



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL TRATAMIENTO DEL
ACNÉ DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

TESIS DE LICENCIATURA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N :

VIOLETA RIVERA SANTA RITA

ALEJANDRO ROSAS GUTIÉRREZ

ASESOR DE TESIS:

MTRA. ROCÍO TRON ÁLVAREZ



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.

GRACIAS....

A mis padres por ser lucha y apoyo constantes desde mis primeros pasos hasta la culminación de este proyecto en común.

A mi hermana por ser mi compañera de vida y ejemplo de empeño y dedicación.

A mi abuela Maty por ser, sin duda, mi segunda madre.

A mis primos y tíos por enriquecer mi vida con su cariño y compañía.

A Antonio Prieto por haberme impulsado a incorporarme a la UNAM y haber sido guía fundamental en mi camino.

A la familia Rivera quienes con cariño me han extendido su mano como a un miembro más.

A Viole quien desde que nos conocimos ha sumado a mi vida alegría para seguir adelante.

A Dios por hacerme a diario una invitación a vivir.

Con cariño Ale

Gracias...

A los abuelos Anacleto y Ramona
por haberme dado como regalo
al mejor papá del mundo.

A mi abuelo Gilberto por ser
mi ángel de la guarda.

A mi abue Clemen por alentarme
a lograr mis objetivos.

A papá por su entrega, alegría,
dinamismo, confianza,
apoyo y cariño.

A mamá por ser mi mejor amiga,
mi guía, por su amor,
confianza y sonrisa.

A Tita, mi hermano, por enseñarme a
disfrutar cada momento al máximo
y por compartir también
la sangre azul y oro.

A Ale por ser compañero fiel en este viaje,
por su cariño y amistad, por hacer que
esta etapa de vida sea plena y feliz.

A mi tía Manola por sus tantas enseñanzas
en la medicina, pero sobre todo por
recordarme día a día lo valioso
que es vivir.

A Armin y Lore por ser ejemplo de lucha,
fortaleza y valentía, por ser mis
hermanas en esta vida.

A mis primos, tíos y amigos por su apoyo
y cariño, por compartir conmigo los
momentos más importantes
de la vida.

Con cariño, Viole.

ÍNDICE

RESUMEN	2
----------------------	---

INTRODUCCIÓN	3
---------------------------	---

CAPÍTULO I. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1 Psicología de la salud: definiciones y desarrollo	7
1.1.1 Psicología de la salud en México y América Latina	
1.1.2 Perspectiva actual y lineamientos a futuro	
1.2 Conceptos básicos relacionados con la psicología de la salud	14
1.3 El psicólogo de la salud y el trabajo multidisciplinario	18
1.3.1 Funciones, objetivos y campos de acción del psicólogo de la salud	
1.3.2 Áreas relacionadas con la psicología de la salud	
1.4 Modelos de atención en salud	22
1.4.1 El dualismo cuerpo-mente	
1.4.2 El modelo biomédico	
1.4.3 El modelo biopsicosocial	
1.5 Relación entre la psicología de la salud y las enfermedades crónicas	25

CAPÍTULO II. ACNÉ: UNA REVISIÓN DESDE LA MEDICINA ALÓPATA

2.1 La Piel: función y componentes	27
2.2 Definición del acné	28
2.2.1 El acné como enfermedad dermatológica	
2.2.2 El acné como enfermedad psicosomática	
2.3 Impacto epidemiológico, evolución clínica y algunos datos del acné	30
2.3.1 Incidencia y prevalencia	
2.3.2 Historia natural de la enfermedad	

2.3.3	Prevencción, complicaciones y pronóstico	
2.4	Etiología y patogenia de la enfermedad	33
2.4.1	Factores de predisposición	
2.4.2	Factores fisiopatológicos	
2.4.3	Factores desencadenantes	
2.4.3.1	Factores ambientales	
2.4.3.2	Factores emocionales	
2.4.3.3	Factores alimenticios	
2.5	Formas clínicas del acné	38
2.5.1	Tipos de lesiones y cicatrices ocasionadas por el acné	
2.5.2	Clasificaciones del acné	
2.6	Manifestaciones clínicas de la enfermedad, evaluación y diagnóstico	43
2.6.1	Evaluación del acné	
2.6.1.1	Historia clínica: interrogatorio y exploración física	
2.6.1.2	Estudios de gabinete, hallazgos de laboratorio y pruebas	
2.6.1.3	Diagnóstico y diagnóstico diferencial	
2.7	Tratamiento del acné	46
2.7.1	Tratamiento farmacológico	
2.7.1.1	Tratamientos tópicos	
2.7.1.2	Tratamientos orales	
2.7.1.2.1	Antibióticos	
2.7.1.2.2	Hormonas	
2.7.1.2.3	Retinoides	
2.7.2	Tratamientos quirúrgicos	
2.7.3	Tratamiento higiénico-dietético	
2.7.4	Otros tratamientos de la enfermedad	

CAPÍTULO III. CONSIDERACIONES PARA LA INTERVENCIÓN DEL ACNÉ DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

3.1	Aspectos psicológicos del acné	54
3.1.1	Trastornos relacionados con el acné	
3.1.2	El estrés como factor exacerbante de la enfermedad	

3.2 Intervención biopsicosocial en el acné	59
3.2.1 Intervención individual	
3.2.1.1 Evaluación en psicología de la salud	
3.2.1.1.1 Objetivos a evaluar en el paciente	
3.2.1.1.2 Objetivos ambientales	
3.2.1.2 Tratamiento integral del acné	
3.2.1.2.1 Técnicas empleadas actualmente	
3.2.2 Intervención social	
CONCLUSIONES	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

RESUMEN

La psicología de la salud es una disciplina que ha transformado paradigmas respecto a la atención en salud, dando igual valor a los avances médicos como a los psicosociales. Al entender a la salud como algo a desarrollar más que algo a conservar, la psicología de la salud propone conceptos como calidad de vida, hábitos saludables, conductas de riesgo, pero sobre todo prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Esto último recobra importancia si se tiene en cuenta que en los últimos tiempos ha habido un cambio en la prevalencia del tipo de enfermedades de infecto-contagiosas a crónico-degenerativas, estas últimas asociadas a hábitos y conductas específicas y que son precisamente tema de interés para la psicología. Así, en la línea de la prevención consideramos de interés enfocar no sólo enfermedades importantes que ya se han venido atendiendo, como la hipertensión, el cáncer y la diabetes, sino que en ese mismo sentido creemos trascendente atender esas pequeñas dolencias, que desde nuestro punto de vista, anteceden a esos grandes males. Es un hecho que existen ya pautas para atender dolencias como el dolor de cabeza, el síndrome pre-menstrual y enfermedades crónicas de la piel como la dermatitis, la psoriasis y, en este caso, el acné. Esta enfermedad se manifiesta por la aparición de pápulas, pústulas y comedones, mejor conocidos como “granos” o “barritos”. Para la medicina alópata se trata de una enfermedad en cuya etiología confluyen cuatro factores concomitantes: aumento de la secreción de sebo, hiperqueratinización del folículo sebáceo, colonización de bacterias e inflamación; por lo que el tratamiento va dirigido a la atención de estos cuatro componentes. Sin embargo, los resultados varían de paciente a paciente, además de que se han detectado trastornos de carácter psicológico asociados al mismo. De ahí que el presente escrito tuviese como objetivo relacionar algunas de las aportaciones teóricas y metodológicas de la psicología de la salud en la intervención terapéutica del paciente con acné. En esta tarea se identificó que el acné tiene importantes repercusiones a nivel psicológico como baja autoestima, modificación del auto-concepto e imagen corporal, depresión y suicidio. Así, para la intervención desde el enfoque biopsicosocial del acné se consideró evaluar los dos siguientes rubros: objetivos en el paciente y objetivos ambientales Posteriormente se refirieron algunas técnicas cuya utilización se consideró conveniente como parte del tratamiento del acné. A manera de conclusión se destaca la necesidad de considerar todos estos factores como herramientas útiles en el intento de un tratamiento integral y, por lo tanto, más eficiente para esta enfermedad.

INTRODUCCIÓN

Entre las tantas formas de pensar y proceder que nos caracterizan a los mexicanos en cuanto a materia de salud se refiere, está la de señalar y en ocasiones preocuparnos más por las enfermedades que hallamos en los demás que por las propias. No figura entre nuestras prácticas más comunes la de hacer una crítica honesta sobre el estado general de nuestro cuerpo y mucho menos la de informarnos acerca de los cuidados o hábitos que podríamos adoptar para mantener o mejorar nuestro estado de salud actual. De ahí que no pongamos en ejercicio las diferentes formas que existen para tratar nuestro cuerpo o llevemos a la acción medidas preventivas eficientes para tal propósito. Así pues, la población mexicana está acostumbrada a curar y no a prevenir. Al respecto Durán (1998) señala que una de las razones de este fenómeno puede ser la falta de educación de los mexicanos para demandar un servicio orientado a evitar la enfermedad, además de la adopción de un papel expectante de la demanda del servicio por parte de los profesionales de la salud.

De tal forma que en la actualidad es preciso sentir un dolor intenso, un malestar emocional de años o la presencia de algún padecimiento considerado culturalmente como “grave” para reflexionar acerca de lo que hemos estado haciendo o lo que hemos dejado de hacer por nuestra salud. Es entonces cuando caemos a la cuenta de que aquello que nos parecía lo más normal o de poca relevancia, fue tomado con ligereza sin ser lo más conveniente. Luego entonces, al reflexionar un poco acerca de nuestras medidas de “curación” viene a nuestra mente lo que comúnmente hacemos ante la presencia del dolor, que no es otra cosa que buscar en el cajón de las medicinas algo que tomarnos o untarnos, recordar algún comercial televisivo o de radio y acudir a la farmacia a la compra de tal o cual medicamento. Siguiendo con este proceder, hoy hemos aprendido bien que “si persisten las molestias consulte a su médico”. Por su parte, el galeno se encargará de atenuar y combatir los síntomas de la enfermedad dejando, en muchas ocasiones, la duda al aire de si nos hemos curado o si aquello que nos aquejaba regresará tarde o temprano.

Es así como muchos de nosotros hemos atendido las dolencias del cuerpo o nos hemos acostumbrado a vivir con ellas. A esta costumbre aprendida Latorre (1994a) la denomina *habituación*, la cual consiste en la posibilidad que tenemos los seres humanos de aprender a ignorar el dolor pese a su cualidad de insistencia y que se favorece al

combinarse este último con estados emocionales como la alegría, el miedo, la rabia, entre otros. Frente a esta circunstancia las instituciones de salud carecen de la posibilidad de tener un remedio efectivo y oportuno para todos, por lo que no quedan exentas de echar mano de su carácter oficial para dar de alta a un enfermo, para desahuciar a alguien o para anunciar la muerte. De tal forma no podemos continuar señalando la negligencia médica, la falta de atención, insumos y servicios adecuados mientras no comprendamos la parte de trabajo que nos corresponde en el terreno de la prevención y que nadie más puede hacer por nosotros.

Si bien es cierto que la medicina ha tenido grandes logros que pueden ir desde la desaparición de síntomas en pocas horas, hasta las impresionantes operaciones de corazón o implantes de órganos y tejidos, existen una serie de cuestionamientos y fenómenos ante los cuales la medicina alópata aún no ha dado una respuesta satisfactoria. Padecimientos crónicos, males incurables, enfermedades poco controlables, efectos colaterales de medicamentos, son algunos ejemplos de todo el trabajo que está por realizarse. A todo esto pueden sumarse aquellas enfermedades denominadas psicosomáticas las cuales, según López (2002), están vinculadas con factores psicosociales y que hacen más complejo el proceso de curación. Así, al estar vinculados estos factores en la construcción y mantenimiento de la enfermedad se vuelve fundamental su articulación en la intervención terapéutica desde el momento mismo de la evaluación. Para tal efecto el psicólogo de la salud puede basarse en diferentes marcos teóricos o técnicas derivadas de los mismos, tales como el psicodiagnóstico, la aplicación de tests psicométricos o la evaluación conductual entre otras (Garaigordobil, 1998). De hecho, la utilidad que han demostrado las técnicas de la psicología en el campo de la salud humana están más que comprobadas, de ahí que ninguna otra aplicación de la psicología haya experimentado un despliegue tan fenomenal en apenas dos décadas (Grau, 1998*b*). Sin embargo, Morrow y Belig (en Grau, 1998*b*) señalan que es importante que estas técnicas sigan teniendo difusión y se aprovechen los beneficios más allá de su aplicación típica en enfermedades graves como el cáncer o aquellas que deriven al paciente a fases terminales. Por ejemplo, como señala Grau (1998*b*), existe ya una tendencia al incremento en la exploración de enfermedades crónicas o temáticas “vírgenes” a través de la intervención psicológica como en el caso de la corrección de la miopía o las afecciones reumáticas.

Todo lo anterior resalta la importancia de llevar el marco de la psicología de la salud al tipo de enfermedades que si bien no hacen tajantemente la diferencia entre la

vida y la muerte, su pronta atención a nivel integral posibilita la experiencia de una vida plena y satisfactoria. En esta dirección encontraríamos las llamadas enfermedades psicosomáticas las cuales están relacionadas a vivencias conflictivas que dan como resultado transformaciones morfológicas y una enfermedad orgánica. Existen diferentes tipos de enfermedades con estas características, entre las que estaría la neurodermatitis como uno de esos padecimientos de la piel que dan cuenta de la tensión emocional que vive una persona (López, 2002). Asimismo podríamos ubicar también a la enfermedad central de la presente investigación, el acné, pues según Cruzado y De la Puente (1997) éste es un trastorno influenciado por el estrés y las emociones negativas.

Existen diferentes facetas en el abordaje terapéutico del padecimiento del acné. La tradición médica ha destacado generalmente la atención a los aspectos fisiológicos de la misma. En efecto, desde la óptica de la medicina alópata el acné es visto como una enfermedad en la que están involucrados principalmente cuatro factores concomitantes de orden fisiológico y algunos otros aspectos secundarios que han sido diferenciados como más y menos importantes de un autor a otro; por un lado, se ha hecho énfasis en el cuidado de las sustancias alimenticias, en las medidas de higiene y en el uso de químicos en los cosméticos; mientras que por otro lado, se ha señalado que las dietas poco tienen que ver con el padecimiento y se inclinan de manera favorable por el uso de medicamentos en el tratamiento de esta enfermedad. La mayor coincidencia se da en que consideran que el acné sólo es controlable.

A pesar de la relevancia que tiene incidir en la enfermedad a nivel fisiológico, existe otra parte que es igualmente importante reconocer como problemática inherente a la enfermedad y que corresponde al área psicológica del paciente. El deterioro físico que el acné puede llegar a causar en la piel y sobretodo en la imagen que la persona tenga acerca de sí misma, ha llevado a realizar investigaciones en las que se han encontrado problemas de vergüenza, inseguridad, autoestima y conflictos interpersonales (Cruzado y De la Puente, 1997).

Los problemas anteriores representan un foco de atención, sobretodo si consideramos que las estadísticas señalan que el acné afecta de un 85% a un 90% de la población (Mena y Arroyo, 2000). Esta situación se torna aún más complicada si se considera que el acné es una enfermedad que surge en la adolescencia, momento en que la imagen y la confirmación de la identidad cobran su mayor fuerza. Si a ello agregamos que los jóvenes se topan constantemente con los patrones de belleza actual, la multiplicidad de productos en el mercado, así como la falta de comunicación y apoyo

moral que viven muchas de las familias mexicanas, no resulte extraño encontrarse con padecimientos a nivel no sólo físico sino también emocional; lo que completa así un círculo vicioso entre emociones y enfermedad.

Es preciso entonces investigar lo que la psicología ha aportado al campo de la salud, así como su quehacer respecto a las enfermedades crónicas de la piel como en el caso del acné. Es necesario identificar qué caminos han sido ya recorridos y cuáles de los hallazgos encontrados permiten ir consolidando el fundamento teórico de estrategias de atención y prevención, así como el planteamiento de nuevas formas de intervención en el tratamiento de la enfermedad. Por lo tanto, para el desarrollo de la presente investigación se ha decidido enfocar a la enfermedad del acné desde la propuesta de la psicología de la salud por tratarse de una rama que ha permitido identificar qué factores de orden biológico, cultural, económico y social pueden colocar a las personas en riesgo de padecer algunas enfermedades y protegerlas de otras, así como modificar la sintomatología, el curso de la enfermedad y hasta su terapéutica.

Orientar el presente proyecto al estudio del acné y propiamente dicho a los aspectos psicosociales vinculados a este padecimiento se debe a la constante presencia de esta enfermedad en los adolescentes y adultos jóvenes de nuestro país (Mena y Arroyo, 2000), a la relación que mantiene con estados de tensión emocional y estrés (Fitzpatrick, Allen y Wolff, 2001), a la diversidad de opiniones que se adjudican a su etiopatogenia (Abad, Fundora, Díaz, Molinet y René, 1996), a las múltiples fórmulas que han sido creadas para curarlo o controlarlo, a su influencia en los pensamientos y el estado emocional de las personas (Mena y Arroyo, 2000) y a la posibilidad de hacer una aportación al tratamiento y prevención de los trastornos psicológicos vinculados al acné en su dimensión de enfermedad psicosomática (Servín, Ramírez, Gómez y Mena, 2002).

Así pues, el presente proyecto tiene como objetivo principal relacionar algunas de las aportaciones teóricas y metodológicas de la psicología de la salud con el tratamiento del acné.

CAPÍTULO I

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1 Psicología de la salud: definiciones y desarrollo

El cuerpo humano ha sido motivo de estudio a través de los siglos. Éste ha llegado a ser interpretado de diferentes formas que varían en función de la cultura, así como del tiempo y el espacio desde los cuales se le concibe. Por ejemplo, en la época de Platón se creía que la mente podía influir en el cuerpo y lo dominaba. Más adelante, en el siglo XVII, el matemático y filósofo René Descartes atribuyó al cuerpo un poder igual al de la mente, sólo que concebía que el primero pertenecía a la realidad física y la segunda a una realidad espiritual; tal disociación de orígenes facilitó que mente y cuerpo fueran concebidos como entidades independientes. De hecho, la visión cartesiana permeó las ciencias naturales extendiéndose a las ciencias sociales durante el siglo XIX. Por su parte, la medicina también ajustó a esta visión sus explicaciones referentes al origen de las enfermedades lo que derivó en que se tratara al organismo como una máquina construida a partir de piezas separadas (Benson, 1980; Ridruejo, Medina y Rubio, 1996; Amigo, Fernández y Pérez, 1998; López, 1998).

Tal como las concepciones del cuerpo se han transformado también las nociones de fenómenos relacionados al mismo, tales como la salud y la enfermedad, han cambiado. Por ejemplo durante la edad media se creía que cuando eran violadas las leyes divinas se desataban enfermedades. Posteriormente estas creencias fueron reemplazadas gracias a los avances científicos del renacimiento, época en la que surgen Pasteur, Virchow y Morgagni y cuyos trabajos en bacteriología, patología y anatomía, respectivamente, fortalecieron el campo médico (Becoña y Oblitas, 2004).

Así, el siglo XIX marcó una nueva etapa en la medicina, pues no sólo se presentaron importantes avances en inmunología, patología y salud pública, sino que se desarrollaron y perfeccionaron técnicas quirúrgicas y se abrió paso a una era farmacológica y mecanicista. No obstante, el despliegue de la medicina sobre todo a nivel institucional no fue fácil, pues los grupos de curadores existentes lucharon entre

sí. Al respecto Katz (1989) señala que los ciudadanos ingleses se negaron durante siglos a conceder a determinado grupo de sanadores el privilegio exclusivo de controlar las necesidades de salud de todos los pacientes. Esta lucha interprofesional comenzó en Europa hace casi mil años, siendo ganada finalmente en Estados Unidos de América a principios del siglo XX por médicos capacitados en Universidades, a los que se les dio el nombre de *alópatas*. Este grupo de “educados” conformaron una élite poderosa que logró establecerse como dominante a través de tres estrategias fundamentales: 1) colocaron mayor cantidad de escuelas que los llevó a superar en número a sus rivales como los *thomsonianos* y los *homeópatas*; 2) vendieron la idea de que la experiencia clínica iba más de acuerdo con las necesidades individuales; y 3) al saberse colocados en el gusto de la gente por poseer estudios superiores tomaron confianza para establecer alianzas con el Estado.

De esta manera la medicina se fue abriendo paso a través de la historia y adquirió el carácter de “tradicional”, luego entonces por tradición los médicos han tenido la exclusiva en el campo de la salud. Sin embargo, la medicina ha tenido que incorporar ideas nuevas a sus procedimientos y concepciones que en diversos momentos han sido propuestas desde otras disciplinas. Por ejemplo, Becoña y Oblitas (2004) señalan que la medicina ha entendido durante largos años el concepto de salud como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales utilizando la cirugía y la farmacología como armas para cumplir dicho objetivo. No obstante, en las últimas décadas, la noción de salud ha cambiado para entenderla como algo que hay que desarrollar y no como algo a conservar. Este nuevo enfoque en cuanto a la noción de salud se debe en buena medida a la aparición de aportaciones de la psicología tales como las técnicas de modificación de conducta y todo un movimiento psicológico que desembocaría en la aparición de la medicina comportamental y de la psicología de la salud.

Respecto a la historia de la psicología de la salud Grau (1998b) señala que es ésta el reflejo de los avatares teóricos de la medicina y de la propia psicología en el siglo XX. Al mismo tiempo, es el producto de la incorporación rápida de una nueva forma de pensamiento en salud que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud–enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y organizativo de los cuidados de salud de la población. De ahí que autores como Martín (2003) expresen que la psicología de la salud es una disciplina de reciente desarrollo, nacida en el ejercicio profesional, en el “fragor de la batalla” por ganar un espacio y un reconocimiento en los servicios de salud.

Existen diferentes puntos de vista respecto a quién usó originalmente el término ‘psicología de la salud’. Flórez-Alarcón (2004) indica que en primera instancia éste se ha atribuido a Joseph Matarazzo. Aunque es difícil determinar quién o quiénes realizaron los trabajos pioneros bajo el título de ‘psicología de la salud’, proporcionar una definición de esta disciplina no lo es tanto. Algunos autores ya lo han intentado. En 1980 el mismo Matarazzo ofreció una definición que incluso algunos autores han aceptado mantenerla vigente acotando algunas líneas más en función del trabajo del psicólogo en esta rama. De ahí que podamos entender por psicología de la salud lo siguiente:

“La suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias” (Matarazzo, en Latorre, 1994b, p. 18).

Tal definición no es más que el reflejo de la imperiosa necesidad de abordar la salud con otra perspectiva, porque si bien es cierto que los avances médico-tecnológicos han permitido lograr una recesividad en las enfermedades infecto-contagiosas tales como la tuberculosis, la neumonía, la difteria, entre otras, hoy los sistemas de salud mundial tienen que lidiar con las enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer, la diabetes, la hipertensión, la artritis, por mencionar algunas, así como otros fenómenos propios de los cuadros de morbilidad que ya se encuentran en países desarrollados y en vías de desarrollo (Becoña y Oblitas, 2004; Grau, 1998b).

Por su parte, la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA) señala que para ser fieles con la historia la psicología de la salud nació en Latinoamérica a finales de los años sesentas, con la ocupación de posiciones en el nivel de política central en el Ministerio de Salud Pública de Cuba y el desarrollo peculiar de servicios de psicología en una extensa red institucional en salud. Sin embargo, en 1974, cuando Stone proponía el término ‘*Health Psychology*’ para crear un nuevo currículum en la Universidad de California, ya estaba creada la Sociedad Cubana de Psicología de

la Salud, la cual reforzó la identidad profesional del psicólogo en este campo (Flórez-Alarcón, 2004).

Autores como Flórez-Alarcón (2004) mencionan que los antecedentes más próximos de la psicología de la salud se ubican en la denominada “Medicina Comportamental”. Este término lo propuso Lee Birk en 1973 como subtítulo del libro *Biofeedback: Behavioral Medicine*. Según Mars (2004) es a mediados de los años setentas cuando se empiezan a producir intervenciones psicológicas en campos no psiquiátricos, debido a que desde la práctica médica se detecta que ciertos estilos de vida pueden ser poco saludables, por lo que los psicólogos clínicos demuestran la posibilidad de modificar las conductas a partir del aprendizaje o eliminación de comportamientos y por tanto, la posibilidad de intervención sobre los estilos de vida perjudiciales para la salud.

Algunos otros autores como Becoña, Vázquez y Oblitas (2001b) advierten que no fue sino hasta finales de la década de los setentas cuando algunas disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental y fisiológica principalmente) se reunieron para conformar de manera oficial e institucional, la división de la psicología de la salud de la *American Psychological Association* (APA).

Una vez que ha sido definida la psicología de la salud y que se ha esbozado de manera general cómo se conformó institucional y formalmente, es importante hacer un breve recorrido a los eventos que, históricamente, fungen como antecedentes de ésta, pues dicha tarea nos brinda la posibilidad de comprender cómo se fue estructurando la psicología de la salud, sus objetivos y el desarrollo que ha tenido.

En términos generales, la psicología de la salud comienza a dar sus primeras pinceladas a raíz de que se experimentó un cambio fundamental en la concepción de los términos de salud, el cual conllevó una visión holística de ésta, incorporando así aspectos psicológicos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). Paralelo al cambio en esta concepción se realizó todo un cuestionamiento al modelo dominante¹ y con ello se preparó el terreno que daría entrada al modelo alternativo denominado biopsicosocial (Santos, 1998). Así mismo, otro de los eventos que contribuyó al surgimiento de la psicología de la salud fue el cambio en los patrones de enfermedad, de infecto-contagiosas a crónico-degenerativas y accidentes (Rodríguez y Rojas, 1998). Otro

¹ El modelo dominante era el biomédico, que definía a la enfermedad en términos de variables biológicas medibles, donde la conducta no tiene cabida. Dicho modelo basaba su conocimiento en la dicotomía mente-cuerpo.

factor importante fue de índole económico, pues una cantidad significativa de los costos sanitarios estaban destinados a atender daños causados por hábitos y estilos de vida no saludables, por lo que se inclinan los primeros esfuerzos en prevención y modificación de los mismos. En muchos otros países desarrollados gran parte de las enfermedades y causas de muerte están estrechamente ligadas a pautas de comportamiento y hábitos poco saludables como por ejemplo comer en exceso y de forma poco equilibrada, la falta de ejercicio físico, el abuso del alcohol y fumar tabaco (Sanz, 2002). Finalmente, autores como Becoña, Vázquez y Oblitas (2001a) mencionan a la madurez de la tecnología conductual como otro de los eventos que influyeron en la constitución de la psicología de la salud, al implementar técnicas y estrategias en la modificación de conductas.

A partir de lo que se mencionó en las líneas anteriores, se puede decir que la psicología de la salud surge como una necesidad de reconocer la importancia de áreas como la social y la comportamental en el terreno de la salud; pues la medicina había ignorado, descuidado y olvidado los elementos que de ellas se desprenden, por lo que las respuestas que la medicina brindaba en este campo comenzaban a ser simplemente insatisfactorias. De hecho, hoy en día es posible identificar diferentes problemas relacionados con la forma de proceder de la medicina moderna y que requieren soluciones. Grau (1998b) menciona que algunos de ellos son la atención a padecimientos crónicos y a enfermedades poco controlables, a los efectos colaterales de medicamentos, así como a la intervención en enfermedades denominadas psicosomáticas; las cuales por un tiempo representaron el eje de conexión principal en las relaciones entre la psicología y la medicina.

Ante estas circunstancias, la psicología de la salud apuesta por un modelo de intervención integral que considere además de la esfera biológica, los aspectos psicosociales del individuo.

