

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA  
EN PACIENTES CON ACNÉ”**

Estudio descriptivo, transversal realizado en pacientes comprendidos  
entre 10 y 35 años de edad, que asisten a la consulta externa del  
Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel -INDERMA-

abril- mayo 2010

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva  
de la Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

**María Eugenia Juracán Morán**

**Médica y Cirujana**

Guatemala, junio de 2010

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA  
EN PACIENTES CON ACNÉ”**

Estudio descriptivo, transversal realizado en pacientes comprendidos  
entre 10 y 35 años de edad, que asisten a la consulta externa del  
Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel -INDERMA-

abril- mayo 2010

**María Eugenia Juracán Morán**

**Médica y Cirujana**

**Guatemala, junio de 2010**

**El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:**

La estudiante:

**María Eugenia Juracán Morán      200410073**

Ha cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médicos y Cirujanos, en el grado de **Licenciatura**, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN  
E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ACNÉ”**

**Estudio descriptivo, transversal realizado en pacientes comprendidos  
entre 10 y 35 años de edad, que asisten a la consulta externa del  
Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel -INDERMA-**

**abril-mayo 2010**

Trabajo asesorado por la Dra. Suzzette de León de Zaldaña y revisado por el Dr. Jesús Arnulfo Oliva Leal, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

**ORDEN DE IMPRESIÓN**

En la Ciudad de Guatemala, dieciséis de junio del dos mil diez

  
**DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL  
DECANO**



El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

La estudiante:

María Eugenia Juracán Morán      200410073

ha presentado el trabajo de graduación titulado:

**“SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN  
E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ACNÉ”**

Estudio descriptivo, transversal realizado en pacientes comprendidos entre 10 y 35 años de edad, que asisten a la consulta externa del Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel -INDERMA-

abril-mayo 2010

El cual ha sido **revisado y corregido**, y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se les autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al **Examen General Público**. Dado en la Ciudad de Guatemala, el dieciséis de junio del dos mil diez.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dr. César Oswaldo García García  
Coordinador



Guatemala, 16 de junio del 2010

Doctor  
César Oswaldo García García  
Unidad de Trabajos de Graduación  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad de San Carlos de Guatemala  
Presente

Dr. García:

Le informo que la estudiante abajo firmante,

María Eugenia Juracán Morán



Presentó el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**"SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN  
E IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON ACNÉ"**

Estudio descriptivo, transversal realizado en pacientes comprendidos  
entre 10 y 35 años de edad, que asisten a la consulta externa del  
Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel -INDERMA-

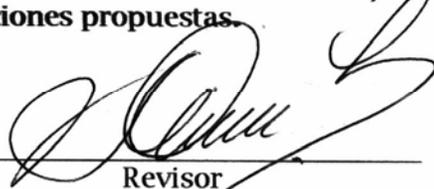
abril-mayo 2010

Del cual como asesora y revisor nos responsabilizamos por la metodología,  
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de  
la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Dra. Suzzette de León  
Dermatóloga  
Colegiado No. 9497



Asesora  
Firma y sello



Revisor  
Firma y sello  
No. Reg. de personal

15610

María Eugenia Juracán Morán

Autora

Dra. Suzzette de León de Zaldaña

Asesora

Dr. Jesús Arnulfo Oliva Leal

Revisor

## RESUMEN

El acné es una de las dermatosis más frecuentes a nivel mundial, en la población general llega a presentarse hasta en el 54% de las mujeres y 40% de los hombres, aparece durante la adolescencia. Condiciona el aspecto personal ya que modifica la imagen de sí mismo y, una imagen armoniosa, se acompaña de una sensación de seguridad mental y física así como de autoestima, pero en su defecto, no solo provoca alteraciones psicológicas, sino que impide el adecuado desempeño del individuo en las sociedades.

**OBJETIVO:** Describir la presencia de síntomas de ansiedad, depresión e ideación suicida, en hombres y mujeres con diagnóstico de acné comprendidos entre los 10 y 35 años, que asisten a la consulta externa del Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel -INDERMA- zona 6 en el período comprendido entre abril y mayo del 2010. **MÉTODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, transversal. Se examinó clínicamente y entrevistó cara a cara con el instrumento M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview). **RESULTADOS:** Participaron en el estudio 111 personas. El 61.3% era de sexo femenino, 37.83% se encontraba entre 19 a 23 años, el 77.5% refirió ser soltero y 73% no indígena. El 79.23% de los entrevistados presentó sintomatología positiva para alguno de los trastornos de salud mental estudiados, de los cuales 51.14% padecía acné leve y 89.77% refirió un acné de evolución crónica. El principal diagnóstico encontrado fue agorafobia (57.95%), seguido por ansiedad generalizada (53.4%) y depresión mayor (48.46%). **CONCLUSIÓN:** El 79.23% de los pacientes con acné, presentó sintomatología positiva para ansiedad, depresión o ideación suicida, y fue más frecuente en personas con evolución crónica y grado leve.

Palabras clave: ansiedad, depresión, suicidio, acné

## ÍNDICE

	Página
1. Introducción	1
2. Objetivos	4
3. Marco Teórico	
3.1 Contextualización del área de estudio	5
3.2 Generalidades de salud mental	5
3.3 Trastornos del estado de ánimo	6
3.4 Trastornos de ansiedad	9
3.5 Acné	10
3.6 Acné y trastornos de salud mental	13
4. Metodología	
4.1 Tipo y diseño de investigación	14
4.2 Unidad de análisis	14
4.3 Población y muestra	14
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	15
4.5 Operalización de variables	16
4.6 Técnica, procedimiento e instrumentos de recolección de datos	19
4.7 Procesamiento y análisis de datos	21
4.8 Alcances y límites de la investigación	21
4.9 Aspectos éticos de la investigación	22
5. Resultados	23
6. Discusión	29
7. Conclusiones	33
8. Recomendaciones	34
9. Aportes	35
10. Referencias Bibliográficas	36
11. Anexo	40

## 1. INTRODUCCIÓN

El acné es una enfermedad dermatológica de la unidad pilosebácea que es mundialmente conocida, ya que presenta una alta prevalencia que puede alcanzar hasta el 95% a los 16 - 18 años (1). Debido a la distribución corporal en donde se manifiesta que es en cara, cuello, tórax superior y áreas expuestas, puede en algún momento llegar a modificar la imagen de sí mismo y esto, se puede acompañar de trastornos salud mental; algunos de los cuales han sido comparados con aquellos reportados en personas con enfermedades crónicas-degenerativas (2), además es evidente que el acné, afecta la calidad de vida de las personas que lo padecen y esto puede favorecer el desarrollo de ansiedad y depresión, entre otros trastornos, en comparación con la población en general (3).

En España la población en general padece hasta un 30% de trastornos mentales y los pacientes con alteraciones dermatológicas sufren 20% más trastornos psiquiátricos que el resto (4). Está documentado que pueden desarrollarse trastornos de salud mental, como depresión clínica, fobia social y algunos trastornos de ansiedad secundarios al acné vulgar. Entre un 10-15% de los pacientes que consultan a una clínica dermatológica pueden presentar neurosis obsesiva compulsiva, y más de un 10% presentará un trastorno dismórfico corporal (5). En el Centro Dermatológico "Dr. Ladislao de la Pascua" en la Ciudad de México 2006 se realizó una encuesta sobre la percepción de la calidad de vida y se evidenció que la percepción de la misma, fue mejor y estadísticamente significativa en sujetos sin acné comparados con los que padecen acné inflamatorio juvenil (6). En el estudio realizado en 1995 sobre la presencia de depresión en 100 pacientes con acné, realizado en una clínica privada en la Ciudad de Guatemala, se describió que el 75% de los pacientes presentaron algún grado de depresión (7).

Los trastornos de salud mental y los desórdenes adictivos se encuentran entre los problemas más prevalentes a nivel mundial, según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS-2002). Aproximadamente 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta, y alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año (10). En la Encuesta Nacional de Salud Mental de Guatemala realizada en 2009, se evidenció que existe una prevalencia de vida del 27.8% de algún trastorno de salud mental en la población a nivel nacional (9).

Datos actuales muestran que 5 de las 10 primeras causas de discapacidad a nivel mundial están relacionadas a trastornos neuropsiquiátricos, siendo la depresión unipolar la afección que ocupa el primer lugar (10). Según la Organización Mundial de la Salud en

el 2002 la depresión fue responsable del 4,5% de la carga mundial de morbilidad (expresada como años de vida ajustados en función de la discapacidad), además es responsable de la proporción más elevada de la carga atribuible a resultados sanitarios no mortales, y a ella se debe casi el 12.15 % del total mundial de años vividos con discapacidad (11). Dada la prevalencia de los problemas de salud mental, no sorprende que exista una enorme carga emocional así como financiera para los individuos, sus familias y la sociedad en su conjunto. El impacto económico de las enfermedades mentales, se expresa en el descenso del ingreso personal, en la disminución de la habilidad de la persona enferma para trabajar y desempeñar un rol socialmente aceptado como productividad en el ámbito de trabajo, entre otros (10). Por lo que es evidente que los trastornos de salud mental, comprenden un grueso importante de las patologías en la población que durante muchos años se ha dejado relegado y aún más, la relación de éstas con otras patologías como el acné.

Este es un estudio descriptivo, de tipo transversal, en donde se evaluó la sintomatología de trastornos de ansiedad, depresión e ideación suicida en pacientes con diagnóstico de acné que asistieron a la consulta externa del Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA zona 6, durante abril y mayo 2010. Se incluyeron en el estudio a 111 personas, a quienes se examinó clínicamente y entrevistó. Se clasificó la severidad del acné por medio de la escala de gradación de la Food and Drug Administration –FDA- y el tiempo de evolución del acné; además se recolectaron datos sobre los trastornos de salud mental mediante la entrevista estructurada Mini International Neuropsychiatric Interview M.I.N.I. (módulo de episodio depresivo mayor, distimia, riesgo suicida, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo y ansiedad generalizada). Los datos recolectados se analizaron en el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v. 17.0.

La población evaluada fue predominantemente joven, el 37.83% se encontró entre 19-23 años de edad; el 61.3% era de sexo femenino, 51.4% de las personas en estudio presentó acné leve. Del total de entrevistados el 79.23% presentó sintomatología positiva para algún trastorno de salud mental de los evaluados, el 89.77% refirió evolución crónica del acné (mayor de 6 meses). La sintomatología positiva más frecuentemente encontrada, fue el de agorafobia, la cual está representada por el 57,95%, seguido por el de ansiedad generalizada (53.4%) y el de depresión mayor actual (48.46%).

