



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO  
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES  
ADOLESCENTES CON ACNÉ JUVENIL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

P R E S E N T A

DRA. JUDITH AMEZCUA MARTÍNEZ

DIRECTOR

Dra. Adriana María Valencia Herrera

ASESORES

Dr. Arturo Soria Magaña

M. en C. Alejandra Hernández Roque



HOSPITAL INFANTIL de MÉXICO  
FEDERICO GÓMEZ  
Instituto Nacional de Salud

65 AÑOS DE EXCELENCIA EN PEDIATRÍA  
Salud para las Nuevas Generaciones

MÉXICO, D. F.

FEBRERO 2009



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.

## **INDICE**

Antecedentes _____	1
Marco teórico _____	5
Planteamiento del problema y justificación _____	9
Objetivos _____	10
Material y métodos _____	11
Variables _____	12
Resultados _____	13
Discusión y conclusiones _____	20
Bibliografía _____	22
Anexo 1 _____	24
Anexo 2 _____	26

## **ANTECEDENTES**

Se estima que al menos un 30% de los pacientes con patología cutánea presenta alteraciones psicológicas o psiquiátricas. La consideración de estos trastornos es esencial para el correcto tratamiento del enfermo, ya que se ha observado que son factores decisivos en la prevención de la progresión o de la recidiva y de las complicaciones. Las enfermedades dermatológicas, en las cuales la morbilidad psicológica y psiquiátrica es importante incluyen: psoriasis, acné, dermatitis atópica, urticaria y angioedema. Todas ellas tienen en común el hecho de que se exacerban en relación con el estrés psicológico y que pueden ser manifestaciones simultáneas en sujetos con patología psiquiátrica como depresión. El reconocimiento del paciente dermatológico con riesgo de presentar un trastorno psicológico o psiquiátrico es crucial.<sup>1</sup>

El estrés psicológico puede ser un factor de exacerbación en acné y, a la inversa, el acné grave puede ocasionar influencia psicológica desfavorable en algunos pacientes.<sup>2</sup> Pacientes con acné alto grado de estrés manifiestan niveles de ansiedad mayores si se los evalúa.<sup>3</sup> Sin embargo, no siempre existe una relación directa y se ha visto que algunos enfermos con acné leve tienen un nivel importante de estrés psicológico.<sup>4</sup>

La influencia psiquiátrica en el paciente con acné a menudo es muy importante y puede generar incapacidad. Se ha observado que el impacto psicosocial de esta patología es similar al de otros padecimientos crónicos tales como asma, epilepsia, diabetes y artritis.<sup>5</sup>

El estrés psicosocial y el impacto del acné sobre la calidad de vida del paciente son parámetros que deben considerarse para decidir el inicio de tratamientos agresivos, especialmente en pacientes con acné leve a moderado. La comorbilidad psiquiátrica en los pacientes con acné no está relacionada en forma consistente con la gravedad de la

patología cutánea, lo cual dificulta en gran medida evaluar la discapacidad psicosocial y la calidad de vida de estos pacientes.<sup>4</sup>

Al contrario de lo que se observa en psoriasis, algunos estudios transversales no encontraron una correlación directa entre la gravedad clínica del acné y la gravedad de los síntomas depresivos. Se constató que aproximadamente 5.6% de los pacientes con acné tienen ideas suicidas, cifra semejante a la de enfermos con psoriasis grave.<sup>6</sup> El acné afecta esencialmente a adolescentes y adultos jóvenes, un grupo que también es más vulnerable a la aparición de depresión y comportamiento suicida independientemente de la presencia o no de acné.<sup>1</sup>

La ansiedad y la ira son aspectos importantes en el paciente con acné.<sup>3</sup> En algunos enfermos con acné crónico, parte de la morbilidad psiquiátrica persiste al final del tratamiento, probablemente como consecuencia del efecto adverso que ejerce la patología cutánea durante etapas cruciales del desarrollo del individuo.<sup>7,8</sup> Este hecho pone de manifiesto la importancia de tratar el acné en el momento adecuado. La presencia de depresión clínica en pacientes con acné puede complicar el empleo de algunos fármacos como la isotretinoína, que se ha asociado en forma esporádica con depresión y otros trastornos psiquiátricos.<sup>8</sup> Cuando se encuentran síntomas depresivos en un paciente con acné en tratamiento con isotretinoína se debe obtener una historia clínica detallada con el fin de precisar si el inicio o la exacerbación de los síntomas tienen relación o no con el uso del medicamento.