1.1.1 Psicología de la salud en México y América Latina

Para autores como Trejo (2001), Rodríguez y Rojas (1998) el desarrollo de la psicología de la salud en los diferentes países no ha sido uniforme. En algunas naciones se cuenta con escenarios de trabajo, líneas de investigación y programas de formación consolidados, mientras que en otras el trabajo es aún incipiente o no ha iniciado. Lo

anterior fue el caso de América Latina, pues en la década de los ochentas se establecen en ciertos países los primeros programas de formación de posgrado de psicólogos de la salud. Según Rodríguez y Rojas (1998) actualmente Cuba, considerado como el país con mayor tradición en América Latina en psicología de la salud, cuenta con posgrados del área en tres Universidades: la de la Habana, la de Santa Clara y la de Santiago de Cuba. Al respecto, Cáceres (en Trejo, 2001) señala que en la actualidad este mismo país cuenta ya con 1600 psicólogos trabajando en el área de la salud enfatizando la atención a la familia, así como a la salud ocupacional y en el ámbito de la prevención y rehabilitación. En Venezuela, según esta misma autora, existe una maestría en psicología social con énfasis en la salud y cuenta ya con la residencia en psicología de la salud.

En el caso de México no fue sino hasta 1986 cuando se estableció por primera vez el programa de formación de posgrado como parte del modelo de residencias médicas en la UNAM. Recientemente la Universidad de Guadalajara inició un programa de doctorado en psicología de la salud (Rodríguez y Rojas, 1998; Trejo, 2001). Hasta hace poco más de diez años el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud puso en marcha el programa de Residencia en Atención Integral a la Salud en el que se brinda la formación a psicólogos de la salud con una duración de dos años (Velázquez, 2001).

Finalmente, como Rodríguez y Rojas (1998) lo han señalado, la atención en salud constituye actualmente uno de los retos y prioridades más importantes para los países de América Latina.

1.1.2 Perspectiva actual y lineamientos a futuro

El momento actual de la psicología de la salud se caracteriza por la búsqueda de una integración cada vez mayor entre los conocimientos básicos de la ciencia psicológica y los provenientes del ámbito de la salud; muestra de ello, es el auge de la investigación básica en el campo de la *psiconeuroendocrinoinmunología* y de sus extensiones a la comprensión de fenómenos como el estrés y sus asociaciones con la enfermedad. Además, el momento se caracteriza por la incorporación de otras áreas de la psicología especialmente de la psicología socio-comunitaria englobada en la denominación genérica de psicología social de la salud; la meta más importante de esta línea es dar mayor fundamento teórico y metodológico a las actividades que se desarrollan para

promover la salud y para prevenir las enfermedades, por lo cual tiene gran relevancia si se toma en cuenta el riesgo que representan los estilos de vida inadecuados en el contexto actual de morbilidad de nuestra población (Flórez-Alarcón, 2004).

Por su parte, Becoña y Oblitas (2004) sugieren que una línea de investigación importante dentro de la psicología de la salud ha sido aquella que ha estudiado los factores asociados al desarrollo de la enfermedad. Los tópicos más estudiados han sido el modo en cómo los sujetos afrontan el estrés y cómo las relaciones interpersonales afectan a nuestra salud. Al respecto, Rodríguez, Hernández-Pozo y Ramos (en Rodríguez y Rojas, 1998) indican cuatro principales líneas de investigación en Argentina, Cuba, Brasil y México, a saber: 1) enfermedades crónico-degenerativas que incluyen temas como el dolor crónico, factores de riesgo conductuales y cáncer; 2) manejo psicológico de las alteraciones psicofisiológicas como el dolor de cabeza y el asma mediante la técnica de retroalimentación; 3) aspectos psicosociales de las adicciones; y 4) conducta sexual como factor de riesgo en la infección por VIH

Por su parte, en 1980 Harris (en Latorre, 1994b) proponía conseguir en un futuro próximo los siguientes quince puntos agrupados en tres categorías:

A. Servicios preventivos de salud.

- Control de la presión sanguínea
- Planificación familiar
- Salud prenatal e infantil
- Inmunización
- Enfermedades de transmisión sexual

B. Protección de la salud.

- Control de los agentes tóxicos
- Seguridad y salud laboral
- Prevención de accidentes y control de lesiones
- Fluorización y salud dental
- Evaluación y control de las enfermedades infecciosas

C. Promoción de la salud.

- El fumar y la salud
- Abuso de alcohol y las drogas

- Nutrición
- Buena salud física y ejercicio
- Control del estrés y conductas violentas

Para Rodríguez y Rojas (1998) las tareas que aparecen en un futuro inmediato en la psicología de la salud son:

- La presencia de los psicólogos de la salud en los sistemas de atención, especialmente en el primer nivel con una práctica profesional orientada a la prevención atendiendo al perfil epidemiológico de cada país.
- Definir el papel del psicólogo de la salud en las políticas de servicios de salud y la legislación correspondiente.
- Incluir en los programas de entrenamiento a nivel de pregrado y de posgrado información sobre la estructura y organización de los servicios de atención a la salud, así como las políticas generales que definen a éstos.
- Definir y operar programas de entrenamiento y actualización de los psicólogos que actualmente laboran en el sistema de salud.
- Fomentar el financiamiento de investigaciones que incidan en la salud de la población.
- Incrementar el impacto de la investigación sobre la práctica de los profesionales de la salud, de tal modo que los conocimientos y los productos tecnológicos de esta actividad incidan efectivamente en la salud de la población.

Finalmente, de acuerdo con Becoña, Vázquez y Oblitas (2001*b*) la psicología de la salud es hoy en día una de las ramas de la psicología con mayor vitalidad.

1.2 Conceptos básicos relacionados con la psicología de la salud

Dentro de la disciplina de la psicología de la salud es frecuente el manejo de términos que facilitan y amplían el entendimiento entre los profesionistas de la salud. A continuación se presentan algunos de los más utilizados.

a) *Salud*.- Según Mazarrasa (en Bosch y Ferrer, 2001) la salud es el resultado de las condiciones de vida y trabajo de las comunidades históricamente determinadas por la estructura social, cultural y económica predominante en cada momento y, por lo tanto, de las políticas que ejecutan los gobiernos y promueven las instituciones económicas, políticas y sociales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1974 ofreció la siguiente definición:

“La salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades.” (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2001a, p. 5).

b) *Enfermedad*.- Beneit y Latorre (1994b) mencionan tres modelos dominantes de enfermedad: 1) el modelo de enfermedad aguda (que se concibe como causada por factores muy concretos como un virus o un agente bacteriano, cuya duración es corta y cuyas consecuencias sólo son a corto plazo); 2) el modelo de enfermedad crónica (causada por múltiples factores, entre los que se incluyen hábitos y estilos de vida inapropiados, se caracteriza por tener larga duración y producir graves consecuencias); y finalmente 3) el modelo de enfermedad cíclica (caracterizada por períodos alternativos sintomáticos y asintomáticos).

c) *Calidad de vida*.- De acuerdo con Grau (1998a) el concepto calidad de vida es ambiguo y extenso, pues en los últimos tiempos se ha hecho muy frecuente el uso de este término en contextos variados. Autores como Martín (2003) advierten que los términos *calidad de vida* y *bienestar* se han utilizado en muchas ocasiones de manera indistinta, o bien como sinónimos. La calidad de vida se ha convertido en un concepto clave de la psicología de la salud en su afán por contribuir a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. No es de extrañar que un buen número de estudios se hayan dedicado a la evaluación de este constructo multidimensional a nivel general o a nivel específico respecto a problemas concretos de salud (Sanz, 2002). En 1980 Szalai definió a la calidad de vida como la evaluación global satisfactoria de ciertas características de la vida del paciente (Badillo, 2001; Martín, 2003). Cuatro años más tarde, Diener (en Martín, 2003) la definiría como la evaluación de lo que hacen las personas, incluyendo tanto juicios cognitivos como reacciones de tipo afectivas. Por

ello, la calidad de vida, según Barrón (2002) encierra diversos factores de índole personal, social, económica, educativa, religiosa, existencial y ambiental, lo que conlleva a un modelo multidimensional. Por su parte Harland (en Badillo, 2001) la define como la totalidad de aquellas situaciones, acontecimientos que delinear o constituyen la naturaleza básica de la vida humana que está articulada de necesidades y deseos.

d) Estilo de vida.- Según Bosch y Ferrer (2001) podemos entender como estilo de vida aquellas formas de comportarse que tienen una relación directa con numerosos aspectos de la salud o su falta, los cuales están determinados por factores cognitivos, de aprendizaje y sociales. De acuerdo con Flórez-Alarcón y Hernández (1998) el estilo de vida se va conformando a lo largo de la historia del sujeto, pues se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación o imitación de modelos de patrones familiares o grupos informales. Por su parte Varela (en Bosch y Ferrer, 2001) señala que dichos estilos de vida pueden ser analizados a partir de cinco áreas: 1) afectivo-familiar; 2) sociocultural; 3) autonomía personal; 4) económico-laboral; y 5) tiempo libre y ocio.

e) Prevención.- Es muy importante hacer énfasis en que los esfuerzos sean dirigidos más allá de la enfermedad. Pues como lo indica Romero (2002) el objetivo de la OMS es que la salud sea para todos y que el interés fundamental del psicólogo de la salud sea la prevención de la enfermedad. De acuerdo con Bellamy (en Trejo, 2001) la prevención en psicología de la salud irá encaminada a controlar variables actitudinales, motivacionales, conductas y hábitos de riesgo, así como la modificación de condiciones patógenas. Autores como Mars (2004) coinciden que en la psicología de la salud, la prevención se realiza en dos niveles: prevención primaria y prevención secundaria. En la primera, se interviene modificando las características patógenas del medio o potenciando los recursos individuales para evitar que lleguen a tener lugar los problemas de salud, valiéndose de programas de renovación urbana, educación de padres, alumnos, etc.²; mientras que en la segunda se ha intentado reducir distintos trastornos a través de la detección temprana de síntomas precursores y de programas de intervención inmediatos (intervención en crisis) que permitan la eliminación también

² Lo que se ha denominado, psicología comunitaria (Mars, 2004).

oportuna de los mismos. De acuerdo con Romero (2002) la tarea principal de la prevención en salud es la educación.

f) Promoción de la salud.- De acuerdo con Trejo (2001) lo principal en la promoción de la salud debe ser la aproximación centrada en el individuo, mejorando su potencial de salud, y las aproximaciones a la comunidad, mejorando el potencial de salud socio-ecológico, modificando aspectos que involucran factores económicos, políticos, culturales y estructurales de una sociedad que alienta, produce y mantiene condiciones adversas para la salud. Asimismo, esta autora señala que el objetivo de la promoción de la salud es asegurar las condiciones sociales y económicas que garanticen el bienestar general, para eliminar las conductas inadecuadas de salud y proporcionar condiciones sanitarias y ambientales óptimas. De acuerdo con Mars (2004) la promoción de la salud como antídoto de la enfermedad, ha impulsado el establecimiento de estrategias psicológicas preventivas, así como la modificación o fomento de estilos de vida sanos, la investigación de conductas individuales consideradas como agentes psicopatógenos y, al mismo tiempo, ha intentado inocular la idea de auto-responsabilidad de cada persona con su salud. En este mismo rubro Trejo (2001) sugiere que la auto-responsabilidad sea entendida como el conjunto de acciones dirigidas a la protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud a través de la elaboración, aplicación y evaluación de programas y actividades con el fin de educar, proteger, mantener e incrementar la salud, en el ámbito individual, grupal o comunitario. Por ello, según esta autora la Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que el objetivo de la promoción de salud es asegurar las condiciones sociales y económicas que garanticen el bienestar general para eliminar conductas inadecuadas de salud y proporcionar condiciones sanitarias y ambientales óptimas. Finalmente, Cardaci (en Trejo, 2001) señala que la promoción de la salud implica la intervención de acciones políticas, económicas y organizacionales, involucrando también la educación para la salud.

g) Conductas de salud y de riesgo.- Tal y como Knowles (en Becoña y Oblitas, 2004) señala, la mayoría de los humanos nacemos con buena salud y enfermamos como resultado de nuestras conductas y condiciones ambientales inadecuadas. A partir de ello, se puede decir que los factores psicológicos han tomado enorme relevancia ya que los principales problemas de salud de nuestro tiempo están estrechamente relacionados con nuestra conducta. Al respecto, autores como Ferrero, Toledo y Barreto (1998a)

retoman los trabajos de Sarafino y Matarazzo para denominar conductas de riesgo o patógenos conductuales a aquellos comportamientos que aumentan la probabilidad de que una persona enferme, por ejemplo prácticas tales como el fumar tabaco, la ingesta excesiva de alcohol o la conducción temeraria. Alternativamente, algunos autores denominan conductas de salud o inmunógenos conductuales a aquellos comportamientos que potencializan un estado de salud general y disminuyen el riesgo a enfermar prematuramente (entre los que se incluyen el abandono de conductas de riesgo) y que comprenden, por ejemplo, dormir un número adecuado de horas, desayunar, hacer ejercicio físico, acudir a revisiones ginecológicas periódicas y mantener un peso idóneo (Beneit, 1994a; Ferrero, Toledo y Barreto, 1998a; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2001b).

Según Beneit (1994a) existen por lo menos tres determinantes de las conductas de salud, a saber: 1) los de origen social (acceso a los sistemas sanitarios, hábitos de socialización, valores culturales e influencias de grupo); 2) los factores personales (creencias y actitudes, reacciones emocionales y autopercepción de los síntomas); y 3) los emocionales (hábitos nocivos para la salud asociados a estados de ánimo).

Finalmente, Cano y Miguel (2000) comentan que hoy en día hay datos suficientes para afirmar que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla.

1.3 El psicólogo de la salud y el trabajo multidisciplinario

De acuerdo con Zas (2004) en la actualidad para que el psicólogo de la salud lleve a cabo de manera óptima el trabajo en las instituciones sanitarias se requiere de una visión tridimensional, la cual contemple los siguientes tres elementos: 1) la visión clínica; 2) la visión social; y 3) la visión institucional; dado que esto permite realizar las tres tareas básicas del psicólogo en este campo, a saber, la prevención, el diagnóstico psicológico y la intervención.

1.3.1 Funciones, objetivos y campos de acción del psicólogo de la salud

Hace diez años, Becoña, Vázquez y Oblitas (en Velázquez, 2001) ofrecieron un listado de las tareas a las que se dedicaban los psicólogos en el campo de la salud, éstas se han agrupado en tres categorías: 1) Investigación; 2) Aplicaciones; y 3) Formación.

Respecto al campo de acción del psicólogo de la salud, Weinman (en Latorre, 1994b) señala los siguientes temas que el psicólogo puede abordar desde esta perspectiva:

- Los comportamientos como factores de riesgo para la salud.
- El mantenimiento de la salud a través de los comportamientos (inmunizadores).
- Las cogniciones acerca de la salud enfermedad.
- La comunicación, toma de decisiones y adherencia.
- El medio ambiente en el que se produce el tratamiento, incluyéndose las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas a las que los pacientes son sometidos.
- El afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad.

Para Luzoro (1992) no hay prácticamente campo de la medicina donde la psicología de la salud no haya hecho aportaciones concretas o esté en vías de hacerlo a corto plazo. Al respecto, este mismo autor cita una interesante lista conformada por Stone en donde pueden observarse algunas actividades en donde los psicólogos de la salud han venido interviniendo desde la década de los ochentas: investigación acerca de las relaciones existentes entre patrones de personalidad y susceptibilidad a la enfermedad o a la habilidad para enfrentarla; diseños educativos para facilitar el control de la diabetes; enseñanza a los médicos y otros profesionales de la salud para que se comuniquen en forma tal que faciliten el cumplimiento (adherencia) de los hipertensos a sus programas de medicación; trabajo con organizaciones de cuidado de la salud para asistirlos en la definición de sus objetivos y en la evaluación de sus éxitos; análisis de políticas alternativas en la provisión de salud por parte de los gobiernos, desde el punto de vista de las preferencias humanas y de las tendencias comportamentales; y orientación a familias con problemas.

Finalmente, Rodríguez y Rojas (1998) refieren que los escenarios donde se ubican los psicólogos de la salud son principalmente tres: 1) instituciones de enseñanza superior, realizando funciones de docencia; 2) centros asistenciales, clínicas, hospitales e institutos de salud de los tres niveles de atención, con funciones de planeación, servicio e investigación; y 3) práctica privada enfocada a la atención individual y de pequeños grupos.

1.3.2 Áreas relacionadas con la psicología de la salud

Como ya se mencionó al principio de este capítulo, ante el propio desarrollo del modelo biomédico y el consecuente fracaso de los sistemas sanitarios, surgió la necesidad de comprender e integrar variables de carácter social y comportamental que ejercían influencia evidente en los problemas de salud, dando origen a la psicología de la salud. Sin embargo, como lo menciona Flórez-Alarcón (2004) surgieron otras interdisciplinas que proponían también considerar la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad, y que dadas las condiciones del modelo médico tradicional encontraron el espacio necesario para incorporarse rápidamente a las actividades de atención al mismo. Las áreas que se desarrollaron y tomaron auge desde entonces han sido las siguientes:

a) Medicina psicosomática.- De acuerdo con Mars (2004) este término se acuñó por primera vez en 1971 con un enfoque multi-interdisciplinario, promovido principalmente por psicólogos y médicos que se propone como objetivo básico el progreso e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas, conductuales y otras disciplinas relacionadas para lograr comprender, tratar y rehabilitar los procesos de enfermedad, así como promover, mantener o intensificar la salud. Por otro lado, Becoña, Vázquez y Oblitas (2001a) así como Olgún (2003) refieren que en 1920 surge la medicina psicosomática como resultado de los intentos por identificar los factores psicológicos que se creían que desempeñaban un papel fundamental en el desarrollo de las enfermedades somáticas específicas. De hecho, en 1918 Heinroth (en Amigo, Fernández y Pérez, 1998) emplea este término por primera vez para hacer referencia a las relaciones entre los procesos psicológicos y las estructuras somáticas. Esta disciplina fue definida por Weiner (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2001a; Becoña y Oblitas, 2004) como una aproximación a la enfermedad que

se basa en hipótesis y observación de aquellos factores sociales y psicológicos que juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades. Al respecto, Flórez-Alarcón (2004) señala que actualmente esta rama hace énfasis en el papel que juegan los factores mentales y la personalidad, tales como algunos mecanismos de defensa y los conflictos psicosexuales, en la génesis de las enfermedades; por lo que representa un antecedente importante en términos de la inclusión de variables diferentes a las orgánicas para realizar una aproximación más holista e integral al análisis del proceso salud-enfermedad.

b) Psicología médica.- En 1979 Asken (en Amigo, Fernández y Pérez, 1998) define a la psicología médica como el estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, el grupo y los sistemas. Para este autor, la psicología médica no representa una orientación teórica, pues los problemas de la misma pueden ser conceptualizados desde cualquier orientación deseada. Esta interdisciplina propone el desarrollo de conocimientos que permitan comprender y modificar la situación psicológica de la persona enferma, tales como sus creencias acerca de la salud, el locus de control, el estilo de afrontamiento, y las situaciones afectivas que se viven en esta condición. Aborda también tareas como la del cumplimiento del tratamiento, la preparación para intervenciones médicas, aspectos psicológicos de la hospitalización, y la relación terapeuta/médico-paciente. Por su parte, Becoña y Oblitas (2004) así como Olguín (2003) advierten que el significado de este término varía según donde se utilice; en Inglaterra y España, por ejemplo, la psicología médica es sinónimo de la psiquiatría. Sin embargo, en los Estados Unidos de América es concebida como una subespecialidad de la psicología clínica, que se caracteriza por la aplicación de métodos psicológicos clínicos a los problemas de enfermedad física.

c) Psicología clínica.- La psicología clínica ha sido siempre definida a través de sus aplicaciones, y de éstas las más características son dos: la evaluación/diagnóstico y el tratamiento/intervención de los trastornos psicológicos. Para autores como Phares (1999) la psicología clínica es un campo que tiene como objetivo el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos, trastornos psicológicos o la conducta anormal.

d) *Medicina conductual*.- En 1978 Schwartz y Weiss definieron a la medicina conductual como un campo interdisciplinario de la ciencia biomédica y conductual, como conocimiento y técnicas relevantes para la salud, la enfermedad y la aplicación de estas técnicas y de ese conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Phares, 1999; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2001a; Vega, 2002). Para Galván (2003) la medicina conductual o comportamental es el trabajo interdisciplinario de conocimientos biopsicosociales que dan explicación a la salud y a la enfermedad física.

e) *Antropología médica*.- De acuerdo con Becoña, Vázquez y Oblitas (2001a) esta rama estudia los aspectos culturales de la salud y de la enfermedad. En un inicio los profesionales de este campo inclinaron su interés en estudiar aspectos relacionados con la salud en sociedades tradicionales; sin embargo, hoy en día esto ha cambiado pues se han interesado también en el estudio y discusión de los aspectos culturales de la salud en sociedades occidentales, haciendo hincapié en la comparación transcultural de los sistemas de curación y creencias acerca de la salud.

f) *Sociología médica*.- En 1994 Bishop ofreció la siguiente definición sobre esta disciplina: “se trata de una especialidad dentro de la sociología que estudia los aspectos sociales de la salud y la enfermedad” (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2001a, p.11). Esta rama hace hincapié en los factores sociales que influyen en la salud; también ha sido denominada sociología de la salud por algunos autores.

Finalmente, y como se puede apreciar, el campo de acción de cada una de estas interdisciplinas varía de acuerdo a su marco teórico de referencia sin embargo, se encuentran íntimamente vinculadas por su evolución histórica hacia lo que hoy conocemos como psicología de la salud (Flórez-Alarcón, 2004).

1.4 Modelos de atención en salud

Tal y como lo mencionan Becoña, Vázquez y Oblitas (2001a) tradicionalmente los médicos habían gozado la exclusividad en el campo de la salud, donde se concebía a ésta como algo que había que conservar o curar. Sin embargo, en las últimas décadas el

modelo de salud se ha venido modificando considerando que la salud es algo que se debe desarrollar y no como algo que simplemente se debe conservar.

Diversos autores han coincidido en hacer referencia a tres niveles de atención³ en salud. Para Trejo (2001), Rodríguez y Rojas (1998) el primer nivel de atención es aquel en el que se establece un enlace entre la población y el sistema de atención a la salud⁴. En él se llevan a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más frecuentes, que generalmente no requieren de tecnología sofisticada pero si de personal altamente calificado. Para estos mismos autores en el segundo nivel de atención se da servicio a aquellos problemas de salud que requieren atención especializada y el uso de tecnología de mediana complejidad⁵. Así mismo, mencionan que en el tercer nivel se ofrece la atención a través de subespecialidades con el fin de tratar enfermedades mucho más complejas⁶.

1.4.1 El dualismo mente-cuerpo

El dualismo mente-cuerpo, como lo señalan Becoña, Vázquez y Oblitas (2001a), sostiene que los procesos somáticos y psicológicos se excluyen mutuamente, donde cuerpo y mente son entidades separadas. Como ya se mencionó con anterioridad, este modelo se derivó de las propuestas de Descartes para entender la naturaleza del cuerpo.

1.4.2 El modelo biomédico

De acuerdo con Amigo, Fernández y Pérez (1998) el modelo biomédico encontró su mejor fundamento en las doctrinas que defendieron el dualismo mente-cuerpo. Estos mismos tres autores señalan que el modelo biomédico descansa sobre dos supuestos básicos: 1) la doctrina del dualismo mente-cuerpo (descrita en líneas anteriores) y; 2) el reduccionismo (el cual asume que todo proceso de la enfermedad se limita a una cuestión de reacciones físicas y químicas).

³ Brasil fue el primer país que creó las residencias en psicología de la salud en los tres niveles de atención (Rodríguez y Rojas, 1998).

⁴ En México estos servicios se ofrecen en unidades de medicina familiar.

⁵ Este nivel de atención se brinda en hospitales generales y clínicas de especialidades.

⁶ Este servicio se ofrece principalmente en hospitales de alta especialidad.

Por su parte, autores como Becoña, Vázquez y Oblitas (2001a) advierten que este modelo asume que la enfermedad puede ser explicada en términos de variables biológicas medibles, por lo que la conducta social no tiene cabida, o en su extremo, que las anormalidades conductuales se reducen a procesos somáticos, biomédicos o neurofisiológicos. Al respecto, Amigo Fernández y Pérez (1998) refieren que desde el modelo biomédico el criterio fundamental para el diagnóstico de la enfermedad es la presencia de anormalidades bioquímicas.

1.4.3 El modelo biopsicosocial

Muchos teóricos y profesionales de la salud coincidieron en la necesidad de contar con un modelo más integrador y menos fragmentario que el modelo biomédico, el cual permitiera otra comprensión de la salud y de la enfermedad. De ahí que se desprendiera el modelo biopsicosocial.

En 1977 Engel planteó un modelo alternativo al biomédico, el biopsicosocial. En dicho planteamiento hipotetizó la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto con los biológicos como determinantes de una enfermedad y su tratamiento; argumentando que el modelo médico debe tener en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive, y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto es, el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2001b; Becoña y Oblitas, 2004). De acuerdo con Amigo, Fernández y Pérez (1998) el modelo biopsicosocial pone en el mismo ámbito de su interés a la salud y a la enfermedad y sostiene que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, y no como algo que le es concedido como un don.

El modelo biopsicosocial destaca explícitamente la importancia de la relación entre el médico y el paciente, derivándose de ahí tópicos relacionados tales como la adherencia al tratamiento y la efectividad del mismo, por mencionar algunos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Finalmente, autores como Becoña, Vázquez y Oblitas (2001b) señalan que aunque la psicología de la salud propone como eje central el modelo biopsicosocial no es el único modelo que se emplea.

1.5 Relación entre la psicología de la salud y las enfermedades crónicas

Una enfermedad crónica puede ser definida como aquél trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista por un periodo largo de tiempo (Beneit, 1994b).

Las enfermedades crónicas, debidas a causas múltiples (factores psicológicos, sociales, culturales y medioambientales), requieren un manejo diferente al de los estados mórbidos agudos, cuya principal característica es la de ser producidas por agentes patógenos específicos (Beneit, 1994b; Beneit y Latorre, 1994a). El modelo médico basado en el dualismo mente-cuerpo presenta numerosas lagunas en cuanto a la conceptualización de los estados crónicos (Becoña y Oblitas, 2004). Por ello, una de las áreas de interés de la psicología de la salud es el campo de las enfermedades crónicas. Según Grau (1998b) existen dos grandes vertientes que se han encargado de estudiar los elementos vinculados con las enfermedades crónicas; la primera de ellas son los modelos relacionados con el riesgo y la propensión a enfermar y la segunda se trata de los modelos vinculados a los procesos de ajuste o adaptación a la enfermedad crónica. A continuación se explican a detalle:

- *Modelos relacionados con el riesgo y propensión a enfermar.*- Bajo esta línea se han realizado estudios socio psicológicos sobre las creencias y atribuciones de grupos poblacionales e individuos respecto a la salud y a la enfermedad. Algunos de ellos se han encargado también de identificar conductas relacionadas con las enfermedades entre las que podrían mencionarse el equilibrio dietético en alimentación, el consumo de alcohol, la realización de ejercicio físico, ritmos de sueño, prácticas de seguridad y protección (como por ejemplo el uso de cinturones de seguridad, la utilización de casco en motocicletas y bicicletas, la utilización de condón en contacto sexual, etc.), la participación en programas preventivos (tales como la detección precoz de enfermedades), el cumplimiento de las recomendaciones de los profesionales de la salud, así como el uso de recursos sanitarios de la comunidad.

- *Modelos de adaptación a la enfermedad crónica.*- En estos trabajos se estudia el impacto del estrés en la realización socio-psicológica de la persona como consecuencia de la enfermedad crónica, los trabajos de apoyo social en el periodo de la enfermedad, así como la calidad de vida ante este tipo de enfermedades, por mencionar algunas.

