueda obtener un refuerzo positivo de su particular comportamiento. También la depresión puede considerarse como un miedo aprendido en la persona, en cuanto que la amenaza sea incontrolable (Seligman, 1975 Cit. por Fredén, 1986. Fredén denomina a este estado de desamparo como depresión reactiva y se aplica principalmente a casos en los que el sujeto carece de iniciativa, tiene una sensación de impotencia y sustenta una opinión desalentadora del futuro. Esto significa que ve el triunfo y el fracaso fuera de su control y sin relación con sus propias acciones. Además, en la teoría del aprendizaje se define a la persona deprimida como aquella que se siente triste, cualquier

esfuerzo pequeño le cansa, hay una pérdida del sentido del humor y las ganas de hacer cualquier cosa hasta aquello que normalmente le entusiasmaba. Los estados de ánimo suelen ser poco frecuentes y se disipan en poco tiempo, no obstante en muchas otras personas se presenta una y otra vez llegando a más intensidad. La conducta del sujeto deprimido, su ansiedad, inhibición, pesimismo, etc. elicitó un comportamiento de evitación entre sus amigos y compañeros, lo que disminuye la accesibilidad y posibilidad de obtener refuerzos sociales (Beck, 1976, cit. En Publicación del Depto. de Psicología Experimental, 1984). También pone atención en los aspectos cognitivos al explicar la helplessness o incapacidad aprendida. Para él, una persona deprimida es la que tiene una idea negativa de sí misma, del mundo y del futuro. La característica de la incapacidad aprendida, es la aparición de una cognición de tipo negativo que se alimenta de una especial alteración de la percepción (Polaino, 1985). Por otra parte, Becker (Cit. en Fredén, 1986) sostiene que la depresión es el resultado de amenazas a la estimación. La estimación se engendra en un sentimiento de dominio sobre nuestras acciones: el propio valor adquirido así no se tambalea fácilmente por alteraciones temporales. Sin embargo, si la autoestima de un individuo está radicalmente reducida, le resultará difícil actuar, se volverá pasivo. Una conciencia fuerte y estable del propio valor será un elemento poderoso en la defensa contra la depresión. Una forma más para prevenir la depresión consiste en el acceso a una variedad amplia de acciones posibles con las cuales se pueda enfrentar a situaciones difíciles, como en el caso de la pérdida de un objeto o de una actividad acostumbrada. El elegir entre acciones posibles con las cuales se pueda enfrentar a situaciones difíciles, como en el caso de la pérdida de un objeto o de una actividad acostumbrada. O elegir entre acciones opcionales en la vida social presupone un acceso genuino a tales oportunidades y una preparación para la acción (una conciencia de posibles clases de acción). El término variedad de acciones posibles se refiere a la preparación para la acción combinada con la existencia de una variedad de acciones claves relacionadas con el acto que el sujeto pueda gobernar. En la teoría de Becker, el concepto de patrones rígidos de acción, significa que el individuo tiene una variedad demasiado pequeña o limitada de acción combinada con la existencia de una variedad de acciones claves relacionadas con el acto que el sujeto pueda gobernar. En la teoría de Becker, el concepto de patrones rígidos de acción, significa que el individuo tiene una variedad demasiado pequeña o limitada de acción (en el nivel social), obstinadamente repite soluciones fijas a posibles acciones o respuestas establecidas a posibles preguntas (en el aspecto psicológico). Becker supone que la gente se esfuerza por tener estimación para evitar ansiedad. Estos dos motivos humanos fundamentales son contradictorios, la persona que con mayor probabilidad reacciona a la adversidad con depresión, por lo general ha estado particularmente dedicada a evitar la ansiedad y esto a su vez tenderá a reducir su autoestima.

Desde una perspectiva sociológica, se define como el resultado de una estructura que impide al individuo desempeñar determinados roles. Desde la psiquiatría, la depresión se caracteriza por una excesiva vulnerabilidad ante circunstancias adversas. Las personas deprimidas tienden a responder ante circunstancias adversas en forma exagerada y su conducta llega a ser excesiva o deficiente. (Hill, Cit. por Medoc, 1980, pág. 22). Kolb (1973); Dinkmeyer (1983) y Fredén (1986) hablan de que los impulsos hostiles, furia, enfado o cólera que se encuentran dentro de sí mismos que inicialmente se dirigirían hacia otras personas se vuelca contra sí mismos, es decir contra el propio yo del individuo. La depresión es un síntoma que es a la estructura psicopatológica lo que el habla es a la lengua, se entiende como el mensaje dentro de un código (Bleichmar, 1980, Cit. en Axelrod, 1990). Este síntoma es un mensaje no verbal que puede ser neurótico, psicósomático o psicótico (Watzlawick, 1983; Cit. En Axelrod, 1990). Por otra parte, Fredén (1986) define a la depresión como aquel estado de desánimo que dura al menos varios días y hace difícil que la persona deprimida lleve a cabo sus actividades cotidianas normales y salir adelante con su vida diaria. También describe a la perspectiva neofreudiana de Bribing el cual considera a la depresión como un fenómeno del ego, existe una relación del individuo en forma de abatimiento normal, depresión neurótica o depresión psicótica, todas éstas tienen sus raíces en la pérdida de la estimación pues vuelca los impulsos agresivos hacia adentro. Fredén (1986) continúa diciendo que la depresión es la expresión emocional del ego con desamparo e impotencia. Es el intenso resultado de la brecha entre un intenso deseo de ser valorado y amado, de ser fuerte, seguro y se da cuenta de manera real o imaginaria que son inalcanzables. La depresión ocurre cuando somos incapaces de vivir a la altura de metas demasiado altas. Por tanto en la depresión en el centro del ego la estimación está deteriorada. Bribing por su parte, supone que el factor que dispone más a una persona a la depresión es la experiencia de desamparo en los primeros años de la infancia, debido a que no se han satisfecho necesidades vitales. El adulto que se ha desprovisto de esta manera necesitará una confirmación continua de que sea amado y de que agrada. Si estas necesidades (narcisistas) no están satisfechas, es muy probable que sobrevenga una depresión. Así mismo, White (Cit. por Fredén, 1986) menciona que aquellas experiencias de desamparo temporales que se hubieran sentido con intensidad durante los primeros años de la vida (fase oral), pueden revivirse severamente más tarde si sucede algo que haga recordar al adulto ese suceso traumático anterior. Un suceso particularmente crítico es la pérdida física de la madre o su ausencia emocional (incapacidad para satisfacer las necesidades primarias del niño). Si un niño experimenta tal pérdida entre los seis y los treinta y seis meses de edad, cuando sea adulto le resultará más difícil

soportar una pérdida posterior. Esta pérdida en la vida adulta que evoca de nuevo la pérdida posterior, puede ser real, imaginaria o simbólica.

Axelrod (1990) señala que el término depresión como síntoma se caracteriza por un síndrome centrado en el síntoma de la tristeza. Dada la complejidad del fenómeno de la depresión, Morales (1988) refiere cinco características nosológicas:

- 1) Una alteración específica del estado de ánimo; tristeza, sensación de soledad, apatía.
- 2) Una concepción negativa de sí mismo, unida con autoreproche y autoinculpación.
- 3) Deseos regresivos y de autocastigo, deseos de escapar, esconderse o morir.
- 4) Trastornos vegetativos como anorexia, insomnio, disminución de la libido, etc.
- 5) Cambios en el nivel de la actividad.

Para facilitar la comprensión de las distintas funciones alteradas en la depresión, Polaino (1985) describe un psicopatograma de la depresión y resume de alguna manera lo que hasta este momento se ha hablado del término depresión.

AFECTIVIDAD

Hay un descenso de la afectividad. Tristeza inmotivada. Falta de ilusiones. Indiferencia. Aburrimiento. Renuncia a los proyectos e ideales. Deseos de morir. Imposibilidad de sufrir sus propios sentimientos. Infelicidad, excepticismo y apatía. Descenso del umbral para sintonizar con los sentimientos.

PENSAMIENTO

Inhibición y empobrecimiento. Curso lento y dificultoso. Circularidad y cavilaciones contenido monotemático: su propia enfermedad, la ruina económica y/o la culpa moral. Ausencia de ideas. Falta de ocurrencias. Sensación de vacío y esterilidad. En ocasiones, ideas delirantes. No es raro el temor y la idea obsesiva. A veces ideas delirantes hipocondríacas de culpa y de condenación. Ideas paranoides (se sienten espías).

PERCEPCIÓN

Ensismamiento. Percepciones delirantes somestésicas. Alucinaciones auditivas y visuales. Falsas interpretaciones.

LENGUAJE

Inhibición. Tiene graves dificultades para conversar. Sintonizar mal con los contenidos alegres. Incomunicación. Los contenidos de la escasa comunicación suelen ser negativos y tristes.

Hermetismo y solipsismo.

EXPERIENCIA ESPACIO-TEMPORAL

Refugio en el pasado. Obstrucción del futuro por amenazas, temores, fobias que lo hacen insoportable. Exageración de las distancias. El espacio lo ahoga. Hay inseguridad y duda.

SENSACIÓN DE ENFERMEDAD

Muy resaltada. Se considera acabado, cansado y acosado por sufrimientos. Incapaz de realizar la más pequeña tarea.

INTERACCION SOCIAL

Inhibida y bloqueada. Penosa monotemática, perseverante. Dificultad para rebasar su propia intimidad. Impermeabilidad frente a los otros. Autoconcepto peyorativo.

ACTIVIDAD

Ordinariamente inhibida. En ocasiones facilitada (depresiones agitadas). Excesivas reflexiones que transforma en un obstáculo insuperable. La actividad carece de sentido. Reducción de todos los proyectos personales. La inhibición psicomotriz puede llegar hasta el estupor melancólico. En ocasiones inquietud psicomotora. Dificultad para transformar las ideas en actividad. Acacia (incapacidad para permanecer sentado). En otras, gestos invariables, lentos y estereotipados. Máscara de tristeza.

TENDENCIAS

Disminución de la fase de sueño paradójico. Imposibilidad de dormirse, sueño inquieto, superficial y con pesadillas, frecuentemente interrumpido. A veces hipersomnia. Anorexia y disminución de peso. A veces pequeños episodios de bulimia. Inhibición de la apetencia sexual. Apatía generalizada.

ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Extinción de conductas instrumentales adaptativas. Disminución de la tasa de conductas de escape. Incremento de la tasa de conductas de escape. Incremento de la tasa de conductas de evitación y fracaso de las mismas. Pérdidas de contingencias positivas. Disminución de los reforzadores sociales. Falta de habilidad para evitar contingencias sociales aversivas. Incapacidad para conseguir refuerzos. Bajo repertorio de habilidades sociales. Déficit asertivo.

TRASTORNOS NEUROVEGETATIVOS

EQUIVALENTES DEPRESIVOS

Náuseas, vómitos, sequedad de boca. Algias gástricas. Estreñimiento. Descenso del metabolismo basal. Probable curva diabetoide. Bradicardia. Taquicardia. Hipertensión. Cefaleas,

algias y parestesias de todas clases y localizaciones. Vértigo. Prurito. Opresión precordial. Crisis de sudoración. Hipersensibilidad al ruido. Trastorno del gusto. Sofocos. Frialdad. Hormiguilla.

Por otra parte, existen una serie de síntomas similares a los anteriores encontrados por Beck (1967; y Cit. en la publicación del Departamento de Psicología Experimental, UNAM, 1984) en pacientes con grado de depresión que va de ligera a severa. A continuación se mencionan:

SÍNTOMAS AFECTIVOS

Humor afligido

Aversión a sí mismo

Pérdida de gratificación

Pérdida de apegos

Pérdida de llanto

Pérdida de la respuesta a la alegría

SÍNTOMAS MOTIVACIONALES

Pérdida de la motivación

Deseos suicidas

SÍNTOMAS COGNITIVOS

Autoevaluación baja

Expectativas negativas

Vergüenza y crítica de sí mismo

Indecisión

Imagen distorsionada de sí mismo.

SÍNTOMAS FÍSICOS

Pérdida del apetito

Perturbaciones del sueño

Pérdida de la libido

Susceptibilidad a la fatiga

3.3 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Calderón (1987) menciona que a la época de los sesentas se le marcó como la "época de la ansiedad" producida por el temor de la población a su propia extinción causada por la fuerza nuclear y a las transformaciones tecnológicas tan impetuosas que han llevado a devastar nuestro ecosistema, sin embargo ya en los ochentas este concepto de ansiedad fue substituido por el de depresión y desesperanza, como los estados emocionales predominantes en el hombre, lo cual permitió etiquetar a esta época como la edad de la melancolía. Mendels (1977) explica que la depresión es una experiencia universal y las emociones de tristeza y pena constituyen una faceta intrínseca de la condición humana. No obstante la depresión patológica es abrumadora y desesperante, se distingue de la tristeza por su intensidad, duración y evidente irracionalidad, así como por los efectos en la vida de aquel que sufre. Particularmente Caplan y Lebovics (1973) y Campillo (1988) mencionan que no son iguales las características depresivas de los adolescentes matizada por el aburrimiento y al mismo tiempo por inquietud, pérdida rápida de interés en las cosas que le suceden, fatiga y hastío, dificultad para concentrarse y evasión de los problemas. Cuando esto se agrava, los jóvenes deprimidos pueden buscar la muerte como salida a sus problemas.

Lehalle (1985) y Fernández (1974) por su parte mencionan que tanto las depresiones, la ansiedad y sobre todo los desórdenes en el plano de la vivencia afectiva se hacen mucho más frecuentes durante la adolescencia y sobre todo los síndromes depresivos son interpretados dentro del marco del desarrollo psicológico normal de la adolescencia. Dado el crecimiento puberal éste conduce a la ausencia de catexia en los antiguos objetos libidinales y a la búsqueda de nuevos objetos, ésta evolución no podría realizarse sin un trance depresivo. La depresión es la reacción ante la pérdida del objeto o la manifestación de una dificultad de orden objetal. Sin embargo, las depresiones de los adolescentes pueden ser extremadamente distintas como lo que acabamos de mencionar así como el de ser una depresión en la que se entra y sale por múltiples vías. Widlócher (Cit. en Lehalle, 1986) contempla tres tipos clínicos de depresión:

- A) La depresión adolescente como una nueva expresión de una neurosis de la segunda infancia.
- B) La depresión que puede estar ligada a una carencia afectiva grave y ser un reflejo tardío de la perturbación de los primeros lazos objetos.
- C) Las depresiones que aparecen como la exacerbación de la depresión banal de la adolescencia, es decir la importancia de la posición narcisista en el momento de la adolescencia y su función en la reorganización de la personalidad. Esta última pudiera estar ligada a la problemática que vive el adolescente con problemas de acné que pudiera resultar un golpe a su narcisismo muy

intenso dada su etapa de desarrollo por la que atraviesa.

Fernández (1974) dice que la adolescencia es un periodo de extremo narcisismo y de gran deterioro de la autoestima, ya que supone al Yo en una situación propensa a hacer depresiones de una manera casi natural o ante circunstancias que en otro periodo de la vida no sería causa suficiente. Cualquier herida narcisista es una fuente de odio, e imposible de elaborar por la intolerancia a cualquier ambivalencia: la debilidad de la autoestima solo soporta suministros narcisistas.

Para los padres de los adolescentes no es una novedad que periodos depresivos sean totalmente injustificados desde el punto de vista de los adultos, pero para estos adolescentes tienen una causa suficiente por ejemplo: un partido de tenis perdido. Un amigo que no llama, una contestación algo irritada entre otras. Existen también depresiones esporádicas que difieren de la enfermedad depresiva y las asemejan a las depresiones reactivas de los adultos ante una pérdida real importante y si por ejemplo se le pregunta a un adolescente que si se pone triste el responderá que si y se deberá a algo que no justifica en mucho semejante reacción. Por otra parte Fernández (1974) señala que la existencia de un síndrome depresivo comenzará rápido y durará breve, se calma con distracciones que el mismo adolescente se propone y además no deja temor a que vuelva. Es más frecuente después de los 15 años y se presenta en los dos sexos aunque predomine más en las mujeres y éste puede considerarse también dentro de las depresiones reactivas ante la adolescencia. No obstante hay que distinguir que existen cuadros verdaderos de enfermedad orgánica y que dura lo que la enfermedad. Este síndrome depresivo se configura sintomáticamente en tres áreas que son:

1) MENTE: Es una depresión propiamente dicha, culpa persecutoria, ideas delirantes, deseos de muerte, tristeza, pesimismo, desesperación, quejas, vacío interior, autorreproches, disminución de la concentración, soledad, etc.

2) CUERPO: Es friolento, algias, constipación, reacciones alérgicas, cansancio, anorexia y desinterés sexual.

3) AMBIENTE: Existe aislamiento, sumisión, autocastigo, pérdida de la autoestima, disminución de las aptitudes, pérdida de la capacidad de amar, suicidio pero predominando la sintomatología ligada a los procesos mentales: como irritabilidad, depresión tristeza, soledad, malestar por sentirse vacío y disminuído, desorientación, temores etc.

A continuación de describirán datos más recientes encontrados en el DSM-IV (1998) que se relacionan de alguna manera con el tema aquí descrito que es la depresión; dicho marco teórico

habla de trastornos adaptativos con el desarrollo de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresante. La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable dada la naturaleza del estresante o en un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica). El trastorno adaptativo no se aplica cuando los síntomas representan una reacción de duelo. Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias). No obstante, los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo por ejemplo: más de 6 meses si aparecen en respuesta a un estresante crónico.

En el caso del acné juvenil en los jóvenes podría parecer un tipo de trastorno adaptativo como estresor psicosocial crónico y recurrente, puesto que en el momento del brote, el acné juvenil aparece en su rostro en forma de comedones, pápulas, pústulas o quistes, así como síntomas emocionales como la tristeza, pena, ansiedad, inquietud, desesperanza, baja autoestima etc. Ante tales observaciones, pareciera ser que el padecer acné juvenil es un estresor psicosocial multifactorial y pueden aplicarse los siguientes subtipos de síntomas que a continuación se describirán:

A) Con estado de ánimo depresivo. Este subtipo puede utilizarse para cuando las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza.

B) Con ansiedad. Este subtipo debe utilizarse para cuando las manifestaciones predominantes son síntomas de nerviosismo, preocupación o inquietud.

C) Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Este subtipo se usa cuando las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.

D) Síntomas y trastornos asociados. El malestar o el deterioro de la actividad asociada a los trastornos adaptativos se manifiesta frecuentemente a través de una disminución del rendimiento en el trabajo o en la escuela y con cambios temporales en las relaciones sociales. Los trastornos adaptativos están asociados a un aumento del riesgo de suicidio o intentos del mismo.

La naturaleza, el significado y la experiencia de los estresantes y la evaluación de la respuesta a ellos pueden variar en las diferentes culturas. Los trastornos adaptativos pueden presentarse en cualquier grupo de edad y en los dos sexos.

El depresivo necesita ayuda cuando la enfermedad interfiere en la capacidad de trabajar, amar y disfrutar de la vida, la depresión interfiere en la libertad para utilizar plenamente la

capacidad del individuo; su nivel de rendimiento es bajo, son personas muy dotadas que nunca triunfarán y evitarán ese pequeño impulso extra que sirve para lograr el éxito (Sturgeon, 1981). Como se explicó en páginas anteriores, el proceso comienza a menudo durante la adolescencia. En muchos casos la depresión se manifiesta como síndrome de completo vaciamiento energético, en dicho supuesto el adolescente expresa un punto de vista pesimista acerca del futuro. Desconfía de sí mismo y de sus actividades. Expresa sentimientos de culpa por su mala conducta, al contrario que el depresivo adulto propenso a conciliar el sueño con dificultad y a despertarse temprano y fácilmente, el depresivo adolescente encuentra muy difícil despertarse por las mañanas, durmiendo incluso durante buena parte del día si no se le molesta. Ostow (1973) formula la siguiente interrogante con su respectiva respuesta: ¿Porqué se deprimen los adolescentes, cuando tienen abiertas todas las posibilidades de la vida adulta y debieran aproximarse a la madurez con confianza?. Durante la adolescencia, el individuo se encuentra sometido a una presión tanto biológica como social, con la tendencia a completar su separación de los progenitores y a asumir responsabilidades respecto de otros. Este proceso es especialmente difícil para muchos y completamente imposible para algunos, ahora si se suma la problemática del acné, da como consecuencia una vivencia con trastornos adaptativos provenientes del estresor psicosocial que es el acné, el cual es considerado por Koo (1995) como una enfermedad que afecta psicosocialmente a los pacientes con acné, afecta su equilibrio psicológico y de relaciones sociales, provocando problemas en la autoestima, y también podría ser considerado por el DSM-IV, (1988) por referirse a síntomas emocionales conductuales como la ansiedad, ánimo depresivo, estados mixtos de ansiedad y estado depresivo así como síntomas y trastornos asociados a una disminución del rendimiento en el trabajo o en la escuela o con cambios temporales en las relaciones sociales.

