

11212



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.
SERVICIO DE DERMATOLOGIA

4

FRECUENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS, DE ANSIEDAD Y DE CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES MEXICANOS CON ACNE VULGAR.

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DECENTRALIZADO

TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA

P R E S E N T A :
DRA. MARIA TERESA BARRON TAPIA



DIRECCION DE ENSEÑANZA

ASESOR DE TESIS:
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSGRADO:
DRA. GLADYS LEON DORANTES



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
FEBRERO 2002

MEXICO, D. F.

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D.

U. N. A. M.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



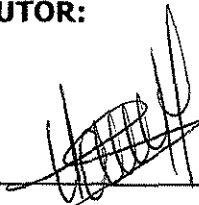
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

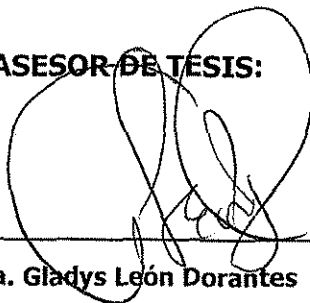
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

AUTOR:



Dra. María Teresa Barrón Tapia
Médico Residente de Dermatología

ASESOR DE TESIS:



Dra. Gladys León Dorantes
Jefe del Servicio de Dermatología
Profesor del Curso Universitario de Dermatología

Dr. Eduardo de Anda Becerril
Director de Enseñanza

INDICE

Página

I. RESUMEN	1
II. INTRODUCCIÓN	2
III. MARCO TEORICO	
El acné vulgar	
• Definición	3
• Epidemiología	3
• Etiopatogenia	3
• Clasificación clínica	5
• Aspectos psicológicos del acné	6
• Trastornos depresivos	11
• Instrumentos para detectar depresión	12
• Trastornos de ansiedad	13
• Instrumentos para detectar ansiedad	14
• Trastornos en la calidad de vida en el acné	15
• Instrumentos para medir calidad de vida en el acné	16
• Cicatrices y trastornos psicológicos	17
IV. JUSTIFICACION	19
V. OBJETIVOS	19
VI. DISEÑO DEL ESTUDIO	19
VII. MATERIAL Y METODOS	20
VIII. RESULTADOS	23
IX. DISCUSION	37
X. CONCLUSIONES	39
XI. BIBLIOGRAFÍA	41
XII. ANEXOS	44

AGRADECIMIENTO

Agradezco la valiosa colaboración del Dr. Francisco de la Peña Olvera, a cargo de la Clínica de adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

DEDICATORIA

A Dios, por regalarme la vida.

A mis padres, por enseñarme el valor del trabajo y la disciplina y por brindarme siempre su apoyo, comprensión y amor incondicional.

A Alex, Ana y Paco, por su apoyo incondicional.

A mi tía Luz y Pablo, porque siempre están ahí.

A mi Maestro, Doctor Jorge Peniche , con especial cariño, por brindarme sus conocimientos y compartir mucho de su escuela conmigo.

A la Doctora Gladys León y al Doctor Amado Saúl, por permitirme ser parte de su grupo de Médicos Residentes, transmitirme su conocimiento y por confiar en mí.

A los Doctores Enrique Peyro, Alexandro Bonifaz, Amelia Peniche y Caro Palacios, por su entusiasmo, su interés en nuestra formación profesional y su apoyo incondicional para graduarnos.

A Xóchitl, Vane, Victor, Domi, Gio y Leonel, por su compañía y amistad y por sus críticas sanas que me permitieron ser mejor como residente y como persona.

RESUMEN

El acné, enfermedad frecuente y de etiología multifactorial, comienza en la adolescencia. Desde hace muchos años, el acné se ha relacionado a trastornos psicológicos tales como ansiedad, depresión, alteraciones de la autoestima, de la imagen corporal, aislamiento social, limitaciones en el estilo de vida, y problemas en las relaciones interpersonales, entre otros.

Objetivos: Conocer la frecuencia de los estados de depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes adolescentes mexicanos con acné de diversa intensidad.

Diseño: Se realizó un estudio tipo observacional, transversal, descriptivo tipo encuesta.

Material y métodos: Se estudiaron 90 pacientes adolescentes con acné, que acudieron a la consulta de Dermatología del Hospital General de México, a los cuales se les aplicaron las escalas de Birleson (DSRS) para depresión, la escala SCARED para ansiedad y el índice de incapacidad del acné (ADI). Las variables por analizar fueron el porcentaje de pacientes con acné que tienen depresión, ansiedad y su correlación con el índice de incapacidad del acné y severidad del mismo.

Análisis: Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión. Las diferencias por grupos de severidad y por género se analizaron mediante ANOVA.

Resultados: Se encontró una alta frecuencia de depresión (35.5%) y de ansiedad (44.4%). Las mujeres tuvieron mayor frecuencia de depresión, ansiedad y calificación promedio del ADI que los varones.

Conclusiones. El dermatólogo debe ser capaz de detectar oportunamente los trastornos de depresión y ansiedad en el paciente adolescente con acné, así como conocer el impacto que tiene esta enfermedad en la calidad de vida de éste.

INTRODUCCION

El acné es una enfermedad multifactorial en donde se involucra la unidad pilosebácea. Representa una de las causas más frecuentes de la consulta dermatológica.

Esta enfermedad reviste una problemática compleja desde el punto de vista clínico, patogénico, psicológico y terapéutico.

Desde el punto de vista clínico, su localización en partes tan visibles como la cara, conlleva para el paciente una serie de problemas no físicos con los cuales el médico debe estar familiarizado a fin de visualizar al paciente como un ente bio-psico-social.

El acné no es solamente un problema cosmético; por el contrario, plantea graves problemas sociopsicológicos en las personas que lo padecen. Estos problemas en imagen, autoestima, etc. pueden influir negativamente en varios aspectos de su vida y repercutir en su vida social, escolar o profesional.

Para algunos no hay ninguna otra enfermedad que cause más trauma psíquico y desajuste entre padres e hijos, más inseguridad y sentimiento de inferioridad y mayor cantidad de sufrimiento psíquico que lo que causa el acné vulgar.

Dentro de la esfera psicológica es de especial preocupación la ocurrencia de trastornos depresivos y de ansiedad en el adolescente con acné así como algunos aspectos de la calidad de vida en relación con el padecer acné.

Por tal motivo es importante conocer en nuestro medio la frecuencia con que estos trastornos ocurren en los pacientes y así poder determinar las medidas que se deben tomar en el manejo integral del paciente con acné.

MARCO TEORICO

EL ACNE VULGAR

Definición.

El acné es una enfermedad crónica inflamatoria de la unidad pilosebácea, caracterizada por seborrea, comedones, pápulas, pústulas, nódulos, quistes, abscesos y cicatrices, principalmente en ciertos lugares de predilección, a saber, la cara y el tórax. Frecuentemente comienza durante la adolescencia y en general involuciona alrededor de los 20 años de edad [1].

Epidemiología.

En México constituye una de las dermatosis más frecuentes afectando del 20 al 30 % de los adultos jóvenes [1]. En Estados Unidos afecta a más de 17 millones de personas. La prevalencia entre los adolescentes es del 80 %. Más de 80 % entre los pacientes de 11-30 años, 85% entre 12 a 24 años, 8% entre 25 a 34 años y 3 % de 35 a 44 años [2].

En un estudio clínico se apreció que el acné prevalece más entre los hombres a los 18 años pero que alrededor de los 23 años prevalece más entre las mujeres [3].

Etiopatogenia.

Son múltiples los factores que causan el acné. En cuanto a las teorías sobre la patogénesis del acné tenemos que se produce por los siguientes mecanismos.

- Queratinización patológica del conducto folicular, lo que marca el comienzo de la formación de un comedón.

- Los pacientes con acné tienen glándulas sebáceas más grandes y producen más cantidad de sebo. El sebo es comedogénico y causa inflamación.
- Está generalmente afectado que *Propionibacterium acnes* es importante en la patogenia del acné. Produce ácidos grasos libres y otras enzimas extracelulares como proteasas y hialuronidasas, las cuales pueden ser importantes en el proceso inflamatorio.
- Por muchos años los investigadores han probado el papel de los andrógenos en la patogenia del acné. Los andrógenos regulan el desarrollo de la glándula sebácea y de la producción de sebo y también juegan un papel en la hiperqueratinización folicular.
- Hay receptores de andrógenos localizados en la región infrainfundibular del folículo y todas las enzimas envueltas en el metabolismo de los andrógenos se han identificado en los folículos.
- Varios estudios demuestran las influencias de los factores genéticos en el acné. La tendencia a desarrollar acné es frecuentemente familiar y se hereda de forma autosómica dominante. Sin embargo debido a su alta prevalencia el patrón genético exacto es desconocido. El acné es probablemente un desorden poligénico en el cual la expresión clínica representa la suma de acción de muchos genes. [4]

Clasificación clínica.

El acné es una enfermedad polimorfa ya que presenta en su cuadro clínico diferentes lesiones (comedones cerrados y abiertos, pápulas, pústulas, nódulos, quistes, abscesos y cicatrices).

