



RESUMEN

Introducción: La depresión y ansiedad es común en los enfermos, aunque frecuentemente no es reconocida ni tratada en los pacientes con enfermedades que afectan a la piel, siendo el acné la de mayor prevalencia. El acné causa ansiedad y depresión en los pacientes que lo sufren.

Objetivo: Determinar la frecuencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes con acné en la consulta externa de dermatología del hospital Vicente Corral Moscoso. 2011.

Metodología: Se realizó un estudio transversal de prevalencia. La muestra fué representativa y aleatoria. El tamaño de la muestra fué de 350 pacientes con acné de la consulta externa de Dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso. Se identificaron los casos de pacientes con acné que presentaron algún tipo de trastorno adaptativo de acuerdo con la Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA) DSM - IV-TR, en lo referente a trastornos adaptativos. Para la recolección de los datos se utilizó el test de Hamilton de ansiedad y de depresión adaptado, que fueron llenados por los pacientes que asintieron participar en el estudio. La información fue tabulada y analizada mediante el software SPSS 15.

Resultados: El grado de acné 1 fue el de mayor prevalencia con un 47.7% de la población, la prevalencia general de ansiedad en los pacientes con algún grado de acné fue del 14,6%, la prevalencia general de depresión alcanzó en la población con acné el 44, 3%; la media poblacional se ubicó en 18.92 con un desvío estándar de 4.61; el sexo de mayor prevalencia fue el femenino con un 54%; el estado civil de mayor prevalencia fue el soltero/a con el 84% de la población en estudio, un 15.7% fue casado/a y el 0.3% en unión libre. En el 80.9% de los casos la ocupación de la población fue estudiante, mientras que un 18.3% trabaja y el 0.9% no realiza ninguna ocupación. El acné fue más prevalente en la edades inferiores, en solteros en el sexo femenino y en los



estudiantes, estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$) con excepción de la variable sexo donde no se encontraron diferencias significativas. La prevalencia de ansiedad y depresión aumentan conforme aumenta el grado de acné.

Conclusiones: La ansiedad y depresión se asocian con la presencia de acné, la prevalencia de estos trastornos adaptativos es alta en la población afectada por acné y el grado de acné es el principal condicionante de la severidad de los síntomas ansiosos y depresivos.

PALABRAS CLAVES: ACNÉ, DEPRESIÓN, ANSIEDAD.



ABSTRACT

Introduction: Depression and anxiety are common in patients, although often not recognized or treated in patients with diseases affecting the skin, acne being the most prevalent. Acne causes anxiety and depression in patients who suffer in the local population do not have indicators of these disorders in these patients.

Objective: To determine the frequency of anxiety and depressive disorders in patients with acne in the dermatology outpatient hospital Vicente Corral Moscoso. 2011.

Methodology: A cross sectional study of prevalence. The sample was representative and random. The sample size was 350 patients with acne dermatology outpatient Vicente Corral Moscoso Hospital. We identified cases of acne patients who had some type of adjustment disorder according to the classification of mental illness Psychiatric American Association (APA) DSM-IV-TR, in terms of adjustment disorders. To collect data we used the Hamilton test anxiety and depression adapted, which were filled by patients who assented to participate in the study. The information was tabulated and analyzed using SPSS 15.

Results: The degree of acne 1 was the most prevalent with 47.7% of the population, the overall prevalence of anxiety in patients with some degree of acne was 14.6%, the overall prevalence of depression in the population reached acne, 44, 3%, the average population stood at 18.92 with a standard deviation of 4.61, the sex was most prevalent with 54% female, marital status was the most prevalent single / a with 84% of the study population, 15.7% were married / a and 0.3% in free union. In 80.9% of cases the occupation was student population, while 18.3% and 0.9% work makes no occupation. Acne was more prevalent in younger than in singles in females and students, these differences were statistically significant ($p < 0.05$) except for the sex variable



where there were no significant differences. The prevalence of anxiety and depression increase with increasing degree of acne.

Conclusions: Anxiety and depression are associated with the presence of acne, the prevalence of these disorders is high in adaptive population affected by acne and the degree of acne is the main determinant of the severity of anxiety and depressive symptoms.

KEYWORDS: ACNE, DEPRESSION, ANXIETY.



INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓN	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3. JUSTIFICACIÓN	15
4. MARCO TEÓRICO	16
5. OBJETIVOS	32
6. DISEÑO METODOLÓGICO	33
7. RESULTADOS	36
8. DISCUSIÓN	50
9. CONCLUSIONES	55
10. RECOMENDACIONES	56
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
12. ANEXOS	63



Nosotros, Ana María Coello Loyola, Diego Roberto de la Torre Carrillo, Pablo Alejandro Iglesias Barzallo, reconocemos y aceptamos el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médico y Médica respectivamente. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autores.

Nosotros, Ana María Coello Loyola, Diego Roberto de la Torre Carrillo, Pablo Alejandro Iglesias Barzallo, certificamos que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de los autores



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**“TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN PACIENTES CON ACNÉ EN
CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO. CUENCA. AÑO 2011”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO Y MÉDICA**

**AUTORES: ANA MARÍA COELLO LOYOLA
DIEGO ROBERTO DE LA TORRE CARRILLO
PABLO ALEJANDRO IGLESIAS BARZALLO**

DIRECTOR: DR. IVAN ZEAS

ASESOR: DR. ISMAEL MOROCHO

**CUENCA – ECUADOR
Junio-2012**



DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a mi familia. A mis padres por hacer de mí una mejor persona a través de sus consejos enseñanza y amor. A mis hermanos por estar siempre presentes.

PABLO



DEDICATORIA

A mi Esposo Medardo por estar siempre junto a mí apoyándome y brindándome todo su amor, a mi hijo José David quien es mi fortaleza; y a mis padres quienes me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento.

ANA MARIA



DEDICATORIA

A mi esposa Fanny por su respaldo y amor incondicional, a mi hermano Cristian por su apoyo en todo momento, a mi padre que aunque distante siempre está presente apoyándome y aconsejándome; y de manera especial a mi madre Dra. Margarita Carrillo por ser un ejemplo de vida, por enseñarme a ser perseverante y un hombre de bien.

DIEGO



AGRADECIMIENTO

A Dios, a nuestras Familias por su apoyo incondicional, a nuestros Profesores, en especial a los doctores Iván Zeas e Ismael Morocho.

LOS AUTORES



1. INTRODUCCIÓN

El acné es una dermatosis inflamatoria muy frecuente con una prevalencia de alrededor del 80% en la mayoría de los países a nivel mundial (1), con un amplio espectro clínico. Varía de formas leves a extensas y desfigurantes, que pueden dejar secuelas físicas y psicológicas. Esta patología tan común afecta en mayor medida a las personas jóvenes, en etapa de formación de la personalidad y la autoimagen, lo que puede favorecer un impacto mayor de la enfermedad y el desencadenamiento de trastornos psicológicos importantes como los trastornos adaptativos (2). “La ansiedad y la depresión son situaciones anímicas frecuentes en los acneicos. Los pacientes con acné aseguran que su aspecto les deprime y se pasan horas mirándose al espejo” (3).

Si nos regimos a la definición de salud según la OMS, que dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (4), entonces es fundamental tratar las patologías que se encuentre en cualquier de éstos ámbitos, y nunca debemos soslayar signos y síntomas que se agrupan en una enfermedad ya sea somática o en la esfera de la salud mental y social.

Por esta razón es de gran importancia el apoyo psicológico que los médicos deben dar a un paciente con acné, y es éste motivo el que nos incentivó a realizar nuestro estudio para lo que nos hemos propuesto: Determinar la prevalencia de trastornos adaptativos en pacientes con acné, así como establecer el grado de acné y el trastorno adaptativo que presenta y su relación con el acné.

Bajo esta investigación demostramos la prevalencia de los trastornos adaptativos en pacientes con acné en nuestro medio, información epidemiológica de gran valor que debe ser tomada en cuenta cuando un médico esté abordando a un paciente con acné.=????



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El acné es una afección cutánea crónica y auto limitada que, aunque puede aparecer en cualquier etapa de la vida, se presenta con mayor frecuencia (80%) durante la adolescencia. (5)

Guerra y colaboradores (6) exponen en su trabajo que un 85% de las personas lo sufre durante la adolescencia y la juventud. Aunque la máxima prevalencia se observa entre las edades de 12 y 24 años, un 8% de los adultos de entre 25 y 34 años y un 3% entre 35 y 44 años presentan esta enfermedad. En España la prevalencia del acné entre la población escolar de 12 a 18 años es de un 74%, sin diferencias en cuanto al sexo, con una edad de máxima prevalencia entre los 14 y los 16 años. Asimismo, en los jóvenes entre 18 y 24 años la prevalencia es del 19. Por su alta prevalencia, el acné supone del 10 al 30% de las visitas al dermatólogo.

El acné puede destruir la autoestima, el bienestar psicológico y la capacidad de relacionarse. A pesar de eso, aun no se le da importancia y se lo considera casi hasta trivial (normal de la edad), cuando se lo compara con otras enfermedades. En un estudio llevado a cabo en Oxford, Mallon, et al. (1999) sometieron a 111 individuos, entre 18-62 años a cuestionarios genéricamente validados (DLQI, medida de Rosenberg, GHQ-28 y ShoForm36) para evaluar la morbilidad de pacientes con acné y compararlos con la morbilidad de individuos con otras enfermedades crónicas. Todos los instrumentos de calidad de vida mostraron que en el grupo afectado por el acné las mediciones de salud mental resultaron peores que las de grupos de pacientes con asma, epilepsia, dolor lumbar y artritis.

Se ha indicado el fuerte impacto negativo del acné, que favorece el desencadenamiento de baja autoestima, aumento de la ansiedad, fobia social, depresión y dificultades personales, incluso en grupos de profesionales. Aunque parezca obvio en la práctica médica no se otorga el valor que se merece el impacto psicológico, social y profesional de los paciente con acné; la



selección del tratamiento más adecuado tiene que considerar esos aspectos, de lo contrario éste será estándar, masificado y con muchas posibilidades de fracasar.

El trastorno depresivo mayor y la ansiedad generalizada frente al acné requieren un seguimiento más extendido en el tiempo, según la literatura, por lo que no fueron abordados en esta investigación; se analizaron los trastornos adaptativos que se presentan como reacción inmediata o en un plazo de días al acné.

La solución a este problema es reconocer, diagnosticar y abordar los problemas adaptativos y aspectos psicosociales de los pacientes con acné, para otorgar un adecuado tratamiento y mejorar la calidad de vida de éstos pacientes.