Tal y como se muestra en líneas anteriores, el trabajo que puede realizarse con los pacientes con enfermedades crónicas es muy amplio. De ahí que sea necesario identificar qué tipo de enfermedades se pretende abordar, si tienen un carácter crónico y si el trabajo a realizar es preventivo o de ajuste a la enfermedad. Así, el desarrollo de este trabajo bien puede ser parte de asumir las directrices a futuro que en el avance de esta disciplina han sido marcadas. Ejemplo de ello es lo que Grau (1998*b*) denomina “temáticas vírgenes” para referirse a áreas de investigación poco explotadas como lo es la intervención psicológica en la corrección de la miopía.

No obstante, es de suma importancia considerar que en el tratamiento de los trastornos psicofisiológicos con intervenciones cognitivo-conductuales, es necesario estar familiarizado con estas técnicas además de que es fundamental la comprensión de la patofisiología del trastorno sometido a tratamiento (Holroyd, Appel y Andrasik, 1987).

Por lo tanto, en el siguiente capítulo se desarrolla una revisión global del padecimiento del acné desde la medicina alópata. Posteriormente, se revisan algunas consideraciones para la intervención del padecimiento considerando los aspectos biopsicosociales del mismo.

CAPÍTULO II

ACNÉ: UNA REVISIÓN DESDE LA MEDICINA ALÓPATA

2.1 La Piel: función y componentes

La piel es el órgano de mayor tamaño del cuerpo. Funciona como una barrera natural que lo protege junto con el sistema inmunitario contra microorganismos, agentes infecciosos físicos y químicos. De acuerdo con Macotela (1971) el estudio de las enfermedades de la piel debe estar basado en los datos obtenidos del conocimiento de su estructura anatómica, de sus funciones y de los mecanismos etiopatogénicos de las diferentes dermatosis. Por ello, a continuación se describen brevemente las características anatomofisiológicas de la piel.

La piel se conforma por tres capas, cuyas funciones son específicas (González 1971; Cruz ,2002):

- *Epidermis*.- Se trata de una capa externa que se renueva constantemente, por lo cual está cubierta de células muertas, debajo de las cuales existen las células escamosas. En la capa más interna se encuentra la membrana basal la cual se encarga de producir nuevas células. Las células basales empujan a las anteriores hacia el exterior de la piel. Éstas, una vez en la superficie, permanecen ahí para cumplir una función protectora hasta que finalmente se desprenden; dicho proceso se lleva a cabo durante un mes aproximadamente.

- *Dermis*.- Se halla debajo de la epidermis. Se conforma por una red densa de fibras de elastina y colágeno, capilares sanguíneos, nervios, lóbulos grasos, la base de los folículos pilosos y las glándulas sudoríparas.

- *Tejido subcutáneo*.- Se compone principalmente por grasa, protege los órganos internos y proporciona la elasticidad característica de la piel.

Autores como Macotela (1971) así como Dubrow y Adderly (2004) indican algunas de las principales propiedades de la piel: 1) *dura toda la vida*: tratada adecuadamente, nunca dejará de funcionar; 2) *se repara sola*: se repara de arañazos rápidamente, y si la herida fuera muy profunda, se reparará dejando sólo una cicatriz a nivel superficial; 3) *es elástica y flexible*: puede estirarse y contraerse tanto como una banda elástica, capacidad que recibe el nombre de elasticidad inmediata, también posee la cualidad de estirarse gradualmente aumentando varias veces su tamaño original y luego contraerse al tamaño que tenía, a lo que se le llama elasticidad a largo plazo; 4) *registra sensaciones*: aún cuando estamos dormidos la piel sigue trabajando, permitiéndonos detectar diversas sensaciones como la presión, textura, temperatura, suavidad y dureza, entre otras; 5) *resistencia*: es capaz de soportar la luz ultravioleta, lluvia ácida, quemaduras, golpes, abrasiones, entre otras; 6) *se limpia a sí misma*: restituye sin pausa su saludable capa de sebo y al hacerlo se mantiene limpia y libre de infecciones duraderas; 7) *es permeable*: permite la entrada de oxígeno, y capaz de absorber vapor de agua para mantenerse húmeda, pero la suficiente como para no inundarse; la absorción se realiza mediante los folículos pilosos.

No obstante la eficacia de la piel, Cruz (2002) advierte que las diferentes capas por las que está compuesta, pueden sufrir enfermedades o trastornos causados por diferentes agentes externos o internos, así como factores hereditarios, de constitución o nutricionales, infecciones por microorganismos o agentes contaminantes. Dentro de las principales afecciones de la piel encontramos: la dermatitis, eczemas, estrías, manchas, psoriasis, salpullidos, tumores, así como el acné; enfermedad que se desarrolla a continuación desde el enfoque de la medicina alópata.

2.2 Definición del acné

Conformar una definición amplia y precisa sobre una enfermedad no constituye una tarea sencilla. Al consultar material acerca de enfermedades dermatológicas podemos encontrar diversas definiciones sobre un mismo padecimiento, lo cual dificulta, en

buena medida, la elaboración de un constructo no excluyente y que facilite además una comprensión más o menos clara de su etiopatogenia.

Con relación a esto, Abad y cols. (1996) señalan que aunque el acné es una entidad clínica reconocida y diferenciada desde hace varios años en la literatura médica, aún no existe un acuerdo unánime sobre su patogenia y definición. Luego entonces, para tratar de comprender en qué consiste el acné, podríamos comenzar por determinar el origen del término. De acuerdo con Rossetti (2004) y Badillo (2001) el término ha sido atribuido a un error de traducción del griego ‘*akmee*’ que significa inicio o pico de la vida. De hecho, ambas autoras señalan que la palabra “acné” data del año 600 a.C. y que su primera aparición escrita se atribuye a Aetius Amidenus, médico del emperador Justiniano, a quien escribió en Constantinopla, transcribiendo el término ‘*akmee*’ al latín *acnae*. Posteriormente Rossetti (2004) refiere que la palabra cayó en desuso hasta el siglo XIX, cuando en 1809 reaparece en los textos ingleses para designar “manchas pequeñas y aisladas”. Más adelante la escuela francesa acuña el término, con la división clínica entre *acné simple o vulgar* y *acné rosácea*. Desde ese momento el concepto de acné quedó establecido en forma aparentemente definitiva para designar aquel trastorno cutáneo que surge por una obstrucción e inflamación del aparato pilosebáceo (Mena y Arroyo, 2000).

Hoy en día el padecimiento del acné está concebido como una enfermedad de tipo dermatológica y también como una enfermedad de tipo psicósomática. Por ello, en los siguientes dos apartados se concentran algunos elementos que conforman ambas concepciones.

2.2.1 El acné como enfermedad dermatológica

El acné está considerado, desde hace varios años, como una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes. Se presenta en diferentes formas y variaciones siendo el acné vulgar la más común de ellas. El acné vulgar ha sido definido generalmente como un proceso inflamatorio crónico de los folículos especializados de la piel denominados pilosebáceos (unión del pelo y de la glándula sebácea), conformado por la presencia de lesiones conocidas como pápulas, comedones, pústulas, nódulos, quistes, abscesos y cicatrices, los cuales se presentan principalmente en la cara, pero a menudo también afectan el cuello, tórax, espalda y antebrazos (Epstein, 1989; Arenas, 1990; Gaudio,

Rabinowitz y Leyden, 1993; Aeling, 1996; Tórtora y Anagnostakos, 1998; Dulanto, 2000; Habif, Campbell, Quitadamo y Zug, 2001; Rodríguez y Vargas, 2004).

2.2.2 El acné como enfermedad psicosomática

La perspectiva de lo psicosomático sostiene que el cuerpo es una entidad indivisible, por lo que debe estudiarse de manera integral. De hecho, autores como Solignac (1987) afirman que el movimiento psicosomático trata de superar a una medicina organicista, cada vez más especializada y local. La medicina psicosomática reconoce que las enfermedades actuales que afectan al hombre, como las dermatológicas, se deben a los efectos crónicos de la activación fisiológica prolongada al estar expuesto a riesgos psicosociales; sin embargo resulta extremadamente difícil determinar los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad psicosomática y su observación experimental. Al respecto Servín y cols. (2002) advierten que ha de tenerse cuidado al manejar el término psicosomático para evitar entender al acné como originado por problemas psicológicos, sino más bien habrá de entenderse en términos de una dirección “somato-psicológica” es decir, reconocer el efecto que el acné tiene sobre los procesos psicológicos de la persona que lo padece.

Ciertos trabajos sobre medicina psicosomática advierten que las emociones, acciones y pensamientos de las personas influyen de manera directa en el desarrollo de la enfermedad. Por su parte Mena y Arroyo (2000) mencionan que debido a la abundante dotación de receptores sensoriales muchas veces la piel manifiesta los estados emocionales de la persona, luego entonces resulta comprensible que la Asociación Psiquiátrica Americana englobe al acné dentro de las alteraciones psicosomáticas de la piel (Servín, et. al., 2002; Rodríguez, et. al., 2004).

2.3 Impacto epidemiológico, evolución clínica y algunos datos del acné

Es importante mencionar que la epidemiología ha aportado al campo de la investigación médica avances que se reflejan sobre todo en la producción de nuevos fármacos y en la elaboración de nuevas estrategias de prevención e intervención. La epidemiología no sólo ha aportado cifras y criterios para establecer estadísticas, sino que también ha permitido conocer la historia natural de las enfermedades.

2.3.1 Incidencia y prevalencia

Los conceptos de incidencia y prevalencia definen la frecuencia de una enfermedad en determinada población. La incidencia designa el número de personas que desarrollan la enfermedad por primera vez en un periodo de tiempo determinado, mientras que la prevalencia designa el número de personas afectadas por la enfermedad.

En México, donde más del 30% de la población tiene entre 10 y 24 años de edad, la incidencia del acné es muy alta, pues se ha observado que del 85 al 90% de los pacientes con acné son adolescentes con extensión hacia los 25 años de edad; sin embargo, también se ha encontrado con menor frecuencia en recién nacidos, lactantes, prepúberes y adultos (Mena y Arroyo, 2000; Gómez y Vidaurri, 2003). De hecho, en 1971 el acné ya abarcaba el 40 y 50% de las consultas diarias de dermatología de hospitales del país como el Centro Médico La Raza (Ahumada, Ramírez y Hernández, 1971). Según datos más recientes extraídos del departamento de Bioestadística del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, el 26.3% de consultas de dermatología en pacientes mayores de doce años correspondía a acné (Mena y Arroyo, 2000). Actualmente, el acné ocupa el primer lugar en la consulta dermatológica (Gómez y Vidaurri, 2003).

El acné afecta a ambos sexos, principalmente a los grupos de edades entre 10 a 17 años en mujeres y de 14 a 19 años en los varones, pudiendo aparecer por primera vez a los 25 años de edad. Se ha observado que su intensidad es mayor en los varones que en las mujeres sin embargo cuando se presenta después de la segunda década de la vida, la prevalencia cambia siendo mayor en las mujeres (Arenas, 1990; Dulanto, 2000; Santamaría, 2000; Fitzpatrick, Allen y Wolff, 2001; Habif, et. al., 2001).

De acuerdo con Mena y Arroyo (2000) el acné ocurre en todas las razas, no obstante existen diferencias de frecuencia e intensidad entre ellas. Al respecto Dubrow y Adderly (2004) comentan que tanto por razones fisiológicas como demográficas es más probable que una persona negra desarrolle acné que una blanca y también que sea más severo. Por el contrario, los asiáticos generalmente padecen menos acné.

2.3.2 Historia natural de la enfermedad

En cuanto a la historia natural o evolución de la enfermedad algunos autores han señalado que un caso típico de acné vulgar comienza en la pubertad y se resuelve

alrededor de los 20 años (Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993; Pérez y Calaña, 1995). Sin embargo, la evolución clínica del acné puede variar mucho de una forma transitoria en la infancia (acné en el neonato) a una forma de comienzo en la adolescencia o de comienzo en la vida adulta. El inicio puede ocurrir un poco antes en las niñas, pero el trastorno es raro en uno y otro sexo antes del décimo año (Launey y Land, 1986).

Durante las primeras etapas y en ocasiones durante toda la evolución de la enfermedad, predominan comedones no inflamados¹. Sin embargo, la mayoría de los pacientes experimentan clínicamente episodios de pápulas y de pústulas inflamadas en cierto momento durante su enfermedad. En ocasiones también se presentan nódulos y quistes inflamatorios más profundos. Aunque estas lesiones con frecuencia se resuelven de manera espontánea, pueden dejar cicatrices residuales. Todas las formas de acné por lo habitual experimentan resolución espontánea después de varios años; no obstante, las formas inflamatorias de acné tienden a dejar cicatrices permanentes (Ahumada, Ramírez y Hernández, 1971; Launey y Land, 1986; Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993).

2.3.3 Prevención, complicaciones y pronóstico

Pareciera que la prevención del acné al menos hasta nuestros días es algo que no ha sucedido. Epstein (1989) menciona que es imposible prevenir el acné. Por su parte, Beirana (1971) añade que el acné representa un paso casi obligado a la juventud por lo que la cautela debe ser la pauta en la conducta terapéutica, evitando la nieve carbónica, la radioterapia, la expresión de lesiones, pero sobre todo el daño psicológico.

En cuanto a las complicaciones de la enfermedad Ahumada, Ramírez y Hernández (1971) indican que en los casos más graves la complicación más frecuente es la infección secundaria, causada generalmente por estafilococos y otros gérmenes que conducen a las formas pustulosas y quísticas, las cuales dejan cicatrices deformantes y secuelas emocionales en los pacientes. Otros autores como Launey y Land (1986) han subrayado las dificultades de tipo psicológico, pues la enfermedad causa cierta vergüenza a gran parte de los pacientes, repercutiendo en la estabilidad emocional de manera considerable. Al respecto Barrón (2002) da énfasis a la incapacidad psicosocial que se puede originar a partir del padecimiento, así como al efecto de las cicatrices que quedan como secuelas del mismo en el desarrollo de psicopatologías significativas. De

¹ Los tipos de lesiones que se presentan en el acné se explican en el cuarto apartado de este capítulo.

igual forma se ha asociado al padecimiento del acné la pérdida considerable de peso, la anemia, la fiebre y la leucocitosis² (Launey y Land, 1986).

Por su parte, Santamaría (2000) comenta que el pronóstico de la enfermedad dependerá en gran medida de la severidad del tipo de acné y del estadio en el que se encuentre la misma, pues entre más temprano se inicie el tratamiento éste será más favorable dejando menos secuelas cicatrizales. Además, este mismo autor señala que el pronóstico también depende del control que adquiera el paciente y la adherencia al tratamiento que se logre.

Finalmente, Gaudio, Rabinowitz y Leyden (1993) advierten que el acné no tratado resulta una enfermedad devastadora, pues las cicatrices faciales así como las emocionales pueden persistir de por vida.

2.4 Etiología y patogenia de la enfermedad

Al hacer referencia sobre la etiología del acné Launey y Land (1986) mencionan que la causa precisa de la enfermedad se desconoce. Diversos autores coinciden en que se trata de una afección multifactorial. Al respecto, Santamaría (2000) señala que se hace referencia a un padecimiento multifactorial debido a que los elementos que le caracterizan se encuentran asociados. Frecuentemente alguno de los factores asociados es predominante o bien, existen causas que desencadenan la enfermedad o factores que empeoran su curso.

De acuerdo con algunos autores, este padecimiento involucra aspectos endocrinos que provocan la estimulación de las glándulas sebáceas, procesos infecciosos (gérmenes patógenos), procesos inflamatorios locales y la diferenciación del epitelio folicular, así como también la queratinización anormal del folículo pilosebáceo (Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993; Abad, et. al., 1996; Arroyo y Mena, 1998; Rodríguez y Vargas, 2004).

En cuanto a la patogenia del acné, Arroyo y Mena (1998) señalaron que ésta también es multifactorial. Por su parte, Abad y cols. (1996) indican que uno de los aspectos más debatidos es el inmunológico y también es de los menos esclarecidos. Así pues, existen factores que predisponen al paciente a padecer esta enfermedad y elementos que la desencadenan.

² Aumento en la cantidad de glóbulos blancos en la sangre.

2.4.1 Factores de predisposición

Hacer referencia a los factores de predisposición de una enfermedad, es hacer referencia a dos tipos básicamente: los factores hereditarios o genéticos y los factores familiares.

De acuerdo con Arenas (1990) y Aeling (1996) existen diversos factores que juegan un papel en la patogenia del acné, incluyendo entre ellos una predisposición hereditaria. Al respecto, Launey y Land (1986) señalan que los factores genéticos son importantes dentro de la complejidad de esta enfermedad. Kenneth (1985) menciona que el acné depende, en cierta medida, de una predisposición genética pues las personas con un antecedente familiar de la enfermedad presentan acné a edad más temprana y con mayor gravedad. Por su parte Dubrow y Adderly (2004) son contundentes al decir que el acné es genético, argumentando que cuando ambos padres sufren de acné tres de cada cuatro de sus hijos tienen altas probabilidades de compartir el problema. Aunque se desconoce el mecanismo exacto del papel del factor hereditario, parece ser que se trata de un gen autosómico³ dominante de penetración variable (Kenneth, 1985). Autores como Ahumada, Ramírez y Hernández (1971) indican que esta predisposición va acompañada también de una susceptibilidad individual para que se produzca la infección, así como la intolerancia para contener el sebo.

Por último, se ha referido que el acné de tipo conglobata⁴ es más común en varones blancos que negros, incluso algunos investigadores han encontrado que el acné es de mayor gravedad en aquellos con el genotipo XYY (Mena y Arroyo, 2000; Fitzpatrick, Allen y Wolff, 2001).

2.4.2 Factores fisiopatológicos

En el acné se han identificado cuatro factores muy importantes que son concomitantes en la evolución de la enfermedad, a saber:

- *Aumento de la secreción de sebo.*- Al iniciar la pubertad, el hipotálamo envía señales a la glándula pituitaria para que comience a producir nuevas hormonas que estimulen a las glándulas suprarrenales y a las gónadas las cuales han permanecido inactivas desde el nacimiento

³ Reciben esta denominación la variedad de cromosomas que no intervienen en la determinación del sexo.

⁴ La clasificación del acné se puede consultar en el cuarto apartado de este segundo capítulo.

(Tanner y Rattray, 1976). De esta forma se inicia la producción de andrógeno suprarrenal y gonadal, que son las hormonas andrógenicas producidas por el testículo como la testosterona y el androstenediol (ATL), así como el sulfato de dehidroepiandrosterona (DEHA) y la androstenediona (ATN), que podrían ser producidos por las glándulas suprarrenales y en menores cantidades por los ovarios; estas hormonas estimulan el tamaño y la producción de sebo de las glándulas sebáceas. Debido a que el estímulo principal de la actividad de la glándula sebácea es la hormona masculina, el varón tiende a padecer un acné más grave. Las mujeres en las que aparece un acné intenso tienden a presentar concentraciones ligeramente más altas de hormona masculina; pero no presentan virilización (Kenneth, 1985; Fitzpatrick, Allen y Wolf, 2001). En cuanto al sebo, se puede decir que es un material oleoso compuesto en su mayoría por triglicéridos. Al llegar el sebo a la superficie de la piel, una proporción de éstos se transforma en ácidos grasos libres los cuales tienen una función preponderante en la inflamación (Aeling, 1996; Mena y Arroyo, 2000).

- *Colonización de bacterias.*- Dos procesos importantes confluyen dentro de este factor desencadenante. Por un lado, el aumento de sebo actúa como sustrato para la proliferación y crecimiento de bacterias tales como los *Staphylococcus epidermis*, *Pityrosporum ovale*, *P. orbiculare* y *Propionibacterium acnes* (Aeling, 1996; Mena y Arroyo, 2000; Santamaría, 2000; Rodríguez y Vargas, 2004). Por otro lado, en un estudio realizado por Abad y cols. (1996) sobre inmunidad celular y acné, se reportó que el 64% de los pacientes con esta enfermedad presentaban una inmunidad disminuida respecto a la norma, mientras que el 36% se encontraban dentro de los rangos normales. Indican además una correlación entre el grado de intensidad de la enfermedad y el grado de la inmunidad celular, pues a medida de que el grado de intensidad del acné es mayor, la inmunidad del paciente es menor.

- *Hiperqueratinización con obstrucción del conducto pilosebáceo.*- Tanto el sebo como los ácidos grasos inducen un cambio en el mecanismo de

queratinización en la unidad pilosebácea, de forma que el material queratinoso se vuelve más denso y bloquea la secreción del sebo formando un tapón en la luz folicular. Esta hiperqueratosis⁵ por retención se manifiesta, clínicamente, como comedones cerrados (espinillas blancas) y comedones abiertos (espinillas negras). El material formado es un cuerpo sólido, café y semejante a una semilla conformado por fragmentos de pelo, lípido, queratina, microorganismos y materia extraña (Mena y Arroyo, 2000).

- *Inflamación.*- Las lesiones inflamatorias se forman en asociación con comedones cerrados. Este proceso está a la par de las cantidades crecientes de ácidos grasos libres en el sebo. Los comedones cerrados son las lesiones primarias que permiten que el folículo se siga inflamando lo que lleva a la formación de pápulas y pústulas. Después de la ruptura del folículo y propagación de irritantes y bacterias en la dermis circundante, se forman nódulos y quistes; éstos se curan principalmente por cicatrización (Aeling, 1996).

2.4.3 Factores desencadenantes

Aunque diversos especialistas coinciden en que se trata de un padecimiento multifactorial, los elementos que unos y otros enuncian como causantes o agravantes de la enfermedad son contrastantes. De manera general han sido identificados tres agentes desencadenantes principales, a saber, los ambientales, los emocionales y los alimenticios.

2.4.3.1 Factores ambientales

Dentro de este grupo de factores se hallan los de tipo climatológicos y los contaminantes. Respecto a los primeros, Launey y Land (1986) refieren que el curso de la enfermedad es crónico pero fluctuante, con tendencia a mejorar durante el verano, sin embargo señalan una exacerbación considerable en pacientes expuestos a

⁵ También recibe el nombre de hipercornificación.

un clima húmedo y caluroso. De igual forma, Fitzpatrick, Allen y Wolff (2001) comentan que durante el otoño y el invierno la enfermedad tiende a empeorar.

Hablando de los desencadenantes ambientales las autoridades sanitarias han responsabilizado al uso de plaguicidas elaborados con Contaminantes Orgánicos Persistentes (COP) de generar problemas a la salud dependiendo de la cantidad en que se encuentren en el organismo. Han sido identificados problemas tales como el cloracné o acné, la propensión al cáncer y los trastornos hormonales. De igual manera se han reportado casos de abortos no provocados, leucemia, daños al hígado, a los riñones, a los pulmones, a la tiroides y al sistema nervioso central, así como trastornos cognitivos del aprendizaje y anomalías congénitas (Bazán, 2002).

2.4.3.2 Factores emocionales

La relación que tiene el padecimiento del acné con las emociones ha sido notificada por múltiples autores. Por ejemplo Ahumada, Ramírez y Hernández (1971) han observado la exacerbación del acné durante las crisis emocionales de una persona lo que indica una participación activa del sistema nervioso en los brotes. Por su parte Fitzpatrick, Allen y Wolff (2001) así como Dubrow y Adderly (2004) han mencionado que el estrés causa, sin duda alguna, una exacerbación de esta enfermedad, sin embargo la descripción exacta acerca de cómo se establece el vínculo acné-estrés es aún terreno de discusión.

2.4.3.3 Factores alimenticios

Según autores como Habif y cols. (2001) han indicado que los alimentos grasos causan obesidad, más no acné. En lo anterior coinciden Fitzparick, Allen y Wolff (2001) quienes señalan que el acné no es causado por la ingesta de chocolates, y que de hecho por ningún otro tipo de alimento. Por su parte Ahumada, Ramírez y Hernández (1971) y Epstein (1989) sugieren que la ingesta de ciertos alimentos, si bien no causan la enfermedad, si pueden agravarla, pues el abuso de alimentos con alto contenido en lípidos y carbohidratos contribuye al aumento del flujo graso; correspondiendo entonces a cada persona identificar qué alimentos inciden o están relacionados con el surgimiento de nuevos brotes.

2.5 Formas clínicas del acné

A continuación se exponen los tipos de lesiones que se presentan en el acné. Asimismo se presentan dos de las principales formas en que se clasifica la enfermedad.

2.5.1 Tipos de lesiones y cicatrices ocasionadas por el acné

Como ya se mencionó en el primer apartado de este capítulo, el acné se caracteriza por la presencia de diferentes tipos de lesiones, entre los que destacan los comedones (abiertos y cerrados), las pústulas, las pápulas, los quistes y los nódulos. Veamos a continuación en qué consiste cada una de ellas.

- *Comedones.*- La lesión primaria del acné es el comedón, el cual es un cilindro celular conformado por pelo, lípido, microorganismos y materia extraña. Su cuerpo es sólido semejante a una semilla con punta gris o negra. Hay dos tipos de comedones: los cerrados y los abiertos. Los comedones cerrados al principio se comunican con la superficie sólo a través de una diminuta apertura; una vez que ha aumentado de tamaño, dilata el poro para hacerse visible como “espinilla” y es entonces cuando se habla de comedones abiertos. En este tipo de lesión el componente inflamatorio es casi nulo (Ahumada, Ramírez y Hernández, 1971; Launey y Land, 1986).

- *Pústulas.*- Es una lesión común de la piel que contiene en su interior linfa o material purulento (pus), lo cual aumenta su severidad. Se trata de una protuberancia circunscrita conformada por un conjunto de leucocitos. Por lo general su coloración es pardusca o amarillenta y su tamaño es variable. Este tipo de lesión se presenta generalmente en pacientes susceptibles a infecciones por estafilococos y suele ser una lesión dolorosa (Ahumada, Ramírez y Hernández, 1971; Cahill y Bowen, 1988; Habif, et. al., 2001; Badillo, 2001).

- *Pápulas.*- Se trata de una lesión palpable, de aspecto protuberante, sólida, de alrededor de 0.5cm de diámetro cuya coloración en el acné es

rojiza. Pueden aparecer de manera aislada o en conjunto formando placas, generalmente las lesiones sufren procesos inflamatorios manifestados por pápulas y eritema. Se localizan con mayor frecuencia en mejillas, mentón y en ocasiones en la región submandibular (Cahill y Bowen, 1988; Habif, et. al., 2001; Badillo, 2001).

- *Quistes*.- Se trata de una vejiga membranosa de aspecto gelatinoso que se forma dentro del cuerpo y cuyo contenido es líquido. Esta variante es consecutiva al tipo inflamatorio grave (Ahumada, Ramírez y Hernández, 1971).
- *Nódulos*.- Es una elevación circunscrita, sólida, firme y pequeña que mide más de 0.5cm de diámetro, la cual suele acompañarse de cambios en la coloración de la piel. Cuando un nódulo rebasa el tamaño mencionado llega a ser denominado como tumor (Cahill y Bowen, 1988; Habif, et. al., 2001).

De igual forma, son características las cicatrices ocasionadas por las lesiones del acné. Éstas son secuela del proceso de curación de la piel, el cual comienza en el momento en que se forma la herida y sigue desarrollándose al menos durante un año. Algunas de las más comunes son las siguientes:

- *Depresiones*.- Pueden variar de tamaño desde aberturas muy pequeñas hasta profundas y accidentadas.
- *Hipertróficas*.- Se presentan a manera de abultamientos fibrosos y gruesos que se forman en la superficie de la piel.
- *Atróficas*.- Semejantes a parches deprimidos y finos en la piel.