CAPITULO IV

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL ACNE JUVENIL

4. 1 BREVE HISTORIA DE LA PALABRA ACNE

De acuerdo con la información encontrada en la Enciclopedia Universal Tomo II (1973) el acné deriva de la palabra griega *akmé* que significa florecencia. Bajo la denominación común de acné, adaptada por la antigua clínica es que se conocen a una gran diversidad de afecciones que coinciden con la presencia de "botoncitos" o pápulas de origen inflamatorio. Folicular o no. Los cuales a menudo supuran y se manifiestan en la cara o en el tronco. Anteriormente había confusión con los nombres de acné y foliculitis, este último consiste principalmente de la presencia de focos inflamatorios, generalmente en forma de pápula-pustulosa, alrededor de los gruesos pelos pigmentados y en la raíz de los mismos (cuero cabelludo, barba, región pubiana). A diferencia del acné el cual es una afección de los folículos del vello, resulta más propiamente una lesión de la glándula sebácea. Como deriva del griego *akmé*, cúspide, punta, cumbre o *ajné*, surge una confusión en la ortografía de esta palabra por parte de los antiguos autores. De hecho Aecio de amida, que se sirvió primeramente de aquel nombre, lo escribió *akmé*, cúspíde, punta, cumbre o *ajné*, surge una confusión en la ortografía de esta palabra por parte de los antiguos autores. De hecho Aecio de amida, que se sirvió primeramente de aquel nombre, lo escribió *akmé* y le dio una acepción de eflorescencia, fuerza o vigor para indicar que atacaba preferentemente en la pubertad o en la edad de mayor desarrollo físico. Autores griegos y latinos llamaron al acné *ionthos* o *vari*, no conocían más que una variedad de la *cuperosis*. Sauvages usó el nombre de *Psidracia acné*. William y Bateman reconocieron ya las variedades *pustulosa* e *indurada*. Biett lo describió posteriormente como *acné punctata*, pero la variedad sebácea que admitió en un conjunto no recordaba bien con el concepto general de una enfermedad reconocida por él como *flegmástica* o *pustulosa*. Albert, que volvió a la denominación de *vari*, admitió al acné entre las *dermatosis dartosas*, incluyendo en él a todas las eflorescencias de la cara, desde la *cuperosis* a la *mentagra*. Cazenave la supuso una afección *pustulosa* y la localizó en las glándulas sebáceas. Rayer no reconoció más que una variedad *pustulosa*, rechazando la *punctata* y la sebácea. Es Bazin y más tarde Debergie, Hardy y Grintac que reúnen en el acné a todas las afecciones de las glándulas sebáceas. Una vez descritos estos breves antecedentes se retomará el concepto del acné vulgar (*punctata*, *disseminata*, *simples*, *juvenilis*).

4.2 CONCEPTUALIZACIONES DE ACNE JUVENIL, VULGAR

Cano (1986) señala que el acné es la enfermedad de la piel más universalmente conocida, su etiopatogenia es complicada, su sintomatología, tratamiento y manejo varían pueden estar en una etapa de la vida adolescente y en la juventud echando a perder los mejores años. Es conocido también como acné polimorfo o acné juvenil o coloquialmente denominado "barros y espinillas de la juventud".

A continuación se mencionarán diversas definiciones de la palabra acné.

El acné es un término genérico de todas las enfermedades cutáneas que tienen su origen en el sistema pilosebáceo. La denominación más común es de acné vulgar el cual afecta sobre todo a los jóvenes, se localiza preferentemente en la cara (Encicl. Méd., pág.70; 1982) Pertenecce a las dermatosis y se caracteriza por la presencia de pústulas, originadas por la retención de secreción de las glándulas sebáceas que posteriormente se inflaman (Dicc. Grijalbo, 1966, pág. 23; Dicc. Méd. Biol. Pág. 14; 1966).

Mittelman (1967) postula que el acné es una afección que ataca el rostro y espalda; la piel de estas zonas se vuelve cerosa y facilita la producción de comedones. Comienza en la pubertad y desaparece por lo general en forma espontánea. Dicho autor lo considera un trastorno psicossomático que aparece en ciertos individuos que viven situaciones de tensión emocional, desaparece una vez que se resuelve el problema y vuelve aparecer si se repite la perturbación, una forma de tensión emocional puede ser el temor a manifestar los impulsos sexuales, el rechazo en conjunto con los sentimientos de inutilidad y de culpa producidos por este último.

Lachman (1972) por su parte, argumenta que el acné pertenece a una gran variedad de condiciones en la piel, algunas veces se origina o se desarrolla sobre la base de una excitación emocional. Aparecen erupciones en la cara, además de que es una enfermedad inflamatoria que involucra a las glándulas sebáceas y los folículos capilares de la piel frecuentemente encontrado en adolescentes.

Obermayer (1973) menciona que el acné vulgar es una enfermedad crónica inflamatoria de las glándulas sebáceas y de los folículos capilares o pilosebáceos. Se encuentra principalmente en la cara, espalda y en el pecho, se caracteriza por comedones (puntos negros), pápulas, nódulos y quistes, estas lesiones pueden ocasionar cicatrices y formaciones queloides (Canizares, 1975; Vignale y cols., 1988). Por otra parte, afecta exclusivamente al ser humano en la etapa de su vida en

la que tiene una importancia crucial el aspecto estético (Cano, 1986).

Igualmente Orkin; Malbach; y Strauss (1994) afirman que el acné es una enfermedad de una estructura pilosebácea específica conocida como el folículo sebáceo caracterizado por un conducto folicular amplio, el orificio es visible en la superficie de la piel, un pelo vellosito corto y grandes glándulas sebáceas multiacinares. Además se considera una enfermedad polimorfa con combinación de comedones abiertos (cabezas negras) y comedones cerrados (cabezas blancas). Esa erupción folicular comienza como un comedón que quizá reviente para después inflamarse en forma de pápulas, pústulas, nódulos y posibles cicatrices (Kaminer; Gilchrist; 1995).

Conjuntando lo anterior, se dice que el acné es un trastorno de las glándulas sebáceas que se presenta en todos los individuos afectando por igual a ambos sexos y a todas las razas. De etiología multifactorial, existen factores etiopatogénicos como: trastornos de queratinización, hormonales, predisposición genética, coadyuvantes infecciosos, psicológicos, metabólicos y otros (Diccionario de Especialidades Dermatológicas, 1995; Plewing y Kligman, 1975).

4.3 HISTOLOGIA DE LA PIEL

La piel tiene una doble condición al permanecer conectada en sus funciones con el resto de los órganos y estar en contacto directo con el medio ambiente. Los daños a que está expuesta tienen un doble origen interno y externo, según el agente agresivo la alcance por dentro o que llegue de fuera. Por consiguiente, como en los demás órganos, los procesos patológicos que sufre son de naturaleza parasitaria, infecciosa, degenerativa, tumoral, metabólica, alérgica, psíquica, genética y naturalmente puede ser lesionada también por daño directo traumático, físico o químico (Escalona, 1975). La piel desde los primeros instantes de la vida es sede de alteraciones cíclicas, tanto en la estructura como en la función. La piel es el órgano de mayor número de variantes, aun en su estado normal y no sólo entre diferentes personas sino aun en las distintas regiones del cuerpo humano.

La piel es un órgano cutáneo, es el tegumento que envuelve a todo el cuerpo. Su grosor es de 0.5 mm en tímpanos; 0.5 mm en plantas y tercio superior de la cara posterior del tórax. Destaca su delgadez en párpados, pliegues del codo y huesos poplíteos (Magaña, 1989). Está dividida en dos partes principales: dermis y epidermis o epitelio, tienen distinto origen embrionario, la primera deriva del mesodermo y la segunda del ectodermo.

La dermis está compuesta por las capas denominadas: fascia subcutánea, tejido subcutáneo o hipodermis y corion. El corion o dermis propiamente dicha, tiene un espesor promedio de 1.8 mm. Dichas capas a su vez están formadas por diversos haces fibrosos de colágeno, fibras elásticas, folículos pilosos, fibras musculares lisas, entre otros. La epidermis tiene un espesor promedio de 0.12 mm. Está formada de la profundidad a la superficie por cinco estratos: capa basal o germinativa, la capa germinativa a su vez se encuentra unida por el polo superior de sus células al estrato espinoso o filamentososo, el estrato granuloso, capa lúcida y la capa córnea que contiene grasa procedente de las glándulas sebáceas.

Existen anexos de la piel los cuales son: pelos, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y uñas, todos proceden del ectodermo embrionario, se forman por invaginación de la epidermis en la dermis. Dado el fenómeno de estudio que es el acné y en el cual se involucran la inflamación crónica de los folículos capilares y de las glándulas sebáceas es que a continuación se describirán a cada uno de ellos.

El folículo piloso es una basta fibroepitelial que está separada del pelo desde la implantación de la glándula sebácea a la superficie y se une a él desde ese sitio hasta el fondo del saco donde se encuentra el bulbo piloso.

Las glándulas sebáceas están distribuidas por toda la superficie del cuerpo, siendo mayores y más abundantes en determinadas regiones (zonas seborréicas) no existen en palmas y plantas. En número de uno a cinco o más sin relación con el tamaño del pelo, algunas ramificadas, las glándulas sebáceas están colocadas alrededor de los folículos, a la altura de su cuello, tienen forma de saco y un conducto que desemboca en el folículo piloso; están integrados por células de la misma naturaleza de las basales, pero conforme se multiplican su citoplasma se desprende y elimina, y se desplaza por el conducto juntamente con la grasa producida que constituye el sebo. A continuación se describirán tanto las características clínicas, etiopatogenia y clasificación.

4.4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL ACNÉ VULGAR

Se presenta con extraordinaria frecuencia en los niños y niña de corta edad, durante la pubertad (Parrish, 1975), afecta ligeramente más al varón que a la mujer y se inicia prácticamente poco después de los 10 años en la mujer y de los 12 años en el hombre. La mayor incidencia de

casos se sitúa en la segunda década de la vida y disminuye en la tercera. Aunque no hay fecha límite para su desaparición, en general es alrededor de los 22 o 23 años y es raro después de los 25 años (Cit en Barona, 1994). El acné consiste en granos inflamatorios mayores o menores redondeados o acuminados, éstos reciben el nombre de comedones o "espinillas" que representan la lesión más elemental del acné. A su vez pueden ser cerrados (lesión de tipo papuloso de pequeño tamaño y color amarillento son precursores de lesiones inflamatorias y por lo tanto de mal pronóstico, o también pueden estar abiertos, lesiones semejantes de color negruzco y representan a las lesiones no inflamatorias, éstas lesiones se transforman rápidamente en pústulas éstas a su vez se secan o se abren ya sea espontáneamente o artificialmente. Según la intensidad de la supuración del tejido la cicatriz se forma, luego es mayor o menor con depresión. La afección persiste durante meses o años y se desarrolla por brotes aislados. Los granos de acné y las pústulas están aislados y residen comúnmente en la capa más superficial de la piel, pero por extensión del proceso inflamatorio, se forman a menudo granos de mayor tamaño y de base más profunda (acné indutata); Aparecen grandes tumefacciones a menudo abscesos con una piel de color rojo-azulada que las cubre, éstas lesiones se reconocen como inflamatorias pues los casos graves pueden formarse trayectos fistulosos y comedones dobles o triples como resultado de inflamaciones previas. Las pústulas quistes o abscesos drenan a veces material purulento (Cit. en Villanueva, 1987; Barona, 1994). Este tipo de acné afecta regiones corporales con grandes glándulas sebáceas, es decir el rostro, espalda y línea media intersuperior del tronco (Cit. en Barona, 1994; Steigleder, 1988; Orkin; Malbach; Dahl y Strauss, 1994).

4.5 ETIOPATOGENIA

Barona (1994) explica que las glándulas sebáceas son parte integral del sistema pilosebáceo. En las áreas de la piel donde se encuentran en mayor cantidad como en la cara, son más grandes con muchos racimos y cada uno de ellos posee un conducto que se une directa o indirectamente a un gran conducto central excretor, estos folículos pilosos son de tres tipos: los vellosos, que son los más abundantes ya que existen en todo el cuerpo excepto en palmas y plantas. Formados por un folículo rudimentario con un pelo muy delgado y una glándula sebácea también muy pequeña. Los folículos terminales de la piel cabelluda, barba, bigote, pelo axilar y pubiano se caracterizan por un pelo grueso que ocupa todo el espacio del folículo que es muy grande, con una glándula sebácea alargada y grande. Los folículos llamados seborréicos son abundantes solo en la cara y el tronco, tienen un pelo delgado, pero el espacio del folículo es grande y queda mucho espacio entre el pelo y

las paredes del folículo además la glándula sebácea es muy grande y arracimada. Estos últimos son los folículos cuyas alteraciones darán origen al acné juvenil o vulgar.

4.5.1 MECANISMO DE FORMACIÓN DE LAS LESIONES

FORMACIÓN DEL COMEDÓN

Esta información fue extraída de Amado (1986) en la cual señala que el comedón en sus dos formas: cerrado y abierto se considera la lesión fundamental del acné y el origen de todas las demás. Es el resultado del taponamiento del folículo por material queratósico consecuencia de la irritación de las paredes del folículo más sebo y bacterias como el *Corynebacterium acnei* bacteria anaeróbica que vive en los folículos pilosos y se alimenta de los lípidos del sebo cutáneos.

La formación de este tapón va a depender de situaciones que se dan en la glándula sebácea y en las paredes foliculares. Las glándulas sebáceas son glándulas de secreción holocrónica, es decir formadas de un epitelio que está en continua renovación como las células de la epidermis de las cuales derivan y por tanto su secreción está formada por los productos de la célula y la célula misma. El sebo cutáneo nada tiene que ver con la grasa del tejido celular subcutáneo y está formado por 10% de escualeno ácidos grasos libres 20% (oléico y palmítico) y triglicéridos 60% y además detritus celulares. Se vierte continuamente a la luz folicular y sale al exterior para lubricar la superficie de la piel, mantiene su pH ácido y protege a la piel de gérmenes y hongos.

La primera alteración que sufre la glándula sebácea en el joven con acné es su crecimiento por lo tanto su hipersecreción. Este proceso se realiza merced a la acción de las hormonas con acción androgénica: en el hombre por la testosterona producido en los testículos y en la mujer por la misma testosterona que se produce en pequeña cantidad en las glándulas suprarrenales y por los progestrógenos secundariamente andrógenos por su acción opuesta a la de los estrógenos.

Esta acción de los andrógenos sobre la glándula sebácea está bien probada, se sabe que las personas castradas no padecen acné y en cuanto reciben andrógenos aparece de inmediato éste y las glándulas sebáceas aumentan de tamaño y se hacen lobuladas. Por biopsias de la piel de la cara se ha demostrado que en la pubertad las glándulas están más grandes y lobuladas, precisamente cuando se inicia la producción mayor de estas hormonas. Este exceso de sebo se vierte al exterior y

explicaría el primer signo del acné: la seborrea. Pero no basta esta alteración de la glándula sebácea para explicar todas las lesiones del acné. La segunda parte del proceso se va a realizar en las paredes del folículo piloso. El sebo por su contenido en ácidos grasos insaturados produce irritación de las paredes del folículo. La bacteria *C. Acnei* vive del sebo, aumenta considerablemente y produce una lipasa que transforma los triglicéridos en ácidos grasos libres doblemente irritantes para las paredes del folículo, las cuales responden con hiperqueratosis, este material córneo cae en la luz del folículo y junto con el sebo también aumentado y el bacilo del acné distiende las paredes del folículo impidiendo la salida de este material a través del estrecho orificio folicular, este proceso da origen al comedón cerrado (de cabeza blanca) que se considera una "bomba de tiempo" ya que su contenido es altamente inflamatorio y su ruptura originará la salida de dicho material a la dermis y las lesiones inflamatorias del acné.

Si en cambio la presión del material contenido en el folículo dilata el poro folicular se origina la "espinilla" o comedón abierto (de cabeza negra) cuyo color se sabe ahora se debe a la melanina que queda suelta al dilatarse el poro folicular y no como se decía antes por mugre u oxidación del sebo.

Tenemos pues en resumen las dos alteraciones que deben sucederse en el folículo pilosebáceo para la producción del comedón: la hipertrofia de las glándulas sebáceas y la hiperqueratosis de la pared del poro folicular. Las causas de estas dos alteraciones son el factor hormonal: andrógenos y el *C. Acnei* (el estafilococo y otros gérmenes tienen papel secundario) Sin embargo estos dos factores no actuarían sin un tercero que en realidad es el básico: la predisposición genética, una especial receptividad del folículo pilosebáceo para responder a los dos factores anteriores de manera más intensa, diferente a como responden los folículos pilosebáceos en personas sin acné. Es frecuente el antecedente familiar con acné y de varios miembros de una familia con acné, incluso del mismo tipo y con la misma intensidad.

Otros factores como los dietéticos, digestivos y psicológicos según el autor Cano (1986) no son aceptados por todos. Otro factor importante que él mismo refiere, es el de la inflamación en el acné. Con la obstrucción mecánica y dilatación de los folículos se ha explicado a la seborrea y el comedón. A partir del comedón cerrado con gran contenido irritante, se van a producir lesiones inflamatorias. La irritación de las paredes del comedón atrae polifornucleares que se pegan a dichas paredes y se produce la pápula siempre pequeña y superficial. La presión del contenido del comedón si no logra abrir el poro folicular y verterse al exterior producirá la ruptura del comedón y su contenido rico en ácidos grasos se vierte en la dermis y en la epidermis originando una intensa

reacción inflamatoria que da lugar a la formación de la pústula cuando se hace en la epidermis y del absceso cuando se localiza en la dermis. Los fagocitos vendrán a limitar el “campo de batalla” y los fibroblastos a repararlo dejando las cicatrices si las lesiones son profundas y extensas. Cuando este material inflamatorio no se vierte al exterior es fagocitado sino es que permanece “enquistado” en la dermis lo cual puede durar hasta años y se forman los llamados “quistes” o “nódulos”. Ni que decir con el traumatismo de las lesiones que favorecen los fenómenos que hemos mencionado sobre todo la inflamación de las lesiones.

La causa básica del acné no es conocida y no existe unanimidad sobre su patogenia (Barona, 1994; Steigleder, 1988). No obstante una investigación reciente realizada por Barona, (1994) menciona a cuatro eventos principales en el desarrollo del acné y son los siguientes:

- Hipercornificación ductal (alteración en la queratinización)
- Aumento en la producción del sebo.
- Proliferación de la bacteria *Propionibacterium acnes*
- Inflamación.

4.5.2 FACTORES QUE AGRAVAN EL ACNÉ

Barona (1994) también plantea que en la intensidad y curso de la enfermedad pueden estar influenciados por muchos agentes, incluyendo estrés, drogas irritantes y tratamientos iatrogénicos identificando una gran variedad de factores exógenos que pueden complicar y empeorar el acné. Existen sustancias acneogénicas capaces de estimular la formación de lesiones foliculares en cualquier persona produciendo daño en los pacientes. Los folículos de los individuos propensos al acné reaccionan ante dos tipos de sustancias:

- A) Comedogénicas: Como el alquitrán que induce hiperqueratosis.
- B) Pustulogénicas. Como el yoduro de potasio que produce foliculitis.