La distribución por sexo fue inversa a la esperada, ya que los reportes del Consenso sobre Acné de la Sociedad Argentina de Dermatología 2005, el acné es más frecuente en hombres que en mujeres. La población estudiada fue predominantemente joven, y se

espera que el acné desaparezca a partir de los 20 años; el 43.24% era mayor de 24 años de edad en este estudio. El Grupo Foracné 2005, reportó que la enfermedad es clínicamente más grave en hombres que en mujeres. El tiempo de evolución del acné, es principalmente crónico (90.1%) y como se reportó en la jornada de detección epidemiológica de acné realizada en el 2000, el tiempo de evolución es crónico con un promedio de afección de 5 años, en este estudio, el promedio fue de aproximadamente 1 año.

La distribución de la severidad del acné, en personas con sintomatología positiva para algún trastorno de salud mental de los evaluados, mostró una tendencia creciente, ya que el 79.95% de los entrevistados con acné leve presentaba sintomatología positiva, seguido por el 83.33% que presentaban acné moderadamente severo o severo. Este hallazgo es afín al estudio de Asad F et al 2002, en donde se reportó que quienes padecían acné severo presentaron niveles más altos de ansiedad y depresión, que los que presentaban acné leve o moderado (41). El diagnóstico más frecuentemente encontrado, fue agorafobia actual (57.95%), lo cual fue un resultado esperado, ya que como se reportó en el estudio realizado por el Grupo Foracné, hasta el 60% de los entrevistados refirió haber sido motivo de burla por el acné y un 40% refirió haber renunciado a alguna actividad social a causa del acné.

Se concluyó que existe sintomatología positiva para trastornos de salud mental en pacientes con acné en un 79.23%. las características epidemiológicas de la población en estudio, fueron jóvenes entre 19 a 23 años en su mayoría (37.83%), solteros (77.5%) y no indígenas (73%). La sintomatología positiva se encuentra en mayoritariamente en personas con un acné de evolución crónica (89.77%) y con un grado leve (51.14%).

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 GENERAL

Describir la presencia de síntomas de ansiedad, depresión e ideación suicida, en hombres y mujeres con diagnóstico de acné comprendidos entre 10 a 35 años, que asistieron a la consulta externa del Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel -INDERMA- en el período comprendido entre abril y mayo del 2010.

### 2.2 ESPECÍFICOS

2.2.1 Caracterizar epidemiológicamente los pacientes con diagnóstico de acné, que presentaron sintomatología de ansiedad, depresión e ideación suicida, según:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Etnia

2.2.2 Describir la frecuencia de sintomatología de ansiedad, depresión e ideación suicida en pacientes con acné, según el tiempo de evolución.

2.2.3 Describir la presencia de sintomatología de ansiedad, depresión e ideación suicida en pacientes con acné, según severidad.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Contextualización del Área de Estudio:

##### 3.1.1. Generalidades:

Guatemala es un país multicultural y multilingüe, localizado en Centro América, con una población de 14,361,666 habitantes, según el proyecciones para el 2010 del censo nacional realizado en el 2002. Cuenta con 22 departamentos y 334 municipios, está dividido en 5 regiones, central, norte, sur, oriente y occidente. La región central o metropolitana, está dividida en 17 municipios, que están conformados por 25 zonas (12).

La ciudad de Guatemala, está localizada al sur central del país, a una altitud de 1,553 metros y una latitud de 14° 37'15" N, una longitud de 90° 31'36". Se constituye la cabecera departamental y municipio de Guatemala, ubicada en el altiplano central, colinda al norte con Chinautla y San Pedro Ayampuc; al este con Palencia; al sur con Santa Catarina Pinula, San José Pinula, Villa Canales, Petapa y Villa Nueva y al oeste con Mixco. Su extensión territorial es de 228 km<sup>2</sup>, la densidad poblacional es de 5,264 habitantes/km<sup>2</sup> (13).

##### 3.1.2. Servicios de Salud

###### 3.1.2.1. Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel (INDERMA)(14).

INDERMA se encuentra ubicado en la avenida Ramiro Gálvez final, colonia Santa Luisa zona 6, ciudad de Guatemala, es la sede central; existen 2 sedes más en el área metropolitana (zona 1 y zona 7), una en Río Hondo, Zacapa y una en Antigua Guatemala, en donde se trabaja en conjunto con las Obras Sociales del Hermano Pedro. Es administrado por el patronato de acción contra la Lepra, cuyo fundador fue el Dr. Fernando A. Cordero C., es una entidad privada, no lucrativa, que administra el Hospital Nacional Ramiro Gálvez. El patronato se inició para dar servicio a todos los pacientes con dermatosis en general e iniciar el post grado de dermatología en Guatemala. Luego de 36 años de labor se ha convertido en un centro de referencia para pacientes con lepra y otras patologías dermatológicas a nivel centroamericano. El área de consulta externa en la sede central, está organizada en 10 clínicas.

### 3.2. Generalidades de salud mental:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud mental como “el estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades”(15). En 1990, las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8.8% de los años de vida ajustados en función de discapacidad (AVAD) en América Latina y el Caribe. En el año 2002 esa carga había ascendido al 22.2% (11).

El Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, de la Organización Mundial de la Salud OMS marcó un hito histórico en el campo de la salud mental en el contexto global, ya que evidenció la carga actual y futura que suponen los trastornos mentales y los principales factores que contribuyen a ella, el alcance de la prevención y la disponibilidad del tratamiento, así como las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios de salud (16).

A principios del siglo la cantidad estimada de personas que padecían enfermedades neuropsiquiátricas era de alrededor de 450 millones (10). Más de 25% de la población que habita tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida. Los trastornos mentales tienen un gran impacto sobre los individuos, las familias y las comunidades. Aproximadamente una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro afectado por un trastorno mental o del comportamiento (16). Esas familias se ven obligadas no solo a brindar apoyo, sino a soportar las consecuencias perjudiciales de la estigmatización y discriminación.

### 3.3. Trastornos del estado de ánimo:

#### 3.3.1. Episodios Afectivos:

##### 3.3.1.1. Episodio Depresivo Mayor (1):

La característica esencial es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

El sujeto también debe experimentar al menos cuatro síntomas como cambios de apetito o peso, del sueño, principalmente insomnio, y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o

culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Los síntomas deben de estar presentes la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas, debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones, en otros sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.

#### 3.3.1.2. Trastorno Distímico:

La característica esencial es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Durante los períodos de estado de ánimo depresivo hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (18).

Los síntomas más frecuentemente encontrados son sentimientos de incompetencia; pérdida generalizada de interés o placer; aislamiento social; sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva, y descenso de actividad, eficiencia o productividad; en estos pacientes los síntomas vegetativos (p. ej., sueño, apetito, cambio de peso y síntomas psicomotores) parecen ser menos frecuentes que en los sujetos con un episodio depresivo mayor (19).

La prevalencia de vida (con o sin un trastorno depresivo mayor superpuesto) es aproximadamente del 6 %. La prevalencia puntual es aproximadamente del 3% (17).

#### 3.3.1.3. Riesgo de Suicidio:

La palabra -suicidio- es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas sui y occidere, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. Edwin Shneidman definió el suicidio como "el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un

individuo que percibe este acto como la mejor solución” (20). Es importante definir los siguientes términos:

- 3.3.1.3.1. Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
- 3.3.1.3.2. Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida. Es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases:
  - 3.3.1.3.2.1. Idea suicida: en la que el sujeto piensa en cometer suicidio.
  - 3.3.1.3.2.2. Duda o fase de ambivalencia: El individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir (21).
  - 3.3.1.3.2.3. Decisión en la que ya se pasa a la acción.

La presencia de una enfermedad psiquiátrica es uno de los más sensibles predictores de suicidio. Entre las más relacionadas a fenómenos como riesgo suicida y realización de intento suicida o consumación, se encuentran los trastornos del humor, como el trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y distimia que incrementan el riesgo suicida 20, 15 y 12 veces respectivamente. En el abuso de sustancias, en distintos trastornos de ansiedad (trastorno de crisis de ansiedad, de ansiedad generalizada, de pánico y fobia social) y en el trastorno obsesivo compulsivo se observa un incremento entre 6-10 veces del riesgo suicida respectivamente (22,23).

En la Encuesta Nacional de Salud Mental, realizada en Guatemala en el año 2009, la conducta suicida se identificó en el 2.7% de la población guatemalteca. El 74% de las personas que reportó un intento suicida, padecían de al menos un trastorno de salud mental. El 4.75% de la población ha tenido en algún momento de su vida, algún pensamiento suicida, de los cuales el 79.7% residen en el área urbana del país y 20.3% en el área rural (9).

### 3.4. Trastornos de Ansiedad:

#### 3.4.1. Agorafobia:

La agorafobia es un término derivado del griego “agora” (plaza pública) y por extensión se definía como el miedo a los espacios abiertos, pero ahora se considera que la característica esencial de la agorafobia es la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso). A menudo, a estos individuos les resulta más fácil encararse a las situaciones temidas si se hallan en compañía de un conocido (17).

#### 3.4.2. Trastorno obsesivo compulsivo:

La característica esencial es la presencia de obsesiones-compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo. En algún momento del curso del trastorno el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales (17).

Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos. Las compulsiones se definen como comportamientos de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o malestar, pero no proporcionar placer o gratificación (24).

La prevalencia global es del 0.7% al 2,5 % y la prevalencia anual es de 1.5% y el 2.1%. El trastorno muestra una incidencia similar en varones y mujeres. Aunque el trastorno obsesivo-compulsivo se suele iniciar en la adolescencia o a principios de la edad adulta, también puede hacerlo en la infancia. La edad modal de inicio es menor en los varones que en las mujeres: entre los 6 y 15 años para los varones, y entre los 20 y 29 años para las mujeres, en general la edad promedio para ambos sexos es de 19 a 24 años (25). La mayor parte de las veces la aparición del trastorno es de carácter gradual, la mayoría presentan un curso crónico con altas y bajas. Alrededor del 15 % muestra un deterioro progresivo de las relaciones sociales y ocupacionales (17).

### 3.4.3. Trastorno de Ansiedad Generalizada

La característica esencial es ansiedad y la preocupación excesivas que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. Los individuos no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad (25).

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de ansiedad y preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temido (17,20).

La prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada se sitúa en el 3% aproximadamente, la prevalencia global llega hasta el 5% (17).

El trastorno es ligeramente más frecuente en mujeres que en varones cuando se estudian muestras de centros asistenciales (aproximadamente el 55-60% de los diagnósticos se efectúan en mujeres). En estudios epidemiológicos de población general la relación de sexo es de dos tercios a favor de las mujeres (17).

## 3.5. Acné

### 3.5.1. Definición

El acné vulgar es un desorden multifactorial de la unidad pilosebácea, que está constituida por un folículo, glándula sebácea y pelo (1).