La investigación la realizamos en el Hospital Vicente Corral Moscoso, porque al ser un hospital público es de nuestro interés que los resultados sean de utilidad para mejorar la atención del paciente con acné en ésta institución, y sea un referente para otras instituciones públicas y privadas.



3. JUSTIFICACIÓN

Los datos obtenidos de nuestra investigación sirven de evidencia científica y de referencia para que todo profesional médico que trate pacientes con acné, observe la prevalencia de trastornos adaptativos en pacientes con dicha patología, y junto al tratamiento farmacológico aborde el aspecto psicosocial de éstos pacientes; y de ésta manera el tratamiento tendrá mejores resultados al abordar los aspectos somáticos y psicológicos, lo que conlleva a un beneficio para el paciente.

Los beneficiarios de nuestra investigación son los pacientes que padezcan de acné, ya que los conocimientos obtenidos en esta investigación son de utilidad para los médicos quienes los tratan y los resultados se reflejarán un mejor manejo del paciente con acné.



4. MARCO TEÓRICO

4.1 ACNÉ

4.1.1 DEFINICIÓN

El acné es una enfermedad de la unidad pilo sebácea, es considerada como una noxa inflamatoria, polimorfa en la que se produce la formación de comedones, pápulas y pústulas y en algunas ocasiones nódulos y pseudoquistes a veces acompañados posteriormente de cicatrices (7). En la Global Alliance se definió al acné como una enfermedad crónica al menos en un 30% de los pacientes (8).

El acné es un desorden muy común, autolimitado, multifactorial. Es un fenómeno casi exclusivo de los humanos (9). La afección se presenta habitualmente en los adolescentes. También se cree que el acné es hereditario (7).

4.1.2 IMPACTO PSICOSOCIAL

El acné puede causar efectos psicológicos "cicatriz" psicológica del acné entre ellos la fobia social, depresión, ansiedad, niveles bajos de autoestima, problemas de imagen corporal, dismorfofobia, suicidio y desempleo. El estrés emocional es capaz de producir un empeoramiento del acné, el mecanismo por el cual se produce este fenómeno probablemente sea mediante un efecto sobre el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, en respuesta a los eventos emocionales estresantes (10).

El estrés en la adolescencia produce cambios psicológicos, que pueden llevar a fragilidad de la imagen, con desarrollo de desórdenes dismórficos, produciéndose a veces excoriaciones compulsivas. La presencia de lesiones acneiformes en la cara y otras partes del cuerpo puede originar la sensación de alineación e inseguridad en los sujetos afectados.



Muchos investigadores han encontrado que el rasgo típico en el carácter de quienes sufren de acné ha sido definido como un temperamento sanguíneo, con características obsesivas, deprimido, iniciando una inmadurez emocional y psicosexual (10).

4.1.3 EPIDEMIOLOGIA

El acné es la dermatosis más frecuente, pues afecta al 80-85 % de la población mundial en algún momento de su vida. En la mayoría de los casos se inicia entre los 11 y 12 años. En diferentes estudios su prevalencia varía por edad, el 61% a los 12 años y de 83% a los 16 años en el sexo femenino; y de 40% a los 12 años y hasta 95% a los 16 años en el sexo masculino.

En el 10% de los casos el acné persiste después de los 25 años, después de los 35 años es del 3% pero en estos pacientes otros factores como el hiperandrogenismo, precipitan la patología dermatológica. En la adultez, en algunas personas continúan apareciendo erupciones menores en el periodo premenstrual o en situaciones estresantes (11). Es más severo en varones que en mujeres (12).

Entre los factores de riesgo investigados, los antecedentes familiares han sido descritos en algunas series (16% con relación al padre, 25% a la madre y 68% a los hermanos).

En un estudio realizado en Perú, sobre el hábito de fumar como factor influyente en el acné, los resultados indican que los fumadores activos presentan acné en 40.8% mientras que los no fumadores están afectados sólo en 23.5%.

En diferentes estudios se ha demostrado que el acné varía según el lugar donde viven y su forma de alimentación. La prevalencia de acné es menor en áreas rurales y sociedades no industrializadas que en poblaciones modernas occidentales.



En un estudio de 2214 adolescentes en Arequipa, Perú se encontró baja prevalencia de acné moderado y severo, siendo significativamente menor en indígenas (28%) que en mestizos (43%) o blancos (45%) sugiriendo que se debía a diferencias étnicas.

Sin embargo otros autores creen que este se debe a factores alimenticios, en un estudio reciente observacional sobre la prevalencia del acné en dos poblaciones aisladas, la isla de Kitavan en Papua Nueva Guinea y la tribu Ache en el Paraguay, ocasionó especial interés. La dieta de Kitavan consiste en tubérculos, frutas, pescado y coco; La dieta en Ache incluye alimentos cultivados en la región, maní, maíz, arroz. En 843 días de evaluación no encontraron ningún caso de acné. Los autores sugirieron que la ausencia de acné en estas sociedades se atribuye a que la dieta local tiene sustancialmente un menor índice glicémico que la dieta occidental (13).

4.1.4 ETIOPATOGENIA

La unidad pilo sebácea es el órgano blanco del acné, por tanto las lesiones ocurren en zonas de mayor concentración como cara, pecho y espalda donde las glándulas sebáceas son particularmente activas (14).

Se cree que el acné surge de la interacción de 4 factores:

- El aumento de la producción de sebo en las glándulas sebáceas.
- La formación de comedones por obstrucción del folículo sebáceo.
- La colonización de la bacteria *P. acnés*.
- La inflamación causada por la liberación de sebo en la piel que rodea la lesión.

El *P. acnes* no inicia el acné pero contribuye a desencadenar el proceso inflamatorio. Actúa tanto en mecanismos inmunológicos como no inmunológicos. (9) (15)



Además se cree que puede haber un factor genético asociado a la enfermedad, que influencia su desarrollo. (13)

4.1.5 ANATOMÍA PATOLÓGICA

La comedogénesis en el acné es un proceso donde la hiperqueratinización se inicia fundamentalmente en el infrainfundíbulo producido por una anormal descamación de los comedocitos que quedan retenidos en la luz, desencadenada por un aumento de la proliferación de dicha células epiteliales. También puede intervenir en algunos tipos de comedones la queratinización parcial del ducto sebáceo (19).

4.1.6 DIAGNÓSTICO

Realizar una historia clínica completa (11), una anamnesis detallada sobre: duración y cambios en las lesiones, tratamientos previos y su efectividad, medicamentos y productos químicos utilizados (17), antecedentes familiares de la enfermedad o de la tendencia al desarrollo de cicatrices, la ingesta de medicamentos que pueden favorecer el desencadenamiento o disminuir la eficacia terapéutica, y otros factores específicos como calor, ejercicio, estrés o presión que lo exacerban (14).

No es necesaria la utilización de medios diagnósticos únicamente con la clínica tomando en cuenta que existen 4 aspectos fundamentales a considerar:

- Tipo de lesión: de predominio inflamatorio o no inflamatorio.
- Gravedad: intensidad o estadio de las lesiones.
- Extensión: afectación de cara, pecho y espalda.
- Factores asociados.



4.1.7 CLASIFICACIÓN DEL ACNÉ

Se realiza de acuerdo a la presencia de lesiones de retención y a las inflamatorias y según la severidad de las mismas, actualmente se acepta la clasificación del G.L.E.A. (Grupo Latinoamericano de Estudios del acné- Marzo 2005). (9)

- Lesiones de retención:
 - Acné comedónico
- Lesiones inflamatorias
 - Acné Pápulopustuloso: leve, Moderado, Severo.
 - Acné Nóduloquístico: moderado, Severo.
- Formas especiales:
 - Acné conglobata.
 - Acné Fulminante.
- Variantes

4.1.8 GRADOS DE ACNÉ (18)

- Grado 1: Comedones abiertos y cerrados
- Grado 2: Pústulas más comedones abiertos y cerrados
- Grado 3: Nódulos más pústulas y comedones
- Grado 4: Quistes, abscesos, cicatrices, nódulos, pústulas y comedones abiertos y cerrados
- Grado 5: Grado 4 más cicatrices y acné conglobata.



4.1.9 PRONOSTICO

El pronóstico dependerá de la severidad del tipo de acné y del estadio en que se encuentre el padecimiento, pero se sabe que entre más temprano se inicie el tratamiento, éste será más favorable, y sobre todo con menos secuelas cicatrízales. También dependerá del control que se tenga del paciente ya que el tratamiento no termina cuando el aspecto del paciente mejora sino que deberá mantenerse un tratamiento de sostén para garantizar en lo que se pueda que el padecimiento no volverá a presentarse o por lo menos no con tanta severidad. (18)

4.2 TRASTORNOS ADAPTATIVOS

4.2.1 CONCEPTO

Se caracterizan por la aparición de síntomas emocionales o comporta mentales en respuesta a un factor estresante identificable externo. Los síntomas suelen presentarse dentro de los 3 meses siguientes al comienzo o acontecimiento del factor estresante, una vez cesado el mismo o sus consecuencias los síntomas no suelen persistir más de 6 meses (21).

4.2.2 EPIDEMIOLOGIA

Los trastornos adaptativos son en apariencia frecuentes, aunque el patrón epidemiológico varía ampliamente en función de la población estudiada y de los métodos de evaluación. El porcentaje de individuos tratados en régimen ambulatorio con un diagnóstico principal de trastorno adaptativo se sitúa entre el 5 y el 20 %. Los individuos con circunstancias vitales poco afortunadas experimentan una tasa elevada de estresantes y tienen un riesgo mayor de presentar este trastorno (22).

Andreansen y Wasek (1980) hallaron que a un 5% de la muestra de pacientes ingresados y ambulatorios se les diagnosticaba un trastorno adaptativo.



Fabrega y col. (1987) observaron que el 2,3% de una muestra de pacientes de una clínica ambulatoria (Centro de Diagnóstico y Evaluación) cumplían los criterios para el trastorno adaptativo, sin otro diagnóstico en el Eje I o II; al 20% se les diagnosticaba un trastorno adaptativo cuando se incluyeron pacientes con otros diagnósticos del Eje I.

En la población que acude a consultas psiquiátricas en los hospitales generales, el trastorno adaptativo se diagnosticó entre un 21,5% y un 11,5% de casos (Popkin y col., 1990; Snyder y Strain, 1989, respectivamente). D. Schaffer (comunicación personal, 1990) señaló que se puede diagnosticar de trastorno adaptativo hasta a un 70% de los niños que precisan atención psiquiátrica en los distintos centros de salud mental. Faulstich y col. (1986) documentaron la prevalencia de los trastornos conductuales y adaptativos del DSM-III en pacientes adolescentes ingresados. Andreasen y Wasek (1980), utilizando un sistema de tarjetas, señalaron que los adolescentes experimentan más conductas impulsivas y alteraciones de la conducta en general que los adultos, pero que estos últimos presentaban, significativamente, más sintomatología depresiva (87,2% vs. 63,8%). Los síntomas de ansiedad eran frecuentes en todas las edades (23).

