



1859

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TITULO**

“ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES ENTRE 18 Y 25 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTAN ACNÉ ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL “MANUEL YGNACIO MONTEROS”, IEES, DE LA CIUDAD DE LOJA – ECUADOR, PERÍODO JULIO – DICIEMBRE DEL AÑO 2013.”

TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL  
TITULO DE PSICOLOGA CLINICA

**AUTORA:**

María Inés Espinosa Espinosa

**DIRECTORA:**

Dra. Verónica Vélez

Loja – Ecuador  
2014 – 2015



Loja, 04 / 03 / 0214

Dra. Verónica Vélez

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**CERTIFICO:**

Haber revisado y orientado el trabajo de investigación sobre el tema: **“ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES ENTRE 18 Y 25 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTAN ACNÉ ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL “MANUEL YGNACIO MONTEROS”, IEES, DE LA CIUDAD DE LOJA - ECUADOR, PERÍODO JULIO - DICIEMBRE DEL AÑO 2013”**, de autoría de la estudiante María Inés Espinosa Espinos, previa a la obtención de título de Psicólogo Clínico, el mismo que cumple con los requisitos establecidos en la Universidad Nacional de Loja, por lo tanto autorizo su presentación para la sustentación y defensa ante el Tribunal de Grado.

Dra. Verónica Vélez

DIRECTORA

## AUTORÍA

Yo, María Inés Espinosa Espinosa declaro ser autor(a) del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

**AUTOR:** María Inés Espinosa Espinosa

**FIRMA:** .....  


**CI:** 110497000 – 7

**FECHA:** 04 / 03 / 0214

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, María Inés Espinosa Espinosa declaro ser la autora de la tesis titulada: "ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES ENTRE 18 Y 25 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTAN ACNÉ ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL "MANUEL YGNACIO MONTEROS", IEES, DE LA CIUDAD DE LOJA – ECUADOR, PERIODO JULIO – DICIEMBRE DEL AÑO 2013", como requisito para optar al grado de Psicólogo Clínico, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, a los veinte y dos días del mes de noviembre del dos mil trece, firma el autor.

FIRMA:.....

Autora: María Inés Espinosa Espinosa

Cédula: 110497000 – 7

Dirección: Sucre 17 – 02

Correo electrónico: [marines\\_00063@hotmail.com](mailto:marines_00063@hotmail.com)

Teléfono: 2571406

Celular: 09981484595

## DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: .....

Dra. Verónica Vélez

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación se lo dedico a mi familia. A mis padres por formar en mí la persona que hoy soy a través de sus grandes conocimientos. A mis tías Silvia Alicia Espinosa y Blanca del Roció Espinosa por sus enseñanzas y amor. Y a mis hermanas por estar presentes en cada momento de mi vida y a mi novio Juan Carlos por el apoyo que me brindo en el transcurso de la finalización de mi tesis.

### **AGRADECIMIENTO**

A Dios, en primer lugar, a la Dra. Verónica Vélez quien con su sabiduría y conocimientos supo guiar esta trabajo de investigación. A la Universidad Nacional de Loja, institución en la tuve mi formación académica, De igual manera, al Área de la Salud Humana, especialmente a la Carrera de Psicología Clínica y quienes laboran ahí.

Y A mi familia por su apoyo incondicional en todo el transcurso de mi carrea.

**María Inés Espinosa Espinosa**

## **I. TÍTULO**

“ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES ENTRE 18 Y 25 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTAN ACNÉ ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL “MANUEL YGNACIO MONTEROS”, IEES, DE LA CIUDAD DE LOJA – ECUADOR, PERÍODO JULIO – DICIEMBRE DEL AÑO 2013”.

## II. RESUMEN

El acné ocasiona en algunas personas alteración de su imagen, su bienestar psicológico, la capacidad de relacionarse y puede precipitar el suicidio. No se le da la importancia que requiere por considerarla propio de la edad. Es por ello que la presente investigación, se enfocará, en la importancia que tiene el conocimiento de las diferentes alteraciones psicológicas que se presentan en pacientes con acné, así como el identificar los rasgos de personalidad predominantes, el nivel de desmoralización y analizar el grado de retraimiento social. Tener un conocimiento de las diferentes alteraciones psicológicas presentes en pacientes con acné, permite obtener un tratamiento integral, no solo orientándose en el área dermatológica, sino también en el área psicológica. El presente trabajo de investigación fue realizado en el Hospital “Manuel Ygnacio Monteros”, IESS de la ciudad de Loja, con los pacientes de 18 a 25 años de edad diagnosticados de acné en consulta externa de dermatología. Tiene una perspectiva de tipo Descriptivo-Transversal, los instrumentos que se utilizaron fueron: entrevista semiestructurada, reactivos psicológicos: Escala de PERI (Entrevista Psiquiátrica Epidemiológica), Depresión de BECK (BDI – II) y el Cuestionario de Evaluación IPDE. Los resultados obtenidos de la investigación realizada nos dan a conocer según los test aplicados que, el 66% de pacientes presenta depresión, el 70% ansiedad, prevalece en el 32% de los pacientes el rasgo de personalidad evitativo, el 74% presentan desmoralización (disminución del estado de ánimo y pérdida del valor personal) y el 58% retraimiento social. Por lo antes citado, elabore un plan terapéutico que brindara herramientas para que el paciente con acné tenga una mejor calidad de vida y lo necesario para un afrontamiento de manera correcta.

**Palabras claves:** Acné, dermatología, alteraciones psicológicas, desmoralización, calidad de vida.



## II. ABSTRACT

Acne brings in some people change their image, psychological well-being, the ability to relate and may precipitate suicide. Is not given the importance it requires its own considering the age. That is why this research is focusing on the importance of knowledge of different psychological disorders that occur in patients with acne, as well as identify the predominant personality traits, the level of demoralization and the degree of social withdrawal. Having knowledge of different psychological alterations in acne patients, allows for a comprehensive treatment, not just oriented in the dermatology area, but also in the psychological area. This research was conducted in the "Manuel Ygnacio Monteros", IESS Hospital of the city of Loja, the patient 18 to 25 years of age diagnosed acne dermatology outpatients. Have a perspective Descriptive type - Transversal, instruments used were: semi-structured interview, psychological reagents: Scale PERI (Psychiatric Epidemiological Interview), Beck Depression (BDI - II ) and IPDE Assessment Questionnaire . The results of the investigation known to us as the test applied to 66% of patients have depression, 70% anxiety prevails in 32% of patients avoidant personality trait, 74 % present demoralization (decreased mood and loss of self-worth) and 58% social withdrawal. As mentioned above, develop a treatment plan that would provide tools for patients with acne have a better quality of life and necessary for coping correctly.

**Keywords:** Acne, dermatology, psychological distress, demoralization, quality of life.

### III. INTRODUCCIÓN

La OMS la define: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, es fundamental tratar las patologías de manera integral, sin minimizar ningún signo o síntoma que se agrupen en una enfermedad ya sea esta somática o física.

Las observaciones clínicas de los dermatólogos confirman con frecuencia el papel que los componentes psicológicos desempeñan en el desarrollo de enfermedades dermatológicas como en este caso el acné, que es una dermatosis inflamatoria muy frecuente con una “prevalencia de alrededor del 80% en la mayoría de los países a nivel mundial, con un amplio espectro clínico”<sup>1</sup>. Varía de formas leves a extensas, que pueden dejar secuelas físicas y psicológicas. “La Sociedad Argentina de Dermatología definió al acné como una enfermedad crónica al menos en un 30% de los pacientes”<sup>2</sup>.

Esta patología tan común afecta en mayor medida a las personas jóvenes, en etapa de formación de la personalidad y autoimagen, lo que puede favorecer un impacto mayor de la enfermedad y el desencadenamiento de trastornos psicológicos importantes.

Es así como la ansiedad, la depresión, la baja autoestima, retraimiento social son alteraciones psicológicas frecuentes en los pacientes con acné debido a que se ven afectadas principalmente zonas visibles del rostro (cuerpo), esto provoca que en muchas ocasiones sean el blanco de burlas.

---

<sup>1</sup> Dreno B. Recent Datos recientes sobre la epidemiología del acné . Ann. Dermatol. Venereol. 2010 Nov; 137 Suppl. 2:S49-51. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21095494>

<sup>2</sup>Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre Acné. Disponible en <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/viewArticle/377>.

Al momento de analizar el problema del acné podemos relacionarlo inmediatamente con la adolescencia, pero cabe recalcar que también se presenta en jóvenes – adultos e incluso en adultos de hasta 45 años, por lo que he visto la necesidad de encaminar el siguiente trabajo investigativo hacia un grupo etéreo de 50 personas entre 18 a 25 años de edad, que fueron diagnosticados de acné en el Hospital “Manuel Ygnacio Monteros”, IESS. Así mismo orientándome hacía las alteraciones psicológicas que prevalecen en los pacientes, Identificar los rasgos de personalidad predominantes, determinar el nivel de desmoralización y analizar el grado de retraimiento social, debido a que la mayoría de estudios se encaminan en adolescentes y no se presta la debida atención.

Es de gran importancia el apoyo psicológico a los pacientes diagnosticados de acné, debido a que las alteraciones psicológicas que presentas afectan si calidad de vida.

## **IV. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

### **CAPITULO I**

#### **1.1 ALTERACIONES PSICOLÓGICAS**

Las alteraciones psicológicas son aquellas q suele desembocar en aislamiento social, inactividad, abulia, desorden del ritmo de vida en general y, en ciertos casos y circunstancias, comportamientos violentos e intentos suicidas.

“Las repercusiones sociales, psicológicas y emocionales del acné son muy importantes, por la minusvalía estética que producen en el paciente, siendo superponibles a las que se presentan en enfermedades de alto grado de morbilidad como epilepsia, asma diabetes o artritis.

Además, merece destacarse que son los pacientes con mayor incidencia de depresión, sensación de rechazo social, ansiedad y angustia, suele estar desplazados con una frecuencia significativa mayor que la misma población sin acné.”<sup>3</sup>

Es así que las alteraciones que más se presentan dentro de lo que son los cambios físicos en el aspecto cutáneo se encaminan hacia las neurosis, y en menor proporción no podemos descartar la posibilidad pueda evolucionar en una psicosis.

Principalmente se presentan ansiedad y angustia, que llevan a una desadaptación en el comportamiento, en las relaciones sociales, personales y laborales.

---

<sup>3</sup> Julián Conejo – Mir., José Carlos Moreno., Francisco M. Camacho. Tratado de dermatología, ( 1ª. Ed.) Barcelona (España): MMXII EDITORIAL OCEANO. p – 102.

“Psicoterapia se indica como tratamiento de sugestión o persuasión. La medicación es un medio complementario, para reducir la ansiedad”.<sup>4</sup>

El Acné es una de las afecciones de la piel que más distorsionan la imagen corporal y que, por tanto, causan trastornos psicológicos y afectan a la calidad de vida de los pacientes.

Hemos hablado de algunas de estas, pero en las que más me enfocare son autoestima, depresión, ansiedad, estrés y calidad de vida en personas que padecen acné.

En la adolescencia debido a cambios hormonales propios de la edad es común el acné, a la de 18 a 25 años si el acné no ha cesado o empiezan los primeros brotes, los pacientes de este grupo etario se vuelven emocionalmente susceptibles pudiendo llegar a un alteración psicológica grave.

### **1.1.1 Factores que influyen sobre la respuesta psicológica**

Los factores relacionados con el paciente, la naturaleza de la enfermedad y el entorno social son importantes para determinar el modo en que una persona percibe su enfermedad “como la interpreta y como responde a la misma, los factores personales como: la edad, los cambios fisiológicos del adolescente y el joven – adulto, las características individuales, desempeñan una función indudable en la respuesta.”<sup>5</sup>

**Los factores relacionados con el acné:** tipo, severidad, tiempo y tratamiento son variables, determinan que el paciente presente secuelas psicológicas. “Los

---

<sup>4</sup> Castañedo Caledonio, 2002, “Seis enfoques terapéuticos”,(1ª. Ed)., México, El manual moderno. p – 67.

<sup>5</sup> Lazaruz RS, Folkman S, 2002, el proceso de respuestas a la enfermedad, (1ª. Ed)., Barcelona, Editorial Martínez – Roca S:A Barcelona. pp – 87 – 88.

factores sociales como: la cultura, la familia, los recursos económicos, favorecen u obstaculizan la respuesta que tenga el paciente con respecto a su enfermedad”<sup>6</sup>.

**En los jóvenes – adultos:** las personas de 12 a 25 años son más vulnerables a los cambios físicos y hormonales, así como a la presión social. Se presenta en mayor cantidad en las mujeres, debido a que en ella existen una cantidad mayor de cambios como es el síndrome pre – menstrual, que causa ansiedad y depresión lo que origina acné.

**Rasgos de personalidad:** las características individuales, desempeñan una función indudable en la determinación de cómo se percibe la enfermedad, siendo definitivo en la evolución de ésta el modo en que el sujeto se enfrenta a ella, la personalidad del paciente y sus mecanismos de defensa.

“Los condicionantes personales que limitan el empleo de los recursos de afrontamiento disponibles incluyen tanto déficit psicológico como valores y creencias culturales interiorizadas, que prohíben ciertas formas de conducta, acciones y sentimientos”<sup>7</sup>.

“Se ha asociado factores de personalidad con la percepción de sí mismos, siendo los pacientes con menor capacidad de introspección y tolerancia a la frustración los que más frecuentemente expresan su malestar, y su patología dérmica es más severa.”<sup>8</sup>

“Cuanto mayor sea la percepción de amenaza, mayor dificultad habrá en el empleo de los recursos de afrontamiento, con resultados menores eficaces y

---

<sup>6</sup> Lloyd GG., 2001, las reacciones psicológicas en pacientes con enfermedades físicas. En: Manual de estudios sobre Hospital General Psychiatry. Judd Burrows, Lipsitt (eds.), London. Elsevier Science Publishers BV (División Biomédica).p – 105.

<sup>7</sup> Kaplan, 2000, “compendio de psiquiatría”. 2da edición, México, Salvat. p – 203.

<sup>8</sup> Caballo Vicente E., Manual de psicología y trastornos psiquiátricos. Vol. 2 trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación; Madrid. Siglo XXI de España Editoriales, S.A. p – 101.

una posible aparición de conductas primitivas y regresivas que empeoran la enfermedad”<sup>9</sup>, además la amenaza también estimula la defensa, lo cual produce una evaluación incorrecta de sí mismo y de la información debido a la hipervigilancia que dicha actitud implica. Todo esto lleva a una disminución del funcionamiento cognitivo, al establecimiento de conclusiones prematuras y, la aparición de pensamientos negativos y distorsionados.

**Aspectos físicos:** La percepción del aspecto físico que tiene el paciente con enfermedad dérmica (acné), es distorsionada lo que provoca que el paciente se sienta mal e inconforme con su aspecto, la imagen corporal es algo que se aprende y que cambia constantemente, la desconfianza e inseguridad que tiene el paciente están alimentados por percepciones reales y ficticias, de amigos, familia, de el mismo, el sentimiento negativo acerca de la imagen lleva sin duda a un desequilibrio emocional, y esto a degradar su calidad de vida.

**Relaciones personales:** Como el paciente se relaciona y se desenvuelve en su entorno es sumamente importante para la evolución de la enfermedad, si tiene un grupo de amistades o no de igual modo si existen o no pareja, ya que es fuente de preocupaciones sobre todo en los pacientes solteros el no encontrar pareja y el miedo a ser rechazados y más que por su enfermedad por su aspecto físico, circunstancia que para muchos es sumamente importante y que origina una disminución del autoestima y a episodios depresivos y de ansiedad que se vuelven permanentes.

**Relaciones con el estrés:** “La práctica clínica siempre ha sugerido que existe una gran influencia del estrés en el curso del acné. De forma muy reciente se ha podido comprobar que existe un mecanismo molecular subyacente

---

<sup>9</sup> Caballo Vicente E., Manual de psicología y trastornos psiquiátricos. Vol. 2 trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación; Madrid. Siglo XXI de España Editoriales, S.A. p – 102.

relacionado con la expresión por parte de las células de las glándulas sebáceas de los receptores para múltiples mediadores neuroendocrinos.

Mediante una actividad autócrina, paracrina y endócrina, estos factores neuroendocrinos parecen relacionar el estrés local y sistémico con glándulas sebáceas y de esta manera afectan el curso clínico del acné.”<sup>10</sup>

Esta es una de las vías por las cuales se desencadena esta alteración dermatológica, el paciente muchas de las veces al ver los brotes que en un principio son en poca cantidad, se sugestionan, llevándose el mismo a un nivel de estrés elevado que le aumenta el acné, lo que conlleva a las diferentes alteraciones psicológicas.

“La percepción de la enfermedad, su valoración y por lo tanto, la respuesta a ella no es algo fijo en el tiempo sino que varía respondiendo a cambios ambientales y personales del individuo”<sup>11</sup>.

De hecho las fuentes de estrés, ansiedad y depresión van cambiando a lo largo de la vida por lo que las respuestas a éste también deben ir modificándose, de forma que el afrontamiento es un proceso dinámico.

Por ello no puede afirmarse que un tipo de respuesta ante la enfermedad sea mejor o peor, es necesario tener en cuenta el contexto, las características del individuo y las interacciones entre este y el entorno, así como el grado de amenaza que la enfermedad suponga para el sujeto.

---

<sup>10</sup> Julián Conejo – Mir., José Carlos Moreno., Francisco M. Camacho. Tratado de dermatología, ( 1ª. Ed.) Barcelona (España): MMXII EDITORIAL OCÉANO. p – 104.

<sup>11</sup> Lloyd GG., 2001, las reacciones psicológicas en pacientes con enfermedades físicas. En: Manual de estudios sobre Hospital General Psychiatry. Judd Burrows, Lipsitt (eds.), London. Elsevier Science Publishers BV (División Biomédica).p – 107.



“Los diversos trastornos como la depresión, el estrés y la ansiedad que pueden manifestarse en mayor o menor grado, con mucha frecuencia y habitualmente se los considera comprensibles y normales.

Sin embargo si los propios cambios emocionales y de conducta causa él suficiente agobio al paciente o entorpecen la recuperación o la adaptación de su problema, se considera patológico”<sup>12</sup>.