Su naturaleza dinámica la hace una enfermedad difícil de evaluar objetivamente. Existen actualmente varios sistemas para graduar la severidad del acné.

El sistema de Kligman y Plewig divide al acné en tres subtipos denominados comedónico, papulopustular y conglobata y la severidad es valorada en una escala de I-IV de acuerdo al número de lesiones y al tipo de lesión que predomine tomando en cuenta sólo la parte derecha de la cara [5].

El índice Cunliffe (técnica Leeds) es una escala fotonumérica que asigna un puntaje de 1 (leve) a 10 (severo) [6].

La Academia Americana de Dermatología lo clasifica como leve, moderado o severo, tomando en cuenta sólo las lesiones inflamatorias.

El sistema global de graduación del acné (**GAGS, Global Acne Grading System**) es una nueva clasificación que incorpora las ventajas de los anteriores. Considera seis localizaciones en cara y tronco con un factor para cada localización. Cada una de las seis localizaciones se califica separadamente en una escala de 1 a 4. La puntuación global es la suma de las puntuaciones locales. Los méritos de este sistema son la seguridad, reproducibilidad y eliminación en el conteo de lesiones, así como el poco tiempo que se necesita para hacerlo [5].

Aspectos psicológicos del acné.

Obermayer en su libro de Medicina Psicocutánea, menciona que los estudios de las relaciones psicosomáticas generalmente acuerdan en que un tercio de todos los pacientes que ven los médicos tienen alteraciones que han sido iniciadas por factores físicos o emocionales, que otro tercio padece de enfermedades físicas que están grandemente influenciadas por tales factores y que en el último tercio las influencias psíquicas son de poca o ninguna significación en relación con las alteraciones físicas propiamente dichas, aunque se pueden desarrollar, en esos casos, reacciones psíquicas secundarias.

Obermayer clasifica las dermatosis en las que intervienen factores emocionales, de la siguiente manera.

Dermatoneurosis verdaderas.

Aquí las dermatosis van desde las manifestaciones neuróticas leves y transitorias hasta las psicosis paranoides graves. Algunas de las dermatoneurosis son simplemente exageraciones neuróticas de procesos fisiológicos, tales como el rubor anormal o eritrofobia, el eritema palmar, la hiperhidrosis y la bromhidrosis. Las fobias dirigidas hacia la piel son dermatoneurosis especialmente la sífilofobia, la bacteriofobia, bromidrosifobia y ácarofobia. Otro grupo de esta categoría la forman las erupciones autoinfligidas, como agravación de dermatitis preexistentes, excoriaciones neuróticas, alteraciones mucocutáneas de los movimientos compulsivos y la dermatitis facticia y la tricotilomanía. La delusión de parásitos es también una psicosis paranoide. Y la estigmatización, la más fascinante de las dermatoneurosis, es demasiado rara como para que se la haya podido estudiar

debidamente desde el punto de vista psiquiátrico, aunque se la considera como una expresión de la histeria de conversión.

Dermatosis en las cuales los factores emocionales constituyen habitualmente un elemento importante.

Existe poco desacuerdo con respecto a las verdaderas dermatoneurosis, pero no se puede decir lo mismo de las perturbaciones cutáneas que aquí se clasifican como dermatosis en las que, generalmente, los factores emocionales tienen un papel importante.

De éstas tenemos como ejemplos a el prurito, la urticaria, la neurodermatitis, la rosácea, la alopecia areata y el encanecimiento repentino del cabello.

Distintas dermatosis con elementos psíquicos.

Esta es la más amplia de las tres categorías. Pocos investigadores objetan la agrupación de las siguientes enfermedades: Seborrea y sus frecuentes compañeras, dermatitis seborreica y alopecia prematura; acné vulgar; psoriasis; dermatitis herpetiforme; dermatosis crónica exudativa discoide y liquenoide; algunas alteraciones como sequedad de la boca, lengua geográfica y queilitis; vitiligo y lupus eritematoso, completando la lista de esta división con el tatuaje y las reacciones sintomáticas que complican la piel.

Infecciones conocidas o supuestamente influenciadas por factores psíquicos.

La subcategoría de las infecciones abarca las verrugas, el herpes simple y la estomatitis aftosa, se incluye el molusco contagioso y al herpes zoster. El hecho de que la inmunidad y susceptibilidad para contraer una infección puedan alterarse por el estrés emocional o por sugestión, es un fenómeno tan importante que el estudio de su mecanismo merece un lugar preponderante en

la investigación. La inclusión de las enfermedades venéreas también se justifica en esta categoría [7].

Actualmente Medansky y cols, clasifican a los desórdenes psicósomáticos de la piel en tres grupos dependiendo del estado emocional:

Grupo primario.

En el grupo primario el desorden emocional es la enfermedad primaria y el desorden cutáneo es sólo parte de su expresión. El paciente está emocionalmente perturbado y por lo tanto le "hace algo a su piel". Unos cuantos ejemplos son las excoriaciones neuróticas, la tricotilomanía, la dermatosis facticia y la delusión de parásitos. En este grupo el tratamiento dermatológico es sintomático y la terapia principal debe ser hacia el problema emocional. Básicamente la piel es normal pero la personalidad no lo es.

Grupo secundario.

En el grupo secundario aunque la causa básica es orgánica, la persona está afectada emocionalmente en varios grados. Aunque la causa es orgánica y el tratamiento debe ser dermatológico, los problemas emocionales secundarios pueden ser una muy seria amenaza para la adaptación a la vida. El desfiguramiento es un factor determinante en los efectos emocionales que las enfermedades de la piel tienen sobre un paciente. La magnitud de este efecto estará relacionada con la autoimagen del sujeto y como se relaciona con los demás. Sujetos con nevos congénitos o bien con la enfermedad de Von Recklinghausen o con micosis fungoide pueden tener tal repercusión en su psique que en un momento dado pueden cometer actos suicidas.

Grupo en colaboración

En este grupo las causas orgánicas y los desórdenes emocionales colaboran en diferentes grados para causar la enfermedad en la piel. Algunos ejemplos son la psoriasis, la dermatitis atópica, el eczema dishidrótico, la urticaria, el acné vulgar, la alopecia areata, el herpes simple y las verrugas.

La relación entre desórdenes dermatológicos y psiquiátricos ha sido de interés desde hace muchos años. Aunque el papel que juegan los factores psicológicos en el desarrollo y curso de varias enfermedades dermatológicas permanece aun en controversia, los efectos psicológicos adversos de muchas dermatosis son indiscutibles [8].

El impacto psicosocial del acné fue reconocido por primera vez ya en 1948 por Sulzberger. En 1966, Kenyon y cols demostraron un aumento de la ansiedad, depresión y aislamiento social en pacientes con acné [9]. Una década más tarde el profesor Schuster demostró una alteración significativa de la autoimagen y la autoestima en los pacientes que sufrían acné [10]. En 1987 Rubinow mostró un aumento en los niveles de ansiedad en los pacientes con acné [11].

El acné se ha relacionado a morbilidad psiquiátrica por muchos años. Estos pacientes desarrollan problemas psiquiátricos como consecuencia de su condición. Tales problemas se refieren a alteraciones de la autoestima, de la imagen corporal, aislamiento social, depresión, ansiedad, angustia, preocupación por el acné, frustración, confusión, limitaciones en el estilo de vida y problemas en las relaciones interpersonales [9, 10, 12, 13, 14, 15,].

En la adolescencia no sólo se confrontan cambios psicológicos, personales y fisiológicos, sino también el mundo infantil antecedente. Los cambios de situaciones sociales deben ser superados tanto en el hogar como en la escuela y en el juego. Una manifestación importante de los cambios psicológicos y fisiológicos de la adolescencia es la exagerada importancia que se le da al aspecto físico, de aquí la exagerada vergüenza por el acné. Los "granos o barritos" son una amenaza real al equilibrio del adolescente, ya de por sí precario. Wittkower termina en forma sorpresiva su concluyente estudio de esta clase de pacientes: "Los pacientes con acné vulgar son desconfiados, bien educados y ansiosos por agradar, no tienen sentido del humor y su enfoque de la vida es muy serio, sus puntos de vista son intolerantes, rígidos y dogmáticos y desprecian cosas tan frívolas como el jazz, fiestas, reuniones, manifestaciones, ruidos, etc. No se sienten bien frente al sexo opuesto y condenan vehementemente toda manifestación sexual" [7].

Hay muchos factores diferentes que influyen los cambios psicológicos que se originan del acné. Estos incluyen la comprensión del acné como enfermedad y su duración, el desarrollo de las cicatrices del acné, la edad del paciente y la etapa de desarrollo, la percepción del paciente de la normalidad, además de su personalidad pre-morbilidad. Todo esto será influenciado por las características individuales de su personalidad y su susceptibilidad a las influencias del medio.

Trastornos depresivos.