El acné tiene un impacto mayor sobre la imagen corporal y se le ha asociado a trastornos de la alimentación, incluso anorexia nervosa y bulimia nervosa.<sup>9</sup> Algunas mujeres con acné y trastorno de imagen corporal pueden excoriar sus lesiones de acné o presentar un grado excesivo de preocupación aun con acnés leves. Algunas de estas pacientes tienen

trastorno dismórfico corporal o dismorfofobia. En este último caso, la preocupación exagerada por algún aspecto corporal genera una alteración sustancial en el funcionamiento social y ocupacional.<sup>10</sup>

Se estima que el 2% de los pacientes con afecciones cutáneas tienen excoriaciones de causa psicogénica y en algunos casos, acné con excoriaciones, que puede ser una manifestación de trastorno obsesivo compulsivo. La excoriación de las lesiones de acné incrementa el riesgo de cicatrices, que a su vez aumentan la morbilidad dermatológica y psiquiátrica.<sup>11</sup>

Existen diferentes tipos de entrevistas para la detección de patología psiquiátrica. En México, el Dr. Caraveo desarrolló y validó el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD), el cual incluye los criterios diagnósticos internacionales del Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales DSM-IV.<sup>12</sup>

Dicho cuestionario tiene las características de ser una entrevista corta, simple, clara y fácil de aplicar. El cuestionario tiene sensibilidad del 87%, especificidad del 98%, valor predictivo positivo del 90%, valor predictivo negativo del 97% y tasa de clasificación errónea del 3.7%.

El nuevo instrumento fue aplicado en un estudio entre la población general de la Ciudad de México y en una muestra de 136 niños y adolescentes atendidos en la consulta general de un Centro de Salud. De acuerdo a la puntuación global, el 48.6% (n=820) de la población de niños y adolescentes en la ciudad de México resultó asintomático; el 17% se reportó con la presencia de un solo síntoma, y en el 16% se reportaron 4 o más síntomas.<sup>12,13,14</sup>

Estos resultados indicaron que el instrumento tiene una consistencia interna adecuada y que puede emplearse como una escala, sobre todo para estudios epidemiológicos.

Permite identificar los siguientes síndromes:<sup>13</sup>

Déficit de atención con hiperactividad e impulsividad	ADHDT (4 subgrupos)
Ansiedad generalizada	ANGER2
Ansiedad con predominio de inhibición (2 subgrupos)	ANIHBT
Trastorno específico del lenguaje	ELD
Enuresis (con otros síntomas pero sin otro síndrome)	ENUSR
Epilepsia y probable epilepsia	EPILE
Explosividad probablemente con daño orgánico	EXPLOO
Explosividad probablemente caracterológica	EXPLOP
Depresión (4 subgrupos)	IDEPTR
Trastorno por conducta oposicionista	ODDR
Trastorno de conducta (2 subgrupos)	TCOND, MR
Trastorno de alimentación con bajo peso	ALIBAE
Trastorno de alimentación con sobrepeso	ALISOE

## MARCO TEÓRICO

El acné juvenil es una inflamación crónica de la unidad pilosebácea producida por retención de sebo. Aparece en la pubertad en personas con piel seborreica; predomina en cara y en tórax. El acné juvenil es una enfermedad común que llega a afectar del 85 al 100% de la población adolescente en algún momento de la vida.<sup>15</sup> En la población general llega a presentarse en el 54% de las mujeres y 40% de los hombres. En el grupo de adolescentes afecta a los pacientes masculinos en un 91% y 79% al sexo femenino, en los adultos afecta al 3% de hombres y 12% de mujeres; también se puede presentar en la población pediátrica entre los 4 y 7 años de edad, existiendo una forma especial transitoria en la etapa neonatal.<sup>16</sup>

Se caracteriza por las siguientes lesiones: comedones, pápulas, pústulas, quistes, abscesos, y en las formas más severas, úlceras, costras sanguíneas y cicatrices diversas. Su topografía habitual es donde abundan las glándulas sebáceas seborreicas primordialmente en la cara, pecho y espalda.<sup>15</sup>

Dentro de los factores principalmente involucrados en la etiopatogenia del acné encontramos los genéticos, hormonales, infecciosos, inflamatorios, defectos en la queratinización e incluso inmunológicos. Decimos que el acné es multifactorial refiriéndonos a que estos elementos generalmente se encuentran asociados, frecuentemente alguno de estos factores es predominante; por otro lado, hay ocasiones en que encontramos causas desencadenantes o que empeoran el curso del padecimiento como pueden ser los cosméticos principalmente cremas grasosas, mascarillas etc. Algunos medicamentos pueden empeorar o disparar brotes de acné y de éstos, las vitaminas son los más frecuente sobre todo del complejo B, específicamente la

cianocobalamina; los corticoides tópicos o sistémicos; sin embargo, estos casos ya no entran estrictamente dentro de la clasificación del acné vulgar o juvenil. Existen varios factores que intervienen en la patogenia de la enfermedad y que actúan como mecanismo directos en la inflamación y en las alteraciones inmunológicas. Entre ellos se encuentran:<sup>17</sup>

1. Diferenciación epitelial folicular. Este proceso patológico inicia con una alteración en el patrón de queratinización a nivel del tercio superior de la unidad pilosebácea, seguido por un aumento en el recambio celular, que provoca la acumulación de detritus celulares en la luz del orificio, produciéndose así el comedón, que ocasiona a su vez un aumento en el diámetro folicular pilosebáceo. Paralelamente se agregan distintas bacterias y grasas que son determinantes en el proceso inflamatorio, que se presenta al producirse la ruptura del folículo sebáceo.