Los trastornos adaptativos pueden presentarse en cualquier grupo de edad y en los dos sexos, con mayor frecuencia en adolescentes (22, 24).

4.2.3 TIPOS DE TRASTORNO ADAPTATIVO

- **Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.**

Los síntomas predominantes son los de una depresión menor.

- **Trastorno adaptativo con ansiedad.**

Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud; o, en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.



- **Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo**

Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.

- **Trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento**

Este subtipo debe usarse cuando la manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad.

- **Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento**

Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son tantos síntomas emocionales, como trastorno de comportamiento.

- **No especificado.**

Este subtipo debe usarse para las reacciones des adaptativas a estresantes psicosociales que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno adaptativo. (21, 23, 24)

4.2.4 CUADRO CLÍNICO

El malestar o el deterioro de la actividad asociado a los trastornos adaptativos se manifiesta frecuentemente a través de una disminución del rendimiento en el trabajo o en la escuela y concambios temporales en las relaciones sociales.

Una vez ha cesado el estresante o sus consecuencias, los síntomas no persisten más de 6 meses (24).

Los trastornos adaptativos están asociados a un aumento del riesgo de suicidio e intentos de suicidio. La aparición de un trastorno adaptativo puede complicar el curso de una enfermedad en individuos que tengan patología médica:



- En la esfera del ánimo
- En la esfera conductual
- Aislamiento social
- Síntomas físicos

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.

Debe considerarse el contexto cultural del individuo al hacer la valoración clínica de si la respuesta individual al estresante es desadaptativa o de si el malestar asociado excede del que cabría esperar. La naturaleza, el significado y la experiencia de los estresantes y la evaluación de la respuesta a ellos pueden variar en las diferentes culturas.

4.2.5 FACTORES QUE DETERMINAN LA EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO ADAPTATIVO

- Su nivel de desarrollo. No se puede sentir lo que no se conoce.
- Su nivel intelectual.
- El temperamento. Un temperamento “fácil” produce mayor grado de adaptabilidad frente a situaciones nuevas.
- La duración en el tiempo del estresor.
- De variables ambientales múltiples: estilos de crianza, expectativas de los padres, exigencias laborales, sociales, escolares.
- De rasgos genéticos y biológicos: concomitancia con enfermedades físicas o mentales.
- De experiencias anteriores y del éxito con que se superaron (25, 26).



4.2.6 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
 - a. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
 - b. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez ha cesado el estresante o sus consecuencias, los síntomas no persisten más de 6 meses.

Especificar si:

- Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses.
- Crónico: si la alteración dura 6 meses o más.

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV (21,26).

- F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]
- F43.28 Con ansiedad [309.24]
- F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]



- F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]
- F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]
- F43.9 No especificado [309.9]

4.2.7 CURSO

Por definición, la alteración en el trastorno adaptativo empieza dentro de los 3 meses del inicio del estresante y no más tarde de 6 meses después de que el estresante o sus consecuencias hayan cesado.

Si el estresante es un acontecimiento agudo el inicio de la alteración suele ser inmediato o en los próximos días y la duración es relativamente breve. Si el estresante o sus consecuencias persisten, el trastorno adaptativo puede persistir también.

4.2.8 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El trastorno adaptativo constituye una categoría residual utilizada para describir alteraciones que aparecen en respuesta a un estresante identificable y que no cumplen los criterios para otro trastorno específico del Eje I.

- Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastornos ciclotímico
- Trastornos de la personalidad
- Trastorno por estrés postraumático o por estrés agudo
- Duelo
- Trastornos psicótico breve (22, 24)



4.2.9 TRATAMIENTO

Psicológico: Terapia para promover soporte, medidas alternativas para afrontar problemas, empatía, biofeedback, técnicas de relajación. Intervención en crisis para la fase aguda desde modificación ambiental hasta la hospitalización (24).

El primer objetivo es descubrir una disfunción significativa relacionada con un factor estresante y ayudar al paciente a moderar el desequilibrio. Muchos de los elementos estresantes deben evitarse o minimizarse (23).

Farmacológico: ansiolíticos o antidepresivos dependiendo del tipo de trastorno adaptativo, cuidando el riesgo de generar dependencia a benzodiazepinas (24).

4.2.10 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ACNÉ E IMPACTO PSICOSOCIAL

Como todos los estados cutáneos, el acné condiciona el aspecto personal, modificando tanto la imagen de sí mismo como la que se ofrece a los demás. Una imagen armoniosa de sí mismo se acompaña de una sensación de seguridad mental y física y también de autoestima, factores que constituyen el narcisismo individual.

El impacto psicológico del acné resulta especialmente intenso e impredecible por ocurrir normalmente en la cara y durante la adolescencia. La cara es la parte del cuerpo más expuesta a la vista de los demás, y es también el lugar más importante para la comunicación no verbal; la que delata, por ejemplo, la mayor parte de las emociones (27).

Así pues, el impacto psicológico del acné es impredecible y potencialmente intenso, ya que el acné atenta sensiblemente contra el narcisismo. Eso puede producir:

— Rechazo de ciertas situaciones socioprofesionales o afectivas.



— Un estado depresivo, más o menos grave, con dificultades de relación, aislamiento socioafectivo y relaciones personales conflictivas. Los resultados escolares pueden empeorar bruscamente. De todas maneras, el impacto psicológico del acné en un determinado individuo puede depender también de trastornos psicológicos previos, relacionados con la fragilidad narcisística (25)

El impacto de la enfermedad parece no depender de su gravedad, aunque los resultados de los estudios sean contradictorios en ese aspecto, quizás en función de características individuales, estructura de la personalidad y factores biopsicosociales. En varios estudios se demostró el fuerte impacto negativo del acné, que favorece el desencadenamiento de baja autoestima, aumento de la ansiedad, fobia social, depresión y dificultades personales, incluso en grupos de profesionales. (28, 29, 30)

“Los acneicos de ambos sexos tienen un grado de desempleo mayor que los no acneicos” (28)

Los médicos están a veces sorprendidos de la aparente desproporción entre la naturaleza benigna del acné y la importancia que tiene en la mente del paciente. Esa desproporción puede revelar una depresión latente en una personalidad neurótica o, incluso, psicótica.

El impacto psicológico del acné se ha visto corroborado por numerosos estudios. Además, se ha probado que la prevalencia de ideas reales de suicidio es más alta en sujetos con acné que en los de otras condiciones somáticas. En un estudio llevado a cabo en Oxford, Mallon, et al. (1999) sometieron a 111 individuos, entre 18-62 años a cuestionarios genéricamente validados (DLQI, medida de Rosenberg, GHQ-28 y ShoForm36) para evaluar la morbilidad de pacientes con acné y compararlos con la morbilidad de individuos con otras enfermedades crónicas. Todos los instrumentos de calidad de vida mostraron que en el grupo afectado por el acné las mediciones de salud mental resultaron peores que las de grupos de pacientes con asma, epilepsia, dolor lumbar y artritis (31).



En un estudio de selección aleatoria realizado en Auckland, Nueva Zelanda, por Pearl y col. (1998), en el que se utilizó un cuestionario propio con 21 preguntas, se evaluaron las actitudes de los estudiantes adolescentes (872 individuos) en relación con la percepción y el conocimiento que tenían acerca del acné, el efecto de esta afección en la vida diaria y la influencia del género y el estado socioeconómico. El acné estaba presente en el 91% de los hombres y el 79% de las mujeres. La severidad del acné determinó la extensión de la timidez y la falta de aprovechamiento y participación en las actividades sociales. Estos análisis fueron significativos para hombres y mujeres. Los estudiantes expusieron conceptos equivocados en relación con las causas del acné; la ocupación de los padres y el grupo étnico al que pertenecían se relacionaron con el conocimiento sobre el tratamiento del acné. Rapp y col. (2004) evaluaron la ira asociada con la calidad de vida y la respectiva satisfacción con el tratamiento, y demostraron una correlación significativa entre esos factores. (32, 33)

Las anormalidades encontradas en pacientes con acné en los estudios de casos y controles involucran relatos de depresión, ansiedad, timidez, inhibición social y síntomas psicósomáticos, entre los que se incluyen dolor e incomodidad. En el 18% de los individuos con acné llegó a documentarse depresión importante, en el 44%, ansiedad, y en el 6%, ideas suicidas. Se registraron mediciones más altas de depresión y ansiedad en los sujetos con acné que en los que presentan psoriasis, alopecia areata y dermatitis atópica (2).

El tratamiento efectivo mejoró la autoestima, la timidez, la imagen corporal, entre otros factores analizados, en especial en los pacientes tratados con isotretinoína oral. En un estudio en el que se evaluaron pacientes con acné de 18 a 30 años realizado en Leeds, y en el que éstos se compararon con una muestra similar general, se encontró una supremacía mayor de desempleo entre los que presentaban la enfermedad (16% vs. 9% en hombres; 14% vs. 9% en mujeres). (28, 33)



“Más allá de los estudios científicos y de la necesidad de más investigaciones bien elaboradas en esta área, en la práctica médica dermatológica es evidente el fuerte impacto de la enfermedad del acné en el individuo, por lo cual es fundamental la evaluación y el abordaje adecuados de los aspectos psicosociales del paciente con acné” (2).

En la práctica, el pronóstico psicológico es bastante favorable cuando el sujeto con acné sabe expresar su malestar mental y pedir ayuda, siempre y cuando esta petición sea atendida, sea por los padres y/o por el médico. Estos pacientes tienden a cooperar, buscando soluciones para los problemas dermatológicos y psicológicos, tanto si el dermatólogo trabaja en equipo con un psicoterapeuta como si no. Dado el carácter crónico del acné, el dermatólogo debe seguir viendo al paciente, tanto tiempo como sea necesario.

Examinando los síntomas adaptativos, el dermatólogo puede mostrar al paciente su dolencia psicológica, y brindarle un tratamiento integral y así obtener un mejor resultado; es por esto que nuestro estudio está destinado a determinar la prevalencia de los trastornos adaptativos en pacientes con acné, mediante la utilización del test de Hamilton para la ansiedad y depresión, el test de Hamilton

La Escala de Hamilton para la ansiedad, es una escala heteroaplicada para la evaluación de la ansiedad a partir de síntomas mediante los cuales se explora la ansiedad, la tensión, los síntomas neurovegetativos y somáticos. La escala consta de 14 ítems que puntúan de 0 a 1 e indica la intensidad con que se cumplieron o no.