### 3.5.2. Prevalencia

Se estima que la prevalencia de la enfermedad está entre 70 y 87%; pudiendo variar de 61% a los 12 años y de 83% a los 16 años en mujeres; y de 40% a los 12 años y hasta 95% a los 16 años en hombres (26).

### 3.5.3. Epidemiología

Su distribución es universal, tiende a desaparecer alrededor de los 20 años de edad, aunque en ocasiones se prolonga, se ha reportado que el 10% de los casos, el acné persiste por encima de los 25 años; predomina ligeramente en

varones. Todos los grupos etarios pueden estar afectados por diferentes variantes de la enfermedad, es principalmente un desorden de la adolescencia (26,27).

#### 3.5.4. Factores de riesgo

Un factor importante que influye en el acné es el hábito de fumar; los fumadores activos presentan acné en 40.8% mientras que los no fumadores están afectados sólo en 23.5% (4). La raza puede tomar un rol, como factor de riesgo, ya que es precoz y más severo en los latinos que en negros y asiáticos. Con respecto a los alimentos los estudios no han sido concluyentes; una reciente aproximación señala una asociación positiva con acné para la ingesta de leche, total o descremada (1).

#### 3.5.5. Patogénesis

Es compleja y depende de la interacción de varios factores. Los cuatro factores determinantes en el desarrollo de la enfermedad son (1):

##### 3.5.5.1. Hiperqueratosis por retención e hiperproliferación de las células del conducto folicular:

El epitelio del acroinfundíbulo que es la porción distal intraepidérmica del canal folicular es semejante estructural y funcionalmente al de la epidermis. El estrato córneo está adelgazado, las células superficiales son rápidamente vertidas en el interior de la luz del canal contribuyendo a la formación de detritos celulares junto con el sebo y microorganismos (1, 27).

##### 3.5.5.2. Aumento de la producción sebácea:

La seborrea es esencialmente hormono-dependiente, en particular por efecto androgénico. Los receptores androgénicos se localizan en las capas basales de las glándulas sebáceas y en los queratinocitos de la vaina externa de la raíz del folículo piloso (1).

##### 3.5.5.3. Colonización y proliferación de *Propionebacterium acnes* (P. acnes):

Es un bacilo gram-positivo pequeño, que tiene forma de bastón, no es móvil y tiende a disponerse en cadenas cortas o agregados e irregulares, es anaerobia o aereotolerante, catalasa-positivo y capaces de fermentar hidratos de carbono, produciendo como principal residuo ácido propiónico (28).

Es parte de la flora del folículo.

#### 3.5.5.4. Respuesta inflamatoria inmune:

P. acnes no inicia la enfermedad, pero contribuye a desencadenar el proceso inflamatorio (1).

Actúa tanto en mecanismos inmunológicos, como antígeno y en mecanismos no inmunológicos provocando directamente inflamación o induciendo cambios bioquímicos del sebo con la producción de ácidos grasos libres, fuertemente irritantes. Tiene una fuerte capacidad inmunoestimulante, interviniendo en la proliferación de linfocitos T y citocinas (1,28).

#### 3.5.6. Clasificación:

Existen múltiples escalas de clasificación de severidad de acné. Algunos estudios no consideran acné en las personas que presentan menos de 10 comedones en cara. Para los fines del presente estudio se acoge la clasificación simplificada y la graduación global de la Food and Drug Administration –FDA- para el acné (29).

<b>Gradación Global de la FDA</b>	<b>Clasificación Simplificada</b>	<b>Descripción de la FDA</b>
Grado I	Acné Leve	Los comedones (lesiones no inflamatorias) son las principales lesiones. Pueden estar presentes pápulas y pústulas, pero son pequeñas y pocas en número (generalmente menos de 10).
Grado II	Acné Moderado	Número moderado de pápulas y pústulas (10 – 40) y los comedones (10 – 40) están presentes. Puede presentarse afección leve en tronco.
Grado III	Acné Moderadamente Severo	Numerosas pápulas y pústulas presentes (40 – 100), usualmente con muchos comedones (40 – 100) y ocasionalmente lesiones inflamadas nodulares profundas más grandes (más de 5). Amplias áreas afectadas, usualmente la cara, pecho y espalda.
Grado IV	Acné Severo	Acné nódulo-quístico y acné conglobata con muchas lesiones pustulares y nodulares dolorosas grandes, además de muchas pápulas, pústulas y comedones más pequeños.

### 3.6. Acné y trastornos de salud mental:

Los trastornos dermatológicos conllevan afectaciones con repercusión psicológica evidente, que van desde las alteraciones cosméticas obvias hasta una influencia negativa sobre las relaciones sociales, dificultades laborales e inclusive para emplearse y un acusado descenso de la autoestima que suelen requerir intervención profesional (30).

Está descrito que entre 10-15% de los pacientes que asiste a la consulta dermatológica pueden presentar neurosis obsesiva-compulsiva, más del 10% pueden presentar trastorno dismórfico corporal (5), 30% depresión y hasta el 10% pueden manifestar ideaciones suicidas (8).

El acné que es una de las dermatosis más frecuentes (1), condiciona el aspecto personal ya que provoca, en el individuo que lo padece, una imagen repulsiva de sí mismo, y esto a su vez conduce a desarrollar alteraciones psicológicas que trascienden en el desempeño integral del individuo en la sociedad (4). Estudios evidencian que los pacientes con acné, tienen afectada la calidad y estabilidad de la vida emocional (1,6). Se ha reportado prevalencia de trastornos mentales en pacientes con acné, comparables con la población que padece enfermedades crónicas-discapacitantes, a pesar de que ésta no es una patología debilitante y tampoco que ponga en peligro la vida (31).

Los trastornos mentales más frecuentemente reportados en personas con acné son: agorafobia, depresión, ansiedad, bajos niveles de autoestima, trastorno dismórfico corporal e ideación suicida (32).

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. Tipo y Diseño de Investigación:

Tipo descriptivo, diseño transversal

### 4.2. Unidad de análisis

#### 4.2.1. Unidad primaria de muestreo:

Hombres y mujeres de 10 a 35 años de edad que asistieron a la consulta externa del Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel zona 6 durante los meses de abril y mayo del 2010, que fueron diagnosticados con acné.

#### 4.2.2. Unidad de análisis:

Respuestas obtenidas con el instrumento: Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional M.I.N.I.

#### 4.2.3. Unidad de Información:

Hombres y mujeres de 10 a 35 años de edad que asistieron a la consulta externa del Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel zona 6 durante los meses de abril y mayo del 2010, que fueron diagnosticados con acné.

### 4.3. Población y muestra:

#### 4.3.1. Población:

Hombres y mujeres que asistieron a la consulta externa del Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel, zona 6 que presentaron diagnóstico de acné (33).

#### 4.3.2. Marco muestral:

Listado de hombres y mujeres citados a diario con diagnóstico de acné a la consulta externa del Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA zona 6 durante los meses de abril y mayo del 2010.

#### 4.3.3. Muestra:

Se evaluaron y entrevistaron a todos los hombres y mujeres con diagnóstico de acné, que asistieron y que desearon participar, a la consulta externa del Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA zona 6, durante el abril a mayo 2010. No se determinó muestra.

#### 4.4. Criterios de inclusión y exclusión

##### 4.4.1. Criterios de Inclusión:

- 4.4.1.1. Hombres y mujeres de 10 a 35 años de edad diagnosticados con acné por un profesional médico atendidos en la Consulta Externa del INDERMA durante el periodo de abril a mayo 2010.
- 4.4.1.2. Nacionalidad guatemalteca
- 4.4.1.3. Personas que acepten participar voluntariamente

##### 4.4.2. Criterios de Exclusión:

- 4.4.2.1. Individuos con deterioro mental y/o cognitivo que los inhabilite para contestar el instrumento.
- 4.4.2.2. Individuos que consulten por otras patologías dermatológicas que padezcan acné
- 4.4.2.3. Extranjeros

#### 4.5. Operalización de variables

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Instrumento</b>
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento.	Edad en años anotado en el instrumento de recolección de datos	Cuantitativa	Razón	Instrumento de recolección de datos
Sexo	Conjunto de características biológicas que distingue al macho de la hembra en los seres humanos y animales.	Sexo anotado en el instrumento de recolección de datos <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Femenino</li> <li>▪ Masculino</li> </ul>	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, unión, matrimonio y viudez.	Estado civil anotado en el instrumento de recolección de datos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soltero</li> <li>▪ Casado</li> <li>▪ Unido</li> <li>▪ Viudo</li> </ul>	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos
Etnia	Conjunto humano caracterizado por factores lingüísticos, somáticos y culturales.	Etnia adscrita por el entrevistado <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indígena <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maya</li> <li>▪ Xinca</li> <li>▪ Garífuna</li> </ul> </li> <li>2. No indígena</li> </ol>	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos

Acné	Es un desorden multifactorial de la unidad pilosebácea, que se caracteriza por presencia de comedones, pápulas, pústulas, quistes y nódulos.	Diagnóstico dado por investigadora a las personas participantes en el estudio, dentro de la siguiente clasificación: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acné leve/ I</li> <li>▪ Acné moderado/II</li> <li>▪ Acné moderadamente severo/III</li> <li>▪ Acné severo/IV</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal	Registro clínico de pacientes
Sintomatología para trastorno del estado de ánimo	<p style="text-align: center;"><b>EPISODIOS AFECTIVOS</b> <u>Episodio depresivo mayor:</u></p> <p>Sintomatología que tiene como característica principal alteración del humor, en el cual debe de haber un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.</p> <p style="text-align: center;"><b>TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO</b> <u>Distimia:</u></p> <p>La característica esencial es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años.</p>	Hallazgo encontrado por Mini international neuropsychiatric interview (MINI) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Episodio depresivo mayor: módulo A</li> <li>▪ Trastorno distímico: módulo B</li> </ul>	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos

Sintomatología para Riesgo suicida	<u>Ideación Suicida</u> Sintomatología en la que el sujeto piensa en cometer suicidio.	Hallazgo encontrado por Mini international neuropsychiatric interview (MINI) <ul style="list-style-type: none"> <li>Riesgo de suicidio: módulo C</li> </ul>	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos
Sintomatología para trastorno de ansiedad	<u>Agorafobia:</u> Temor angustioso y patológico de hallarse solo en grandes espacios abiertos.  <u>Trastorno obsesivo – compulsivo:</u> Presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas.  <u>Trastorno de ansiedad generalizada:</u> Es la ansiedad y la preocupación excesivas que se observan durante un período superior a 6 meses.	Hallazgo encontrado por Mini international neuropsychiatric interview (MINI): <ul style="list-style-type: none"> <li>Agorafobia: módulo F</li> <li>Trastorno obsesivo compulsivo: módulo H</li> <li>Trastorno de ansiedad generalizada: módulo O</li> </ul>	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos
Tiempo de evolución de acné	Magnitud física que permite medir la duración del evento estudiado	Tiempo referido por individuo durante la entrevista: <ul style="list-style-type: none"> <li>Agudo (&lt;7 días)</li> <li>Subagudo (8 días – 6 meses)</li> <li>Crónico(&gt;6 meses)</li> </ul>	Cualitativa	Ordinal	Instrumento de recolección de datos

#### 4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

##### 4.6.1 Técnica:

- Para la recolección de la información del presente estudio se realizó la clasificación de severidad de acné por medio de una evaluación clínica del individuo, en base a la clasificación de la Food and Drug Administration-FDA.
- Se utilizó la técnica de entrevista, cara a cara, la cual se aplicó de forma individual a las personas que desearon participar en el estudio, a través de la entrevista estructura MINI.