El trastorno depresivo mayor (TDM) es la psicopatología más frecuente dentro de la población adolescente y se asocia con padecimientos como la farmacodependencia, el trastorno por déficit de atención, el trastorno de ansiedad de separación y el suicidio. La frecuencia del TDM en la adolescencia aumenta comparativamente con el que se presenta en la infancia. Algunos autores han descrito la adrenaquia como uno de los elementos importantes en el inicio de los síntomas depresivos en la pubertad y la adolescencia.

La prevalencia del padecimiento ha sido determinada hasta en el 27% de los adolescentes que son atendidos en los servicios psiquiátricos. En población abierta (estudiantes de secundaria), la prevalencia a lo largo de la vida de la depresión mayor es de 4.0% (4.5% en las mujeres y 2.9% en los hombres) [16].

Las consecuencias psiquiátricas del "desfiguramiento" pueden ser serias. Los problemas frecuentemente incluyen baja autoestima, la cual puede llevar a depresión clínica, fobia social o ambos. La depresión es usualmente manifestada por uno o más signos y síntomas, tales como alejamiento de actividades sociales y ocupacionales, pérdida de la concentración, ataques de llanto espontáneo e ideación suicida. Los signos psicológicos incluyen insomnio o hipersomnía, anorexia o hiperfagia pueden también ser evidentes. El deterioro en el desempeño académico, el alejamiento social y comportamiento delincuente son claves de que un adolescente puede estar significativamente deprimido [17].

La fobia social se refiere a un miedo exagerado al contacto social. Los adolescentes tienden a ser muy autoconscientes de su apariencia y pueden ser extremadamente sensibles a los problemas de aceptación. El tener fobia social puede inhibir severamente su estilo de vida.

Instrumentos para detectar depresión.

La **escala de Birlson (Depression Self Rating Scale [DSRS])** fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento, además de que permite distinguir claramente los grupos de pacientes deprimidos de aquellos que padecen otra enfermedad o son sintomáticos psiquiátricamente.

El instrumento es una escala autoaplicable tipo Likert que consta de dieciocho reactivos; todos pueden puntuar de 0 a 2, siendo la máxima calificación treinta y seis. Diez de los dieciocho reactivos se califican de 0 a 2 y ocho reactivos se califican de 2 a 0. El tiempo de respuesta del instrumento varía, dependiendo de cada sujeto, entre 5 y 10 minutos.

Esta es la primera escala validada en México con esta población. Se incluyeron 349 adolescentes entre los 13 y los 19 años, agrupados en una población clínica de 138 y otra población abierta de 211 sujetos. La población clínica fue captada de tres instituciones [Instituto Mexicano de Psiquiatría N=65, Instituto Nacional de Cardiología, Servicio de Pediatría N=19 y Hospital General Gea González, Servicio de Dermatología N=54], y la población abierta de 211 sujetos provenientes de un censo de una escuela secundaria y una preparatoria. Todos

respondieron la escala previamente traducida. Después de contestada la Escala de Birleson se realizó una entrevista estructurada que funcionó como el estándar de oro. La entrevista está elaborada para el establecimiento diagnóstico conforme a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta edición (DSM-IV), para los siguientes trastornos: depresivo mayor, ansiedad de separación, conducta, déficit de atención, abuso y dependencia a alcohol y sustancias, obsesivo-compulsivo, distimia, adaptativos, esquizofrenia y esquizotípico. Los pacientes eran valorados como sanos cuando no se encontraba una patología mental específica, sin que se excluyera la posibilidad de una patología dermatológica o cardiológico. La utilización del DSRS como prueba diagnóstica presentó una sensibilidad de 87% y una especificidad de 74% cuando el punto de corte fue 14 y una especificidad del 81 % cuando el punto de corte es 15.. Esta escala puede ser utilizada de manera amplia en *investigaciones clínicas y epidemiológicas para la depresión de los adolescentes* [16].

Trastornos de ansiedad.

La ansiedad es el miedo a lo desconocido como concepto general, pero la ansiedad es un estado emocional displacentero cuyas fuentes son menos fáciles de identificar. Frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga e incluso al agotamiento. La intensidad de la ansiedad tiene muchos grados que van desde inquietudes menores, temblores notables e incluso pánico completo, que es la forma más extrema de la

ansiedad [18]. Según el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), el término de ansiedad se refiere inclusive a una serie de desórdenes que incluyen: pánico, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social y fobia simple (fobia escolar) [19].

La literatura perteneciente al aspecto psicossomático del acné es variable y no todos los reportes lo ligan a disfunción emocional. Algunos autores no han podido demostrar la relación entre acné y ansiedad, sin embargo, estudios controlados han mostrado incremento en los niveles de ansiedad en pacientes con acné y ha sido demostrado que el grado de ansiedad está directamente relacionado a la severidad del desorden: a peor acné, mayor ansiedad [12].

Instrumentos para medir ansiedad.

Lampe y cols, en un estudio de la ansiedad entre pacientes con acné y con verrugas vulgares, aplicaron la escala de Hamilton, la cual consta de 12 variables incluyendo los síntomas de ansiedad y una decimotercera variable que habla de la conducta del paciente durante la entrevista. En los resultados se encontró que el 82.5% de los pacientes presentaban algún rasgo de ansiedad y se concluye que los pacientes con acné tuvieron cuatro veces más riesgo de presentar algún trastorno de ansiedad que los pacientes con verrugas [20].

La **escala SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders)** es un instrumento autoaplicable que se desarrolló para detectar los desórdenes de ansiedad de niñez y adolescencia. Diferencia aquellos pacientes con depresión de aquellos que tienen ansiedad. La escala consta de 41 preguntas breves las cuales identifican síntomas de desórdenes de ansiedad por

separación, ansiedad generalizada, fobia social y fobia a la escuela (fobia simple). La severidad de los síntomas se evalúa usando una escala de puntuación de 0 a 2 con cero significando nunca, 1 significando algunas veces y 2 significando siempre. Un punto de corte de 26 resulta en una sensibilidad del 71 % y una especificidad de 67%, 61% y 71% cuando discrimina entre ansiedad y no ansiedad, ansiedad y depresión y ansiedad y desórdenes disruptivos, respectivamente. Es una escala que puede contestarse en menos de 10 minutos mientras el paciente espera a ser visto por el médico [21].

Trastornos en la calidad de vida en el acné.

En las últimas décadas el término calidad de vida ha aparecido con un indicador importante en las investigaciones clínicas, tanto para medir el impacto de las enfermedades crónicas, como para evaluar el resultado de las intervenciones médicas. La calidad de vida incluye diversos factores de índole personal, social, económico, educativo, religioso (existencial) y ambiental, que conlleva a un modelo multidimensional.

Además de los problemas psicológicos experimentados por las personas que tienen acné, ha habido una cantidad de estudios que han examinado la incapacidad social específica. Se han demostrado las dificultades interpersonales entre pacientes con acné, sus parejas y su familia. Las oportunidades de empleo también parecen estar influenciadas por la presencia del acné. Cunliffe demostró que 16.5% de los hombres y 14.3% de las mujeres que sufren acné están desempleados, en comparación con 9.2% y 8.7% respectivamente en grupos controles pareados por edad y sexo. Por lo tanto,

él sugirió que las perspectivas de empleo pueden ser afectadas por el hecho de tener acné [22].

Instrumentos para medir la calidad de vida en acné.

En una situación clínica, puede ser difícil identificar todos los factores que influyen los cambios psicológicos producidos por el acné. Sin embargo, hay numerosos cuestionarios genéricos y específicos para ciertas enfermedades que han sido usados en un intento por cuantificar los problemas psico-sociales que se originan por el acné [23, 24].

En un intento por entender el impacto del acné en la calidad de vida, Motley y Finlay, construyeron el **Índice de incapacidad del acné (ADI, Acne Disability Index)**, conteniendo preguntas que estaban altamente relacionadas con la severidad del acné y que se realizaron a una muestra de adolescentes y adultos jóvenes. El cuestionario abreviado creado, consta de cinco preguntas cada una de las cuales tiene cuatro posibles respuestas. Las preguntas 1 y 2 se refieren a las consecuencias psicológicas y sociales del acné en general, la pregunta 3 está dirigida a aquellos con acné del pecho o la espalda, en la pregunta 4 se cuestiona el estado psicológico del paciente y en la pregunta 5 se cuestiona al paciente (subjetivo) sobre la evaluación de la severidad del acné actual. La respuesta a cada pregunta recibe una puntuación de 0 a 3. En este estudio se incluyeron 66 pacientes. La media de los promedios fue de 6. Hubo correlación significativa entre la severidad del acné facial y la respuesta a las preguntas 2 y 4; la respuesta a la pregunta 3 estuvo significativamente relacionada con el grado de acné en el tronco; la respuesta a la pregunta 5

estuvo significativamente relacionada con la severidad del acné en los tres sitios. La respuesta a la pregunta 1 no estuvo asociada con la severidad del acné en cualquier sitio. Los pacientes con acné facial se calificaban a ellos mismos como agresivos, infelices con su apariencia física e inhibidos en su habilidad para conocer individuos del sexo opuesto. Se demostró que este cuestionario abreviado identifica áreas que preocupan a pacientes con acné. Las respuestas de los pacientes en el cuestionario estuvieron significativamente correlacionada con la evaluación de la severidad del acné. [25,26]. Un estudio en el cual se usaron cuatro diferentes instrumentos para validar calidad de vida, confirmaron que el tratamiento con isotretinoína mejora significativamente la función social, mental, de salud y de autoestima [27, 28].