Cabe mencionar que el pellizcar las lesiones contribuye al deterioro de la piel, pues al manipularlas se corre el riesgo de irrigar el contenido del folículo inflamado a otras áreas aumentando la infección debajo de la superficie, además de que aumenta la

posibilidad de rasgar la membrana basal, hecho que generalmente produce cicatrización (Cruz, 2002; Dubrow y Adderly, 2004).

2.5.2 Clasificaciones del acné

El acné ha sido catalogado de diferentes maneras. Sin embargo, como lo comentan Barrón (2002), Torres y cols. (2003) en la actualidad se ha convenido utilizar dos clasificaciones: 1) *la de Kligman y Plewig*, basada en el conteo cuidadoso de las lesiones dermatológicas del paciente; y 2) *la empleada por la Academia Americana de Dermatología* que clasifica el acné en leve, moderado o severo. A decir del grupo que conformó el Primer Consenso Mexicano para el Manejo del Acné en el 2001, la utilización de la primera clasificación se recomienda sólo para fines de investigación, mientras que la modificación presentada en dicho Consenso a la segunda, resulta la más adecuada para la práctica clínica. A continuación se presenta esta última clasificación:

Acné no inflamatorio (comedones)	Acné inflamatorio (papulopústulas)	Formas especiales de acné
<ul style="list-style-type: none"> - Leve - Moderado - Severo 	<ul style="list-style-type: none"> - Leve - Moderado - Severo 	<ul style="list-style-type: none"> - Acné conglobata - Acné <i>fulminans</i> - Síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pioderma gangrenoso, hiperostosis y osteítis) y de PAPA (pioderma gangrenoso, acné y artritis piógena)

Tabla 1. Modificación realizada a la clasificación del acné de la Academia Americana de Dermatología, por el Primer Consenso Mexicano para el Manejo del Acné en el año 2001.

Por otro lado, a través del tiempo se ha ido desarrollado lo que podríamos llamar una clasificación por tipología, pues ordena al acné en diferentes tipos o variantes que en ocasiones reciben su nombre debido a las causas o a las lesiones que lo caracterizan. Dentro de estas variaciones encontramos las siguientes:

a) *Acné actínica*.- Es una forma de acné papular inflamatorio que aparece en ciertos individuos después de la exposición a la luz solar. Parece que en ellos la luz ultravioleta altera la queratinización folicular, estimulando así el surgimiento del acné.

b) *Acné conglobata*.- Es una variante rara pero es la más grave de acné noduloquístico que se fusionan y se extienden bajo la piel produciendo fístulas interconexas y senos altamente inflamados. Es más común en varones y su tratamiento es menos satisfactorio que en otras formas de acné. Presenta cicatrización grave y la localización de las lesiones es, en su mayoría en el tronco (Launey y Land, 1986; Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993; Fitzpatrick, Allen, y Wolff, 2001).

c) *Acné cosmética*.- Es una forma leve de acné en la cual predominan los comedones no inflamatorios. Con frecuencia comienza en la vida adulta entre los 30 y 50 años de edad. Su inicio es desencadenado por un uso duradero de cosméticos comedogénicos debido a las sustancias que contienen como la lanolina o vaselina. En esta variante se ha observado una respuesta satisfactoria en el uso de tetraciclinas como terapéutica, previa suspensión del cosmético en cuestión (Launey y Land, 1986; Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993).

d) *Acné “detergens”*.- Éste se produce en personas que exageran el lavado de la cara, incluso con jabones antisépticos.

e) *Acné excoriada*.- Variante que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres jóvenes en las que predominan las lesiones con excoriaciones superficiales, ello provocado por la tendencia a rascar y manipular las lesiones. En la terapéutica de esta variante se hace énfasis en el control de la pellizcadura obsesiva por lo que se recomienda ayuda psicológica (Launey y Land, 1986; Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993; Habif, et. al., 2001).

f) *Acné fulminante*.- Ésta es una variante del acné conglobata pero mucho más severa. Se caracteriza por la presencia de quistes severos, supuración y ulceración (Álvarez y Carrillo, 2001). También causa malestar general, fatiga, fiebre y pérdida de peso. Se distingue por el comienzo explosivo de lesiones dolorosas que posteriormente se convierten en cicatrices. Autores como Fitzpatrick, Allen y Wolff (2001) señalan que esta variante se presenta regularmente en varones jóvenes entre los 13 y 17 años de edad. Sin embargo, Álvarez y Carrillo (2001) consideran que esta variante no sólo se presenta en dicho rango de edad, pues reportan el caso de un paciente de 37 años. Su

localización es predominante en partes superiores del tronco, nalgas, extremidades, cuello y cara. Aunque su origen aún no es claro se asocia a una inmunodeficiencia (Aeling, 1996). El tratamiento de este tipo de acné exige una terapia combinada con agentes tópicos, antibióticos sistémicos, agentes antiinflamatorios y retinoides.

g) Acné inducida por fármacos.- Variante papular inflamatoria leve con tendencia a presentarse en tórax, espalda, hombros y cara. Aparece después de una terapia sistémica con corticosteroides. Las erupciones medicamentosas acneiformes carecen de comedones e incluso se ha llegado a decir que no se trata de una variante del acné. Algunas de las manifestaciones acneiformes están relacionadas con el uso de antidepresivos, fármacos indicados en el tratamiento de la tuberculosis, medicamentos antiepilépticos, halógenos, yoduros, bromuros, isoniacida, carbonato de litio, quinina, hidrato de cloral y corticoesteroides. En el caso de éste último se aprecia una erupción papular inflamatoria leve que se presenta en la parte superior del tórax, espalda y hombros, y en ocasiones en la cara de dos a cinco semanas después de que han sido administrados los esteroides (Launey y Land, 1986; Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993; Aeling, 1996; Habif, et. al., 2001).

g) Acné infantil.- Generalmente comienza después del medio año de vida y puede persistir hasta los cinco años, es raro que siga más adelante. Esta variante es poco común y es más frecuente en varones. De acuerdo con Launey y Land (1986) pueden presentarse algunas pápulas y pústulas, y rara vez manifestaciones más graves. Sin embargo, Aeling (1996) refiere que su afección puede ser severa caracterizada por la presencia de nódulos, quistes y comedones, además de que este autor indica que existe una correlación entre el padecimiento de esta variante y su reincidencia en etapas ulteriores.

h) Acné mecánico.- Es el que se produce debido al uso prolongado de cascos, bandas, cuello alto o cualquier elemento que ocasione roce, presión o fricción.

i) Acné neonatal.- Es una variante que se ha observado en los recién nacidos. Con menos frecuencia esta variante aparece hasta los tres o cuatro meses de edad o incluso después. La localización de los comedones es en el rostro, especialmente en las mejillas (Launey y Land, 1986). Es más común en los niños que en las niñas. Se trata de una

afección poco severa que retrocede generalmente de manera espontánea alrededor de los seis meses de edad. Este tipo de acné no está asociado a una incidencia en momentos posteriores de la vida (Aeling, 1996).

j) Acné ocupacional.- Se refiere al tipo de acné que afecta a algunas personas que trabajan en medios aceitosos o grasosos, en talleres mecánicos o cerca de una refinería de petróleo (Kenneth, 1985).

k) Acné peribucal.- Clásicamente se lo ha denominado “acné hipoestrogénico”, ya que es más frecuente en jóvenes con alteraciones clínicas de su menstruación, habitualmente con tendencia a grandes retrasos (ciclos de 40 ó más días). Clínicamente se observan escasas lesiones, habitualmente como papulopustulosas profundas en la piel peribucal, especialmente en zona baja de comisuras bucales y mentón. Son muy recidivantes con lo que la alteración se mantiene muchos meses.

l) Acné queloideo.- Se presenta en personas con tendencia a formar cicatrices hipertróficas; la región afectada con más frecuencia es la esternal, así como el dorso del tórax (Ahumada, Ramírez y Hernández, 1971).

m) Acné venenata.- Es un subtipo de acné crónico que en ocasiones dura años o incluso décadas. Se da por contacto directo, por inhalación o por ingesta. Se caracteriza por la presencia de numerosos comedones. Su localización principalmente es en la cara, cuello, axila, escroto y pene; pero en casos extremos afecta también al cuero cabelludo. Este tipo de acné está provocado por sustancias que obstruyen el folículo pilosebáceo externamente; el más común es el “cloracné”, producido por hidrocarburos clorados que están presentes en pinturas, barnices, lacas y fabricación de DDT (Aeling, 1996).

2.6 Manifestaciones clínicas de la enfermedad, evaluación y diagnóstico

En cuanto a las manifestaciones clínicas del acné, se puede decir que la erupción es una mezcla polimorfa de lesiones que generalmente se presentan en las zonas mayormente seboreicas como son la cara, la frente, las mejillas, el dorso de la nariz y el mentón; a veces se extienden al cuello, pecho y espalda. La distribución de las lesiones es bilateral

y aproximadamente simétrica. En la enfermedad grave las lesiones también pueden observarse en las extremidades, las nalgas y el cuero cabelludo (Launey y Land, 1986; Valle, Barajas, Sentíes y Zurita, 1990; Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993). Sin embargo, Badillo (2001) puntualiza que la localización primaria del acné está distribuida de la siguiente manera: en la cara 99%, en el pecho 15% y en la espalda y hombros 6%.

En cuanto a los síntomas del acné se ha indicado mayor secreción de sebo, la sensación de un cutis grasoso, inflamación y enrojecimiento de las zonas afectadas y en ocasiones dolor en dichas regiones. La mayoría de las lesiones del acné son asintomáticas.

2.6.1 Evaluación del acné

Este apartado está destinado a revisar algunos aspectos de la evaluación médica que permiten la realización de un diagnóstico, la cual se lleva a cabo a través de la realización de la historia clínica.

2.6.1.1 Historia clínica: interrogatorio y exploración física

El diagnóstico de las enfermedades se fundamenta en la historia clínica, herramienta empleada para la obtención de información detallada acerca del curso de la enfermedad, relación con otras enfermedades y la posible prevención de posteriores enfermedades.

Mediante el empleo de la historia clínica se describe de manera minuciosa las características de los síntomas, las causas desencadenantes y las situaciones que producen alivio. Después se recurre a la exploración física la cual consiste en un examen detallado abarcando cada uno de los aparatos y sistemas del cuerpo.

Específicamente, el interrogatorio en el caso del acné está orientado a identificar enfermedades asociadas al mismo, así como también aquellos factores que causan la exacerbación de los síntomas, los tratamientos previos y el esquema actual de cuidados de la piel. Del mismo modo consiste en indagar los antecedentes patológicos, incluyendo alergias, exantemas previos u otros trastornos cutáneos, infecciones, enfermedades de la niñez, enfermedades de transmisión sexual y neoplasias. Así mismo, se interroga si el paciente en fechas recientes sufrió de alguna picadura o mordeduras de insectos o roedores, si estuvo expuesto por periodos largos al los rayos solares, si estuvo

expuesto al contacto con personas afectadas por infecciones, o si empleó algún tipo de producto químico. Así mismo, se hace hincapié en la duración de las lesiones y la época del año en la que aparecen y/o se exacerban. Finalmente, se elabora una anamnesis⁶ farmacéutica completa (Cahill y Bowen, 1988; Fitzpatrick, Allen y Wolff, 2001).

En cuanto a la exploración física que se lleva a cabo en pacientes con acné, autores como Cahill y Bowen (1988) indican que lo primero que se evalúa es el exantema papular tomando en cuenta su coloración, configuración y localización. Acto seguido, se averigua cuándo hizo erupción y si el paciente ha notado cambios físicos del exantema desde su aparición. Finalmente, se evalúa si hay escozor, sensación de quemadura, dolor e hipersensibilidad anormal. Del mismo modo se pide al paciente describa los signos y síntomas asociados a las lesiones identificadas, tales como fiebre, molestias gastrointestinales, entre otros.

2.6.1.2 Estudios de gabinete, hallazgos de laboratorio y pruebas

Generalmente es innecesario realizar pruebas de laboratorio o un estudio histopatológico en presencia del acné, ya que su diagnóstico debe ser clínico. Los análisis bioquímicos del sebo así como los microscópicos y microbiológicos de la unidad pilosebácea deben ser a nivel experimental y con fines de investigación (Mena y Arroyo, 2000). No obstante, en los casos de mujeres con acné persistente, está indicada la realización de estudios de laboratorio sobre todo si existe la evidencia de un estado hiperandrogénico (Habif, et. al, 2001). Cabe mencionar que Fitzpatrick, Allen, y Wolff (2001) señalan que en la inmensa mayoría de los pacientes con acné se han observado niveles hormonales normales al realizarse dichas pruebas. Ante esta disparidad de puntos de vista, en el 2001 el Consenso Mexicano para el Manejo del Acné sugirió que las pruebas de laboratorio que deben solicitarse para comenzar un tratamiento a esta enfermedad son una biometría hemática completa, química sanguínea, prueba de función hepática, perfil de lípidos y triglicéridos (Torres, et. al., 2003).

⁶ Indagatorio o interrogatorio.

2.6.1.3 Diagnóstico y diagnóstico diferencial

El diagnóstico del acné es relativamente sencillo, de hecho con frecuencia la persona acude a consulta conociendo el nombre del padecimiento (Mena y Arroyo 2000).

Sin embargo, el acné vulgar debe diferenciarse de otras patologías acneiformes. La diferenciación diagnóstica de esta enfermedad puede hacerse sobre la base de los criterios clínicos; no son necesarios estudios de laboratorio para establecer un diagnóstico diferencial en este padecimiento. La combinación de comedones, pápulas, pústulas, nódulos y quistes en una distribución característica resulta diagnóstica. Incluso, se ha llegado a decir que el comedón es patognomónico⁷ del acné. No obstante, se deben tener en cuenta los trastornos que pueden simular acné, tales como erupciones acneiformes características de la dermatitis perioral o peribucal, erupciones medicamentosas, rosácea, foliculitis, candidiasis, psoriasis pustulosa, elaiconiosis⁸ y otros menos comunes como sífilides, enfermedad de Favre y Racouchot, por mencionar algunas (Ahumada, Ramírez y Hernández, 1971; Launey y Land, 1986; Arenas, 1990; Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993; Mena y Arroyo, 2000; Habif, et. al., 2001).

2.7 Tratamiento del acné

Dentro de los procedimientos que se emplean con mayor frecuencia como parte del tratamiento del acné encontramos los de tipo farmacológico y quirúrgico, así como recomendaciones a nivel higiénico y de dieta, entre otras. Sin embargo, autores como Fonte, Domínguez, Pichardo y Hojyo (2003) indican que el tratamiento depende del tipo de cicatriz o lesión.

Respecto al manejo terapéutico de los pacientes con acné, Ahumada, Ramírez y Hernández (1971) aclaran que éste es complicado y que debe hacerse de manera personalizada. Será entonces responsabilidad del especialista determinar que vías utilizará para su intervención. No obstante, Badillo (2001) señala que su tratamiento estará gobernado por cuatro principios u objetivos fundamentales: 1) corregir el patrón alterado de queratinización folicular; 2) disminuir la actividad de las glándulas

⁷ El término patognomónico se emplea para hacer referencia al síntoma propio de una enfermedad y cuya constatación da un diagnóstico exacto.

⁸ Elaiconiosis es el término que se emplea para referir el acné por contacto o mecánica.

sebáceas; 3) disminuir la población bacteriana folicular mediante la inhibición de los gérmenes bacterianos; y 4) reducir la inflamación.

2.7.1 Tratamiento farmacológico

De acuerdo con Arroyo y Mena (1998) en los últimos tiempos se han producido pocos cambios en cuanto al tratamiento farmacológico del acné. Estos cambios han estado fundamentados en la graduación de las dosis del fármaco administrado o bien, en la incorporación de nuevas pautas basadas en la utilización de los medicamentos ya conocidos.

Para este tipo de tratamiento han sido empleados medicamentos de aplicación tópica y/o de tipo oral. Cabe recalcar que a pesar de que se han detectado medicamentos exitosos en el tratamiento de la enfermedad, la terapéutica a seguir se apegará en todo momento a las características de cada paciente.

2.7.1.1 Tratamientos tópicos

Dentro de los tratamientos tópicos se hallan antibióticos de amplio espectro, así como antihistamínicos y desinflamatorios. Veamos algunos de los más comunes:

- *Clindamicina*.- Es uno de los antibióticos tópicos más frecuentes pues reduce el crecimiento del *P. acnes* así como la inflamación. Este fármaco presenta un efecto colateral raro, pues es capaz de producir colitis pseudomembranosa por lo que se deberá discontinuar su uso en caso de presentar diarreas u otros trastornos gastrointestinales (Launey y Land, 1986; Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993; Mena y Arroyo, 2000).

- *Eritromicina*.- Igual que el anterior, la eritromicina está considerada dentro de los antimicrobianos de mayor uso por tratarse de antibióticos de amplio espectro y con buena tolerancia en los pacientes a los que se les administra (Kenneth, 1985; Launey y Land, 1986; Mena y Arroyo, 2000).

- *Peróxido de benzoílo*.- Se trata de un agente antimicrobiano que ejerce una actividad oxidante, por lo que penetra en el poro liberando así el oxígeno dentro del conducto sebáceo haciendo que el *P. Acnes* muera por tratarse de un microorganismo anaerobio. En pacientes bajo este tratamiento se ha observado una reducción de las lesiones inflamatorias en un lapso de ocho a doce semanas (Kenneth, 1985; Goodman, Rall, Nies, y Taylor, 1990; Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993; Santamaría, 2000).

- *Ácido salicílico*.- Fármaco auxiliar empleado en pacientes que presentan irritación ante el uso de la tretinoína. Éste actúa disminuyendo la cantidad de lesiones y contraataca la obstrucción del folículo (Dubrow y Adderly, 2004).

2.7.1.2 Tratamientos orales

Dentro del tratamiento que se administra por la vía oral podemos ubicar un grupo más amplio de antibióticos, así como también un conjunto de hormonas, los llamados retinoides⁹ y otros tratamientos auxiliares.

2.7.1.2.1 Antibióticos

En cuanto al tratamiento sistémico vía oral se encuentran los siguientes antibióticos:

- *Tetraciclinas*.- Son conocidas como antibióticos de amplio espectro. Este medicamento inhibe la síntesis de proteínas de las bacterias lo que evita su reproducción. Así, se impide la conversión de triglicéridos a ácidos grasos libres los cuales tienen un papel importante en la inflamación cutánea. Cabe mencionar que el medicamento actúa evitando la formación de nuevas lesiones y no sobre las ya existentes

⁹ Preparación farmacéutica de vitamina A.

(Falconer, Sheridan, Patterson y Gustafson, 1981; Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993; Mena y Arroyo, 2000).

- *Minociclina.*- Otro de los antibióticos es la minociclina, el cual es un derivado de la tetraciclina. Su efecto es mayor que la eritromicina pero con el inconveniente de que es más costoso en comparación de otros tratamientos. Dentro de sus efectos colaterales se pueden distinguir mareos, náuseas, así como pigmentación anormal de la piel (Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993).

- *Eritromicina.*- El tercer antibiótico usado es la eritromicina la cual es más económica que la anterior pero su efecto es menor que el de las tetraciclinas. Uno de los efectos adversos del uso de este fármaco es el malestar gastrointestinal (Launey y Land, 1986; Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993). Como se mencionó con anterioridad se trata de un antibiótico de amplio espectro.

2.7.1.2.2 Hormonas

De acuerdo con Ahumada, Ramírez y Hernández (1971) los estudios realizados por Strauss y colaboradores han demostrado con claridad que el uso de hormonas resulta de gran utilidad en el tratamiento del acné debido a la reducción que producen en la actividad glandular. Sin embargo, muchos autores discuten el uso terapéutico de éstas debido a los efectos indeseables que generalmente producen.

Según autores como Launey y Land (1986) refieren que los estrógenos a dosis suficientes suprimen el acné, pero producen efectos secundarios en pacientes jóvenes. El uso de anticonceptivos puede ser utilizado para controlar el acné nódulo-quístico en mujeres adultas (Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993). Sin embargo, Goodman y cols. (1990) indican que el tratamiento con estrógenos es efectivo no sólo en el acné en mujeres sino también en hombres, ya que suprime las gonadotrofinas y la secreción gonadal de andrógenos, pero su aplicación en pacientes masculinos está limitada. Según autores como Mena y Arroyo (2000) puede haber influencia hormonal patológica manifestada por un inicio tardío con la presencia de brotes premenstruales, distribución baja en la cara, exceso de grasa facial, hirsutismo, alopecia y alteraciones menstruales.

2.7.1.2.3 Retinoides

Los retinoides aumentan la diferenciación de las células epiteliales, inhiben la queratinización y secreción sebácea, estimulan la síntesis de proteínas y facilitan la de otras. La administración de los retinoides vía oral está indicada en el tratamiento de casos graves de acné. El uso de este tipo de productos implica un alto costo, estricta vigilancia al administrarlos y la posibilidad de efectos adversos como la hipervitaminosis. Por lo tanto, está indicado vía tópica como una de las mejores formas para el tratamiento de comedones (Goodman, et. al., 1990; Fitzpatrick, Allen y Wolff, 2001; Mena y Arroyo, 2000). Los retinoides que con mayor frecuencia se emplean son:

- *Tretinoína*.- Se trata de un preparado tópico cuyo empleo en el tratamiento del acné data de la década de los sesentas. La función de este fármaco es normalizar la queratinización acroinfundibular. Algunos de los efectos adversos incluyen la fotosensibilidad y el eritema cutáneo, sin embargo no se han reportado malformaciones en productos cuando el fármaco ha sido suministrado durante el embarazo (Goodman, et. al., 1990).

- *Isotretinoína*.- Se trata de un derivado del retinoide etritinato el cual produce un efecto impresionante y útil sobre el acné, sin embargo apremia tener cuidado con la aplicación de estos fármacos en el tratamiento de dermatosis benignas. Para Goodman y cols. (1990) este fármaco disminuye el tamaño de las glándulas sebáceas y altera la queratinización del acroinfundíbulo glandular; este último efecto inhibe el cierre del poro. Según Gaudio, Rabinowitz y Leyden (1993) un tratamiento con una dosis adecuada durante cinco meses puede lograr supresión de sebo con la consecuente casi-erradicación del *P.acnes*. En más del 90% de los casos reportados hay una remisión de la enfermedad sin medicación ulterior e involución de las lesiones, incluyendo las más graves. Del mismo modo, Aeling (1996) ha mencionado que este tipo de retinoide está indicado para tratar el acné nódulo-quistico y al acné vulgar que no ha respondido al tratamiento convencional. Para este último autor constituye la primera opción en

pacientes con acné fulminante. Sin embargo está contraindicado en mujeres embarazadas por reportarse una alta incidencia de abortos y malformaciones en los productos en aquellas en las que fue suministrado el fármaco. De igual forma, los pacientes deberán estar alertas a su susceptibilidad a quemaduras solares (Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993). De acuerdo con el Consenso Mexicano para el Manejo del Acné en la actualidad la reacción cicatrizal grave así como las repercusiones psicológicas derivadas de la enfermedad han sido criterios para prescribirlo cuando el médico así lo considera necesario (Torres, et. al., 2003). Así mismo, este grupo de dermatólogos, han subrayado la diferencia sustancial que existe entre Estados Unidos y México respecto al manejo de este medicamento, pues en el primero existe una normatividad que regula la solicitud de una prueba de embarazo previa al uso del mismo, así como la aplicación de dos métodos anticonceptivos; mientras que en nuestro país esta práctica no está regulada y queda a criterio del médico una situación tan delicada (Goodman, et. al., 1990)

- *Etretinato*.- Se trata de otro retinoide de tipo aromático, el cual ha sido empleado para el manejo de enfermedades dermatológicas, principalmente las psoriasis. Al respecto, Goodman y cols. (1990) advierten que este tipo de retinoide no tiene tantas propiedades sebosupresoras por lo que se disminuye su valor en el tratamiento del acné.

2.7.2 Tratamientos quirúrgicos

Autores como Enríquez, De Alba, Lemm y Quintana (1998) señalan que dentro del tratamiento quirúrgico existen diversas técnicas. Las más utilizadas en la actualidad son el peeling (superficial, medio y profundo), dermoabrasión, láser abrasión y técnicas de relleno, tales como los implantes de colágeno, fibrel, microlipoinyección y silicón. Sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en tres procedimientos:

- *Extracción de comedones.*- Se emplea el sacacomedones para la resolución de comedones abiertos y en combinación con una lanceta para extraer comedones cerrados. El uso frecuente de esta técnica puede generar cicatrices (Kenneth, 1985; Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993).

- *Dermoabrasión.*- Este tipo de procedimiento se emplea sobre las lesiones cicatrizales lo cual para algunos autores como Ahumada, Ramírez y Hernández (1971) resulta de utilidad. Este procedimiento se realiza con un aparato que tiene un cepillo de alambre de acero rotatorio. La zona de incidencia deberá estar previamente anestesiada (de manera local) mediante el uso de un refrigerante. Los resultados inmediatos son evidentes, sin embargo en algunas ocasiones las manchas pigmentarias pueden empeorar el aspecto del paciente y en casos de dermoabrasión profunda, producir cicatrices irreparables.

- *Incisión y drenaje de los quistes.*- Los quistes grandes e inflamados pueden ser incididos con hoja de bisturí o bien ser aspirados con aguja (Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993).

2.7.3 Tratamiento higiénico-dietético

Algunos autores mencionan como parte del tratamiento considerar medidas generales de higiene, tales como el lavado frecuente, el uso de jabones y astringentes, evitar la manipulación de lesiones, así como también tratar de que la persona con acné sea constante en su tratamiento y paciente, pues por lo general el efecto de los tratamientos puede variar de días a meses. Según Ahumada, Ramírez y Hernández (1971) este tipo de tratamiento tiene como finalidad mantener el mínimo de microorganismos en la piel, evitando infecciones por lo que se recomienda al paciente el aseo facial con jabón neutro por lo menos tres veces al día con agua caliente para favorecer el reblandecimiento de los comedones. Asimismo, se deberá evitar la fatiga física y aumentar los tiempos de reposo.

Sin embargo, en cuanto a la dieta que deben seguir los pacientes con acné diversos autores señalan la necesidad de evitar ciertos alimentos mientras que otros dicen que se trata de un mito relacionado con el acné. Ahumada, Ramírez y Hernández (1971) son

algunos de los autores que coinciden en que para mantener un control adecuado del paciente con acné es necesario también contar con una dieta balanceada, evitando el exceso de grasa y carbohidratos. Sin embargo, autores como Launey y Land (1986) mencionan que las dietas son molestas y poco útiles en el tratamiento del acné.

2.7.4 Otros tratamientos de la enfermedad

Autores como Gaudio, Rabinowitz y Leyden (1993) consideran que la educación de los pacientes y la desmitificación en torno a la enfermedad son auxiliares importantes de la terapéutica. Por su parte Kenneth (1985) advierte que otro de los tratamientos empleados para pacientes en los que no está indicado el uso de antibióticos, se ha utilizado como tratamiento placebo dosis de vitamina A hidrosoluble y que por ejemplo en el caso de pacientes con acné inflamatorio grave, se han obtenido resultados benéficos con dosis altas. Sin embargo, dentro de los efectos colaterales del uso de esta vitamina, se han identificado cefalea, náuseas, reacción eccematosa leve y hepatotoxicidad potencial. Cabe advertir que las dosis elevadas deben utilizarse por menos de un mes.

Por su parte, Pérez y Segarte (2001) mostraron en un estudio la eficacia del uso de la fangoterapia que fue empleada por un grupo de dermatólogos como tratamiento alternativo para el acné; los resultados fueron muy favorables

Launey y Land (1986) han indicado que el efecto de la luz solar sobre el acné es indudable, no obstante deben tenerse en cuenta los efectos de la exposición excesiva

Finalmente, el grupo del Consenso Mexicano para el Manejo del Acné sugirió en el año 2001 que el tratamiento se realice mediante medicamentos de administración tópica exclusivamente o mediante combinaciones farmacéuticas para ambas vías. Asimismo, señalaron que el tratamiento deberá enfocarse de manera individual en función de las características particulares del paciente, tales como la edad, el sexo, el tipo de piel, el grado de exposición al sol, el estrés, los aspectos psicológicos y socioeconómicos (Torres, et. al., 2003).