La Escala de Hamilton para la depresión es un cuestionario heteroaplicado que valora la severidad de los síntomas observados en la depresión, como insomnio, agitación, ansiedad y pérdida de peso. Desde que se publicó ha sido ampliamente utilizado. Consta de 21 ítems de respuesta múltiple. Las primeras 17 preguntas contribuyen a la puntuación total, y las preguntas de la 18 a la 21 se realizan para dar mayor información sobre la depresión, como por ejemplo,



si los síntomas paranoicos están presentes en el paciente. Provee ítems de los síntomas de depresión publicados en el DSM-IV con las excepciones de hipersomnias, apetito aumentado y concentración/indecisión. Este cuestionario ha sido validado y contrastado con otros test para evaluar su utilidad y concordancia, su correlación oscila entre 0,8 y 0,9 y tiene una sensibilidad del 85% de detección de depresión en población general y en el área clínica. (34)



5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de trastornos adaptativos y factores asociados en pacientes con acné en la consulta externa de dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso. 2011.

5.2 Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de acné en pacientes de consulta externa de dermatología según edad, sexo, estado civil y ocupación.
- Establecer el grado de acné que presenta el paciente.
- Determinar el tipo de trastorno adaptativo que presenta el paciente.
- Establecer la asociación entre acné y los trastornos adaptativos con ánimo deprimido y con ansiedad.

5.3 MEDICIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

Determinar la prevalencia de trastornos adaptativos en pacientes que presentan acné en cualquiera de sus grados durante el año 2011 en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

Se acudió a la consulta externa de dermatología de Hospital Vicente Corral Moscoso.

Se clasificó el acné según la tabla de grados de acné, avalada por el Dr. Iván Zeas docente de la Universidad de Cuenca Facultad de medicina cátedra de Dermatología. (20)

Se detectaron trastornos adaptativos según los test de Hamilton de ansiedad y depresión.



6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de Estudio

La presente investigación, fue un estudio transversal sobre trastornos adaptativos con depresión y ansiedad, mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en pacientes con acné en cualquiera de sus grados.

6.2 Área de Estudio

La investigación fue realizada en los pacientes de consulta externa de dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, año 2011.

6.3 Universo y Muestra

- Universo: Pacientes de consulta externa de dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso diagnosticados con acné en cualquiera de sus grados.
- Muestra: Para su obtención se empleó las siguientes restricciones muestrales:
 - Población: 1320 pacientes con acné,
 - Prevalencia: 68.3%
 - Error: 5%
 - Índice de confianza: 95%.
 - Muestra: 266 más 10% de no respuesta igual 293, se trabajó con un total de 350 pacientes.

6.4 Criterios de Inclusión: Pacientes que presentaron acné en cualquiera de sus grados, los mismos que acudieron a consulta externa de dermatología y que aceptaron participar de esta investigación



6.5 Criterios de Exclusión: Pacientes que se rehusaron a participar en la investigación, pacientes que presentaron otro tipo de patología psiquiátrica previamente diagnosticada

6.6 Variables

Las variables que utilizamos en nuestro estudio fueron:

- **Variables independientes:** Acné, edad, sexo, estado civil, ocupación.
- **Variable dependiente:** Trastornos adaptativos

6.7 Operacionalización de variables (Ver anexo 8)

6.8 Procedimientos

Para la recolección de la información general se realizó una encuesta elaborada por los autores: Diego de la torre, Ana María Coello, Pablo Iglesias Barzallo y para el diagnóstico de los trastornos adaptativos se empleó los test de Hamilton de ansiedad y depresión (anexo1), y para la clasificación del grado de acné se utilizó la clasificación de grados de acné abalada (anexo 2).

6.9 Normas éticas

Se solicitó el consentimiento informado a los pacientes que decidan ingresar al proyecto de investigación (anexo 3), y en el caso de menores de edad a su representante legal (anexo 4,5). Se solicitó la autorización al director de Hospital Vicente Corral Moscoso y al líder de consulta externa (anexo 6,7)

6.10 Plan de tabulación y análisis

Los datos fueron tabulados mediante el programa SPSS versión 15 y Microsoft Excel versión 2010, se emplearon tablas y gráficos de acuerdo a las variables.



Para el análisis estadístico se emplearon frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central como promedio, desvío estándar y para demostrar la asociación empleamos la razón de prevalencia con los intervalos de confianza (IC), con el 95% de confianza y el valor de p.



7. RESULTADOS

7.1 FASE DESCRIPTIVA

7.1.1 EDAD

Tabla 1. Distribución de 350 pacientes de Consulta Externa de Dermatología del HVCM según edad. Cuenca 2012.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10-14 años	58	16,6
15 - 19 años	161	46,0
20 - 24 años	87	24,9
25 - 29 años	39	11,1
30 - 34 años	2	,6
35 - 39 años	1	,3
40 - 44 años	2	,6
Total	350	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Diego de la torre, Ana María Coello, Pablo Iglesias.

\bar{X} = 18.92

DS= 4.61 años

La tabla 1 nos indica la distribución poblacional según edad, se realizaron intervalos de 5 años para el estudio, la mayor prevalencia fue para la población entre 15-19 años de edad con un 46% de la población, un 24.9 % entre 20-24 años siendo estos 2 grupos los mas representativos, la edad mínima fue de 11 años y la máxima de 42 años. La media muestral se ubicó en 18.92 con un desvío estándar de 4.61.



7.1.2 SEXO

Tabla 2. Distribución de 350 pacientes de Consulta Externa de Dermatología del HVCM según sexo. Cuenca 2012.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	189	54,0
Masculino	161	46,0
Total	350	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Diego de la torre, Ana María Coello, Pablo Iglesias.

En la tabla 2 podemos observar que el sexo de mayor frecuencia fue el femenino con un 54%.



7.1.3 ESTADO CIVIL

Tabla 3. Distribución de 350 pacientes de Consulta Externa de Dermatología del HVCM según estado civil. Cuenca 2012.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado/a	55	15,7
Soltero/a	294	84,0
Unión libre	1	,3
Total	350	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Diego de la torre, Ana María Coello, Pablo Iglesias.

El estado civil de mayor frecuencia fue el soltero/a con el 84% de la población en estudio, un 15.7% fue casado/a y el 0.3% en unión libre.



7.1.4 OCUPACIÓN

Tabla N°4. Distribución de 350 pacientes de Consulta Externa de Dermatología del HVCM según ocupación. Cuenca 2012.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudia	283	80,9
Ninguna	3	,9
Trabaja	64	18,3
Total	350	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Diego de la torre, Ana María Coello, Pablo Iglesias.

En el 80.9% de los casos la ocupación de la población fue estudiante, mientras que un 18.3% trabaja y el 0.9% no realiza ninguna ocupación.



7.1.5 ANSIEDAD

Tabla N°5. Distribución de 350 pacientes de Consulta Externa de Dermatología del HVCM según ansiedad. Cuenca 2012.

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad leve	41	11,7
Ansiedad moderada	9	2,6
Ansiedad severa	1	,3
Sin ansiedad	299	85,4
Total	350	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Diego de la torre, Ana María Coello, Pablo Iglesias.

La tabla N°5 nos indica la distribución de la población según la calificación del Test de Hamilton para ansiedad, la mayor prevalencia de trastornos de ansiedad fue para los niveles de ansiedad leve (18+ puntos en el test) con un 11.7% de la población, seguido de ansiedad moderada (25+ puntos) con un 2.6% y la ansiedad severa (30+ puntos) fue la de menor prevalencia con un 0.3%. El 85.4% de la población no presentó alteraciones de ansiedad según el test aplicado.



7.1.6 DEPRESIÓN

Tabla N°6. Distribución de 350 pacientes de Consulta Externa de Dermatología del HVCM según depresión. Cuenca 2012.

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Depresión mayor	37	10,6
Depresión menor	62	17,7
Estado normal	195	55,7
Más que depresión mayor	2	,6
Menos que depresión mayor	54	15,4
Total	350	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Diego de la torre, Ana María Coello, Pablo Iglesias.

En lo referente a la depresión se evidencia en la tabla N° 6 que la mayor frecuencia se encuentra en la depresión menor (8-12 puntos) con un 17.7% de la población, mientras que calificaciones que representan Menos que depresión mayor (13-17 puntos) se ubica en segundo lugar con un 15.4%, la depresión mayor (18-29 puntos) con un 10.6% en tercer lugar. El 55.7% de la población estudiada no presentó depresión.



7.1.7 GRADO DE ACNÉ

Tabla N°7. Distribución de 350 pacientes de Consulta Externa de Dermatología del HVCM según grado de acné. Cuenca 2012.

Grado de acné	Frecuencia	Porcentaje
1	167	47,7
2	79	22,6
3	62	17,7
4	27	7,7
5	15	4,3
Total	350	100,0

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Diego de la torre, Ana María Coello, Pablo Iglesias.

El grado de acné 1 fue el de mayor frecuencia con un 47.7% de la población; el grado 2 con un 22.6% en segundo lugar, se evidencia que existe una tendencia decreciente entre prevalencia de acné/ grado de acné. El grado 5 de acné fue el de menor prevalencia con un 4.3%.



7.2 FASE ANALITICA

7.2.1 FACTORES ASOCIADOS Y GRADOS DE ACNÉ

Tabla N°8. Distribución de 350 pacientes de Consulta Externa de Dermatología del HVCM según edad, sexo, ocupación y estado civil asociado a grado de acné. Cuenca 2012.

Factor asociado	Grado de acné										Total	p*
	1		2		3		4		5			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Edad												
10-14 años	30	51,7	11	19	8	13,8	5	8,6	4	7	58	0,006
15-19 años	88	54,7	33	20,5	23	14,3	12	7,5	5	3	161	
20-24 años	32	36,8	27	31	19	21,8	9	10,3	0	0	87	
25-29 años	17	43,6	7	17,9	9	23,1	1	2,6	5	13	39	
30-34 años	0	0	1	50	1	50	0	0	0	0	2	
35-39 años	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	
40-44 años	0	0	0	0	1	50	0	0	1	50	2	
Total	167	47,7	79	22,6	62	17,7	27	7,7	15	4	350	
Sexo												
Femenino	91	48,1	45	23,8	32	16,9	12	6,3	9	5	189	0,8
Masculino	76	47,2	34	21,1	30	18,6	15	9,3	6	4	161	
Total	167	47,7	79	22,6	62	17,7	27	7,7	15	4	350	
Estado civil												
Casado/a	20	36,4	11	20	17	30,9	3	5,5	4	7	55	0,057
Soltero/a	147	50	68	23,1	44	15	24	8,2	11	4	294	
Unión libre	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	
Total	167	47,7	79	22,6	62	17,7	27	7,7	15	4	350	
Ocupación												
Estudia	142	50,2	67	23,7	42	14,8	25	8,8	7	3	283	0,0
Ninguna	1	33,3	0	0	0	0	0	0	2	67	3	
Trabaja	24	37,5	12	18,8	20	31,3	2	3,1	6	9	64	
Total	167	47,7	79	22,6	62	17,7	27	7,7	15	4	350	

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Diego de la torre, Ana María Coello, Pablo Iglesias.