2. Lipogénesis. El sebo humano está constituido por: triglicéridos, ésteres de cera, escualeno y esteroides. Los esteroides de esterol tienen también un papel importante ya que son excelentes nutrientes de la microflora folicular. Los ácidos grasos libres actúan conjuntamente con el aumento de la queratinización como factores de inflamación que conllevan a la creación de lesiones inflamatorias.

3. Factor microbiológico. El acné no es un padecimiento infeccioso, más del 30% de las pústulas son asépticas. Existen a nivel del folículo difteroides anaeróbicos como el *Propionibacterium acnes* que es el mayormente involucrado, con una serie de exoenzimas-lipasas que hidrolizan los triglicéridos produciendo ácidos grasos libres, que son comedogénicos y que juegan un papel importante en la reacción inflamatoria. El *P. acnes* produce un factor quimiotáctico de polimorfonucleares, los cuales son determinantes en la fase inicial de la reacción inflamatoria y activan también la vía alterna

del complemento. Estas bacterias son anaerobias por lo que su tratamiento con antibióticos es problemático aunado al problema de la resistencia bacteriana que se ha señalado por los europeos y norteamericanos, sin embargo en nuestro medio latinoamericano no tenemos aún evidencia de esto. Otras bacterias involucradas en la etiopatogenia del acné son: *Staphylococcus epidermidis*, *Propionibacterium acnes*, *Propionibacterium granulosum* y *Propionibacterium ovidium*. Estas bacterias en general hidrolizan los triglicéridos a ácidos grasos libres mediante la acción de las lipasas y proteasas, lo que repercute en un estado altamente irritativo seguido del aumento de la queratinización folicular y degradación de queratina.

4. Factor hormonal. Se sabe que los andrógenos hormonales: testosterona, dihidroepiandrosterona –DHA y dihidrotestosterona - DHT-, estimulan la producción de grasas a nivel de la glándula sebácea. En el acné hay un aumento de la DHT debido a la acción estimuladora de la 5 alfa-reductasa que, en otras patologías, puede actuar también inhibiendo la producción de grasa.

5. Factores inflamatorios. En la patogénesis de la inflamación de las lesiones de acné intervienen dos factores principales que actúan en forma conjunta, éstos son: la alteración de la queratinización que condiciona obstrucción; la irritación de los ácidos grasos libres que junto con las bacterias determinan el proceso inflamatorio, que desencadenan primero la acumulación de neutrófilos en la pared folicular y segundo una infiltración variada de linfocitos y monocitos.

6. Factores inmunológicos. Se manifiesta por el aumento de anticuerpos y el incremento de la respuesta humoral hacia antígenos del *P. acnes*, además existe una relación directa entre severidad del acné y los títulos de anticuerpos contra el *P. acnes*.

El acné se clasifica de acuerdo a su severidad en: leve (< 20 comedones, < 15 lesiones inflamatorias, < 30 lesiones totales), moderado (20 - 100 comedones, 15 - 50 lesiones inflamatorias, 30 a 125 lesiones totales), grave (> 5 quistes, > 100 comedones, > 50 lesiones inflamatorias, 125 lesiones).<sup>18</sup>

Lo anterior es de gran importancia ya que clasificar al paciente según la severidad del acné nos permite ofrecer el tratamiento más indicado al paciente.<sup>19</sup>

#### Acné leve:

- Lavado 2 veces al día con jabón anticomedónico.
- Queratolíticos en loción (ácido salicílico al 3-5% en loción hidroalcohólica; ácido retinoico al 0.025%, 0.05%; adapaleno 0.1%).
- Antibiótico tópicos. Eritromicina, clindamicina, peróxido de benzoilo. Solos o combinados.

#### Acné moderado:

- Igual al anterior y además:
- Antibióticos por vía oral (tetraciclina, minociclina, limeciclina, trimetoprim-sulfametoxazol, clindamicina).
- Queratolíticos y antisépticos tópicos (ácido retinoico del 0.050% al 0.1%, peróxido de benzoilo al 5-10%).

#### Acné severo:

- Igual que los anteriores y además:

- Isotretionina, 0.5-1mg/kg/día hasta una dosis máxima acumulada de entre 120-150 mg/kg.
- Corticoesteroides intralesionales (cicatrices).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN**

En la literatura mundial está reportado que el 50% de los adolescentes con acné sufre ansiedad, entre el 18 y el 44% depresión y aproximadamente un 10% presenta una secuela psicológica crónica. El 5.6% de los pacientes con acné presenta ideación suicida.

20

No existen estudios que describan la prevalencia de psicopatología asociada a acné en población adolescente en nuestro país.

El tratamiento integral del paciente con acné debe incluir la detección temprana de psicopatología asociada con el fin de canalizarlo de manera oportuna en caso de que se requiera al servicio de Psicología o Psiquiatría.