CAPÍTULO III

CONSIDERACIONES PARA LA INTERVENCIÓN DEL ACNÉ DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

3.1 Aspectos psicológicos del acné

Si bien es cierto que la medicina ha aportado vastos conocimientos para comprender el proceso fisiopatológico del acné y que sus contribuciones en cuanto a terapéutica farmacológica son extensas, también es cierto que existen insuficiencias en lo que se refiere a la atención de los aspectos de carácter psicosocial a pesar de que en la misma literatura médica coexiste el reconocimiento de la influencia que estos factores tienen sobre el curso de la enfermedad. Desde nuestro punto de vista, esto se relaciona directamente con lo que Jinich (2002) ha señalado como el deslumbramiento de la profesión médica ante el indudable éxito de la medicina basada en el modelo biológico-lesional de la enfermedad. En efecto, la investigación dirigida al desarrollo de fármacos “contra el acné” compite hoy para que sus productos sean más selectivos y por lo tanto más eficientes en una especie de fórmula que dictaría: “tómese esta pastilla y solucione el problema”. No obstante, lo que la persona puede hacer por sí misma para modificar su entorno y disminuir su dolor, lo que puede aprender para evitar complicaciones físicas y psicológicas junto con lo que puede o no sentir al padecer acné, podría quedar relegado hasta el momento en que la enfermedad tenga repercusiones que lleven a la persona a circunstancias críticas.

Como toda enfermedad el acné tiene efectos de carácter psicológico en quien lo padece. Además, al tratarse de un padecimiento crónico, el paciente se ve obligado a modificar su modo de vida (Beneit, 1994*b*). Lo anterior quizá suene un tanto exagerado pues es probable que pensemos que unos “simples granitos” o un par de cicatrices no sean algo de llamar la atención, ni mucho menos que lleguen a ser discapacitantes para una persona. Al respecto Hanna, Sharma y Klotz (2003) mencionan que el acné ha sido desestimado por los médicos y las personas en general por tratarse de una enfermedad asociada al crecimiento, pero como señalan estos mismos autores hay evidencia

científica de que el efecto del acné va más allá de una simple cicatriz. Por su parte Mena y Arroyo (2000) comentan que es habitual que el médico subestime los factores psicológicos del acné, cuando es indudable que la ansiedad y la depresión generadas por el desarrollo de este trastorno y la persistencia de lesiones frecuentes pueden causar marginación social al enfermo. Así pues, podemos identificar que este “olvido” de los aspectos psicológicos y sociales de las llamadas patologías, se vincula de nueva cuenta con la fundamentación médica en una teoría de la enfermedad cuyo elemento central es la alteración o “lesión” y que se enfoca a atender datos objetivos tales como síntomas y signos, dejando a un lado a las molestias de carácter subjetivo que de igual forma vienen aquejando al paciente y por los cuales también ha ido a buscar ayuda médica. Luego entonces, es preciso reconocer esta forma de *padecer* sin enfermedad, la cual está constituida por lo que inquieta, molesta y hace sufrir al paciente, por lo que le hace pensar que no está bien de salud y que más bien tiene un carácter de “lesión” existencial (Jinich, 2002).

Las implicaciones psicológicas del acné representan áreas de oportunidad que los psicólogos hemos sabido aprovechar para poner en práctica los conocimientos en la atención de los trastornos y consecuencias psicosociales de este padecimiento. No obstante, tanto médicos como psicólogos han encontrado límites que acortan el alcance de sus intervenciones al enfrentarse, los primeros, con que los brotes de acné del paciente se agravan ante la ocurrencia de eventos estresantes, y los segundos, al encontrarse en un momento dado ante un paciente con descontrol hormonal evidente. Realidades como las anteriores y como las que ya fueron mencionadas en el primer capítulo, han ido marcando la pauta para que en padecimientos como el acné se pueda sugerir una intervención integral basada en un enfoque biopsicosocial, como el propuesto por la psicología de la salud. En este sentido Jinich (2002) señala que el modelo biopsicosocial, sin descuidar en algún sentido todo lo que la ciencia biológica nos ha aportado, suplementa esa información con las aportaciones de las ciencias psicológicas y sociológicas.

3.1.1 Trastornos relacionados con el acné

El “desfiguramiento” ocasionado por una enfermedad dermatológica puede producir consecuencias psicológicas entre las que se encuentran con frecuencia problemas de baja autoestima, depresión, fobia social o la combinación de éstas. De acuerdo con

Kamino y Toussaint Caire (1999) un trastorno psicológico puede manifestarse como una enfermedad cutánea. Respecto al acné, se ha observado mayor implicación en procesos psiquiátricos y psicológicos que la mayoría de los trastornos dermatológicos. Así, se han identificado trastornos psicológicos como la alteración de la autoimagen, modificación de las relaciones sociales, depresión, angustia, ansiedad, violencia e iracundia (Mena y Arroyo, 2000; Barrón, 2002; Hanna, Sharma y Klotz, 2003).

Por ejemplo, autores como Hanna, Sharma y Klotz (2003) refieren un estudio en donde se analizó la prevalencia de la depresión y la ideación suicida en 480 pacientes con enfermedades potencialmente desfigurantes, entre los cuales había un grupo de pacientes diagnosticados con acné moderado. En tal estudio se detectó que la depresión y la ideación suicida tuvieron mayor incidencia en el grupo de los pacientes con acné que en los que tenían alopecia areata, dermatitis atópica y el grupo evaluado con psoriasis moderada. El único grupo que presentó mayor tendencia a la depresión y a la ideación suicida con respecto al grupo de pacientes con acné fue el grupo de los pacientes diagnosticados con psoriasis severa.

En cuanto al paciente con depresión, Barrón (2002) menciona que éste tiende a manifestar alejamiento de las actividades sociales y ocupacionales, así como pérdida de la concentración, ataques de llanto espontáneo e ideación suicida. De igual forma se han identificado padecimientos relacionados como el insomnio o hipersomnia, anorexia o hiperfagia. Esta misma autora refiere un estudio en el que se reporta que los pacientes con cicatrices de acné presentaron ansiedad significativamente mayores, menor autoestima, menor estima física y mayor depresión en comparación con las personas que sólo presentaban acné, identificándose un nivel de psicopatologías más significativo en el caso de las pacientes del sexo femenino. Por su parte, Beneit (1994b) señala que la depresión es una respuesta emocional que suelen experimentar los pacientes como consecuencia del proceso de adaptación a la enfermedad crónica y que en algunos de ellos puede ser grave y prolongada con sentimientos de indefensión y dependencia con respecto a los demás, así como una innecesaria restricción de actividades.

Pese al alto nivel significativo que estadísticamente hablando puedan resultar algunos estudios respecto a los trastornos psicológicos del acné, es importante tomar estos criterios con reserva pues de acuerdo con Hanna, Sharma y Klotz (2003) no todos los pacientes que desarrollan acné experimentan necesariamente complicaciones psiquiátricas o psicológicas o alguna alteración en su calidad de vida.

3.1.2 El estrés como factor exacerbante de la enfermedad

El estado psicológico con más claros efectos negativos sobre la salud es el estrés. Cuando se dice que una persona está estresada o tiene estrés, se hace referencia generalmente a un estado de ánimo interno que se produce como consecuencia del enfrentamiento de esa persona con una serie de demandas ambientales que superan su capacidad de hacerles frente. Dicho estado de ánimo se caracteriza por sentimientos de tensión e incomodidad en el que se combinan los pensamientos negativos, el ambiente y las respuestas físicas del organismo (Latorre, 1994c; López, 1994; Egea y Pera, 1997). Existen diferentes definiciones de estrés y la siguiente es una de las que se apega más al enfoque promovido por la psicología de la salud:

“el estrés es la condición que resulta cuando las transacciones entre la persona y el medio conducen al individuo a la percepción de una discrepancia (real o ficticia) entre las demandas de la situación y los recursos biológicos, psicológicos o sociales de los que se dispone”.
(Serafino, en Latorre, 1994c, p. 59).

Es importante reconocer el papel que juega el estrés en el padecimiento del acné, puesto que esta condición psicológica es la que mayormente se ha asociado al padecimiento. Como lo menciona Epstein (1989) el acné no es causado por los nervios ni las preocupaciones, pero sí puede empeorar bajo condiciones de estrés como los exámenes o la presión en el trabajo. De igual forma, Falconer y cols. (1981) señalan que los problemas personales incluso los deportes competitivos, pueden hacer que broten zonas de acné. De acuerdo con Kamino y Toussaint Caire (1999) existen tres categorías para clasificar al estrés:

- *Estrés externo*: consiste en el impacto que ejercen los conflictos y demandas reales, como problemas maritales o laborales.

- *Estrés psíquico*: originado por algún trastorno psicológico como los trastornos de personalidad o ansiedad, es decir, una alteración que influye para que el sujeto perciba los sucesos cotidianos como muy adversos.

- *Estrés secundario*: generado como consecuencia de una enfermedad somática que incluye las alteraciones cutáneas.

Teniendo en cuenta esta última clasificación se puede decir que las dermatosis se convierten en fuente de tensión emocional por el efecto que producen en la imagen corporal, deteriorándose cada vez más la calidad de vida de los pacientes.

Por otro lado Hanna, Sharma y Klotz (2003) destacan que el estrés hace que el acné sea una condición psicofisiológica con una dinámica bidireccional, por dos situaciones: la primera, que el estrés puede exacerbar la enfermedad a nivel físico; y la segunda, que el padecer esta enfermedad puede ser estresante; cerrándose así un círculo vicioso. En cuanto a las condiciones fisiológicas que fomentan el ciclo estrés-acné Dubrow y Adderly (2004) mencionan que aún no se entiende bien la forma exacta en que el estrés causa la producción de más sebo. Ambos autores comentan que existen teorías que sostienen que no es la cantidad de testosterona lo que determina la cantidad de acné que se forma, sino que cada repunte de producción de testosterona estimula la producción excesiva de sebo. En esta misma dirección Cruzado y De la Puente (1997), así como Ferrero, Toledo y Barreto (1998b) han planteado con mayor detalle que en la respuesta del estrés a nivel fisiológico se distinguen tres ejes de despliegue, a saber:

- *Eje neural*: Esta es una vía exclusivamente neurológica que se activa en cuestión de segundos para hacer frente de forma inmediata a una situación evaluada como estresante. Su nivel de respuesta supone el aumento del ritmo cardiaco y la presión arterial, sudoración y sequedad en la boca.
- *Eje neuroendocrino*: Las condiciones de estrés mantenidas dan la oportunidad de activarse a este eje cuya puesta en marcha es más lenta pues tarda de 30 segundos a 3 minutos tras la respuesta inicial, pero de efectos más duraderos que el anterior. En lo esencial, supone la activación nerviosa de la médula y las glándulas suprarrenales. La respuesta neuroendocrina sostenida es la que más estrechamente se ha asociado a problemas cardiovasculares, aumento en el riesgo de hipertensión, de formación de trombos, de angina de pecho en sujetos propensos, de arritmias cardiacas y de muerte súbita por infarto de miocardio.

- *Eje endocrino*: La respuesta de este eje es más lenta que el anterior y se activa ante situaciones estresantes crónicas que duran horas, días o meses. Su disparo provoca cambios complejos en el organismo debido a la acción de diversas hormonas como los andrógenos (testosterona). La activación de este eje necesita de una situación de estrés sostenida. Su acción se dispara selectivamente cuando no se dispone de estrategias de afrontamiento percibidas como útiles y el sujeto queda orientado simplemente a resistir o soportar la situación. La activación de este eje a largo plazo se ha asociado a muchos trastornos psicosomáticos que van desde la formación de úlceras, depresión, desamparo, hasta la proliferación de tumores, dado el efecto inmunosupresor que tiene sobre el organismo.

Como podemos ver en la activación fisiológica de los dos últimos niveles provocada por el estrés hay repuntes de andrógenos liberados en el organismo. Como ya ha sido mencionado, los andrógenos son hormonas que estimulan la actividad de las glándulas sebáceas de la piel.

Finalmente, es imperioso recordar que este patrón fisiológico es troquelado por los factores de aprendizaje, genéticos y sociales que son predisponentes e influyentes, generando una importante alteración en los procesos psicofisiológicos reguladores u homeostáticos (Palacios, 1998).

3.2 Intervención biopsicosocial en el acné

Para proporcionar una atención más completa al paciente con acné es necesario considerar los avances médicos relativos a los procesos fisiopatológicos involucrados en el origen y mantenimiento de la enfermedad, así como el seguimiento del proceso psicológico de quien lo padece. Luego entonces, creemos que se hace pertinente una intervención rehabilitadora que tenga en cuenta la interacción de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en el abordaje de esta enfermedad. Ante esta circunstancia la psicología de la salud, a través de enfocar a las problemáticas sanitarias desde una perspectiva biopsicosocial, proporciona componentes teóricos y aplicados adecuados para tal intervención. De acuerdo con Cruzado y De la Puente (1997) habrán

de entenderse por aspectos biológicos todos los elementos constitucionales y fisiológicos de la persona que contribuyen al mantenimiento de la salud o a la aparición de un tipo específico de enfermedad. En cuanto a los factores psicológicos se hará referencia a emociones, motivaciones, creencias, pensamientos y conductas que pueden tener efectos positivos o negativos sobre la salud. Y finalmente, al hablar de los factores sociales se aludirá a las interacciones con familiares y amigos, relaciones de pareja y medio cultural.

Debido a que una rehabilitación eficaz requiere la consideración de todos los factores anteriores, Beneit (1994*b*) destaca que es necesaria la conjunción de los esfuerzos y habilidades de un equipo de profesionales entre los que se incluyen médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y especialistas en dietética. Hablando en específico de la labor del psicólogo en este equipo, Durán (1998) señala que el psicólogo es un recurso humano importante en la medida en que puede promover la participación de la comunidad en el autocuidado de la salud, además ser el enlace entre la comunidad y el equipo de salud. Así, el rol del psicólogo puede cobrar diferentes facultades lo cual define el carácter multidisciplinario o interdisciplinario del equipo de atención. Al respecto Carvajal (1997) ha indicado que ambas clases de equipo conforman un grupo de profesionales de la salud con un objetivo en común pero que en el equipo multidisciplinario la información del paciente es recabada mediante la historia clínica y donde el líder del grupo es aquél con mayor rango; mientras que en el equipo interdisciplinario la información además de ser recabada de la historia clínica, también proviene del trabajo realizado por los integrantes del equipo, donde el liderazgo es compartido y la interacción entre sus integrantes es vital. La forma de enfocar la organización del equipo de trabajo corresponderá a fin de cuentas a cada integrante.

Por último, es sustancial rescatar que la visión integral del ser humano en Salud Pública requiere de un enfoque interdisciplinario/multidisciplinario en el análisis e intervención para lograr una salud óptima y mejorar la calidad de vida del paciente, por lo que se hace necesario incorporar en el equipo de trabajo diferentes disciplinas y tener en cuenta el tipo de individuo o audiencia al que van dirigidos los esfuerzos (Santos, 1998).

3.2.1 Intervención individual

Presentar en primer instancia lo relativo a la intervención individual del paciente con acné y posteriormente las propuestas propias a la intervención a nivel social, no es más que una forma de presentación empleada en el presente escrito. A pesar de que la diferencia esencial entre estas dos formas de intervención es que la primera va dirigida a un sujeto y la segunda a un grupo de individuos, creemos que desde la perspectiva biopsicosocial intervenir con un paciente es también, en buena medida, una forma de injerencia a nivel social puesto que en cada trabajo que se realiza a nivel individual se busca establecer la influencia de los aspectos sociales involucrados con la salud del individuo y realizar modificaciones en ese ámbito si así fuera necesario. Por otro lado, la intervención a nivel social es también una amplia invitación a la conciencia individual para que cada quien, junto con el apoyo de los profesionales en salud, realice los esfuerzos necesarios para obtener conocimiento acerca de su propio proceso.

Una vez aclarado lo anterior, es importante señalar que por intervención individual no sólo se hace referencia a la interacción que el terapeuta o grupo de terapeutas establecen con el paciente, sino también a que el trabajo que se desarrolla en este intercambio es de carácter personalizado. Al respecto Beneit (1994b) señala que el trabajo terapéutico del paciente con enfermedad crónica consiste en un conjunto de intervenciones físicas, conductuales, cognitivas y sociales que deben tener en cuenta las características de cada paciente en particular y la posibilidad de efectuar reajustes en su ejecución en función de los cambios en el curso de su enfermedad y los objetivos terapéuticos. Por su parte, Carvajal (1997) subraya que debido a que no todos los pacientes presentan ni las mismas dificultades ni características psicológicas similares, en todo tratamiento es necesaria una valoración inicial con fines diagnósticos. Lo anterior nos lleva a plantear algunas consideraciones acerca de lo que creemos es el primer paso de la intervención desde esta perspectiva, a saber, la evaluación.

3.2.1.1 Evaluación en psicología de la salud

De acuerdo con Forns (en Garaigordobil, 1998) la evaluación psicológica es un proceso de análisis científico de la conducta humana que conlleva un eje diacrónico y otro sincrónico en relación al individuo objeto de análisis, atendiendo a la par: a) el sujeto como ser biológico y sociocultural; b) a sus diversos ambientes condicionantes y

reactivos ante su conducta y c) a sus propias conductas en las tres variantes de motora, fisiológica y cognitiva. Sin embargo, Silva (en Garigordobil, 1998) comenta que el espectro semántico de la expresión “evaluación psicológica” se ha hecho tan amplio que abarcaría dentro de sí lo que se entiende de disciplinas tales como el psicodiagnóstico o la evaluación conductual, guardando a su vez estrechas relaciones con la valoración de intervenciones o programas de intervención. De igual forma, Garaigordobil (1998) añade que este concepto debe ser comprendido en relación a otros términos afines como son la evaluación, la valoración, la medición, etc., por mantener estrechas relaciones entre sí como por ejemplo la medición mediante tests psicológicos o bien técnicas de recogida de información como la entrevista, la observación, la auto-observación, los registros psicofisiológicos, etc.; los cuales, en diversos momentos han conformado la tarea aplicada del psicólogo evaluador.

En el campo de la psicología de la salud también es necesario realizar actividades de evaluación psicológica al intervenir con individuos y/o comunidades pues como señala Vega (2002) la evaluación es una función importante del psicólogo de la salud que le permite realizar el diagnóstico de comportamientos y procesos asociados a patologías físicas, así como la valoración de intervenciones biopsicosociales y de los sistemas de salud. No obstante, la recogida de información desde el enfoque de la psicología de la salud tiende a evaluar más allá de lo que podrían considerarse aspectos meramente psicológicos, para involucrar en su investigación y toma de decisiones la influencia de elementos biológicos y sociales en determinada problemática. Al respecto, Amigo, Fernández y Pérez (1998) señalan que el proceso diagnóstico desde esta postura debería considerar siempre el papel interactivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales al momento de evaluar la salud o la enfermedad de un individuo. De igual forma, las recomendaciones del tratamiento deben tener en cuenta los tres tipos de variables antes mencionadas. Se trata, en definitiva, de ajustar la terapia a las necesidades particulares de cada persona considerando su estado de salud globalmente.

De manera más concreta, autores como Trejo (2001) han impulsado la aplicación de modelos de evaluación integral como el propuesto por Belar, Deardoff y Nelly el cual actualmente es utilizado por psicólogos de la salud y es componente significativo de los elementos considerados a evaluar en la intervención psicológica del paciente con acné, propuestos en la presente investigación. Dicho modelo atiende dos niveles de objetivos: los objetivos a evaluar en el paciente tales como los biológicos, afectivos, cognitivos y conductuales; y los objetivos a evaluar en el ambiente en el que se

desarrolla el individuo, los cuales se dividen en ambiente familiar, sistema para el cuidado de salud y ambiente sociocultural.

A todo lo anterior cabe añadir que la evaluación en psicología de la salud se ha venido enriqueciendo debido a que durante la última década se han incorporado parámetros de calidad de vida en los estudios de evaluación clínica. Así, los datos de calidad de vida han tenido mayor presencia en investigaciones prospectivas¹ como por ejemplo en estudios de cáncer de mama operable y avanzado, sarcoma de tejidos blandos, enfermedad coronaria, hipertensión, artritis reumatoide y, últimamente, en enfermedades dermatológicas como la psoriasis, dermatitis atópica y acné (Badillo, 2001).

a) Marcos de referencia

Como fue referido en el primer capítulo del presente escrito, dentro de la evolución histórica de la psicología de la salud se encuentra la influencia de diversas escuelas de psicología que a través de propuestas concretas como la medicina psicosomática, la psicología clínica, la medicina conductual, entre otras, dieron pie a la fundamentación de esta joven disciplina. Luego entonces, no es extraño que en psicología de la salud se empleen diferentes técnicas derivadas a partir de distintos marcos teóricos. Al respecto Jinich (2002) señala a la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia de grupo y, en ocasiones, la terapia psicoanalítica como posibles puntos de abordaje para casos específicos en salud.

Pese a la existencia de una fuente amplia de enfoques aplicables en los procedimientos de salud, es a partir de la postura cognitivo-conductual de donde se han sustraído numerosas técnicas cuya efectividad ha sido demostrada. En este sentido, Beneit (1994c) menciona que existe un cierto número de técnicas conductuales y cognitivas que pueden utilizarse de forma aislada para modificar hábitos de salud. Sin embargo, la aplicación más efectiva de estas técnicas respecto a la modificación de conductas de salud viene dada por los programas de intervención que combinan varias de ellas en lo que ha sido denominada por Lazarus “terapia de conducta multimodal”.

¹ Se refiere a la ciencia que tiene por objeto el estudio de las causas técnicas, científicas, económicas y sociales que aceleran la evolución del mundo moderno y la previsión de las situaciones que podrían derivarse de sus influencias conjugadas.

Finalmente, es importante aclarar que a pesar de la fuerte influencia de un determinado marco teórico en las intervenciones realizadas desde el enfoque de la psicología de la salud, éstas estarán regidas por principios básicos como por ejemplo el atender los aspectos biopsicosociales que participan en determinada problemática, la promoción de calidad de vida adecuada, la prevención de enfermedades y todos los demás conceptos que se han venido manejando.

b) Métodos para la obtención de datos

Para obtener información que permita evaluar al paciente y su contexto existen diversos métodos de evaluación. Los métodos más indicados serán aquellos que se acerquen más al objetivo a valorar, en función del terapeuta y el paciente. Dentro de los más utilizadas según Karoly (en Trejo, 2001), Osorio y Bazán (en Romero, 2002) se encuentran:

- *Entrevistas.*- La entrevista clínica es el método más común para reunir información de tipo histórico así como aspectos de las áreas físicas, cognitivas y conductuales, tanto del paciente como de la familia y el sistema mismo de salud.
- *Cuestionarios.*- Se trata de un mecanismo de registro de datos sistemático cuya información y contenido dependerá de la orientación teórica del psicólogo.
- *Diarios.*- Los diarios personales de los pacientes se usan comúnmente para registrar conductas evidentes y encubiertas. Éste es un instrumento que se emplea también para medir la eficacia del tratamiento a pesar de la controversia existente acerca de su validez y confiabilidad (Romero, 2002). Cabe aclarar que se debe entrenar al paciente en su uso y que no todos los diarios son realizados por los propios pacientes.
- *Psicometría.*- Existen dos clases de técnicas psicométricas usadas en psicología de la salud: las medidas generales y las altamente especializadas. De acuerdo con Romero (2002) se recomienda la

precaución con el uso de ellas, pues la elección de una prueba psicométrica dependerá del problema a evaluar.

- *Observación.*- De acuerdo con Romero (2002) la observación es uno de los métodos fundamentales de la evaluación aplicable en psicología de la salud. Ésta puede ser estructurada como por ejemplo cuando se incluyen juegos de roles con la familia, experiencias en vivo, ante una situación específica y determinada a priori, etc. La observación no estructurada implica el registro de eventos en el mismo momento en que ocurren, es decir sin un programa previo. La observación puede ser llevada a cabo por el clínico, por los miembros de la familia o por el personal médico. De igual forma Beneit (1994c) refiere que muchos programas cognitivo-conductuales emplean la modalidad de auto-observación como primer paso a la modificación de conductas.

- *Medidas psicofisiológicas.*- Son utilizadas para tener información acerca de los eventos biológicos o consecuencias de éstos. Pueden ser utilizadas para proporcionar retroalimentación al individuo y así servir de intervención psicológica. Entre los eventos de mayor interés para el psicólogo se encuentran la tensión muscular, la temperatura, la presión sanguínea, la tasa cardíaca y la actividad respiratoria, de los que se pueden derivar efectos como estrés, dolor de cabeza, ansiedad, migraña, etc. Para la aplicación de este método es necesario que el psicólogo sea experto en los procesos bioeléctricos y fisiológicos así como en las técnicas de instrumentación y registro.

- *Datos de archivo.*- Al acudir a la literatura se puede optar por revisar causas, síntomas, cursos, prevención, tratamiento y componentes psicológicos que pueden proveer datos útiles en los procesos de evaluación. Las revisiones de programas de intervención previos así como la historia clínica o reportes psiquiátricos, representan fuente de información adicional.

3.2.1.1.1 Objetivos a evaluar en el paciente

A continuación se presenta una serie de incisos que contemplan algunos de los principales aspectos a considerar en la evaluación del paciente con acné desde el enfoque de la psicología de la salud. Como ya fue mencionado tales incisos se basan en el modelo propuesto por Belar, Deardoff y Nelly (en Trejo, 2001) y se complementan con algunos hallazgos teóricos y aplicados derivados a partir de la consulta de trabajos previos que giran en torno al padecimiento en cuestión.

a) Aspectos biológicos.- Los aspectos biológicos a evaluar requieren de conocimientos específicos de diferentes áreas. Por ejemplo, autores como Trejo (2001), Fitzpatrick, Allen y Wolff (2001), así como Romero (2002) proponen que se analicen datos tales como síntomas físicos, antecedentes de enfermedad, exploración física, análisis o pruebas de laboratorio. Tal evaluación es realizada por el equipo médico mediante el empleo de la historia clínica, instrumento que posteriormente puede ser de utilidad para otro especialista en la configuración de una propuesta de intervención integral. Por otro lado, elementos como la raza, la edad y el sexo entre otras, forman parte de las características biológicas del individuo que tienen un peso a nivel subjetivo que influye en cómo el paciente se apega al tratamiento y ante lo cual el grupo de especialistas y sobre todo el psicólogo, deberán estar atentos. Las siguientes son algunas de las variables a considerar dentro de la evaluación del paciente:

- Raza.- De acuerdo con Dubrow y Adderly (2004) existen diferencias en cómo se manifiesta el acné de una raza a otra. Por ejemplo, en la piel negra hay más glándulas sebáceas que en otro tipo de piel, además tienden a ser más grandes y a producir más sebo lo que lleva al desarrollo de acné más frecuente, rápido y severo. De igual forma, la excitación de la piel oscura genera mayor producción de melanina lo que genera manchas negras prominentes en la piel. En cuanto a la cicatrización del acné en este tipo de piel, tiene más probabilidades de producirse y es más difícil de eliminar quirúrgicamente. Respecto a la piel asiática ya se ha mencionado que es menos proclive a este padecimiento, pero cuando se presenta tiene la desventaja de researse o arrugarse más y en caso de ser tratada con cirugía facial o

dermoabrasión tiende a la decoloración. Este tipo de condiciones fuerzan al profesional de la salud a ser claro en cuanto a las expectativas y resultados que pueden esperarse en función del tipo de raza del paciente, lo que enfatiza nuevamente dos cosas: que elementos como el tipo de piel es una de las tantas variantes a considerar dentro de una terapéutica a seguir; y que los resultados del tratamiento no son los mismos para todas la personas.