Cicatrices y trastornos psicológicos.

Además de la incapacidad psicosocial que se puede originar del acné inflamatorio, las cicatrices subsiguientes que pueden resultar, también pueden llevar a una morbilidad psicológica significativa.

Desgraciadamente, las cicatrices del acné son una secuela bien reconocida. Un estudio de la incidencia de cicatrices faciales de acné en 185 pacientes con acné alcanzó un 90%, aunque fueran leves. Las cicatrices que cubrían todo el tórax fueron significativamente mayores en hombres, lo mismo que el acné hipertrófico y queloide en estas localizaciones. A medida que estas cicatrices son más desfigurantes, más probabilidades hay de que produzcan problemas psicosociales. También hubo una correlación significativa entre el grado inicial del acné y el grado de cicatrización en todas las localizaciones, en ambos sexos.

También se ha demostrado que las cicatrices de acné producen una psicopatología significativa.

Cuando se administraron cuestionarios psicológicos reconocidos a 200 pacientes con cicatrices de acné y con acné y controles pareados por edad/sexo, hubieron diferencias significativas entre los dos grupos. Los pacientes con cicatrices tenían rasgos de ansiedad significativamente mayores, menor autoestima y estima física y mayor depresión en las escalas analógicas visuales hospitalarias de ansiedad y depresión en comparación con las personas que tenían acné y los controles. Las pacientes mujeres con cicatrices de acné mostraron significativamente más psicopatologías que sus contrapartes hombres. También hubo correlaciones significativas entre la severidad de las cicatrices y los rasgos de ansiedad, autoestima física y depresión. Las personas que sufrían de acné constituían un grupo comparativo interesante que mostraba más problemas que los controles, pero menos que los pacientes con cicatrices [29]. Además de los problemas psicológicos de ansiedad, depresión y baja autoestima, hay informes de pacientes con acné y con cicatrices por acné que se han suicidado [13, 14,].

JUSTIFICACION

Si bien, algunos estudios anglosajones han demostrado parte del impacto psicosocial que puede tener el acné, en aspectos tales como depresión, ansiedad y calidad de vida, no conocemos en México ningún trabajo al respecto.

Por otro lado, ninguno de los instrumentos utilizados previamente cuenta con una validación en castellano y en pacientes mexicanos.

El presente estudio pretende emplear instrumentos ya validados en adolescentes mexicanos con el fin que éstos puedan ser recomendados a futuro para su uso en la práctica a los dermatólogos mexicanos.

OBJETIVOS

Conocer la frecuencia de trastornos depresivos, de ansiedad y de calidad de vida en pacientes adolescentes mexicanos con acné de diversa severidad.

DISEÑO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo tipo encuesta.

JUSTIFICACION

Si bien, algunos estudios anglosajones han demostrado parte del impacto psicosocial que puede tener el acné, en aspectos tales como depresión, ansiedad y calidad de vida, no conocemos en México ningún trabajo al respecto.

Por otro lado, ninguno de los instrumentos utilizados previamente cuenta con una validación en castellano y en pacientes mexicanos.

El presente estudio pretende emplear instrumentos ya validados en adolescentes mexicanos con el fin que éstos puedan ser recomendados a futuro para su uso en la práctica a los dermatólogos mexicanos.

OBJETIVOS

Conocer la frecuencia de trastornos depresivos, de ansiedad y de calidad de vida en pacientes adolescentes mexicanos con acné de diversa severidad.

DISEÑO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo tipo encuesta.

JUSTIFICACION

Si bien, algunos estudios anglosajones han demostrado parte del impacto psicosocial que puede tener el acné, en aspectos tales como depresión, ansiedad y calidad de vida, no conocemos en México ningún trabajo al respecto.

Por otro lado, ninguno de los instrumentos utilizados previamente cuenta con una validación en castellano y en pacientes mexicanos.

El presente estudio pretende emplear instrumentos ya validados en adolescentes mexicanos con el fin que éstos puedan ser recomendados a futuro para su uso en la práctica a los dermatólogos mexicanos.

OBJETIVOS

Conocer la frecuencia de trastornos depresivos, de ansiedad y de calidad de vida en pacientes adolescentes mexicanos con acné de diversa severidad.

DISEÑO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo tipo encuesta.

MATERIAL Y METODOS

Población y muestra

Se incluyeron pacientes con acné activo de diversa intensidad que acudieron a la consulta externa del Servicio de Dermatología del Hospital General de México.

Variables

1. Frecuencia de depresión medida por la escala de Birlerson, DSRS (Depression Self Rating Scale) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. (ANEXO 1)
2. Frecuencia de ansiedad medida por la escala SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders) [ANEXO 2].
3. Frecuencia de trastornos en la calidad de vida medido por el Índice de Incapacidad del Acné ADI (Acne Disability Index) [ANEXO 3].
4. Edad en años
5. Genero: masculino o femenino
6. Severidad del acné medida por el Sistema Global de Graduación del acné (Global Acne Grading System, GAGS) [ANEXO 4].

Metodología

A todos los pacientes con acné, que acudieron por primera vez a la consulta de Dermatología y que aceptaron verbalmente participar, se les aplicaron las

escalas para detectar depresión, ansiedad, el índice de incapacidad del acné y se les realizó la graduación del acné para conocer la severidad de éste.

A todos los pacientes se les evaluó por medio del Sistema de Graduación Global del Acné (GAGS), el cual detecta acné leve cuando se obtiene una puntuación de 1 a 18, moderado cuando la puntuación es de 19 a 30, y severo cuando la puntuación es mayor de 31. Se incluyeron igual número de pacientes por grupo de severidad.

Se les aplicó la Escala de Birlerson, DSRS (Depression Self Rating Scale) que es una escala diseñada para diagnosticar y cuantificar la severidad de la depresión en niños y adolescentes. Los pacientes que obtuvieron una calificación de 15 ó mayor (lo cual es el punto de corte para detectar depresión) se les diagnosticó depresión.

Se les aplicó la escala SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders) que está diseñada para diagnosticar ansiedad y trastornos relacionados. Los pacientes que obtuvieron una calificación de 26 o mayor (el cual es el punto de corte para detectar ansiedad) se les diagnosticó ansiedad.

Y por último se les aplicó el índice de incapacidad del acné ADI (Acne Disability Index), la cual es un breve cuestionario diseñado para detectar el impacto en la calidad de vida producido por el acné.

Análisis estadístico

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión. Las diferencias por grupos de severidad y por género se analizaron mediante ANOVA.

Criterios de inclusión

1. 14- 21 años.
2. Ambos sexos.
3. Acné de cualquier severidad.
4. Pacientes que aceptaron contestar las escalas de depresión, ansiedad y de incapacidad de vida en el acné.

Criterios de exclusión

1. Pacientes con acné que acuden a consulta subsecuente.
2. Pacientes que no aceptaron ingresar al estudio.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 90 pacientes, de los cuales 54 (60%) fueron hombres y 36 (40%) fueron mujeres, teniendo una proporción de 1.5:1 hombre:mujer (**Gráfica 1**).

Fueron 30 pacientes con acné leve, 30 con acné moderado y 30 con acné severo. En los grupos de acné leve y moderado la proporción hombre:mujer fue de 1:1, y en el grupo de acné severo encontramos una proporción de hombre:mujer de 4:1 (24 hombres y 6 mujeres).

La edad promedio en el grupo en general fue de 17.6 años (D.E.:1.69), siendo similar en los grupos de acuerdo a la severidad del acné. En cuanto al género podemos observar que la edad es similar en los grupos de acné leve y moderado; siendo mayor en las mujeres con acné severo. La calificación promedio del GAGS fue mayor en los hombres que en las mujeres; para el grupo de leves fue de 12.9 (D.E.: 3.7) y de 12.13 (D.E.: 3.6); para el grupo de moderado de 23.8 (D.E.: 3.2) y 22.0 (D.E: 3.1) y para el grupo de severo 37.5 (D.E.: 3.3) y 34.8 (D.E.:3) calificación de hombres y mujeres respectivamente.

Los resultados se muestran en las **Tablas 1 y 2**.

TABLA 1

EDAD PROMEDIO POR GRUPO DE SEVERIDAD

SEVERIDAD	EDAD EN AÑOS	D.E.	RANGO DE EDAD
LEVE N=30	17.3	1.5	14-19
MODERADO N=30	17.7	1.5	15-20
SEVERO N=30	17.9	2.0	15-21

TABLA 2**EDAD PROMEDIO POR GENERO Y SEVERIDAD**

SEVERIDAD DEL ACNE	HOMBRES		MUJERES	
	EDAD	GAGS	EDAD	GAGS
LEVE	17.06	12.9	17.6	12.13
D.E.	1.6	3.7	1.4	3.6
MODERADO	17.4	23.8	17.9	22.0
D.E.	1.6	3.2	1.4	3.1
SEVERO	17.7	37.5	19	34.8
D.E.	1.9	3.3	1.8	3.0

En cuanto a la frecuencia de depresión y ansiedad encontramos que en el grupo general, 32 pacientes (35.5 %) tuvieron depresión detectada por la escala de Birlson (DSRS) y 40 (44.4%) tuvieron ansiedad, detectada por la escala SCARED (**Gráfica 2**). En cuanto a la frecuencia por género, 16 hombres (27.7%) y 16 mujeres (44%) tuvieron depresión y 18 hombres (33.3%) y 22 mujeres (61%) tuvieron ansiedad. Los datos se muestran en la **Tabla 3 y Gráfica 3**.