El CBTD es un instrumento validado para la detección de psicopatología en niños y adolescentes, tiene una alta sensibilidad y especificidad por lo que es la herramienta mediante la cual se evaluaron a los pacientes de este estudio.<sup>14</sup>

La aplicación del CBTD en pacientes adolescentes con acné nos permitirá diagnosticar patología psicológica asociada, que en ocasiones pasa desapercibida en una consulta dermatológica.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo general:

- Describir la psicopatología más frecuente en pacientes adolescentes con acné juvenil.

### Objetivos específicos:

- Describir cuál es la psicopatología más frecuente en el acné juvenil leve.
- Describir cuál es la psicopatología más frecuente en el acné juvenil moderado.
- Describir cuál es la psicopatología más frecuente en el acné juvenil grave.
- Describir las características demográficas de la población evaluada.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Diseño del estudio: transversal, descriptivo.

Población: pacientes adolescentes entre 11 y 18 años atendidos en la consulta externa de Dermatología del HIM entre enero y junio de 2008 con diagnóstico de acné juvenil.

Criterios de inclusión:

- Aceptación para participar en el estudio.
- Pacientes entre 11 y 18 años.
- Femeninos y masculinos.
- Con diagnóstico de acné juvenil.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con enfermedad subyacente.

Se realizó un muestreo de casos consecutivos durante el período comprendido entre enero y junio de 2008. Se invitó a participar en el estudio y se firmó hoja de consentimiento informado. Se clasificó al paciente en acné leve, moderado y severo de acuerdo a la clasificación de la Academia Americana de Dermatología.<sup>18</sup> Se aplicó el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico de Problemas de Salud Mental en Niños y Adolescentes.

Todos los datos fueron capturados en el paquete estadístico SPSS versión 16. Se realizó un análisis de medidas de frecuencia, tendencia central y  $\chi^2$ .

## VARIABLES

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Edad del paciente, se expresará en años.	Cuantitativa continua
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, los animales y las plantas.	Se registrará como sexo femenino o masculino.	Nominal dicotómica
Tratamiento	Conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.	Se interrogará si el paciente ha recibido algún tratamiento para el acné y se expresará como SI ó NO.	Nominal dicotómica
Acné	Inflamación crónica de la unidad pilosebácea producida por retención de sebo.	Se clasificará como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve (&lt; 20 comedones, &lt; 15 lesiones inflamatorias, &lt; 30 lesiones totales).</li> <li>• Moderado (20 - 100 comedones, 15 - 50 lesiones inflamatorias, 30 a 125 lesiones totales).</li> <li>• Grave (&gt; 5 quistes, &gt; 100 comedones, &gt; 50 lesiones inflamatorias, 125 lesiones).<sup>18</sup></li> </ul>	Cualitativa ordinal
Psicopatología	Cambios en el comportamiento que no son explicados ni por la maduración o desarrollo del individuo ni como resultado de procesos de aprendizaje, también entendidos como enfermedades o trastornos mentales.	Se aplicará el CBTD que detecta las siguientes patologías: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de atención con hiperactividad e impulsividad.</li> <li>• Ansiedad generalizada.</li> <li>• Ansiedad con predominio de inhibición.</li> <li>• Trastorno específico del lenguaje.</li> <li>• Enuresis.</li> <li>• Epilepsia y probable epilepsia.</li> <li>• Explosividad probablemente con daño orgánico.</li> <li>• Explosividad probablemente caracterológica.</li> <li>• Depresión.</li> <li>• Trastorno por conducta oposicionista.</li> <li>• Trastorno de conducta.</li> <li>• Trastorno de alimentación con bajo peso.</li> <li>• Trastorno de alimentación con sobrepeso.</li> </ul>	Cualitativa nominal

## **RESULTADOS**

Se aplicó el cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes (CBTD) a un total de 151 pacientes con acné juvenil con una mediana de edad de 16 años (mínimo 11 años y máximo 18 años). Todos los pacientes provenientes del Distrito Federal y Estado de México. Ochenta y seis pacientes (57%) correspondieron al sexo masculino y 65 pacientes (43%) fueron femeninos. (Gráfica 1)

Se clasificó a los pacientes en tres grupos de acuerdo a la severidad del acné, correspondiendo 100 pacientes (66.2%) al grupo de acné leve, 42 pacientes (27.8%) al grupo de acné moderado y 9 pacientes (6%) al grupo de acné severo. (Gráfica 2)

El tiempo de evolución del acné osciló entre 1 mes y 84 meses con una mediana de 24 meses de evolución. Asimismo, se interrogó sobre la presencia o ausencia de tratamiento previo de cualquier tipo encontrando que un 84.1% (127 pacientes) no había recibido tratamiento y un 15.9% (24 pacientes) había recibido algún tratamiento.