Las principales sustancias que de una u otra manera provocan o agravan al acné son: Algunos componentes de los cosméticos, miristrato de isopropilo, ésteres de isopropil, ácido oléico, ácido esteárico, petrolato, lanolina, aceite de linaza, aceite de oliva y manteca de cacao. Hay drogas que empeoran al acné como son: compuestos halogenados, barbitúricos, difenil, hidantoina, hidrazida del ácido nicotínico, litio y algunas hormonas como los corticoesteroides, anticonceptivos, progesterona y hormona tiroidea (Cit. en Barona, 1994)

4.6 CLASIFICACIÓN DEL ACNE JUVENIL

Primeramente se señalará la clasificación hecha por Cano (1986) el cual menciona a las lesiones del acné en tres grupos y siguen esta secuela:

- Lesiones no inflamatorias: seborrea y comedones
- cerrados y abiertos
- Lesiones inflamatorias: pústulas, pápulas y abscesos.
- Lesiones residuales: cicatrices y "quistes".

El autor continúa explicando de manera interesante que la seborrea es un aspecto grasoso de la piel por la salida excesiva del sebo cutáneo; los comedones cerrados son pequeños levantamientos de 2 a 3 mm, centrados por un pequeño orificio del color de la piel, los abiertos son semejantes en tamaño pero en su cúspide se observa un poro abierto con material negruzco (melanina) y son conocidas vulgarmente como espinillas. Las pápulas son levantamientos sólidos de apenas 1 o 2 mm. De color rojizo y rodeados de un halo eritematoso. Las pústulas y los abscesos tienen contenido purulento, las primeras son superficiales de unos cuantos milímetros y los segundos más profundos y más grandes hasta de 2 o 3 cm. Las pústulas no dejan cicatrices sino se les traumatiza, los abscesos si tienden a dejar huellas visibles al desaparecer.

Las cicatrices son diversas, predominan las pequeñas, lineales y deprimidas o puntiformes pero se pueden producir otras hipertroóficas que forman puentes francamentequeloides, sobre todo en la región esternal del hombre. Los mal llamados "quistes o nódulos" son en realidad colección de material queratósico, sebo y detritus celulares que quedan englobados en la dermis, pero sin formarse es especial una pared limitante, pueden persistir por años.

Sobre la base de lo anterior, hay pacientes en los que predomina un tipo diferente de lesiones y así se originan las formas clínicas del acné: comedónico, pápulo-pustuloso y conglobata éste último cuando predominan los abscesos y las cicatrices deformantes.

De manera general la formación de las lesiones y la secuela de las mismas dependerá de que exista una mayoría de lesiones inflamatorias y menos comedones abiertos en el paciente. Los comedones son los que darán origen a todas las demás lesiones, sobre todo los cerrados que se consideran "la bomba de tiempo en el acné".

Por otra parte, Plewing y Kligman (1975) argumentan que se debe reconocer que para clasificar al acné no sólo basta una descripción de ligero a severo ni de numerarlo del I al IV, pues ambas aproximaciones tanto cualitativa como cuantitativa son importantes. Según Villanueva

(1989) la norma es que un mismo enfermo presente diversos tipos de lesiones elementales, constituyendo un cuadro polimorfo, sin embargo el grado de severidad puede variar en cada uno de los pacientes pues se debe al lugar por el que atraviese tal como lo plantea el siguiente esquema:

CLASIFICACIÓN (Cit. por Villanueva, 1989)

GRADO:	CUALITATIVA	CUANTITATIVA
	Lesiones inflamatorias	Lesiones no no inflamatorias
0 Preacné. Hiperqueratosis foli- cular.	—	—
I Comedones y pápulas superficiales	-10	-10
II Pápulas y pústulas	10-25	10-20
III Pústulas y profun- das y nódulos	25-50	20-30
IV Nódulos y quistes		
Acné nódulo-quístico	más de 50	más de 30.

Por último Barona (1994) expone la siguiente tabla de clasificación del acné.

GRADOS	PP	C, A.C.	C, D.T.	Q.N.	ABSCS.	CIC.
Grado I Acné comedónico	&	&&&	—	—	—	—
Grado II Acné papuloso	&&&	&&	—	—	—	—
Grado III Acné nóduloquístico ó acné conglobata	&&	&&	&&	&&&	&&	&&&

P.P = Pápulas y pústulas

C: A.C. = Comedones abiertos y cerrados

C: D.T.= Comedones dobles y triples

Q.N. = Quistes y nódulos

ABSCS.= Abscesos

CIC.= Cicatrices.

4.7 TIPOS DE TRATAMIENTO DEL ACNÉ VULGAR

Orkin, M.; Maibach, L; Dahl, V. (1994) consideran tres principios en la terapéutica del acné inflamatorio y son:

- a) Debe existir una inversión del patrón alterado de queratinización dentro del folículo
- b) Una disminución de la población intrafolicular de P. Acnes o la generación de agentes inflamatorios extracelulares.
- c) Disminución de la actividad de las glándulas sebáceas
- d) Reducir la inflamación.

También establecen diversos tratamientos y a grandes rasgos son los siguientes:

I. Terapéutica tópica: Son aquellos medicamentos que se encuentran disponibles en:

- a. Gel, crema o loción hechas a base de Vitamina A ácida (transretinocios, tretinofna). Está indicada para el acné comedónico.
- b. Ácido salicílico para aquellos pacientes que no toleren la vitamina A ácida.
- c. Peróxido de benzoilo: Es un antibacteriano tópico extremadamente eficaz; su aplicación suprime el P. Acnes. Este es más eficaz para el acné inflamatorio porque inhibe la flora bacteriana (en particular el P. Acnes).
- d. Azufre y resorcinol. Estos se encuentran en algunos preparados populares.
- e. Antibióticos tópicos: Son aquellos medicamentos de tetraciclina, eritromicina, clindamicina y meclocilina. Aunque se puede combinar eritromicina al 3% con peróxido de benzoilo al 5% en una base de gel.

II. Fisioterapia:

- a) Cirugía para el acné: En esta se utiliza el extractor de comedones, tiene una superficie plana con un orificio central. Con el uso de la vitamina A ácida tópica por tres a cuatro semanas reblandece los comedones cerrados, es necesario eliminarlos porque son los precursores de las lesiones inflamatorias.
- b) Terapéutica intralesional: Son inyecciones directas de corticoesteroides (acetónido de triam-cilonona 2.5 a 5 mg/ml) tiene un efecto antiinflamatorio y de gran beneficio para reducir la inflamación en

lesiones noduloquísticas. Esta terapéutica es adecuada para los quistes más grandes y no debe usarse en pápulas ni pústulas. Es indispensable que un médico con experiencia lo recomiende.

III. Terapéutica sistémica:

- a) **Antibióticos:** Esta terapéutica previene el desarrollo de lesiones inflamatorias adicionales con el uso de todas tetraciclinas (eritromicina etc.) su efecto es antibacteriano.
- b) **Dapsona:** Este medicamento se ha utilizado para enfermedades resistentes al tratamiento con resultados variables pero excelentes en algunos casos.
- c) **Corticoesteroides:** Son inyecciones que tienen dos mecanismos de acción. En dosis pequeñas inhiben la producción de andrógenos cuando se administran a personas con evidencias de hiperadrenalismo. En grandes dosis, ejercen un efecto antiinflamatorio. Sin embargo con este fin es mejor administrarlo de manera intralesional, su uso sistémico puede producir acné esteroideo. La corticoterapia sistémica tiene gran valor en el tratamiento de pacientes con acné fulminante.
- d) **Supresores del sebo.** Son aquellas dosis farmacológicas de estrógenos para inhibir la actividad de las glándulas sebáceas, como los corticoesteroides y un antiandrógeno, acetato ciproterona. Los estrógenos están indicados en mujeres con acné resistente al tratamiento.
- e) **Retinoides por vía oral:** El ácido 13-cisretinoico (isotretinoína) por vía oral es muy eficaz en el tratamiento de pacientes con acné nódulo quístico grave que no responde a otras regímenes terapéuticos.

Fitzpatrick, T.; Polano, M, y Sourmond, D. (1992) proponen las siguientes posibilidades terapéuticas:

- I. Tratamiento local:
 - A. Tratamiento tópico (derivados ácido de la vitamina A: Tretinoína, peróxido de benzoilo, antibióticos tópicos)
 - B. Tratamiento físico: (Terapia física natural del acné, radiaciones Ultravioleta)

- II. **Tratamiento sistémico:**
 - a. **Antibiótico (tetraciclina, minociclina)**
 - b. **Anticonceptivos orales (mujeres)**
 - c. **Ácido 13-cis-retinoico: isotretinoína**

- III. **Tratamiento quirúrgico:**
 - a. **Incisiones, excisiones, medidas correctivas de las cicatrices.**

4.8 PROBLEMAS EMOCIONALES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD DEL ACNE

La piel, es un órgano que tiene una función primaria en receptividad táctil y responde directamente ante un estímulo emocional; la práctica dermatológica según Van (1992) se involucra en una dimensión psicosomática.

Es común que las emociones afecten a las funciones, por ejemplo como cuando se está asustado el pulso se acelera. Ya en tiempos remotos cuando el emperador Cicerón reinaba sobre los romanos decía que las enfermedades físicas obedecían a factores emocionales. Tuvieron que transcurrir cientos de años para que el estudio de los trastornos psicosomáticos o psicofisiológicos alcanzaran la unidad orgánica dual de la mente y el cuerpo y que ésta fuera aceptada (Zax, 1975). Actualmente las exacerbaciones y complicaciones de las enfermedades son consecuencia de reacciones emocionales o de acontecimientos que se producen en el curso de la vida cotidiana. Se dice también que los factores psicológicos o de comportamiento afectan al estado físico durante la presentación o tratamiento de casi todas las enfermedades médicas, de entre ellas las dermatológicas (DSM-IV, 1995). Van (1992) argumenta también que los factores conductuales como tocarse, pellizcarse, así como la exageración o descuido en el cuidado de la piel complican o crean más lesiones, incluso algunas dermatosis que tienen un origen orgánico se exacerbaban a causa de hábitos conductuales. En la enfermedad del acné, algunos expertos en dermatología discuten mucho todavía el factor psicosomático ya que dicho padecimiento se involucra más bien en una dimensión somatopsíquica (Plewing y Kligman, 1975). Luego entonces, la importancia de investigar sobre este tema, se debe a las evidencias existentes del acné en adolescentes y adultos jóvenes de un 80% a 90% en edades de entre los 12 y 25 años. Por su alta prevalencia se considera un proceso fisiológico normal, no obstante pueden existir complicaciones asociadas a secuelas físicas y psicológicas pues la presencia de numerosas lesiones inflamatorias o lesiones ocasionales podrían ser físicamente desfigurantes y ocasionar un complejo emocional en los jóvenes originando un defecto cosmético sumado a la inestabilidad en el momento de su desarrollo en el que aparece que es la adolescencia. El acné se intensifica cuando los jóvenes están estableciendo su identidad, irrumpen o evitan establecer relaciones significativas entre sus compañeros, se observa demostraciones de hostilidad, conducta agresiva, depresión y alejamiento en actividades sociales (Parrish, 1992). Steigleder, (1988) indica tratamiento psicoterapéutico para los casos en donde el

paciente sobrevalore el acné descartando a éste de un tipo de psicosis endógena (es decir de causa interna y no emocional).

Aproximadamente el 85% de la población ha tenido alguna manifestación de acné en algún momento de su vida (Barona, 1994). Se dice que el acné afecta a más de 17 millones de personas y es la enfermedad más comúnmente tratada en E.U.A. (Bergfeld, 1995). Desdichadamente en México no se cuenta con estadísticas precisas. Se tienen datos elaborados por Sandoval (1992) en el Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua", y el acné ocupó el primer lugar con un total de 1506 se dividieron en 756 para mujeres y 750 en hombres. Los rangos de edad encontrados fueron de 11 a 20 años con 992 pacientes; 21 a 30 años con 450 pacientes; 31 a 40 años con 49 pacientes y por último de 41 a 60 años con 15 pacientes.

Respecto a los factores que se asocian a la enfermedad del acné este estudio retomará los de índole psicológico. Aunque éste se ha discutido mucho, existen diversas investigaciones empíricas como las que a continuación se describen:

Sulzberger y Zaidens (1948) revisaron una serie de factores psicogénicos en enfermedades dermatológicas y especialmente los encontrados con relación al problema del acné; explicaron que hay investigadores que no creen que exista una enfermedad que cause más traumas psíquicos y más desajuste entre padres e hijos o inseguridad y sentimientos de inferioridad y gran cantidad de dolor psíquico que el acné.

Sulzberger y Baer (1949) señalan que los factores emocionales deberían ser considerados como potencialmente capaces de producir exacerbaciones en el acné vulgar parecidos a las que existen en otras enfermedades de la piel, esto es debido a los efectos del sistema nervioso autónomo sobre las funciones fisiológicas de la piel que incluyen respuestas tales como: Reacciones del tono vascular de la piel y el funcionamiento del aparato de sudoración, pues llegan a afectar al estado psíquico y emocional en los momentos inestables de la adolescencia. Por otra parte, las lesiones de la piel pueden comenzar a ser mas o menos estresantes o insoportables de acuerdo con la situación emocional y ánimo del momento. También observaron que las personas que sufren de acné quieren picarse, pellizcarse o mutilarse su piel en mayor o menor grado de acuerdo con el estado emocional en el que se encuentren estos pacientes y que influye el medio ambiente al querer desear y despertar simpatía hacia las personas que los rodean.

Wittkower (1949) realizó un estudio con relación a aspectos psicósomáticos en 64 pacientes con un promedio de edad de 21.9 años, todos padecían acné vulgar, encontró características como: a) personalidad rígida b) rebeldes y soñadores, c) niños demasiado grandes y d) padecimientos en desórdenes de sobrepeso. Encontró también en 10 mujeres casadas un desajuste sexual y 3 hombres con experiencias de impotencia sexual. Un dato importante fue que muchas de las características estuvieron marcadas en la pubertad con interrupciones debidas a un retardo en el desarrollo emocional y psicosexual. Wittkower no cree que el acné pueda ser solamente por motivos psicológicos, sin embargo sugiere que no únicamente los procesos fisiológicos pueden ser relevantes sino también los disturbios emocionales conectados con la pubertad dado que estos pueden estar relacionados con el comienzo o la persistencia del acné.

Cohen (1949) por su parte, discute los factores psicogénicos en el acné y argumenta que existen datos relevantes en la literatura que apuntan a la relación del comienzo del acné en la pubertad, dicha relación es con la vida sexual y existe una predisposición especial con los tipos de acné y neurosis. En la investigación se haya también un considerable número de manifestaciones psicogénicas importantes como la fatiga y tensión que aparece en los hombres de gran edad, en las mujeres que lo padecen se observó neurosis. Cohen explica que estos desórdenes son de origen somático y que pueden ser mantenidos por factores psicológicos pudiendo dejar de existir después de que el estímulo original haya cesado. También halló en once sujetos timidez y aislamiento, así como también encontró que los factores psicogénicos fueron en la mayor parte factores causales del acné.

Lorenz Graham y Wolf (1954) seleccionaron a 30 pacientes con edades entre los 13 a 15 años de los cuales 20 padecían acné vulgar y 10 no. Encontraron que en los pacientes con acné había un patrón característico con episodios de furia seguido por períodos de arrepentimiento (culpa y depresión) y conflictos con la figura de autoridad de sus padres. Además se les hizo experimentar entrevistas estresantes (lo cual no es ético) a estos pacientes con acné se les observó un incremento en la producción de sebo facial, por tal motivo los investigadores asociaron el aumento de la producción de sebo ante la evocación de furia y coraje, de manera contraria había una disminución de la secreción en los pacientes con acné, según los autores estos hallazgos pueden ser relevantes para el diagnóstico clínico de los pacientes con acné vulgar. Sin embargo los editores del Year Book de Dermatología (1953-1954) opinan que estas influencias emocionales son algunos factores que contribuyen a la producción de tales efectos y que no existe una estadística sólida con la que se pueda concluir la existencia de un patrón emocional característico con episodios de furia y coraje

seguidos por periodos de arrepentimiento.

Navarrete (1980) sugiere que el estado emotivo del paciente interviene secundariamente en la etiopatogenia. Generalmente el acné se agrava durante las tensiones aumentando el índice de secreción de sebo y exacerbaciones de las lesiones en los episodios de angustia. Sin embargo si se desea establecer una relación causa-efecto deberá esperarse a un análisis posterior. Lo que sí aclara el autor, es que los corticosteroides suprarrenales producidos durante el síndrome de adaptación aumentan la comedogénesis.

Haynal (1984) plantea que el acné juvenil está relacionado con modificaciones endocrinas y con posteriores influencias psicológicas desconocidas, alude la existencia de un cuadro psicopatológico que aumenta con la edad adolescente donde por lo regular inicia el desarrollo del acné el cual puede ser agravado por el rascado o manoseo de la piel cuyo origen puede ser de índole psicológico.

Naar (1980) apunta que en términos generales el acné se agrava durante las tensiones y puede aumentar el índice de excreción de sebo, también se exageran las lesiones durante episodios de angustia. La personalidad y vida emocional de los pacientes con acné severo está afectadas por lo que este aspecto debe recibir atención adecuada como parte del tratamiento, también se sabe que el índice de excreción de sebo no aumenta después de una inyección de acetilcolina o de adrenalina por lo que el mecanismo que exagera las lesiones de acné durante el estrés o angustia es desconocida.

Moreno (1991) plantea que algunas alteraciones de tipo emocional agravan o desencadenan brotes de acné.

Barona (1994) sugiere que en la intensidad y curso de la enfermedad del acné puede estar influenciado por muchos agentes incluyendo al estrés.

En la literatura internacional, se encuentran diversas investigaciones de entre ellas se tienen de pacientes con acné severo en los que la ansiedad y la agresión son factores significativos relacionados en la precipitación, evolución y tratamiento. (Wu; Kinder, 1988). Griesmer y Nadelson al estudiar a 4,576 pacientes en E.U.A. encontraron que el acné vulgar en un 55% se asocia al factor emocional como un desencadenante de alteración cutánea. Obermayer (1955) (Cit. pr Ruiz y

Campos, 1988) consideró al acné vulgar dentro de las dermatosis con elementos psíquicos. Se dice también que tanto el factor genético como el psicosocial contribuye a la patogénesis de la enfermedad del acné vulgar dado que es una de las enfermedades dermatológicas primarias con una asociación psiquiátrica (Rasmussen, 1990).

Gupta y Gupta (1980) encontraron que pacientes con un nivel de acné ligero o moderado experimentan también estrés psicológico, alteraciones en la autoimagen, conductas de depresión y angustia similares a los reportados por pacientes con acné más severo o intratable.

Atah y Mostaghimi (1995) hallan cierta frecuencia de aparición en algunas enfermedades dermatológicas con desórdenes psiquiátricos. Encuentran en un 70% de los casos al acné vulgar, a partir de haber estudiado clínicamente a 132 pacientes, en 65 pacientes mujeres que el acné vulgar ocupó el séptimo sitio teniendo dos de ellas un diagnóstico psiquiátrico de depresión neurótica. En cuanto a los 67 pacientes hombres, el acné ocupó también el lugar séptimo y se encontraron a 4 de ellos con diagnóstico psiquiátrico de neurosis de ansiedad y uno con diagnóstico de depresión neurótica.