* Valor de p obtenido a partir de Chi cuadrado de Pearson.

La tabla N°8 nos indica la asociación entre los diferentes factores en estudio y la presencia de distintos grados de acné. En cuanto a la edad se encontró que en las edades inferiores 10-14 años el grado más prevalente de acné fue el



grado 1, con el 51,7% de este grupo; la anterior situación se repite en los siguientes grupos de edad: 15-19 años, 20-24 años y 25-29 años ; mientras que en el grupo de edad de 30-34 años de edad los grados 2 y 3 de acné comparten el 100% de la población de manera igual (50% cada grupo de acné); en el grupo de edad de 35-39 años el 100% de esta población (1 paciente) se presenta en el grado 3 de acné, en el grupo de edad superior de 40-44 años el grado 3 y 5 de acné poseen el 50% cada uno de la población de este grupo (1 paciente cada uno). Las diferencias que hemos planteado y expuesto son estadísticamente significativas ($p < 0,05$), por lo tanto observamos mayor prevalencia de todos los grados de acné en edades inferiores; la prevalencia de todos los grados de acné disminuyen conforme aumenta la edad.

El sexo femenino y el masculino se vieron afectados mayormente por el grado 1 de acné (48,1% versus 47,2% respectivamente); las prevalencias de acné van disminuyendo conforme aumenta el grado de acné siendo menor para el grado 5 con un 5% para el sexo femenino y un 4% para el grado masculino. Únicamente en los grados de acné 3 y 4 la prevalencia de acné es mayor en el sexo masculino, en los demás el sexo femenino fue el más afectado. No se encontró que las diferencias encontradas entre sexos fueran estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

En lo referente al estado civil, la población casado/a resultó ser la más afectada con acné grado 1 con el 36.4% en segundo lugar el grado 3 con un 30.9%. El la población de soltera/os el 50% presentó grado 1 de acné, mientras que en la población en unión libre lo más prevalente fue encontrar un grado 3 con el 100% de la población (1 paciente). Las diferencias encontradas según el estado civil no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$), aunque estos resultados deben tomarse con precaución pues la significancia esta en el limite.

Al analizar la variable ocupación observamos que en los estudiantes el 50.2% se vio afectado por un grado de acné 1, y progresivamente va disminuyendo la prevalencia conforme aumenta el grado de acné; en los pacientes que no



tienen ninguna ocupación el grado 1 y el grado 5 fueron los de mayor prevalencia éste último con un 67% de la población aunque en cifras absolutas este valor representa 2 pacientes. En los pacientes que trabajan el grado 1 fue el más prevalente con un 47,7% el grado 3 con un 31.3% ocupa el segundo lugar. En este grupo también se encontró una prevalencia alta para el grado 5 de acné con el 9% (6 pacientes). Las diferencias encontradas en cuanto a la ocupación y los grados de acné fueron estadísticamente significativas.



7.2.2 ACNÉ Y ANSIEDAD

Tabla N°9. Distribución de 350 pacientes de Consulta Externa de Dermatología del HVCM según acné y ansiedad. Cuenca 2012.

Grado de acné	Ansiedad				Total	RP (IC 95%)	p
	Presente		Ausente				
	n	%	n	%			
Grado 1	0	0	167	100	167	Indeterminada	0,00
Grado 2	13	16,5	66	83,5	79	1,17 (0,66-2,09)	0,589
Grado 3	17	27,4	45	72,6	62	2,32 (1,39-3,88)	0,001
Grado 4	12	44,4	15	55,6	27	3,68 (2,20-6,16)	0,00
Grado 5	9	60	6	40	15	4,79 (2,90-7,90)	0,00
Total	51	14,6	299	85,4	350		

Fuente: formulario de recolección de datos

Elaborado por: Diego de la torre, Ana María Coello, Pablo Iglesias.

Por motivos de análisis de datos se realizó la siguiente dicotomización en la variable ansiedad: se sumaron todos los niveles de ansiedad (leve, moderada y grave) en una sola variable resultado: “Ansiedad presente” para poder realizar las respectivas tablas de contingencia. Cada grado de acné se analizó como variable exposición, tomando como “exposición presente” al grado en estudio y como “exposición ausente” la suma de frecuencias de los demás grados en estudio, bajo este esquema fue posible obtener razones de prevalencia para cada grado de acné pero en comparación con los demás grados, más no con falta de acné en la variable exposición pues en este estudio no se incluyeron pacientes sin acné.

Con esta aclaración sobre la disposición de los datos y al analizar la influencia o el tamaño del efecto del acné (expresado en sus diferentes grados) con la presencia de ansiedad encontramos que para el grado de acné 1 no se presentaron pacientes con ansiedad, ante la presencia de frecuencias cero la RP es indeterminada.



En los pacientes con grado de acné 2 se encontró una prevalencia de ansiedad del 16,5%, la RP se ubicó en 1,17 (IC 95% 0,66-2,09), sin embargo este riesgo no es estadísticamente significativo pues se encontró un valor de $p > 0,05$.

Los pacientes con grado de acné 3 la prevalencia de ansiedad aumenta en relación al anterior grado, se ubicó en 27,4% el riesgo de presentar ansiedad en presencia de un grado 3 de acné es de 2,32 (IC 95% 1,39-3,88) veces aumentado en comparación con padecer otro grado de acné. $P < 0.05$

Los pacientes con un grado 4 de acné poseen un riesgo aumentado en 3,68 veces (IC 95% 2,20-6,16) de presentar ansiedad en comparación con paciente que posean otros grados de acné; la prevalencia de ansiedad en esta población se ubicó en el 44,4%. $P < 0.05$

El grado más severo de acné, el grado 5, presentó la mayor prevalencia de ansiedad pues ésta se ubica en el 60%, el riesgo de presentar ansiedad en presencia de un grado 5 de acné es 4,79 veces (IC 95% 2,90-7,90) mas alto que los demás grados de acné. $P < 0.05$

La tendencia de asociación entre el grado de acné y la presencia de ansiedad es clara: a mayor grado de acné mayor presencia de ansiedad; por lo tanto esto se traduce en un riesgo mayor de ansiedad ante la presencia de un grado de acné mas severo como hemos observado en la cuantificación del riesgo (RP).



7.2.3 ACNÉ Y DEPRESIÓN

Tabla N° 10. Distribución de 350 pacientes de Consulta Externa de Dermatología del HVCM según acné y depresión. Cuenca 2012.

Grado de acné	Depresión				Total	RP (IC 95%)	p
	Presente		Ausente				
	n	%	n	%			
Grado 1	31	18,6	136	81,4	167	0,27 (0,20-0,38)	0,00
Grado 2	47	59,5	32	40,5	79	1,49 (1,18-1,89)	0,00
Grado 3	42	67,7	20	32,3	62	1,73 (1,38-2,16)	0,00
Grado 4	20	74,1	7	25,9	27	1,77 (1,37-2,29)	0,00
Grado 5	15	100	0	0	15	2,39 (2,11-2,72)	0,00
Total	155	44,3	195	55,7	350		

Fuente: formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores

Por motivos de análisis de datos se realizó la siguiente dicotomización en la variable depresión: se sumaron todos los niveles de depresión en una sola variable resultado: “Depresión presente” para poder realizar las respectivas tablas de contingencia. Cada grado de acné se analizó como variable exposición, tomando como “exposición presente” al grado en estudio y como “exposición ausente” la suma de frecuencias de los demás grados en estudio, bajo este esquema fue posible obtener razones de prevalencia para cada grado de acné pero en comparación con los demás grados, más no con falta de acné en la variable exposición pues en este estudio no se incluyeron pacientes sin acné.

En los pacientes con grado de acné 1, se observa que la prevalencia de depresión (todos los grados de depresión) se presenta en un 18.6%, al momento de analizar el riesgo observamos que tener un grado de acné 1 protege de síntomas depresivos en 0,27 veces (IC 95% 0,20-0,38) en comparación con tener cualquier otro grado de acné. Con un valor de $p < 0,05$.

En la población con grado de acné 2 observamos que la prevalencia de acné aumenta hasta un 59,5% y se encontró un riesgo aumentado en 1,49 (IC 95%



1,18-1,89) veces de padecer depresión ante la presencia de un grado de acné 2 en comparación con los demás grados de acné.

La prevalencia de depresión aumenta según el grado de acné, es así como en el grado de acné 3, se observa una prevalencia de depresión del 67,7% y un riesgo aumentado de 1,73 veces (IC 95% 1.37-2.29) de padecer depresión en comparación con los demás grados de acné. Con un valor de $p < 0.05$.

El grado 4 de acné presentó una prevalencia de depresión del 74,1% y un riesgo aumentado de padecer este trastorno adaptativo en 1,77 veces (IC 95% 1,37-2,29) en comparación con los demás niveles de acné. Con un valor de $p < 0.05$

El grado mas severo de acné es decir el grado 5, presentó un 100% de prevalencia de depresión, aunque hay que anotar que la población en este grupo es reducida (15 pacientes), el riesgo de depresión en un paciente con grado 5 de acné es de 2,39 veces superior (IC 95% 2.11-2.72) en comparación con la población que presenta cualquier otro grado de acné. Con un valor de $p < 0.05$.

Se evidencia una tendencia clara, a medida que aumenta el grado de acné la prevalencia de depresión también aumenta.



8. DISCUSIÓN

Se realizó el estudio de 350 pacientes de la Consulta Externa de Dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca, el estudio fue realizado estrictamente en paciente que presentaron algún grado de acné (cuantificado desde el 1 al 5), en estos pacientes se les investigó ansiedad y depresión y la interacción entre estas variables y los distintos grados de acné. La población en cuestión presentó una media de 18.92 años con una desviación estándar de 4,61 años, la mayor prevalencia fue para el sexo femenino (54%), el estado civil soltero (84%) y la ocupación estudiante (80.9%).