Del total de pacientes entrevistados (n=151) el 60.3% (91 pacientes) presentaron al menos una de las psicopatologías detectadas por el instrumento, mientras que el 39.7% (60 pacientes) no presentó ninguna. (Gráfica 3)

Al clasificarlos de acuerdo a la edad, encontramos que la mayor cantidad de psicopatología se presentó en los pacientes de 16 y 17 años. (Gráfica 4)

Al clasificarlos de acuerdo a su relación con la severidad del acné, encontramos que de los 91 afectados con psicopatología, 62 pacientes (68.1%) correspondieron a acné leve, 23 pacientes (25.2%) correspondieron a acné moderado y 6 pacientes (6.5%) correspondieron a acné severo.

De los 91 pacientes con psicopatología el 9.8% tuvo un solo trastorno, el 37.3% presentó 2 trastornos y el 52.7% presentaron 3 ó más trastornos simultáneos. (Tabla 1)

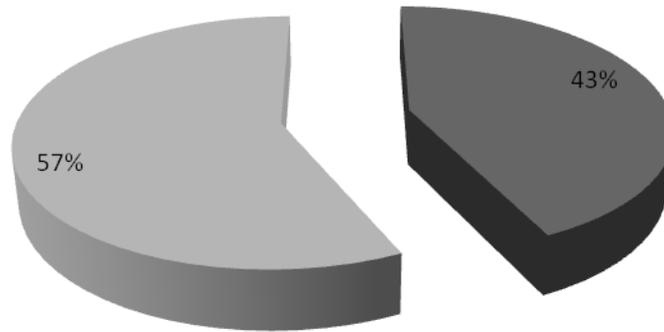
De los 91 pacientes que presentaron psicopatología el trastorno más frecuente fue el de impulsividad que corresponde al 82% (75 pacientes), en segundo lugar el trastorno de hiperactividad en un 75.8% (69 pacientes). Les siguen el trastorno por déficit de atención y el trastorno depresivo en un 57 y 56% respectivamente.

De acuerdo a la clasificación por severidad del acné en los pacientes, en el grupo con acné leve la psicopatologías más frecuentes fueron impulsividad e hiperactividad encontradas ambas en 50 pacientes (54.9%), en el grupo con acné moderado la psicopatología más frecuente fue impulsividad en 21 pacientes (23%) y en el grupo con acné severo impulsividad, déficit de atención y trastorno depresivo total todos en 4 pacientes (4.3%). (Tabla 2)

Gráfica 1.

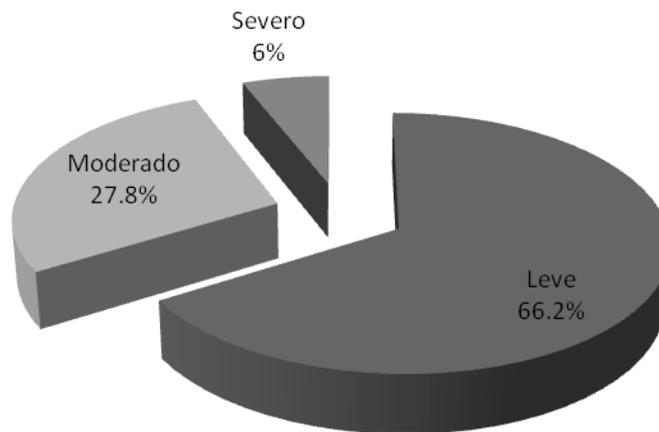
### Distribución por sexo en pacientes adolescentes con acné juvenil

■ Femenino ■ Masculino



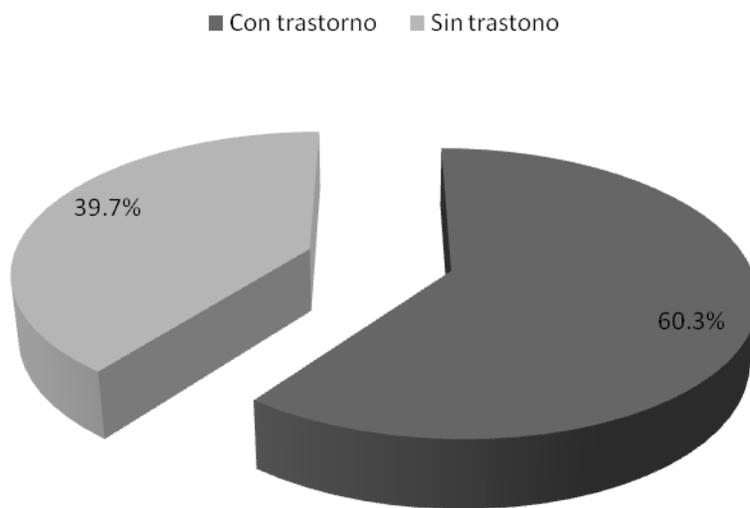
Gráfica 2.