Finalmente, se encontró relevante el efecto psicosocial del acné en los pacientes. La enfermedad afecta su equilibrio psicológico y relaciones sociales provocando problemas en la autoestima, autoconfianza, imagen corporal, depresión, agresividad, limitaciones en situaciones de su vida diaria porque se muestran preocupados por el acné, sienten frustración y/o confusión. También se ha demostrado que el acné interfiere significativamente en las relaciones interpersonales, tales como: participación en los deportes, en la escuela, en el desempeño académico contribuyendo a que los pacientes que sufren acné se encuentren también desempleados (Koo, 1995).

De acuerdo a lo expuesto, el acné es un proceso inflamatorio en extremo común, afecta a los adolescentes de ambos sexos con un ligero predominio de acné en niveles inflamatorios en los hombres y en las mujeres ligeramente se ven afectados en niveles no inflamatorios. El inicio de la enfermedad es hacia la pubertad y sigue un curso fluctuante que con el tiempo suele desaparecer por sí mismo hacia la mitad de la tercera década de la vida. El trastorno afecta en primer lugar a los folículos pilosebáceos de la piel de la cara, del tórax y de la parte superior de la espalda. No obstante, en casos más severos puede extenderse sobre la región deltoidea en un bloqueo del orificio de salida del folículo pilosebáceo producido por una masa de detrito queratinoso. Existen factores que pueden agravar la enfermedad como es el estrés, componentes de los cosméticos,

aceites de linaza, de oliva y algunas hormonas como los corticoesteroides, anticonceptivos, progesterona y hormona tiroidea. Es necesario abordar todo lo relacionado con la enfermedad del acné y sobre todo saber qué es lo que el paciente conoce de su enfermedad, pues el hecho de no tener información adecuada pudiera agravar su enfermedad y necesitar información clínica y patogénica del acné, pudiendo ser necesario el reconocer qué problemas emocionales le provoca la enfermedad que pudieran intervenir en su recuperación. Tal vez necesite tanto tratamiento dermatológico como un apoyo de tipo emocional con el objetivo de ir disminuyendo paulatinamente las experiencias frustrantes, caóticas y desagradables provocadas por padecer la enfermedad del acné juvenil o vulgar.

Desde 1947 hasta 1995 se han realizado diversas investigaciones en U.S.A., Nueva Guinea, entre otras y han encontrado una asociación de factores emocionales como ansiedad, depresión, agresividad, entre otros, así como un impacto psicológico en el área psicosocial del adolescente con acné juvenil desde niveles leves, moderado y severo, no obstante se desconoce en adolescentes mexicanos este hallazgo. Por tal motivo se decidió comparar a tres grupos con 50 adolescentes hombres y mujeres en cada grupo: uno con acné inflamatorio (pápulo-pustuloso o moderado) otro con acné no inflamatorio (comedónico o leve) contra un grupo de jóvenes sin problemas de acné con relación a una medición del constructo ansiedad rasgo-estado, así como en factores de depresión, y en los dos grupos con acné juvenil se identificaron los sentimientos, problemas y conocimientos acerca del padecimiento.

SEGUNDA PARTE

CAPITULO V INVESTIGACIÓN

5.1 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMAS

Los problemas que se plantean en esta investigación son:

¿Existirán diferencias en los niveles de ansiedad y depresión de los jóvenes con acné pápulo-pustuloso, acné comedónico y sin acné?

¿Qué dificultades provoca el acné juvenil en los niveles comedónico y pápulo-pustuloso en los jóvenes respecto a las áreas de: desempeño laboral, escolar, actividades recreativas y de cuidada estético?

¿Qué sentimientos produce el acné juvenil en los niveles comedónico y pápulo-pustuloso?

¿Qué grado de conocimientos tienen los jóvenes de su enfermedad de acné juvenil?

Por lo consiguiente se decidió realizar este estudio con los siguientes objetivos:

- Identificar diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad y depresión en jóvenes con acné pápulo-pustuloso, comedónico y sin acné, mediante la aplicación del inventario de ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, (1975) y de la Lista de Adjetivos de depresión de Axelrod (1990).

- Determinar los conocimientos, sentimientos y problemas que el adolescente percibe en relación al problema del acné juvenil mediante la aplicación de una entrevista estructurada.

5.2 JUSTIFICACIÓN

Con base en los cuestionarios aplicados sobre acné juvenil a médicos especialistas quienes atienden a pacientes en el centro dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua", los cuales observan en los jóvenes que padecen la enfermedad síntomas significativos de ansiedad y depresión además de otros sentimientos (Ver Anexo 1). A partir de esta observación se sustenta la realización de este estudio pues puede servir como modelo para otras instituciones que se dediquen a atender dicha enfermedad y como consecuencia mejorar la calidad de vida de los pacientes con este problema. Los resultados del estudio podrán extrapolarse creando programas preventivos como orientación e información a los adolescentes que padezcan la enfermedad del acné juvenil.

5.3 PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS GENERALES

5.3.1 Los niveles de ansiedad en los grupos de jóvenes que padecen acné pápulo-pustuloso, comedónico y el grupo de adolescentes sin acné son diferentes.

5.3.2 Los niveles de depresión son diferentes en los grupos de acné inflamatorio pápulo-pustuloso, comedónico y del grupo de adolescentes sin acné.

5.3.3 Los problemas y conocimientos derivados por el padecimiento de acné juvenil en los jóvenes se muestran diferentes en el grupo de adolescentes con acné inflamatorio pápulo-pustuloso y el grupo de adolescentes con acné comedónico

5.3.4 Los sentimientos asociados a la ansiedad, agresión y depresión derivados del padecimiento de acné juvenil son diferentes entre el grupo de adolescentes con acné pápulo-pustuloso y el grupo de adolescentes con acné comedónico.

5.4 PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

5.4.1 Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad en los grupos de jóvenes con acné pápulo-pustuloso, comedónico y el grupo de adolescentes sin acné.

5.4.2 Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión en los grupos de jóvenes con acné pápulo-pustuloso, comedónico y el grupo de adolescentes sin acné.

5.5 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES INDEPENDIENTES

5.5.1 Acné. El acné es un trastorno de una estructura especializada de la piel, el folículo pilosebáceo. Compromete cara y tronco superior. A su vez se divide en dos tipos que son:

5.5.2 Acné comedónico. Son aquellas lesiones activas, donde el comedón o "espinilla" representa la lesión elemental, no obstante éstos pueden ser comedones cerrados de tipo papuloso de tamaño pequeño y color amarillento y también pueden ser abiertos de color negruzco (puntos negros). Estas lesiones no inflamatorias pueden estar ubicadas en un nivel I denominado comedónico para cuando predominen los comedones abiertos y cerrados y muy pocas pápulas y pústulas.

5.5.3 Acné pápulo-pustuloso Dependiendo de la profundidad y de la intensidad de la inflamación pueden observarse pápulas, pústulas, abscesos, nódulos o quistes. Este acné inflamatorio abarca el nivel II para cuando predominan las lesiones papulosas (color rojizo) pustulosas (con sustancia purulenta y escasos comedones abiertos y cerrados. En un nivel III que el

acné es más severo e incluye todos los niveles anteriores además de predominar: nódulos, quistes, abscesos y cicatrices. Las lesiones inflamatorias se forman básicamente por escape del contenido del folículo pilosebáceo hacia la dermis (Villanueva, 1989; Barona, 1994).

5.5.4 Piel sin problemas de acné. Es aquella porción denominando órgano cutáneo o piel que no presenta alteraciones en su sistema pilosebáceo, ni existe la presencia de comedones abiertos, cerrados, pápulas, pústulas, abscesos, quistes que se encuentren principalmente en la cara, espalda y pecho, causados por trastornos de queratinización, hormonales, predisposición genética, coadyuvantes infecciosos, psicológicos, metabólicos entre otros.

5.6 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES DEPENDIENTES

5.6.1 ANSIEDAD. La ansiedad es un sentimiento parecido al miedo sin que haya una causa identificable (Morris, 1992). Sin embargo la ansiedad puede presentarse en algunos individuos como una condición emocional transitoria caracterizada por tensión y aprensión subjetivas que se percibe conscientemente con un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Por otra parte, otro tipo de personas tienden a responder de manera repetitiva con elevaciones intensas de este sentimiento de ansiedad debidas en parte a un aprendizaje de experiencias pasadas (Spielberger; Díaz Guerrero, 1975).

5.6.2 DEPRESIÓN. La depresión es una experiencia universal y las emociones de tristeza y pena constituyen una faceta intrínseca de la condición humana. No obstante, la depresión patológica, es abrumadora y desesperante se distingue de la tristeza por su intensidad, duración y evidente irracionalidad, así como por los efectos en la vida de aquel que sufre. Particularmente Caplan y Lebobici (1973) y Campillo (1988) mencionan que no son iguales las características depresivas del adolescente a las de los adultos. Definen a la depresión de los adolescentes matizada por el aburrimiento y al mismo tiempo por inquietud, pérdida de interés de las cosas que le suceden, fatiga y hastío, dificultad para concentrarse y evasión de los problemas. Cuando esto se agrava, los jóvenes deprimidos pueden buscar la muerte como salida a sus problemas (Cit. en Axelrod, 1990).

5.6.3 CONOCIMIENTOS SOBRE ACNÉ. Es aquel saber o información que tienen los adolescentes que padecen la enfermedad de acné juvenil.

5.6.4 PROBLEMAS QUE PRODUCE EL ACNÉ. Son aquellas situaciones en las que los jóvenes con acné juvenil se involucran, se manifiestan dificultades en las áreas, escolares, laborales,

recreativas así como en actividades de cuidado estético como el de maquillarse y recogerse el cabello como es el caso de las mujeres y en los hombres no pueden usar playeras. Estos problemas pudieran ser síntomas asociados a los trastornos adaptativos mencionados en el DSM-IV (1998) puesto que hay una disminución del rendimiento en el trabajo, en la escuela y cambios temporales en las relaciones sociales.

5.6.5 SENTIMIENTOS QUE PRODUCE EL ACNÉ

Son aquellos términos que no pueden definirse sino describirse por los jóvenes que padecen acné juvenil en niveles comedónico y pápulo-pustuloso como por ejemplo: sentimientos asociados a la ansiedad como son: angustia, miedo, desesperación, fastidio, inquietud y descontrol; sentimientos asociados a la depresión como: tristeza, inseguridad, aislamiento, llanto; sentimientos asociados a la autoimagen y a la agresión etc. Dichos sentimientos también pudieran estar asociados a los trastornos adaptativos de un estresor psicosocial, caracterizado por síntomas predominantes con estado de ánimo depresivo, o con estados de ansiedad o un subtipo mixto con síntomas de ansiedad y estado depresivo (DSM-IV, 1998).

5.7 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES

5.7.1 ACNÉ COMEDÓNICO: Es aquel diagnóstico establecido en la preconsulta del Centro Dermatológico por especialistas dermatológicos, en los pacientes se observan escasas pápulas y pústulas con predominio de comedones abiertos y cerrados.

5.7.2 ACNÉ PÁPULO-PUSTULOSO: Es aquel diagnóstico establecido en la preconsulta del Centro Dermatológico por especialistas dermatólogos, en los pacientes se observa un predominio de lesiones inflamatorias como pápulas y pústulas, cicatrices y pocos comedones abiertos y cerrados.

5.7.3 PIEL SIN PROBLEMAS DE ACNÉ: Son aquellas observaciones hechas en adolescentes sin problemas en la piel en corroboración con el llenado de preguntas de la hoja control.

5.8 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES

5.8.1 ANSIEDAD: Son los puntajes obtenidos de los 20 reactivos en el Inventario de Ansiedad estado y de otros 20 reactivos del Inventario de Ansiedad rasgo de Spielberger y Díaz Guerrero, (1975).

5.8.2 DEPRESIÓN: Son los puntajes obtenidos de los 62 reactivos de la escala de depresión elaborada por Axelrod (1990).

5.8.3 CONOCIMIENTOS SOBRE EL ACNÉ. Son las respuestas sobre el acné obtenidas de la entrevista estructurada semiabierta que consideró las siguientes preguntas:

1. Tiempo que tienen de padecerlo.
2. ¿El acné es hereditario?
3. ¿De quién lo heredaste?
4. ¿El acné se cura?
5. ¿En qué tiempo?
6. ¿El acné se contagia?
7. Causas del acné juvenil
8. ¿Cómo evitan la enfermedad del acné juvenil?
9. ¿Acciones hechas en el momento que aparece el brote de acné?

5.8.4 PROBLEMAS QUE PRODUCE EL ACNÉ: Son las respuestas obtenidas de la entrevista estructurada de las siguientes preguntas:

1. Problemas que provoca el acné juvenil
2. ¿Qué hace la familia al ver al adolescente con acné?
3. ¿Piensas que eres diferente a otros adolescentes por padecer acné?
4. ¿Cómo ve el futuro, el joven con acné juvenil?

5.8.5 SENTIMIENTOS QUE PRODUCE EL ACNÉ: Son las respuestas obtenidas de la entrevista estructurada de la pregunta: ¿Qué sentimientos provoca el tener acné?

5.9 TIPO DE ESTUDIO. Es un estudio de campo no experimental, correlacional ya que no se manipularon variables, sino que simplemente se midieron y se analizó la relación entre éstas (Kerlinger, 1992). Es un diseño de investigación con tres grupos independientes.

5.10 METODOLOGÍA

5.10.1 S U J E T O S

Se entrevistaron a 100 pacientes con problemas únicamente de acné pápulo-pustuloso y comedónico de ambos sexos, que acudieron por primera vez al Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua". Otros 50 jóvenes sin acné es decir, sin problemas de piel del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Oriente turno vespertino, otros del plantel CONALEP IZTAPALAPA II turno matutino; alumnos de la FES ZARAGOZA y de la Secundaria 172 turno vespertino y matutino respectivamente. Se eligieron jóvenes de escuelas públicas, con el fin de evitar sesgos socioeconómicos, ya que los jóvenes que asisten al Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua también asisten a escuelas públicas.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el análisis, la muestra se conformó en tres grupos:

Grupo sin problemas de acné conformado por 32 hombres y 18 mujeres.

Grupo con acné pápulo-pustuloso con 30 hombres y 20 mujeres y,

Grupo con acné comedónico con 30 hombres y 20 mujeres.

Las edades contempladas en cada grupo fueron de 12 a 25 años respectivamente. Dado un primer muestreo intencional se observó que en la preconsulta dermatológica llegaban más mujeres que hombres para el diagnóstico de acné comedónico y para el diagnóstico de acné pápulo-pustuloso se notó una proporción mayor de hombres que de mujeres, por tal motivo se llevó a cabo un segundo muestreo por cuotas para balancear a los hombres y mujeres en ambos grupos y como consecuencia balancear al grupo comparativo que fueron los jóvenes sin problemas de acné.

5.11 INSTRUMENTOS

5.11.1 LISTA DE ADJETIVOS PARA MEDIR DEPRESIÓN

Esta prueba fue elaborada a partir de pedir a 50 personas tanto adolescentes como adultos que dijeran lo que sentían cuando estaban deprimidos. Todas las respuestas se organizaron y se obtuvo un listado de 62 palabras no repetidas entre adjetivos, verbos y adverbios. Cada palabra se ubicó en una escala bipolar tipo likert con 10 opciones intermedias que van de nada hasta mucho (Anexo 2).

Axelrod (1990) señala que existen varias maneras de obtener la confiabilidad de un test. La más común y la más apreciada es el método de test-retest. No obstante dadas las condiciones del instrumento (LAD) no consideró apropiado utilizar el método por mitades porque los adjetivos podrían no estar bien balanceados y si se balanceaba después la confiabilidad saldría excesiva. Aplicó el método alfa de Cronbach y obtuvo un resultado general de .94 la cual indica una confiabilidad interna muy alta, es decir que esta prueba mostró una gran congruencia.

Axelrod (1990) menciona que la validez es una característica acumulativa de las pruebas y es un resultado principal para que una prueba sea medida estándar. Significa que un instrumento mida lo que pretende medir. Para comprobar la validez de su instrumento realizó los siguientes procedimientos.

La validez de criterio funciona para encontrar la representatividad muestral que del dominio de la depresión tienen los ítems del instrumento de medición. Para evaluarla ella realizó una comparación entre los resultados obtenidos por los sujetos no deprimidos y los deprimidos, en la lista de adjetivos L.A.D. Aplicando la X^2 Axelrod (1990) mostró que de los 62 reactivos que formaron parte de la lista, 58 mostraron capacidad discriminativa entre las variables de salud y depresión, es decir que según los valores en las respuestas que dieron los sujetos, se pudo saber a cual de los grupos pertenecía. Solo incluyó a estos 58 ítems en los análisis de validez factorial, pues demostraron ser los que discriminaron y pasaron bien la prueba de validez de criterio.

Obtuvo el análisis factorial de ejes principales sobre los resultados del grupo de sujetos deprimidos y concluyó que existe una confirmación factorial sobre la definición de lo que es la depresión formada por 36 ítems que lograron una comunalidad mayor a .50 y una carga factorial mayor a .50. Para concluir, "el análisis factorial probablemente es el método más poderoso de validación de construcciones hipotéticas" (Kerlinger, 1975, pág. 329).

Cabe aclarar que originalmente se utilizaron los 62 reactivos de Axelrod con el fin de probar en otra muestra la estructura factorial propuesta por la autora, sin embargo dado el poco número de sujetos para el número de reactivos se decidió mantener los ítems (factores) propuestos por la autora, siempre y cuando éstos demostraran un índice de consistencia interna satisfactoria.

5.11.2 INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE)

La construcción del inventario IDARE se inició en 1964, con Charles D. Spielberger y R. L. Gorsuch en la Universidad de Vanderbilt. Después de hacer cambios en las concepciones teóricas de la ansiedad, se propusieron reactivos relacionados con otras medidas de ansiedad ya demostradas, se diseñaron 20 reactivos para la ansiedad estado y 20 reactivos para la ansiedad rasgo. Este instrumento es útil y versátil para la medición de ambos tipos de ansiedad, dado que su contenido, validez de construcción y concurrente se comparan favorablemente con otras pruebas de ansiedad publicadas (Spielberger y Guerrero; 1975) (Anexo 4).

Para probar la confiabilidad se utilizó el método de test-retest para correlacionar a 5 subgrupos de sujetos que fueron incluidos en la muestra normal de estudiantes universitarios no graduados, se obtuvieron correlaciones bastante altas para la escala de ansiedad rasgo, variando desde .73 para un intervalo de 104 días a .86 mientras que para las correlaciones de la escala de ansiedad estado fueron relativamente bajas variando desde .16 a .54 con una mediana para las correlaciones de sólo .32 para los 16 subgrupos. La confiabilidad test-retest de la escala A-rasgo del IDARE es relativamente alta, pero los coeficientes de estabilidad para la escala A-estado del IDARE tienden a ser bajos ante la influencia de factores situacionales.

Se obtuvieron los coeficientes alfa para las escalas del IDARE mediante cálculos con la fórmula K-R 20 con la modificación introducida por Cronbach utilizando muestras normativas. Los coeficientes para A-estado variaron de .83 a .92 y los de A-rasgo resultaron igualmente altos. Por lo tanto la consistencia interna de las dos escalas del IDARE son bastante buenas. Otra evidencia más cercana de la consistencia interna de las escalas del IDARE, es la obtenida a través de correlaciones de reactividad contra la escala calculada para las muestras de estudiantes universitarios y de bachillerato. La correlación mediana de reactivo contra escala en A-estado fue de .55 para los estudiantes de bachillerato y .45 para los estudiantes de primer año de Universidad y .55 para los estudiantes universitarios no graduados.

En cuanto a la validez del IDARE provee medidas operacionales de ansiedad-estado y

ansiedad-rasgo. En la construcción del IDARE se requirió que los reactivos individuales llenaran los criterios de validez prescritos para la ansiedad-estado y para la ansiedad-rasgo en cada una de las etapas del proceso de construcción del inventario para poder ser conservados para la evaluación y la validación.