### **1.1.2 Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento**

Varios factores asociados a la enfermedad influyen en secuelas psicológicas posteriores: la gravedad, rapidez de instauración, velocidad de progresión, localización de los síntomas, grado de reversibilidad potencial del proceso, e intensidad y duración de la enfermedad.

**Gravedad y duración de la enfermedad:** “existe una relación consistente entre la severidad, la duración de la enfermedad dermatológica y el trastorno psicológico asociado, conllevándola a periodos largos de tratamiento, teniendo un profundo efecto sobre la autoimagen y las expectativas del paciente”<sup>13</sup> en todos los ámbitos social, laboral, familiar, personal, apareciendo complicaciones e incapacidades, reduciendo de tal manera la calidad de vida del paciente.

Todos estos factores en relación con la intensidad y duración del estrés, ansiedad, depresión pueden conducir a un empeoramiento de la capacidad de afrontamiento de la enfermedad, lo que no ocurre cuando la enfermedad es leve y además de corta duración.

---

<sup>12</sup>De Minzi R y Sachi MC, 2001. Algunas variables moduladoras del estrés. 1999, Rev Latinoamérica , Psicología .p – 221

<sup>13</sup> Kaminsky, 2007, A: Acné. Un enfoque global. Primera edición. Buenos Aires. Editor Colegio Ibero-Latino de Dermatología. p – 105.

“Normalmente, son necesarios al menos tres meses de tratamiento dérmico para observar mejorías, pero no todos muestran la paciencia necesaria, y por ello hay abandono en el tratamiento”<sup>14</sup>.

Para evitar este abandono, se debe combinar con el tratamiento psicológico, ya que esta enfermedad afecta directamente a la estética de las personas, por lo que los efectos psicológicos del acné pueden ser muy importantes dependiendo de la persona afectada. El no sentirse cómodo con el físico puede provocar grandes problemas sociales además de psicológicos.

El acné provoca trauma psicológico causando problemas familiares entre padres e hijos debido a la inseguridad que padecen los pacientes. La aparición de granos puede influir en los jóvenes provocando un sentimiento de inferioridad que lleva al sufrimiento psicológico. Necesitan apoyo emocional por parte de profesionales, y de personas que los rodean, lo que conformaran una correcta red de apoyo.

## **1.2 AUTOESTIMA**

“Podemos definir a la autoestima como el grado de aprecio de uno mismo sobre aspectos físicos y psiquiátricos de su persona. Se trata, pues de una percepción subjetiva de cómo vemos y valoramos nuestro propio cuerpo y nuestra propia mente, de cara a nosotros mismo y a quienes nos rodea.”<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Roberto Arenas., 2009 DERMATOLOGÍA; Atlas, diagnóstico y tratamiento; Cuarta edición, México D.F., McGRAW – HILL INTERAMERICANA EDITORIALES, S.A. de C.V. p – 33.

<sup>15</sup> Gallar Manuel. 2001, Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente, Segunda edición actualizada y ampliada; Madrid (España), COPYRIGHT 2001, Internacional, Thomas Editores Spain. p – 175.

La autoestima depende de factores intrínsecos y extrínsecos, y caracteriza nuestra personalidad hasta tal punto, que constituye uno de los elementos que más condiciona su solidez.

Una adecuada autoestima es la base para el afrontamiento de los retos y las dificultades de la vida (conflictos, estudios, enfermedades) y para ayudar a quienes precisan nuestro apoyo psicológico y social. No podemos pretender estimular la autoestima de los demás sin antes poseer una autoestima elevada.

### **1.2.1 Autoimagen y autoestima**

“Se define la autoimagen, como la percepción que uno tiene de su imagen personal, física o psicológicamente, ante los demás y ante sí mismo.”<sup>16</sup> La elaboramos observando cómo nos veamos, nos sintamos y actuamos ante las personas que nos rodean.

Cuando una persona es constantemente categorizada y tratada de una manera particular adquiere una autoimagen acorde con ello. En la medida en que los demás lo traten con aprobación y respeto, adquirirá un cierto grado de autoestima, llevándolo a desarrollar confianza en sí mismo. En su peor manifestación, la falta de confianza en sí mismos se relaciona con comportamientos autodestructivos y malos hábitos-como fumar, beber alcohol y tomar drogas.

La sociedad imparte el mensaje, que lo substancial es llevarse bien con todos y que es importante la imagen personal. Y es debido a estas manifestaciones que la vida puede ser dura para un joven – adulto que padece acné, ya que tiene que cumplir con las expectativas de la misma para ser aceptado.

---

<sup>16</sup> Gallar Manuel. 2001, Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente, Segunda edición actualizada y ampliada; Madrid (España), COPYRIGHT 2001, Internacional, Thomas Editores Spain.p – 177.

“Así pues, autoimagen y autoestima son conceptos diferentes, pero íntimamente relacionados, de manera que una buena autoimagen fomenta la autoestima. Pero esta correlación no siempre es proporcional, ya que en algunos casos una autoimagen positiva puede tener una baja autoestima debido múltiples factores.”<sup>17</sup>

“El impacto de la enfermedad depende de características individuales, estructura de la personalidad y de factores biopsicosociales.”<sup>18</sup> Está demostrado por medio de estudios el resultado negativo que tiene el acné en las personas que lo padecen, ya que favorece la baja autoestima.

“Autoimagen y autoestima son constructos de la personalidad resultantes de la interacción de lo que somos, como nos vemos y como nos ven los demás. Por ello el abordaje del acné debe ser amplio, detallado e individualizado”<sup>19</sup>. Se debe caracterizar la gravedad de la enfermedad, debido a secuelas, cicatrices y alteraciones psicológicas que se puedan desarrollar en su transcurso.

Es imperativo realizar lo previo para establecer el impacto del acné en la vida y la calidad de la misma de los pacientes. Ya que su autoimagen se afecta, provocando en el paciente baja autoestima y preocupación por la forma en que los demás lo perciben.

---

<sup>17</sup> Gallar Manuel.2001, Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente, Segunda edición actualizada y ampliada; Madrid (España), COPYRIGHT 2001, Internacional, Thomas Editores Spain. p – 179.

<sup>18</sup> Roberto Arenas.2009, DERMATOLOGÍA; Atlas, diagnóstico y tratamiento; Cuarta edición, México D.F., McGRAW – HILL INTERAMERICANA EDITORIALES, S.A. de C.V. p – 29.

<sup>19</sup> José Cueli, Lucy Reidl, Carmen Martí, Teresa Lartigue, Pedro Michaca, 2009, Teorías de la personalidad; Segunda edición; México – Argentina; EDITORIAL TRILLAS. P – 349.

## 1.2.2 Componentes de la autoestima

La Autoestima tiene 3 componentes:

**“Cognitivo:** Que indica idea, opinión, creencias, percepción y procesamiento de la información.

**Afectivo:** Conlleva la valoración de lo que en nosotros hay de positivo y de negativo, implica un sentimiento de lo favorable o desfavorable, que siente la persona de sí misma.

**Conductual:** Se refiere a la tensión, intención y actuación que hace la persona por sí misma.”<sup>20</sup>

### Niveles de autoestima

Dentro de la autoestima podemos apreciar dos niveles básicos de autoestima : la elevada o positiva y la disminuida o negativa.

Las características generales de las personas con ambos tipos las podemos apreciar comparativamente:

| <b>“AUTOOESTIMA POSITIVA</b> | <b>AUTOESTIMA NEGATIVA</b> |
|------------------------------|----------------------------|
| Optimista                    | Pesimista                  |
| Motivacion alta              | Motivacion baja            |
| Segura                       | Insegura                   |
| Tranquilidad, relajada       | Intranquila, tensa         |
| Alegre, sociable             | Triste, poco sociable      |

<sup>20</sup> Gallar Manuel.2001, Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente, Segunda edición actualizada y ampliada; Madrid (España), COPYRIGHT 2001, Internacional, Thomas Editores Spain. p – 177.

| Confiabilidad            | Desconfiada               |
|--------------------------|---------------------------|
| Comunicación clara       | Comunicación confusa      |
| Asertividad              | Poca asertividad          |
| Resolutiva               | Poca resolutiva           |
| Autocrítica constructiva | Autocrítica destructiva   |
| Estimulante              | No estimulante            |
| Aspecto físico cuidado   | Aspecto físico descuidado |

Las personas con una baja autoestima entran en un círculo vicioso muy reforzante: al no apreciarse a sí mismas, carecen de motivación para llevar a cabo su superación personal; son pesimistas y se sienten inseguras para abordar los problemas cotidianos, lo que las hace poco comunicativas, tristes y con escasas capacidades resolutivas.”<sup>21</sup>

Esto les lleva a autocrítica negativamente; no se valoran positivamente y llegan a descuidar su aspecto físico. Todo ello socaba su autoestima, cerrando así el círculo vicioso.

Todo lo contrario sucede con las personas con autoestima elevada: se aprecian a sí misma, se hallan motivadas para afrontar los desafíos de la vida; son optimistas y se sienten seguras de sí mismas y ante los demás, por lo que se comportan con alegría, soltura, y asertividad. Son autocríticos, pero de forma constructiva, y procuran cuidar su aspecto físico. Estas actitudes y conductas refuerzan así su autoestima.

“Así pues, como se puede apreciar un curioso fenómeno que se produce: la autoestima – positiva o negativa – se retroalimenta a sí misma, es decir, crea

<sup>21</sup> Gallar Manuel. 2001, Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Segunda edición actualizada y ampliada; Madrid (España), COPYRIGHT 2001, Internacional, Thomas Editores Spain. p – 177.

su propio círculo vicioso que la refuerza. Esto constituye un grave problema para aquellas personas con una baja autoestima”<sup>22</sup>.

Es un hecho que todas las enfermedades afectan al paciente tanto física como anímicamente, en mayor o menor medida, dependiendo del padecimiento que se trate. Sin embargo, es muy probable que ninguna enfermedad impacte más que aquella que afecte la apariencia o estética de quien la sufre, especialmente si se trata de personas jóvenes.

### **1.2.3 La relación baja autoestima - acné**

“Muchos de los problemas emocionales y sociales de las personas lo causa la bajo autoestima.”<sup>23</sup> Lo que sucede en la mayoría de los casos es que estas personas no son conscientes de que la clave de sus problemas puede residir en su nivel de autoestima.

Pues en el correlato autoestima - enfermedad no es fácil dilucidar cuál de ambos es la causa o el efecto. La relación de ayuda constituye una herramienta decisiva para resolver al dilema de dicho correlato.

#### **Influencia de la autoestima**

El nivel de autoestima produce dos tipos de influencias:

**“Influencia sobre la persona:** Facilita la superación de las dificultades personales. Una persona con autoestima alta, se siente con mayor capacidad para enfrentar los fracasos, los problemas y enfermedades que se le

---

<sup>22</sup> Gallar Manuel.2001, Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente, Segunda edición actualizada y ampliada; Madrid ( España), COPYRIGHT 2001, Internacional, Thomas Editores Spain. p – 179.

<sup>23</sup> KAPLAN, 2000 , “compendio de psiquiatría”. 2da edición, México, Salvat,. p – 253.

presentan.”<sup>24</sup> Que es lo contrario a una persona con baja autoestima y más aún si esta es provocada por una enfermedad física.

**“Influencia sobre el entorno:** se ha observado que los que poseen una elevada autoestima contagian su estado de ánimo a quienes le rodean”<sup>25</sup>, haciendo que éstos se sientan cómodos, seguros, valorados y estimulados.

Por el contrario, las personas con una baja autoestima se sienten tensas, inseguras, transmiten su intranquilidad, su tendencia desconfiar de los demás les puede llevar a querer destacar de diferentes formas, y por ello no valoran ni estimulan a nadie, así como les puede llevar a un aislamiento social, por el miedo al rechazo.

La autoestima baja que se produce debido al acné, vuelve a las personas inseguras. Los pacientes que sufren de acné, de cualquier tipo, son emocionalmente inseguros y pueden sufrir efectos psicológicos mayores, ya que su autoimagen se afecta. Esto condiciona su calidad de vida y dificulta la relación con los demás. La inseguridad hace que aparezca el miedo al rechazo.

“Por norma general, las mujeres suelen ser víctimas en mayor medida de los efectos psicológicos del acné. Esto se debe también en gran medida a que están sometidas a grandes cambios hormonales durante toda su vida”<sup>26</sup>. En el caso de los hombres, “solo suelen verse afectados psicológicamente cuando la aparición de acné es muy elevada y por eso suelen evitar piscinas y zonas en

---

<sup>24</sup> Gallar Manuel.2001, Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Segunda edición actualizada y ampliada; Madrid (España), COPYRIGHT 2001, Internacional, Thomas Editores Spain. p – 183.

<sup>25</sup> Gallar Manuel.2001, Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Segunda edición actualizada y ampliada; Madrid (España), COPYRIGHT 2001, Internacional, Thomas Editores Spain. p – 183.

<sup>26</sup> Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. 2011, La calidad de vida en el acné: una comparación con condiciones médicas generales utilizando cuestionarios genéricos. Br J Dermatológica. Apr; 140 (4) :672-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10233319>.



las que tengan que dejar ver parte de su cuerpo desnudo;<sup>27</sup> y sobre todo cuando está localizado en la zona cutánea.

#### **1.2.4 Estrategia para potenciar la autoestima**

Algunas técnicas para potenciar el autoestima son muy variables y complejas, no se las puede abordar a todas con detalle pero si, trazar las líneas de actuación más importantes.

**Valorar el grado de autoestima:** Para ello nos valdremos de la tabla I en la que se denotan dos, posibilidades: altas o bajas.

**Analizar las posibles causas de la baja autoestima:** No es fácil; puede apuntar las causas en un cuaderno destinado a esta terapia.

**Analizar los hábitos perjudiciales que favorecen la bajo autoestima:** Ser olvidadizo, desorganizado, agresivo, nervioso, etc. Revertir la vivencia de la baja autoestima como una experiencia útil para la vida

---

<sup>27</sup> Julián Conejo – Mir., José Carlos Moreno., Francisco M. Camacho. Tratado de dermatología, (1ª. Ed.) Barcelona (España): MMXII EDITORIAL OCÉANO. p – 104.

### **1.3 DEPRESIÓN**

La depresión es un concepto muy amplio, que se incluye dentro de los trastornos afectivos, y abarca diversos niveles de gravedad: puede tratarse de un episodio depresivo o bien de un síndrome grave, como un trastorno depresivo mayor.

Cuando la depresión tiene una causa definida, “se la denomina depresión reactiva, secundaria o menor. Cuando surge sin una causa aparente, hablamos depresión primaria, endógena o mayor”<sup>28</sup>. Esta última posee un mal pronóstico, pues al no conocerse bien su origen, no puede curarse fácilmente con un tratamiento específico.

“La depresión mayor afecta al 3 – 5% de la población general; de los pacientes que acuden a consulta psicológica y psiquiátrica, el 50% son depresivos (FUERTES Y CABRERA, 1999). Las mujeres padecen esta enfermedad con más frecuencia que los hombres. Aunque las razones no están claras podrían deberse a causas de orden psicosocial (VALLEJO RUILOBA, 2000): Mala relación con la pareja, retraimiento social, menor proyección profesional, mayor dependencia o incluso, cambios neuro – endocrinológicos”<sup>29</sup>.

“Clínicamente, la depresión se caracteriza por una tristeza patológica: profunda, sin motivo, desproporcional, asociada a apatía, anhedonia, astenia. El paciente depresivo no quiere curarse se aísla y encierra en sí mismo; El solo hecho de salir a la calle le produce ansiedad”<sup>30</sup>. Evita las relaciones sociales, su vida se desorganiza, llevarlo al psicólogo es un reto. Si no es tratado, el deseo de

---

<sup>28</sup> JERECKI, Tomas F.D. H.G.,2003, Terapéutica psiquiátrica, Salvat, Editoriales S.A. p – 210.

<sup>29</sup> KENNET BW, 2004. La depresión en implicaciones médicas generales en tres estudios de políticas de salud para consultar; Enlace psiquiátrico – psicosomático; EDITORIALES A.S. p – 405.

<sup>30</sup> KENNET BW, 2004. La depresión en implicaciones médicas generales en tres estudios de políticas de salud para consultar; Enlace psiquiátrico – psicosomático; EDITORIALES A.S. p – 407.

muerte como solución radical se va abriendo camino en su mente, pudiéndolo llevar una firme decisión autolítica.

El acné moderado y severo, distorsiona el aspecto personal y la imagen que el individuo tiene de sí mismo y lo que proyecta a los demás. Lo que conlleva a una depresión.

“Si bien la mayoría de las personas experimentan episodios de tristeza, que depende de su personalidad, del entorno que los rodean y la manera en la que enfrentan los problemas cotidianos, para superarlos”<sup>31</sup>. Cuando no existe un adecuado manejo de estas situaciones, la depresión es de mayor severidad y duración.

Las presentaciones son sumamente variables y pueden expresarse con síntomas específicos. “Algunos pacientes pueden presentar predominantemente síntomas neurovegetativos y negar sentimientos de tristeza. Otros pueden referir inicialmente una angustia existencial y solo más tarde admitir la presencia de otros síntomas”.<sup>32</sup>

No es infrecuente que un paciente minimice los síntomas o los remita a un acontecimiento específico de su vida mínimo. En algunos casos, los síntomas pueden ser notados por primera vez por los familiares mientras que el paciente tiende a negarlo. La disfunción social, interpersonal y en si laboral, viene a correlacionarse directamente con la depresión.

Las variaciones individuales requieren que el psicólogo evalúe en forma completa a cada paciente con un trastorno afectivo potencial. La elevada incidencia de la depresión, la importante morbilidad asociada en función de

---

<sup>31</sup> José Cueli, Lucy Reidl, Carmen Martí, Teresa Lartigue, Pedro Michaca, 2009, Teorías de la personalidad; Segunda edición; México – Argentina; EDITORIAL TRILLAS. P – 360.

<sup>32</sup> F. Moisés Gaviria y Jhoseph A. Flaherty , 2000, Psiquiatría , diagnóstico y terapéutica, Chicago, Illinois, U.S.A, Published by the Hispanic American Family Center.p – 311.

suicidios y los beneficios potenciales del tratamiento son factores que subrayan la necesidad de llevar a cabo un diagnóstico certero.