### Severidad del acné



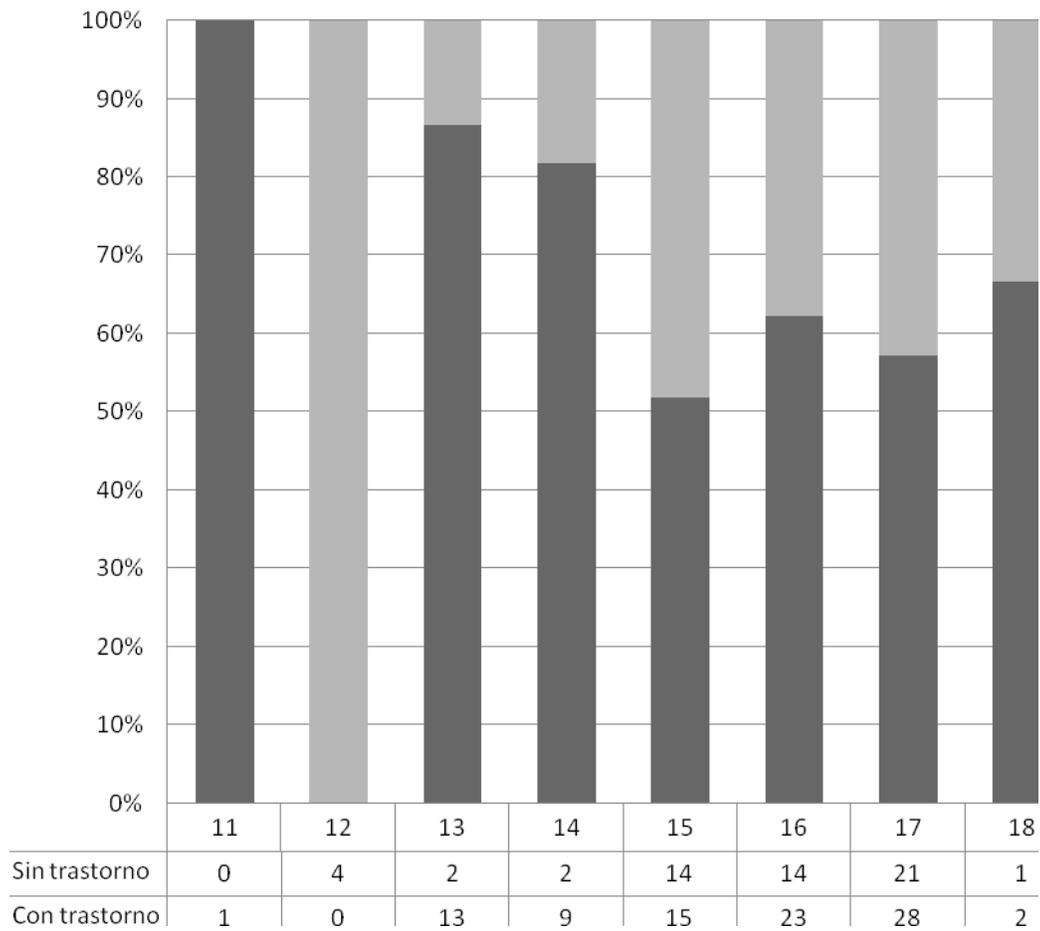
**Gráfica 3.**

### Psicopatología en pacientes con acné



**Gráfica 4.**

### Correlación de pacientes con y sin psicopatología por edad



**Tabla 1.** Número de psicopatologías presentadas por paciente de acuerdo a la severidad.

No. de trastornos presentados por paciente	SEVERIDAD DEL ACNE			Total
	LEVE	MODERADO	SEVERO	
1	8	1	0	9
2	20	11	3	34
3	4	5	2	11
4	17	2	1	20
5	9	2	0	11
6	2	0	0	2
7	2	0	0	2
8	0	2	0	2
Total	62	23	6	91

**Tabla 2.**

<b>PSICOPATOLOGÍA</b>	<b>ACNÉ LEVE</b>	<b>ACNÉ MODERADO</b>	<b>ACNÉ SEVERO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>p</b>
<b>Impulsividad (IMPUL)</b>	50	21	4	75	0.94
<b>Hiperactividad (HYPER)</b>	50	17	2	69	0.20
<b>Déficit de atención (ATDEF)</b>	35	13	4	52	0.72
<b>Trastorno de conducta opositorista (ODDR)</b>	25	7	3	35	0.19
<b>Trastorno depresivo total (IDEPTR)</b>	37	10	4	51	0.24
<b>Trastorno de ansiedad con inhibición (ANIHBT)</b>	18	9	2	29	0.86
<b>Trastorno de ansiedad generalizada (ANGER2)</b>	33	12	2	47	0.73
<b>Trastorno de alimentación con bajo peso (ALIBAE)</b>	4	1	0	5	0.75
<b>Trastorno de alimentación con sobrepeso (ALISOE)</b>	13	3	0	16	0.52
<b>Epilepsia y probable epilepsia (EPILE)</b>	18	5	0	23	0.27
<b>Explosividad probablemente con daño orgánico (EPLOO)</b>	15	3	1	19	0.43
<b>Explosividad probablemente caracterológica (EXPLOP)</b>	17	9	1	27	0.70