La evidencia acerca de la validez concurrente de la escala A-rasgo del IDARE se observan en las correlaciones del siguiente cuadro:

CORRELACIONES ENTRE LA ESCALA A-RASGO DEL IDARE Y OTRAS MEDIDAS DE LA ANSIEDAD-RASGO

	ESCALA DE ANSIEDAD			MUJERES UNIVERSITARIAS (N= 126)			VARONES UNIVERSITARIOS (N=80)			PACIENTES NP (N=66)	
	IDARE	IPAT	TMAS	IDARE	IPAT	TMAS	IDARE	IPAT	TMAS	IDARE	IPAT
IPAT	.75			.76			.77				(112)
TMAS	.80	.85		.79	.73		.83				.84
CAL	.52	.52	.53	.58	.51	.41	—				—

En este cuadro se observan las correlaciones con la Escala de Ansiedad IPAT (Catell and Scheler, 1963), la Escala de Ansiedad Manifiesta (TMAS) de Taylor (1963) y la lista de adjetivos afectivos de Zuckerman (1960) (AAFL), en su forma general. Es de notarse que las correlaciones entre el IDARE, el IPAT y el TMAS, son moderadamente altas tanto para los estudiantes universitarios como para los pacientes. Dado que las intercorrelaciones entre estas escalas se acercan a las confiabilidades de las escalas es razonable concluir que las tres escalas pueden ser consideradas como medidas alternativas de A-rasgo (Anexo 4).

5.11.3 ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Este instrumento se desarrolló a partir de una adaptación de los cuestionarios originales con preguntas abiertas acerca de la enfermedad de asma bronquial para adolescentes y niños con dicho problema. Dichos cuestionarios fueron elaborados por la Dra. Blanco Gil, (1989) en su tesis doctoral denominada: Asma Bronquial: Una revisión y propuesta de programas de automanejo. El actual instrumento es una entrevista estructurada abierta, consta de un apartado para datos generales, y 26 preguntas (Anexo 3) que se refieren a lo siguientes tópicos:

- Conocimientos acerca de la enfermedad de acné
- Problemas que provoca la enfermedad
- Sentimientos que produce el padecer acné.

5.11.4 P R O C E D I M I E N T O

Se obtuvo una muestra de 100 pacientes pidiendo a los médicos especialistas en dermatología de la manera más atenta que diagnosticaran en la pre-consulta matutina y vespertina en presencia de la investigadora los pacientes con enfermedad de acné juvenil en sus niveles inflamatorios (pápulo-pustuloso) y no inflamatorio (comedónico).

Una vez seleccionados a los pacientes de acuerdo a la cantidad que acudieron diariamente, en subgrupos de 2 a 5 o más se les explicó lo siguiente:

1 Se hizo un saludo y presentación por parte de la investigadora

2 Se les dio un agradecimiento por el tiempo y la atención que sirvieron brindar a la solicitud.

3 Se les explicó que quien estuviera de acuerdo en participar, prosiguiera que no era obligatorio, dado que el objetivo de tal petición era encontrar qué tanto afecta al estado emocional del paciente la enfermedad del acné juvenil, pues los resultados de la aplicación de los instrumentos psicológicos de este estudio apuntarían a un mejor entendimiento de pacientes con acné juvenil.

4 También se les reiteró que era sumamente importante contestar a todas las preguntas. Sus datos serán anónimos para una mayor confidencialidad y veracidad de las respuestas. Se les agradeció su sinceridad condición sin la cual este trabajo carecería de valor.

5 Posteriormente se les entregaron los instrumentos: la Entrevista Estructura; Lista de

Adjetivos de Depresión (LAD) (1990); Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para que los contestaran. Después se prosiguió con la lectura de instrucciones de la lista de adjetivos para que una vez que hubieran terminado de contestar se prosiguiera con la lectura del inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado.

6□ Después conforme terminaron los pacientes de contestar, se les entrevistó de manera individual para puntualizar sobre aquellas respuestas que contestaron en la entrevista, acerca de los conocimientos, sentimientos y problemas que el acné les produce.

GRUPO COMPARATIVO

1□ Se aplicaron 150 cuestionarios a adolescentes sin problemas de acné de 12 a 25 años de instituciones de nivel secundaria y bachillerato, solicitando a los directivos de las mismas las facilidades para la investigación.

2□ Posteriormente se eligió una muestra de 50 adolescentes: 32 hombres y 18 mujeres.

3□ Una vez seleccionados se les explicó lo siguiente:

4□ Se hizo un saludo y presentación por parte de la investigadora

5□ Se les explicó que la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Facultad de Psicología deseaba saber los sentimientos y problemas que los jóvenes padecen y por tal motivo se necesitaba saber quienes deseaban participar de manera voluntaria.

6□ También se les mencionó que era sumamente importante que contestaran a todas las preguntas. Sus datos serían anónimos. Se les agradeció su sinceridad, condición sin la cual este trabajo carecería de valor.

7□ Posteriormente se les fueron entregando los instrumentos; Hoja para grupo

comparativo, Lista de Adjetivos de Depresión (LAD, Axelrod, 1990) y por último el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado para que los contestaron.

8□ Finalmente se les reiteró el agradecimiento a los participantes.

CAPÍTULO VI RESULTADOS

6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En relación al análisis estadístico se efectuó primeramente una evaluación del coeficiente de coeficiente de confiabilidad de la Escala de Depresión de Axelrod (1990), la cual arrojó una puntuación alfa de .94. También se evaluó el coeficiente de confiabilidad del inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spilberger (1975), para los ítems 1 a 20 del inventario Ansiedad-Estado se obtuvo un alfa de .89. De Ansiedad Rasgo se obtuvo un alfa de .79. Por otra parte, se realizó un análisis de confiabilidad para cada uno de los cuatro factores que conformaron a la escala de depresión de Axelrod (1990), los cuales son 40 ítems repartidos en cada factor, obteniendo lo siguiente:

Factor 1 Felicidad-Tristeza alfa = .8287

Reactivos: D9, D16, D18, D20, D21, D34, D39, D43, D44, D45, D46, D52, D53.

Factor 2 Seguridad-Inseguridad alfa= .8534.

Reactivos: D2, D19, D24, D33, D36, D42, D46, D47, D48, D49, D50, D51.

Factor 3: Optimismo-Pesimismo alfa= .6511

Reactivos: D22, D23, D25, D26, D27, D28, D29, D30

Factor 4 Satisfacción-Insatisfacción alfa= .70

Reactivos: D3, D4, D5, D6, D8, D10, D17.

Con base en los factores, se realizó el análisis de varianza (ANOVA) para comprobar las hipótesis estadísticas planteadas y los resultados fueron los siguientes:

Tabla 1. Diferencias por diagnóstico en relación a cada uno de los cuatro factores de la escala de Depresión de Axelrod (1990).

Factores de Depresión*	Grupos de Jóvenes sin Acné	Grupo de jóvenes con Acné Pápulo-pustuloso	Grupo de Jóvenes con Acné comedónico	F	P
Factor 1 Felicidad- Tristeza	7.68	7.01	6.96	3.69	.027
Factor 2 Seguridad- Inseguridad.	7.59	7.30	7.32	.446	.641
Factor 3 Optimismo- Pesimismo	7.14	6.82	7.01	.439	.645
Factor 4 Satisfacción- Insatisfacción	6.75	6.20	6.02	2.285	.105

Rango teórico: 1 a 10.

Como se puede apreciar en la tabla 1, se encontraron diferencias significativas solamente en el factor felicidad-tristeza del constructo depresión, en donde los jóvenes sin acné son los que se sienten más felices y los que tienen acné menos felices, estos resultados indican que se rechaza la hipótesis nula parcialmente, H_{01} : No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión en los grupos de jóvenes con acné pápulo-pustuloso, comedónico y del grupo de adolescentes sin acné.

Tabla 2. Diferencias en Ansiedad: Estado-Rasgo por diagnóstico

Niveles de Ansiedad*	Grupo de jóvenes sin Acné	Grupo de jóvenes con acné pápulo-putuloso	Grupo de jóvenes con acné comedónico	F	P
Ansiedad Estado	1.88	2.13	2.03	3.33	.038
Ansiedad Rasgo	1.84	2.14	2.07	4.67	.011

Como se puede apreciar en la tabla 2 se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, pues los jóvenes sin acné presentaron un rango menor en ambos niveles mientras que los jóvenes con acné pápulo-pustuloso puntuaron más alto en ansiedad estado-rasgo que los jóvenes con acné comedónico. Dichos resultados indican que se rechaza la hipótesis nula Ho2: No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad estado y rasgo en los grupos de jóvenes con acné pápulo-pustuloso) y el grupo de jóvenes con acné comedónico y el grupo de adolescentes sin acné. Se acepta la hipótesis alterna Ha2: Si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad estado y rasgo en los grupos de jóvenes con acné pápulo-pustuloso y comedónico y del grupo de adolescentes sin acné.

Tabla 3. Correlación entre ansiedad y depresión. Como se puede apreciar la correlación de Pearson indica que a mayores niveles de ansiedad estado y rasgo mayor nivel de depresión en cada uno de los cuatro factores.

	ANSIEDAD ESTADO	ANSIEDAD RASGO
ANSIEDAD ESTADO	1.0000	.6993
ANSIEDAD RASGO	.6993	1.0000
FELICIDAD-TRISTEZA	-.6604	-.6101
SEGURIDAD-INSEGURIDAD	-.6731	-.6227
OPTIMISMO-PESIMISMO	-.5591	-.5501
SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN	-.5316	-.5328

Tabla 4. Diferencias en Ansiedad y Depresión en jóvenes con acné pápulo-pustuloso y acné comedónico

FACTOR	Acné pápulo-pustuloso	Acné comedónico	t	p
Ansiedad	2.13	2.06	.72	.47
Rasgo				
Ansiedad	2.13	2.02	1.09	.28
Estado				
Felicidad	7.00	6.96	.15	.88
Tristeza				
Seguridad	7.29	7.31	-.06	.95
Inseguridad				
Pesimismo	6.82	7.00	-.56	.57
Optimismo				
Satisfacción	6.20	6.01	.50	.61
Insatisfacción				

Como se puede observar en la tabla 4, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad y depresión en el grupo de jóvenes con acné pápulo-pustuloso contra los de acné comedónico, así también para tabla 5, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad y depresión en relación al grupo de jóvenes hombres y mujeres en ambos niveles de acné juvenil pápulo-pustuloso y comedónico. En la tabla 6, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad y depresión en jóvenes mujeres con acné pápulo-pustuloso y mujeres con acné comedónico

Tabla 5. Diferencias en Ansiedad y Depresión en jóvenes hombres y mujeres

FACTOR	MUJERES	HOMBRES	T	p
Ansiedad Rasgo	2.17	2.05	1.24	.21
Ansiedad Estado	2.06	2.09	-.30	.76
Felicidad Tristeza	6.66	7.19	-1.71	.091
Seguridad Inseguridad	7.07	7.46	-1.21	.228
Pesimismo Optimismo	6.64	7.09	-1.36	.177
Satisfacción Insatisfacción	6.01	6.17	-.41	.680

Tabla 6. Diferencias en Ansiedad y Depresión en jóvenes mujeres con acné comedónico y mujeres con acné pápulo- pustuloso.

Factor	Mujeres con acné pápulo-pustuloso.	Mujeres con acné pápulo-pustuloso.	t	p
Ansiedad Rasgo	2.17	2.18	-.07	.94
Ansiedad Estado	2.07	2.05	.11	.91
Felicidad Tristeza	6.93	6.38	1.06	.29
seguridad Inseguridad	7.30	6.83	.81	.425
Optimismo Pesimismo	6.99	6.30	1.25	.21
Satisfacción Insatisfacción	6.43	5.60	1.42	.16

Tabla 7. Diferencias en Ansiedad y Depresión en jóvenes hombres con acné pápulo-pustuloso y hombres con acné comedónico.

Factor	Hombres con acné pápulo-pustuloso.	Hombres con acné comedónico	t	p
Ansiedad Rasgo	2.11	1.99	1	.323
Ansiedad Estado	2.17	2.01	1.30	.19
Felicidad	7.05	7.34	-.77	.44
Tristeza				
Seguridad	7.29	7.63	-.93	.35
Inseguridad				
Optimismo	6.71	7.47	-2.02	.048
Pesimismo				
Satisfacción	6.04	6.29	-.54	.58
Insatisfacción				

Como se puede apreciar en la tabla 7, sólo se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el factor de depresión optimismo-pesimismo para el grupo de jóvenes hombres con pápulo-pustuloso y hombres con acné comedónico esto quiere decir que los jóvenes hombres con acné pápulo-pustuloso son menos optimistas que los jóvenes hombres con acné comedónico)

6.1 RESULTADOS CUALITATIVOS Y COMPARATIVOS ACERCA DEL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD DEL ACNÉ JUVENIL

El siguiente análisis se realizó para cada pregunta, de la entrevista abierta elaborando una tabla por cada una.

Como se puede apreciar en la tabla 8, la mayoría de los jóvenes que asistieron por primera vez al Centro Dermatológico tienen más de un año de padecer acné tanto en los niveles comedónicos y pápulo-pustuloso.

Tabla 8. Tiempo que tienen de padecer acné

Tiempo	Grupo con acné pápulo-pustuloso		Grupo con acné comedónico	
	f	%	f	%
Menos de 6 meses	2	4%	1	2%
7 a 12 meses	1	2%	5	10%
1 a 2 años	16	32%	11	22%
3 a 4 años	10	20%	16	32%
5 o más	21	42%	17	34%
Totales	77	100%	50	100%

Un mayor número de sujetos que padecen acné pápulo-pustuloso saben que esta enfermedad es hereditaria (tabla 9), e identifican que la heredaron de su padre o de su madre; mientras que los sujetos con acné comedónico, aunque saben que es hereditario informan que no lo heredaron de alguna persona en especial (tabla 10)

Tabla 9. ¿El acné es hereditario?

Respuesta	Grupo con acné pápulo-pustuloso		Grupo con acné comedónico	
	f	%	f	%
SI	23	46%	19	38%
NO	27	54%	31	62%
Totales	50	100%	50	100%

Tabla 10 ¿De quién lo heredaste?

Respuesta	Grupo con acné pápulo- pustuloso		Grupo con acné comedónico	
	f	%	f	%
Madre	8	15%	3	8%
Padre	17	33%	1	3%
Nadie	25	48%	32	84%
No sabe	2	4%		
Familiares paternos			2	5%
Familiares maternos				
Totales	52	100%	38	100%

La mayoría de los sujetos con acné juvenil en sus dos niveles: comedónico y pápulo-pustuloso, reportan que el acné es curable (tabla 11) e identifican en un mayor porcentaje que es a largo plazo (tabla 12)

Tabla 11 ¿El acné se cura?

Respuesta	Grupo con acné pápulo- pustuloso		Grupo con acné comedónico	
	f	%	f	%
SI	46	92%	12	24%
NO	3	6%	38	76%
No sabe	1	2 %		
Totales	50	100%	50	100%

Tabla 12 ¿En que tiempo se cura?

Tiempo	Grupo con acné pápulo- pustuloso		Grupo con acné comedónico	
	f	%	f	%
A corto plazo	11	22%	12	24%
A largo plazo	37	74%	38	76%
No sabe	2	4%		
Totales	50	100%	50	100%

Como se puede notar, los jóvenes de ambos grupos responden en mayor porcentaje que no es contagioso (tabla 13)

Tabla 13 ¿El acné se contagia?

Respuesta	Grupo con acné pápulo-pustuloso		Grupo con acné comedónico	
	f	%	f	%
SI	1	16%	9	18%
NO	41	82%	41	82%
No sabe	1	2%		
Totales	50	100%	50	100%

En la siguiente tabla 14, se observan las causas de la enfermedad, los jóvenes señalan en un porcentaje mayor a la ingesta de alimentos con grasas; otras de las causas son la disfunción hormonal; por tener cutis grasoso, por el desarrollo adolescente y finalmente, mencionan al estado emocional causado por el estrés o por problemas relacionados a la adolescencia.

Tabla 14. Causas del acné juvenil

ATRIBUTO	Grupo con acné pápulo-pustuloso		Grupo con acné comedónico	
	f	%	f	%
ESTADO EMOCIONAL	6	60%	4	80%
Por nervios, estrés			2	20%
Preocupaciones por la escuela, Problemas familiares				
Conflictos emocionales, masturbación, temperamento y etapa adolescente	4	40%	6	8%
Subtotales	10	16%	12	15%
INGESTIÓN DE COMIDA CON GRASAS				
Por comer cosas con grasa	14	50%	18	64%
Malos hábitos alimenticios	14	50%	9	32%
Problemas de exceso de grasa en la piel			1	4%
Subtotales	28	44%	28	24%
CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO ADOLESCENTE.			18	22%
Hormonal			8	44%
Desarrollo de la adolescencia			5	28%
Metabolismo			5	28%
OTROS				
Herencia	4	15%	6	27%
No sabe	10	38%	5	23%
Período menstrual	1	4%		
Disfunción hormonal	4	15%		
Problemas en la sangre	1	4%		
Cutis grasoso	6	23%		
Subtotales	26	40%		
Falta de higiene			4	19%
Infección			3	14%
Efectos del sol, aire			2	9%
A las cremas			1	4%
Por sudoración al practicar deporte.			1	4%
Subtotales			22	30%

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Como se puede observar en la siguiente tabla 15, los jóvenes evitan mayormente el acné mediante cuidados de higiene en la piel como el de ponerse mascarillas y lavarse la cara con jabón, otro porcentaje no mayor se abstiene de comer grasas y se automedican. Una escasa minoría opta por acudir antes que nada con el especialista. Ante tal hallazgo se puede deducir que los jóvenes con acné juvenil desconocen el que esto sea una enfermedad pudiéndola concebir comúnmente como una situación de la edad adolescente que se quitará rápidamente sin necesidad de acudir al especialista

Tabla 15. ¿Cómo evitan la enfermedad del acné juvenil?

MÉTODOS	Grupo con acné pápulo-pustuloso F	Grupo con acné comedónico f
TRATAMIENTOS		
Medicamentos de farmacia (tratamientos comerciales)	12	13
Ir al dermatólogo	3	2
	Subtotales 15 = 22%	Subtotales 15 = 19%
CUIDADOS E HIGIENE DE LA PIEL		
Mascarillas cosméticas, remedios caseros.	20	14
Lavarse la cara con jabón diariamente	15	21
He intentado de todo	Subtotales 35 = 51%	3
		Subtotales 38 = 49%
CUIDADOS EN LA ALIMENTACIÓN		
Comer comida baja en grasa no comer grasas	11	19
No comer en la calle y tomar mucho agua	2	
	Subtotales 13 = 19%	Subtotales 19 = 24%
OTROS		
Mantenerse ocupado: estudiando trabajando, hacer ejercicio.	3	
Rascarse, exprimirse, pellizcarse	3	3
Hacer ejercicio Controlar los nervios		1
Evitar el rascado		2
	Subtotales 6 = 8%	Subtotales 6 = 8%

Como es de notarse en la tabla 16, las acciones que sobresalen más para enfrentar el brote de acné por los jóvenes es primeramente con una reacción psicológica de depresión y ansiedad así como el de tener pensamientos fantasiosos o mágicos para el control de éste, y se refleja en conductas como el de pellizcarse, exprimirse y rascarse en la parte afectada; también se ponen lo que sea; en una última instancia y con poca frecuencia acuden con el especialista.