TABLA 3**FRECUENCIA DE DEPRESION Y ANSIEDAD POR GENERO**

ESCALA	HOMBRES		MUJERES	
	No.	%	No.	%
DSRS	16	27.7	16	44
SCARED	18	33.3	21	61

En cuanto a la frecuencia de depresión por género y por severidad observamos que en el grupo de acné leve los hombres no mostraron depresión, mientras que el 40% (6) de las mujeres la presentaron. En el acné moderado el 20% (3) de hombres y el 40% (6) de las mujeres presentaron depresión, y en el grupo de acné severo el 53% (12) de los hombres y el 83% (5) de las mujeres la presentaron (**Gráfica 4**).

En cuanto a la ansiedad, en el grupo de acné leve, los hombres no la presentaron mientras que el 73% de las mujeres (11) la presentaron; en el grupo de acné moderado el 33% de los hombres (5) y el 40% de las mujeres (6) presentaron ansiedad, y en el grupo de acné severo el 54% de los hombres (13) y el 83% de las mujeres (5) tuvieron ansiedad .

Todos los datos anteriores se muestran en la **Tabla 4 y Gráfica 5**.

TABLA 4

FRECUENCIA DE DEPRESION Y ANSIEDAD POR GENERO Y SEVERIDAD

ESCALA	LEVE				MODERADO				SEVERO			
	H		M		H		M		H		M	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
DSRS	0	0	6	40	3	20	6	40	12	50	5	83
SCARED	0	0	11	73	5	33	6	40	13	54	5	83

En cuanto a la calificación promedio de la calidad de vida en los pacientes con acné, observamos que la puntuación aumenta conforme aumenta la severidad del acné. Así tenemos que los pacientes con acné leve tienen una puntuación promedio en el ADI de 5.43, los pacientes con acné moderado tienen una puntuación promedio de 7.8 y los de acné severo de 8.8 (**Gráfica 6**). Sólo se demostró una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de acné leve con el moderado. Así mismo las calificaciones de las escalas de depresión y ansiedad también aumentan conforme aumenta la severidad del acné. En cuanto a la escala de depresión se observa una puntuación promedio de 9.83, 11.8 y 14.6 en los pacientes con acné leve, moderado y severo respectivamente. En este caso sólo se demostró diferencia significativa entre el grupo moderado y el severo. En cuanto a la escala de ansiedad las calificaciones promedio fueron de 21.16, 23.5 y 27.3; no demostrándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Todos los datos anteriores se compendian en la **Tabla 5**.

TABLA 5

CALIFICACIONES PROMEDIO DE LAS ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA, DEPRESION Y ANSIEDAD POR SEVERIDAD.

	LEVE	P=	MODERADO	P=	SEVERO
	PUNTUAACION		PUNTUAACION		PUNTUAACION
ADI	5.43	0.0061	7.8	0.268	8.8
D. E.	3.22		3.31		3.6
DSRS	9.83	0.195	11.8	0.061	14.6
D. E.	6.58		4.9		6.3
SCARED	21.16	0.318	24.5	0.408	27.3
D. E.	13.61		12.5		13.4

En la tabla 6, al analizar los datos anteriores pero de acuerdo al género, se pudo observar que sistemáticamente en todos los grupos las mujeres tuvieron una calificación mayor que los varones, a saber: en el ADI, en el acné leve se tuvo una puntuación de 4.6 y de 6.2 ; en el acné moderado fue de 6.8 y de 8.8 y en el acné severo fue de 8.6 y de 10.6 en hombres y mujeres respectivamente. Sin embargo no se demostró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. En cuanto a la escala de depresión (DSRS) es de llamar la atención la gran diferencia, estadísticamente significativa en el grupo de acné leve entre hombre-mujer, siendo de 5.73 y 13.93; en el grupo de acné

moderado la puntuación fue de 11.46 y de 12.13 y en el grupo de acné severo la puntuación fue de 14 y 17.33 en hombres y mujeres respectivamente. En estos grupos no se demostró diferencia significativa. Con respecto a la escala de ansiedad (SCARED), también en el grupo de acné leve se vio una diferencia estadísticamente significativa, no así en los grupos de acné moderado y severo. La puntuación fue de 11.46 y de 30.86; en el grupo de acné moderado la puntuación fue de 23.2 y 25.93 y en el grupo de acné severo fue de 26 y 35.6 en hombres y mujeres respectivamente. (Gráfica 8)

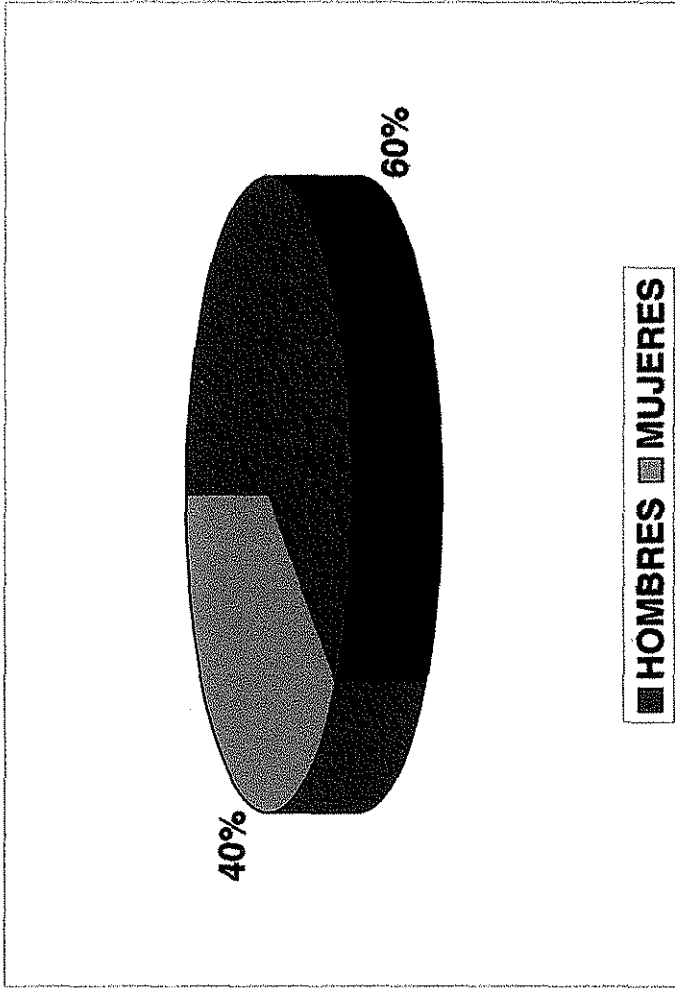
TABLA 6

CALIFICACION PROMEDIO DE LAS ESCALAS DE CALIDAD DE VIDA, DEPRESION Y ANSIEDAD SEGÚN SEVERIDAD Y GENERO.

ESCALA	LEVE			MODERADO			SEVERO		
	H		M	H		M	H		M
	PUNTUACION			PUNTUACION			PUNTUACION		
		P=			P=			P=	
ADI	4.6	0.19	6.2	6.8	0.11	8.8	8.6	0.26	10.6
D.E	2.2		3.9	3.4		2.9	3.5		4.8
DSRS	5.8	0.0001	13.93	11.46	0.71	12.13	14	0.25	17.38
D.E.	2.4		6.9	4.2		5.7	5.8		8.1
SCARED	11.46	0.000006	30.86	23.2	0.55	25.93	26	0.12	35.6
D.E.	3.2		13.1	7.7		16.5	12.13		17.7