- Apariencia física: Cruzado y De la Puente (1997) señalan que la apariencia de la piel está ligada a la autoestima y a la imagen propia en mayor grado que cualquier otro sistema orgánico, de tal forma se puede observar como muchas personas con lesiones de acné se sienten discriminados o perciben que los demás se fijan en ellos. De acuerdo con Bosch y Ferrer (2000) es posible observar cómo algunas de las obligaciones, funciones, actitudes, capacidades y limitaciones que la normativa cultural establece como propios de las personas según su género, pueden convertirse en fuente de estrés e implicar riesgos específicos para la salud. Por citar algunos ejemplos en nuestra sociedad tanto hombres como mujeres hemos tenido que lidiar con diversos patrones de belleza en diferentes épocas. Así, historias de importación como “La Bella y la Bestia” atribuyeron al rol femenino la obligación de jugar el papel de “hermosa princesa” en una relación de pareja. De igual forma, en la juventud de las abuelas actuales el hombre debió de ser “feo, fuerte y formal” para estar en el gusto de la mujer o en casos más recientes, contar con la triple “c” de “cara, cartera y carro” para el mismo efecto. Así, los estereotipos han fomentado pautas de comportamiento subordinados a ostentar una imagen, colocando en segundo término los pensamientos y sensaciones corporales. Sin duda alguna, la mercadotecnia al servicio de los intereses comerciales y de consumo buscará ganar aún más terreno valiéndose de la ya conocida estrategia de generar prototipos para ambos géneros; o por qué no, inventándolos. Prueba de ello es el llamado metrosexual, el cual es el nuevo tipo de hombre del siglo XXI. De acuerdo con Mora (2004) este término fue acuñado por Mark Simpson para denominar al hombre

heterosexual de las grandes urbes que desarrolla su lado femenino. Así, de acuerdo al autor, anuncios de gordos despreciados por mujeres, granientos relegados por sus compañeros de escuela y despeinados que reciben críticas de sus madres, han generado esta búsqueda estricta por la perfección física y de proyección de imagen. La invitación para el hombre metrosexual incluye principalmente ser una persona “de sociedad”, con cultura, buenos modales y todo lo que puede considerarse de buen gusto. Para ello, este nuevo hombre puede valerse de prácticas y recursos que en el pasado sólo habían sido asignados al rol femenino tales como la manicura, la pedicura, la depilación, el bronceado artificial, los estilistas, el spinning, los pilates, el stepping, las cirugías estéticas y una enorme cantidad de productos para baño como enjuagues, acondicionadores, cremas, ceras, blanqueadores de dientes, escultores abdominales, antiarrugas, antibrillos, entre otros, los cuales irán en aumento como parte esencial del “hombre”. Esta circunstancia lleva al mismo autor a cuestionarse aquello de “cuerpo sano en mente sana”, puesto que en torno a “este nuevo hombre” se han desatado patologías como la bulimia y la anorexia masculinas, la vigorexia, el síndrome del corredor compulsivo y otras tantas que con seguridad se acumularán a lo largo de este nuevo siglo.

Si bien es cierto que los estereotipos anteriores no funcionaron ni funcionan con todas las mujeres o todos los hombres, al ser concepciones simplificadas y comúnmente aceptadas por determinados grupos sociales tuvieron y tienen un impacto sobre cada uno de los miembros de tal o cual sociedad, y es tarea del psicólogo evaluar cómo el individuo, sea hombre o mujer, se apropia de las nociones de belleza compartidas por sus semejantes.

En el caso concreto del paciente con acné, la existencia de modelos estético-corporales vigentes en la sociedad en la que se desarrolla el individuo, pueden complicar su situación tanto a nivel físico como psicológico. Por un lado, el paciente que no cumple con el exigente estándar de “una piel perfecta” puede tender a evaluar como afectada la posibilidad de vincularse con los demás, lo cual lo coloca en una situación estresante; por otro lado, mientras más estresada está la

persona existen más posibilidades de que surjan nuevos brotes de acné, lo que volverá a repercutir entre otras cosas en su ya limitada posibilidad de relacionarse libremente y sin temores con los demás.

- Edad: Existen datos estadísticos que indican la edad en que generalmente comienza a manifestarse la enfermedad, así como el tiempo estimado en el que desaparece o cesa. No obstante, cada caso posee características particulares, las cuales alteran necesariamente el curso “normal” del tratamiento. Por otro lado desde nuestro punto de vista, queda claro que no es lo mismo que un bebé padezca acné o sea un adolescente el que lidie con esta enfermedad. Tampoco consideramos que sea igual el caso de un paciente de trece años en el que comienzan los primeros brotes, al de una mujer de sesenta cuyo padecimiento la ha acompañado desde su juventud y que a pesar de ser ya un “adulto en plenitud” sigue manifestando una “enfermedad de adolescentes”. Ante estos casos la estrategia tendrá que ser distinta, pues el impacto emocional es diferente, inclusive, si se trata de una misma persona a diferentes edades.
- Sexo.- La intensidad del acné es mayor en el caso de los hombres durante las primeras dos décadas de la vida pero cuando se presenta en años posteriores la prevalencia cambia siendo mayor su intensidad en las mujeres. No obstante, lo anterior se fundamenta en estadísticas y por lo tanto es posible que asista a consulta dermatológica o a psicoterapia una adolescente con acné sumamente intenso cuando muchos de sus compañeros de clase ni siquiera lo han desarrollado. Por otro lado, se ha observado que la aparición de algunos brotes de acné está asociada al ciclo menstrual por lo que la exacerbación de la enfermedad en el caso de las mujeres también puede ser cíclica, ello representa una variable más a considerar en el tratamiento de la enfermedad.

Aunado a la importancia que tiene la variable sexo por su significado biológico, Pérez, Márquez y Namihira (2001) mencionan que también es relevante por la construcción social que deferencia lo masculino de lo femenino, lo cual tiene implicaciones para la definición y diagnóstico de la enfermedad, duración y expresión de los síntomas. Al respecto,

Rodríguez-Marin (en Bosch y Ferrer, 2000) señala que en cuanto a la asunción del rol de enfermo en la enfermedad crónica, las mujeres lo suelen asumir mediante conductas de dependencia y pasividad, mientras que los hombres suelen experimentar más dificultades de ajuste que las mujeres puesto que el rol masculino tradicional implica asertividad, independencia y una larga lista de características contrarias a las expectativas asociadas al rol del enfermo. Así, también es necesario para el psicólogo identificar las diferencias que se presentan entre uno y otro sexo, pero sobretodo a las condiciones que caracterizan al género del paciente en la sociedad en la que se desenvuelve.

- Dieta.- Si bien diversos autores han reiterado que la dieta no produce acné, Dubrow y Adderly (2004) subrayan que, en sentido general, una dieta balanceada mejora la salud en términos globales y que la buena salud (incluyendo la buena salud de la piel) tiende a mitigar el impacto negativo del acné. De igual forma Cruz (2002) señala que los hábitos alimenticios tienen mucho que ver con las complicaciones del acné aunque no sean la causa directa. Ello, debido a que por ejemplo la clase de alimentos que los jóvenes están acostumbrados a consumir son alimentos ricos en sodio y yodo, sustancias que hacen que la piel se torne mucho más sensible y se provoque un daño mayor. De ahí que se recomiende una dieta con abundantes vegetales, de cuatro a cinco raciones diarias y el consumo de mucha agua para ayudar a eliminar toxinas del organismo, así como la eliminación de productos psicoestimulantes como la cafeína, el té, los refrescos, los condimentos, el alcohol, azúcares refinados, chocolates, aceites fritos, mantequilla, algas, mariscos y crustáceos. También se recomienda aumentar el consumo de fibra, pues al igual que el agua, ayuda a la desintoxicación del organismo (Flórez-Alarcón y Hernández, 1998; Cruz, 2002).

Si bien estos últimos puntos son principios básicos para la alimentación en general, no todas las personas actúan acorde a estos lineamientos primarios por lo que la necesidad de atenderlos, y sobre todo en caso de enfermedad, requiere la asesoría de un especialista en nutrición como parte del equipo de atención integral del paciente.

- Actividad física.- Cruz (2002) señala que el ejercicio es un método eficaz para aumentar la circulación pero sobretodo para estimular las funciones de órganos como el cerebro, el hígado, los riñones, las glándulas, los músculos y los pulmones, lo cual favorece, a su vez, las funciones de los sistemas excretores y la eliminación de toxinas albergadas en el cuerpo. De igual forma el ejercicio integrado a las actividades cotidianas contribuye a la eliminación de los estados de estrés y de células muertas, así como a la limpieza y oxigenación de los poros de la piel. Dentro de los ejercicios que sugiere este autor se encuentran el salto de cuerda, natación, yoga y cualquier ejercicio que estimule la correcta circulación y oxigenación del organismo.

Además de los beneficios anteriormente mencionados, Flórez-Alarcón y Hernández (1998) agregan que la actividad física regular favorece el control y mantenimiento de un peso adecuado, previene enfermedades coronarias, normaliza lípidos en el organismo, prolonga la fortaleza de los huesos y favorece el metabolismo de los carbohidratos, además de englobar los beneficios psicológicos tales como la estabilidad emocional, el mejoramiento del autoconcepto y la autoestima.

b) Aspectos afectivos.- El impacto de toda enfermedad se verá influido por el plano afectivo en el que recae. Un paciente que comprende su enfermedad y que percibe apoyo del medio que le rodea, tenderá a llevar un tratamiento exitoso y periodos de crisis mucho más llevaderos. Luego entonces, resulta útil para la intervención averiguar de qué recursos se puede valer tanto el terapeuta como el paciente para mantener el terreno emocional a su favor. Veamos algunos aspectos:

- Comprensión del ánimo y afecto actuales, sus elementos contextuales y su historia.- De acuerdo con Burish y Bradley (en Beneit, 1994b) muchas enfermedades crónicas afectan todos los aspectos de la vida de los pacientes. En el caso del acné los pacientes pueden comportarse evasivos, obsesivos y con cambios en su estado de ánimo debido a la variación en la manifestación de sus síntomas por lo que la familia y amigos también están expuestos a resentir el efecto de esta enfermedad. En la evaluación de estos pacientes se habrá de averiguar acerca de los recursos y habilidades con los que la persona cuenta para

evitar dañar, en la medida de lo posible, su vida social y afectiva. De igual forma es importante establecer si la persona es apoyada por sus compañeros de clase, de trabajo o si el medio en el que se desenvuelve influye en cómo se siente respecto a su imagen. Cuidar el aspecto anímico de la persona se reflejará sin duda en sus ejecuciones respecto al tratamiento, al estrés que le puede generar la enfermedad, así como en su interacción social. Por lo tanto, el seguimiento que habrá de llevarse a cabo con estos pacientes será fundamental en las diferentes fases de la enfermedad. Por ejemplo, Beneit (1994b) menciona que en estos trastornos existe una fase inicial crítica en la que los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas. El paciente tiende a percibir que su forma habitual de afrontar los problemas no le resulta eficaz, al menos temporalmente, y como consecuencia de ello experimenta intensas sensaciones de ansiedad, miedo, desorganización y otras emociones. De igual manera el miedo puede surgir de forma intermitente durante el curso de la enfermedad, también puede empezar a sentir que ésta es algo injusto y por consiguiente experimentar reacciones intensas de ira y hostilidad. Otros momentos importantes ante los cuales el terapeuta deberá estar alerta son cuando el paciente comienza a observar que el tipo de acné que padece tiende a dejar cicatrices severas, si la enfermedad parece no responder al tratamiento o si el paciente comienza a manifestar que no puede acceder a una vigilancia terapéutica integral por falta de recursos económicos.

Como podemos ver, existen diversos momentos críticos durante el periodo en que se padece esta enfermedad, motivo por el cual no hay que olvidar que la interacción terapeuta-paciente se tornará diferente durante estas diversas etapas.

- Conocimiento del tratamiento que se utiliza.- El tratamiento farmacológico del acné varía en función del tipo de síntoma o síntomas que presenta el paciente por lo que algunos medicamentos son más agresivos que otros. Las reacciones secundarias a una gran variedad de medicamentos para controlar el acné pueden irrumpir de manera violenta con las actividades cotidianas que venía realizando el paciente antes de su tratamiento. Al respecto, Romero (2002) menciona que es importante que tanto el paciente como los profesionales de la salud tengan conocimiento del tipo de medicamento al que el individuo está es sometido. Ello debido a que, por ejemplo, los resultados llegan a hacerse notorios hasta después

de seis meses de haber iniciado el tratamiento o bien, como ya fue mencionado en el primer capítulo, algunos medicamentos generan fotosensibilidad y si la persona estaba acostumbrada a andar en la calle por gusto o necesidad laboral la relación que establecerá con el medicamento así como con el equipo médico puede ser de rechazo y causa de abandono parcial o total del tratamiento.

c) Aspectos cognitivos.- De acuerdo con Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk (en Ferrero, Toledo y Barreto, 1998a) las variables cognitivas en particular tales como pensamientos, creencias, actitudes y procesos de valoración han sido determinantes potenciales de comportamientos saludables. De acuerdo con Ferrero, Toledo y Barreto (1998a) el papel de los aspectos cognitivos resulta importante pues determina en gran medida los estados emocionales, el carácter estresante o no de algún evento, la interpretación de los síntomas e incluso puede servir de puente entre las variables de personalidad y la conducta de salud. Por su parte Holroyd, Appel y Andrasik (1987) mencionan que cuando se aplican las intervenciones cognitivo-conductuales al tratamiento de los trastornos psicofisiológicos se intenta modificar indirectamente los síntomas, alterando la manera como responde cognitiva y conductualmente el sujeto ante el estrés relacionado con los síntomas. Así mismo, la forma en que las personas afrontan el estrés puede ser un determinante de las respuestas fisiológicas más importante que la frecuencia y las características de las situaciones que lo provocan. De tal forma encontramos que el afrontamiento eficaz, más que la ausencia de estrés, es la principal defensa contra la enfermedad. Algunos de los elementos cognitivos que facilitan o dificultan el afrontamiento adecuado del paciente con acné ante su problemática se enuncian a continuación:

- Sentimientos y percepciones.- Fitzpatrick y Aeling (1996) señalan que los pacientes con acné frecuentemente presentan sentimientos de inferioridad, baja autoestima, enojo, depresión, frustración y vergüenza lo que repercute en los diferentes ámbitos en donde se desenvuelve el individuo. Por ejemplo, los mismos autores refieren que se han realizado estudios en los que se ha identificado un bajo rendimiento académico en los estudiantes con acné severo.

- Actitudes y creencias ante la enfermedad: Beneit (1994*a* y *b*) señala que algunos pacientes sostienen la creencia de que un determinado comportamiento puede contribuir a evitar una enfermedad. Esto resulta ser un componente importante para generar conductas de salud o encontrar actitudes que obstaculizan la instauración de las mismas. Por ejemplo, un tipo de creencias que se ha relacionado con la adaptación positiva del paciente a su enfermedad crónica son las creencias relativas al control de la enfermedad. Este tipo de pacientes pueden desarrollar creencias acerca de que es posible prevenir la recurrencia o agravamiento de la enfermedad a través del ejercicio de hábitos saludables, o bien de que al seguir las prescripciones terapéuticas se puede obtener control sobre la enfermedad, o que quizá con habilidades de autocuidado pueden disminuirla. En el lado contrario, el mismo autor menciona que una reacción muy frecuente en pacientes crónicos es la negación, que es un mecanismo de defensa a través del cual los individuos evitan las implicaciones de la enfermedad pensando que desaparecerá rápidamente o que tendrá consecuencias sólo a corto plazo. De esta forma, dicho mecanismo puede entorpecer la rehabilitación del paciente sobretodo si interfiere con la búsqueda de la información necesaria para el tratamiento y el autocuidado. Por su parte, Levine y Soren-son (en Ferrero, Toledo y Barreto, 1998*a*) refieren la existencia de otro tipo de reacciones generadas socialmente que limitan el comportamiento saludable, resaltando en particular tres tipos: 1) actitud fatalista, en donde encontramos frases como “de algo hay que morir”; 2) la actitud que equipara los malos hábitos a la calidad de vida donde es común escuchar “más vale vivir poco pero vivir bien”; y 3) la actitud favorable hacia la tecnología médica con la creencia implícita de que ésta es más poderosa que la prevención.

Por otro lado, se ha hecho énfasis en prestar atención a las teorías o representaciones que el paciente elabora con respecto a su enfermedad, pues como señala Mechanic (en Beneit y Latorre, 1994*b*) los pacientes tienden a crear modelos de la enfermedad sustentados en el sentido común que no se ajustan necesariamente a los modelos científicos sostenidos por los profesionales de la salud. Si bien estas

representaciones a veces están basadas en concepciones erróneas pueden determinar la conducta de enfermedad del paciente y la utilización de los servicios sanitarios. Así, por ejemplo, un paciente puede pensar que su enfermedad es un “castigo divino” adoptando en consecuencia una actitud de resignación.

Por su parte, Martín y Grau (2004) indican que la enfermedad puede percibirse como un evento altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo, un beneficio o incluso como un alivio a responsabilidades, situaciones personales y demás. Con base en esto, el paciente adopta su rol de enfermo.

Otro factor que se ha identificado vinculado a la enfermedad es la presencia de falsas creencias o mitos en función de los cuales las personas tienden a actuar pudiendo padecer carencias o agravando la enfermedad. Debido a estas razones la desmitificación de la enfermedad es, en buena medida, parte del trabajo cognitivo a realizarse con el paciente. De hecho, Kenneth (1985) señala que con frecuencia es benéfico conversar con el paciente y en ocasiones con uno de los padres acerca de los hechos relacionados con la enfermedad. Igualmente Mena y Arroyo (2000) señalan que una de las facetas del tratamiento del acné que puede ayudar a reducir la angustia es dedicarle el tiempo justo a la explicación del problema, lo que incluiría la eliminación de conceptos erróneos y creencias populares en torno al padecimiento.

De acuerdo con Dubrow y Adderly (2004) existen tres clases de mitos en torno al acné: a) los que hablan sobre condiciones que rodean a la enfermedad; b) los que tratan sobre causas míticas; y c) los que hablan acerca de curas supuestas. A continuación se mencionan algunos de ellos:

MITO	EXPLICACIÓN
“El acné muy severo es contagioso”	El acné no es una enfermedad contagiosa, de hecho, la bacteria del <i>P. Acnes</i> existe en todas las pieles humanas (Dubrow y Adderly, 2004).
“El acné infantil siempre desemboca	Esto no es cierto. Sin embargo, dado que la mayoría de los adolescentes padecen acné, cierto es que la mayoría de los bebés que experimentan acné infantil terminarán por desarrollarlo en la adolescencia. El anterior también será el caso de la mayoría de los

en acné en la adolescencia”	adolescentes que nunca mostraron síntomas de esta enfermedad cuando recién nacidos (Dubrow y Adderly, 2004).
“El acné y la calvicie están relacionados”	Las hormonas masculinas o andrógenos, afectan tanto al cabello como a las glándulas sebáceas lo que tiende a acelerar la pérdida del primero y a la actividad de las segundas. Por tanto, teóricamente es más probable que los hombres calvos sufran de acné. Sin embargo, si existe verdad en este rumor, aún no hay pruebas que lo demuestren, tarea que se complica por el hecho de que el acné tiende a desaparecer y la calvicie aumentar con la edad. En el caso de las mujeres esta situación es ligeramente distinta. Existe un cuadro poco frecuente en el que las mujeres cuyos ovarios producen normalmente bajos niveles de andrógenos entran en una sobreproducción de estas hormonas. Esto puede desembocar en un buen número de síntomas, incluyendo un aumento del vello facial, pérdida del cabello y acné en ocasiones severo.
“La falta de higiene causa acné”	Fitzpatrick y Aeling (1996) de una forma sarcástica pero tajante señalan que si el acné fuera un problema de agua y jabón aparecerían brotes entre los dedos de los pies. Lo que a decir de estos autores es cierto es que demasiada fricción y tallado agrava el acné, lo que también daría pie a una de sus variantes como el acné mecánica.
“La masturbación causa acné”	Este es uno de los mitos más frecuentes. Esto quizás se deba a la correlación que existe entre esta conducta y la enfermedad. En efecto, los cambios hormonales de la pubertad producen diferentes fenómenos concurrentes. Uno de éstos, en el caso de muchos jóvenes es el acné y por supuesto, es éste también el momento en que casi todos los adolescentes comienzan a masturbarse. Así que no es extraño que alguien piense que el acné es el resultado o quizás el castigo de la masturbación (Dubrow y Adderly, 2004).
“La primera afeitada produce acné”	Dubrow y Adderly (2004) señalan es probable que los jóvenes orgullosos ante el incipiente vello que comienza a aparecer en la barbilla, tiendan a rasurarse con mayor frecuencia bajo la creencia de que la densidad o dureza del vello incrementa cada vez que lo hacen. El resultado es que se reseca la piel y al cortar los vellos que hay bajo su superficie, fomentan su crecimiento hacia adentro lo que genera brotes que se parecen mucho al acné. Ambas circunstancias aunadas a la aparición de hormonas pueden causar que el acné (y el pseudo acné) aparezca de manera más frecuente, más temprana y más

	severa de lo habitual.
“El chocolate causa acné”	Dubrow y Adderly (2004) mencionan que existen tres correlaciones que pueden jugar un papel muy importante para fomentar la creencia de que este dulce genera acné: 1) a menudo los adolescentes abusan del consumo de chocolate ya sea en pastel, en barras, helado o suplementos para la leche, al mismo tiempo de que con frecuencia sufren de episodios de acné; si uno de estos episodios se produce inmediatamente después de un consumo excesivo de chocolate la coincidencia temporal conduce a la certeza de que fue el chocolate lo que causó los brotes; 2) de manera general, la gente que abusa del chocolate tiene menos probabilidades de llevar una dieta saludable y rica en antioxidantes, luego entonces al tener un déficit de esta sustancia son más susceptibles a los brotes de acné; 3) finalmente, las personas que comen mucho chocolate y que subsisten con una mala dieta pueden engordar sobre todo si el exceso de peso y el volumen conduce al uso de ropa ajustada y a una mayor sudoración, lo que puede desembocar en un aumento del acné.
“La comida grasosa genera acné”	Respecto a este mito consideramos que en realidad no puede darse una resolución definitiva. Para Fitzpatrick y Aeling (1996) existe muy poca información de carácter científico que relacione a la dieta de manera significativa en la patogénesis del acné. Sin embargo, estos mismos dos autores dejan una puerta abierta al decir que el acné es menos común en países cuya dieta es diferente a la que se lleva en Estados Unidos en donde el padecimiento del acné es muy alto. Por otro lado, para Dubrow y Adderly (2004) lo que se come no tiene incidencia alguna sobre el acné, a no ser en el sentido general de que una dieta balanceada mejora la salud en términos globales y de que la buena salud, incluyendo la buena salud de la piel, tiende a mitigar el impacto negativo del acné.
“Mayor actividad sexual”	Mena y Arroyo (2000) mencionan que no existe una razón comprobada que afirme que el aumento en la actividad sexual disminuye el acné. Sin embargo, Cruz (2002) menciona que existe la posibilidad de que el estrés y la tensión acumulados puedan ser eliminados satisfactoriamente durante la relación sexual, lo cual disminuiría la posibilidad de desarrollar brotes de acné por estrés.
“La exposición al sol mejora el	El sol puede reseca el estrato córneo y así dar lugar a un despellejamiento mayor, lo que hace más probable que se obstruyan los poros de la piel y por tanto padecer acné (Dubrow y Adderly, 2004).

acné”	
“El acné siempre se resuelve después de la adolescencia y es simplemente una etapa de la vida”	De hecho, el acné puede comenzar durante la vida adulta o persistir durante ésta. (Gaudio, Rabinowitz y Leyden, 1993).
“El alcohol reseca el acné”	Existe el mito de que la aplicación de vodka en la piel hará desaparecer el acné con gran rapidez, reseándolo. En efecto, el alcohol sobre la superficie de la piel la reseca pero esto sólo generará más células cutáneas secas mientras que el sebo que emerge de los poros seguirá intacto. Así, el resultado será una mayor probabilidad de que se formen obstrucciones conducentes al acné (Dubrow y Adderly, 2004).

- Adherencia a los tratamientos.- Uno de los problemas más recurrentes en el ámbito de la salud es la falta de adhesión o compromiso terapéutico de los pacientes. De acuerdo con Beneit y Latorre (1994*b*) algunos ejemplos de ello es el abandono prematuro de los tratamientos, la falta de disciplina en torno a la medicación o la falta de seguimiento de los consejos dados por los profesionales de la salud. Tal y como lo comentan Martín y Grau (2004) los fallos al seguir las prescripciones exacerbaban los problemas de salud y favorecen la progresión de las enfermedades. Esto hace imposible estimar los efectos y el valor de un tratamiento, dificultando que se realice un buen diagnóstico y provocando un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria. Se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45%. Asimismo, ambos autores señalan que la falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en tres grandes rubros: 1) en el personal, teniendo complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento así como limitaciones incontrolables y progresivas; 2) en el familiar provocando alteraciones

en su funcionamiento; y 3) en el social, generando un enorme costo para las instituciones de salud al proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada, además de prolongar innecesariamente los tratamientos y presentar recaídas y readmisiones, mismas que podrían evitarse.

En el caso del paciente con acné es importante atender los factores que giran en torno a la adherencia, pues como ya se ha mencionado los resultados visibles del tratamiento farmacológico de esta enfermedad comienzan a manifestarse incluso hasta después de seis meses iniciado el tratamiento. Ante este panorama, el terapeuta deberá estar atento a algunas de las razones que puede tener el paciente para justificar su falta de adherencia al mismo como las mencionadas por Meichenbaum y Turk (en Beneit y Latorre, 1994*b*): incertidumbre sobre la eficacia del tratamiento; experiencias anteriores con profesionales de la salud y tratamientos; preocupaciones sobre posibles efectos secundarios; determinación de que los inconvenientes (esfuerzo, gasto, efectos secundarios) sobrepasan a los beneficios potenciales; deseo de mantener el control sobre algunos ámbitos de la vida; demandas ambientales interferentes más apremiantes; sensación de fatalismo o parálisis de la voluntad; experiencias de otras personas con el tratamiento; y contemplar la adherencia como factor interferente con el sistema de creencias mantenido por el sujeto.

Finalmente, autores como Fishbein y Ajzen (en Ferrero, Toledo y Barreto, 1998*a*) mencionan que el buen apego o la falta de adherencia al tratamiento puede verse influenciado por las creencias del sujeto sobre lo que opinan otras personas o grupos respecto a si debería o no ejecutar determinada acción, o bien deberse a la motivación del sujeto para satisfacer las expectativas de los demás.

- Nivel de educación: Una labor fundamental del psicólogo de la salud es la educación de sus pacientes con el objetivo principal de que sean ellos parte activa dentro de su propio tratamiento. Así, el nivel de educación influye en la capacidad del individuo para recibir información y procesarla para su propio beneficio, por lo que el

terapeuta deberá evaluar con qué conocimientos cuenta ya el paciente y en cuáles de ellos puede apoyarse para una intervención más eficiente.

-Conocimiento específico de la enfermedad y su tratamiento: Beneit (1994b) señala que uno de los problemas asociados a las enfermedades crónicas son los problemas físicos derivados de los tratamientos, los cuales pueden incluir además de los efectos secundarios propios del medicamento, restricciones en las actividades de los pacientes, cambios en la dieta, dejar de fumar o la necesidad de hacer ejercicio; lo que presume importantes alteraciones en muchos aspectos de la vida de los pacientes que pueden llegar a tener la sensación de que los tratamientos les imponen muchas limitaciones y supone una importante fuente de malestar.