Tabla 16. Acciones hechas en el momento que aparece el brote de acné

ACCIONES	Grupo con acné pápulo-pustuloso F	Grupo con acné comedónico f
TRATAMIENTO		
Ir con el especialista	1	2
Lavarme la cara	3	2
Ponerme mascarillas, comprar medicamentos	5	11
Ponerme todo lo que sea	7	1
Una cirugía	Subtotales 16 = 22%	Subtotales 16 = 17%
PENSAMIENTOS FANTASIOSOS		
Quitármelos, desaparecerlo	10	
"Que se me quiten inmediatamente"	Subtotales 10 = 14%	
¡Quitármelos!, cubrirlos, aplastarlos, "esconderme bajo una sábana"		7
		Subtotales 7 = 12%
REACCIÓN PSICOLÓGICA		
Desesperación	6	5
Depresión: "no salir, pienso que no hay remedio" llorar	10	9
"Quitarme la vida tomando pastillas"	1	
Cortarme la cara con una navaja.	1	
Agredir verbalmente en casa y en el trabajo	1	
No saber que hacer		
Enojo, coraje	2	
"Arrancarme la cara" "romper el espejo cada que me veo"	Subtotales 21 = 28%	3
		2
		Subtotales 19 = 32%
CONDUCTAS DE MANIPULACIÓN EN LA PIEL		
	11	
Pellizcarme	10	
Exprimirme	2	
Rascarme	Subtotales 23 = 31%	
OTROS		
Hacer ejercicio	1	1
Nada	2	1
No contestó	1	2
Dejar de comer frituras, dulces	Subtotales 4 = 5%	Subtotales 4 = 7%

RESULTADOS CUALITATIVOS Y COMPARATIVOS ACERCA DE LOS SENTIMIENTOS Y PROBLEMAS DE LA ENFERMEDAD DEL ACNÉ JUVENIL.

Como se puede apreciar en la tabla 17, hay un predominio de sentimientos asociados a la depresión como inseguridad, tristeza, aislamiento, molestia, incomodidad, llanto, baja autoestima entre otros; para los sentimientos asociados a la ansiedad como miedo, desesperación, fastidio, inquietud, descontrol y finalmente otro menor para los sentimientos asociados a la agresión como coraje y enojo, así como el de agredir verbal y físicamente hacia los demás, además de recibir burlas por parte de amigos y compañeros por la apariencia.

Tabla 17. Sentimientos que produce el acné.

SENTIMIENTOS	Grupo con acné pápulo-pustuloso		Grupo con acné comedónico	
	f	%	f	%
SENTIMIENTOS ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN				
Inseguridad	18	21%	11	
Tristeza	24	27%	15	
Aislamiento (no salir de casa)	16	18%	1	
Llanto, llanto reprimido	14	16%	6	
Baja autoestima	6	7%	6	
Molestia, incomodidad	7	8%	16	
Desarreglo personal, impotencia	2	2%	1	
Frustración		Subtotales 87 = 53%	3	
Culpa a otros, pesimismo			3	
Melancolía, nostalgia				
Duelo, inconformidad, rebeldía.				Subtotales = 67 = 47%
SENTIMIENTOS ASOCIADOS A LA ANSIEDAD				
Ansiedad, angustia, miedo,	5	38%	18	56%
desesperación, fastidio, inquietud,	8	62%	14	44%
descontrol.		Subtotales 13 = 8%		Subtotales 32 = 21%
SENTIMIENTOS ASOCIADOS A LA AUTOIMAGEN	22	48%	19	28%
Mala apariencia	12	27%	12	17%
Pena, vergüenza, Inferioridad,	3	6%	6	9%
timidez.	9	6%	18	26%
Rechazo por el sexo opuesto,				
rechazo de los demás, repulsión de sí mismo.		Subtotales 46 = 28%		Subtotales 32 = 21%
SENTIMIENTOS ASOCIADOS A LA AGRESIÓN				
Coraje y enojo	14	82%	16	84%
Agresión verbal y física hacia los demás, agresión hacia sí mismo.	3	18%	3	16%
Burlas por parte de amigos y Compañeros escolares por la apariencia		Subtotales 17 = 10%		Subtotales 19 = 13%

Como se puede apreciar en esta tabla 18, existe un grado mayor de afectación en los jóvenes con acné pápulo-pustuloso en sus actividades recreativas, escolares, laborales así como de cuidados estéticos a diferencia del grupo con acné comedónico en el cual se observa un porcentaje significativo de no afectación, salvo para las actividades de índole recreativo y en menor grado para las actividades escolares, laborales y de cuidado estético.

Tabla 18. Problemas que provoca el acné juvenil

IMPEDIMENTOS	Grupo con acné pápulo-pustuloso f	Grupo con acné comedónico f
AFECCIÓN EN EL DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES ESCOLARES, LABORALES		
Buscar trabajo, desempleo, sin ganas de ir a trabajar	7	
Ir a la escuela	2	
No salir a la calle	2	
Bajo desempeño escolar		Subtotales 4 = 9%
Bajo desempeño laboral	Subtotales 11 = 20%	1
		3
AFECCIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS		
Salir con los amigos, novio (a)	4	7
Ir a fiestas	2	3
No sentirse a gusto ante personas extrañas.	6	4
No salir a la calle	2	
Pena al ser visto por el sexo opuesto	2	
"Divertirme"	4	
	Subtotales 20 = 36%	Subtotales 14 = 33%
AFECCIÓN EN ACTIVIDADES DE CUIDADO ESTÉTICO		
"Maquillarme"	1	
"No recogerme el cabello"	2	3
"Usar vestido o camiseta con escote, nada de limpieza en la parte afectada"	4	
	Subtotales 20 = 36%	Subtotales 3 = 7%
OTROS	14	
Nada	1	21
Comer varias cosas (golosinas)	1	1
Sentir ansiedad	1	
Salir al sol	1	
No contestó		Subtotales 22 = 51%
	Subtotales 18 = 32%	

En la siguiente tabla 19, se puede notar que un mayor porcentaje de las familias de los pacientes con acné juvenil brindan apoyo, cuidados y atenciones en la evolución de la enfermedad.

Tabla 19. ¿Qué hace la familia al ver al adolescente con acné juvenil?

ACCIONES	Grupo con acné pápulo-pustuloso F	Grupo con acné comedónico f
APOYO Y ATENCIÓN		
Comprensión, consejos, apoyo y atención	15	27
“Que consulte a un especialista”	13	10
“Que no me exprima, rasque ni pellizque”	7	4
“Que no coma grasas”	3	3
“Que me ponga mascarillas”	Subtotales 38 = 83%	Subtotales 44 = 73%
SIN APOYO Y ATENCIÓN		
Nada	2	8
“No hay atención, comprensión; hay regaños, críticas y burlas por parte de hermanos”	5	4
“Exprimírmelo y me ponen alcohol”	1	
“Me dan remedios que no sirven”	8	1
	Totales 8 = 17%	Totales 13 = 23%

En la tabla 20, se puede notar que a pesar de padecer la enfermedad los jóvenes no se consideran diferentes a otros adolescentes que no la padecen, sin embargo existe un porcentaje que merece atención profesional.

Tabla 20 ¿Piensas que eres diferente a otros adolescentes por padecer acné?

RESPUESTA	Grupo con acné pápulo-pustuloso		Grupo con acné comedónico	
	f	%	f	%
SI	15	30%	18	36%
NO	35	70%	32	64%
Totales	50	100%	50	100%

Para finalizar, en la tabla 21 se observa que los jóvenes en la mitad del porcentaje perciben un futuro positivo pues creen que la enfermedad no les afectará en su vida, no obstante cerca de la mitad de ellos en los niveles comedónico y pápulo-pustuloso visualizan un futuro negativo debido a la enfermedad del acné que padecen.

Tabla 21 ¿Cómo ve el futuro el joven con acné juvenil?

FUTURO	Grupo con acné pápulo-pustuloso		Grupo con acné comedónico	
	f	%	f	%
Positivo	28	56%	25	50%
Negativo	21	42%	24	48%
No sabe	1	2%	1	2%
Totales	50	100%	50	100%

DISCUSIÓN

La adolescencia es una etapa de transición en la que el individuo experimenta angustia al encontrarse en una línea divisoria de seguridad de la niñez y el mundo desconocido del adulto. Es una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás, es un periodo de transición entre la niñez y la adultez (Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 1982). No obstante el adolescente no se da cuenta ni vive su estructura psíquica ni sus estados como fenómenos evolutivos y por lo tanto no se comprende a sí mismo ya que no tiene idea de sus crisis y evoluciones. Se modifican varios procesos fisiológicos, químicos y hasta espirituales los cuales se orientan hacia una vida adulta (Spranger, 1987). En términos generales, la adolescencia se inicia cuando el individuo accede a la madurez sexual y culmina cuando se independiza legalmente de la autoridad de los adultos. Como promedio la adolescencia se extiende de los 13 a los 18 años en las mujeres y de los 14 a los 18 años en los varones.

Por otro lado, el adolescente se preocupa en forma desproporcionada por no tener la apariencia física que quisiera, en él existe la necesidad de agradar de ser admirado (a) querido (a) y ser sexualmente atractivo (a), es un aspecto importante del autoconcepto y les gusta mejorarlo. Es normal que ellos se preocupen por su aspecto externo (Harris, 1972; Sarafino y Armstrong, 1988).

Según datos de Barrera y Kerdel (1988) respecto a la frecuencia de enfermedades y condiciones propias de los adolescentes en los países latinoamericanos, los problemas dermatológicos como el acné ocupan el cuarto lugar, están considerados dentro de los problemas orgánicos a los que los adolescentes se enfrentan y ocupan el 60%. Por lo consiguiente, el acné es un concomitante en el desenvolvimiento de la personalidad del adolescente y son bien conocidos los signos clínicos. En forma evolutiva el problema del acné se inicia de manera insidiosa y su avance es gradual, evoluciona por brotes de diversa intensidad, la piel se vuelve excesivamente oleosa con comedones, pápulas, pústulas, quistes pequeños o mayores que dejan cicatrices de intensidad y grados variables (Grinder, 1980). Hace su aparición en la pubertad y florece hacia los 17-18 años para decrecer paulatinamente siendo habitual que desaparezca entre los 20 y 25 años de edad (Escalona, 1975).

Un estudio realizado por Sandoval (1992) en los meses de julio y agosto de 1992, en el Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua" acerca de las diez dermatosis más frecuentes en ese centro, encontró a la enfermedad del acné en el primer lugar con un total de 1,506 consultas.

El acné existe en los jóvenes y adultos jóvenes desde un 80 a 90% en edades de entre los 12 y 25 años (Parrish, 1992). Aproximadamente el 85% de la población ha tenido alguna manifestación de acné en algún momento de su vida (Barona, 1994). Se dice también que el acné afecta a más de 17 millones de personas y es la enfermedad más comúnmente tratada en E.U.A. (Bergfeld, 1995). Griesmer y Nadelson al estudiar a 4,576 pacientes en E.U.A. encontraron que el acné vulgar en un 55% se asocia al factor emocional como desencadenante de una alteración cutánea. Por su parte Obermayer (1955) (Cit. por Ruiz y Campos, 1988) consideró al acné vulgar dentro de las dermatosis con elementos psíquicos. Rasmussen (1990) menciona también que tanto el factor genético como psicosocial contribuyen a la patogénesis de la enfermedad dado que es una de las enfermedades dermatológicas primarias con una asociación psiquiátrica. Moreno (1991) plantea que algunas alteraciones de tipo emocional agravan o desencadenan brotes de acné.

Por su alta incidencia se considera un proceso fisiológico normal, sin embargo pueden existir complicaciones asociadas a secuelas físicas y psicológicas con la presencia de numerosas lesiones inflamatorias o pocas lesiones ocasionales que podrían ser desfigurantes ocasionando una serie de conflictos psicológicos en el momento de desarrollo con inestabilidad en los jóvenes que lo padecen (Ruiz, 1992). Este padecimiento se considera somatopsíquico es decir, que primero se presenta la enfermedad en el paciente y después aparece una reacción psicológica. Hoy día no se cuentan con datos publicados acerca del impacto psicológico de la enfermedad del acné juvenil en población adolescente mexicana. De acuerdo a lo anterior, el presente estudio comparó a tres grupos con 50 jóvenes hombres y mujeres en cada uno; de los cuales a uno se diagnosticó como grupo con acné pápulo-pustuloso, otro como grupo con acné comedónico y otro grupo sin problemas de piel, en estos grupos se relacionaron los factores de ansiedad, depresión, así como los sentimientos, problemas y conocimientos derivados de la enfermedad en los dos grupos con dicho padecimiento. Se pudo encontrar de acuerdo con los resultados obtenidos que el factor de depresión evaluado por la escala de Axelrod (1990) mostró diferencias solamente en el factor de felicidad-tristeza. De acuerdo a los resultados obtenidos, se observan diferencias estadísticamente significativas en los tres grupos en relación al factor de felicidad-tristeza pues los sujetos que se encontraron más felices son los del grupo sin acné, los sujetos del grupo con acné comedónico menos felices que los sujetos del grupo con acné pápulo-pustuloso. La importancia de investigar la correlación de los aspectos encontrados con la enfermedad del acné vulgar, se hacen a partir de la revisión histórica de diversos estudios realizados por dermatólogos como Sulzberger y Zaidens (1948) quienes explican que la enfermedad es causante de traumas psíquicos y desajustes entre padres e hijos, así como de generar inseguridad y sentimientos de inferioridad y de gran dolor psíquico y emocional. Este hallazgo se relaciona con los reportes de Attah y Mostaghim (1995) ya

que señalan que hay cierta frecuencia de aparición en el acné vulgar del diagnóstico psiquiátrico de depresión neurótica. Gupta y Gupta (1990) encontraron que pacientes con un nivel de acné ligero a moderado, viven la experiencia de estrés psicológico, alteraciones en la autoimagen, conductas de depresión y angustia similares a las reportadas por pacientes con acné más severo o intratable. En relación a lo anterior este estudio encontró también en 50 casos con diagnóstico de acné pápulo-pustuloso un 54% en sentimientos asociados a la depresión, los más significativos fueron: tristeza, inseguridad, aislamiento, llanto, molestia, incomodidad etc. En el grupo de acné comedónico los sentimientos de depresión encontrados fueron en un 36% ocupando en primer lugar a la molestia, incomodidad, tristeza, inseguridad, llanto, baja autoestima y aislamiento. Lo antes mencionado se puede ver relacionado con lo encontrado por Cohen (1949) al describir que once sujetos de su estudio tenían las características de timidez y aislamiento, así como de fatiga y tensión. Por otro lado, el grupo con acné pápulo-pustuloso se vio más afectado en sentimientos de depresión en comparación con el grupo con acné comedónico, en tanto los sentimientos asociados a la autoimagen se ven ligeramente más afectados en los jóvenes con acné no inflamatorio en comparación con el otro grupo. De manera específica estos sentimientos asociados a la autoimagen en el primer grupo fueron la mala apariencia, rechazo por el sexo opuesto, pena, vergüenza, inferioridad y timidez en un 37% respecto al grupo con acné pápulo-pustuloso se notó un porcentaje del 28% para este grupo y los sentimientos encontrados fueron en este orden: mala apariencia, pena y vergüenza, rechazo por el sexo opuesto, rechazo de los demás y repulsión de sí mismo.

En lo concerniente a los sentimientos asociados a la agresión se encontró un porcentaje del 10% para ambos grupos es decir que no hubo diferencias, los más sobresalientes fueron coraje y enojo, agresión verbal y físicas hacia los demás y hacia sí mismo.

Datos empíricos encontrados por Koo (1995) corroboran lo anterior, encontró que la enfermedad afecta psicosocialmente a los pacientes con acné, afecta su equilibrio psicológico y de relaciones sociales provocando problema en la autoestima, autoconfianza, imagen corporal, depresión agresividad, limitaciones en situaciones de su vida diaria, están preocupados por el acné, sienten frustración y/o confusión. También encontró que el acné interfiere significativamente en las relaciones interpersonales, tales como: participación en los deportes, en la escuela, en el desempeño académico contribuyendo a que los pacientes que sufren acné se encuentren también desempleados. Lo antes dicho puede respaldar lo encontrado en este estudio en relación a los problemas que el acné causa en los jóvenes dado que se encontró una mayor afectación en el desempeño escolar y laboral en el grupo con acné pápulo-pustuloso de un 20% a diferencia de un

9% en el grupo con acné comedónico, en cuanto a verse afectadas las actividades recreativas se notó un 36% para el grupo de acné pápulo-pustuloso y del 33% para el otro grupo. También se vieron más afectados los del grupo de acné pápulo-pustuloso en relación a actividades de cuidado estético en un 12% mientras que el grupo de acné comedónico tuvieron un 51% contra un 33% de no ser afectados en ninguna otra actividad.

Teóricamente se dice que la vida no nos da lo que queremos, optamos por quedarnos en la tristeza o depresión (Gary y Dinkmeyer, 1983). También es importante señalar que estos resultados pareciera que pueden relacionarse con las diversas teorías que explican a la depresión pues el vivir la enfermedad en esta etapa de la pubertad a la adolescencia y parte de la juventud desencadena en el individuo una sensación de miedo aprendido, en cuanto que la amenaza de la enfermedad sea incontrolable como lo menciona Seligman (Cít. Por Fredén, 1986). Fredén (1986) por su parte, denomina a este estado de desamparo depresión reactiva, pues se aplica a los casos en los que el sujeto carece de iniciativa, tiene una sensación de impotencia y sustenta una opinión desalentadora del futuro. Esto significa que pudiera percibir el triunfo de enfrentar la enfermedad como un fracaso, fuera de su control y sin relación con sus propias acciones, éstas pueden observarse en los datos recabados de los 100 casos de entrevistas, se detecta que en el grupo con acné pápulo-pustuloso y comedónico, la forma de evitar la enfermedad en un 51% y 49% respectivamente optan por tener cuidados de higiene en la piel, de cuidados en la alimentación como comer comidas bajas en grasas del 19% y 24%. Utilizan medicamentos comerciales en un 22% y 19% y acuden con el especialista en un porcentaje mínimo. Además la mayoría de las acciones que realizan los jóvenes con acné pápulo pustuloso son las conductas de pellizcarse, exprimirse y rascarse en un 31% tal como lo encontraron Sulzberger y Baer (1949) al señalar a los factores emocionales como capaces de producir exacerbaciones en el acné vulgar, pues las lesiones de la piel pueden comenzar a ser más o menos estresantes o insoportables según la situación emocional y ánimo del momento, pues observaron que las personas que sufren de acné quieren picarse, pellizcarse o mutilarse su piel en mayor o menor grado ya que estos pacientes desean despertar simpatía en las personas que los rodean. Retomando el presente estudio, se encontraron también reacciones psicológicas de depresión y desesperación en un 28% así como de ponerse cualquier remedio casero que se les indique en un 22% en el grupo con niveles pápulo-pustuloso. Mientras que los jóvenes con acné en nivel comedónico sobresalieron reacciones psicológicas de depresión, desesperación en un 32% seguido por el ponerse las mascarillas y cualquier otro tratamiento que les sugieren familiares y amigos en un 17% además de tener pensamientos fantasiosos en un 12%.

En lo concerniente a los resultados sobre los niveles de ansiedad rasgo-estado en los tres

grupos se pudo detectar diferencias estadísticamente significativas dado que en el grupo de jóvenes sin acné tuvieron puntajes más bajos de ansiedad estado y rasgo mientras que el grupo de jóvenes con acné pápulo-pustuloso sobresalieron más en el puntaje a diferencia de los jóvenes del grupo con acné comedónico. Cabe agregar que dichos resultados pudieran estar relacionados con lo encontrado por Wu, y Kinder (1988) en los cuales observaron a pacientes con acné severo, factores de ansiedad y agresión. No obstante Navarrete (1980) sugiere que el estado emotivo del paciente interviene secundariamente en la etiopatogenia ya que generalmente el acné se agrava durante las tensiones aumentando el índice de excreción de sebo y exacerbando las lesiones en los episodios de angustia. Sin embargo si se desea establecer una relación causa-efecto deberá esperarse a un análisis posterior. Lo que si aclara el autor es que los corticoesteroides suprarrenales producidos durante el síndrome de adaptación aumentan la comedogénesis. Relacionando lo anterior, Naar (1980) señala que en términos generales el acné se agrava durante las tensiones y puede aumentar el índice de excreción de sebo, también se exacerban las lesiones durante episodios de angustia. La personalidad y vida emocional de los pacientes con acné severo está afectada por lo que este aspecto debe recibir atención adecuada como parte del tratamiento, también se sabe que el índice de excreción de sebo no aumenta después de una inyección de acetilcolina o de adrenalina, por lo que el mecanismo que exacerba las lesiones de acné durante el estrés o angustia es desconocida. Barona (1994) sugiere que la intensidad y curso de la enfermedad del acné puede estar influenciada por muchos agentes incluyendo al estrés.