GRAFICA 1

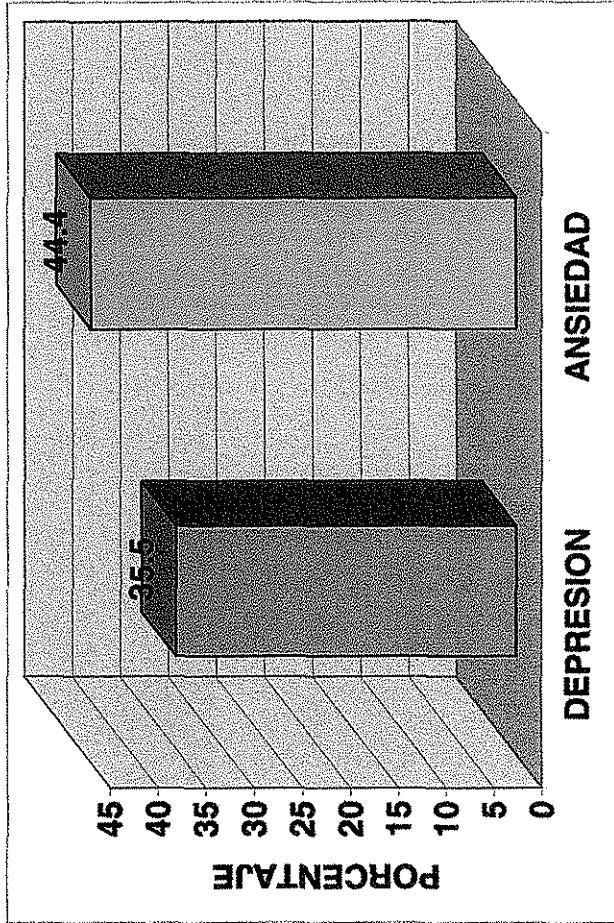
PROPORCION DE HOMBRES Y MUJERES CON ACNE



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 2

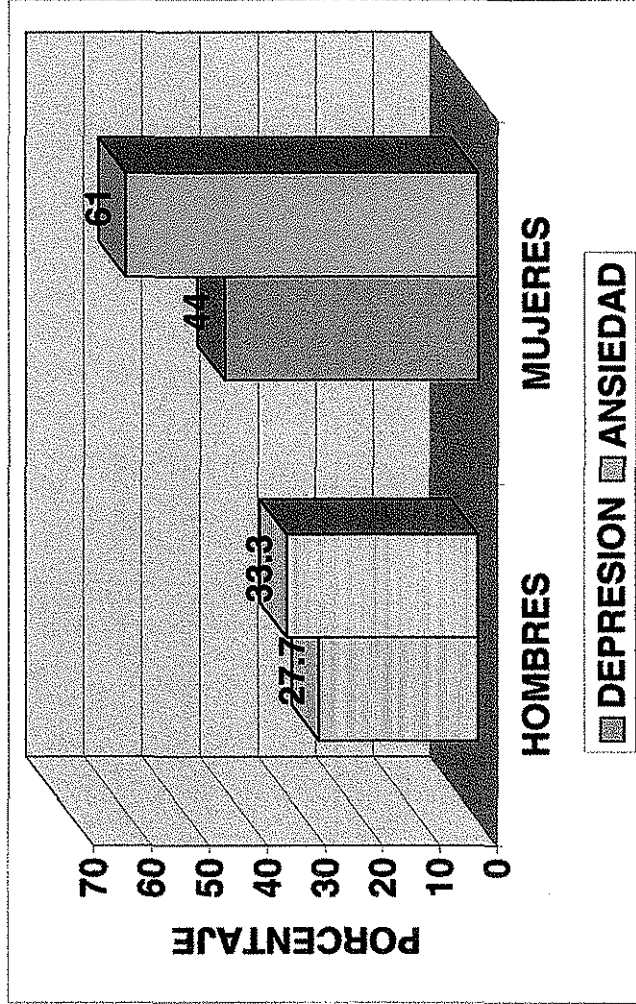
FRECUENCIA DE DEPRESION Y ANSIEDAD EN LOS PACIENTES CON ACNE



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 3

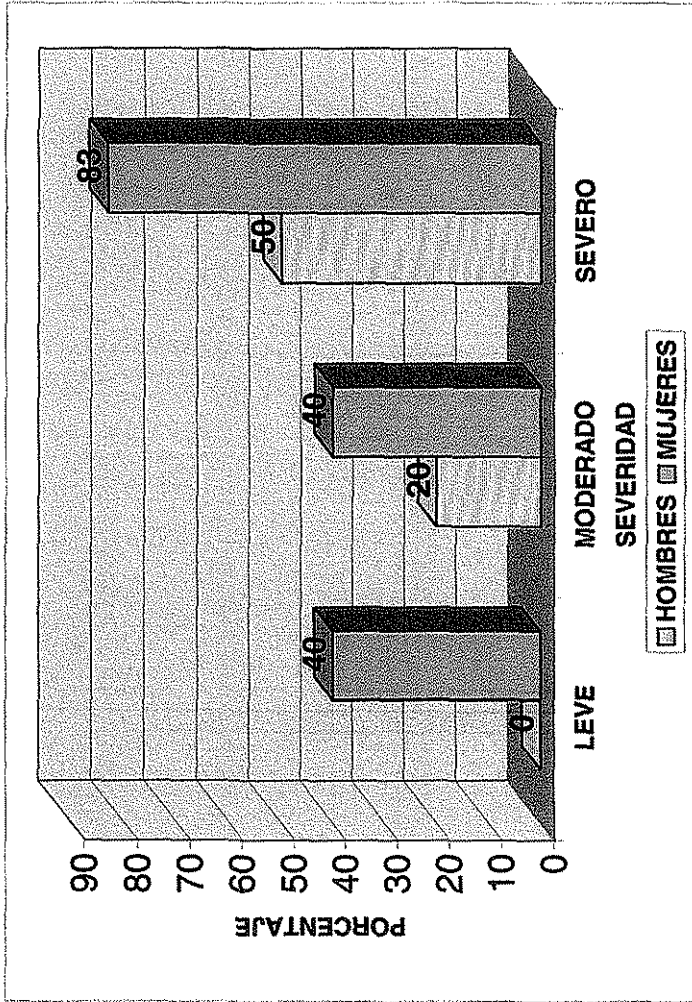
FRECUENCIA DE DEPRESION Y ANSIEDAD POR GENERO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 4

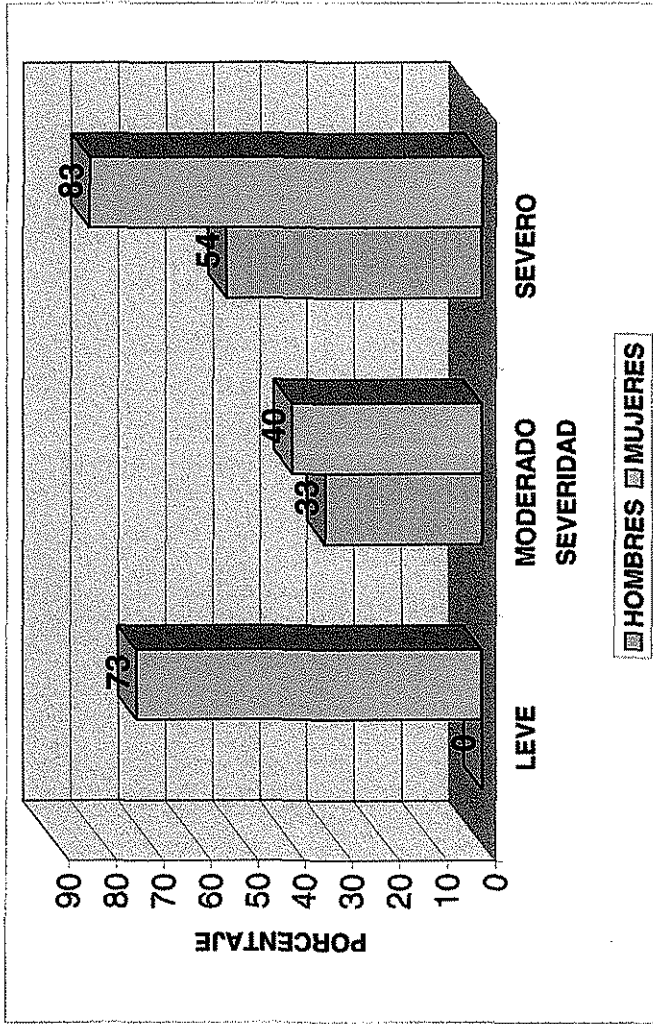
FRECUENCIA DE DEPRESION POR GENERO Y SEVERIDAD



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 5

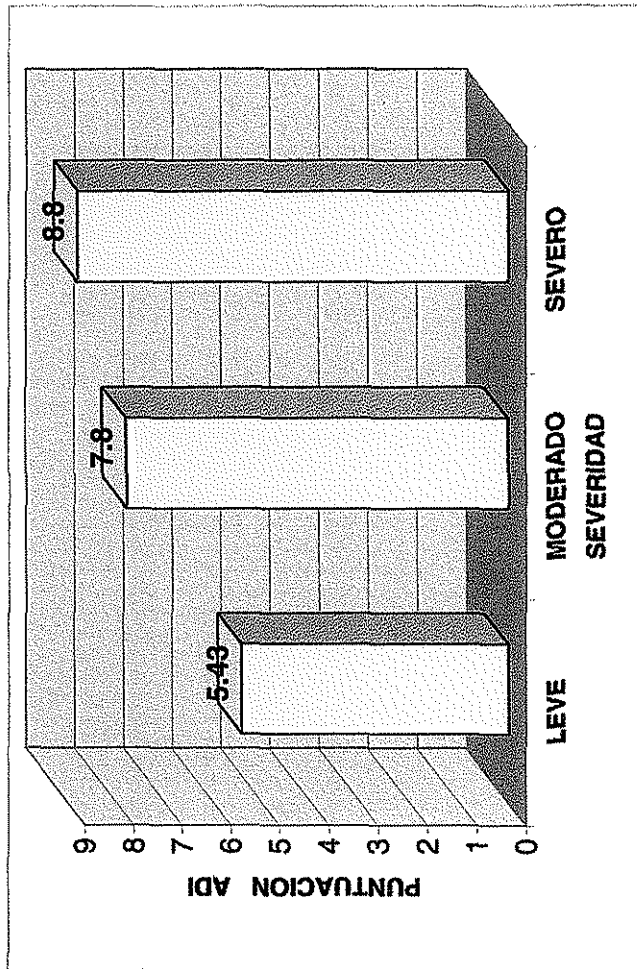
FRECUENCIA DE ANSIEDAD POR GENERO Y SEVERIDAD