##### 4.6.2 Procedimiento:

- Al poseer la autorización correspondiente del INDERMA, en la consulta externa, se reunió a los pacientes con diagnóstico de acné, que fueron referidos por los médicos del servicio y, captados por la investigadora después de haber recibido la consulta dermatológica; para la administración de la entrevista estructurada MINI y clasificación del acné según la escala de la FDA.
- En una habitación en donde se encontraron la investigadora y el entrevistado exclusivamente, se explicaron los objetivos del estudio, metodología y se leyó el consentimiento informado para ser firmado posteriormente por el paciente si éste decidió participar.
- Se evaluó clínicamente al individuo y se clasificó la severidad del acné según la clasificación de FDA y se anotó en el instrumento de recolección de datos, por medio de un código que representa la gravedad del acné.
- Se realizó la entrevista estructurada MINI utilizando los módulos: A, B, C, F, H y O en aproximadamente 15 minutos, distribuidos así: 5 minutos para la explicar la metodología y aclarar dudas y 10 minutos para responder las preguntas.
- La entrevista se realizó cara a cara, las preguntas se leyeron una por una con voz audible, si el individuo no comprendía la pregunta se repitió la lectura, si continuaba sin comprender, se replanteó la misma sin perder el sentido semántico de la misma.
- Se le preguntó al individuo entrevistado si deseaba conocer los resultados de su entrevista y de qué forma quería ser contactado y se anotó.

- El instrumento de recolección de datos - módulo C, se calificó previo al egreso del encuestado, si presentaba sintomatología positiva para riesgo suicida fue referido inmediatamente a la unidad de apoyo psicológico.

#### 4.6.3 Instrumento:

Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview -M.I.N.I.-).

##### 4.6.3.1 Descripción del instrumento:

La Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional versión 5.0 (Mini International Neuropsychiatric Interview M.I.N.I.). Es una entrevista diagnóstica, que explora de manera estructurada, el Eje I del DSM-IV, que es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos (American Psychiatric Association) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas (34). Los autores de edición en español son L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert, M. Soto, O. Soto.

El instrumento está constituido por 17 secciones. Fue diseñado para administrarse en aproximadamente 15-18 minutos.

##### 4.6.3.2 Características del instrumento:

Con este instrumento se investigan: Datos generales, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos debido al consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de la alimentación, trastorno psicótico, trastorno antisocial de la personalidad y riesgo suicida.

##### 4.6.3.3 Validación:

El M.I.N.I. es un instrumento diagnóstico breve validado frente a la S.C.I.D. (Structured Clinical Interview for DSM Disorders -SCID-) y la C.I.D.I. (Composite International Diagnostic Interview-CIDI-) (35).

En el estudio: Validez y aplicabilidad del M.I.N.I. administrada por residentes de medicina familiar en servicios de atención primaria del Brasil, se administró dicha entrevista a 120 paciente de 15 años o mayores por 25 residentes mientras que se administraba la SCID por un psiquiatra que se encontraba oculto para los pacientes. Los resultados de dichas encuestas fueron comparados y evidenciaron coeficientes Kappa entre 0.65 y 0.85, sensibilidad entre 0.75 y 0.92,

especificidad de entre 0.90 y 0.99, valor predictivo positivo entre 0.60 y 0.86; valor predictivo negativo entre 0.92 y 0.99; y precisión 0.88 y 0.98 (36). En otro estudio en el que se comparó la validez y fiabilidad comparando la M.I.N.I. con el SCID-P y el C.I.D.I. Los resultados de estos estudios demuestran que el M.I.N.I. tiene un índice de validez y fiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un período de tiempo mucho más breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados (37). Tiene una sensibilidad del 96% y una especificidad de 88% para los trastornos que pretende diagnosticar (38).

#### 4.7 Procesamiento y análisis de datos:

##### 4.7.1 Procesamiento de datos:

Los datos recolectados con el instrumento, durante la entrevista a pacientes con diagnóstico de acné, fueron ingresados uno por uno a una base de datos creada en MICROSOFT EXCEL 2007. Las variables a operar fueron: edad, sexo, estado civil, grupo étnico, grado de severidad de acné, sintomatología positiva para ansiedad, depresión e ideación suicida y tiempo de evolución de acné. Los resultados de sintomatología positiva para ansiedad, depresión e ideación suicida fueron cruzados con la gravedad del acné en tabla de frecuencia, y también se cruzaron con el tiempo de evolución del acné.

##### 4.7.2 Análisis:

Los datos procesados se analizaron según las variables estudiadas, con el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 17.0 describiendo la sintomatología de ansiedad, depresión e ideación suicida en pacientes con acné, según edad, sexo, estado civil, etnia, grado de severidad de acné y tiempo de evolución de acné.

#### 4.8 Alcances y límites de la investigación

El conocimiento de la incidencia de trastornos mentales, como los del estado de ánimo, ansiedad e ideación suicida, son de relevancia para Guatemala ya que dicho estudio pone en evidencia la importancia que tiene la cobertura de los servicios de promoción de la salud mental y de la prevención, atención y rehabilitación en la población guatemalteca, principalmente en los pacientes con alguna patología

dermatológica, y dentro de éstas el acné vulgar que es la patología dermatológica más frecuente en la adolescencia.

Es importante considerar que el estudio propone, un punto de partida para estudios posteriores, debido a que, por la alta prevalencia de acné es vital el estudio de otros problemas mentales.

Una limitación de este estudio consiste en la exclusión de la población infantil, debido a que durante esta edad inician algunos trastornos de salud mental. También se excluyó a los pacientes mayores de 35 años de edad, debido a que la frecuencia de aparición o prevalencia de acné es mínima en dicho grupo etáreo.

El estudio se basa exclusivamente en sintomatología de trastornos de ansiedad, depresión e ideación suicida, porque se ha comprobado una alta prevalencia de estos trastornos mentales en pacientes con acné.

#### 4.9 Aspectos éticos de la investigación:

Esta investigación está basada en los principios éticos de autonomía y justicia ya que cada persona que participó en el estudio al momento de firmar el consentimiento informado, concluyó el proceso de aceptación a la participación en el mismo.

Esta investigación se encuentra dentro de la categoría II, ya que se realizó una entrevista psicológica a los pacientes en estudio. Luego de administrar la entrevista del MINI se diagnosticaron de manera individual a los pacientes que den puntajes positivos para sintomatología de ansiedad, depresión e ideación suicida. Las personas que se encontraron positivas para riesgo suicida fueron referidas a la unidad de apoyo psicológico con la psicóloga clínica que labora en la institución.

## 5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de las entrevistas realizadas a 111 hombres y mujeres con diagnóstico de acné que asistieron a la consulta externa del Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel –INDERMA- zona 6, comprendidos entre 10 a 35 años de edad durante abril y mayo 2010.

TABLA 1

Distribución por edad y sexo de personas con diagnóstico de acné  
Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA z.6  
abril y mayo 2010  
Guatemala, junio 2010.

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	f	%	f	%	f	%
14-18	11	9,91	10	9	21	18,91
19-23	22	19,82	20	18,01	42	37,83
24-28	20	18,01	7	6,31	27	24,32
29-35	15	13,51	6	5,41	21	18,92
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>61,3</b>	<b>43</b>	<b>38,7</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

No se entrevistaron pacientes comprendidos entre 10 a 13 años de edad.

TABLA 2

Distribución por estado civil y etnia de personas con diagnóstico de acné  
Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA z.6  
abril y mayo 2010  
Guatemala, junio 2010.

Estado Civil	Etnia				Total	
	No indígena		Indígena			
	f	%	f	%	f	%
<b>Soltero</b>	67	60,4	19	17,1	86	77,5
<b>Casado</b>	11	9,9	8	7,2	19	17,1
<b>Unido</b>	3	2,7	3	2,7	6	5,4
<b>Viudo</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>73,0</b>	<b>30</b>	<b>27,0</b>	<b>111</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

La distribución por etnia autoadscrita por el entrevistado es predominantemente no indígena, del total de entrevistados el 26.1% era indígena -maya y el 0.9% era indígena-xinca.

TABLA 3

Distribución por severidad de acné y sexo de individuos  
 Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA z.6  
 abril y mayo 2010  
 Guatemala, junio 2010.

Acné	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Leve</b>	36	32.4	21	18.9	57	51.4
<b>Moderado</b>	23	20.7	13	11.7	36	32.4
<b>Moderadamente severo</b>	7	6.3	9	8.1	16	14.4
<b>Severo</b>	2	1.8	0	0	2	1.8
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>61.3</b>	<b>43</b>	<b>38.7</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 4

Distribución por grado de severidad de acné y tiempo de evolución del acné  
 Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA z.6  
 abril y mayo 2010  
 Guatemala, junio 2010.

Acné	Tiempo evolución enfermedad						Total	
	Crónico		Subagudo		Agudo			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Leve</b>	53	47,7	4	3,6	0	0	57	51,4
<b>Moderado</b>	30	27,0	6	5,4	0	0	36	32,4
<b>Moderadamente severo</b>	15	13,5	1	0,9	0	0	16	14,4
<b>Severo</b>	2	1,8	0	0	0	0	2	1,8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>90,1</b>	<b>11</b>	<b>9,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>111</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Del total de personas entrevistadas el 79,23% (88) presentó sintomatología positiva para algún trastorno de ansiedad, depresión o ideación suicida.

TABLA 5

Distribución por grado de severidad de acné y sexo con sintomatología positiva  
 Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA z.6  
 abril y mayo 2010  
 Guatemala, junio 2010.