En relación a los sentimientos asociados a la ansiedad obtenidos en las entrevistas de los 100 casos, que aunque éstos ocuparon porcentajes menores en comparación con los demás sentimientos, el grupo de jóvenes con acné comedónico se vio ligeramente más afectado en un 17% en sentimientos como la ansiedad, angustia, miedo, desesperación, fastidio, inquietud y descontrol. Mientras que el grupo de jóvenes con acné pápulo-pustuloso se mostraron menos ansiosos en un 8%.

Desde el punto de vista teórico, la ansiedad es un fenómeno complejo, una experiencia emocional en la cual el ser humano se ve involucrado. Como estado emocional normal a moderado es parte de una experiencia natural, no es útil para mejorar el esfuerzo, como tensión nos ayuda a mantener altos patrones de trabajo y conducta, pero en exceso es una desventaja pues daña la eficacia en la productividad del ser humano (Linford, 1973). La ansiedad como el temor, tienen su origen en lo desconocido, en lo misterioso, sea cualquier tipo de experiencia al ser incierta, esta ansiedad al no poder identificarla ni describirla con palabras no se puede comprender en el momento mismo de la vivencia (Gallgher; Harris, 1996). Dicho peligro procede de la perturbación

de la homeostasis, esta ansiedad y/o angustia es una reacción del yo frente a un peligro y de esta manera constituye una defensa, pero también una reacción frente a la espera de un peligro posible (Poinso y Gori, 1972).

De acuerdo con Spielberger (1972) la ansiedad es un estado emocional específico desagradable, con percepciones conscientes de sentimientos de nerviosismo, tensión y aprehensión, asociados a la activación o excitación del sistema nervioso autónomo. La ansiedad en el nivel de estado se concibe como una condición emocional transitoria caracterizada por tensión y aprensión subjetivas que se percibe conscientemente con un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Por otra parte la ansiedad en el nivel rasgo se responde con la anterior definición de manera repetitiva con elevaciones intensas de éste, vivencias debidas en parte a un aprendizaje de experiencias pasadas (Spielberger; Díaz Guerrero, 1975).

Es importante señalar que lo anterior respalda teóricamente los hallazgos encontrados en relación a las diferencias en los niveles de ansiedad estado-rasgo en los tres grupos del estudio, no obstante se debe tomar en cuenta que en la etapa por la que algunos jóvenes padecen la enfermedad está llena de cambios químicos, físicos, psicológicos y que el factor ansiedad como ejemplo puede observarse en los preadolescentes como una predisposición natural a las emociones, es decir, una tendencia hacia los arrebatos de cólera, indignación e impaciencia, irritabilidad y hostilidad; se observa también un aumento de la tensión nerviosa y se manifiesta en hábitos como el de morderse las uñas o la piel, el morderse los labios, el jalarse del cabello, el manosearse la cara, etc. así como también un incremento en los cambios afectivos de manera rápida y sin transiciones, el púber puede encontrarse alegre y enseguida se pone desanimado y harto por cualquier motivo importante (Cit. en Moraleda, 1992).

Por otro lado, todos los adolescentes como se ha mencionado, presentan cambios orgánicos y psicológicos normales, puede haber variaciones en su intensidad y maneras de presentarse según el componente constitucional o de acuerdo a la manera en como se hayan resuelto los aspectos socio-emocionales durante las etapas anteriores como la infancia y niñez. En el aspecto psicológico, la mayoría de las veces ocurren dichos cambios y cuando son visibles pueden provocar mayor estrés en el adolescente y hasta formas de conducta aparentemente distorsionados que desconciertan a padres y adultos (Powell, 1975).

Con respecto a la tabla 3 de Correlación entre ansiedad y depresión la cual expone que a mayores niveles de ansiedad estado y rasgo mayor es el nivel de depresión en cada una de los

cuatro factores, es importante rescatar que basándonos en el mecanismo de la represión de

Retomando el tema de la enfermedad del acné juvenil en relación a que provoca problemas emocionales en los jóvenes, es bien sabido que ésta causa dificultades emocionales en ambos sexos sólo que de acuerdo a los datos empíricos recabados el nivel pápulo-pustuloso afecta más al varón que a la mujer y en niveles comedónico se ven más afectadas las mujeres, esto pudiera ser respaldado teóricamente por Cano (1986) ya que la alteración que sufre la glándula sebácea en el joven con acné es su crecimiento y por lo tanto su hipersecreción, este proceso se realiza merced a la acción de las hormonas con acción androgénica en el hombre por la testosterona producida en los testículos además pareciera ser que los hombres tuvieran una mayor sensibilidad de la predisposición genética, una especial receptividad del folículo pilosebáceo pero de manera más intensa. Desde este punto de vista etiopatogénico se necesita corroborar la anterior hipótesis. Lo que si es claro, es que existe una etiología bien comprendida, ya que es multifactorial es decir, que existen factores etiopatogénicos como los trastornos de queratinización, hormonales, predisposición genética, coadyuvantes infecciosos, psicológicos, metabólicos y otros (Cit. en Diccionario de Especialidades Dermatológicas, 1995).

En consecuencia el acné puede ser paralizante, especialmente porque el adolescente piensa que no habrá recuperación en el futuro. Reiterando, la angustia es parte del status emocional del adolescente y ciertos factores pueden estar relacionados en forma de múltiples fuerzas que al combinarse crean angustia aunados al desarrollo y maduración del adolescente al igual que con el contexto social y cultural en el que este desarrollo tiene lugar. Considerando lo expuesto en párrafos anteriores el acné en los jóvenes les hace experimentar de manera prominente ansiedad, culpa, enojo y depresión (Obermayer, 1975) y puede ser agravado por el estrés, por problemas en la familia y por la situación escolar por la que atraviesen (Plewing y Kligman, 1975; Barona, 1994).

Con base en los datos encontrados en la entrevista realizada a los 100 casos de pacientes con acné juvenil en los niveles pápulo-pustuloso y comedónico se observó que el grupo con acné pápulo-pustuloso tienen padeciendo la enfermedad más de un año a dos de un 22% a 32%; de tres a cuatro años de un 20% a 32% y de 5 o más de un 42% y 34% esto indica por un lado que el inicio de la enfermedad es aproximadamente de los 10 o 12 años para desaparecer hacia los 23 o 25 años aproximadamente tal como lo menciona Barona (1994). Por otro lado, pudiera creerse que el adolescente carece de una conciencia de la enfermedad que padece ya que pudiera creer como el común de la población que este padecimiento es normal y que a un tiempo de a largo plazo se curará sin necesidad de acudir con el especialista adecuado para controlarla. Ambos grupos tienen

la idea de que sí es curable a largo plazo y que no es contagioso sin embargo carecen de información clara para conocer que el acné se hereda, pues le dan poco crédito a este factor ya que en el grupo de acné pápulo-pustuloso solo un 48% creen que lo heredaron de su madre o padre mientras que para el grupo de acné no inflamatorio un 84% mencionan que no lo heredaron de alguna persona en especial. En cuanto a las causas de la enfermedad en ambos grupos se observó que predomina el mito que Cano (1986) menciona de que el acné se debe a una alta ingesta de alimentos con grasa y se observa poca atención a los factores hormonales, metabólicos y de herencia, así también mencionan al estado emocional y si es vivido en parte como estrés, puede agravar el curso de la enfermedad como lo señalan Barona, (1994); Moreno, (1991); Navarrete (1980) dado que los factores psicológicos o comportamentales afectan al estado físico durante la presentación o tratamiento de casi todas las enfermedades médicas, de entre ellas las dermatológicas (DSM-IV, 1995).

Los pacientes de los dos grupos mencionaron no sentirse diferentes a otros adolescentes por padecer acné y la percepción del futuro del joven con acné en los dos grupos se mostró positivo, sin embargo también se identificó un porcentaje cerca a la mitad como futuro negativo y como Steigleder (1988) indica es importante brindar tratamiento psicoterapéutico para los casos en los cuales el paciente se vea previamente afectado y agotar todos los recursos terapéuticos para ayudarlo, pues su problema es de gran magnitud psicológica, familiar y social.

Es interesante notar que por una parte, en los jóvenes hay una preocupación por su apariencia física y el que no sean aceptados por su grupo social de jóvenes tanto del mismo sexo como del opuesto, esto crea susceptibilidad para percibirse con una mala apariencia y fealdad, en consecuencia experimentan síntomas de depresión como resultado de las amenazas a la autoestima como lo remarca Becker (Cit. en Fredén, 1986) ya que si la autoestima de un individuo está radicalmente reducida, le resultará difícil actuar, se volverá pasivo y solo una conciencia fuerte y estable del propio valor será un elemento poderoso en la defensa contra la depresión, pero una forma más de prevenir la depresión consiste en que tenga un acceso a una amplia variedad de acciones posibles con las cuales pueda enfrentar situaciones difíciles como en el caso de la pérdida de una buena apariencia. autoestima. Pudiera parecer que los jóvenes que padecen acné juvenil al deprimirse por su mala apariencia, están en un período de depresión y tienden a responder en forma exagerada y su conducta llega a ser excesiva y deficiente. Experimentan como Klob (1972, Cit. Por Axelrod, 1990) menciona un tono afectivo de tristeza, oscilando desde un abatimiento ligero hasta una desesperación en grado extremo. El sujeto deprimido además se desprecia a sí mismo y experimenta una sensación de falta de ánimo, desconfianza y melancolía. Experimenta

impulsos hostiles, furia, enojo derivados por el padecimiento y pudiera volcarlos contra su propio yo como Dinkmeyer (1983) y Fredén (1986) señalan cuando hablan de depresión en el individuo.

Respecto a la correlación de Pearson puesta en la tabla 3 la cual indica que a mayores niveles de ansiedad estado y rasgo mayor es el nivel de depresión en cada uno de los cuatro factores señalados, es decir que tanto la ansiedad y la depresión son variaciones de un estado emocional y clínicamente son una entidad diagnóstica a menudo llamada combinación de ansiedad-depresión; son complejas emociones que distinguen una de otra, por ejemplo el miedo y la tristeza respectivamente. Sin embargo la ansiedad es más que miedo porque incluye componentes de excitación y de estados de alerta así como distrés o tristeza. La depresión es más que tristeza ya que incluye coraje, enojo, disgusto (Klerman, 1988). Esto también se relaciona con lo revisado en el subtipo mixto de ansiedad y estado de ánimo depresivo, para cuando las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión en el DSM-IV, 1998). En relación a lo anterior Becker (Cit. por Fredén, 1986) menciona que la gente se esfuerza por tener estimación para evitar la ansiedad. Estos dos motivos fundamentales son contradictorios, la persona que con mayor probabilidad reacciona a la adversidad con depresión por lo general ha estado particularmente dedicada a evitar la ansiedad y esto a su vez tenderá a reducir su autoestima.

Otro de los hallazgos importantes para futuras investigaciones es que en los niveles de ansiedad rasgo de ambos grupos con acné juvenil se observaron puntuaciones mayores de ansiedad rasgo a diferencia del grupo de sin acné, esto es que no se sabe si los jóvenes al padecer dicha enfermedad tanto en niveles pápulo-pustuloso y comedónico han aprendido a responder de esa manera pues como se sabe la ansiedad rasgo son respuestas repetitivas de ansiedad estado es decir, tensiones y aprensiones subjetivas que se perciben conscientemente con un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo y se debe a un aprendizaje de experiencias pasadas, y el padecer acné juvenil pudiese provocar este tipo de ansiedad rasgo.

CONCLUSIONES

1□ Si existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado en el grupo de sin acné, con acné comedónico y acné pápulo-pustuloso.

2□ También existen diferencias estadísticamente significativas en el factor de felicidad-tristeza en el grupo de sin acné, con acné comedónico y acné pápulo-pustuloso.

3□ De acuerdo a los datos cualitativos en los jóvenes de ambos grupos con acné se observan sentimientos asociados a la depresión como tristeza, inseguridad, aislamiento, llanto sin embargo se notó una mayor afectación en el grupo de acné pápulo-pustuloso.

4□ En cuanto a los sentimientos asociados a la ansiedad como angustia, miedo, desesperación, fastidio, inquietud y descontrol, se notaron ligeramente más afectados a los jóvenes con acné comedónico.

5□ En relación a los sentimientos asociados a la autoimagen como mala apariencia, pena y vergüenza, rechazo por el sexo opuesto, de los demás y de sí mismo en ambos grupos se vio afectada, no obstante se observó una mayor afectación en los jóvenes con acné comedónico.

6□ En tanto que los sentimientos asociados a la agresión como coraje y enojo, agresión verbal y física hacia los demás y hacia sí mismo además de burlas por parte de amigos y compañeros por la apariencia que aunque se presentaron en una menor proporción, en ambos grupos se notó una igual afectación de ellos.

7□ Respecto a los conocimientos que ambos grupos tienen sobre su enfermedad se pudo observar que tienen una escasa información pues argumentan que la enfermedad es debida a una alta ingesta de comida con grasas, además se notó que creen que es curable a base de cualquier procedimiento como lavarse la cara con jabón, mascarillas, tratamientos comerciales que son indicados por familiares, amigos, se observa un nulo conocimiento de que existen especialistas para prevenirlo. Se notaron reacciones psicológicas de depresión angustia, desesperación en ambos grupos al parecer el brote de acné y una tendencia más marcada para pellizcarse, exprimirse y rascarse en los jóvenes con acné pápulo-pustuloso. También se observó que el padecimiento de la enfermedad en ambos grupos es de un año hasta más de 5 años.

8□ En el grupo con acné pápulo-pustuloso se vió más afectado en actividades de desempeño escolar y laboral, en actividades recreativas (aislamiento, no salir de casa, no salir a fiestas, ir con amigos, tener y/o salir con la novia (o); de cuidado estético: no utilizar ropa con escote, recogerse el cabello y maquillaje en las jóvenes adolescentes, a diferencia de los grupos de acné comedónico, no obstante en cuanto a las actividades recreativas se ven afectados los del grupo con acné comedónico.

9□ En relación al futuro del joven con acné se notó que cerca de la mitad del porcentaje de ambos grupos lo perciben negativo por las secuelas de la enfermedad.

SUGERENCIAS

- Una vez analizados los resultados, se necesita llevar a cabo un estudio con una muestra representativa de la población para poder generalizar los hallazgos y darlos a conocer a la población adolescente mexicana, padres de familia, profesores y profesionales de la salud y público en general.
- Con los resultados de una muestra representativa establecer programas de nivel preventivo de los problemas que el acné juvenil ocasiona en población adolescente mexicana que cursa tanto niveles escolares: básico, medio superior, y superior.
- Proseguir con la línea de investigación psicológica acerca de los problemas emocionales que provoca la enfermedad para establecer programas de apoyo psicológico a los grupos mayormente afectados.
- Utilizar otros instrumentos de evaluación que sean más sensibles para los indicadores de depresión y elaborar un estudio descriptivo, clínico y psicopatológico aplicando el MMPI para adolescentes (Lucio, Ampudia y Durán, 1998), aprovechar los datos que arrojen la Entrevista Clínica para ahondar en los sentimientos de felicidad-tristeza de los jóvenes con acné juvenil; considerar un Inventario de Afirmatividad, para observar de que manera afecta a sus relaciones interpersonales; ya que solo se pudo observar de acuerdo con la lista de adjetivos de Axelrod (1990) datos estadísticamente significativos para el factor de Felicidad-Tristeza en los tres grupos. Y diferencias estadísticas en los tres grupos en el Inventario de ansiedad Rasgo y Estado de Spilberger, (1975).
- Crear conciencia en las instituciones de salud y del personal profesional que labora, que es importante trabajar de manera multidisciplinaria para brindar un mejor servicio a la población y sobre todo para poseer un mejor conocimiento del fenómeno del acné juvenil.

BIBLIOGRAFIA

- Attah Johnson, F. Y; Mostaghimi, (1995). H. Co-morbidity between dermatologic diseases and Psychiatric disorders in Papua New Guinea, (Comorbilidad entre las enfermedades dermatológicas y los trastornos psiquiátricos en Papua Nueva Guinea) *International Journal of Dermatology* 34 (4) April 244-248.
- Axelrod, Praes, R. (1990) *Una alternativa para la medición de la depresión*. Tesis doctoral inédita. Unidad de Posgrado. Facultad de Psicología, UNAM.
- Barrera, M. y Kerdel V. (1987). *El adolescente y sus problemas en la práctica*. Caracas, Venezuela: Monto Avila.
- Barona, M.M. (1991) *Estudio piloto doble ciego comparativo entre isotretinoin gel al 0.005% Tópico para determinar la eficacia en pacientes con acné juvenil*. Tesis: Dermatoleprología, inédita, C.D.P. Centro Dermatológico, México, D.F.
- Blanco, G. M. (1989). *Asma bronquial: Una revisión y propuesta de programas de automanejo*. Tesis doctoral inédita en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Bergfeld, W.F. (1995) Introduction. Dermatology. (Introducción a la dermatología) *Journal Americam Academy Dermatology* 32 (s1).
- Calderón, G. (1987) *Depresión: Causas, Manifestaciones y Tratamiento*. México: Trillas.
- Campillo, C. (1988) Rebeldes sin causa *Revista de información Científica y Tecnológica CONACyT*. (10) 40, 23-26.
- Canizares, O. (1975) *Clinical Tropical Dermathology (Dermatología Clínica Tropical)*. Great Britain: Blackwell Scientific Publications. 372.
- Cano, Amado S. (1986) *Lecciones de dermatología*. México: F. Méndez Cervantes.

- Caplan, G. y Lebobici, S. (1973) *Psicología Social de la Adolescencia*. Buenos Aires, Piados.
- Carneiro, L. A.(1960) *Adolescencia: sus problemas y su educación*. México: Uteha.
- Cohen, L. (1949) Psychogenic factors in Acne. (Factores psicógenos en el acné) *The 1948 Year Book of Dermatology and Syphilology*. Chicago: Edited by Marian, B. Sulzberger and Baer. The Year book Publishers.
- Darley, J. (1990) *Psicología*. México: Prentice-Hall, Hispanoamericana, S.A., 545.
- Diccionario de Especialidades Dermatológicas.(1994) *Sección: Dermatológica Pediátrica*. México: Publicación de ediciones PLM S.A. de C. V. 285.
- Diccionario Enciclopédico España: Grijalbo. 1986; 23.
- Diccionario Médico-Biológico University. México: Interamericana. 1966, 23.
- Diccionario de Psicología Moderna de la A a la Z. España: Asuri, 1982; 366.
- Diccionario de Psicología. Dorsch, F. España: Herder, 1985, 729-730.
- Diccionario de Uso del Español. Moliner, M. España: Gredos (2) 1981, 138.
- Dinkmeyer, D.C.(1983) *STEP/TEEN: Systematic Training for effective parenting of Teens*. Minnesota: American Guidance Service
- DSM-IV (1998). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* ,España: Masson
- Enciclopedia Médica. Hombre, Medicina y Salud. Madrid: Británica, 1982, Tomo I; 70.
- Enciclopedia Universal Ilustrada. España: Espasa Calpe S.A. 1973. Tomo 2;285-288.
- Escalona, Pérez E. (1975)*Dermatología: Lo esencial para el estudiante*. México: Modernas.
- Everett, G.M. y Toman, J.E. (1959) *Mode of getion rav wolfa alkaloids and Motor activity*.