“La depresión mayor con melancolía es una variable de la depresión mayor caracterizada por una acentuada disminución de la capacidad para obtener placer.”

La depresión mayor con rasgos psicóticos, la cual se observa en un 15 a 20 % de los casos, se asocia con delirios congruentes con el estado de ánimo, alucinaciones y estupor depresivo. Los delirios congruentes con el estado de ánimo son delirios típicos del estado depresivo<sup>33</sup> y generalmente relacionados con un bajo autoestima, con pobreza sobre la percepción de su imagen, con sentimiento de culpa, muerte, nihilismo o castigo.

Las más frecuentes con las alucinaciones auditivas, en las cuales el paciente escucha una palabra o frase aislada. Se habla de un estupor depresivo cuando el paciente se encierra en su mutismo y no responde a los estímulos externos.

Además de experimentar irritabilidad, tristeza y un cierto grado de retardo psicomotor, duermen en muchos de los casos excesivamente, así como también se puede dar lo contrario llegando al insomnio, se alejan de las actividades sociales, su vida interpersonal se ve afectada ya que el desgano que presenta lo conlleva a eso.

La depresión no tratada dura un promedio de 6 meses, El paciente es más vulnerable a una recidiva durante el periodo inicial, implica un alto riesgo de cronicidad y si la misma llega a pasar de este tiempo, llega a una distimia, que debe durar mínimo dos años en personas adultas y en adolescentes 1 año.

---

<sup>33</sup> F. Moisés Gaviria y Joseph A. Flaherty , 2000, *Psiquiatría , diagnóstico y terapéutica*, Chicago, Illinois, U.S.A, Published by the Hispanic American Family Center. p – 316.

### 1.3.1 Manifestaciones depresivas

“Se presentan algunos síntomas y signos básicos de la depresión, estos son los más comunes:

**Disforia:** la mayoría de los pacientes refieren “tristeza” o manifiestan sentirse “decaídos”. Algunos se muestran irritables e ansiosos.

**Sentimientos de desesperanza o inexorabilidad:** Los pacientes deprimidos a menudo sienten que nada podrá mejorar la situación

**Pérdida de placer:** en el trabajo, en los juegos, y las relaciones personales, incluyendo la actividad sexual.

**Modificación del apetito y del peso corporal:** La mayoría de los sujetos deprimidos pierden el apetito y pueden perder peso; con menor frecuencia se observan mayores ingestas de alimento y aumento de peso, aunque los alimentos proporcionan un escaso placer.

**Insomnio:** es frecuente la disminución del periodo total de sueño asociado con insomnio inicial. En el medio de la noche y temprano por la mañana. Muchos pacientes tratan infructuosamente dormir durante el día. Una minoría de paciente presentan hipersomnias y duermen 12 o más horas por día.

**El retardo psicomotor:** es común y se manifiesta por movimientos extremadamente despaciosos, lentitud del discurso, respuestas retardadas y atención disminuida. Alternativamente algunos pacientes deprimidos muestran agitación psicomotora que se manifiestan por una deambulación sin propósito, movimientos de las manos, inquietud, mayor consumo de cigarrillos y ansiedad.

**Las dificultades en el área cognoscitiva:** incluyen una disminución de la atención y la incapacidad para completar tareas o tomar decisiones. Este

problema puede resultar en aparentes deficiencias del estado intelectual, o seudodemencia.

**El pensamiento suicida:** es muy frecuente en la depresión. Algunos pacientes deprimidos comienzan a preocuparse excesivamente por la muerte, manifiestan deseos de reunirse con seres queridos fallecidos, o en otras ocasiones como es en el caso de la imagen corporal ( Acné ) , los pacientes que son punto de burlas y de rechazo ven a la muerte como su única salida al problema que los aqueja.”<sup>34</sup>

“Las anomalías encontradas en pacientes con acné en el estudio realizado “casos – control” involucran relatos de depresión, ansiedad, timidez, inhibición social, y síntomas psicósomáticos, entre los que incluye dolor e incomodidad. En el 18% de los individuos llegó a documentarse una depresión mayor, de los cuales el 6% presentaban ideas suicidas y el 44% ansiedad”<sup>35</sup>.

La mayoría de estas características se desencadenan, debido a una alteración psicológica, hormonal y física, como en este caso el acné ya que la imagen corporal es muy importante para las personas y en el momento que esta se ve afectada también se afecta su estado emocional.

El rechazo de las personas hacia estos pacientes conlleva a que se alejen de la sociedad y se sientan inseguros de sí mismos, lo que provoca que su problema cutáneo se haga más severo y puede ser leve o evolucionar hacia una depresión grave con riesgos suicidas.

---

<sup>34</sup> Vicente E. Caballo, Gualberto Buela – Casal, y José Antonio Carrobes , Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos; España, Siglo XXI de España Editoriales, S.A .pp – 182 – 183.

<sup>35</sup> Kaminsky, 2007, A: Acné. Un enfoque global. Primera edición. Buenos Aires. Editor Colegio Ibero-Latino de Dermatología. p – 187.

## **1.4 ANSIEDAD**

La ansiedad es la más común y universal de las emociones básicas del ser humano y se encuentra presente a lo largo de toda su vida, “es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

En la actualidad se estima que un 20.5% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo.”<sup>36</sup> Constituye una reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro y su finalidad, es la protección del individuo.

“La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones.”<sup>37</sup>

Los términos angustia, nerviosismo, inseguridad, inquietud, tensión, temor o miedo, representan descripciones de diferentes vivencias relacionadas con la ansiedad. Existe una relación muy estrecha, y que por lo general va de la mano con la angustia, pero aunque son muy parecidas las sensaciones que se van a experimentar, tienen sutiles diferencias en cuanto a su significado y a su origen.

“La ansiedad consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que

---

<sup>36</sup>Organización Panamericana de la Salud 2005, Psiquiatría. 2da edición. Editorial el Manual Moderno. p – 255.

<sup>37</sup> OMS. ¿Cómo define la OMS la salud?. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.

se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida.”<sup>38</sup>La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

Es por ello que la ansiedad en pacientes con acné, sobre todo si se presenta un acné crónico, hace que la persona se desespere, se preocupe de una manera exagerada, se sienta agobiada. Esto se agrava cuando el paciente no observa resultados rápidos en el tratamiento lo que lleva también a un estrés, o su vez se produce primero el estrés y luego la ansiedad.

El paciente para liberar su ansiedad se ocasiona lesiones cutáneas que son producidas de manera consiente. La mayoría de pacientes busca alguna pequeña imperfección, como un grano o una espinilla, para tratar de eliminar y piensa erróneamente que así la ansiedad desaparecerá.

La ira, la ansiedad, la falsa percepción son aspectos importantes en las patologías dérmicas, sobre todo en los pacientes con acné. “La parte de la morbilidad psicológica persistente al final del tratamiento, probablemente como consecuencia del efecto adverso que ejerce la patología cutánea durante etapas cruciales del desarrollo. Este hecho pone de manifiesto la importancia de tratar las patologías dérmicas en el momento adecuado.”<sup>39</sup>

“En cambio la angustia se refiere indudablemente a la sensación de opresión precordial y epigástrica con desasosiego que la caracteriza. La angustia es una manifestación emocional caracterizada por un temor a lo desconocido o a lo

---

<sup>38</sup> Vicente E. Caballo, Gualberto Buela – Casal, y José Antonio Carrobes , Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos; España, Siglo XXI de España Editoriales, S.A. p – 435.

<sup>39</sup> Gómez, H. 2011, El acné y su tratamiento. Disponible en: <http://sibdi.ucr.ac.cr/CIMED/cimed10.pdf>.



amenazante. Este temor se contrapone al miedo, que es un temor a algo concreto y definido (objeto o situación). Según su origen, la angustia puede presentarse de diferentes maneras.”<sup>40</sup>

Existe una angustia que puede ser considerada normal, pues aparece frente a diversos estímulos estresantes, que implican una amenaza real e imponen un desafío. Si, por el contrario, la valoración de una amenaza es errónea o distorsionada o el estímulo es imaginario, se genera una angustia que tiende a persistir, transformándose en anormal o patológica. Es decir que, la angustia normal se basa en preocupaciones presentes o del futuro inmediato y desaparece al resolver los problemas. La angustia patológica, antes llamada neurótica, es desmedida y persistente, planeando un futuro incierto o amenazante y va restringiendo la autonomía y desarrollo personal de quien la sufre

#### **1.4.1 Respuestas ansiosas**

“La respuesta ansiosa se evidencia mediante un conjunto de manifestaciones, que se pueden agrupar, en tres sistemas o áreas:

Fisiológico, somático o corporal.

Cognitivo, mental o subjetivo.

Conducta o comportamental.

Estos tres sistemas, si bien se manifiestan en forma conjunta, pueden ser activados en mayor o menor grado en diferentes individuos.

---

<sup>40</sup> Muñoz O. 2005, epidemiología, Módulos de docencia investigación extensión. Proceso salud enfermedad. Epidemiología y práctica médica. Universidad de Cuenca. Ed. Talleres gráficos. pp – 71 – 77.

Debido a que cada individuo posee una forma específica de reaccionar, en la que puede destacarse alguna de estas respuestas sobre las demás, o darse esta respuesta en forma proporcionada. Es decir, que algunos individuos reaccionan de manera muy intensa desde el punto de vista somático, en tanto otros responden con síntomas cognitivos o mentales muy marcados y su respuesta fisiológica es moderada.”<sup>41</sup>

Por ejemplo los pacientes con acné, que ya han tenido periodos fluctuantes en su enfermedad y por múltiples factores, reincide el acné, aumenta la ansiedad, provocando que se queden callados, sientan palpitaciones y taquicardia, les falte el aire, y sus manos temblorosas comiencen a transpirar, se mueven torpemente, y tiene ideas erróneas y negativas, no toman conciencia de que están terriblemente ansiosos (alarma somática).

Por el contrario, cuando el paciente se siente inseguro, aprensivo y temeroso ante una situación nueva que lo asusta es una alarma cognitiva o mental. Sin embargo, si se encuentra en esta situación, no muestra grandes cambios neurovegetativos o fisiológicos. Es así como cada uno de los pacientes, tiene una manera particular de reaccionar o de manifestar la respuesta ansiosa, con más o menos equilibrio entre los tres sistemas de respuesta. En algunos la respuesta ansiosa es más somática o fisiológica, en otros es sobre todo mental y por último en otros, más conductual.

#### **1.4.2 Síntomas Fisiológicos, Somáticos o Neurovegetativos de Ansiedad.**

Son aquellos producidos por la hiperactividad del sistema nervioso autónomo o neurovegetativo, en particular del sistema nervioso simpático, que tiene a su

---

<sup>41</sup> Gallar Manuel.2001, Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente , Segunda edición actualizada y ampliada; Madrid ( España), COPYRIGHT 2001, Internacional, Thomas Editores Spain. pp – 200 – 201.

cargo la respuesta de alarma, y se manifiestan en los diferentes aparatos que integran el cuerpo humano.

La respuesta emocional de ansiedad puede darse ante la percepción o la anticipación de una situación amenazante o peligrosa. Esta respuesta, programada genéticamente, nos acompaña a lo largo de toda la vida y su fin último es brindarnos protección ante posibles peligros.

“Una serie de cambios corporales ocurre durante la respuesta ansiosa, pues al estar hipervigilante, el ritmo cardíaco se acelera, aumenta la presión sanguínea, se eleva el tono muscular y la frecuencia respiratoria se incrementa. Asimismo, disminuyen las funciones digestiva y sexual.”<sup>42</sup>

Todo este conjunto de respuestas físicas prepara al individuo para huir, atacar o hacer frente a la situación amenazante y está mediado por el simpático.

En ocasiones, la respuesta ansiosa deja de ser adaptativa y resulta desproporcionada frente a la situación en la que nos encontramos. Si por ejemplo, temblamos al ser observados por un desconocido en una reunión social, nos ruborizamos o se nos seca la boca, sentimos muchas palpitaciones y nuestras manos comienzan a sudar copiosamente, podemos decir que esta respuesta ansiosa, de tipo social, va más allá de una respuesta adaptativa.

### **1.4.3 Ansiedad – patológica**

“Si las circunstancias de ansiedad se prolongan o sobrepasan en intensidad o frecuencia a la habitual, puede surgir una serie de complicaciones, que dé lugar

---

<sup>42</sup> F. Moisés Gaviria y Jhoseph A. Flaherty , 2000, *Psiquiatría , diagnóstico y terapéutica*, Chicago, Illinois, U.S.A, Published by the Hispanic American Family Center.p – 57.

a la aparición de lo que se denomina ansiedad anormal o patológica.”<sup>43</sup> Este tipo de ansiedad es aquella que resulta excesiva o desproporcionada respecto al estímulo que la provoca, aparece de manera muy frecuente o duradera y produce limitaciones de diversa índole en la vida cotidiana de quien la padece, restringiendo sus posibilidades de adaptación al entorno.

La ansiedad patológica, no solamente está presente en los trastornos de ansiedad, sino que se la asocia frecuentemente con la depresión y con distintas patologías, llamadas hasta no hace mucho psicósomáticas, “como la úlcera péptica, la cefalea, el asma, la bronquitis espasmódica, ciertos trastornos dermatológicos como el acné, colon irritable y distintas enfermedades también relacionadas al estrés o mal estrés.”<sup>44</sup>

Existe una forma particular de fobia, la fobia social, que afecta a una de cada diez personas y que se relaciona mucho con el alcoholismo. Así también el acné puede ser un desencadenante es crónico, la percepción de la autoimagen se distorsiona, y se evoca el miedo a salir en público, a ser mal vistos por los demás, a no poder relacionarse con las personas por el temor a ser rechazados

A lo largo de la vida, el 15% de la población desarrolla alguno de los trastornos de ansiedad, la mayoría de los cuales son más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

---

<sup>43</sup> Gallar Manuel.2001, Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente , Segunda edición actualizada y ampliada; Madrid ( España), COPYRIGHT 2001, Internacional, Thomas Editores Spain. p – 238.

<sup>44</sup> Escalante, E. 2007, Acné y Estrés. Dermatología. Perú. v.17 n.1 Lima. Disponible en: [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102871752007000100007&lng=es&nrm=iso](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102871752007000100007&lng=es&nrm=iso).

La ansiedad patológica puede manifestarse en alguna de estas formas:

Como crisis o ataque, en forma abrupta y episódica, (crisis y trastorno de pánico). En forma persistente, fluctuante o continua, (Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)).

Como consecuencia de sucesos vitales estresantes reiterados, Son los Trastornos de Adaptación y el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT), que surge cuando un suceso extraordinario altera la vida de un individuo (violación, asalto, accidente grave, secuestro, u otra situación traumática).<sup>45</sup>

La ansiedad en forma de crisis situacional, puede ocasionarse cuando un fóbico es expuesto al estímulo temido o cuando a un sujeto lo atormentan ideas recurrentes que lo impulsan a realizar rituales, como se da en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide.

También encontramos niveles altos de ansiedad en trastornos crónicos que amenazan la calidad de vida, en los trastornos en los que el dolor juega un papel importante.

## **1.5 CALIDAD DE VIDA**

La Organización Mundial de la Salud ha definido la Calidad de Vida como: "la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su

---

<sup>45</sup>Kaminsky, A: Acné. Un enfoque global.2007, Primera edición. Buenos Aires. Editor Colegio Ibero-Latino de Dermatología. p – 150.

cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”<sup>46</sup>.

Calidad de vida se conceptualiza, para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades por sí mismas, es decir, informalmente la calidad de vida es el grado en que los individuos o sociedades tienen altos valores en los índices de bienestar social. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencias políticas, medicina, estudios del desarrollo, etc. No debe ser confundido con el concepto de estándar o nivel de vida, que se basa primariamente en ingresos.

“Se identifica áreas o dominios: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente.”<sup>47</sup>

Sin embargo, las particularidades de los diferentes procesos patológicos y la presión por objetivar su impacto específico, ha motivado la creación de instrumentos específicos relacionados a cada enfermedad y su impacto particular sobre la vida de las personas.

“Los indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo sino también de entorno físico y arquitectónico, salud física y mental, educación, ocio y pertenencia a grupos, pero hay muchas veces que en la calidad de vida influyen enfermedades que no son habituales.

**Salud física:** Se define como la condición en la que se encuentra el cuerpo. Cuando el cuerpo funciona de la forma para la cual fue diseñado, está en buena salud física.

**Salud mental:** se refiere al bienestar emocional y psicológico del individuo.”

---

<sup>46</sup>Kaminsky, A: Acné. Un enfoque global.2007, Primera edición. Buenos Aires. Editor Colegio Ibero-Latino de Dermatología.p – 186.

<sup>47</sup> García E. 2000, Psicología de la salud. Proyecto Docente. Oviendo: Universitaria. p – 152.

La calidad de vida en los pacientes con acné, se ve afectada a tal grado que puede intervenir en su estabilidad emocional y productividad. Esta empieza a decaer a medida que la enfermedad crece, que los pacientes no ven los resultados deseados inmediatamente, y empieza el estrés, la ansiedad y la depresión. Es cuando este empieza aislarse de la sociedad, lo que perjudica su ámbito profesional, interpersonal y familiar.

### **1.5.1 Impacto psicológico y calidad de vida**

“El impacto psicológico negativo en los pacientes con acné es una realidad, y ha pasado de ser una situación anecdótica a una situación bien fundamentada y hasta causal del acné. Hay evidencia de que la tensión psicológica puede producir exacerbaciones de la enfermedad.”<sup>48</sup>

Muchas veces por la manipulación de las lesiones aumentada por la ansiedad, hacen que la enfermedad se exacerbe, sin reducir los niveles de ansiedad, ni estrés.

Los siguientes puntos de vista sostienen la importancia de los factores emocionales en pacientes con acné I: El paciente presenta síntomas de ansiedad, depresión, angustia y frustración; por lo que existe la percepción clínica de que el estrés exacerba el acné juvenil, lo cual crea un ciclo vicioso.

“Acnés excoriados y otras manifestaciones faciales de tipo acneiforme pueden ser manifestaciones de alteraciones mentales subyacentes”<sup>49</sup> Se puede decir que el paciente con acné tiene afectada su calidad y estabilidad de vida

---

<sup>48</sup> Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Calidad de vida de pacientes con problemas dermatológicos; ISSN 0214 – 9915 CODEN PSOTEG, COPYRIGHT 2000 Psicothema Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72797010.pdf>.