Acné	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Leve</b>	30	34,09	15	17,05	45	51,14
<b>Moderado</b>	16	18,18	12	13,63	28	31,81
<b>Moderadamente severo</b>	6	6,83	7	7,95	13	14,78
<b>Severo</b>	2	2,27	0	0	2	2,27
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>61,3</b>	<b>34</b>	<b>38,6</b>	<b>88</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 6

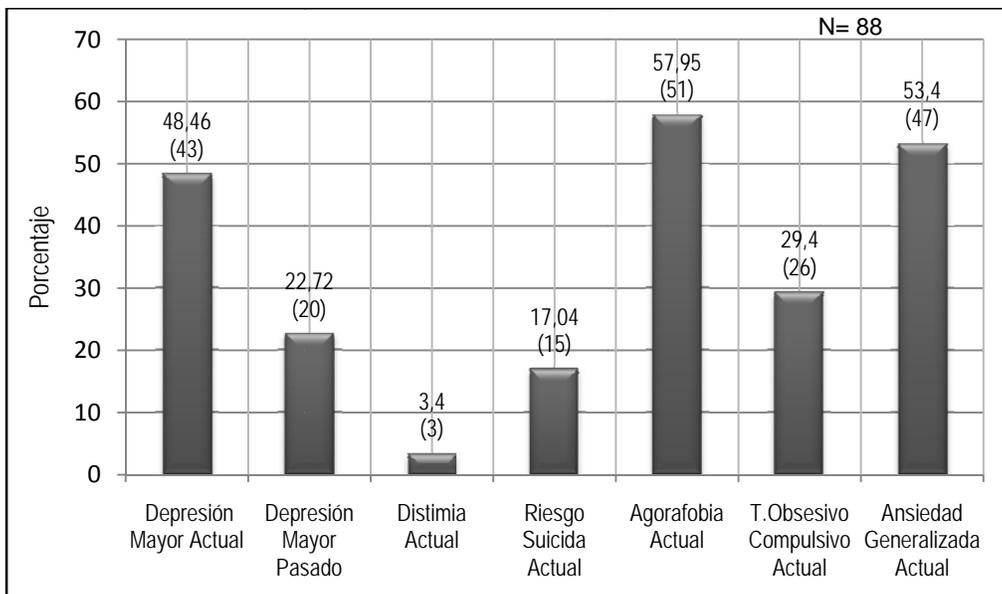
Distribución por tiempo de evolución de acné y sexo  
 de personas con sintomatología positiva  
 Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA z.6  
 abril y mayo 2010  
 Guatemala, junio 2010.

Tiempo de evolución de acné	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Agudo</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Subagudo</b>	8	9,09	1	1,14	9	10,23
<b>Crónico</b>	46	52,27	33	37,50	79	89,77
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>61,3</b>	<b>34</b>	<b>38,6</b>	<b>88</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

### GRÁFICA 1

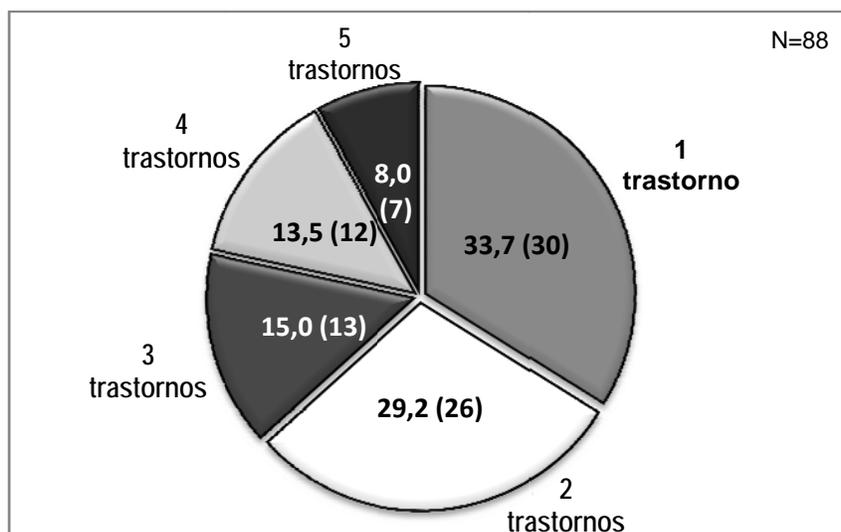
Distribución de la sintomatología de trastornos de salud mental  
 Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA z.6  
 abril y mayo 2010  
 Guatemala, junio 2010.



Fuente: Cuadro No. 1 (Anexo)

### GRÁFICA 2

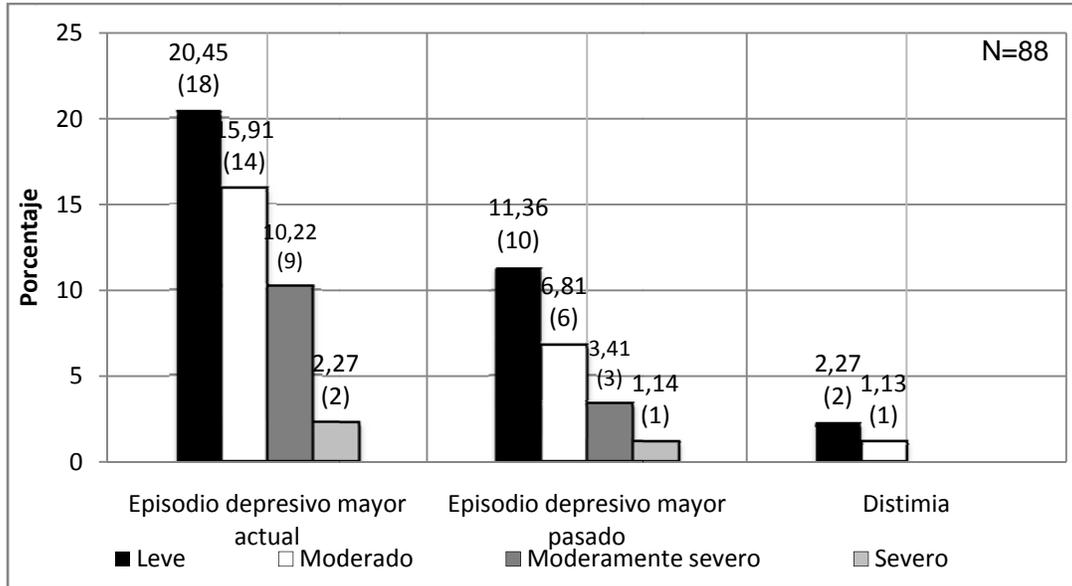
Distribución del número de trastornos de salud mental  
 Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA z.6  
 abril y mayo 2010.  
 Guatemala, junio 2010.



Fuente: Cuadro No. 2 (Anexo)

### GRÁFICA 3

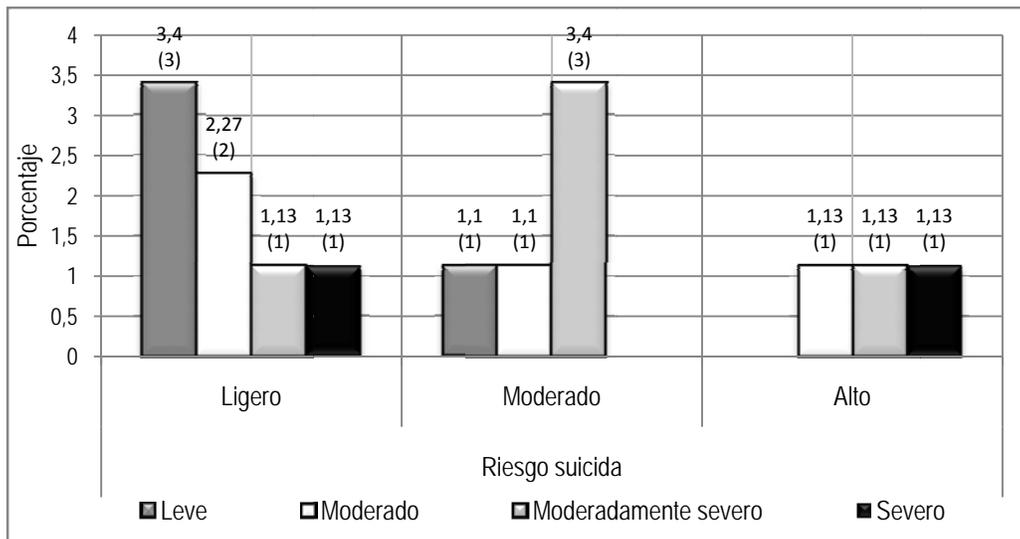
Distribución según la severidad del acné de los trastornos del estado de ánimo evaluados  
 Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA z.6  
 abril y mayo 2010  
 Guatemala, junio 2010.



Fuente: Cuadro No.3 (Anexo)

### GRÁFICA 4

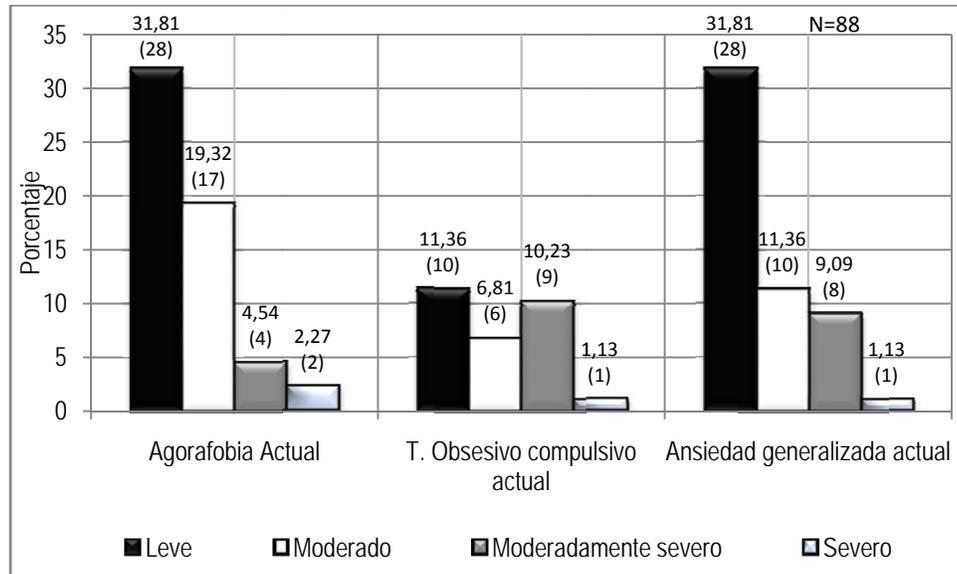
Distribución según la severidad del acné de la sintomatología de riesgo suicida  
 Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA z.6  
 abril y mayo 2010  
 Guatemala, junio 2010.



Fuente: Cuadro No.4 (Anexo)

### GRÁFICA 5

Distribución por severidad de acné de los trastornos de ansiedad evaluados  
 Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA z.6  
 abril y mayo 2010  
 Guatemala, junio 2010.