- Psychiatry, V1, 7, 234-243.
- Fernández, E. (1991) *Psicopedagogía de la Adolescencia*. España: Ediciones Barcea, S.A. 19-22.
- Fernández, Mouján, O. (1981). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires: Nueva Visión, 283-287.
- Fredén, L. (1986) *Aspectos psicosociales de la depresión*. México: FCE .
- Freud, Sigmund (1917). *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Duelo y melancolía*. Obras Completas, Amorrortu editores. Tomo XIV. pág. 240-255.
- Freud, Sigmund (1926). *Presentación autobiográfica. Inhibición, síntoma y angustia. ¿Pueden los legos ejercer el análisis?*. Obras Completas, Amorrortu editores, Tomo XX. pág. 74-82.
- Fuentes, González Benjamín (1989). *Conocimiento y Formación del Adolescente*, México: CECSA.
- Gallgher y Roswell, J. (1966) *Psicología de la Adolescencia*. Buenos Aires: Horne; Distribución Paidós.
- Grinder, E.R. (1987) *Adolescencia*. México: Limusa, 92-93.
- Gupta, M. A.; Gupta A.K. Schork, N.J. Ellis Ch. N.; Voarhees, J. J. (1990) Psychiatric Aspects of the treatment of mild to moderate facial acne. Some preliminary observations. *International Journal of Dermatology*, 29, 10; 719-721.
- Harris, M. (1972) *Su hijo adolescente*. Buenos Aires: Paidós.
- Haynal, A.; Passini, W. (1984) *Manual de Medicina Psicosomática*. México: Masson.
- Hurlock, E. (1987) *Psicología de la adolescencia*. México: Paidós.

- Hurlock, E. (1994) *Psicología de la adolescencia*. México: Paidós.
- Hurrocks, J.E. (1986) Psicología de la adolescencia. México: Ed. Trillas, pág. 65.
- Jersild, A.T. (1978) *Psicología de la adolescencia*. Nueva York: Macmillan.
- Kaminer, S.M.; Gilchrist, B.A. (1995) *Journal American Academy Dermatology*. Mayo: 32
5 Part 3; S6-S14.
- Kelly, Desmond (1980) *Anxiety and emotions: Physiological basis and treatment*. (Emociones y ansiedad: Bases fisiológicas y tratamiento) Springfield: Horsley Gantt.
- Kerlinger, Fred. N. (1981) *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*. México: Interamericana; 116-123,
- Kerlinger, Fred. N. (1993) *Investigación del comportamiento*. México: McGrawill, 243-244.
- Klerman, G. Relationship between anxiety and depresión .En: Perugi et al Handbook of disorders anxiety, Elsevier Science Publishers, U.S.A, 1988.
- Kolb, L. (1973) *Psiquiatría Clínica Moderna*. México: La Prensa Médica.
- Koo, J. (1995) The psychosocial impact of acne: Patient's perceptions. *Journal of American Academy of Dermatology* 32 5 Part 3 May; S26 S30.
- Lachman J. (1972) *Psychosomatic Disorders a Behavioristic in interpretation*. (Una alternativa conductista de los trastornos psicosomáticos) U.S.A.: John Wiley & Sons inc,
- Launey, E. W.; Land, A.V. (1978) *Principles and practice of dermatology*. (Práctica y principios de dermatología) United States of America: Brendn Maher.
- Lefrancois, Gy R. (1981) *Psicología de la adolescencia*. California: Belmont.
- Lehalle, H. (1986) *Psicología de los adolescentes*. México: Grijalbo, pág. 172.

- Linford, (1973) *Anxiety factors in comprehensive patient care*. Nueva York: American Elsevier Publishing Company pp 1-11.
- Lorenz, T.H.; Graham, D.T.; Wolf S. (1953-1954) Relation of life stress and emotions to human sebum secretion and the mechanism of acne vulgaris. *Year Book of Dermatology and Syphilology*. U.S.A.: Year Book Series.
- Lucio, E., Ampudia y Durán, C. (1998) *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para adolescentes*. México: Manuel Moderno
- Madels, J. (1977) *La Depresión*. Barcelona: Herder.
- Magaña, M. (1989) *Introducción a la dermatología*. México: Modernas.
- Martin R.; Russell, N.; Graham, G. *Hand Book of anxiety. Biological Clinical and Cultural perspectives*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers.1988
- Mckinney, J.; Fitzgerald, H.; Strommen, E. (1982) *Psicología del desarrollo. Edad adolescente*. México: Manual Moderno.
- Medoc (1980) Depresión. *Revista sistema educativo profesional*, 18-28
- Millon, T. (1976) *Psicopatología Moderna España*: Salvat.
- Mittelman, B. (1967) *Breve tratado de medicina psicosomática*. Argentina: Paidós.
- Moliner, M. (1981) *Diccionario de uso del Español*. España: Gredos.
- Moraleda, M. (1995) *Psicología del desarrollo: infancia, adolescencia, madurez y senectud*. Barcelona: Boixereu: Marcambo.
- Morales, C. (1988) *Ansiedad y Depresión como consecuencias de las condiciones de encarcelamiento*. Tesis de Maestría, México, UNAM.

- Morris Charles, G. (1992) *Psicología. Un nuevo enfoque*. México: Prentice Hall Hispanoamericana; G2.
- Moreno, Romero, S.F. (1991) *Tratamiento del acné vulgar con ácido retinóico y Acido láctico*. Tesis: C.D.P. Dermatoleprólogo. México, D.F.
- Naar, CH. J. (1980) *Acné: revisión bibliográfica*, Tesis: C.D.P. Dermatoleprólogo México D. F
- Navarrete Montes de Oca M. de L. (1980) *Tratamiento del acné con sulfato de zinc oral*. Tesis: C.D.P. Dermatoleprólogo. México, D.F.
- Obermayer, M. (1973) *Psychocutaneous Medicine*. (Medicina psicocutánea) U.S.A. Blackwell Scientific Publisher.
- Orkin, M.; Malbach; Dahl; Strauss; (1994) *Dermatología*. México: Manual Moderno; México pp 411-413.
- Ostow, Mortimer. (1973) *La depresión: Psicología de la melancolía*. Madrid: Alianza.
- Padiou, M. (1989) *Queridos adolescentes: cambios físicos y psicológicos de los 13 a los 18 Años*, México: Grijalbo.
- Papalia D. y Olds, S. (1988). *Psicología*. México: McGraw-Hill. Interamericana de México.
- Parrish, J. (1978) *Dermatología*. México: Manual Moderno, 285-286.
- Pépin, L. (1975) *La psicología de los adolescentes*. España: Oikos-tau; pág. 17.
- Plewing, G. and Kligman, A. (1975) *Acne. Morphogenesis and treatment*. (Acné: Morfogénesis y tratamiento) Berlín: Springer-Verlag, 162-163; 273-274.
- Poinso, I y Gori, R. (1972) *Diccionario práctico de psicopatología*. España: Herder; pp 28-30.
- Polaino-lorente, A. (1985) *La depresión*. Barcelona: Martínez roca.
- Powell, M. (1975) *La psicología de la adolescencia*. España: FCE.

- Rappaport, (1984) *Personalidad desde los 13 a los 25 años: El adolescente y el joven*
Buenos Aires: Paidós .
- Rasmussen, J.E. (1990) Psychosomatic Dermatology Psychiatric (Psiquiatría y Dermatología Psicosomática). Associations of primary dermatologic disorders. *Archives of Dermatology* (126) 1; 90-93.
- Rosenberg, Morris (1973) *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires:Paidós.
- Ruiz, J.M. y Campos, F. J. (1988) *Psicodermatosis (Experiencia clínica de un año)*. Revista Mexicana de Dermatología,32, 3, 73-80.
- Sandoval, C.V. (1992) *Las diez dermatosis más frecuentes en el Centro Dermatológico"Dr. Ladislao de la Pascua", en los meses de julio y agosto de 1992*. Secretaría de Salud. Centro Dermatológico D. P. México, D.F.
- Sarafino, E. P. y Armostrong. (1988). *Desarrollo del niño y del adolescente*. México: Trillas
- Sours, J.A. (1972) *Perturbaciones psíquicas del adolescente*. Buenos Aires: Paidós, 152- 164.
- Spielberger, Ch. (1972) *Anxiety. Current Trends in theory and Research* United States of America: Academic Press, INC.
- Spielberger, Ch.; Díaz G. (1975) *Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo*. México: Manual Moderno.
- Spranger, E. (1967) *Psicología de la edad juvenil*. México: Nacional.
- Steigleder, G. (1988) *Dermatología y venerología*. Barcelona: Salvat.
- Sturgeon, Wina (1981) *Depresión*. España: Grijalbo, 1981.
- Sulberger, M. And Baer, K. (1949) *Acne vulgaris: Emotional factors*. *Year Book of*

- Sphilology*. Chicago: The year book publishers
- Sulberger, M. And Zaidens, S.H. (1948) Pschogenic factors in dermatology disorders *The 1948 Year Book Book of Dermatology and Sphilology*. Chicago: Th year book publisher.
- Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología (1984) . Análisis experimental de la conducta: Depresión. México: *Publicaciones de Material didáctico* (43) .
- Van, M. (1992) *Psychothery Psychosomatic*. (58); 125-136.
- Vignale y cols. (1988). *Revista Argentina de Dermatología.*, 156.
- Villanueva, C. R. (1986-1989) *Estudio de acné inflamatorio con entromicina y peróxido de benzoilo*. México: Tesis de Posgrado en Dermatología, Leprología y Micología, pág. 33.
- Yates, J. (1972) *Teoría y práctica de la terapia conductual*. México: Trillas.
- Wu, S.F.; Kinder, B. N. Et al. (1988) Role of anxiety and anger in acne patients: A relationship with the severity of the disorder. *Journal of the Americam Academy of Dermatology* ,18, 2 feb, 325-332.
- Zax, Melvin y Cowen, Emoy. (1979) *Psicopatología*. México: Interamericana.

ANEXO1. Cuestionarios sobre acné aplicados a los Dres. Dermatólogos del Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua"

Sexo	Experiencia	¿Cuáles son las características de conducta y actitud que a simple vista observa usted en los pacientes con acné ligero a severo?	¿Podrá existir alguna diferencia de conducta y actitud entre los diferentes grados de severidad del acné en el adolescente?	¿Cree usted que hay algo común entre el acné de los adolescentes con otro padecimiento en la cara de los adultos en cuanto a conducta y actitud?	¿Con que otra enfermedad compararía usted al acné ligero de los jóvenes con otro padecimiento que los adultos tengan en la cara en relación a lo que usted observe como características de conducta y actitud	¿Con que otra enfermedad compararía usted al acné severo de los jóvenes con otro padecimiento que los adultos tengan en la cara en relación a lo que usted observe como características de conducta y actitud?
M	29 años	Ansiedad, angustia, depresión, inseguridad en acné leve a moderado, solo en pocos casos en acné severo.	Generalmente es directamente proporcional, aunque a veces no lo es	Sí, pues afecta su imagen corporal y puede causar inseguridad.	Rosácea, T.B. Micronodular de manera secundaria en el grupo de acneiformes, melasma, vitiligo	Es difícil encontrar la equivalencia, pero pudiera ser con el vitiligo, melasma, lupus eritematoso, lepra
M	37 años	La mayoría se deprime, pierde autoestima y tiende a aislarse	Los pacientes con acné muy severo resienten más aunque en ocasiones los pacientes con acné a veces mínimo exageran la importancia de su enfermedad	No, quizá con el melasma o con la dermatitis seborrética no muy severa	Con la rosácea, la T.B. de la cara.	
F	5 años	Los pacientes con acné severo se encuentran deprimidos, angustiados, se rebelan contra la enfermedad, en los pacientes con acné	Sí, existen diferencias ya que en los grados más severos los pacientes se encuentran psicológicamente más afectados, se acomplejan	Sí, porque les preocupa casi en la misma forma, ya que la cara es la carta de presentación de una persona y su buen estado hace sentirse bien, y por lo contrario el tenerla afectada les deprime.	Melasma, dermatitis actinosa	Con la rosácea, vitiligo, lupus cutáneo, queratosis seborrética

M 10 años	Ansiedad, en ocasiones desinterés; con mayor frecuencia hay preocupación por las secuelas	No necesariamente algunos pacientes con acné muy leve se molestan excesivamente y lo contrario también es cierto.	Sí, por la localización que es como carta de presentación social y de trabajo, sin embargo en los adolescentes por la misma etapa por la que cursan, las repercusiones sociales y psicológicas son mayores	La rosácea, el acné esteroideo básicamente.	Las mismas dos entidades, quizá también el vitiligo y la dermatitis atópica
M años	12 El paciente se deprime, es muy demandante de servicio, preocupado y con deseo de que se elimine su problema rápidamente.	No es posible definirlo ya que en algunos pacientes con pocas lesiones están muy deprimidos y otros con numerosas lesiones tienen mejor actitud, sin embargo por lo general un gran número de lesiones condicionan más depresión, mucha veces depende de la Personalidad, edad, pretenciones y estado psicológico	Sí, porque esta en relación a la percepción propia del paciente todo lo que afecta a la imagen estética de la misma manera modifica las conductas, provoca depresión y angustia.	Puede compararse con enfermedades que causan desde pápulas, manchas, etc., por ejemplo la rosácea, el melasma, vitiligo, psoriasis entre otros.	Como en la pregunta anterior, con las mismas enfermedades, a veces no tan importante, si es ligero o severo, sino que ya existen lesiones en la cara

ANEXO 2
LISTA DE ADJETIVOS DE DEPRESIÓN DE AXELROD

EDAD _____ SEXO _____ NOMBRE _____

ESTADO CIVIL _____ MÁXIMO DE ESTUDIOS _____

A continuación encontrarás una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y estados de ánimo.

Marca dentro del continuo que va del 1 al 10 la opción que tú consideres que más describe como te sientes tú ahora-hoy.

El 1 corresponde a la ausencia de un sentimiento y la escala va aumentando hasta llegar al 10, que implica el grado más alto de ese sentimiento.

Por ejemplo:

Nada contento _____ Muy contento
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si tú consideras que te sientes poco contento marcarás el número 1 ó 2, pero si consideras que te sientes muy contento marcarás el número 9 ó 10.

Marca por favor cómo te sientes tú ahora. Evita dejar alguna pregunta sin contestar. GRACIAS

- | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------------|
| 1. NADA FASTIDIADO | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | MUY FASTIDIADO |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 2. NADA FRACASADO | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | MUY FRACASADO |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 3. NADA SATISFECHO | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | MUY SATISFECHO |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 4. NADA COMPRENDIDO | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | MUY COMPRENDIDO |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 5. NADA PACIENTE | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | MUY PACIENTE |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 6. NADA SEGURO | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | MUY SEGURO |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 7. NADA IRRITABLE | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | MUY IRRITABLE |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 8. NADA APETENTE | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | MUY APETENTE |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 9. NADA FELIZ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | MUY FELIZ |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 10. NADA SENSIBLE | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | MUY SENSIBLE |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 11. LLENO DE DOLOR | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | SIN DOLOR
ESPIRITUAL |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

12. SIN FLOJERA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CON MUCHA FLOJERA
13. NADA ADORMILADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY ADORMILADO
14. NADA AFLIGIDO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY AFLIGIDO
15. NADA ACABADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY ACABADO
16. NADA APACHURRADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY APACHURRADO
17. NADA DICHOSO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY DICHOSO
18. NADA VIVAZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY VIVAZ
19. SIN CONFLICTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CON MUCHOS CON- FLICTOS
20. NADA DECEPCIONADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY DECEPCIONADO
21. NADA MOTIVADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY MOTIVADO
22. NADA DESGANADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY DESGANADO
23. NADA CABIZBAJO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY CABIZBAJO
24. NADA DEVALUADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY DEVALUADO
25. NADA MELANCÓLICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY MELANCÓLICO
26. NADA PASIVO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY PASIVO
27. NADA RECHAZADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY RECHAZADO
28. NADA AUTOCOMPASIVO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY AUTOCOMPA- SIVO
29. NADA DISTRAÍDO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY DIS- TRAÍDO
30. NADA DESCORAZONADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY DES- CORAZONA DO
31. NADA SOMNOLIENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY SOM- NOLIENTO
32. SIN GANAS DE HACER COSAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	CON GANAS DE HACER COSAS
33. SIENTO QUE NO ESTOY FALLANDO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SIENTO QUE ES TOY FALLANDO
34. NADA SOLA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY SOLA
35. TODO ME PARECE MALO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NADA ME PARECE MALO

36. NADA MEDIOCRE											MUY MEDIOCRE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
37. NADA MARGINADO											MUY MARGINADO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
38. NADA AGRESIVO											MUY AGRESIVO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
39. NADA APÁTICO											MUY APÁTICO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
40. NADA ANSIOSO											MUY ANSIOSO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
41. NADA DEPENDIENTE											MUY DEPENDIENTE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
42. NADA DESAFORTUNADO											MUY DESAFORTUNADO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
43. TODO VALE LA PENA											NADA VALE LA PENA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
44. TODO ME PARECE MALO											NADA ME PARECE MALO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
45. NADA VULNERABLE											MUY VULNERABLE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
46. NADA DE VOLUNTAD											CON MUCHA VOLUNTAD
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
47. NADA ABANDONADO											MUY ABANDONADO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
48. NADA ANGUSTIADO											MUY ANGUSTIADO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
49. NADA AGOBIADO											MUY AGOBIADO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
50. NADA ACORRALADO											MUY ACORRALADO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
51. NADA ADOLORIDO											MUY ADOLORIDO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
52. NADA ABURRIDO											MUY ABURRIDO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
53. NADA ALEGRE											MUY ALEGRE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. NADA MALHUMORADO											MUY MALHUMORADO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
55. NADA ROBUSTO											MUY ROBUSTO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
56. NADA NOSTÁLGICO											MUY NOSTÁLGICO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
57. NADA PESIMISTA											MUY PESIMISTA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
58. NADA TRISTE											MUY TRISTE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
59. NADA VACÍO											MUY VACÍO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

60. NADA CRITICADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY CRITI- CADO
61. NADA ANIMADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY ANIMA- DO
62. NADA ARREGLADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	MUY ARRE- GLADO

ANEXO 3
ENTREVISTA ESTRUCTURADA ABIERTA A ADOLESCENTES
CON ACNÉ

Nombre completo _____

Sexo: _____ Edad: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Estado civil: _____

1. ¿Desde cuando padeces acné? _____

2. ¿ Piensas que el acné se hereda? SI _____ NO _____

3. ¿ De quién lo heredaste? _____

4. ¿En qué tiempo se cura? A corto plazo _____ A largo plazo _____

5. ¿ Piensas que el acné se cura? A corto plazo _____ A largo plazo _____

6. ¿El acné se contagia? SI _____ NO _____ NO SABE _____

7. ¿ A qué atribuyes la enfermedad? _____

8 ¿ Qué sentimientos te produce el tener acné? _____

9. ¿ Qué haces para evitar tener acné? _____

10. ¿ Qué te impide hacer la enfermedad? _____

11. ¿ Piensas que hay cosas o situaciones que te provoquen brotes de acné? _____

12. ¿ Qué te dan ganas de hacer cuando ves que ya te brotó más acné? _____

13. ¿ Qué cosas o actividades has tenido que dejar por el acné? _____

14. ¿ Piensas que eres diferente a otros adolescentes por padecer acné? _____

15. ¿ Cómo ves tu futuro debido a tu enfermedad? _____

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	①	②	③	④
2. Me siento seguro	①	②	③	④
3. Estoy tenso	①	②	③	④
4. Estoy contrariado	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado	①	②	③	④
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado	①	②	③	④
9. Me siento ansioso	①	②	③	④
10. Me siento cómodo	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo	①	②	③	④
12. Me siento nervioso	①	②	③	④
13. Me siento agitado	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho	①	②	③	④
17. Estoy preocupado	①	②	③	④
18. Me siento muy excitado y aturdido	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo	①	②	③	④
33. Me siento seguro	①	②	③	④
34. Traté de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	①	②	③	④