Por su lado, autores como Dubrow y Adderly (2004) señalan que los efectos colaterales de los antibióticos utilizados como parte del tratamiento farmacológico del acné se pueden resumir en tres categorías: 1) algunos pacientes se quejan de severos dolores de cabeza a partir del uso de la tetraciclina, mareos con la minociclina y aumento de la sensibilidad al sol a causa de ambas; 2) los antibióticos destruyen algunos microorganismos con más eficacia que otros, lo cual modifica el equilibrio bacteriano de nuestro cuerpo, por ejemplo, muchas mujeres que usan la tetraciclina se vuelven víctimas de infecciones vaginales; y 3) un problema más grave es que las bacterias de nuestro cuerpo tienden a soportar antibióticos específicos mediante la evolución de nuevas mutaciones que los resisten, de tal forma que si se usan fármacos para el tratamiento del acné se puede estar eliminando una cura potencial para una enfermedad mucho más grave.

A pesar de las consecuencias reportadas por los pacientes, el uso de estos fármacos sigue siendo parte del tratamiento que comúnmente se emplea. Por ejemplo, se calcula que de toda la tetraciclina vendida en los Estados Unidos el 10% es prescrito para el tratamiento del acné.

Hemos decidido incluir estos efectos puesto que consideramos que así como el médico se toma la libertad y confianza de recetar

fármacos, con la misma confianza ha de hablar con el paciente de los efectos colaterales, cómo pueden inferir éstos en su desempeño cotidiano y establecer entre ambos cómo reaccionar ante estos posibles cambios. A fin de cuentas como señala Jinich (2002) parte de la labor del médico es cuidar al paciente de la iatrogenia médica así como evitar la práctica de más estudios diagnósticos.

- Expectativas hacia el futuro: Beneit (1994b) señala que los individuos que sufren una enfermedad crónica deben asumir psicológicamente el papel de *paciente crónico* y adaptarse así a un trastorno que puede durar toda la vida. De tal forma, una de las tareas más importantes de los profesionales de la salud es la de orientar de forma realista a los pacientes crónicos acerca de sus limitaciones futuras, prepararles para los posibles acontecimientos que puedan seguir en el curso de la enfermedad y proporcionarles metas razonables hacia las cuales dirigirse. Ello se ve en ocasiones reflejado en el nuevo sentido que los pacientes dan a sus vidas.

d) *Aspectos conductuales.*- Tal y como se señaló en el primer capítulo, existen conductas de riesgo o patógenas conductuales que aumentan la probabilidad de que una persona enferme. Al respecto Latorre (1994a) puntualiza que el dolor se experimenta de forma mucho más intensa cuando se le presta mucha atención y puede no ser percibido en aquellas condiciones de distracción o realización de alguna actividad, como en el caso de los deportistas. Dicho en otras palabras, la conducta del individuo influye en su percepción del dolor.

En este sentido, se han identificado conductas muy específicas que desencadenan el agravamiento de la enfermedad. Por ejemplo, Kamino y Toussaint Caire (1999) hacen referencia a las dermatosis autoinducidas las cuales son lesiones cutáneas producto del rascado, frotamiento o pellizcamiento repetitivo de la piel. En el caso del acné, estas lesiones se producen debido a la urgencia irresistible de manipular comedones o pápulas. Esto inicia o perpetúa un ciclo de prurito-rascado que en algunos pacientes se convierte en un ritual compulsivo y aunque están concientes de su conducta anormal, no son capaces de evitarla. Los mismos autores señalan que en 33 y 98% de los casos hay periodos de estrés psicosocial previos al inicio de las excoriaciones. Se ha observado

que estos pacientes tienen dificultad para expresar su enojo, por lo que el prurito o el rascado pueden desencadenarse por impulsos agresivos.

Romero (2002) menciona que dentro de esta categoría deberán evaluarse expresiones faciales, postura, movimientos de extremidades y el contacto visual, así como el estilo de comunicación del paciente, es decir, si se muestra hostil, flojo, activo, cooperativo o agresivo; lo cual permite comprender de manera general patrones y estilos de actividad en las áreas de autocuidado y funcionamientos con respecto a la salud y a la enfermedad.

Por su parte, Holroyd, Appel y Andrasik (1987) señalan que la conducta de enfermedad también puede ser una forma de afrontar el estrés, en lugar de un intento racional de obtener alivio de los síntomas. En consecuencia la conducta de enfermedad también puede ser mantenida por los refuerzos y ganancias secundarias o puede cumplir una función estabilizadora en familias conflictivas. Luego entonces, es importante que el terapeuta sepa si la conducta de enfermedad o los síntomas fisiológicos están actuando como respuestas de afrontamiento.

Finalmente, Moos y Tsu (en Beneit, 1994b) comentan que algunas otras estrategias que adoptan los individuos que sufren de una enfermedad crónica es negar o minimizar la gravedad de su trastorno, al menos durante los primeros momentos. También pueden buscar activamente información relevante para afrontar los problemas relativos a la enfermedad y su tratamiento o bien buscar apoyo emocional por parte de su familia, amigos o profesionales sanitarios.

3.2.1.1.2 Objetivos ambientales

a) Familiares.- La familia puede ser, por un lado, un apoyo incondicional para el paciente con acné pues provee compañía, apoyo emocional y soporte económico; por otro lado, también es posible que sea fuente de reproducción de mitos, discriminación e incluso subestimación y desvalorización. Ante este panorama es necesario valorar las condiciones y concepciones actuales que la familia tiene con respecto a la enfermedad, así como la historia de la misma en torno a ella y las resoluciones alcanzadas en casos anteriores, si es que existieron.

- Experiencias respecto a los cambios recientes: Las enfermedades crónicas crean con mucha frecuencia problemas de interacción social para los pacientes, así al ser la familia un sistema social cualquier alteración en la vida de uno de sus miembros afecta invariablemente la vida de los demás. En este sentido Kleck, Ono y Hastorf (en Beneit, 1994b) mencionan que algunas de las reacciones que tienen las personas que se relacionan con un paciente crónico es manifestar signos verbales de afecto y apoyo, mientras que sus señales no verbales transmiten repulsión o rechazo. De esta forma, los pacientes suelen tener problemas para interpretar y reaccionar ante tales comportamientos.

- Atención al “padecer” de la familia: De acuerdo con autores como Carvajal (1997) el psicólogo debe crear el espacio adecuado para permitir que la familia exprese sus sentimientos en relación a la situación de su familiar y los temores presentes con respecto a la evolución de la enfermedad; de esta manera la creación de ese espacio permite también que ellos sientan que son importantes y que realmente todo el equipo está dispuesto a acompañarlos en el proceso de enfermedad. De hecho, Beneit (1994b) menciona que la terapia de familia es un tipo de intervención psicológica que puede resultar de utilidad para muchos pacientes crónicos y miembros de su grupo familiar.

b) Socio-culturales.- Autores como Fishbein y Ajzen (en Ferrero, Toledo y Barreto, 1998a) han resaltado el papel de la norma subjetiva la cual consiste en la percepción que el sujeto tiene de las presiones sociales para que ejecute o no una acción. Enfermedades como el acné puede generar mayor presión en los individuos en determinados contextos dependiendo de cómo se maneje la enfermedad, qué se piense de ella o de la persona que lo padece. De ahí que Taylor (en Beneit, 1994b) señale que con frecuencia las enfermedades crónicas generan importantes problemas de interacción social en los pacientes. Así, después de que el paciente es diagnosticado con un trastorno crónico, los individuos suelen tener dificultades para restablecer sus relaciones interpersonales anteriores. Se ha observado que muchos pacientes se quejan de la

compasión o el rechazo que suscitan en los demás aún cuando, de forma inadvertida, ellos mismos están provocando esas reacciones.

- Apoyo social: De acuerdo con Cruzado y de la Puente (1997) el apoyo social se refiere al grado en que una persona se siente ayudada, estimada o cuidada por las personas de su familia, amigos, compañeros y otros grupos sociales. De acuerdo con Ferrero, Barreto y Toledo (1998b) la relación entre el apoyo social y la salud es contundente, ya sea como protector ante la enfermedad en personas sanas o como elemento de mejor pronóstico en individuos enfermos. De hecho, señalan que el apoyo social puede contribuir al estado de salud articulándose sobre dos hipótesis principales: 1) hipótesis del efecto amortiguador, en donde se propone que el apoyo social percibido contribuye a disminuir la percepción de amenaza; y 2) hipótesis del efecto directo o principal, en donde el apoyo social fomenta la salud y el bienestar con independencia del nivel de estrés, facilitando la adopción de conductas saludables y mejorando la autoestima que incrementa directamente la competencia inmune.

Cabe señalar que estos mismos autores hacen resaltar que si bien el apoyo social puede ser benéfico, debe ser regulado en cuanto a cantidad, origen y momento. Así, Ferrero, Toledo y Barreto (1998a) enfatizan que las personas próximas, especialmente la familia durante la infancia y el grupo de iguales durante la adolescencia, pueden ser asesoradas a través de procesos educativos para influir en la instauración de conductas de salud y evitar comportamientos de riesgo.

- Características de su ambiente social: En 1997 autoras como Osorio y Bazán (en Romero, 2002) proponen identificar los sentimientos culturales acerca del grupo étnico al que pertenece el paciente, su estilo de vida y enfermedades, así como conocer en qué consiste el modelo de salud en dicha cultura, las costumbres que prevalecen en ese grupo social respecto a los síntomas reportados o no y la utilización del cuidado de salud.

- Aspectos sociodemográficos: Variables como el nivel elevado de ingresos, la educación superior y la carencia de familia extensa suelen asociarse a una mayor probabilidad de puesta en marcha de algunos comportamientos saludables. Sin embargo, como lo comentan White y Rodríguez-Marín (en Ferrero, Toledo y Barreto, 1998a) determinados grupos de interés económico se esfuerzan por propiciar el mantenimiento de conductas de riesgo. El caso del acné no está exento de esto. Es un hecho que en nuestro país se anuncian una gama de productos para combatir el acné, ya sea para eliminar barros y espinillas o para borrar cicatrices, y aunque últimamente estos productos han buscado dar un giro hacia lo natural, este cambio en la perspectiva difícilmente tocará el área de la prevención y mucho menos lo hará a través de una pastilla.

c) *Sistemas de salud.*- En este apartado se contemplan aspectos como el acceso al sistema sanitario, la calidad de la atención, así como los procedimientos que se llevan a cabo.

- Lugar y características del espacio de atención sanitaria: Según Beneit (1994a) la participación en las campañas de vacunación, así como la asistencia a exámenes periódicos dependen, en gran medida, del modelo y tipo de asistencia sanitaria a las que el individuo puede acceder. Por su parte Ferrero, Toledo y Barreto (1998a) mencionan que las tareas de prevención se ven obstaculizadas dentro del mismo sistema sanitario al estar mayormente reforzadas a nivel económico, de prestigio, de gratitud, de reconocimiento, de palpabilidad individual de resultados y de las tareas curativas en lugar de las preventivas.

Hoy en día existen en nuestro país, a nivel de práctica médica privada, instituciones que ofrecen dentro de sus servicios el de la prevención divulgando boletines sobre este rubro, creando espacios destinados a prevenir las enfermedades más comunes que aquejan a la población, pero sobre todo vendiendo la idea de que las personas debemos realizarnos por lo menos una vez al año un “check up” o “chequeo”. En el ámbito de la seguridad social, en el 2001 el Instituto

Mexicano del Seguro Social (IMSS) diseñó un programa denominado “Prevenimss”² puesto en marcha en el año 2002 el cual persigue este mismo fin, sin embargo, enfermedades como el acné aún no encuentran espacio de atención dentro de estos programas.

- Percepción del promotor de la salud con respecto a los problemas del paciente, sus enfermedades y tratamientos: Romero (2002) señala que el psicólogo necesita estar consciente de las políticas y regulaciones que pueden afectar al paciente. Pero más allá de ello, el promotor de la salud deberá estar atento respecto a los sentimientos que experimenta con relación al paciente. Por ejemplo, Bosch y Ferrer (2000) mencionan que diversos estudios ponen de manifiesto que los niveles más altos de expresión de conductas empáticas y positivas ocurren cuando profesional y paciente son mujeres y que los niveles más bajos aparecen cuando profesional y paciente son hombres. Por ejemplo estas mismas autoras señalan un trabajo realizado por Roter, Lipkin y Korsgaard en donde se observó que las mujeres médico pasan más tiempo con sus pacientes que sus colegas masculinos y que gran parte de este tiempo extra se dedican a brindar apoyo al paciente, a darle información, a formularle preguntas y a construir una relación de confianza y comunicación, abordando en mayor medida temas de carácter psicosocial en comparación de sus colegas masculinos.

3.2.1.2 Tratamiento integral del acné

Se ha sugerido que el tratamiento a partir del enfoque biopsicosocial sea flexible, sin alguna preferencia en particular pues, en ocasiones, puede variar la forma de intervenir ya sea usando técnicas amplias y generales o bien técnicas diseñadas para objetivos más estrechos (Trejo, 2001; Velázquez, 2001).

² Para mayor información consultar el sitio:
http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/DPM/Servicios/PREVENIMSS/adolescentes/home.htm

3.2.1.2.1 Técnicas empleadas actualmente

Según autores como Flórez-Alarcón y Hernández (1998), Belar (en Trejo, 2001), así como Sheridan y Radmacher (en Vega, 2002) las técnicas que comúnmente se emplean son el efecto placebo, la asesoría de apoyo, la psicoterapia verbal, la educación e información, la intervención en crisis, el entrenamiento en relajación, la imaginación, la retroalimentación, la desensibilización sistemática, el modelamiento, el entrenamiento de habilidades sociales, el ensayo conductual, el manejo de contingencias y las estrategias cognitivas. Por su parte, Everyl (en Ferrero, Toledo y Barreto, 1998b) refiere que a pesar de que los procedimientos antes mencionados pueden utilizarse de manera aislada es más frecuente que se combinen con estrategias más complejas dirigidas a las valoraciones, el afrontamiento y sus antecedentes.

A continuación se referirán de manera breve algunas de las técnicas más empleadas para el tratamiento integral del acné a nivel psicológico.

a) Técnicas de reestructuración cognitiva.- De acuerdo con Méndez, Olivares y Moreno (1998) cuando se habla genéricamente de reestructuración cognitiva en realidad se alude a un conjunto heterogéneo de enfoques y técnicas que conviven hoy en día, cada uno con sus peculiaridades y puntos distintivos pero todos con un elemento en común: el reconocimiento del papel mediador de la cognición en la conducta. Estas técnicas resultan de suma utilidad para el psicólogo de la salud pues le permiten la exploración e intervención de percepciones, creencias, expectativas, atribuciones, interpretaciones, auto-instrucciones y esquemas cognitivos desadaptativos del paciente, poniendo de relieve su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones. Entre los procedimientos más utilizados se encuentran la terapia racional-emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck y el entrenamiento auto-instruccional de Meichembaum. De igual forma, existen modelos enfocados a intervenir con las representaciones mentales que el paciente hace de su enfermedad como el modelo de auto-regulación de Leventhal³ (en Beneit y Latorre, 1994b).

³ Dicho modelo sugiere una serie de pautas dirigidas a proporcionar al paciente una visión más realista de su enfermedad con el objetivo de construir representaciones más adecuadas que permitan la ejecución de estrategias de afrontamiento más eficaces.

b) Técnicas de relajación.- De acuerdo con López (1994) la relajación se ha convertido en un componente básico de los tratamientos (conductuales) para todos los trastornos con una base de ansiedad. El autor señala que la eficacia de los procedimientos como la relajación muscular progresiva, la meditación y la hipnosis ha sido comprobada a través de diversas investigaciones en problemas relacionados como la tensión, el insomnio, la hipertensión, los dolores tensionales de cabeza, el asma bronquial, las fobias, etc. Así mismo, los tratamientos de relajación se utilizan como coadyuvantes en condiciones tales como la ansiedad de hablar en público, el síndrome del colon irritable, el dolor crónico y las disfunciones sexuales. Por su parte, Ferrero, Toledo y Barreto (1998b) mencionan que hay apoyo empírico a la idea de que la relajación progresiva puede limitar la respuesta fisiológica del estrés y algunos de sus efectos como la hipertensión o la inmunosupresión.

c) Desensibilización sistemática.- Se trata de una técnica de modificación conductual basada en los principios de condicionamiento clásico. Ésta se emplea sobre todo para tratar casos de ansiedad, fobias y conductas desadaptativas. Por lo que consideramos que esta técnica puede ser muy útil como parte del tratamiento integral del acné.

d) Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.- El entrenamiento en habilidades sociales ha sido y es aplicado en muchas áreas, problemas, situaciones y poblaciones. En el contexto de la salud, se ha adiestrado a personas con trastornos como cefaleas, asma, espasmos abdominales, diabetes, así como problemas dermatológicos crónicos (Méndez, Olivares y Ros, 1998). En el caso del acné el entrenamiento en habilidades sociales es muy importante pues como ya se ha señalado, en este padecimiento influye frecuentemente con la capacidad del individuo para relacionarse con las personas que le rodean o exponerse a medios sociales distintos o ajenos.

e) Inoculación al estrés.- Ésta es una técnica que permite la adquisición de habilidades de afrontamiento la cual está orientada a proporcionar nuevas estrategias cognitivas para enfrentar situaciones que provocan estrés (ansiedad, dolor, miedo, entre otras), es decir, el objetivo es el control cognitivo de la emoción que se experimenta. Dentro de las bondades respaldadas con evidencia acerca de la eficacia de esta técnica se encuentra el tratamiento de problemas de temor al hablar en público, casos de ansiedad, déficit de asertividad, insatisfacción con la propia imagen corporal, estrés en sujetos adultos,

reducción significativa de la ira, así como el afrontamiento al dolor, a intervenciones quirúrgicas y ante enfermedades tales como el cáncer y la esclerosis múltiple (Tejedor y Castellón, 1988; Olivares, Méndez y Lozano; 1998d).

f) Otras técnicas.- La meditación es otra de las técnicas empleadas en salud ya que suele incluirse dentro de las estrategias dirigidas directamente a la respuesta fisiológica del estrés (Ferrero, Toledo y Barreto, 1998b).

3.2.2 Intervención social

Tal y como se describió en el primer capítulo la prevención en psicología de la salud irá encaminada a controlar variables actitudinales, motivacionales, conductas y hábitos de riesgo, así como la modificación de condiciones patógenas. En el caso del acné el abordar el terreno de la prevención y la promoción de la salud se vuelve desde nuestra óptica, una tarea fundamental. La simple estadística⁴ muestra por sí misma el enorme impacto de esta enfermedad sobretodo en una de las partes más vulnerables de la sociedad, los adolescentes. Una vez comprendido que para padecer acné el factor hereditario es un determinante de alta influencia quizá pueda pensarse que no hay mucho que hacer para evitar la aparición de brotes en la piel pero, de igual forma, una vez que han sido identificados factores como el estrés capaces de exacerbar la enfermedad y trastornos psicológicos vinculados al padecimiento de la misma, el trabajo preventivo y de promoción de la salud es vasto para impedir un mayor deterioro a nivel físico de la piel, pero sobretodo para atender los elementos de carácter psicosocial que influyen en la salud integral del paciente.

Desde la dermatología se ha planteado abordar áreas psicológicas en el paciente con acné como son la autoestima, el consejo y la aclaración de mitos sobre la enfermedad, sin embargo, estas consideraciones quedan abiertas y no se explica en qué deben consistir y mucho menos qué detalles atender. Así pues, estos aspectos han sido sugeridos por especialistas de la piel y han sido ampliados por psiquiatras y psicólogos.

Una de las formas que ha adoptado la intervención psicológica para el tratamiento del paciente con acné ha sido a través de la terapia grupal. Por ejemplo, en Inglaterra

⁴ Ver el apartado (2.2.1) de “Incidencia y prevalencia” en el capítulo II.

existe un grupo de apoyo de alcance mundial llamado Acne Support Group⁵ fundado en 1992. En su página principal de Internet se refiere que el grupo fue fundado debido a que con frecuencia es subestimado lo angustiante que puede ser tener acné o rosácea no sólo para la persona sino también para la familia y los amigos que de igual forma pueden sufrir sus efectos. Dentro de sus objetivos se encuentran: 1) proveer soporte y consejo a los que padecen acné y a sus parientes; 2) incrementar la conciencia pública respecto a los problemas derivados de padecer acné; 3) promocionar el mejor tratamiento para el acné a través de animar a las personas a que vayan al médico, así como difundir información a los especialistas, autoridades de salud y escuelas; 4) recaudar dinero para la investigación de las causas y el tratamiento del acné; y 5) alentar al gobierno para realizar investigación respecto al tratamiento del acné.

En el caso de nuestro país se ha tratado de poner en evidencia los efectos terapéuticos que el trabajo de grupo ha aportado a los pacientes con esta enfermedad. Si bien se tiene conocimiento de los beneficios del trabajo en grupo, también es cierto que se reconocen las numerosas dificultades en la realización de actividades educativas a nivel grupal y ante las cuales el psicólogo de la salud, en su tarea de educación para la salud, deberá estar pendiente. Al respecto, autores como Córdoba (2003) señalan los siguientes aspectos: a) déficit de formación metodológica en educadores; b) recursos humanos y materiales insuficientes; c) definición inadecuada de los objetivos educativos; d) asistencia variable a las diferentes sesiones por parte de los pacientes; e) dificultades de evaluación del proceso y de los resultados; y f) insuficiente colaboración de la administración sanitaria. Asimismo, este autor español comenta que la asistencia a estos grupos es muy escasa y en todo caso el esfuerzo y el costo para conseguir un grupo homogéneo es muy alto. Por tanto, debe tenerse en cuenta que la educación grupal no siempre es mejor ni más efectiva que la individual.

Por otro lado, consideramos que una aportación del presente trabajo a la línea de prevención y promoción de la salud es hacer la sugerencia de que este padecimiento sea tratado a través de la educación en salud. Por ejemplo, en nuestro país parte del programa de la Secretaría de Educación Pública (SEP) incluye para los adolescentes la

⁵ The Acne Support Group. PO Box 9 Newquay Cornwall TR9 6WG United Kingdom Tel: +44 (0) 870 870 2263. Disponible en: http://www.m2w3.com/acne/what_is.html

educación sexual en diferentes niveles a partir del quinto año de primaria. Dentro de los temas de desarrollo que se abordan se encuentra el de las características sexuales secundarias así como aspectos del cuidado e higiene personal. Pensamos que dentro de este espacio, el tema del acné puede tener cabida al ser un padecimiento de los folículos pilosebáceos que comienza con la actividad glandular que marca el inicio de la pubertad. Así, se fomentaría a temprana edad la conciencia de la gravedad de un problema que comúnmente pasa inadvertido por ser “normal” y cuyas consecuencias tanto físicas como psicológicas se hacen más evidentes en etapas posteriores. A fin de cuentas, como señala Romero (2002), se ha demostrado que el grado de conocimientos sobre la salud personal influye claramente en la capacidad de las personas para adoptar estilos de vida saludables, acceder a los servicios de salud adecuados y actuar en consonancia con la información y el asesoramiento relacionado con la salud

Para poner en práctica propuestas como la anterior, autores como Beneit (1994a), Ferrero, Toledo y Barreto (1998a) mencionan que el psicólogo de la salud se ha apoyado en paradigmas como el modelo de creencias en salud propuesto por Rosenstock, el cual sostiene que para que un individuo lleve a cabo conductas de salud (sean preventivas y/o promocionadoras) requiere de dos creencias particulares: 1) la de que existe una amenaza potencial para la salud; y 2) la de que un determinado comportamiento reducirá significativamente esa amenaza.

Por su parte Santos (1998) señala que en la atención a una comunidad o colectivo es de suma importancia fomentar que todos los participantes se involucren en todos los asuntos relacionados con su salud. La comunidad deberá establecer sus necesidades, prioridades y mecanismos para trabajar con éstas. Se parte de la premisa de que los propios miembros de la comunidad saben lo que necesitan y que los profesionales son meros facilitadores en el proceso de identificar las necesidades, establecer prioridades, desarrollar y llevar a cabo el plan de acción. Finalmente, es importante que se fomente la auto-responsabilidad y autodeterminación en los individuos, familias y comunidades.

Por último, como podemos ver la educación en salud es un componente esencial dentro de la prevención de enfermedades y de la promoción de la salud, pues permite mantener una calidad de vida deseable en los pacientes, así como la creación de estilos de vida y hábitos saludables, previene consecuencias psicosociales y muertes, pero sobre todo, fomenta la conciencia entre la población sobre el papel activo del paciente sobre su salud, promoviendo no sólo su participación en el proceso sino su autonomía.

CONCLUSIONES

El acné ha sido desestimado por los médicos y las personas en general por tratarse de una enfermedad asociada al crecimiento que “se quita con la edad”. Sin embargo, es indudable que la ansiedad y la depresión generadas por el desarrollo de este trastorno y la persistencia de lesiones frecuentes pueden causar marginación social a quien lo padece.

Desde el enfoque de la psicología de la salud se evalúa más allá de lo que podrían considerarse aspectos meramente psicológicos, para involucrar en la investigación y toma de decisiones la influencia de elementos biológicos y sociales en determinada problemática. Por lo anterior, creemos que una intervención psicológica del acné, desde la psicología de la salud, debe considerar los elementos siguientes:

A) Las implicaciones del acné en tres dimensiones: biológica, psicológica y social.

* **DIMENSIÓN BIOLÓGICA:** En la intervención de los trastornos psicofisiológicos es preciso estar familiarizado tanto con las técnicas de intervención psicológica además de que es fundamental la comprensión de la patofisiología del trastorno sometido a tratamiento. De ahí que sea importante saber que:

- 1) El acné es un proceso inflamatorio crónico de los folículos pilosebáceos de la piel caracterizado por la presencia de pápulas, comedones, pústulas, nódulos, quistes, abscesos y cicatrices, los cuales se presentan principalmente en la cara, afectando también cuello, tórax, espalda y antebrazos. Se trata de una enfermedad multifactorial donde se ven involucrados aspectos hereditarios, ambientales, afectivos, alimenticios y fisiológicos; y que afecta a ambos sexos con una alta prevalencia en la población, lo que conduce a que sea el primer motivo de consulta dermatológica en nuestro país.
- 2) Se han identificado diversas variantes del acné con diferentes intensidades. Hasta el momento, no se tienen datos de cómo evitar el surgimiento de esta enfermedad, sin embargo los avances en el tratamiento farmacológico

han permitido aminorar su exacerbación en función del grado de severidad, el control que el paciente adquiera sobre la misma y el nivel de adherencia al tratamiento que se logre. Dentro de los procedimientos terapéuticos más frecuentes se encuentran los farmacológicos y quirúrgicos, así como recomendaciones a nivel de higiene y dieta.

- 3) Se ha hecho la observación de que a pesar de que el diagnóstico es clínico y el tratamiento generalizado, es preciso que ambos se hagan de manera personalizada ya que hay que tener en cuenta la ocupación y actividades del paciente, edad, sexo, raza, apariencia física y hábitos alimenticios.