El grado de acné 1 fue el de mayor prevalencia con un 47.7% de la población; el grado 2 con un 22.6% en segundo lugar, se evidencia que existe una tendencia decreciente entre prevalencia de acné/ grado de acné. El grado 5 de acné fue el de menor prevalencia con un 4.3%. En relación con la edad se encontró que los grados de acné leves de mayor prevalencia en edades inferiores (aunque en mayor frecuencia), mientras que los grados severos de acné fueron de mayor prevalencia en edades superiores; además se encontró que las diferencias planteadas presentan significancia estadística.

Guerra (35) expresa que la mayor prevalencia de acné se presenta entre los 14-19 años de edad, este dato es concordante con lo encontrado en nuestro estudio pues en el grupo de 15-19 años fue el más prevalente con el 46% de la población; en este estudio se identificó además que los grados leves se concentran con mayor prevalencia en las edades inferiores y los grados avanzados de acné en las edades superiores; la edad se asocia con los grados de acné ($p < 0,05$), este resultado también fue expuesto por Solórzano, Contreras y Pérez (36) quienes estudiaron una población de 548 sujetos de entre 10-19 años y encontraron asociación entre la edad y el acné.

El sexo femenino y el masculino se vieron afectados mayormente por el grado 1 de acné (48,1% versus 47,2% respectivamente); las prevalencias de acné



van disminuyendo conforme aumenta el grado de acné siendo menor para el grado 5 con un 5% para el sexo femenino y un 4% para el grado masculino. Únicamente en los grados de acné 3 y 4 la prevalencia de acné es mayor en el sexo masculino, en los demás el sexo femenino fue el más afectado. No se encontró que las diferencias encontradas entre sexos fueran estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Al respecto Amaru y colaboradores (37) encontró que para los grados mas leves el sexo masculino es el más afectado y para grados más severos el sexo femenino resulta con mayores prevalencias de acné; aunque este estudio únicamente revisa los grados III y IV y con una clasificación diferente a la utilizada en este estudio; estos autores, al igual que en nuestro estudio, el sexo no se asoció con ningún grado de acné ($p = 0.90$).

La variable estado civil no es muy abordada por los estudios, no se encontraron estudios de asociación entre estas variable y grados de acné, sin embargo este estudio proporciona resultados sobre esta asociación en nuestra población donde la población casado/a resultó ser la más afectada con acné grado 1 con el 36.4% en segundo lugar el grado 3 con un 30.9%. En la población de soltera/os el 50% presentó grado 1 de acné, mientras que en la población en unión libre lo más prevalente fue encontrar un grado 3 con el 100% de la población (1 paciente). Las diferencias encontradas según el estado civil no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Según la ocupación que realizan los participantes en el estudio se encontró que en los estudiantes el 50.2% se vio afectado por un grado de acné 1, y progresivamente va disminuyendo la prevalencia conforma aumenta el grado de acné; en los pacientes que no tienen ninguna ocupación el grado 1 y el grado 5 fueron los de mayor prevalencia éste ultimo con un 67% de la población aunque en cifras absolutas este valor representa 2 pacientes.

En los pacientes que trabajan el grado 1 fue el más prevalente con un 47,7% el grado 3 con un 31.3% ocupa el segundo lugar. Se encontró que las diferencias



encontradas en cuanto a lo anotado sobre la ocupación y el sexo fueron significativas; sin embargo hay que tomar la precaución de los tamaños de las poblaciones en estudio donde el 80.9% de la población es estudiante y apenas un 0,9% no realiza ninguna ocupación; en realidad en la bibliografía revisada no se asocian estas variables, pues no se especifica el tipo de trabajo, para poder atribuir a una ocupación específica la etiología del acné, acné por hidrocarburos por ejemplo (38)

La prevalencia muestral de ansiedad en los pacientes con algún grado de acné fue del 14,6% (ansiedad leve: 11,7% ansiedad moderada 2,6% y ansiedad severa con el 0,3%). El impacto psicológico del acné resulta especialmente intenso e impredecible por ocurrir normalmente en la cara y durante la adolescencia. La cara es la parte del cuerpo más expuesta a la vista de los demás, y es también el lugar más importante para la comunicación no verbal; la que delata, por ejemplo, la mayor parte de las emociones. (27)

Escalante (15) expone en su estudio que el acné severo puede estar relacionado con la ansiedad, también este autor cita a Kenyon y Gupta quienes encontraron que el 63% de los pacientes con acné experimentan ansiedad, este resultado es mayor al encontrado en nuestro estudio. El grado de acné aumenta la prevalencia de ansiedad en nuestra población, es así como no se encontraron casos de ansiedad mientras que en el grado 5 de acné se alcanza hasta el 60% de ansiedad.

Al momento de analizar el riesgo de padecer ansiedad según el grado de acné se encontró que la razón de prevalencia aumenta conforme lo hace el grado de acné, indeterminada para el grado 1 (por frecuencias cero), 1,17 (0,66-2,09) para el grado 2 de acné y alcanzando una RP de 4,79 (2,90-7,90) para el grado 5. En todos los casos anteriormente citados el valor de p fue < 0.05 ; Guerra y Gonzáles (39) determinaron que la severidad del acné tiene un impacto en la calidad de vida de los pacientes adultos: cuando el acné es más severo, la calidad de vida se ve más afectada.



Kellet y Gaukroder (40) encontraron una prevalencia de ansiedad en la población general del 44%, superior a la encontrada en nuestro estudio.

La prevalencia muestral de depresión alcanzó en la población con acné el 44,3% la distribución según grado fue la siguiente: depresión mayor 10,6%, depresión menor 17,7% mas que depresión mayor 0,6% y menos que depresión mayor 15,4%, además se observó en nuestra población que la depresión aumenta conforme aumenta el grado de acné, el riesgo de padecer depresión también aumenta con según el grado de acné que presente al paciente.

Bayona y Di Paola (41) estudiaron una muestra de 53 pacientes con acné en busca de ansiedad y depresión, la herramienta utilizada varó con la utilizada en nuestro estudio, estos autores utilizaron las pruebas de Zung para depresión (EAD) y ansiedad (EAA) y se utilizó un grupo control de 50 pacientes; el promedio de la prueba utilizada ($x \pm DS = 0.476 \pm 0.119$) cayó en el rango de depresión leve, este valor coincide con lo encontrado en nuestro estudio donde la depresión leve es la más prevalente; además estos autores añaden que en los pacientes con acné es de observación común el desarrollo de síntomas y signos depresivos, así como de patrones de conducta que se caracterizan por evasión social, irritabilidad, ansiedad, humor depresivo y otros alterando el desenvolvimiento y desarrollo social del individuo.

Los pocos estudios respecto al tema no consiguen demostrar el aumento de la morbilidad psiquiátrica pero señalan evidencia de estrés psicológico y determinan a la irritabilidad y ansiedad como factores importantes, cuya intensidad disminuye después del tratamiento exitoso del proceso dermatológico.

La noción de la propia imagen corporal actúa dinámicamente en el desarrollo de la autoestima, contribuye a caracterizar la personalidad y organiza nuestra conducta social. Aún una leve alteración puede ser percibida como de gran importancia, creando disconfort y modificando la conducta social: se llega a la



evasión social y a evitar el contacto físico, aún el visual (42). Lo cierto es que la existencia de síntomas depresivos y ansiedad en presencia o ausencia de enfermedad física no implica necesariamente patología pero si un problema potencial de manejo.

En nuestra población se evidenciaron prevalencias de ansiedad menores a las registradas en la población general estudiada en otros estudios, se encontró asociación con los grados de acné, los trastornos adaptativos como la depresión tuvo mayor impacto en esta población, en comparación con la ansiedad, el riesgo es mayor para esta patología.

La distribución del grado de acné según edad, ocupación y estado civil fue estadísticamente significativa, pero no se atribuye riesgo a estas variables.

Las prevalencias de trastornos adaptativos en la población que padece acné en nuestro medio son altas, y al parecer el grado de acné es el determinante de la gravedad de estos trastornos.



9. CONCLUSIONES

- La prevalencia de trastornos adaptativos en la población con acné en este estudio fue la siguiente: ansiedad con un 14,6% y depresión un 44%.
- Los grados leves de acné fueron mas frecuentes en edades inferiores, en estudiantes y en solteros con significancia estadística, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo.
- El grado 1 de acné fue el menor prevalencia con el 47.7%, la tendencia es inversamente proporcional entre grado de acné y frecuencias.
- Existe asociación entre el grado de acné y ansiedad, tanto la prevalencia de este trastorno como la razón de prevalencia aumenta conforme lo hace el grado de acné; igual situación se replica con la depresión aunque con mayor tamaño del efecto.
- La depresión y ansiedad son frecuentes en pacientes con acné, lo que hace mas complejo su abordaje, sin embargo identificar estos trastornos es parte integral del tratamiento.



10. RECOMENDACIONES

1. Los pacientes con acné presentan niveles de ansiedad y depresión elevados, por lo tanto es importante abordar estas patologías en este tipo de pacientes para otorgar un tratamiento integral.
2. Los trastornos adaptativos en pacientes con acné son patologías previsibles, se recomienda su tamizaje en este tipo de pacientes para intervenciones integrales.
3. Los pacientes con acné deben ser considerados de riesgo para ansiedad y depresión por lo tanto este tipo de pacientes deben ser incluidos en programas de manejo multidisciplinario de su patología de base y las asociadas al acné.
4. El estudio del acné y de sus consecuencias en la esfera psicológica de los pacientes es complejo, se recomienda nuevos estudios que aborden otras temáticas que contribuyan a descifrar todos los componentes e interacciones de estas patologías.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dreno B. Recent data on epidemiology of acne. Ann. Dermatol. Venereol. 2010 Nov; 137 Suppl. 2:S49-51. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21095494. Acceso en junio 2011.
2. Kaminsky, A. Acné. Un enfoque global. 1ra Edición. Buenos Aires. Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología. 2007. Págs.: 3-35, 185-196.
3. Fernández, J. Acné. 1ra Edición. Madrid. Aula Médica. 2000. Págs.: 1-76.
4. OMS. ¿Cómo define la OMS la salud?. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>. Acceso en junio de 2011.
5. López T. Acné vulgar. Abordaje Fito terapéutico. Portal de industria estética. 2012. Disponible en: <http://www.macroestetica.com/articulos/acne-vulgar-abordaje-fitoterapeutico/>
6. Guerra M, Rivera M, Moreno J, De Lucas R, et al. Tratamiento del acné en la práctica clínica habitual: encuesta de opinión entre los dermatólogos españoles. Actas Dermosifiliogr.2011; 102 :121-31 - vol.102 núm 02. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/actas-dermo-sifiliograficas-103/tratamiento-acne-practica-clinica-habitual-encuesta-opinion-90001146-originales-2011>
7. Vidal, G., et al.. Acné e infección por Helicobacter Pylori. Dermatología. Argentina. 2005. Pág.:292-299.
8. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre Acné. Disponible en <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/viewArticle/377>. Acceso en julio de 2011.