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 6

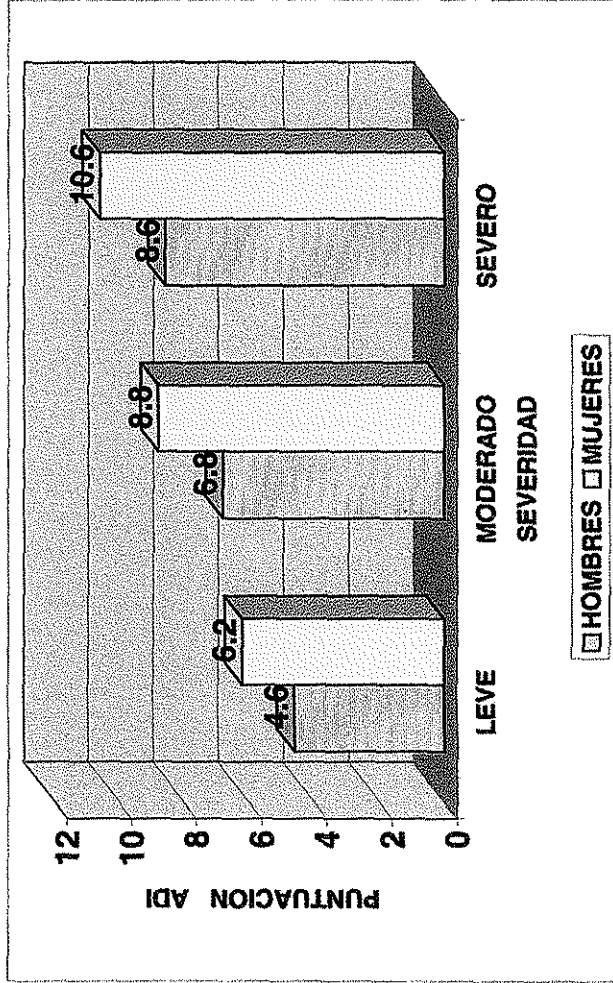
PUNTUACION PROMEDIO DEL INDICE DE INCAPACIDAD DEL ACNE DE ACUERDO A SEVERIDAD



... con
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 7

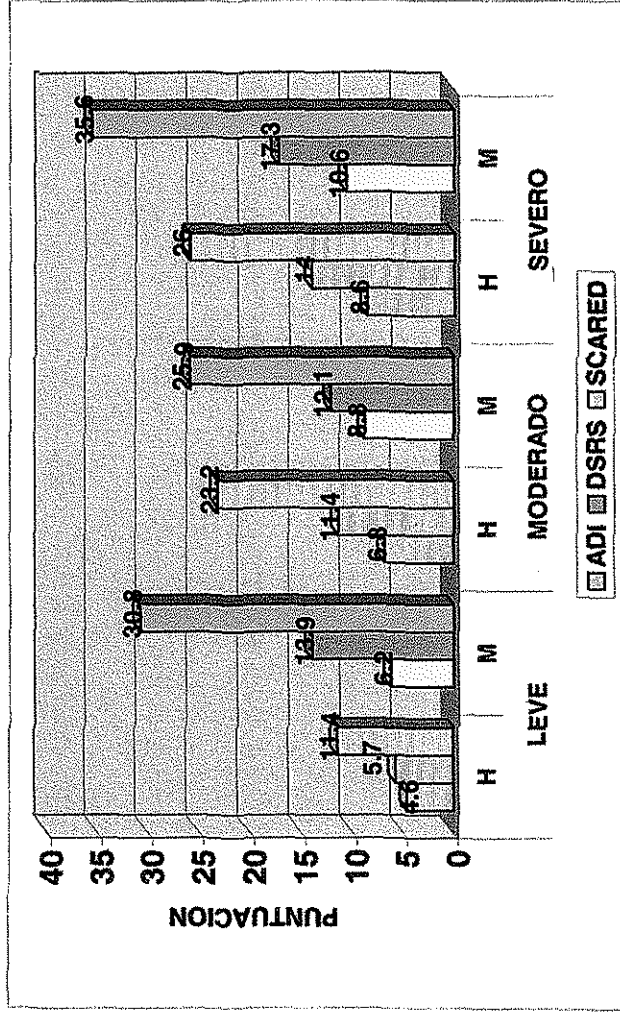
PUNTUACION PROMEDIO DEL INDICE DE INCAPACIDAD DEL ACNE DE ACUERDO AL GENERO Y SEVERIDAD



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 8

PUNTUACION PROMEDIO DEL ADI, DSRS Y SCARED DE ACUERDO AL GENERO Y SEVERIDAD



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

Podemos observar que de acuerdo a la literatura general, en este estudio también se demuestra la mayor proporción de acné en hombres que en mujeres, sobre todo en el acné severo.

La edad de los pacientes es similar en los tres grupos, excepto en el de mujeres con acné severo en la que es mayor. Esto concuerda también con datos reportados en la literatura.

Hasta el momento no se ha reportado la frecuencia de depresión y / o de ansiedad en pacientes con acné. En este trabajo encontramos una frecuencia bastante alta de depresión y de ansiedad (35.5% en depresión y 44.4% en ansiedad). La frecuencia de depresión observada en población abierta de adolescentes mexicanos es de 4.5% en mujeres y de 2.9 % en hombres. En el presente estudio se encontró una frecuencia 10 veces mayor de depresión asociada al acné (44 % en mujeres y 27.7 % en hombres).

Si comparamos estos datos en relación al género y a la severidad del acné, observamos que las mujeres tienen puntuaciones más altas para todas las escalas en relación con los hombres. Como dato interesante observamos que las mujeres en el grupo de acné leve tienen valores más altos de depresión y de ansiedad que las mujeres del grupo de acné moderado.

En cuanto al índice de incapacidad del acné, las puntuaciones son mayores conforme la severidad del acné aumenta, observándose también puntuaciones más altas en mujeres que en hombres.

Así mismo observamos que entre ambos géneros hay diferencias entre la puntuación dada para la severidad del acné, siendo menor en las mujeres. El

dato anterior es interesante puesto que en las mujeres parece tener mayor impacto la enfermedad que en el hombre.

En cuanto al ADI, ningún estudio previo reporta los resultados estratificados por severidad del acné como es el caso del presente trabajo. Sin embargo, la calificación promedio de toda nuestra población se estimó en 7.34, a diferencia de la calificación de 6, reportada por Finlay en una serie de 66 pacientes.

Consideramos que el médico Dermatólogo debe estar alerta del riesgo aumentado que tiene un paciente adolescente con acné de tener trastornos graves depresivos y de ansiedad, en especial si es mujer independientemente de la severidad de la enfermedad. Por tal motivo, sería recomendable el poder emplear estas escalas en el manejo cotidiano del paciente adolescente con acné, y así poder detectar y manejar oportunamente aspectos incluso graves del impacto que el acné puede tener.

CONCLUSIONES

1. En una población de 90 adolescentes con acné leve, moderado y severo, se encontró una alta frecuencia de depresión (35 %), así como de ansiedad (44.4%).
2. La frecuencia de depresión y ansiedad fue mayor en las mujeres que en los hombres (44 vs 27.7% y 61 vs 33.3 %).
3. La frecuencia de depresión y ansiedad fue mayor a mayor grado de severidad.
4. La calificación promedio del índice de discapacidad del acné (ADI), fue mayor, a mayor severidad del acné. Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre el acné leve y el moderado.
5. La puntuación promedio de la escala de depresión (DSRS) mostró diferencia estadísticamente significativa entre el acné moderado y el severo.
6. La escala de ansiedad (SCARED) no mostró diferencias significativas entre los grupos de severidad.
7. Las mujeres con acné leve mostraron una puntuación en la escala de depresión (DSRS) y en la escala de ansiedad significativamente mayor que los varones.
8. El acné de cualquier intensidad aumenta 10 veces más el riesgo de depresión y ansiedad.
9. El dermatólogo debe ser capaz de detectar oportunamente los trastornos de depresión y ansiedad en el paciente adolescente con acné, así como