Fuente: Cuadro No. 5 (Anexo)

## 6. DISCUSIÓN

La totalidad de individuos entrevistados fué 111, de los cuales el 61.3% era de sexo femenino, lo cual es un hallazgo discordante a lo esperado, ya que los reportes del Consenso sobre acné de la Sociedad Argentina de Dermatología publicada en el 2005, en donde se reporta que dicha patología es más frecuente en hombres que en mujeres (1). Las edades más frecuentemente encontradas comprenden de 19 a 23 años de edad que representan el 37.83% del total de entrevistados, según el Consenso anteriormente mencionado, el acné debería desaparecer a partir de los 20 años, pero como se muestra en la tabla 1, hay un 43.24% de individuos con acné, con diferente grado de severidad que están sobre dicha edad. No se entrevistaron individuos menores de 13 años.

Como se observa en la tabla 2, la distribución según el estado civil de los individuos encuestados es: 77.5% solteros, 17.1% casados, 5.4% unidos y 0% viudos. Respecto a la etnia, el 73% eran no indígena y el 27% indígenas, de los cuales el 26.1% eran mayas y 0.9% xinka.

La escala de severidad del acné utilizada en este estudio fue la escala de la Food and Drug Administration –FDA- (29) que cuenta con 4 grados. En este estudio el 51.4% de los entrevistados presentaba acné leve y de éstos el 32.4% era de sexo femenino; el 32.4% acné moderado con 20.7% de sexo femenino; el 14.4% presentaba acné moderadamente severo con 8.1% de sexo masculino y 1.8% acné severo siendo la totalidad de las pacientes de sexo femenino; lo cual está parcialmente respaldado en diversos estudios, como el del Grupo Foracné en España 2005, en donde se evidenció que el acné es más grave clínicamente en hombres que en mujeres (4).

El tiempo de evolución del acné, es un pilar importante para el desarrollo de trastornos de salud mental y la identificación de sintomatología psiquiátrica; según la jornada de detección epidemiológica de acné realizada en la Argentina a 1,616 pacientes, por la Sociedad Argentina de Dermatología en el 2000, el promedio de años de la afección fue de 5 años (1); en este estudio el 90.1% de los encuestados refirió padecer la enfermedad durante más de 6 meses, por lo tanto se consideró como crónico, y el 9.9% refirió una afección subaguda; no hubo ningún paciente con afección aguda. El promedio de afección fue de aproximadamente 1 año.

La distribución de los trastornos de salud mental por sexo fue similar, ya que la proporción de hombres entrevistados (43) y los hombres con sintomatología positiva (34) es del 79.06%; la proporción de mujeres es del 79.41%. En estudios como el de Krejcil-

Manwarning J 2006 se documentó que el impacto psicológico en las mujeres es peor que en los hombres, y tienen puntuaciones más altas en los test de evaluación de sensibilidad a la presión social (39) y el de Santamaría Gonzáles V. y Valdés Webster R. 2007, se encontró que las mujeres con acné tuvieron promedios más bajos en la percepción de la calidad de vida comparado con los hombres (6).

El 51.14% de las personas con sintomatología positiva para algún trastorno de salud mental, presentaba acné leve y la mayoría (89.77%) refirió tener un padecimiento dermatológico crónico, esto es importante ya que como se reportó en el estudio del Grupo Foracné 2005 (4), los pacientes valoran su acné como más grave de lo que lo consideran los médicos, por lo que aunque se gradó como leve al 51.4% de los entrevistados, es probable que algún porcentaje de éstos, perciba que su acné es más severo.

Según la gráfica 1, de los individuos que presentaron trastornos de salud mental, el 57,95% tuvo sintomatología positiva para agorafobia actual, siendo este el diagnóstico más frecuente, lo cual es un resultado esperado, debido a que por el área de afección del acné, que es fundamentalmente en áreas expuestas, los individuos con esta patología, refieren sentirse avergonzados en las relaciones con los demás, haber sido motivo de burla por el acné hasta en un 60% y hasta el 40% refieren haber renunciado a alguna actividad social, según el estudio del Grupo Foracné en España, 2005 (4).

La ansiedad generalizada actual fue el segundo diagnóstico más frecuente (53.4%), seguido por el episodio depresivo mayor actual (48.46%), los cuales son trastornos frecuentemente encontrados en pacientes con patologías dermatológicas y principalmente acné, como está evidenciado en varios estudios. K. Yazici y K. Baz et al. 2004 reportaron en un estudio de 61 casos y 38 controles que, la ansiedad en pacientes con acné fue del 26.2% y de depresión un 29.5%, por el contrario los controles presentaron 0% y 7.9% respectivamente (3). Y M. Polenghi, S. Zizak et al 2002 publicaron que encontraron depresión en pacientes con acné hasta en un 63.6% (32). El trastorno obsesivo compulsivo actual se encontró en el 23.4% de los individuos entrevistados con sintomatología positiva y el riesgo suicida estaba presente en el 17.04%, de los cuales el 7.93% presentaba riesgo ligero, el 5.7% riesgo moderado y el 3.39% riesgo alto. Es importante hacer mención que la totalidad de los individuos con riesgo suicida alto tenían acné de moderado a severo, y todos reportaron un tiempo de evolución crónico de la afección. La prevalencia de depresión e ideación suicida en pacientes con acné es significativamente más frecuente que en pacientes dermatológicos con otras patologías, como alopecia, dermatitis atópica y psoriasis leve a moderada, según reportes de S.

Hanna et al. 2008 (40). Además J. Cotterill, W. Cunliffe et al. 1995 reportó 16 casos de suicidio, de los cuales 7 presentaron acné, sin diagnóstico de una patología psiquiátrica primaria; de éstos, todos presentaban cicatrices de acné y 6 de los 7 habían presentado una respuesta pobre al tratamiento (23). Por lo tanto está ampliamente documentado que el acné independientemente de la severidad del mismo, puede favorecer la aparición de ideación suicida.

El 33,7% de los entrevistados, presentó sintomatología positiva para 1 solo trastorno, pero también se encontró comorbilidad de más de 1 trastorno de salud mental, según la gráfica 3, el 29,2% presentó sintomatología positiva para 2 diagnósticos, el 13,5% presentó sintomatología para 4 diagnósticos y el 8% presentó sintomatología positiva para 5 diagnósticos de los 6 trastornos evaluados. Este hallazgo es plenamente apoyado según Yazici K, Bas K. et al. 2004, debido a que, como se ha mencionado anteriormente, el acné puede tener un impacto psicológico negativo, debido a que afecta directamente en la calidad de vida de las personas que lo padecen y a menor calidad de vida mayor es el riesgo de padecer tanto ansiedad como depresión (3).

La distribución de la severidad del acné, en personas con sintomatología positiva para algún trastorno de salud mental de los evaluados, mostró una tendencia creciente, ya que el 79.95% de los entrevistados con acné leve presentaba sintomatología positiva, seguido por el 83.33% que presentaba acné moderadamente severo o severo. La totalidad de los entrevistados con acné severo presentó sintomatología positiva, a pesar que ésta es una observación relevante, el tamaño de la muestra no es estadísticamente representativa (2,27%). Este hallazgo es afín al estudio de Asad F et al. 2002, quienes entrevistaron a 100 pacientes con acné; reportaron que quienes padecían acné severo presentan niveles más altos de ansiedad y depresión, que los que padecen acné leve o moderado (41). Ahmed S et al. 2007 reportó que la severidad del acné y la presencia de ansiedad y depresión, suelen corresponderse el uno al otro (42). Sin embargo, existen múltiples estudios que reportan la ausencia de correlación entre la severidad del acné y la presencia de trastornos de salud mental. Rehn LMH et al 2008 estudió la asociación entre la severidad del acné valorado con escala de Leeds, y los síntomas depresivos e ideación suicida; reportó que no existen diferencias estadísticas entre depresión (Puntuación de Leeds 0-3: 9.5% vrs. Puntuación 4: 10.0%) e ideación suicida (13.7% vrs.15.7%) comparados con el grado de severidad de acné (43). Debido a que la percepción de la gravedad del acné, puede jugar un rol importante en el apareamiento de sintomatología

de trastornos de salud mental, en algunas personas, incluso el acné leve podría dar lugar a depresión severa (4).

## 7. CONCLUSIONES

- 7.1. El 79.23% de los entrevistados presentó sintomatología positiva para trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo o ideación suicida.
- 7.2. Las características epidemiológicas de la población estudiada, se describe como jóvenes entre 19 a 23 años de edad (37.83%), en su mayoría femeninas (61.3%), solteros (77.5%) y no indígenas (73%).
- 7.3. El acné de tiempo de evolución crónico (89.77%) es más frecuente en pacientes con sintomatología de ansiedad, depresión e ideación suicida.
- 7.4. El acné de severidad leve (51.14%) es más frecuente en pacientes con sintomatología de ansiedad, depresión e ideación suicida

## 8. RECOMENDACIONES

### 8.1. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

Se recomienda la generación de programas de apoyo psicológico, así como la creación de equipos interdisciplinarios para la atención de los pacientes con enfermedades dermatológicas, principalmente con acné, en lugares en donde se presta atención a personas con esta patología.

### 8.2. Al Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel –INDERMA-:

Se recomienda brindar a las personas con diagnóstico de acné, la facilidad para recibir apoyo psicológico en dicha institución.

### 8.3. A la Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas:

Se recomienda la implementación de programas para la capacitación y estudio del área dermatológica y psiquiátrica, para los estudiantes y profesionales, para poder brindar al paciente un servicio integral.

## 9. APORTES

9.1. Dado que el 79.23% de las personas entrevistadas presentó sintomatología para trastornos de salud mental, es importante hacer énfasis en la importancia que tiene la detección temprana de dichos trastornos y así ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes, por tanto se diseminarán los resultados del estudio y se expondrá las características de los diagnósticos encontrados, por medio de una presentación a los médicos que laboran en INDERMA z 6.