9. Solórzano, S., Contreras G. Aspectos epidemiológicos y percepciones del acné en escolares de secundaria del Cono Sur de Lima-Perú. *Folia dermatol*, 16, 113-118.
10. Fuenzalida C., et al. Acné Vulgar desde una Perspectiva Evolutiva. *Revista Chilena de Dermatología*, 23. 46-51. 2005
11. Herane, M. Actualización terapéutica en acné vulgaris. *Dermatología pediátrica Latina*, 3, 5-19. 2005.
12. Gómez, H. El acné y su tratamiento. Disponible en: <http://sibdi.ucr.ac.cr/CIMED/cimed10.pdf>. Acceso en junio 2011.
13. Montoya, L.S. La importancia de los andrógenos en el acné. *MEDUNAB*, 5, 100-108. 2003.
14. Jaramillo, D. Significación etiológica del propionibacterium acnes en el desarrollo del acné vulgaris. *Folia Dermatol*, 17, 25-31. Disponible en http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-17332006000100005&lng=es&nrm=iso. Acceso julio 2011.
15. Escalante, E. Acné y Estrés. *Dermatol. peru.* v.17 n.1 Lima ene./abr. 2007. Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-71752007000100007&lng=es&nrm=iso. Acceso en Agosto 2011
16. Vignale, R. Reissenweber, N. Estudio inmunohistoquímico cuantitativo del índice de proliferación y de apoptosis en los comedones cerrados microquísticos en el acné vulgaris. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=807801>. Acceso en Julio 2011.
17. Piquero, J. Isotretinoína: su uso en el acné del adolescente. *Dermatol Pediatr Lat* 2004; 2(1): 72-81. Disponible en:



<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dpl/v02n01/PDF/a15.pdf>. Acceso en agosto 2011.

18. Santamaría G. Virgilio (2000). Acné vulgar o juvenil. Revista Central Dermatológica Pascua, 9, 49-56. DISPONIBLE EN: <http://new.medigraphic.com/cgibin/resumen.cgi?IDREVISTA=34&IDARTICULO=4207&IDPUBLICACION=554>, Acceso en Agosto 2011.

19. Sáenz, A. Sánchez, L. Antibióticos tópicos. Disponible en: <http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/dp/v15n1/a02v15n1.pdf>. Acceso agosto 2011.

20. Zeas, I. Resúmenes de Dermatología. 1ra Edición. Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. 2003

21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. 4ta. Ed. Text Revision. Washington D.C. American Psychiatric Association Press. 2000. Págs.: 679-684.

22. Casey P., et al. Adjustment disorders: fault line in the psychiatric glossary. British Journal of Psychiatry. 2001. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/179/6/479>. Acceso en junio 2011.

23. Hales, R. et al. Tratado de Psiquiatría. 2da. Ed. Barcelona. Ancora S.A. 1996. Págs.: 711-721

24. Morocho, I. Psiquiatría General. 1ra. Ed. Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. 2009. Págs.: 154-155.

25. Almonte C., et al. Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. 1ra. Ed. Santiago de Chile. Mediterraneo. 2003. Págs.: 150-159.

26. Sadock, B., et al. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 10ma. Ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. 2007. Págs.: 786-790.



27. Grimalt, J., Cotterill, A., et al. Dermatología y Psiquiatría Historias Clínicas Comentadas. 1ra. Ed. Madrid. Aula Médica. 2002. Págs.: 227-232
28. Cunliffe WJ. Acne and unemployment. Br J Dermatol. 1986 Sep;115(3):386. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2944538>. Acceso Julio 2011
29. Krowchuk DP, Stancin T, Keskinen R, Walker R, Bass J, Anglin TM. The psychosocial effects of acne on adolescents. Pediatr Dermatol. 1991 Dec;8(4):332-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1838809>. Acceso Julio 2011.
30. Yazici K, Baz K, Yazici AE, Köktürk A, Tot S, Demirseren D, Buturak V. Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004 Jul;18(4):435-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15196157>. Acceso Julio 2011
31. Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. Br J Dermatol. 1999 Apr;140(4):672-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10233319>. Acceso Julio 2011.
32. Rapp DA, Brenes GA, Feldman SR, Fleischer AB Jr, Graham GF, Dailey M, Rapp SR. Anger and acne: implications for quality of life, patient satisfaction and clinical care. Br J Dermatol. 2004 Jul;151(1):183-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15270889>. Acceso Julio 2011.
33. Layton AM, Seukeran D, Cunliffe WJ. Scarred for life?. Dermatology. 1997;195 Suppl 1:15-21; discussion 38-40. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9310741>. Acceso en julio 2011.



34. TUESCA M. et al. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Revista Española de Salud Pública. 2003. Vol.77. Número 005. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/170/17077508.pdf>. Acceso: Enero 2012.
35. Guerra A. Avances en dermatología pediátrica. Acné. Instituto de formación Novartis. 2011. Disponible en: <http://www.sepeap.org/archivos/libros/avancesdermatologia/unidad07.pdf>. Acceso: 18 de Junio de 2012.
36. Solórzano S, Contreras G, Pérez C. Aspectos epidemiológicos y percepciones del acné vulgar en escolares de secundaria del Cono Sur de Lima – Perú. Folia dermatol. Peru 2005; 16 (3): 113-118. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/fofia/v16_n3/PDF/a03.pdf
37. Amaru R, Nieto A, Miranda L, et al. Flora bacteriana, sensibilidad antibiótica y factores asociados en acné vulgar grado III y IV. Hospital Antonio Lorena del Cusco. Perú. 2002. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2002_n20/pdf/flora_bacteriana.pdf
38. Castro S, Loyo M, Oliver M, et al. Acné por hidrocarburos: elaiocniosis. Disponible en: http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_3512.pdf
39. Guerra A, Gonzáles E. Impacto psicológico y social del acné en la mujer adulta. 2011. Disponible en: <http://www.mujeresdermatologas.com/contenido.php?padre=16|141|146&IDContenido=146>
40. Kellet SC, Gaukroder DJ. The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. Br J Dermatol 140(2):273-82 (feb 1999)



41. Bayona A, Di Paola A. Acné y depresión. Trabajo original. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna - Vol.5 N° 4 – 1992. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/spmi/v05n4/trabajos%20originales2.htm>

42. Rutter M. Meyerian Psychobiology. Personality development and the role of life experience. Am J of Psych 1986; 143(9):1077-1085.



12. ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD DE CUENCA ESCUELA DE MEDICINA

TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN PACIENTES CON ACNÉ EN CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2011.

Llene los espacios en blanco ya sea con letras o números según sea la pregunta. Señale con una X la opción que corresponda

Edad:_____ años

Sexo: Masculino____ Femenino____

Estado civil: Soltero/a____ Casado/a____ Divorciado/a____ Viudo/a____
Unión libre____

Ocupación: Estudia____ Trabaja____ Ninguna____

Indique la intensidad con que se cumplieron o no los siguientes síntomas señalando con una X en el casillero correspondiente según la siguiente escala:

0 = No, nunca

1 = Algunas veces, 1 vez por semana

2 = Bastantes veces, más de 4 días por semana

3 = Casi todos los días, 6 días a la semana

4 = Siempre



Principio del formulario

DESDE QUE TIENE ACNÉ USTED HA PRESENTADO:		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.					
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.					
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).					
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					



10	Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).					
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestaño.					

Adaptado por los autores

Interpretación:

Ansiedad leve: 18

Ansiedad moderada: 25

Ansiedad severa: > 30



Marque con una X en el casillero a la derecha al cual corresponda su respuesta. (una sola respuesta)

Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:		
0	Ausente	
1	Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	
2	Estas sensaciones las relata espontáneamente	
3	Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	
4	Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	
Sentimiento de culpa		
0	Ausente	
1	Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	
2	Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	
3	Siente que la enfermedad actual es un castigo	
4	Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras	
Suicidio		
0	Ausente	
1	Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	
2	Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	
3	Ideas de suicidio o amenazas	
4	Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	
Insomnio precoz:		
0	No tiene dificultad	
1	Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño	
2	Dificultad para dormir cada noche.	
Insomnio intermedio:		



0	No hay dificultad	
1	Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea	
2	Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar)	
Insomnio tardío:		
0	No hay dificultad	
1	Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	
2	No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	
Trabajo y actividades:		
0	No hay dificultad	
1	Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	
2	Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	
3	Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	
4	Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda	
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):		
0	Palabra y pensamiento normales	
1	Ligero retraso en el habla	
2	Evidente retraso en el habla	
3	Dificultad para expresarse	
4	Incapacidad para expresarse	
Agitación psicomotora:		
0	Ninguna	
1	Juega con sus dedos	
2	Juega con sus manos, cabello, etc.	
3	No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	



4	Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos	
Ansiedad psíquica:		
0	No hay dificultad	
1	Tensión subjetiva e irritabilidad	
2	Preocupación por pequeñas cosas	
3	Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	
4	Expresa sus temores sin que le pregunten	
Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):		
0	Ausente	
1	Ligera	
2	Moderada	
3	Severa	
4	Incapacitante	
Síntomas somáticos gastrointestinales:		
0	Ninguno	
1	Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen	
2	Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	
Síntomas somáticos generales:		
0	Ninguno	
1	Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	
2	Pérdida de energía y fatigabilidad.	
3	Cualquier síntoma bien definido	
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):		
0	Ausente	



1	Débil	
2	Grave	
Hipocondría:		
0	Ausente	
1	Preocupado de sí mismo (corporalmente)	
2	Preocupado por su salud	
3	Se lamenta constantemente, solicita ayuda	
Pérdida de peso:		
0	Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana	
1	Pérdida de más de 500 gramos en una semana	
2	Pérdida de más de 1 kg. en una semana	
Perspicacia:		
0	Se da cuenta que está deprimido y enfermo	
1	Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	
2	No se da cuenta que está enfermo	

Interpretación

0-7 Estado normal

8-12 Depresión menor

13-17 Menos que depresión mayor

18-29 Depresión mayor

30-52 Más que depresión mayor

**Anexo 2****UNIVERSIDAD DE CUENCA****ESCUELA DE MEDICINA**

Tema de Investigación: Trastornos adaptativos en pacientes con acné de consulta externa de dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2011.