conocer el impacto que tiene esta enfermedad en la calidad de vida de éste.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Saúl A. Lecciones de Dermatología 14ª edición, Méndez editores. 2001, México D.F. pp: 515-531.
2. Kaminer G. The many faces of acne. *J Am Acad Dermatol* 1995;32:6-14.
3. Cunliffe W, Gould D. Prevalence of facial acne in late adolescence and adults. *Br Med J* 1979;1:1109-1110.
4. Strauss JS, Thiboutot DM. Diseases of the Sebaceous Glands. In: *Dermatology in General Medicine*, Edited by Fitzpatrick TB, fifth edition, McGraw-Hill. 1999, New York. pp: 969-780.
5. Doshi A, Zaheer A, Stiller M. A comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system. *Int J Dermatol* 1997;36:416-418.
6. Buke B, Cunliffe W. The assessment of acne vulgaris-The Leeds technique. *Br J Dermatol* 1984;111:83-92.
7. Obermayer M. *Medicina Psicocutánea*. 1ª edición, Editorial Bibliográfica Argentina. 1956, Buenos Aires Argentina. pp: 119-129, 363-375.
8. Medansky R, Handler R. Dermatopsychosomatics: classification, physiology and therapeutic approaches. *J Am Acad Dermatol* 1981;5:125-136.
9. Kenyon F, Cantab M, Chir B, et al. Psychosomatic aspects of acne. *Br J Dermatol* 1966;78:344-51.
10. Shuster S, Fisher G. The effect of skin disease on self image. *Br J Dermatol* 1978;99:518-19.
11. Rubinow D, Peck G, Squillace B, et al. Reduced anxiety and depression in cystic acne patients after successful treatment with oral isotretinoin. *J Am Acad Dermatol* 1987;17:25-32.

12. Wu S, Kinder B, Trunnell T, et al. Role of anxiety and anger in acne patients: A relationship with the severity of the disorder. *J Am Acad Dermatol* 1988;18:525-533.
13. Cotterill J, Cunliffe W. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997;137:246-250.
14. Gupta M, Gupta A. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998;139:846-850.
15. Koo J. The psychosocial impact of acne: patients perceptions. *J Am Acad Dermatol* 1995;32:S26-30.
16. De la Peña F, Lara M, Cortés J, et al. Traducción al español y validez de la escala de Birlson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental* 1996;19:17-23.
17. Koo J, Smith L. Psychologic aspects of acne. *Pediatr Dermatol* 1991;8:185-188.
18. Greist J, Jefferson J. Trastornos de ansiedad. En: *Psiquiatría General*. 2ª edición, Editorial Manual Moderno 1989. México D.F. pp: 367-384.
19. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 4th edition, American Psychiatry Association. Washington D.C. 1994 pp: 401-456.
20. Lampe N, León G. Estudio comparativo de la ansiedad entre los pacientes con acné y los pacientes con verrugas. Tesis de Posgrado Facultad de Medicina UNAM 1996.

21. Birmaher B, Brent D, Chappetta L, et al. Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1230-1236.
22. Cunliffe W. Unemployment and acne. *Br J Dermatol* 1986;115:386.
23. Mallon E, Newton J, Klassen A. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol* 1999;140:672-676.
24. Finlay A. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol* 1997;136:305-314.
25. Motley R, Finlay A. How much disability is caused by acne?. *Clin Exper Dermatol* 1989;14:194-198.
26. Motley R, Finlay A. Practical use of a disability index in the routine management of acne. *Clin Exper Dermatol* 1992;17:1-3.
27. Kellet S, Gawkrödger D. The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. *Br J Dermatol* 1999;140:273-282.
28. Lasek R, Chren M. Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. *Arch Dermatol* 1998;134:454-458.
29. Layton A, Hendersen C. A clinical evaluation of acne scarring and its incidence. *Clin Exper Dermatol* 1994;19:303-308.

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE BIRLESÓN (DEPRESSION SELF RATING SCALE) DSRS

Instrucciones: Por favor responde honestamente cómo te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias

	siempre	Algunas veces	Nunca
1. Me interesan las cosas tanto como antes			
2. Duermo muy bien			
3. Me dan ganas de llorar			
4. Me gusta salir con mis amigos			
5. Me gustaría escapar, salir corriendo			
6. Me duele la panza			
7. Tengo mucha energía			
8. Disfruto la comida			
9. Puedo defenderme por mí mismo			
10. Creo que no vale la pena vivir			
11. Soy bueno para las cosas que hago			
12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes			
13. Me gusta hablar con mi familia			
14. Tengo sueños horribles			
15. Me siento muy solo			
16. Me animo fácilmente			
17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo			
18. Me siento muy aburrido			

ANEXO 2

AUTOREPORTE DE ANSIEDAD PARA ADOLESCENTES (SCARED)

Clinica de adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, México
(Adaptada por el Dr. Francisco de la Peña Olvera).

Instrucciones: Por favor lee con cuidado cada una de las oraciones y marca con una X qué tanto se aplica en tu caso para nunca, algunas veces o siempre en las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas.

		Nunca	Algunas veces	Siempre
1	Cuando tengo miedo no respiro bien			
2	Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza			
3	Me molesta estar con personas que no conozco			
4	Cuando duermo en casa que no es la mía siento miedo			
5	Me preocupa saber si le caigo bien a las personas			
6	Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar			
7	Soy nervioso			
8	Sigo a mis papás a donde ellos van			
9	Las personas me dicen que me veo nervioso			
10	Me pongo nervioso cuando estoy con personas que no conozco			
11	Cuando estoy en la escuela me duele la panza			
12	Cuando tengo mucho miedo, siento que me voy a volver loco			
13	Me siento preocupado cuando duermo solo			
14	Me preocupo de ser tan bueno (a) como los otros adolescentes (por ejemplo en la escuela)			
15	Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas no fueran reales			
16	En las noches sueño que cosas feas le van a pasar a mis papás			

17	Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela			
18	Cuando tengo mucho miedo, mi corazón late muy rápido			
19	Tiemblo			
20	En las noches sueño que me va a pasar algo malo			
21	Me preocupa pensar como me van a salir las cosas			
22	Cuando tengo miedo, sudo mucho			
23	Me preocupo mucho			
24	Me preocupo sin motivo			
25	Estar solo(a) en casa me da miedo			
26	Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco			
27	Cuando tengo miedo, siento que no puedo tragar			
28	Las personas me dicen que me preocupo mucho			
29	No me gusta estar lejos de mi familia			
30	Tengo miedo de tener ataques de pánico			
31	Me preocupa pensar que algo malo le pase a mis papás			
32	Me da pena estar con personas que no conozco			
33	Me preocupa que pasará conmigo cuando sea grande			
34	Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar			
35	Me preocupa saber si hago las cosas bien			
36	Me da miedo ir a la escuela			
37	Me preocupo por las cosas que pasaron			
38	Cuando tengo miedo, me siento mareado			
39	Me pongo nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo: leer en voz alta, hablar, jugar)			
40	Me pongo nervioso cuando voy a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay personas que no conozco			
41	Soy tímido			

ANEXO 3

INDICE DE INCAPACIDAD DEL ACNE (ACNE DISABILITY INDEX, ADI).

Instrucciones: Por favor responde honestamente las preguntas. Selecciona una respuesta para cada pregunta. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

1. Cómo resultado de tener acné, ¿durante el último mes has estado agresivo, frustrado o avergonzado?
 - a) Muchísimo
 - b) Mucho
 - c) Poco
 - d) Nada

2. Piensas que el acné, en el último mes, ha interferido en tu vida social diaria, en tus eventos sociales o en tus relaciones con personas del sexo opuesto?
 - a. Afecta severamente todas mis actividades
 - b. Afecta moderadamente la mayoría de mis actividades
 - c. Ocasionalmente o sólo en algunas de mis actividades
 - d. Nunca

3. Durante el último mes has evitado usar vestidores públicos o has evitado usar traje de baño a causa de tu acné?
 - a. Todo el tiempo
 - b. La mayoría del tiempo
 - c. Ocasionalmente
 - d. Nunca

4. Cómo describirías tus sentimientos por la apariencia de tu piel durante el último mes?
 - a. Muy deprimido y desdichado
 - b. Siempre preocupado
 - c. Ocasionalmente preocupado
 - d. No me molesta

5. Por favor indica que tan mal piensas que está ahora tu acné ahora:
 - a. Lo peor que podría estar
 - b. Como un problema mayor
 - c. Como un problema menor
 - d. No es problema

ANEXO 4

SISTEMA GLOBAL DE GRADUACIÓN DEL ACNE (GLOBAL ACNE GRADING SYSTEM, GAGS).

LOCALIZACIÓN	FACTOR X GRADO (0-4)*	= PUNTUACION LOCAL
I Frente	2	
II Mejilla derecha	2	
III Mejilla izquierda	2	
IV Nariz	1	
V Mentón	1	
VI Pecho y espalda	3	

Puntuación local = _____

0	Nada
1-18	Leve
19-30	Moderado
> 31	Severo

0= no lesiones; 1= uno o más comedones; 2= una o más pápulas; 3= una o más pústulas; 4= uno o más nódulos.

LA FIGURA INDICA LAS SEIS LOCALIZACIONES (I-VI) DEL SISTEMA GLOBAL DE GRADUACIÓN DEL ACNE