9.2. Los pacientes con sintomatología positiva para riesgo suicida, independientemente del grado, fueron referidos para apoyo psicológico con la psicóloga que labora en INDERMA z 6.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kamisky A, Saraceno E, Airaudo M, Barquin M, Cordero A, Costantini S, et al. Consenso sobre acné, Buenos Aires: [s.n.] 2005.
2. Grimalt F. Acné excoriée des jeunes filles. En: Grimalt F, Cotterill JA. Dermatología y psiquiatría: Historias clínicas comentadas. España: Grupo Aula Médica, 2002 p. 199-200.
3. Yazıcı K, Baz K, Yazıcı AE, Köktürk A, Tot S, Demirseren D et al. Disease specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. JEADV, 2004,18(4):435-439.
4. Pérez M, Moreno JC, Guerrero A, Ribera M, De Lucas R. Barcelona: Grupo Foracné sobre acné, 2005.
5. Phillips KA, Dufresne JRG, Wilkel C, Vittorio CC. Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. J Am Ac Dermatol 2000; 42(3):436-441.
6. Santamaría González V, Valdés Webster RL. Acné juvenil inflamatorio: evaluación de la calidad de vida con la encuesta SF-36. Rev Cent Dermatol Pascua, 2007, 16(1): 7-13.
7. Rejopachi Carrera JJ. Acné y depresión: estudio realizado en 100 pacientes que consultaron a una clínica dermatológica privada en la ciudad de Guatemala, durante el mes de octubre de 1995. [tesis Médico y Cirujano] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas,1997.
8. Conti DJ, Burton WN. The economic impact of depression in a workplace. J Occup Med.1994; 36(9):983-988.
9. Cobar Herrera MI, De la Roca Ordaz MW, Dávila Valenzuela KD, Chávez Cutz MI, Días Pappa CE, Gómez Gómez NE, et al. Encuesta nacional de salud mental: descripción epidemiológica de trastornos de salud mental en hombres y mujeres de 18 a 65 años de edad realizada en la República de Guatemala. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2009.
10. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental. Suiza: OMS, 2004.
11. Organización Mundial de la Salud. The global burden of disease [en línea]. Ginebra: OMS, 2004. [accesado el 15 de marzo del 2010]. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf).

12. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población y lugares poblados con base al XI Censo de Población y VI de Habitación 2010, Periodo 2000-2050. [en línea] [accesado el 03 marzo del 2010] Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/index.php/demografia-y-poblacion/42-demografiaypoblacion/86-proyeccionesylugarespoblados>
13. Guía mundial de viajes. América Central, Guatemala. [en línea] [accesado el 04 marzo del 2010]. Disponible en: [http://www.guiamundialdeviajes.com/country/107/general\\_information/Am%EA9rica-Central/Guatemala.html](http://www.guiamundialdeviajes.com/country/107/general_information/Am%EA9rica-Central/Guatemala.html)
14. Galimberti R, Pierini AM, Cervini AB. Historia de la dermatología latinoamericana. [en línea] XXI congreso mundial de dermatología. Buenos Aires: 2007 [accesado 17 febrero 2010]. Disponible en: [http://www.bium.univ-paris5.fr/sfhd/pdf2008/derm\\_lat\\_sp.pdf](http://www.bium.univ-paris5.fr/sfhd/pdf2008/derm_lat_sp.pdf)
15. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencias, emergente y práctica. [en línea]. Ginebra: 2004. [accesado el 29 de noviembre del 2009]. Disponible en: [www.who.int/mentalhealth/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mentalhealth/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf).
16. Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. México D.F.: OPS, 2009.
17. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM. 4 ed. Barcelona: Masson, 1995.
18. Langenfeld SC. Dysthymic Disorder. [en línea]. 2009 (5). [accesado el 21 octubre 2009] Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/290686-overview>
19. Toro Greiffenstein RJ, Yepes Roldán LE. Trastorno de pánico. En: Toro Greiffenstein RJ, Yepes Roldán LE, Téllez-Vargas JE. Fundamentos de Medicina - psiquiatría- 4 ed Bogotá: Corporación para investigaciones biológicas; 2004: p.182-186.
20. Miró E, Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2 ed, España: Masson, 2000.
21. Ros Montalbán S. La conducta suicida. 3 ed. Colombia: Ela,1997.
22. López Salazar FF, López Murguía F, López S. Ideación suicida y desesperanza en pacientes psiquiátricos hospitalizados. ALCMEON [revista en línea] Año XVII, 14(3): 2008: 33-41. [accesado el: 13 noviembre 2009] Disponible en: [http://www.alcmeon.com.ar/14/55/06\\_lopez.pdf](http://www.alcmeon.com.ar/14/55/06_lopez.pdf)

23. Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997; 137(2):246-50
24. Yepes Roldán LE, Trastorno obsesivo compulsivo. En: Toro Greiffenstein RJ, Yepes Roldán LE, Téllez-Vargas JE. *Fundamentos de medicina -psiquiatría-* 4 ed Bogotá: Corporación para investigaciones biológicas, 2004 p.224-229.
25. Rickels K, Rynn M. Overview and clinical presentation of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am.* Mar 2001;24(1):1-17.
26. Rademaker M, Garioch JJ, Simpson NB. Acne in school children: no longer a concern for dermatologists. *BMJ.* 1989; 298(6682):1217-19.
27. Arenas R. *Dermatología: atlas, diagnóstico y tratamiento.* 2 ed. México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana, 1996.
28. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Cocos grampositivos anaerobios y bacilos no esporulados. En: *Microbiología médica.* 4 ed. España: Elsevier, 332-333.
29. James WD. Acne. *N Eng J Med.* 2005;352(14):1463-1472.
30. Grimalt F. Trastornos depresivos y depresión enmascarada. En: Grimalt F, Cotterill JA. *Dermatología y psiquiatría: Historias clínicas comentadas.* España: Grupo Aula Médica, 2002 p.70-75.
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;140(4):672-676.
32. Polenghi MM, Zizak S, Molinari E. Emotions and acne. *Dermatol Psychosom.* 2002;3:20-5.
33. Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA. Registros de atención de consulta externa por trimestre del año 2008-2009 de zona 6, Guatemala: INDERMA, 2009.
34. Bobes García J, Paz M, Bascarán MT, Saíz PA, Bousoño García M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3 ed. España: Psiquiatría Editores, 2004.
35. Pinninti NR, Madison H, Musser E, Rissmiller D. MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. *European Psychiatry.* [revista en línea] 2003;18(7):361-364 [accesado el 12 noviembre 2009] Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/neuropsiquiatria/diagnostico186/16688/>

36. General Hospital Psychiatry. Psychiatry medicine and primary care [sede web]. Brazil: Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. 2008 [accesado 13 febrero 2010] Disponible en: [http://www.ghpjournal.com/article/S0163-8343\(08\)00030-3/abstract](http://www.ghpjournal.com/article/S0163-8343(08)00030-3/abstract).
37. Bringas S, Krikorian AI, Hernando F, Rodríguez O, Jarabo JR, Fernández E et al. Protocolo de intervención psicosocial en pacientes oncológicos sometidos a cirugía torácica. Psicooncología [revista en línea], 2006, [accesado el 24 octubre 2009]; 3 (2-3). Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/psi/16967240/articulos/PSIC0606220407A.PDF>
38. Chirinos-Flores M, Munguía-Matamoros A, Lagos-Velásquez A. Prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras, Rev Med Post UNAH, 2002; 7(1): 42-48.
39. Krejcil-Manwarning J, Kerchner K, Feldman S, Rapp D, Rapp S. Social Sensivity and acne: the role of personality in negative social consequences and quality of life. Int J Psychiatry Med. 2006; 36(1): 121-130.
40. Shannon H, Jasdeep S, Klotz J. Acne vulgaris: More than skin deep. Dermatology Online Journal [revista en línea], 2008 [accesado 24 octubre 2009]; 9(3). Disponible en: <http://dermatology.cdlib.org/93/commentary/acne/hanna.html>
41. Asad F, Qadir A, Ahmed I. Anxiety and depression in patients with acne vulgaris. J Pak Assoc Dermatol. 2002; 12(2):69-72.
42. Ahmed S, Ahmed I. Frequency and magnitude of anxiety and depression among acne patients: a study of 100 cases. JLUMHS 2007; 14(3): 162-167
43. Rehn LMH, Meririnne E, Höök-Nikanne J, Isometsä E, Henriksson M. Depressive symptoms, suicidal ideation and acne: a study of male Finnish conscripts. JEADV 2008; 22(5): 561-567.

## 11. ANEXO

### CUADRO 1

Distribución de los trastornos de salud mental evaluados en individuos con acné  
 Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA z.6  
 abril y mayo 2010  
 Guatemala, junio 2010.

Depresión Mayor Actual		Depresión Mayor Pasado		Distimia Actual		Riesgo Suicida Actual		Agorafobia Actual		T. Obsesivo Compulsivo Actual		Ansiedad Generalizada Actual	
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
43	48,86	20	22,72	3	3,40	15	17,04	51	57,95	26	29,54	47	53,40

Fuente: Instrumento de recolección de datos

### CUADRO 2

Distribución de la sintomatología según el número de trastornos positivos de las personas con acné  
 Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA z.6  
 abril y mayo 2010  
 Guatemala, junio 2010.

Sintomatología de trastornos mentales	Frecuencia	Porcentaje
Positivo 1 trastorno	30	33,7
Positivo 2 trastornos	26	29,2
Positivo 3 trastornos	13	15,0
Positivo 4 trastornos	12	13,5
Positivo 5 trastornos	7	8,0
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

### CUADRO 3

Distribución por severidad del acné de los módulos de trastornos del estado de ánimo  
 Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA z.6  
 abril y mayo 2010  
 Guatemala, junio 2010.

Acné	Episodio depresivo mayor actual		Episodio depresivo mayor pasado		Distimia	
	Si		Si		Si	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Leve</b>	18	20,45	10	11,36	2	2,27
<b>Moderado</b>	14	15,91	6	6,81	1	1,13
<b>Moderadamente severo</b>	9	10,22	3	3,41	0	0
<b>Severo</b>	2	2,27	1	1,14	0	0
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>48,85</b>	<b>20</b>	<b>22,72</b>	<b>3</b>	<b>3,4</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

### CUADRO 4

Distribución por severidad del acné de riesgo suicida  
 Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA z.6  
 abril y mayo 2010  
 Guatemala, junio 2010.

Acné	Riesgo suicida					
	Ligero		Moderado		Alto	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Leve</b>	3	3,4	1	1,1	0	0
<b>Moderado</b>	2	2,27	1	1,1	1	1,13
<b>Moderadamente severo</b>	1	1,13	3	3,4	1	1,13
<b>Severo</b>	1	1,13	0	0	1	1,13
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>7,93</b>	<b>5</b>	<b>5,7</b>	<b>3</b>	<b>3,39</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

CUADRO 5

Distribución por severidad del acné de los módulos de trastornos de ansiedad  
 Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel INDERMA z.6  
 abril y mayo 2010  
 Guatemala, junio 2010.

Acné	Agorafobia Actual		T. Obsesivo compulsivo actual		Ansiedad generalizada actual	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Leve</b>	28	31,81	10	11,36	28	31,81
<b>Moderado</b>	17	19,32	6	6,81	10	11,36
<b>Moderadamente severo</b>	4	4,54	9	10,23	8	9,09
<b>Severo</b>	2	2,27	1	1,13	1	1,13
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>57,94</b>	<b>26</b>	<b>29,53</b>	<b>47</b>	<b>53,39</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Participante:

Yo María Eugenia Juracán Morán, estudiante de medicina en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, me encuentro realizando el estudio de tesis sobre la presencia de sintomatología de ansiedad, depresión e ideación suicida en pacientes con diagnóstico de acné de 10 a 35 años de edad que asisten a la consulta externa del Instituto de Dermatología y Cirugía del Piel INDERMA zona 6.