<sup>49</sup> García E. 2000, Psicología de la salud. Proyecto Docente. Oviendo: Universidad. p – 146.

emocional, por lo que la corrección médica de esta enfermedad puede amortiguar

y revertir algunas de sus secuelas psicológicas.

Actualmente, es necesario que los médicos conceptualicen el acné como una enfermedad que al afectar la imagen corporal puede dar lugar a repercusiones psicológicas, y que el tratamiento va más allá de mejorar el estado físico del paciente con «barros y espinillas ». En muchos casos, el abordaje psicológico puede influir para que el paciente tenga mejores actitudes, se apegue al tratamiento, mejore su aspecto a mediano plazo y evite las cicatrices que pueden ser permanentes.

“Este abordaje psicológico evita las secuelas en el ámbito psicosocial. En conclusión, se puede comentar que existe una relación interdependiente entre el acné juvenil y el estado mental del paciente, lo cual debe estar presente en el médico tratante y así poder ofrecer un tratamiento integral”<sup>50</sup>, tomando en cuenta que la intervención terapéutica en fases tempranas de la enfermedad puede ahorrar al paciente sufrimiento psicológico y el establecimiento de problemas mentales serios aun cuando no se trate de un acné juvenil muy grave, lo que repercutirá en su calidad de vida.

Para identificar la calidad de vida de los pacientes depende de muchos factores, los cuales vienen a influir demasiado, declinado la misma, es así como el los pacientes con acné se debe identificar muy claramente estos factores, sobretodo psicológicos, para poder mejor la calidad de vida en los mismo, a través de un acertado tratamiento.

---

<sup>50</sup> F. Moisés Gaviria y Jhoseph A. Flaherty , 2000, Psiquiatría , diagnóstico y terapéutica, Chicago, Illinois, U.S.A, Published by the Hispanic American Family Center.p – 302.



## CAPITULO II

### 2.1 ACNÉ

El acné es una enfermedad crónica y multifactorial que afecta de forma selectiva a la “unidad polisebácea. Se caracteriza por la aparición en primer lugar de seborrea y con posterioridad se desarrolla una serie de lesiones elementales primitivas muy características denominadas comedones y lesiones inflamatorias secundarias en forma de pústulas, pápulas, nódulos, o quistes”<sup>51</sup>.

Aunque en muchos casos se trata de un proceso autorresolutivo, en su evolución de cicatrices de todo tipo. Podemos diferenciar unas formas leves y moderadas en las que se observan comedones, pápulas eritematosas y pústulas y unas formas moderadas – severas y severas en la que se aprecian nódulos, quistes y abscesos.

“Tabla I. CLASIFICACION DEL ACNE SEGÚN SU INTESIDAD

| Severidad              | Descripción  |
|------------------------|--|
| Acné leve              | La lesión principal son los comedones (lesiones no inflamatorias). Si hay pápulas o pústulas son pequeñas o escasas ( < 10)                                    |
| Acné moderado          | Se observan un numero moderado de pápulas y pústulas (10 – 40 ) y comedones ( 10 – 40 ). A veces asocia una extensión leve a tronco                            |
| Acné moderado a severo | Pápulas y pústulas numerosas (40 – 100), a menudo con muchos comedones (40 – 100 ) y a veces nódulos grandes y profundos. Suele afectar cara, pecho y espalda. |

<sup>51</sup> Julián Conejo – Mir., José Carlos Moreno., Francisco M. Camacho. Tratado de dermatología, ( 1ª. Ed.) Barcelona (España): MMXII EDITORIAL OCEANO. p – 109

|             |   |
|-------------|---|
| Acné severo | Acné nódulo – quístico y acné conglobata. Lesiones grandes y dolorosas nodulares y pustulosas asociadas a innumerables pápulas, pústulas y comedones. <sup>52</sup> |
|-------------|---|

El acné leve no suele tener una gran trascendencia clínica y a veces no es considerado motivo de consulta médica. “Albert Kilgman decía que al menos en la raza blanca no hay nadie que no haya tenido alguna manifestación acneica durante la pubertad.”<sup>53</sup>

Las formas moderadas y severas pueden ocasionar importantes problemas psicológicos y estéticos en los pacientes en edad adolescente, en los que existen una mayor susceptibilidad al desarrollo de alteraciones psico – emocionales.

### **2.1.1 Epidemiología**

“Se trata de una de las enfermedades más comunes, ya que la padecen el 80 – 95 % de los adolescentes y jóvenes. Además, forma parte de una de las diez enfermedades cutáneas que constituyen el 70% de todas las consultas dermatológicas.”<sup>54</sup>

### **2.1.2 Etiología**

El papel de la predisposición genética en el acné es controvertido. Se sabe que el número, tamaño y actividad de la glándula sebácea son heredados.

---

<sup>52</sup> Julián Conejo – Mir., José Carlos Moreno., Francisco M. Camacho. Tratado de dermatología, (1ª. Ed.) Barcelona (España): MMXII EDITORIAL OCEANO. p – 106.

<sup>53</sup> Roberto Arenas.2009, DERMATOLOGÍA; Atlas, diagnóstico y tratamiento;, Cuarta edición, México D.F., McGRA W – HILL INTERAMERICANA EDITORIALES, S.A. de C.V. p – 32

<sup>54</sup> Julián Conejo – Mir., José Carlos Moreno., Francisco M. Camacho. Tratado de dermatología, (1ª. Ed.) Barcelona (España): MMXII EDITORIAL OCEANO. p – 107.

“El genotipo XYY predispone a un acné severo.

En la actualidad sabemos que la etiopatogenia del acné es multifactorial y que si desarrollo se produce por la interacción de cuatro factores fundamentales:

**Hipersecreción sebácea:** producción excesiva de sebo o seborrea, causada por la estimulación andrógeno de las glándulas sebáceas que se producen al inicio del desarrollo

**Alteraciones de la queratinización del folículo poli - sebáceo:** determina un cuadro de obstrucción folicular de gran importancia en el proceso de la comedogenesis.

**Microbiología del acné:** la proliferación de propionibacterium acnés en el folículo pilo – sebáceo estimula la producción de factores quimiotácticos y mediadores pro – inflamatorios que activan la respuesta inflamatoria.

**Respuesta inflamatoria:** es el resultado directo o indirecto de la proliferación del p. acnés. La rotura folicular y la extensión de la inflamación a la dermis da lugar a la formación de las lesiones inflamatorias del acné vulgar, es decir pápulas, pústulas y nódulos.

**Factores psicológicos:** Uno de los mayores desencadenantes es el estrés ya que conlleva a situaciones de ansiedad las cuales aumentan los niveles de glucocorticoides, andrógenos adrenales y dehidroepiandrosterona. (DHEA), hormonas que estimulan las glándulas sebáceas provocando exceso de grasa en la piel y aumentando los granos y brotes.”<sup>55</sup>

Las manifestaciones clínicas de cada paciente en concreto van a estar condicionadas por la influencia de factores genéticos y emocionales, en menor medida por factores climáticos y en el acné hormono – dependiente es evidente

---

<sup>55</sup> Julián Conejo – Mir., José Carlos Moreno., Francisco M. Camacho. Tratado de dermatología, (1ª. Ed.) Barcelona (España): MMXII EDITORIAL OCÉANO. p – 110

la importancia del ciclo menstrual y del embarazo. La predisposición racial y los efectos de la dieta en el acné siguen siendo aspectos controvertidos.

### **2.1.3 Patogénesis**

“Los pacientes con acné excretan gran cantidad de sebo y la intensidad de la secreción sebácea se correlaciona con el grado de severidad del proceso.

Esta seborrea es una condición necesaria o imprescindible, pero no suficiente en la patogenia del acné. Se han propuesto dos mecanismos que bien aislados o bien en combinación podrían explicar el desarrollo de la seborrea.

En la actualidad se sabe que los ácidos grasos libres presentes en el sebo desempeñan un papel importante en la patogénesis del acné ya que los productos derivados de su oxidación, como el peróxido de escualeno o de ácido oleico, poseen un alto potencial comedogénico.

En concreto la oxidación del escualeno crea las condiciones de microaerofilia ideales para la proliferación del *P. acnés*.

En general, los productos de oxidación tienen propiedades citotóxicas e inflamatorias.

Por un lado existirían alteraciones hormonales con un aumento de actividad de las hormonas sexuales masculinas como consecuencia del aumento de las hormonas circulantes, de la disminución de la proteína transportadora de las hormonas sexuales o del aumento de la respuesta orgánica periférica a nivel de las glándulas sebáceas.”<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> Julián Conejo – Mir., José Carlos Moreno., Francisco M. Camacho. Tratado de dermatología, (1ª. Ed.) Barcelona (España): MMXII EDITORIAL OCÉANO. pp 112 – 114

## 2.2 TIPOS DE ACNÉ

Existen diferentes tipos de acné, desde acné suave hasta casos de acné severo y desde las lesiones típicas en la cara hasta el acné que se presenta en otras zonas del cuerpo.

El acné suave-moderado puede ser generalmente tratado con productos que se compran sin necesidad de receta médica, sin embargo los casos severos es mucho mejor que los traten los profesionales de la salud, en este caso los dermatólogos.

“Los más comunes son 4 tipos de acné: 1) Acné Vulgaris, 2) Acné Conglobata, 3) Acné comentico. 4) Acné fulminante.

El tipo más común de acné es el Acné Vulgaris que significa literalmente "acné común". Este tipo de acné puede causar espinillas, puntos blancos, brotes, pústulas, nódulos y quistes.

**Brotes:** Son las marcas de color rojizo normalmente, y de pequeño tamaño, que causan irritación y molestias en la piel.

**Las pústulas:** Las pústulas son las lesiones que la mayoría de la gente llama granos. Aparecen como un círculo rojo con un centro blanco o amarillo.

**Los nódulos:** Esta es una forma de acné mucho más grande. De tacto duro, suelen amontonarse debajo de la superficie de la piel y es una lesión que puede ser dolorosa y durar por varios meses. Este tipo del acné es especialmente vulnerable a los tocamientos y manipulaciones pues puede dejar marcas.

**Los quistes:** Los quistes son semejantes a los nódulos, pero se diferencian en que se llenan de pus. Es también una lesión dolorosa y es probable que deje marcas si no es tratada.

Las espinillas se producen porque hay poros parcialmente bloqueados. El sebo (la sustancia que hace que la piel sea grasienta), las células muertas y las bacterias afloran lentamente a la superficie de la piel, y el color negro es causado por los pigmentos que existen en la piel y que son expuestos al aflorar la espinilla.

Los puntos blancos, a diferencia de las espinillas, se producen por poros bloqueados al completo, y son lesiones que se encuentran bajo la piel. Estos poros completamente bloqueados atrapan el sebo, que se unen a las células muertas de la piel y a las bacterias para generar la infección y con ello las lesiones.”<sup>57</sup>

“**El acné Conglobata**; Esta es una forma relativamente rara de acné, su principal efecto es la desfiguración de algunas zonas y puede causar un gran sufrimiento psicológico así como daño físico. Las lesiones grandes se forman en la cara, en el pecho, en la espalda, en las nalgas, en las extremidades superiores y en los muslos y puede estar acompañado de numerosas espinillas.

Causa daño a la piel y marcas permanentes. Es más común en hombres que en las mujeres, y es una condición que puede persistir durante varios años.

**El acné comedónico:** La lesión básica del acné comedónico es la presencia del **comedón**. Se trata de las consecuencias que sufre un folículo pilosebáceo que tiene dificultad de eliminar el sebo porque se halla obturado el conducto excretor de la glándula.

---

<sup>57</sup> Julián Conejo – Mir., José Carlos Moreno., Francisco M. Camacho. Tratado de dermatología, ( 1ª. Ed.) Barcelona (España): MMXII EDITORIAL OCÉANO. pp – 112 – 113.

Se observa a simple vista de aspecto puntiforme oscuro (puntos negros) debido a la existencia de melanina (se aclara este aspecto porque muchos creen que es falta de higiene en la piel).

En otros pacientes que padecen acné comedónico los puntos negros no existen, por lo cual se los denominan puntos blancos, que tienen más tendencia a evolucionar a otras formas más avanzadas (pápulas y/o pústulas).

El acné comedónico es inherente a la adolescencia. Es conocido por la denominación de espinilla. Es muy común que el adolescente que lo padece también tenga seborrea en el cuero cabelludo o el rostro.

**El acné fulminante:** También llamado acné agudo ulcerativo febril es una variedad muy agresiva de acné que caracteriza por la presencia de lesiones altamente inflamatorias muy numerosas, distribuidas en la parte superior de pecho y espalda, con variable afección de la cara; la lesión más llamativa es la ulceración de los elementos más inflamatorios.

En contraste con el acné conglobata, los comedones múltiples están ausentes de manera importante, debido a que el acné fulminante es un proceso explosivo.<sup>58</sup>

---

<sup>58</sup> Roberto Arenas.2009, DERMATOLOGÍA; Atlas, diagnóstico y tratamiento; Cuarta edición, México D.F. McGRA W – HILL INTERAMERICANA EDITORIALES, S.A. de C.V. p – 36.

## **2.3 TRATAMIENTO CLÍNICO**

El tratamiento que se da a los pacientes con problemas de acné depende del nivel o tipo de acné que este padezca, muchas de las veces es cuando el tratamiento solo se centra en lo físico, lo visible, pero no en el ámbito psicológico que es lo que el paciente también necesita.

De acuerdo al nivel de acné un tratamiento general:

**“Acné leve:** Tratamiento tópico: exfoliantes (azufre elemental, ácido salicílico, ácido glicólico), peróxidos de benzoilo al 4%, 5 por cien y 10 por cien, ácido azelaico y retinoides (tretinoína, isotretinoína y adapaleno).

**Acné moderado:** Tratamiento tópico: peróxido de benzoilo, retinoides y antibióticos (fosfato y clorhidrato de clindamicina, clorhidrato de tetraciclina y eritromicina base).

**Acné severo:** Tratamiento sistémico: antibióticos sistémicos (tetraciclinas, eritromicina, minociclina y clindamicina) durante 3 a 6 meses. Los retinoides sistémicos (isotretinoína) administrados a dosis de 0.5 a 1 mg/Kg/día durante 5 meses permiten una curación completa en casi la totalidad de los pacientes. En algunos pacientes es necesario administrar más de un ciclo de tratamiento.

**Acné muy severo:** Tratamiento quirúrgico: en algunos pacientes es necesario realizar drenaje de los quistes o eliminación mecánica de los comedones como tratamientos complementarios.

-Tratamiento sistémico: Isotretinoína asociada a corticoides sistémicos o intralesionales.”<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Julián Conejo – Mir., José Carlos Moreno., Francisco M. Camacho. Tratado de dermatología, (1ª. Ed.) Barcelona (España): MMXII EDITORIAL OCEANO. p – 111



“**Secuelas:** en pacientes con cicatrices secundarias de acné es posible realizar tratamientos correctivos de las mismas siempre que no existan lesiones activas. Entre otros disponemos de los peelings químicos con ácido glicólico u otros métodos algo más agresivos como la dermoabrasión o el láser de CO2, que nos permiten mejorar el aspecto de los pacientes. Las pacientes que presenten alteraciones hormonales demostradas pueden beneficiarse de tratamientos antiandrogénicos o mediante estrógenos asociados a progesterona. Es importante que los pacientes eviten la manipulación de las lesiones y sean constantes en la realización del tratamiento”<sup>60</sup>.

La frecuente presencia de un componente psicoemocional entre las condiciones patogénicas de la acné sugiere la dualidad que el dermatólogo con el psicólogo debe tener.

Esta medida servirá, para que el paciente no solo tenga un apoyo farmacéutico sino a su vez un apoyo psicológico, esta relación que podrá ofrecer resultados positivos por lo menos en tres direcciones:

Hacer que la enfermedad sea mejor aceptada por parte del paciente.

Obtener una mejor y más constante colaboración en las actuaciones terapéuticas emprendidas.

Reconocer los conflictos psicoemocionales eventualmente presentes y que conducen a una evidente somatización.

---

<sup>60</sup> Roberto Arenas.2009, DERMATOLOGÍA; Atlas, diagnóstico y tratamiento; Cuarta edición, México D.F. McGRAW – HILL INTERAMERICANA EDITORIALES, S.A. de C.V. p – 38.

## CAPITULO III

### 3.1 ACNÉ EMOCIONAL

Hablamos de la piel, el órgano más grande que tiene el ser humano y que no sólo funciona como un verdadero escudo, protegiéndonos de cualquier amenaza proveniente desde el exterior, sino que además evidencia qué es lo que pasa en nuestro interior, sacando a relucir de diversas maneras todas las emociones que a veces tanto nos cuesta exteriorizar.

“Es por eso que toda manifestación que se vislumbre en el cuerpo “por fuera” debe ser atendida y no sólo con fármacos, cremas o intervenciones de todo tipo, sino que también con una revisión de nuestro interior”<sup>61</sup>. Saber qué es lo que sentimos y por qué lo sentimos es sumamente importante para conocer el origen de nuestros padecimientos físicos.

La sociedad a impuesto parámetros de belleza que al presentarse una enfermedad dérmica el paciente siente que está fuera de estos parámetros lo que origina una baja autoestima, y con ello secuelas psicológicas severas, circunstancias como cambio de imagen, la personalidad del paciente juega un papel muy importante, influye en el nivel de alteración emocional que este puede sufrir.

Debido a que el acné afecta la cara, “las cicatrices faciales inciden en forma importante en la imagen personal y la autoestima por lo que individuos con personalidades premórbidas y una enfermedad dermatológica, no necesariamente severa, pueden desarrollar incluso un trastorno dismórfico

---

<sup>61</sup> Gallar Manuel., Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente , 2001., Segunda edición actualizada y ampliada; Madrid ( España), COPYRIGHT 2001, Internacional, Thomas Editores Spain . p – 222.

corporal igual al que padecen personas con anorexia y bulimia además de otros problemas psicológicos y sociales.”<sup>62</sup>

Las burlas a las que los pacientes con acné son sometidos por el medio social, he incluso por el medio familiar, producen en ellos ansiedad, depresión y estrés, lo que produce que este problema aumente. Es interesante observar los patrones psicológicos que la generan.