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

En cuanto a los aspectos generales de nuestra población de estudio (n=151) encontramos que en su mayoría los afectados fueron pacientes del sexo masculino (57%) lo cual es similar a lo reportado en la literatura nacional e internacional.<sup>16</sup>

Encontramos que un 60.3% de los pacientes (n=151) entrevistados presentó algún tipo de psicopatología, lo cual coincide con lo publicado en la literatura, en que se menciona que cerca del 50% de los pacientes con acné juvenil tienen alguna psicopatología asociada. La presencia de psicopatología en un 60.3% de nuestra población estudiada sobrepasa en forma importante el porcentaje de psicopatología encontrado en población general en un estudio del Dr. Caraveo en México en el que encontró que aproximadamente el 5% de la población adolescente presentaba algún tipo de psicopatología detectable al aplicar su cuestionario.<sup>13</sup> Los resultados obtenidos al clasificar al paciente de acuerdo a la severidad del acné mostraron que un 68.1% correspondieron a acné leve, 25.2% a acné moderado y 6.5% a acné severo; los resultados no fueron estadísticamente significativos ya que ninguno de los datos obtenidos presentó una p menor de 0.05.

Si comparamos la proporción de pacientes afectados en cada grupo, encontramos que el 62% de los pacientes evaluados con acné leve tuvieron algún tipo de psicopatología, el 54% en el grupo de acné moderado y el 66% en el grupo de acné severo, sin existir diferencia estadísticamente significativa entre estos grupos. Lo anterior coincide con la literatura internacional en la que se menciona que no existe una correlación directa entre la severidad del acné y la presencia o no de psicopatología.<sup>4</sup> Es importante considerar

que la evaluación de un mayor número de pacientes en estudios posteriores, permitirá corroborar la premisa anterior.

Los trastornos más frecuentemente relacionados con el acné han sido depresión, ira y ansiedad, mientras que los que nosotros identificamos como los más frecuentes fueron impulsividad en primer lugar, en segundo lugar el trastorno de hiperactividad seguidos por el trastorno por déficit de atención y el trastorno depresivo.

El hallazgo de alguna psicopatología en el 60.3% de los pacientes evaluados (n=151) debe llamar nuestra atención, para que dentro del manejo integral del adolescente con acné se considere la evaluación psiquiátrica para la detección oportuna de trastornos de esta índole y la implementación de manejo concomitante al de la patología cutánea. Consideramos que el CBTD es un instrumento práctico que se puede utilizar en la práctica diaria de la Dermatología Pediátrica ya que nos permite detectar patología psiquiátrica asociada.

En este estudio no se realizaron procedimientos invasivos en los que se pusiera en riesgo la integridad de paciente, toda la información fue manejada en forma personal y confidencial. Los pacientes detectados con psicopatología fueron canalizados para atención psicológica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4 (12): 833-842.
2. Layton M. Optimal management of acne to prevent scarring and psychological sequelae. *Am J Clin Dermatol* 2001; 2: 135-141.
3. Wu SF, Kinder BN, Trunnell TN. Role of anxiety and anger in acne patients: a relationship with severity of the disorder. *J Am Acad Dermatol* 1988; 18: 325-33.
4. Gupta MA, Gupta AK. The psychological comorbidity in acne. *Clin Dermatol* 2001; 19: 360-3.
5. Mallon E, Newton JN, Klassen A. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol* 1999; 140: 672-6.
6. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998; 139 (5): 846-850.
7. Layton AM, Seukeran D, Cunliffe WJ. Scarred for life? *Dermatology* 1997; 195 Suppl 1: 15-21.
8. Kellet SC, Grawkrodger DJ. The psychological impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. *Br J Dermatol* 1999; 140: 273-282.

9. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. Dermatological complications. *Eur Eating Disorders Rev* 2000; 8 (2): 134-43.
10. Bowe WP, Leyden JJ, Crerand CE. Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: 222-30.
11. Arnold M, Lichtenstein LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation: clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 2001; 15: 351-9.
12. Caraveo A. J. et al. Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico de Problemas de Salud Mental en Niños y Adolescentes: Confiabilidad, Estandarización y Validez de Construcción. Primera Parte. *Salud Mental* 2006; 29: 65-72.
13. Caraveo A. J. et al. Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico de Problemas de Salud Mental en Niños y Adolescentes: Algoritmos para Síndromes y su Prevalencia en la Ciudad de México. Segunda Parte. *Salud Mental* 2007; 30: 48-55.
14. Caraveo A. J. et al. Síntomas, Percepción y Demanda de Atención en Salud Mental en Niños y Adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* 2002; 44: 445-451.
15. Hanna S, Sharma J, Klotz J. Acne vulgaris: More than skin deep. *Dermatol Online J* 2006; 9(3): 1-8.
16. Gómez M, Vidaurri LM. Importancia epidemiológica del acné. Resultados preliminares de un estudio epidemiológico de las principales dermatosis. *Dermatol Rev Mex* 2003; 47: 95-97.
17. Galanick HP, Zouboulis CC. Pathogenesis and pathogenesis related treatment of acne. *J Dermatol* 1991; 18: 489-499.