* **DIMENSIÓN PSICOLÓGICA.**- El acné no es en la mayoría de los casos una enfermedad dolorosa, pero tiene un impacto profundo a nivel psicológico en buena medida por las siguientes causas:

- 1) El estado psicológico con más claros efectos negativos sobre el acné es el estrés, pues juega un doble papel en la exacerbación de los síntomas; por un lado, se ha observado que una situación estresante potencializa la aparición de nuevos brotes debido a la estimulación de las glándulas sebáceas; por otro lado, una mayor manifestación de brotes probabiliza un estado de mayor estrés; asimismo, se ha reconocido que el estrés tiene un impacto negativo a nivel inmune. Por ello, las dermatosis se convierten en fuente de tensión emocional por el efecto que producen en la imagen corporal, deteriorándose así la calidad de vida de los pacientes.
- 2) Al ser una enfermedad crónica el paciente se ve obligado a modificar su modo de vida; por lo tanto, el trabajo terapéutico consiste en un conjunto de intervenciones físicas, conductuales, cognitivas y sociales que deben tener en cuenta las características de cada usuario en particular y la posibilidad de efectuar reajustes en su ejecución en función de los cambios en el curso de su enfermedad y los objetivos terapéuticos.
- 3) El padecer acné se ha asociado a problemas de restricción de actividades, depresión, alteración de la auto-imagen, modificación de las relaciones

sociales, angustia, ansiedad, violencia, iracundia y suicidio. Sin embargo, cabe aclarar que no todos los pacientes que padecen acné experimentan, necesariamente, trastornos psicológicos.

- 4) El acné es una enfermedad que se manifiesta en la adolescencia, por lo tanto coincide con una etapa vulnerable para el individuo pues la confirmación de personalidad esta apenas en desarrollo. De tal forma, el auto-concepto, la imagen corporal y la autoestima pueden verse dañadas con facilidad.

* **DIMENSIÓN SOCIAL.**- La intervención en este rubro enfatiza el valor de las interacciones con familiares y amigos, las relaciones de pareja y medio cultural, el apoyo social, los aspectos sociodemográficos, los sistemas sanitarios y la percepción del promotor de salud debido a que:

- 1) La necesidad de comprender el impacto psicosocial del acné ha llevado a la construcción y validación de instrumentos como el Índice de Discapacidad por Acné (Badillo, 2001), el cual mediante cinco preguntas pretende evaluar las consecuencias psicológicas y sociales secundarias al acné, así como la auto-percepción de su severidad. Sin embargo, consideramos que la evaluación del aspecto social debe tomar en cuenta los siguientes elementos: la educación del usuario y su familia, la influencia mediática, el sistema de salud, las creencias respecto a la enfermedad (mitos, sistemas de curación, etc.), entre otros.
- 2) El cuerpo no ha estado exento de la cultura de lo eficiente y lo rápido. Ante el fuerte impulso de medicamentos contra el acné que prometen resultados inmediatos y alimentan la esperanza, el cuerpo es sometido a una serie de sustancias con resultados variables (si es que los hay) y cuyos efectos específicos ignoramos. Más allá de las afirmaciones sustentadas en anuncios de radio, televisión, prensa o Internet es preciso preguntarse: ¿cuál es la probabilidad de que un ungüento, un jabón, una crema, una cápsula o todas ellas combinadas sean la solución cabal a una enfermedad caracterizada por una multiplicidad de formas e intensidades?, luego entonces, ¿es el paciente con acné capaz de discernir la forma en que los medios de información utilizan la desinformación disfrazada de ciencia para manejar sus propios temores y

ansiedades con la finalidad de que consuma determinados productos? Ante este panorama, la labor del psicólogo de la salud que interviene en el tratamiento del paciente con acné deberá reconocer las implicaciones terapéuticas básicas a nivel fisiológico y en mucha mayor medida las relacionadas con el ámbito psicológico, contribuyendo así a evitar el desgaste en vano de la economía familiar, así como el malestar emocional causado por la desesperanza de haber intentado algo que simple y sencillamente no cumplió con las expectativas de curación.

- 3) La apariencia de la piel está ligada a la autoestima y a la imagen propia en mayor grado que cualquier otro sistema orgánico por lo que muchas personas con lesiones de acné se sienten discriminados o perciben que los demás se fijan en ellos. La existencia de estereotipos en la sociedad representan concepciones simplificadas y comúnmente aceptadas que tienen un impacto sobre cada uno de los miembros de tal o cual sociedad, lo que representa riesgos específicos para la salud; y es tarea del psicólogo evaluar cómo el individuo se apropia de las nociones de belleza compartidas por sus semejantes.
- 4) El apoyo social contribuye a la salud disminuyendo la percepción de amenaza de enfermedad en personas sanas o como elemento de mejor pronóstico en individuos enfermos. De igual manera, facilita la adopción de conductas saludables mejorando la autoestima lo que incrementa directamente la competencia inmune.

B) Tener presente que en ocasiones no son los síntomas la verdadera causa que lleva a un paciente a buscar ayuda médica, sino solamente un pretexto lo que podría ser un problema psicológico. Así, las implicaciones psicológicas del acné representan áreas de oportunidad para los psicólogos: 1) al formar equipos multidisciplinarios – interdisciplinarios; 2) al realizar trabajo a nivel individual y socio-comunitario; 3) al apropiarse de su función como promotor y educador para la salud; y 4) al ejercer su práctica profesional orientada a la prevención atendiendo al perfil de cada cultura en la que interviene.

Dando como resultado que la intervención psicológica del acné sea útil ya que:

- El acné, al tener un vínculo íntimo con las respuestas fisiológicas generadas por el estrés, es uno de los trastornos que pueden ser tratados desde el orden de lo psicosomático o psicofisiológico.
- La intervención a nivel psicológico puede servir de apoyo a la adherencia terapéutica.
- Brinda el apoyo para afrontar lo incapacitante que pueda resultar la enfermedad en un momento dado.
- Faculta al usuario para que sea parte activa en el inicio y seguimiento de su proceso terapéutico.
- Capacita al usuario en el conocimiento de su cuerpo, la comunicación de sus emociones, sentimientos, sensaciones y percepciones lo que facilita el alcance de las medidas terapéuticas.
- Informa al usuario acerca de las implicaciones fisiológicas, terapéuticas y emocionales de su padecimiento permitiéndole reconocer el efecto contraproducente de hacer caso a recomendaciones, *tips*, mitos y medicamentos milagrosos en su proceso terapéutico.
- Proporciona al usuario los elementos cognitivos y conductuales para desarrollar una actitud preventiva y no curativa o remedial de la enfermedad.
- Educa al usuario en reconocer que una calidad de vida adecuada no sólo depende de sus condiciones fisiológicas sino también de su salud psicológica y social.
- Atiende los trastornos psicológicos que en muchas ocasiones acompañan a este padecimiento como son sentimientos de vergüenza, inseguridad, autoestima y conflictos interpersonales.
- Cultiva en el usuario la necesidad de un papel demandante y no expectante de los servicios de salud.
- Proporciona al usuario cierto nivel de control de su padecimiento a través de la práctica de conductas de salud, como el llevar una alimentación balanceada, contribuir a la limpieza y oxigenación de su piel a través de ejercicio, trabajar los estados emocionales que surgen a través del tratamiento.
- Por su parte, Holroyd, Appel y Andrasik (1987) señalan que la conducta de enfermedad también puede ser una forma de afrontar el estrés, en lugar de un intento racional de obtener alivio de los síntomas. En consecuencia la conducta

de enfermedad también puede ser mantenida por los refuerzos y ganancias secundarias o puede cumplir una función estabilizadora en familias conflictivas. Luego entonces, es importante que el terapeuta sepa si la conducta de enfermedad o los síntomas fisiológicos están actuando como respuestas de afrontamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abad, M. A., Fundora, G. V., Díaz, A. J., Molinet, D. I. y René, M. J. (1996). “Acné vulgar e inmunidad celular”. Revista Cubana Médica. (Cuba), 35 (2), 164-168.
2. Aeling, J. L. (1996). Acne and acneiform eruptions. En: J. E. Fitzpatrick y J. L. Aeling (Ed.), Dermatology secrets. (134-141). Canadá: Hanley Belfus, Inc.
3. Ahumada, P. M., Ramírez, R. L. y Hernández, G. R. (1971). “Acné vulgar”. En: Instituto Mexicano del Seguro Social. (Ed.). Anuario de Actualización en Medicina. (Fascículo 7, Dermatología), (155-164). México: Autor.
4. Álvarez, Y. V. y Carrillo, R. V. (2001). “Acné fulminans. Presentación de 1 caso”. Revista Cubana Médica. (Cuba), 40 (2), 75-77.
5. Amigo, V. I., Fernández, R. C., y Pérez, A. M. (1998). Manual de psicología de la salud. España: Pirámide.
6. Arenas, R. (1990). Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. México: McGraw-Hill.
7. Arroyo, P. A. I. y Mena, C. C. A. (1998). “Tratamiento del acné juvenil”. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. (México), 55 (10), 594-598.
8. Badillo, M. G. E. (2001). Calidad de vida en acne. Validación del Índice de Discapacidad por Acné (ADI, Acne Disability Index) y del Índice Dermatológico de Calidad de Vida (DQLI, Dermatology Quality of Life Index) en su versión en castellano en pacientes mexicanos con acné. Tesis de posgrado no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Hospital General de México, Ciudad de México, México.

9. Barrón, T. M. T. (2002). Frecuencia de trastornos depresivos, de ansiedad y de calidad de vida en adolescentes mexicanos con acné vulgar. Tesis de posgrado no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Hospital General de México, Ciudad de México, México.
10. Bazán, L. O. (2002). “Los efectos dañinos permanecen en el ambiente hasta 600 años”. El Heraldo (México).
11. Becoña, E. y Oblitas, L. (2004). “Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas”. En: Investigación en detalle (Colombia), 4. (En red). Disponible en: <http://www.alapsa.org/detalle/04/index.htm>
12. Becoña, E., Vázquez, F. L. y Oblitas, L. A. (2001a). “Antecedentes y desarrollo de la Psicología de la Salud”. Psicología Contemporánea. 2 (1), 4-15.
13. Becoña, E., Vázquez, F. L. y Oblitas, L. A. (2001b). “Estado actual y perspectivas de la psicología de la salud”. Psicología Contemporánea. 2 (1):100-111.
14. Beirana, L. (1971). “Dermatología preventiva”. En: Instituto Mexicano del Seguro Social. (Ed.). Anuario de Actualización en Medicina. (Fascículo 8, Dermatología), (405-408). México: Autor.
15. Beneit, M. P. J. (1994a). “Conductas de salud”. En: M. P. J. Beneit y P. J. M. Latorre (coords.) (Ed.). Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionistas de la salud. (27-39). Buenos Aires: Lumen.
16. Beneit, M. P. J. (1994b). “La enfermedad crónica”. En: M. P. J. Beneit y P. J. M. Latorre (coords.) (Ed.). Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionistas de la salud. (225-237). Buenos Aires: Lumen.

17. Beneit, M. P. J. (1994c). "Modificación de conductas de salud". En: M. P. J. Beneit y P. J. M. Latorre (coords.) (Ed.). Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionistas de la salud. (41-55). Buenos Aires: Lumen.
18. Beneit, M. P. J. y Latorre, P. J. M. (coords.) (1994a). Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud. Buenos Aires: Lumen.
19. Beneit, M. P. J. y Latorre, P. J. M. (1994b). "La representación mental de la enfermedad". En: M. P. J. Beneit y P. J. M. Latorre (coords.) (Ed.). Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionistas de la salud. (215-224). Buenos Aires: Lumen.
20. Benson, H. (1980). El efecto mente/cuerpo. La medicina de la conducta, un camino para mejorar su salud. España: Grijalbo.
21. Bosch, F. E. y Ferrer, P. V. (2001). "El análisis de género: una revisión necesaria en psicología social de la salud". Psicología y Salud. (España), 2 (1); 5- 16.
22. Cahill, M. y Bowen, R. M. (1988). Signos y síntomas. México: McGraw-Hill Interamericana.
23. Calhoun, Ch. y Solomon, R. C. (coords.) (1992). Qué es una emoción? Lecturas clásicas de psicología fisiológica. México: F. C. E.
24. Cano, V. A. y Miguel, T. J. (2000). "Emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) y salud". Primer congreso virtual de psiquiatría. (En red). Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_a.htm
25. Carvajal, M. P. (1997). "El rol del psicólogo en un equipo interdisciplinario de cuidados paliativos". Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud (Colombia). (En red). Disponible en: <http://www.alapsa.org/boletin/art03.html>

26. Córdoba, G. R. (2003). "Educación sanitaria en las enfermedades crónicas". Revista Médica de Atención Primaria (España), 31 (5); 315-318.
27. Cruz, A. (2002). Acné. Un tratamiento naturista. México: Selector.
28. Cruzado, J. A. y De la Puente, M. L. (1997). Lo psicossomático. Madrid: Aguilar.
29. Dubrow, J. T. y Adderly, D. B. (2004). La cura para el acné. México: Aguilar.
30. Dulanto, G. E. (2000). El adolescente. México: McGraw – Hill Interamericana.
31. Durán, G. L. (1998). "La participación del psicólogo en la atención integral a la salud". En: O. G. Rodríguez y R. M. Rojas (coords.) (Ed.). La psicología de la salud en América Latina. (61-82). México: Facultad de Psicología, UNAM.
32. Egea, M. F. y Pera, G. M. (1997). "Psicosomática: orígenes y marcos de referencia". En: N. V. N. Serrano y E. C. Herrera (Ed.). Aportaciones a la medicina psicosomática. (13-37). Málaga: Universidad de Málaga.
33. Enríquez, M. J., De Alba, A. L., Lemm, A. M. C. y Quintana, A. J. (1998). "Tratamiento quirúrgico de las secuelas de acné". Revista del Centro Dermatológico Pascua, (México), 7 (1), 28-36.
34. Epstein, E. (1989). Enfermedades comunes de la piel. México: Editorial Científica.
35. Falconer, M. W., Sheridan, E., Patterson, H. R. y Gustafson, E. A. (1981). Farmacología y terapéutica. México: Interamericana.
36. Ferrero, J., Toledo, M. y Barreto, M. P. (1998a). "Comportamiento, promoción de la salud y prevención de la enfermedad". En: M. P. Barreto, M. J. Gil y M. A. Toledo (comp.) (Ed.). Intervención en psicología clínica y salud. (99-130). Tomo II. Valencia: Promolibro.

37. Ferrero, J., Toledo, M. y Barreto, M. P. (1998b). "Estrés y salud". En: M. P. Barreto, M. J. Gil y M. A Toledo (comp.) (Ed.). Intervención en psicología clínica y salud. (11-58). Tomo I. Valencia: Promolibro.
38. Fitzpatrick, B. T., Allen, J. R. y Wolff, K. (2001). Atlas en color y sinopsis de dermatología clínica. España: McGraw – Hill Interamericana.
39. Fitzpatrick, J. E. y Aeling, J. L. (1996). Dermatology secrets. Canadá: Hanley Belfus, Inc.
40. Flórez-Alarcón, L. (2004, Octubre). "Psicología de la salud". Revista de Psicología Científica. (En red). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-pssalud.htm>
41. Flórez-Alarcón, L. y Hernández, L. C. (1998). "Evaluación del estilo de vida". Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud (Cuba). (En red). Disponible en: http://www.alapsa.org/boletin/art_eval01_1.html
42. Fonte, V., Domínguez, Ch. J., Pichardo, P. y Hojyo, M. T. (2003). "Tratamiento quirúrgico de las cicatrices deprimidas de acné". Revista electrónica de dermatología, cosmética, médica y quirúrgica, 1 (3). (En red). Disponible en: <http://www.dcmq.com.mx>
43. Galván, M. N. (2003). Psicología de la salud: relación enfermedad crónica-hábitos saludables. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.
44. Garaigordobil, L. M. (1998). Evaluación psicológica: Bases teórico-metodológicas, situación actual y directrices del futuro. España: Amarú ediciones.
45. Gaudio, S., Rabinowitz, L. y Leyden, J. (1993). "Lesiones acneiformes, pústulas y costras". En: E. E. Bondi, B. V. Jegasothy y G. S. Lazarus (Ed.).

- Dermatología, diagnóstico y tratamiento. (100-124). Argentina: Editorial Panamericana.
46. Gómez, M. y Vidaurri, S. L. M. (2003). "Importancia epidemiológica del acné. Resultados preliminares de un estudio epidemiológico de las principales dermatosis". Revista Mexicana de Dermatología. (México), 47 (2), 95-97.
47. González, M. A. (1971). "Estructura de la piel. Lesiones histológicas elementales". En: Instituto Mexicano del Seguro Social. (Ed.). Anuario de Actualización en Medicina. (Fascículo 7, Dermatología), (9-20). México: Autor.
48. Goodman, G. A., Rall, W. T., Nies, S. A. y Taylor, P. (1990). Las bases farmacológicas de la terapéutica. México: Panamericana.
49. Grau, A. J. A. (1998a). "Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación". Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud (Cuba). (En red). Disponible en: <http://www.alapsa.org/boletin/art02/html>
50. Grau, A. J. A. (1998b). "La Psicología de la salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro". En: O. G. Rodríguez y R. M. Rojas (coords.) (Ed.). La psicología de la salud en América Latina. (45-60). México: Facultad de Psicología, UNAM.
51. Gómez, M. y Vidaurri, S. L. M. (2003). "Importancia epidemiológica del acné. Resultados preliminares de un estudio epidemiológico de las principales dermatosis". Revista Mexicana de Dermatología. (México), 47 (2), 95-97.
52. González, M. A. (1971). "Estructura de la piel. Lesiones histológicas elementales". En: Instituto Mexicano del Seguro Social. (Ed.). Anuario de Actualización en Medicina. (Fascículo 7, Dermatología), (9-20). México: Autor.
53. Habif, T. P., Campbell, J. L., Quitadamo, M. J. y Zug, K. A. (2001). Skin disease: diagnosis and treatment. E. U. A.: Mosby.

54. Hanna, S., Sharma, J. y Klotz, J. (2003). "Acne vulgaris: more than skin deep". Dermatology On Line Journal. (Canadá), 9 (3), 8-14.
55. Herrero, Z. R. y Darlo, R. R. (2005, enero). "Medicina estética y psiquiatría: una asociación". Revista de medicina estética. 7. (En red). Disponible en: <http://www.med-estetica.com/cientifica/revista/n7/mepsiquiatria.htm>
56. Holroyd, K. A., Appel, M. A. y Andrasik, F. (1987). "Un enfoque cognitivo-conductual de los trastornos psicofisiológicos". En: D. Meichenbaum y M. E. Jaremko (Ed.). Prevención y reducción del estrés. (196-227). España: Desclée de Bower.
57. Jinich, H. (2002). El paciente y su médico. México: Manual Moderno.
58. Kamino, H. y Toussaint Caire, S. (1999). "Manifestaciones dermatológicas del estrés". En: Halabe, Ch. J. y Saita, K. O. (Ed.). Temas de medicina interna. Estrés y manifestaciones clínicas. (27-40). México: McGraw-Hill Interamericana.
59. Katz, J. (1989). El médico y el paciente. Su mundo silencioso. México: Fondo de Cultura Económica.
60. Kenneth, L. R. (1985). Terapéutica dermatológica. México: Manual Moderno.
61. Latorre, P. J. M. (1994a). "Aspectos psicológicos del dolor". En: M. P. J Beneit y P. J. M. Latorre (coords.) (Ed.). Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionistas de la salud. (17-25). Buenos Aires: Lumen.
62. Latorre, P. J. M. (1994b). "Psicología de la salud: Introducción y conceptos básicos". En: M. P. J Beneit y P. J. M. Latorre (coords.) (Ed.). Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionistas de la salud. (17-25). Buenos Aires: Lumen.

63. Latorre, P. J. M. (1994c). "Estrés: significado, impacto y recursos". En: M. P. J Beneit y P. J. M. Latorre (coords.) (Ed.). Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionistas de la salud. (57-85). Buenos Aires: Lumen.
64. Launey, E. W. y Land, W. A. (1986). Dermatología. México: Nueva Editorial Interamericana.
65. López, H. R. (1994). "Técnicas de reducción del estrés". En: M. P. J Beneit y P. J. M. Latorre (coords.) (Ed.). Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionistas de la salud. (87-97). Buenos Aires: Lumen.
66. López, S. O. (1998). Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México. México: CEAPAC – Plaza y Valdés.
67. López, R. S. (2002). Lo Corporal y lo Psicosomático. Reflexiones y aproximaciones I. México: Plaza y Valdés.
68. Luzoro, G. J. (1992). "Psicología de la salud". Revista de Psicología (México), 3 (1), 25-29.
69. Macotela, R. E. (1971). "Generalidades sobre fisiología de la piel". En: Instituto Mexicano del Seguro Social. (Ed.). Anuario de Actualización en Medicina. (Fascículo 7, Dermatología), (21-27). México: Autor.
70. Martín, C. M. (2003). "La investigación del bienestar en Cuba desde la perspectiva de la psicología de la salud". En: M. Casullo (Ed.). Bienestar en adolescentes en Latinoamérica. Buenos Aires: Paidós.
71. Martín, L. A. y Grau, A. J. A. (2004). "La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud". Psicología y salud (México), 14 (1).

72. Mars, Ll. V. (2004, noviembre). Aportaciones de las intervenciones y tratamientos psicológicos a la psicopatología y la medicina comportamental. (En red). Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/vmars/medicina.html>
73. Mena, C. C. A. y Arroyo, P. A. I. (2000). "Dermatología". En: E. Dulanto (Ed.), El adolescente. (1017-1020). México: McGraw – Hill Interamericana.
74. Méndez, C. F. X., Olivares, R. J. y Moreno, G. P. (1998) "Técnicas de reestructuración cognitiva". En: J. R. Olivares y F. C. Méndez (Ed.). Técnicas de modificación de conducta. (409- 435). Madrid: Biblioteca Nueva.
75. Méndez, C. F. X., Olivares, R. J. y Ros, L. M. (1998) "Entrenamiento en habilidades sociales". En: J. R. Olivares y F. C. Méndez (Ed.). Técnicas de modificación de conducta. (334- 367). Madrid: Biblioteca Nueva.
76. Mora, R. (2004) "Metrosexuales: los hombres de la nueva generación". Revista Max. Todo el hombre. (México). 46, 46-51.
77. Olguín, H. A. (2003). Psicología de la salud: estrés y hábitos negativos de la salud. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.
78. Olivares, R. J., Méndez, C. F. X. y Lozano, B. M. (1998*d*). "Técnicas para la adquisición de habilidades de enfrentamiento". En: J. Olivares y F. X. Méndez (Ed.). Técnicas de modificación de conducta. (442-475). Madrid: Biblioteca Nueva.
79. Palacios, V. J. J. (1998). "El estrés en la salud y en la enfermedad. Los perfiles de reactividad, contribuciones recientes en la investigación acerca de su naturaleza y para su tratamiento". En: O. G. Rodríguez y R. M. Rojas (coords.) (Ed.). La psicología de la salud en América Latina. México: Facultad de Psicología, UNAM.

80. Pérez, A. R. y Calaña, R. A. (1995). “Acné polimorfo: tratamiento con emplacen.” Revista cubana de medicina general integral, (Cuba). ***falta vol, no. y págs.
81. Pérez, L. M. y Segarte, N. L. (2001). “Utilización de recursos termales en la búsqueda de salud y belleza”. Revista Cubana de Farmacología (Cuba), 35 (3), 207-210.
82. Pérez, R. L., Márquez, B. M. L. y Namihira, G. D. (2001). “La percepción del paciente femenino por el personal de salud: un aspecto a considerar en la calidad de la atención médica”. Psicología y Salud. (España), 11 (1); 27-38.
83. Phares, J. (1999). Psicología clínica: conceptos y práctica. México: El Manual Moderno.
84. Ridruejo, A. P. (1996a). “El psiquismo: dialéctica mente-cuerpo”. En: Ridruejo, A. P., Medina, L. A. y Rubio, S. J. L. (Ed.). Psicología médica. (23-43). España: McGraw – Hill Interamericana.
85. Ridruejo, A. P. (1996b). “Procesos psicosomáticos”. En: Ridruejo, A. P., Medina, L. A. y Rubio, S. J. L. (Ed.). Psicología médica. (531-546). España: McGraw – Hill Interamericana.
86. Ridruejo, A. P., Medina, L. A. y Rubio, S. J. L. (1996). Psicología médica. España: McGraw – Hill Interamericana.
87. Rodríguez, G. R. et. al. (2004). “Estrés y manifestaciones dermatológicas”. (En red). Disponible en:
http://www.indexmedico.com/publicaciones/indexmed_journal/edicion5/stress_piel/rodriguez_garcia.htm

88. Rodríguez, C. E. y Vargas, D. P. (2004). “Etiología bacteriana y susceptibilidad a antibióticos en pacientes con acné”. Revista Biomédica. (Costa Rica), 15 (2), 101-106.
89. Rodríguez, O. G. y Rojas, R. M. (coords.) (1998). La psicología de la salud en América Latina. México: Facultad de Psicología, UNAM.
90. Romero, L. C. B. (2002). Psicología de la salud en la promoción de la salud como un estado de bienestar bio-psico-social. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
91. Rossetti, M. L. (2004). “Monografía sobre acné en la adolescencia”. (En red). Disponible en: <http://www.yio.com.ar/acne/htm>
92. Santamaría, G. V. (2000). “Acné vulgar o juvenil”. Revista de dermatología Pascua, 9 (1), 49-56.
93. Santos, O. M. C. (1998). “Salud pública. Promoción de la salud y ecuación para la salud”. En: O. G. Rodríguez y R. M. Rojas (coords.) (Ed.). La psicología de la salud en América Latina. (131-147). México: Facultad de Psicología, UNAM.
94. Sanz, J. (2002, febrero). “La década de 1989 – 1998 en la psicología española: análisis de la investigación en personalidad, evaluación y tratamiento psicológico”. Papeles del psicólogo, 81, (en red). Disponible en: <http://www.cop.es/papeles/vernumero.asp?ID=884>.
95. Serrano, N. V. (1997). “Reflexión interdisciplinar: dermatología psicosomática”. En: N. V. N. Serrano y E. C. Herrera (Ed.). Aportaciones a la medicina psicosomática. (109-132). Málaga: Universidad de Málaga.
96. Servín, V. L. A., Ramírez, G. A., Gómez, M. P. y Mena, C. C. A. (2002). “Efecto de grupos psicoeducativos en la autoestima y aspectos psicosociales en

- adolescentes con acné juvenil”. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. (México), 22-33.
97. Solignac, P. (1987). Importancia de lo psicológico en la medicina. España: Mensajero.
98. Tanner, J. M. y Rattray, T. G. (1976). “El crecimiento”. En: Colección Científica de Life en Español. (142-145). México: Offset Multicolor.
99. Tejedor, A. M. C. y Castellón, Z. J. J. (1988). “Generalidades terapéuticas en psicósomática: otras técnicas psicológicas”. En: P. A. I. Sojo (Ed.). Medicina psicósomática. (205-207). España: Doyma.
100. Tórtora, G. J. y Anagnostakos, N. P. (1998). Principios de anatomía y fisiología. México: Harla.
101. Torres, L. V. (coord.), et. al. (2003). “Primer consenso mexicano para el manejo del acné”. Revista Mexicana de Dermatología. (México), 47 (2), 84-107.
102. Trejo, D. M. A. (2001). Psicología de la salud: estilos de vida y hábitos de salud. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
103. Universidad Nacional Autónoma de México. (2003). Manual de Titulación. Carrera de Psicología. México: Autor.
104. Valle, G. P., Barajas, G. R., Sentfés, V. R. y Zurita, C. R. (1990). Manual de medicina general. México: Trillas.
105. Vega, C. M. (2002). Psicología de la salud: hábitos positivos para conservar en estado saludable. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.

106. Velázquez, C. M. R. (2001). Psicología de la salud: estrés y afrontamiento. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. Méx., México.
107. Wolman, B. B. (2002). Diccionario de ciencias de la conducta. México: Trillas.
108. Zas, R. B. (2004, noviembre). “La psicología en las instituciones de salud”. (En red). Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/index.html>