En el caso de los jóvenes y adolescentes, por ejemplo, sucede que cuando las glándulas hormonales empiezan a madurar, se segrega grasa en la piel con el propósito de hacer la piel más tersa y atractiva. Sin embargo, cuando el adolescente siente temor, angustia o tiene algún conflicto o protesta hacia el mundo, entonces esto se reflejara sin duda en su piel.

Lo que sucede es que esta tensión interior provoca que los músculos debajo de la piel se tensen, bloqueando los poros. Las glándulas sebáceas seguirán generando grasa natural, pero si el poro está cerrado por la tensión, entonces, se generará el brote de acné, el cual tan sólo es grasa acumulada.

Las etapas de cambios fuertes por lo general suelen provocar estrés en la persona. Cuando este estrés no es manejado de la forma apropiada, entonces la piel lo resentirá indudablemente. Es por eso que muchas personas que son sensibles a padecer acné, suelen verlo brotar en épocas de conflictos o donde se sienten inseguros.

Sin embargo, en algunos casos, el acné suele no irse y persistir, o aparecer de forma intermitente en distintas etapas de la vida. En estos casos, sucede que los momentos de tensión o angustia en la persona suelen variar fuertemente, a

---

<sup>62</sup> Gallar Manuel., Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente , 2001., Segunda edición actualizada y ampliada; Madrid ( España), COPYRIGHT 2001, Internacional, Thomas Editores Spain . p – 220.

veces se sentirá relajada y tranquila, pero cuando algo le remita a una situación de estrés, temor, ansiedad, etc. el acné reaparecerá.

El maltrato psicológico hacia las personas sea este en forma grave e incluso leve, afecta su autoestima y a su desenvolvimiento en el mundo que lo rodea, lo que va a provocar o desencadenar una serie de alteraciones psicológicas.

### **3.2 EFECTOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES**

La piel es el órgano que de forma más evidente y a primera vista pone de manifiesto diversos signos de la enfermedad.

La piel es proclive a padecer enfermedades originadas tanto causas internas como externa, cada patología dérmica tiene sus características propias lo que hace que cada paciente responda de manera distinta a su enfermedad tomando en consideración además las características personales se adaptan o definitivamente no lo hacen.

#### **3.2.1 Respuestas adaptativas**

Si las personas responden a la enfermedad de forma adaptativa o terapéutica; esto no quiere decir que el individuo no esté ansioso, estresado, preocupado o incluso deprimido.

Sin embargo, estas reacciones no interfieren negativamente con un ajuste global a la enfermedad: el paciente puede aceptar y seguir las indicaciones médicas, modificar su modo de vida en función de la gravedad y recuperar su ritmo laboral, social y personal

“Cuando la enfermedad termina, salvo que queden incapacidades residuales que exijan un definitivo reajuste”.<sup>63</sup> Por ello, puede afirmarse que frente al estrés, la ansiedad y la depresión una respuesta transitoria esperable y normal, siendo además un estímulo necesario para que se verifiquen una correcta adaptación y un adecuado afrontamiento.

Los pacientes que presentan síntomas psicopatológicos persistentes suelen ser los que tienen antecedentes familiares de alteraciones psiquiátricas y desajuste social previos al comienzo de la enfermedad.

“Normalmente los síntomas psíquicos (ansiedad y /o depresión) se hacen evidentes a los pocos días y remiten poco después de la curación de la enfermedad”<sup>64</sup>. La ansiedad suele aparecer como respuesta inmediatas manifestándose los síntomas depresivos en un momento más tardío de la evolución del proceso.

### **3.2.2 Respuestas no adaptativas**

Se considera que la respuesta no adaptativa del individuo ante un estrés emocional, identificable como anormales, cuando los síntomas son excesivos respecto a su duración o intensidad comparándolos con la reacción normal esperable frente a un determinado problema, o bien cuando suponga una incapacidad inexplicable en la actividad laboral y social del sujeto.

“Trastorno adaptativo puede presentarse con ánimo ansioso, deprimido o mixto, presentando síntomas de ambos tipos.

---

<sup>63</sup>Loyd, GG 2001, las reacciones psicológicas en pacientes con enfermedades físicas. En: Manual de estudios sobre Hospital General Psychiatry. Judd Burrows, Lipsitt (eds.), London. Elsevier Science Publishers BV (División Biomédica). p – 203.

<sup>64</sup> María José Rodrigo, Jesús Palacios, 2010; Familia y desarrollo humano, Psicología y educación; Alianza editorial, S.A., Madrid. p – 230.

Es difícil establecer una clara distinción entre el trastorno adaptativo y los trastornos afectivos, sin embargo se considera factible esta diferencia señalando que el trastorno adaptativo no aparece al comienzo de la enfermedad como sería más frecuente en los trastornos afectivos, sino más bien de la evolución de ésta”<sup>65</sup>.

En el momento en que surgen complicaciones, coincidiendo con el comienzo de la severidad, o cuando parezca imposible una curación rápida. En cuanto a los motivos por los que es pedido la intervención del psicólogo o psiquiatra, el coping o afrontamiento de la enfermedad es la razón más frecuente en los pacientes que serán posteriormente diagnosticados con ansiedad, depresión, estrés.

Por otro lado no parecen existir respuestas emocionales específicas frente a ninguna enfermedad física concreta.

Sin embargo, si se ha estudiado la enfermedad como una entidad en la que cualquiera que sea la localización (sobre todo en el rostro) o sintomatología de la patología que la producen, existen rasgos comunes.

### **3.3 IMPACTO PSICOSOCIAL**

La salud a integrando el aspecto físico y mental, implica, además del bienestar social, otros componentes vitales ligados a las condiciones culturales y sociales y de modo importante a la disponibilidad de servicios y recursos relacionados con las oportunidades y los derechos. “El campo de la salud se descompone

---

<sup>65</sup> F. Moises Gaviria y Jhoseph A. Flaherty , 2000, Psiquiatría , diagnóstico y terapéutica, Chicago, Illinois, U.S.A, Published by the Hispanic American Family Center. p – 300.

en tres componentes amplios e incluyentes, que pueden interpretarse de la siguiente manera:<sup>66</sup>.

**“Biología humana:** este componente incluye todos los hechos relacionados con la salud tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de su constitución orgánica.

Incluye además la herencia genética de la persona, procesos de maduración, envejecimiento y los diferentes aparatos internos del organismo, pues dada la complejidad de este su biología puede repercutir sobre la salud de múltiples maneras en forma variada y grave, además de que puede fallar de muchas formas. Este elemento contribuye a la mortalidad y a toda una gama de problemas de salud.

**Medio Ambiente:** incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona puede tener un relativo control cuando se refiere a su conducta, pero no tenerlo cuando se refiere a condiciones socioambientales ineludibles, tal como ocurre con la contaminación o la disponibilidad de recursos básicos como agua potable y aire puro, aspectos que pueden poner en riesgo la salud. Estos factores determinan en gran parte los criterios de ajuste que las personas desarrollan para adaptarse al medio y están directamente relacionados con los estilos de vida y comportamientos de autocuidado.

**Estilo de vida:** estos representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce un cierto control, que determinan en gran parte de las acciones frente a la salud o la enfermedad. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los

---

<sup>66</sup>Núñez y Tobón, 2001, Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente; España; Internacional Thomson Editoriales Spain. p - 267.

hábitos personales perjudiciales conllevan a riesgos que ubican la salud en entredicho, de hecho se plantea que una gran parte.”<sup>67</sup>

Lo que la sociedad nos inculca a pensar es que la apariencia físicas definen lo que está dentro.

No podemos negar el hecho de que en el mundo de revistas de belleza, publicidad de imagen perfecta, siempre hay la necesidad de lucir bien. Cuando uno tiene acné, sin duda causaría un efecto en la persona que causa un malestar emocional interior.

Esto va afectar literalmente su relación con la sociedad actual: Disminución de la autoestima, aislamiento social, reducción de confianza en sí mismo, una mala imagen corporal, vergüenza, los sentimientos de depresión, ira, preocupación y frustración.

Aun cuando el paciente se ha curado, muchas de las veces las personas q lo rodean se encargan de recordarle constantemente al paciente que padeció acné su enfermedad, el seudónimo que lo identifica queda, lo que le provoca ira, agresividad y hace q evite el contacto con las personas precisamente, para no ser molestado y herido.

La influencia de los medios de comunicación, que durante años nos proyectan la imagen perfecta que las personas debemos tener, ha sido también vinculadas a los sentimientos de deficiencia que tiene los hombres y las mujeres con un tipo de imagen promedio, y aún más cuando estos tienen afecciones de la piel como el acné.

---

<sup>67</sup> Núñez y Tobón, 2001, Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente; España; Internacional Thomson Editoriales Spain p – 270.



### **3.4 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE CON ACNÉ**

La calidad de vida de una persona que padece o ha padecido acné puede verse afectada de diversas maneras. Esto ha influido de manera negativa en sus vidas incluso después de concluir los tratamientos.

Para ellos, el acné ha provocado cambios físicos, emocionales y sociales que alteran su rutina diaria. A diferencia de otras enfermedades esta no facilita la adaptación, ni la manera de sobrellevarla, debido a la percepción errónea que los pacientes tienen sobre sí mismos.

Las diferentes facetas psíquica y social del concepto de salud se influyen por la presencia de las lesiones activas y cicatrices de acné que aparecen en zonas expuestas y totalmente accesibles a la vista.

Múltiples trabajos ya considerados históricos han evidenciado la repercusión psicosocial dimensionando de forma objetiva la repercusión del acné en la calidad de vida relacionada con la salud tanto antes del tratamiento como después de éste. La severidad del acné tiene un impacto en la calidad de vida de los pacientes adultos: cuando el acné es más severo, se ve más afectada.

En los adolescentes se justifica muchas de las veces esta enfermedad pero provoca una importante repercusión psicológica en la mujer adulta con depresión y ansiedad.

Las relaciones familiares pueden también verse afectadas por el acné, una de las alteraciones que se pueden producir en la familia es el avergonzarse de la persona afectada, esto se da sobre todo en hermanos.

En la relación de pareja se hace recurrente el temor a la ruptura. La falta de comunicación, la dificultad en las relaciones sexuales, la tristeza y los sentimientos de impotencia en el cónyuge sano pueden explicar el problema.

En el caso de no tener una pareja estable o no tenerla, la posibilidad de no ser amado en el futuro puede generar gran angustia, el sentirse desagradable ante los ojos de los demás, su baja autoestima, su inseguridad lo llevan a una depresión segura.

La flexibilidad y la cohesión familiar, junto con una comunicación abierta y sincera, facilitarán enormemente el proceso de adaptación de la familia a la realidad generada por la enfermedad.

#### **3.4.1. Sugerencias para afrontar mejor la enfermedad**

Intente evitar que su vida gire alrededor de la enfermedad y de su tratamiento: existen otras facetas muy importantes, como su familia, sus amigos, sus creencias, su trabajo, y todo aquello que forma parte de la existencia de una persona.

Infórmese acerca del acné que padece y de los tratamientos que recibe.

No pierda la esperanza. Siempre habrá cosas que se puedan hacer para aliviar su dolor y mejorar su calidad de vida.

Evite aislarse. Apóyese en su familia y comparta con ellos lo que siente y lo que le preocupa.

Expresa y comparte lo que siente con sus seres más allegados.

Adopte un papel activo en la toma de decisiones médicas e intente “formar equipo” con el especialista y su psicólogo.

Intente centrarse en el aquí y ahora.

Reincorpórese a sus actividades rutinarias poco a poco y nunca antes de haberse recuperado física y psicológicamente.

Recuerde que el apoyo de la familia resulta fundamental para su rehabilitación psicológica.

No dude en solicitar ayuda psicológica si su angustia, tristeza o malestar emocional son intensos o perduran en el tiempo; si tiene problemas familiares que interfieren con su adaptación a la enfermedad; si tiene dificultades con su pareja.

Nunca olvide que las personas son muy valiosas, por lo que somos por dentro no por fuera.

La calidad de vida del paciente con acné puede mejorar siempre y cuando los tratamientos, vayan ligados al apoyo psicológico, ya que para ellos el impacto que causa en sus cuerpos esta enfermedad es muy devastador sobre todo cuando se localiza en la zona del rostro.

## **V. MATERIALES Y MÉTODOS**

El presente trabajo investigativo se realizó con una perspectiva de tipo Descriptivo-Transversal, midiendo y recolectando información sobre hechos que suceden en un periodo de tiempo fijo y con una población determinada.

El universo está representado por los pacientes atendidos en consulta externa de dermatología del Hospital “Manuel Ygnacio Monteros”, IESS, entre 18 a 25 años de edad diagnosticados de acné, llegando a una muestra de 50 pacientes evaluados, divididos en 23 mujeres y 27 hombres. Se excluyeron aquellos pacientes que acudían por otro tipo de alteración dermatológica, y que no se encuentren dentro del grupo etario de 18 a 25 años.

Los instrumentos que se utilizaron para esta investigación fueron: entrevista semiestructurada, reactivos psicológicos: Escala de PERI (Entrevista Psiquiátrica Epidemiológica), Depresión de BECK (BDI – II) y el Cuestionario de Evaluación IPDE.

Los mismos sirvieron para la recolección de datos, siendo en este caso las principales alteraciones psicológicas que presentan los pacientes diagnosticados de acné. La presente investigación se enfocó en determinar autoestima, Depresión, Ansiedad, además retraimiento social y desmoralización.

### **MÉTODOS**

Para la realización del presente trabajo de investigación, utilice los distintos métodos, procedimientos y técnicas que la investigación científica proporciona, formas o medios que nos permiten descubrir, sistematizar, enseñar y aplicar nuevos conocimientos.

**EL MÉTODO CIENTÍFICO.**- Es el un instrumento adecuado que permite llegar al conocimiento de los fenómenos que se producen en la naturaleza y en la sociedad mediante la conjugación de la reflexión comprensiva y el contacto directo con la realidad objetiva, es por ello que en este trabajo investigativo me apoyé en el método científico, como el método general del conocimiento, así como también en los siguientes:

**MÉTODO DEDUCTIVO.**- Me ha permitido tener un abordaje en el estudio de los conocimientos generales, hasta llegar a la comprensión en lo particular.

**MÉTODO INDUCTIVO.**- Este método me permitió primero conocer la realidad del problema a investigar con los pacientes de acné, partiendo desde lo particular hasta llegar a lo general, en algunos casos.

**MÉTODO DESCRIPTIVO.**- Me comprometió a realizar una descripción objetiva de la realidad actual por la que atraviesan los pacientes y así demostrar los problemas existentes en nuestra sociedad.

**MÉTODO ANALITICO.**- Me permitió estudiar el problema enfocándolo desde el punto de vista, fisiológico, psicológico y clínico; y, analizar así sus consecuencias.

**MÉTODO COMPARATIVO.**- Con este método pude comparar los datos de otros países y las de otras disposiciones sobre el tema del acné y sus alteraciones psicológicas.

## **TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS**

### **ENTREVISTA PSICOLÓGICA**

“La pre – entrevista es el primer contacto con la persona. Este puede ser directo (con la persona interesada) o indirecto (por intermedio de un derivante: un profesional, un familiar, por ejemplo) a su vez puede ser personal, telefónico o por correo electrónico”<sup>68</sup>. Siempre es un momento breve pero debe ser aprovechado para recabar la mayor cantidad de información posible acerca del consultante

“La entrevista psicológica es una relación directa entre dos o más personas, que entraña una vía de comunicación simbólica, objetivos prefijados y conocidos, al menos por el entrevistador, así como una asignación de roles que significa un control de la situación por parte de aquel”<sup>69</sup>. Por tanto, es una relación interpersonal asimétrica.

La regla básica de toda buena entrevista consiste en obtener datos completos del comportamiento total del entrevistado en el curso de la entrevista, el cual incluye no sólo lo que se recoge con la función de escuchar, sino también de vivenciar y observar.

“Se pueden clasificar en entrevista abierta o libre, semidirigida o semiestructurada y cerrada o estructurada. La primera consiste en que el entrevistador asume un rol no participante, dando al sujeto la consigna de que hable de lo que desee, sin limitarlo. La estructurada, en cambio, se compone de preguntas preestablecidas a través de

---

<sup>68</sup> Ezequiel Ander – Egg, María José Aguilar Idáñez, 2003; Guía para diseñar proyectos, (15ª. Ed.) Buenos Aires, Editorial LUMEN/HVMANITAS. P – 304.

<sup>69</sup> María Sánchez y Quintanar, 2007; Técnicas de Entrevista Psicológica (1ª. Ed), , México D.F. Editorial planeta México. p – 180.

las cuales el entrevistador busca obtener determinada información de su interés, guiando la entrevista”<sup>70</sup>.

Entre estas dos modalidades se encuentra la entrevista semiestructurada, donde el entrevistado habla sobre lo que desea pero el entrevistador puede introducir preguntas o pedir aclaraciones sobre puntos que hayan quedado confusos o se quieran ampliar.

## **REACTIVO PSICOLÓGICO**

**Escala de PERI: Entrevista Psiquiátrica Epidemiológica.-** es una técnica objetiva diseñada para investigar distintas dimensiones psicopatológicas específicas y no específicas, en estudios de tipo poblacional o comunitario, los ítems están asociados con algún tipo de desorden o desajuste pero no corresponde con una categoría diagnóstica específica. Evalúa la presencia o ausencia de distintos acontecimientos vitales estresantes de la población general que se agrupan en 11 áreas las cuales evalúan 32 enunciados: colegio, trabajo, amor y matrimonio, hijos, familia, delitos y asuntos legales, situación económica, actividades sociales y miscelánea (en la versión española se agrupa en 10 áreas similares: académica, laboral, vida amorosa y matrimonio, hijos, residencia, asuntos legales, Actividades sociales y otros) “sus autores son Autores: Dohrendwend, B. S., Krasnoff, L., Askenasy, A. R., Dohrendwend, B. P.; Criterios de calidad: La consistencia interna de la escala es entre buena y muy buena, es un instrumento estable, con una sensibilidad (88,9%) y una adecuada especificidad (80,2%). Taylor, en 1998 realizó un

---

<sup>70</sup> Roberto Hernández Sampieri, 2001; Metodología de la investigación (5ª. Ed.) ;Edición por McGRAW - HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO, S.A. de C.V. p – 250.

análisis factorial que identificó 4 áreas: malestar funcional, estrés relacionado con el trabajo, problemas de salud y problemas de relación”.<sup>71</sup>

**Depresión de BECK, (BDI – II).**- Es un instrumento de 21 ítems que evalúan la intensidad de la Depresión. Los autores desarrollaron una versión paralela, transformando cada ítem en cuatro o seis frases que van en orden creciente de intensidad. El contenido de los ítems refleja claramente la importancia al componente cognitivo de la depresión. La puntuación total se obtiene sumando los valores correspondientes a cada una de las frases marcadas por el sujeto.