Autores:

GRADO DE ACNÉ QUE PRESENTA EL PACIENTE:

GRADOS DE ACNÉ	
Grado 1 Comedones abiertos y cerrados	
Grado 2 Pústulas más comedones abiertos y cerrados	
Grado 3 Nódulos más pústulas y comedones	
Grado 4 Quistes, abscesos, cicatrices, nódulos, pústulas y comedones abiertos y cerrados	
Grado 5 Grado 4 más cicatrices más acné conglobata	

Avalado por el Dr. Iván Zeas (20)



Anexo 3

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRASTORNOS ADAPTATIVOS QUE SE DAN EN LOS PACIENTES CON ACNÉ EN CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA. AÑO 2011.

Nosotros: Ana María Coello Loyola, Diego de la Torre Carrillo y Pablo Iglesias Barzallo, estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos llevando a cabo un proyecto de investigación denominado “TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN PACIENTES CON ACNÉ EN CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA. AÑO 2011”, que sirve para nuestra Tesis de grado, previo la obtención del título de médico.

Usted está invitado (a) a participar en esta investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia de trastornos adaptativos en pacientes con acné.

Explicación del estudio

Para la recolección de la información se realizará una encuesta elaborada por los autores, y para el diagnóstico de los trastornos adaptativos se empleará los test de ansiedad y depresión adaptados para la investigación, para la clasificación del grado de acné se utilizara la clasificación de grados de acné.

Los materiales serán llevados por los investigadores.

Riesgos:

Este estudio no tiene ningún riesgo.

Beneficios

El estudio nos ayudará a realizar en lo posterior programas que ayuden a los jóvenes que sufren de estos trastornos, seremos un apoyo y una guía para que puedan salir adelante, así como también mediante los diferentes test que



realizaremos nos ayudaran a evaluar el grado de compromiso psicológico que cada uno de los pacientes presentan.

Confidencialidad

La información será únicamente manejada por los investigadores y el personal médico. Cuando los datos sean analizados serán realizados sin incluir los nombres de los participantes por lo que si los resultados son publicados no incluirá nombres ni alguna forma de identificación de los participantes.

Derecho de Información

Usted no está obligado (a) a participar en este estudio, su participación debe ser de forma voluntaria, y tendrá que cumplir con las actividades planificadas en el programa y antes expuestas.

Aclaraciones

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación a participar.

No tendrá que hacer ningún gasto.

No recibirá pago por su participación.

La información obtenida en este estudio, será utilizada para la realización de nuestra tesis.

Responsables:

Diego de la Torre Carrillo, Ana María Coello Loyola, Pablo Iglesias Barzallo.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines académicos. Decido participar en esta investigación.

Firma

CI: _____



Anexo 4

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPRESENTANTE LEGAL,
PADRES.**

TRASTORNOS ADAPTATIVOS QUE SE DAN EN LOS PACIENTES CON ACNÉ EN CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA. AÑO 2011.

Nosotros: Ana María Coello Loyola, Diego de la Torre Carrillo y Pablo Iglesias Barzallo, estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos llevando a cabo un proyecto de investigación denominado “TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN PACIENTES CON ACNÉ EN CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA. AÑO 2011”, que sirve para nuestra Tesis de grado previo la obtención de título de médico.

Su representado está invitado (a) a participar en esta investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de trastornos adaptativos en pacientes con acné.

Explicación del estudio

Para la recolección de la información se realizará una encuesta elaborada por los autores, y para el diagnóstico de los trastornos adaptativos se empleará los test de ansiedad y depresión adaptados para la investigación, para la clasificación del grado de acné se utilizara la clasificación de grados de acné.

Los materiales serán llevados por los investigadores.

Riesgos:

Este estudio no tiene ningún riesgo.

Beneficios

El estudio nos ayudará a realizar en lo posterior programas que ayuden a los jóvenes que sufren de estos trastornos, seremos un apoyo y una guía para que



puedan salir adelante, así como también mediante los diferentes test que realizaremos nos ayudaran a evaluar el grado de compromiso psicológico que cada uno de los pacientes presentan.

Confidencialidad

La información será únicamente manejada por los investigadores y el personal médico. Cuando los datos sean analizados serán realizados sin incluir los nombres de los participantes por lo que si los resultados son publicados no incluirá nombres ni alguna forma de identificación de los participantes.

Derecho de Información

Su representado no está obligado (a) a participar en este estudio, su participación debe ser de forma voluntaria, y tendrá que cumplir con las actividades planificadas en el programa y antes expuestas.

Aclaraciones

Su decisión de permitirle a su representado participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted o su representado, en caso de no aceptar la invitación a participar.

No tendrá que hacer ningún gasto.

No recibirá pago por su participación.

La información obtenida en este estudio será utilizada para la realización de nuestra tesis.

Responsables:

Diego de la Torre Carrillo, Ana María Coello Loyola, Pablo Iglesias Barzallo.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines académicos. Decido que mi hijo (a) o representado legal participen en esta investigación.

Firma del representante legal

Firma del participante

CI: _____

CI: _____



Anexo 5

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
ASENTIMIENTO INFORMADO

TRASTORNOS ADAPTATIVOS QUE SE DAN EN LOS PACIENTES CON ACNÉ EN CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA. AÑO 2011.

Nosotros: Ana María Coello Loyola, Diego de la Torre Carrillo y Pablo Iglesias Barzallo, estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos llevando a cabo un proyecto de investigación denominado “TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN PACIENTES CON ACNÉ EN CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA. AÑO 2011”, que sirve para nuestra Tesis de grado, previo la obtención del título de médico.

Usted está invitado (a) a participar en esta investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia de trastornos adaptativos en pacientes con acné.

Explicación del estudio

Para la recolección de la información se realizará una encuesta elaborada por los autores, y para el diagnóstico de los trastornos adaptativos se empleará los test de ansiedad y depresión adaptados para la investigación, para la clasificación del grado de acné se utilizara la clasificación de grados de acné.

Los materiales serán llevados por los investigadores.

Riesgos: Este estudio no tiene ningún riesgo.

Beneficios

El estudio nos ayudará a realizar en lo posterior programas que ayuden a los jóvenes que sufren de estos trastornos, seremos un apoyo y una guía para que puedan salir adelante, así como también mediante los diferentes test que realizaremos nos ayudaran a evaluar el grado de compromiso psicológico que cada uno de los pacientes presentan.



Confidencialidad

La información será únicamente manejada por los investigadores y el personal médico. Cuando los datos sean analizados serán realizados sin incluir los nombres de los participantes por lo que si los resultados son publicados no incluirá nombres ni alguna forma de identificación de los participantes.

Derecho de Información

Usted no está obligado (a) a participar en este estudio, su participación debe ser de forma voluntaria, y tendrá que cumplir con las actividades planificadas en el programa y antes expuestas.

Aclaraciones

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación a participar.

No tendrá que hacer ningún gasto.

No recibirá pago por su participación.

La información obtenida en este estudio, será utilizada para la realización de nuestra tesis.

Responsables:

Diego de la Torre Carrillo, Ana María Coello Loyola, Pablo Iglesias Barzallo.

Su representante legal ha aceptado que usted participe, usted está de acuerdo.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines académicos. Decido participar en esta investigación.

Firma

CI: _____



Anexo 6

Cuenca, 31 de mayo de 2011

Señor Doctor

Danilo Encalada Moreno

DIRECTOR DE HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

De nuestras consideraciones.

Por medio de la presente permítanos expresarle un cordial saludo, y mediante la misma solicitarle muy cordialmente se nos autorice realizar nuestra investigación de tesis de pregrado previo a la obtención del título de médico, con el tema TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN PACIENTES CON ACNÉ EN CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, para lo cual se realizara una entrevista previo consentimiento informado del paciente utilizando los test de Hamilton adaptados para depresión y ansiedad.

Agradecemos su cordial atención.

Atentamente

Pablo Iglesias Barzallo

Diego de la Torre Carrillo

Ana Coello Loyola



Anexo 7

Cuenca, 31 de mayo de 2011

Señor Doctor

Iván Zeas

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO

De nuestras consideraciones.

Por medio de la presente permítanos expresarle un cordial saludo, y mediante la misma solicitarle muy cordialmente se nos autorice realizar nuestra investigación de tesis de pregrado previo a la obtención del título de médico, con el tema TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN PACIENTES CON ACNÉ EN CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, para lo cual se realizara una entrevista previo consentimiento informado del paciente utilizando los test de Hamilton adaptados para depresión y ansiedad.

Agradecemos su cordial atención.

Atentamente

Pablo Iglesias Barzallo

Diego de la Torre Carrillo

Ana Coello Loyola

**Anexo 8****Operacionalización de variables.**

Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Acné: Enfermedad de la unidad pilosebácea, es considerada como una noxa inflamatoria, polimorfa en la que se produce la formación de diversas lesiones	Gravedad de las lesiones	Comedones abiertos y cerrados	Grado 1
		Pústulas más comedones abiertos y cerrados	Grado 2
		Nódulos más pústulas y comedones.	Grado 3
		Quistes, abscesos, cicatrices, nódulos, pústulas y comedones.	Grado 4
		Quistes, abscesos, cicatrices, nódulos, pústulas, comedones, más cicatrices y acné conglobata.	Grado 5
Edad: Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de captación por la fuente de información.	Tiempo en años	Cálculo a partir de su fecha de nacimiento en su cedula de identidad.	10-14
			15-19
			20-24
			25-29
			30-34
			35-39
			40-44
			45-49
50-54			
Sexo:		Caracteres sexuales	



Características biológicas que distinguen al hombre de la mujer	Fenotipo		Masculino Femenino
Estado civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Legal	Persona que no ha contraído matrimonio. Persona que ha contraído matrimonio. Persona cuyo vínculo matrimonial ha sido disuelto jurídicamente. Persona a quien se le ha muerto su cónyuge y no ha vuelto a casarse. Persona que vive con otra sin haber contraído matrimonio civil o religioso.	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Unión libre
Ocupación: Es el desempeño de una determinada profesión u oficio bajo ciertas condiciones concretas.	Oficio	Persona que se encuentra matriculada y asiste a un centro educativo. Persona que de forma voluntaria presta sus servicios retribuido. Persona que trabaja y estudia.	Estudia Trabaja Ambas Ninguna
	Con ansiedad.		Trastorno adaptativo con



<p>Trastornos adaptativos:</p> <p>Se caracterizan por la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor estresante identificable externo</p>	Con depresión.	Criterios de trastornos adaptativos de acuerdo al DSM IV.	ansiedad. Trastorno adaptativo con depresión.
---	----------------	---	--