El propósito de la investigación es describir la presencia de los síntomas de los trastornos antes mencionados, según edad, género, étnia, estado civil, tiempo de padecer la enfermedad dermatológica, y la severidad de la enfermedad dermatológica.

Se le invita a participar en este estudio, a hombres y mujeres consultantes en la consulta externa de INDERMA zona 6, con diagnóstico de acné, que se encuentran en el grupo etáreo de 10 a 35 años de edad. Su valiosa participación es voluntaria, y no influirá en la atención que ha recibido y continuará recibiendo en esta institución, es completamente anónima, no recibirá ningún tipo de remuneración económica por su participación y usted puede solicitar sus resultados al finalizar el estudio.

El procedimiento que se llevará a cabo en el estudio es que la información recolectada durante la entrevista será removida del instrumento, se le asignará un código para asociar su nombre, respuestas y resultados.

Al firmar este consentimiento informado, usted afirma que:

**He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Nombre del Investigador:                     María Eugenia Juracán Morán                    

Firma del investigador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /2010

Solicito informe de resultados:

# INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

---

## DATOS GENERALES

---

**Edad:** años

**Sexo:** M F

**Estado Civil:** Soltero Casado Unido Viudo

**Etnia:** Indígena No indígena  
Maya Xinca Garífuna

**Acné:** Leve Moderado Moderadamente severo Severo

**Tiempo evolución:** Agudo Sub agudo Crónico

T. Tratamiento: \_\_\_\_\_ meses

**A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR**

A1	En el transcurso de las dos últimas semanas, se ha sentido particularmente triste, decaído(a), la mayor parte del tiempo, a lo largo del día y esto, casi todos los días?	NO	SI	1
A2	En el transcurso de las dos últimas semanas, ha tenido, casi todo el tiempo, el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer por las cosas que habitualmente le agradaban?	NO	SI	2
	¿ A1 <u>Q</u> A2 SE HAN CODIFICADO SI ?	→ NO	SI	

A3	<b>En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se ha sentido decaído y/o sin interés por la mayor parte de cosas:</b>			
a	¿Se ha modificado su apetito notablemente, o ha ganado o perdido peso, sin tener esa intención (variaciones en el último mes de +/- 5 % del peso corporal ó +/- 3'5 Kgr ó +/- 8 libras para una persona de 65 Kgr/120 libras)? CODIFICAR SI, SI UNA U OTRA SON AFIRMATIVAS	NO	SI	3
b	¿Casi todas las noches, ha tenido problemas de sueño, (dificultades para quedarse dormido, despertares nocturnos o precoces, sueño excesivo)?	NO	SI	4
c	¿Casi todos los días, ha hablado o se ha movido más lentamente de lo habitual, o por el contrario, se ha sentido agitado(a) y ha tenido dificultades para permanecer quieto?	NO	SI	5
d	¿ Casi todos los días, se ha sentido fatigado(a), sin energía?	NO	SI	6
e	¿ Casi todos los días, se ha sentido sin valor o culpable?	NO	SI	7
f	¿Casi todos los días, ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI	8
g	¿Ha tenido en varias ocasiones ideas negras como pensar que sería mejor estar muerto(a) o en hacerse daño?	NO	SI	9

A4 ¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN A3 ?  
(o 4 si A1 Q A2 SE HAN CODIFICADO NO)

SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL:

A5a	¿En el transcurso de su vida, ha tenido otros periodos, de dos o más semanas en los que se haya sentido decaído(a) o sin interés por la mayor parte de cosas y en los que haya tenido los problemas de los que estamos hablando?	→ NO	SI	10
b	¿Entre el episodio actual y su último episodio depresivo, ha tenido un intervalo sin depresión de al menos dos meses?	NO	SI	11

¿ A5b SE HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</b>	
→	
NO	SI
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR PASADO</b>	

**B. DISTIMIA**

NO EXPLORAR ESTE MODULO SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL

B1	¿Durante los dos últimos años, se ha sentido triste o decaído la mayor parte del tiempo?	→ NO	SI	20
B2	¿Durante este periodo, ha llegado a sentirse bien durante dos meses seguidos o más?	→ NO	SI	21
B3	<b>Durante este periodo en el que se ha sentido deprimido la mayor parte del tiempo:</b>			
a	¿Ha cambiado su apetito significativamente?	NO	SI	22
b	¿Ha tenido dificultades para dormir o sueño excesivo?	NO	SI	23
c	¿Se ha sentido fatigado o sin energía?	NO	SI	24
d	¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	NO	SI	25
e	¿Ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI	26
f	¿Se ha sentido desesperanzado?	NO	SI	27
	¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN B3 ?	→ NO	SI	
B4	¿Estos síntomas depresivos le causaron malestar significativo o dificultaron su capacidad laboral, social, o en alguna otra área importante?	→ NO	SI	28
	¿B4 SE HA CODIFICADO SI ?			

NO	SI
<b>DISTIMIA ACTUAL</b>	

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

## F. AGORAFOBIA

F1 ¿Se siente ansioso o particularmente incómodo en lugares o en situaciones de las que es difícil escapar, o donde no es posible obtener ayuda en caso de sentirse mal, como estar entre una multitud, o solo y lejos de casa o solo en casa, o cruzando un puente, o viajando en autobús, tren, coche, etc.?

NO SI 19

Si F1 = NO, ENMARCAR NO EN F2

F2 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita compañía para afrontarlas?

NO SI 20

*Agorafobia Actual*

¿F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO NO

y

E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI?

NO SI

**TRASTORNO POR  
ANGUSTIA  
sin Agorafobia  
ACTUAL**

¿F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI

y

E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI?

NO SI

**TRASTORNO POR  
ANGUSTIA  
con Agorafobia  
ACTUAL**

¿F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI

y

E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO NO?

NO SI

**AGORAFOBIA  
sin antecedentes de  
Trastorno por Angustia  
ACTUAL**

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

### C. RIESGO DE SUICIDIO

**Durante este último mes:**

- |    |  |    |    |   |
|----|--|----|----|---|
| C1 | ¿Ha pensado que sería mejor morirse o ha deseado estar muerto? | NO | SI | 1 |
| C2 | ¿Ha querido hacerse daño?                                      | NO | SI | 2 |
| C3 | ¿Ha pensado en el suicidio?                                    | NO | SI | 3 |
| C4 | ¿Ha planeado suicidarse?                                       | NO | SI | 4 |
| C5 | ¿Ha intentado suicidarse?                                      | NO | SI | 5 |

**A lo largo de su vida:**

- |    |                                      |    |    |   |
|----|--------------------------------------|----|----|---|
| C6 | ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? | NO | SI | 6 |
|----|--------------------------------------|----|----|---|

¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI?

SI SI, ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO COMO SIGUE:

- C1 o C2 o C6 = SI : LIGERO
- C3 o (C2 + C6) = SI : MODERADO
- C4 o C5 o (C3 + C6) = SI : ALTO

NO	SI
<b>RIESGO DE SUICIDIO ACTUAL</b>	
LIGERO	
MODERADO	
ALTO	

**H. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO**

H1 ¿Durante el último mes, le han molestado pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes indeseados, desagradables, inadecuados, intrusivos o molestos? (ej: la idea de que estaba sucio, contaminado o tenía gérmenes, o el temor de contaminar a otros, o el miedo de hacer daño a alguien sin querer, o el temor de actuar en función de algún impulso, o miedos o supersticiones de ser responsable de cosas erróneas, u obsesiones con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, u obsesiones de atesorar, coleccionar o religiosas) NO SI 1

(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA, NI OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION, LA CONDUCTA SEXUAL, EL JUEGO PATOLOGICO O EL ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS, YA QUE EL PACIENTE PUEDE OBTENER PLACER DE ESTAS ACTIVIDADES Y PUEDE QUERER EVITARLAS SÓLO POR SUS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)

Si H1 = NO, PASAR H4

H2 ¿Estos pensamientos volvían a su mente aunque trataba de ignorarlos o librarse de ellos? NO SI 2

Si H2 = NO, PASAR A H4

H3 ¿Piensa que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no son impuestos desde el exterior? NO SI 3

H4 ¿Durante el último mes, ha hecho algo repetidamente, sin poder evitarlo, como lavar o limpiar en exceso; contar o verificar cosas una y otra vez; repetir, almacenar u ordenar cosas u otros rituales supersticiosos NO SI 4

¿H3 O H4 HAN CODIFICADO SI ?

→  
NO SI

H5 ¿Piensa que estas ideas obsesivas y/o las conductas repetitivas son irrazonables, absurdas o desproporcionadas? → NO SI 5

H6 ¿Estas obsesiones o compulsiones interfieren en su rutina normal, sus actividades cotidianas, sus actividades sociales, o en sus relaciones o le ocupaban más de una hora diaria? NO SI 6

¿H6 HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
<b>TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO ACTUAL</b>	

**O. ANSIEDAD GENERALIZADA**

- O1 a ¿Durante los 6 últimos meses, ha estado excesivamente preocupado o ansioso por varias cosas de la vida cotidiana, en el trabajo, en casa, en su círculo más próximo?
- NO CODIFICAR SI SI LA ANSIEDAD SE DEBE A UN TIPO DE ANSIEDAD YA EXPLORADA ANTERIORMENTE, COMO MIEDO A TENER UNA CRISIS DE ANGUSTIA (TRASTORNO POR ANGUSTIA), DE PONERSE EN EVIDENCIA EN PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE CONTAMINARSE (TOC), DE AUMENTAR DE PESO (ANOREXIA NERVIOSA) ETC.
- b ¿Estas preocupaciones están presentes la mayoría de los días?
- O2 ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o le interfieren para concentrarse en lo que debe de hacer?
- DE O3a A O3f, CODIFICAR NO SI LOS SÍNTOMAS SÓLO APARECEN EN EL MARCO DE TRASTORNOS EXPLORADOS PRECEDENTEMENTE
- O3 Durante estos 6 últimos meses en los que ha estado ansioso casi cada día:
- a ¿Se ha sentido inquieto, desasosegado o nervioso?
- b ¿Se ha sentido tenso?
- c ¿Se ha sentido cansado, débil o se ha agotado fácilmente?
- d ¿Ha tenido dificultades para concentrarse o su mente se ha quedado en blanco?
- e ¿Se ha sentido irritable?
- f ¿Ha tenido dificultades con el sueño (dificultad para dormirse, se ha despertado a media noche o demasiado temprano, ha dormido en exceso)?

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN O3?

NO SI  
ANSIEDAD  
GENERALIZADA  
ACTUAL