“Criterios de calidad: Fiabilidad: Presenta una consistencia interna aceptable, que puede ser evidenciada con coeficientes alfa de Cronbach de 0,82 a 0,84. El análisis de su estructura factorial refleja como más adecuada una solución unifactorial (Aguilar et al., 1995). Además es un instrumento estable, probablemente gracias a sus características de rasgo, con una buena sensibilidad (85,7%) y una adecuada especificidad (76,2%). Validez: En cuanto a la validez de constructo, existen correlaciones significativas entre la desesperanza y la ideación suicida ( $r = 0,37-0,70$ ), así como entre la desesperanza y los síntomas depresivos ( $r = 0,35-0,54$ ).”<sup>72</sup>

**Cuestionario de Evaluación IPDE.- Examen Internacional de los Trastornos de las Personalidad (Internacional Personality Disorder Examination) .** - Su propósito es suministrar información al profesional clínico en tareas de evaluación y toma de decisiones del tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales. Sus 175 elementos de respuesta

---

<sup>71</sup> Jesús Sanz, Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica; Facultad de Psicología, Madrid - España, (Clasificación de Instrumentos), Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Menu%20instrumentos.htm>.

<sup>72</sup> Jesús Sanz, Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica; Facultad de Psicología, Madrid - España, (Clasificación de Instrumentos), Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Menu%20instrumentos.htm>.



verdadero – falso evalúan las siguientes escalas: 4 de fiabilidad y validez, 10 básicas de personalidad, 3 de personalidad patológica, 6 síndromes clínicos de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa. De aplicación fácil, los procedimientos interpretativos están mecanizados y el usuario puede obtenerlos en el caso de pacientes ambulatorios de centros de salud mental, hospitales generales o clínicas privadas para informe pericial. Dispone de puntos de corte en las escalas para tomar decisiones ante trastornos comportamentales o síndromes clínicos.” Criterios de calidad: Fiabilidad: Los índices de fiabilidad y estabilidad son similares a los obtenidos para otros instrumentos que se emplean en el diagnóstico de trastornos por abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicosis (Loranger, Sartorius, Andreoli et al., 1994) Los Kappa para los trastornos de personalidad esquizotípica, personalidad compulsiva, histriónica, límite y antisocial oscilan entre 0,70 y 0,96. Gracias a sus características de rasgo, se presenta con una sensibilidad (89,7%) y una adecuada especificidad (82,2%). Validez: Método útil y válido para evaluar trastornos de personalidad con fines de investigación (Loranger, Sartorius, Andreoli et al., 1994).”<sup>73</sup>

## **APLICACIÓN**

La realización de los reactivos psicológicos se presentó de la siguiente manera:

**Cuestionario de Evaluación IPDE.-** El propósito de este cuestionario es conocer el rasgo de personalidad que se ha presentado en los últimos 5 años, se pidió no omitir ningún ítem, la consigna de este reactivo fue señalar la

---

<sup>73</sup> Jesús Sanz, Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica; Facultad de Psicología, Madrid - España, (Clasificación de Instrumentos), Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Menu%20instrumentos.htm>.

respuesta (Verdadero o Falso) según considere. Para este test no hay límite de tiempo.

**Depresión de BECK, (BDI – II).**- Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados, dentro de los cuales existen 5 ítems, se pidió a los pacientes que lean cada uno de ellos cuidadosamente, luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa como se ha sentido en las últimas dos semana, incluyendo el día de la aplicación del reactivo. Se pidió que marque el número correspondiente al ítem elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.

**Escala de PERI: Entrevista Psiquiátrica Epidemiológica.**- Evalúa 32 áreas, las cuales se encuentran dimensionadas en factores estresantes de las vida cotidiana.

En ellas se le pide que evalúe la frecuencia con que manifiesta las distintas respuestas en cada una de las situaciones. Para evaluar esta frecuencia se ha utilizado una escala de cinco puntos, con las siguientes categorías:

0 = nunca; 1 = a menudo; 2 = a veces, 3 = casi nunca; 4 = nunca.

A continuación se le indica al paciente que debe responder las casillas en blanco, marcando la respuesta correcta en el margen derecho.

## V.I RESULTADOS

**OBJETIVO:** Identificar las alteraciones psicológicas en los pacientes de 18 a 25 años de edad con acné, que acuden a consulta externa en el “Hospital Manuel Ygnacio Monteros”, IESS

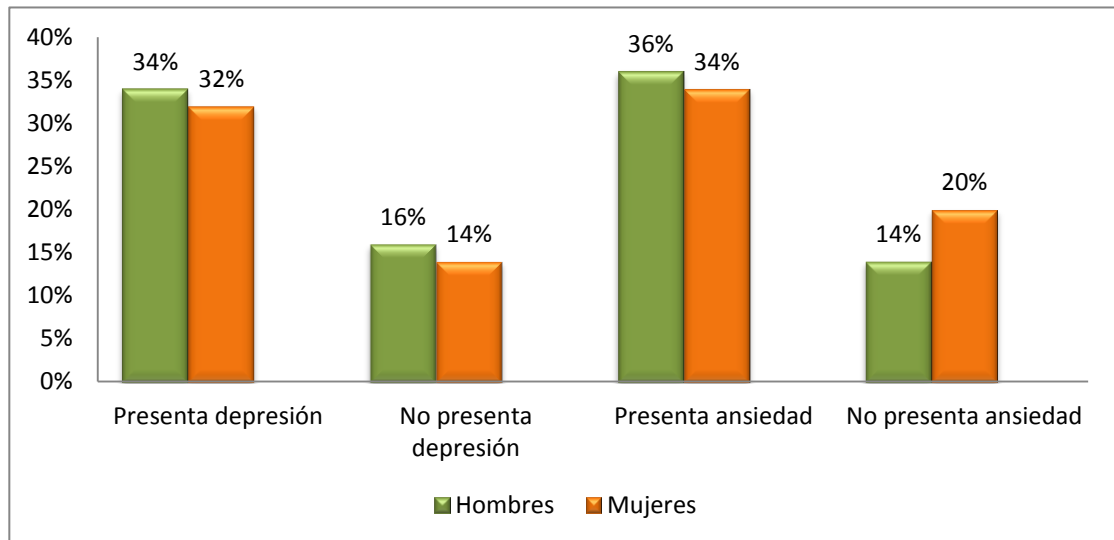
**TABLA 1:** ALTERACIONES PSICOLÓGICAS SOBRESALIENTES

|                  | HOMBRES |     |    |     | MUJERES |     |    |     | TOTAL |      |
|------------------|---------|-----|----|-----|---------|-----|----|-----|-------|------|
|                  | SI      | %   | NO | %   | SI      | %   | NO | %   | #     | %    |
| <b>DEPRESIÓN</b> | 17      | 34% | 8  | 16% | 16      | 32% | 7  | 14% | 50    | 100% |
| <b>ANSIEDAD</b>  | 18      | 36% | 7  | 14% | 17      | 34% | 10 | 20% | 50    | 100% |

**Fuente:** Pacientes entre 18 y 25 años de edad que presentan acné atendidos en consulta externa en el hospital “Manuel Ygnacio Monteros”, IESS.

**Elaboración:** María Inés Espinosa Espinosa

**GRAFICO 1: ALTERACIONES PSICOLÓGICAS SOBRESALIENTES**



**Análisis de Resultados:** Del 100% de los pacientes evaluados con los reactivos psicológicos Escala de PERI: Entrevista Psiquiátrica Epidemiológica y Depresión de BECK, (BDI – II) podemos identificar que la depresión prevalece en los hombres con un 34%, mientras que el 32% se presenta en las mujeres; El 16% correspondiente a hombres y el 14% a mujeres no presentan depresión. Asimismo la ansiedad prevalece en hombres con un 36% y en mujeres con el 34%; En el 14% de hombre y el 20% de mujeres no se observa ansiedad.

**OBJETIVO:** Identificar los rasgos de personalidad predominantes en pacientes diagnosticados con acné.

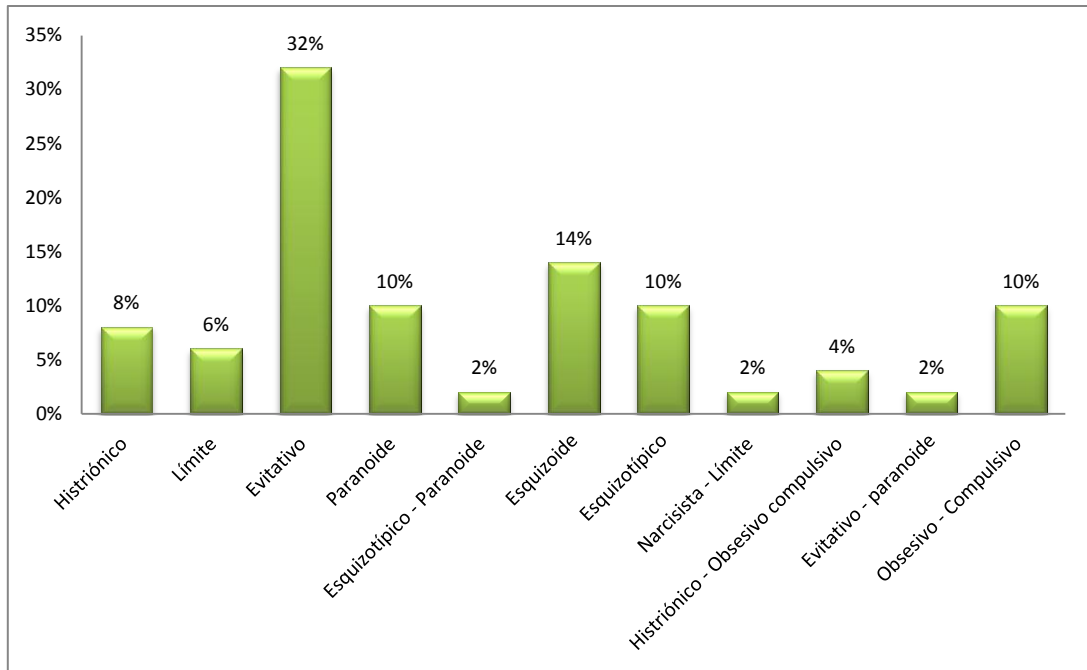
**TABLA 2: RASGOS DE PERSONALIDAD**

| <b>Rasgos de personalidad</b>     | <b>Número</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-----------------------------------|---------------|-------------------|
| Histriónico                       | 4             | 8%                |
| Límite                            | 3             | 6%                |
| Evitativo                         | 16            | 32%               |
| Paranoide                         | 5             | 10%               |
| Esquizotípico - Paranoide         | 1             | 2%                |
| Esquizoide                        | 7             | 14%               |
| Esquizotípico                     | 5             | 10%               |
| Narcisista - Límite               | 1             | 2%                |
| Histriónico - Obsesivo compulsivo | 2             | 4%                |
| Evitativo – paranoide             | 1             | 2%                |
| Obsesivo - Compulsivo             | 5             | 10%               |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>50</b>     | <b>100%</b>       |

**Fuente:** Pacientes entre 18 y 25 años de edad que presentan acné atendidos en consulta externa en el hospital “Manuel Ygnacio Monteros”, IESS.

**Elaboración:** María Inés Espinosa Espinosa

## GRAFICO 2: RASGOS DE PERSONALIDAD



**Análisis de Resultados:** Del 100% de los pacientes a los que se les aplicó el reactivo psicológico Cuestionario de Evaluación IPDE podemos observar que el 32% de los pacientes presentan rasgos de personalidad evitativo; Un 14% rasgos de personalidad esquizoide; 10% rasgos de personalidad paranoide, 10% esquizotípico, 10% obsesivo – compulsivo; 8% Rasgos de personalidad histriónico; 6% rasgos de personalidad límite; 4% rasgos de personalidad histriónico – obsesivo compulsivo; 2% rasgos de personalidad esquizotípico – paranoide, 2% narcisista – límite, y por ultimo 2% evitativo – paranoide.

**OBJETIVO:** Determinar el nivel de desmoralización que presentan los pacientes diagnosticados con acné.

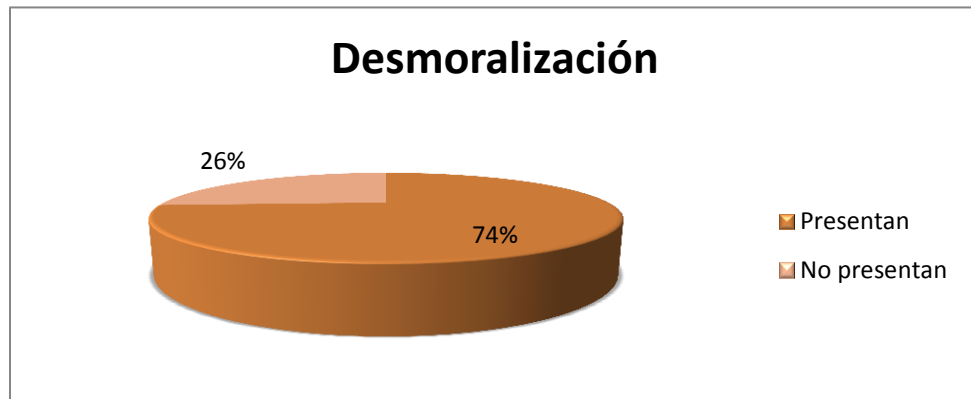
**TABLA 3:** ESCALA PERI (ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA EPIDEMIOLÓGICA)  
– DESMORALIZACIÓN

| <b>Desmoralización</b> | <b>Número</b> | <b>Porcentaje</b> |
|------------------------|---------------|-------------------|
| <b>Presentan</b>       | 37            | 74%               |
| <b>No presentan</b>    | 13            | 26%               |
| <b>TOTAL</b>           | 50            | 100%              |

**Fuente:** Pacientes entre 18 y 25 años de edad que presentan acné atendidos en consulta externa en el hospital “Manuel Ygnacio Monteros”, IESS.

**Elaboración:** María Inés Espinosa Espinosa.

**GRAFICO 3: ESCALA PERI (ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA EPIDEMIOLÓGICA)**



**Análisis de Resultados:** Del 100% de los pacientes a los que se evaluó con el reactivo psicológico Escala de PERI: Entrevista Psiquiátrica Epidemiológica, podemos observar que el 74% de los pacientes presentan desmoralización (disminución del estado de ánimo y pérdida del valor personal), y un 26% no lo presenta.



**OBJETIVO:** Analizar el grado de retraimiento social en los pacientes que han sido diagnosticados con acné

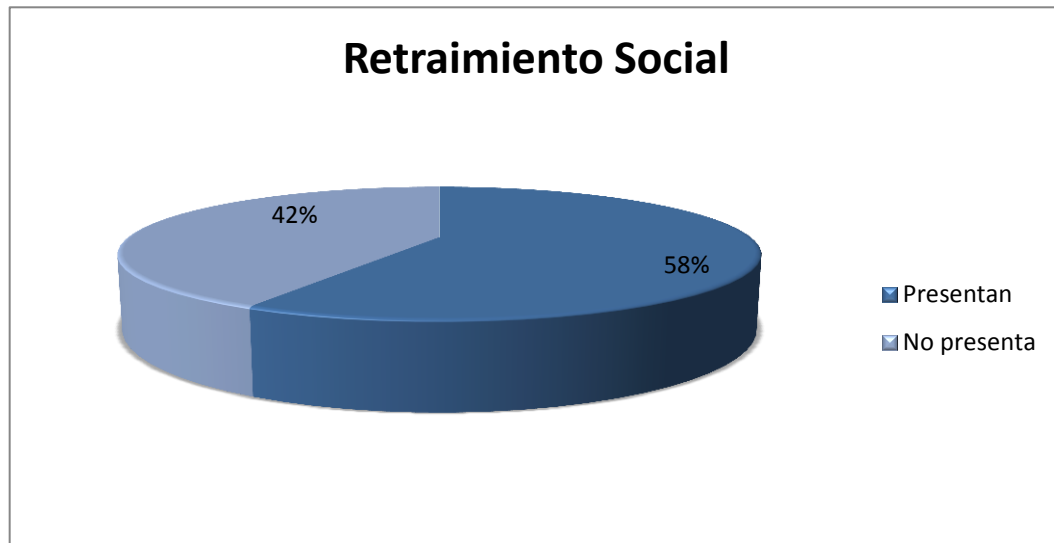
**TABLA 4:** ESCALA PERI (ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA EPIDEMIOLÓGICA)  
– RETRAIMIENTO SOCIAL.

| <b>Retraimiento social</b> | <b>Número</b> | <b>Porcentaje</b> |
|----------------------------|---------------|-------------------|
| <b>Presentan</b>           | 29            | 58%               |
| <b>No presenta</b>         | 21            | 42%               |
| <b>TOTAL</b>               | 50            | 100%              |

**Fuente:** Pacientes entre 18 y 25 años de edad que presentan acné atendidos en consulta externa en el hospital “Manuel Ygnacio Monteros”, IESS.

**Elaboración:** María Inés Espinosa Espinosa.

**GRAFICO 4:** ESCALA PERI (ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA EPIDEMIOLÓGICA) – RETRAIMIENTO SOCIAL.



**Análisis de Resultados:** Del 100% de los pacientes a los que se les aplicó el reactivo psicológico Escala de PERI: Entrevista Psiquiátrica Epidemiológica, podemos identificar, que en el 58% de los pacientes existe retraimiento social, y el 42 % no presento retraimiento social.

## VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación se realizó con 50 pacientes de la Consulta Externa de Dermatología del Hospital “Manuel Ygnacio Monteros”, IESS, de la Ciudad de Loja, el estudio fue realizado estrictamente en paciente que presentaron algún grado de acné, en los cuales se investigó alteraciones psicológicas predominantes, rasgos de personalidad, retraimiento social y desmoralización.

“La prevalencia de acné es de aproximadamente el 80% en la mayoría de los países en todo el mundo”<sup>74</sup>. El estudio realizado sobre los impactos del acné “En 2004, por el Colegio Iberoamericano de dermatología en donde participaron países como Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Venezuela, México, Perú y latinoamericanos residentes en los Estados Unidos, determinaron que 60% de los pacientes presentaban depresión, y el 44% de los pacientes presentaban ansiedad”<sup>75</sup>, Concordando con la presente investigación, ya que al ser aplicado los reactivos psicológico DEPRESIÓN BECK, (BDI – II) y Escala de PERI (Entrevista Psiquiátrica Epidemiológica) a los pacientes con acné se observó depresión en un 66%. “Escalante, 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.”<sup>76</sup> En la presente investigación se destacó la ansiedad con índices elevados en un 70% de los pacientes diagnosticados con acné. El tipo de personalidad a lo largo de la enfermedad se ve afectado en los pacientes con acné es así como lo refiere “el estudio realizado en el 2004 por el Colegio Ibero-latinoamericano de Dermatología determinando que la

---

<sup>74</sup> Dreno B. 2010 Nov. Datos recientes sobre la epidemiología del acné Ann. Dermatol. Venereol. ; 137 Suppl. 2:S49-51. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21095494>

<sup>75</sup> Kaminsky, A: Acné. Un enfoque global.2007, Primera edición. Buenos Aires. Editor Colegio Ibero Latino de Dermatología. p – 203.

<sup>76</sup> Escalante, E. 2007 Acné y Estrés. Dermatol. Perú. v.17 n.1 Lima. Disponible en: [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102871752007000100007&lng=es&nrm=iso](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102871752007000100007&lng=es&nrm=iso). Acceso en Agosto 2011.

personalidad de los pacientes se ve afectada por fases de transición física, la cual desencadena alteraciones psicológicas importantes”<sup>77</sup>. Lo que se relaciona con los pacientes evaluados con el reactivo psicológico Cuestionario de Evaluación IPDE; Rasgos de personalidad, presentaron en su mayoría un 32% rasgos de personalidad evitativo; cuya principal característica es un patrón de sentimientos de inadecuación; hipersensibilidad a la evaluación negativa, rechazo o desaprobación; y evitación de la interacción social, que comienzan en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta. Concertando con la presente investigación que los pacientes con acné a lo largo de los años van modificando su personalidad por los diferentes acontecimientos traumáticos que sufren en el transcurso de su enfermedad.

---

<sup>77</sup> Kaminsky, A: Acné. Un enfoque global.2007, Primera edición. Buenos Aires. Editor Colegio Ibero-Latino de Dermatología. p – 207.

## VIII. CONCLUSIONES

1. La reacción instintiva de repulsión compromete el psiquismo de los pacientes con acné, conllevándolos a presentar alteraciones psicológicas como son los episodios depresivos en un 86% y ansiedad en un 64%.
2. La implicación estética y cosmética que el acné presenta, deteriora la propia estima generando inquietudes acerca de la opinión que despiertan frente a los demás. Lo que se conoce como desmoralización la cual un 74% dentro de los pacientes evaluados.
3. La atracción al sexo opuesto, la percepción de su imagen corporal, así como el desarrollo social y diario, son situaciones de confrontamiento permanente para este tipo de pacientes que en forma frecuente sufren rechazo interpersonal, lo que provoca en el 58% de los pacientes retraimiento social.

## **IX. RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda a los dermatólogos de Hospital “Manuel Ygnacio Monteros”, IESS, la referencia de los pacientes diagnosticados con acné, al área de psicología clínica, a través de la cual se podrá realizar prevención, diagnóstico y tratamiento para las diferentes alteraciones psicológicas que presenten.
2. 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.
3. Brindar Información a los pacientes y familiares sobre los problemas emocionales que pueden presentarse en los pacientes.
4. Fomentar el conocimiento de recursos y técnicas para el manejo de las diferentes alteraciones psicológicas, con la finalidad que el paciente pueda afrontar dichas alteraciones de una manera adecuada.
5. Los pacientes con acné deben ser considerados de riesgo para las diferentes alteraciones psicológicas, por lo tanto deben ser incluidos en programas de manejo multidisciplinario de su patología de base y las asociadas al acné.
6. 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.

## X. BIBLIOGRAFIA

1. Castañedo Caledonio, 2002, "Seis enfoques terapéuticos", (1ª. Ed)., México, El manual moderno
2. Caballo Vicente E., Manual de psicología y trastornos psiquiátricos. Vol. 2 trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación; Madrid. Siglo XXI de España Editoriales, S.A.
3. DE Minzi R y Sachi MC, 2001, Algunas variables moduladoras del estrés. 2001, Rev Latinoamérica, Psicol.
4. Ezequiel Ander – Egg, María José Aguilar Idáñez, 2003; Guía para diseñar proyectos, (15ª. Ed.) Buenos Aires, Editorial LUMEN/HVMANITAS.
5. F. Moisés Gaviria y Jhoseph A. Flaherty, 2000, Psiquiatría , diagnóstico y terapéutica, Chicago, Illinois, U.S.A, Published by the Hispanic American Family Center.
6. GARCIA E. 2000, Psicología de la salud. Proyecto Docente. Oviendo: Universidad.
7. José Cueli, Lucy Reidl, Carmen Martí, Teresa Lartigue, Pedro Michaca, 2009, Teorías de la personalidad; Segunda edición; México – Argentina; EDITORIAL TRILLAS.
8. JERECKI, Tomas F.D. H.G., 2003, Terapéutica psiquiátrica, Salvat, Editoriales S.A. p – 210.

9. J. Vallejo Ruiloba, 2003, Introducción a la psicología y la psiquiatría; Quinta edición. Barcelona (España) MASSON, S.A.
10. Julián Conejo – Mir., José Carlos Moreno., Francisco M. Camacho. Tratado de dermatología, (1ª. Ed.) Barcelona (España): MMXII EDITORIAL OCEANO.
11. KENNET BW, 2004. La depresión en implicaciones médicas generales en tres estudios de políticas de salud para consultar; Enlace psiquiátrico – psicosomático; EDITORIALES A.S. p – 407
12. Kaplan, 2000, “compendio de psiquiatría”. 2da edición, México, Salvat.
13. Kaminsky A 2007, Acné. Un enfoque global, Primera edición. Buenos Aires. Editor Colegio Ibero-Latino de Dermatología.
14. Lazarus RS, Folkman S, 2002, el proceso de respuestas a la enfermedad, (1ª. Ed.), Barcelona, Editorial Martínez – Roca S:A Barcelona
15. Lloyd GG., 2001, las reacciones psicológicas en pacientes con enfermedades físicas. En: Manual de estudios sobre Hospital General Psychiatry. Judd Burrows, Lipsitt (eds.), London. Elsevier Science Publishers BV (División Biomédica).
16. María José Rodrigo, Jesús Palacios, 2010; Familia y desarrollo humano, Psicología y educación; Alianza editorial, S.A., Madrid.
17. Muñoz, 2005, epidemiología, Módulos de docencia investigación extensión. Proceso salud enfermedad. Epidemiología y práctica médica. Universidad de Cuenca. Ed. Talleres gráficos



18. Núñez y Tobón, 2001, Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente; España; Internacional Thomson Editoriales Spain
19. Organización Panamericana de la Salud 2005, Psiquiatría. 2da edición. Editorial el Manual Moderno.
20. Roberto Hernández Sampieri, 2001; Metodología de la investigación (5ª. Ed.) ; Edición por McGRAW - HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO, S.A. de C.V.
21. Roberto Arenas., DERMATOLOGÍA; Atlas, diagnóstico y tratamiento; 2009, Cuarta edición, México D.F., McGRAW - HILL INTERAMERICANA EDITORIALES, S.A. de C.V.

## **ARCHIVOS DIGITALES**

22. Dreno B. 2010 Nov. Datos recientes sobre la epidemiología del acné Ann. Dermatol. Venereol. ; 137 Suppl. 2:S49-51. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21095494>
23. Escalante, E. 2007, Acné y Estrés. Dermatol. Perú. v.17 n.1 Lima. Disponible en: [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102871752007000100007&lng=es&nrm=iso](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102871752007000100007&lng=es&nrm=iso).
24. Gómez, H. El acné y su tratamiento. Disponible en: <http://sibdi.ucr.ac.cr/CIMED/cimed10.pdf>.

25. Jesús Sanz, Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica; Facultad de Psicología, Madrid - España, (Clasificación de Instrumentos), Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Menu%20instrumentos.htm>
  
26. Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. 2011, La calidad de vida en el acné: una comparación con condiciones médicas generales utilizando cuestionarios genéricos. Br J Dermatológicos. Apr; 140 (4):672-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10233319>.
  
27. OMS. ¿Cómo define la OMS la salud?. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
  
28. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Calidad de vida de pacientes con problemas dermatológicos; ISSN 0214 – 9915 CODEN PSOTEG, COPYRIGHT 2000 Psicothema Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72797010.pdf>.
  
29. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre Acné. Disponible en <http://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/viewArticle/377>.

# **INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

**PLAN TERAPÉUTICO**

**PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA PARA LOS PACIENTES**

**DIAGNOSTICADOS CON ACNÉ, QUE PRESENTAN ALTERACIONES**

**PSICOLÓGICAS.**

Una vez culminada la presente investigación y después de la obtención de resultados, que nos dan a conocer las diferentes alteraciones psicológicas que presenta los pacientes atendidos en consulta externa de dermatología diagnosticados con acné. La propuesta de intervención constará de cuatro fases, con la finalidad de impartir conocimientos y técnicas (cognitivo – conductual y racional – emotivo), enfocadas en depresión, ansiedad y autoestima, que ayude a los pacientes a mantener una adecuado afrontamiento hacia situaciones traumáticas o estresantes.

**FASE I:** Psicoeducación

**OBJETIVO:** Impartir conocimientos sobre el acné las alteraciones psicológicas que produce, así mismo el afrontamiento y solución de problemas, y mejorar habilidades sociales.

**Sesión 1**

**Tema:** Generalidades del acné y sus alteraciones psicológicas

**Objetivo:** Que el paciente conozca acerca del acné, y cuáles son sus alteraciones más frecuentes.

**Técnica:** Transferencia de la información

**Duración:** 40 minutos

**Procedimiento:**

Acné

Generalidades del acné:

“El acné es una enfermedad crónica y multifactorial que afecta a la piel, por lo general esta suele aparecer a principios de la adolescencia entre los 14 – 15 años en varones y en las mujeres a más temprana edad (alrededor de los 12 – 13 años)”<sup>78</sup>. Si bien la población adolescente es la de mayor incidencia, el acné no es una enfermedad exclusiva de este grupo ya que puede empezar sus brotes más tardíos.

El acné no se asocia con altos índices de mortalidad, sin embargo por su influencia de carácter psicológica provoca un impacto altamente negativo en cuanto a su función social, baja autoestima, retraimiento social y depresión, los mismos que pueden llegar a provocar intentos autolíticos, alterando de manera importante su componente emocional y determinando por ende una baja calidad de vida.

¿Qué es el acné?

El acné es una enfermedad crónica (de larga duración) que afecta la piel en una de sus estructuras específicas llamada la unidad pilosebácea.

Se trata de una estructura que se extiende a lo largo de todas las capas de la piel, desde la dermis, atravesando la lámina basal hasta la epidermis.

---

<sup>78</sup>Roberto Arenas. 2009, DERMATOLOGÍA; Atlas, diagnóstico y tratamiento; Cuarta edición, México D.F., McGRAW – HILL INTERAMERICANA EDITORIALES, S.A. de C.V. p – 92.

“La unidad está conformada por una glándula sebácea (o glándula productora de grasa), un canal folicular que conecta dicha glándula con la superficie y permite la salida de la grasa y finalmente un pelo que se extiende igualmente hasta la superficie a lo largo del canal folicular”<sup>79</sup>.

Las unidades pilosebáceas se encuentran por toda la superficie de la piel del cuerpo humano, excepto en la piel de las palmas de las manos y de las plantas de los pies. Sin embargo, “las glándulas sebáceas son más profundas y se hallan más concentradas en la piel del rostro, el cuello, el tórax, y la parte superior de la espalda y brazos. Estas zonas se conocen entonces como las zonas seborréicas (por su mayor producción de grasa) y son por ende las más afectadas por el acné”<sup>80</sup>. El aumento en la producción de sebo es una de las causas conocidas de la formación de las lesiones propias del acné.

Uno de los aspectos interesantes del funcionamiento de las glándulas sebáceas es que la producción de sebo (grasa) se ve estimulada por ciertas hormonas, particularmente los andrógenos.

Así mismo, uno de los cambios más relevantes de la adolescencia es de hecho el aumento en la producción de andrógenos lo cual explica por qué hay una mayor producción de sebo en la piel de los adolescentes y también por qué en esta etapa se presenta una mayor incidencia de acné.

En los jóvenes – adultos esta relación ocurre por un desequilibrio hormonal que se desencadena en personas con tensión emocional. En los procesos de alteraciones emocionales, como ocurre en el estrés, una de las hormonas que se sintetizan en forma excesiva es el cortisol. “Cuando ocurre este proceso,

---

<sup>79</sup>Roberto Arenas., DERMATOLOGÍA; Atlas, diagnóstico y tratamiento;2009, Cuarta edición, México D.F., McGRAW – HILL INTERAMERICANA EDITORIALES, S.A. de C.V. p – 94

<sup>80</sup> Julián Conejo – Mir., José Carlos Moreno., Francisco M. Camacho. Tratado de dermatología, (1ª. Ed.) Barcelona (España): MMXII EDITORIAL OCEANO. p – 102

donde se elabora cortisol por encima de los niveles normales, hay un estímulo sobre las glándulas pilosebáceas que producen más cantidad de sebo y de aspecto más consistente”<sup>81</sup>. Esta hormona (cortisol) es la asociada al estrés, la que afecta la liberación de sebo por la piel y a su vez puede ser una causa potencial de problemas cutáneos.

### Pronóstico

El acné es una patología que afecta a adolescentes y adultos jóvenes, el factor pronóstico desfavorable es la presencia de cicatrices profundas residuales, que pueden permanecer definitivamente en la piel y más aún cuando son en zonas visibles (rostro).

### Alteraciones psicológicas del acné

El acné es una de las enfermedades que produce alteraciones psicológicas muy significativas. Tiene un impacto importante en las relaciones interpersonales, sociales, la autoestima baja y poca confianza, una percepción negativa de sí mismo, sentimientos depresivos, ansiedad y rencor.

Por este motivo, es especialmente prioritario determinar el nivel de importancia que la persona afectada le da al acné, ya que existen diferentes tipos de brotes y aceptaciones de la enfermedad, por lo cual efectos psicológicos y emocionales no serán los mismos, pero si dificultaran su relación con los demás.

---

<sup>81</sup> Julián Conejo – Mir., José Carlos Moreno., Francisco M. Camacho. Tratado de dermatología, (1ª. Ed.) Barcelona (España): MMXII EDITORIAL OCEANO. p – 104

## **Sesión 2**

**Tema:** Estrategias para afrontar problemas

**Objetivo:** Educar al paciente para que esté en la capacidad de identificar los problemas que se le presentan de tal manera que pueda hacer frente a diversas situaciones y a su vez determinar el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, para su estabilidad temporal y situacional.

**Técnica:** Afrontamiento de Problemas

**Duración:** 40 minutos

**Procedimiento:**

Es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo, conductual y afectivo, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

Mediante 3 tipos generales de estrategias (dominios) de afrontamiento:

Afrontamiento cognitivo: Buscar un significado al suceso (comprenderlo), valorarlo de manera que resulte menos aversivo, o enfrentarlo mentalmente.

Afrontamiento afectivo: Centrarse en mantener el equilibrio afectivo, o aminorar el impacto emocional de la situación estresante.

Afrontamiento conductual: Enfrentar la situación estresante de forma directa, a través de un proceso que optimice el resultado.



### **Sesión 3**

**Tema:** Solución de Problemas.

**Objetivo:** Educar al paciente para que adquiriera la capacidad de identificar y priorizar los problemas que se le presenten proporcionándole entrenamiento para una resolución adecuada.

**Técnica:** Resolución de problemas

**Duración:** 45 minutos.

**Procedimiento:**

Se le da la instrucción a la paciente que organice las posibles soluciones al conflicto en un listado, para luego, a través de una selección con visión realista y centrada en metas concretas, escoger las más adecuadas a la situación de la paciente. Se trata de seleccionar estrategias de resolución de problemas y conflictos que pueda aplicar de manera general en su vida, de modo que, en caso de nuevos conflictos, estos se puedan resolver de manera apropiada.

## **Sesión 4**

**Tema:** Habilidades sociales y asertividad

**Objetivo:** Hacer que el paciente exprese sus deseos y emociones de una manera adecuada a la situación.

**Técnica:** Entrenamiento en comunicación y asertividad

**Duración:** 60 minutos

**Procedimiento:**

Poner en práctica las siguientes indicaciones:

**Habilidades sociales:** Mantener el contacto visual, defenderse del acusaciones Injustas, empatizar , ejercer Auto-Control, proponer y negociar acuerdos, conceder o realizar entrevistas, mediar en conflictos, hablar en público, hablar frente a público hostil, dirigir o liderar Grupos, dirigir o liderar Grupos Hostiles.

Identificar en qué situaciones presenta inseguridad, expresión de sentimientos, Decir "no", y por ultimo expresar y recibir críticas.

## **FASE II: Depresión**

**OBJETIVO:** Disminuir niveles de depresión en pacientes con acné, Promover la técnicas a través de las cuales se afronte y resista situaciones más adversas.