18. Lehmann HP. Acne therapy: a methodologic review. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47(2): 231-40.
19. Strauss JS, Krowchuk DP, Leyden JJ. Guidelines of care for acne vulgaris management. *J Am Acad Dermatol* 2007;56:651-63.
20. Fried RG. Psychological problems in the acne patient. *Dermatol Ther* 2006; 19: 237-240.

Anexo 1.

Registro: \_\_\_\_\_

**1. NOMBRE DE LA INSTITUCION DONDE SE APLICA EL CUESTIONARIO:**

Hospital Infantil de México Federico Gómez

**NOMBRE:**

**EDAD:**

**SEXO:**

**SEVERIDAD:**

**TIEMPO DE EVOLUCION:**

**LUGAR DE RESIDENCIA:**

**TRATAMIENTO (SI/NO):**

Por favor dígame si en los últimos 12 meses, su hijo(a) se ha comportado frecuentemente así o no, y/o si hace mas de un año que se comporta de esa manera.

No. Hijo: _____	Últimos 12 meses	Mas de un año	Edad inicio	Nunca ha presentado la conducta
Q6. ¿Su lenguaje es anormal (retardado, incomprensible, tartamudo)?				
Q7. ¿Tiene problemas para dormir?				
Q8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?				
Q9. ¿Se fuga de la casa?				
Q10. ¿Roba dinero o cosas de la casa o fuera del hogar?				
Q11. ¿Es muy nervioso(a) o miedoso (a) sin haber una buena razón?				
Q12. ¿Es lento(a) para aprender en comparación con otros niños / jóvenes?				
Q13. ¿Se aísla y casi nunca juega con otros(as) niños(as)?				
Q14. ¿Se orina en la cama en la noche?				
Q15. ¿Es demasiado dependiente o apegado a los adultos?				
Q16. ¿Le da miedo ir a la escuela?				
Q17. ¿No se puede estar quieto(a) en su asiento y siempre se está moviendo?				
Q18. ¿No termina lo que empieza, es muy distraído(a)?				

Q19. ¿Muchas veces esta de mal humor; es irritable y genioso(a)?				
Q20. ¿Muchas veces se le ve triste, infeliz o deprimido(a)?				
Q21. ¿Se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico?				
Q22. ¿Tiene pesadillas con frecuencia?				
Q23. ¿Tiene bajo peso porque rechaza la comida?				
Q24. ¿Come demasiado y tiene sobrepeso?				
Q25. ¿Es muy desobediente y peleonero(a)?				
Q26. ¿Dice muchas mentiras?				
Q27. ¿Se niega a trabajar en la escuela?				
Q28. ¿Es muy explosivo(a), pierde el control con facilidad?				
Q29. ¿Ha padecido de ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón?				
Q30. ¿Se queda mirando al vacío, se queda en Babia?				
Q31. ¿Se junta con niños / muchachos(as) que se meten en problemas?				
Q32. ¿Toma alcohol o usa drogas?				

Q34. Anteriormente mencionó que su hijo(a), tiene alguna de las conductas que revisamos. ¿Considera que se le debería proveer de servicio de salud mental para ayudarlo(a)?

1. Si                      5. No

Q35 ¿El(ella) ha sido llevado a consulta con el médico, psicólogo, psiquiatra, sacerdote, espiritista, u otro profesional para ayudarlo?

1. Si                      5. No

Q35a. ¿Con quiénes?

- 1.- Médico general/ Médico familiar.
- 2.- Psiquiatra.
- 3.- Psicólogo.
- 4.- Consejero.
- 5.- Cardiólogo/ Ginecólogo/ Internista.
- 6.- Hierbero.
- 7.- Curandero.
- 8.- Espiritista.
- 9.- Trabajador social.
- 10.- Quiropráctico.
- 11.- Sacerdote.
- 12.- Otro profesional. Especifique:\_\_\_\_\_.

Anexo 2.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ  
DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA PEDIATRICA**

México D.F. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2008

Por medio de la presente yo (Nombre del padre o tutor) \_\_\_\_\_  
autorizo que mi hijo (a) \_\_\_\_\_ participe en el protocolo de  
investigación titulado: "PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES ADOLESCENTES CON ACNE  
JUVENIL".

Se me ha informado que el objetivo del estudio es conocer si existe algún trastorno psiquiátrico en  
mi hijo asociado con su problema de la piel. También se me informo que toda la información  
obtenida será confidencial y que en caso de encontrarse algún trastorno psiquiátrico o psicológico  
será canalizado al servicio de Salud Mental, donde recibirá la atención y manejo requeridos.  
Entiendo que conservo el derecho de retirar a mi hijo del estudio en el momento que yo lo decida,  
sin que esto afecte la atención médica que recibe en este hospital.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de un testigo

Nombre y firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Dra. Judith Amezcua Martínez (C. P. 4132646)

---