### **Sesión 1**

**Tema:** Descarga de afectos

**Técnica:** Método catártico

**Objetivo:** Estimular a la paciente a entrar en Catarsis con la finalidad de disminuir sintomatología depresiva

**Duración:** 40 minutos.

#### **Procedimiento:**

El paciente hace referencia a la expresión de una emoción o recuerdo reprimido durante su vida, lo que lo llevara a una catarsis, generando en él un "desbloqueo" súbito de dicha emoción o recuerdo, pero con un impacto duradero (y le permitiría luego al paciente, por ejemplo, entender mejor dicha emoción o evento o incluso hablar ampliamente sobre ello. Luego es importante realiza una técnica de relajación profunda a fin provocar alivio sintomático en la paciente.

## **Sesión 2**

**Tema:** Comunicación Afectiva

**Objetivo:** Promover la resiliencia para poder afrontar y resistir en las situaciones más adversas, transformar las experiencias traumáticas en aprendizaje y crecimiento personal.

**Técnica:** Resiliencia

**Duración:** 45 minutos.

**Procedimiento:**

Se le pide al paciente seguir las siguientes instrucciones y ponerlas en práctica en la vida cotidiana.

*Establezca relaciones:* Es importante establecer buenas relaciones con familiares cercanos, amistades y otras personas importantes en su vida. Aceptar ayuda y apoyo de personas que lo quieren y escuchan. Asistir a organizaciones, ayudar a otros que le necesitan.

*Evite ver las crisis como obstáculos insuperables:* No se puede evitar que ocurran eventos que producen mucha tensión, pero si puede cambiar la manera como los interpreta y reacciona ante ellos.

*Acepte que el cambio es parte de la vida:* Es posible que como resultado de una situación adversa no le sea posible alcanzar ciertas metas. Aceptar las circunstancias que no puede cambiar le puede ayudar a enfocarse en las circunstancias que si puede.

*Moverse hacia sus metas:* Desarrolle algunas metas realistas. Haga algo regularmente que le permita moverse hacia sus metas, aunque le parezca que es un logro pequeño.

*Llevar a cabo acciones decisivas:* Es mejor que ignorar los problemas y las tensiones, y desear que desaparezcan.

*Buscar oportunidades para descubrirse a sí mismo:* Muchas veces como resultado de su lucha contra la adversidad, las personas pueden aprender algo sobre sí mismas y sentir que han crecido de alguna forma a nivel personal.

*Cultivar una visión positiva de sí mismo:* Desarrollar la confianza en su capacidad para resolver problemas y confiar en sus instintos.

*Mantener las cosas en perspectiva:* Evite agrandar el evento fuera de su proporción.

*No perder la esperanza:* Una visión optimista le permite esperar que ocurran cosas buenas en su vida. Trate de visualizar lo que quiere en vez de preocuparse por lo que teme.

*Cuidar de sí mismo:* Preste atención a sus necesidades y deseos. Interésese en actividades que disfrute y encuentre relajantes. Ejercítese regularmente.

### **Sesión 3**

**Tema:** Proyección

**Objetivo:** Proyectar sentimientos negativos del paciente

**Técnica:** Silla vacía

**Duración:** 40 minutos

**Procedimiento:**

La técnica de la silla vacía puede utilizarse para establecer un diálogo con una situación, un aspecto de la propia personalidad, o una persona no disponible.

Un acontecimiento traumático puede representar una situación perturbadora en la vida del paciente, de tal modo que inhiba alguna función o bloquee su sano desarrollo y crecimiento personal y psicológico. Cuando se proyecta en la silla algún aspecto de la propia personalidad, como por ejemplo una necesidad, una incapacidad o un sentimiento, el paciente se encuentra en una dimensión más concreta para poderla manejar y comprender. Y finalmente, cuando hablamos de establecer un diálogo con una persona no disponible, se refiere a quien ha desarrollado un conflicto o pendiente (presente o pasado) en el paciente.

*Desarrolla la técnica*

Se coloca físicamente frente al paciente una silla en la cual se desarrollará este procedimiento. Se le pide concentrar toda su atención en la silla e imaginar la figura previamente identificada. La forma cómo se desarrolla este procedimiento cambia dependiendo de aquello que se proyecte en la silla.

Con un acontecimiento la experiencia es más narrativa. El paciente recapitula lo sucedido y el terapeuta interviene haciendo énfasis en el sentimiento o la emoción que acompaña la situación descrita, pidiendo paralelamente a la persona que se percate de lo que está sintiendo. De esta forma, la silla actúa a modo de pantalla, donde el paciente focaliza su atención y proyecta su percepción del acontecimiento. Él narra y describe lo sucedido, identifica sus emociones y sentimientos ligados a cada elemento significativo de tal acontecimiento, expresa y libera profundas tensiones internas, establece contacto, y finalmente toma conciencia del significado que ha asignado al acontecimiento y del modo en que éste interfiere en su vida.

En cambio, cuando se trabaja en la silla algún aspecto de la propia personalidad, la experiencia se vuelve más interactiva y dialogal. El terapeuta dirige la intervención hacia el momento más intenso emocionalmente para el paciente. El paciente establece contacto y el terapeuta contribuye a maximizarlo para que ocurra el darse cuenta.

Y cuando se pone en la silla a una persona significativa en la vida del paciente, aprende que, si bien, no tiene existencia en la realidad física, sí en la realidad psicológica. El paciente utiliza su imaginación para rellenar con la presencia de tal persona, el espacio vacío de la silla. El terapeuta le pide primero que lo describa físicamente para darle fuerza a tal imagen y presencia, dirige la intervención hacia el momento de mayor intensidad emocional, detiene el proceso y facilita la toma de contacto. El paciente se comunica directamente con la persona imaginada en la silla. El terapeuta sigue muy de cerca este diálogo, haciendo énfasis en el presente, en el sentimiento y en el cuerpo del paciente, alentando la expresión de emociones, y fortaleciendo el consiente (darse cuenta).

### **FASE III: Ansiedad**

**OBJETIVO:** Disminuir niveles de ansiedad en pacientes diagnosticados con acné y a su vez identificar las situaciones ansiógenas.

#### **Sesión 1**

**Tema:** Relajación Muscular Progresiva

**Objetivo:** Disminuir tensión muscular

**Técnica:** Entrenamiento en relajación de Jacobson

**Duración:** 45 minutos

#### **Procedimiento:**

Al paciente se lo coloca en una silla confortable; sería ideal que tuviese reposabrazos. También puede hacerse acostándose en una cama. Ponerse tan cómodo como sea posible (no utilizar zapatos o ropa apretada) y no cruzar las piernas.

Hacer una respiración profunda completa; hacerlo lentamente. Otra vez. Después alternativamente tensamos y relajamos grupos específicos de músculos. Después de tensionar un músculo, este se encontrará más relajado que antes de aplicar la tensión. Se debe concentrar en la sensación de los músculos, específicamente en el contraste entre la tensión y la relajación. Con el tiempo, se reconocerá la tensión de un músculo específico y de esta manera seremos capaces de reducir esa tensión.



No se deben tensar músculos distintos que el grupo muscular que estamos trabajando en cada paso. No mantener la respiración, apretar los dientes o los ojos. Respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la tensión y la relajación. Cada tensión debe durar unos 10 segundos; cada relajación otros 10 o 15 segundos. Contar "1, 2, 3..."

A continuación se realiza la técnica en este orden muscular

**Manos:** Apretar los puños, se tensan y destensan. Los dedos se extienden y se relajan después.

**Bíceps y tríceps:** Los bíceps se tensan (al tensar los bíceps nos aseguramos que no tensamos las manos para ello agitamos las manos antes después relajamos dejándolos reposar en los apoyabrazos. Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan.

**Hombros:** Tirar de ellos hacia atrás (ser cuidadoso con esto) y relajarlos.

**Cuello (lateral):** Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda.

**Cuello (hacia adelante):** Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo. (Llevar la cabeza hacia atrás no está recomendado).

**Boca (extender y retraer):** Con la boca abierta, extender la lengua tanto como se pueda y relajar dejándola reposar en la parte de abajo de la boca. Llevar la lengua hasta tan atrás como se pueda en la garganta y relajar.

**Lengua (paladar y base):** Apretar la lengua contra el paladar y después relajar. Apretarla contra la base de la boca y relajar.

**Ojos:** Abrirlos tanto como sea posible y relajar. Estar seguros de que quedan completamente relajados, los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión.

*Espalda:* Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar. Ser cuidadoso con esto.

*Glúteos:* Ténsalos y eleva la pelvis fuera de la silla; relajar. Aprieta las nalgas contra la silla; relajar.

*Muslos:* Extender las piernas y elevarlas 10 cm. No tenses el estómago; relajar. Apretar los pies en el suelo; relajar.

*Estómago:* Tirar de él hacia dentro tanto como sea posible; relajar completamente. Tirar del estómago hacia afuera; relajar.

*Pies:* Apretar los dedos (sin elevar las piernas); relajar. Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.

*Dedos:* Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo; relajar. Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.

**Tarea terapéutica:** Hacer la secuencia entera una vez al día hasta sentir que se es capaz de controlar las tensiones de los músculos.

## **Sesión 2**

**Tema:** Registro de sintomatología ansiosa

**Objetivo:** Identificar cuando se presentan conductas ansiosas y a su vez discriminar sintomatología ansiosa.

**Duración:** 40 minutos.

### **Procedimiento:**

Al paciente se le explica que esta tarea es para el ambiente exterior, donde identificara las respuestas que se tienen a nivel cognitivos, fisiológico y motor.

Un autorregistro continuo de las experiencias de ansiedad.

| SITUACIÓN  | RESPUESTA COGNITIVA                             | RESPUESTA FISIOLÓGICA                                | RESPUESTA MOTORA                             |
|--|---|--|--|
| <i>Cuando y donde se produce el comportamiento ansioso</i> | <i>¿Qué pensamientos se vienen a la cabeza?</i> | <i>Reacciones físicas que aparecen en tu cuerpo.</i> | <i>¿Qué haces?<br/>Nro. De repeticiones.</i> |

**Tarea terapéutica:** Realizar el registro de cada situación que se presente y produzca ansiedad a nivel cognitivos, fisiológico y motor.

### **Sesión 3**

**Tema:** Relajación.

**Objetivo:** Alivio de sintomatología ansiosa

**Técnica:** Relajación con visualización (Camino de la Playa)

**Duración:** 60 minutos.

**Procedimiento:**

Se le pide al paciente recostarse en una colchoneta y escuchar e imaginar lo que enuncia el terapeuta: Estoy recostado con los ojos cerrados, Me voy alejando de los ruidos y exigencias cotidianas, comienzo a visualizarme con todo tipo de detalles descendiendo por un camino que desemboca en la playa, Me veo recorriendo el camino, Hace un día cálido, el sol me calienta y la sensación es agradable, Una agradable brisa en mi frente me refresca, Siento como los pies se hunden levemente en la arena caliente y me gusta, es una sensación agradable, muy agradable, Desde aquí puedo mirar al horizonte, veo el azul del mar, Veo el azul del cielo, Tengo la sensación de estar rodeado de azul un azul que me relaja y me llena, me invade y me sosiega, Percibo los olores salobres del mar, de la arena, escucho el sonido del viento al filtrarse entre las hojas de unos árboles cercanos, Me recuesto en la arena caliente y me relaja, los granos de arena comunican su calor a mi espalda y disuelven la tensión como un azúcarillo se disuelve en agua caliente, El cielo azul, el mar azul me relajan, El sonido del viento entre las hojas me relaja, El sonido de las olas me relaja, Siento la relajación y la calma, Me permito permanecer en este estado unos momentos y me preparo para abandonar el ejercicio, Regreso a mi habitación, y tomo conciencia del estado de relajación en que me encuentro, me

doy cuenta que puedo volver a esta playa interior a relajarme cuando lo desee,  
sé que mi imaginación es una fuente de calma y de paz.

## **Sesión 4**

**Tema:** Respiración

**Objetivo:** Enseñar al paciente como respirar para controlar su ansiedad en diferentes situaciones.

**Técnica:** Ejercicio de respiración

**Duración:** 30 minutos

**Procedimiento:**

Se va a realizar con el paciente lo siguiente:

Un elemento clave para asociar relajación y respiración es la postura, así que debe buscar una postura cómoda, sin presionar el pecho ni el abdomen.

De preferencia se cierra los ojos, y se desenfoca la mirada (aunque tenga los ojos cerrados)

Relaje bien la mandíbula, pues si ésta está tensa, su garganta (por donde pasará el aire) también.

Haga un repaso mental de su cuerpo y si encuentra tensiones, procure relajarlas.

Haga una inspiración profunda y suelte todo el aire por la boca, como haciendo un suspiro. Luego sienta el peso de su cuerpo, y deja que pese.

Comience a respirar naturalmente -no profundamente-, tomando conciencia de su respiración. Observe si es rápida o lenta, si es profunda o superficial y no la juzgue ni haga nada para cambiarla. De momento sólo obsérvala.

Si su mente se distrae, simplemente vuelve a sentir su respiración.

Una buena relajación comienza con enfocarse en la respiración. Ahora inhale y exhale un poco más lento y con un ritmo regular. Evite forzar su respiración.

Después de unas inhalaciones y exhalaciones más lentas observe esa pausa que se da al final de la exhalación, justo antes de inhalar. Observe las sensaciones de su cuerpo durante esa pausa (no las alargue, deje que sea natural). En ella es cuando la relajación es más profunda.

Finalmente deje de intervenir en su respiración, deje que se haga de forma natural (no profunda), y observe como se sientes.

**Tarea terapéutica:** Una buena relajación comienza con enfocarse en la respiración. Una vez aprendida la técnica el paciente debe realice el ejercicio de respiración, en las mañanas y en las noches de 5 a 10 minutos, ubicándose en un lugar tranquilo.

## **FASE II: Autoestima**

**OBJETIVO:** Fortalecer y elevar el autoestima en pacientes diagnosticados con acné.

### **Sesión 1**

**Tema:** Evento interruptor

**Objetivo:** es lograr que el paciente posea un concepto de sí mismo resistente y positivo, y que logre mantenerlo más allá de la aprobación o desaprobación de cualquier persona.

**Técnica:** Quema de culpas

**Duración:** 40 minutos

#### **Procedimiento:**

Se le explica al paciente que va hacer un registro y contestar algunas preguntas en una hoja de papel, de acuerdo a las instrucciones que se le dé:

Al avanzar hacia esa meta, es de vital importancia el modo en que usted piensa acerca de su conducta (los parámetros por los cuales la juzga y el contexto dentro del cual la ve); sobre todo en los momentos en que se inclina a condenarse a usted mismo. Es obvio que la culpa subvierte la autoestima positiva.

Se le pide al paciente evaluar su conducta contestando las siguientes preguntas:



¿Según los parámetros de quien juzga usted su conducta: los suyos o los de otra persona?

¿Trata usted de comprender por qué actuó como lo hizo? ¿Recuerda las circunstancias, el contexto y las opciones que, según usted percibió, estaban a su disposición en ese momento?

¿Evalúa usted su conducta como si fuera la de otro?

Cuando piensa en su conducta, ¿identifica las áreas o las circunstancias específicas en las que tiene lugar, o generaliza en exceso y dice: "Lo ignoro", cuando en realidad quizás ignore un tema particular pero conozca bien muchos otros temas? ¿O dice: "Soy débil", cuando en realidad puede faltarle coraje o fuerza en una esfera particular pero no en otras?

Si lamenta sus acciones, ¿trata de aprender de ellas, para que en su conducta futura no repita las mismas equivocaciones? ¿O simplemente sufre por el pasado y sigue pasivamente atado a modelos de conducta que sabe inadecuados?

Se le pide al paciente que piense en alguna acción que haya realizado, o que no haya realizado, de la cual se arrepiente, algo lo bastante significativo como para que lo afecte diariamente. Luego pregúntese: ¿según los parámetros *de quien* estoy juzgando? ¿Los míos o los de otro? Si esos parámetros no son en verdad suyos, pregúntese: ¿Qué es lo que yo creo en realidad sobre esto? Si usted es un ser humano pensante y, con toda honestidad y plena conciencia, no ve nada malo en su conducta, quizás encuentre el coraje necesario para dejar de condenarse en ese mismo instante. O, al menos, tal vez comience a vislumbrar una nueva perspectiva en la evaluación de su conducta.

Las declaraciones de culpa son una cortina de humo para ocultar sentimientos negados o rechazados. Se escribe la siguiente frase: "No he logrado vivir de acuerdo con las expectativas o parámetros de otro. Tengo miedo de admitir que esas expectativas y esos parámetros me intimidan. Tengo miedo de reconocer cuánto me irrita lo que se espera de mí. Así que, en cambio, me digo a mi mismo, y les digo a los demás, que me siento culpable de no haber hecho lo correcto, y de ese modo no tengo que temer comunicar mi resentimiento y poner en peligro mi relación con los demás".

Una vez analizadas las respuestas, se le hace conocer al paciente que las contestaciones a todas estas preguntas tendrán profundas implicaciones para su vida cotidiana. De este modo el paciente lograra sentirá alivio y una percepción positiva de sí mismo.

## **Sesión 2**

**Tema:** Detención de pensamiento

**Objetivo:** Identificar e interrumpir los pensamientos desagradables y enseñarle al paciente a controlar dichos pensamientos

**Técnica:** “Técnica de Autocontrol Emocional”

**Duración:** De 30 a 40 minutos

**Procedimiento:**

### **1. Determinar cuáles son los pensamientos obsesivos y/o fóbicos.**

Haga introspección de cuáles son los pensamientos que se repiten de forma habitual y que al mismo tiempo le proporcionan mayor malestar o los percibe como desagradables.

### **2. Imaginación en el pensamiento.**

En este punto, intente estar relajado en un lugar tranquilo. Imagine una situación en la que aparezca con facilidad el pensamiento obsesivo que quiere combatir. Imagínelo con todos los detalles posibles.

También debe practicar con pensamientos normales, alternando entre normales y obsesivos, para que en las fases posteriores cuando detenga los pensamientos obsesivos, éstos sean sustituidos por los pensamientos adaptativos.

### **3. Interrupción del pensamiento con ayuda.**

Puede ayudarse con un despertador o alarma, una grabadora o una goma elástica rodeando la muñeca. Ponga la alarma para que suene en dos minutos. Póngase cómodo y cierre los ojos. Imagine el pensamiento obsesivo tal como se describe en el punto 2. Cuando oiga sonar la alarma grite "¡STOP!" y deje la mente libre de todo tipo de pensamientos excepto los alternativos saludables. Intente aguantar durante 30 segundos con la mente en blanco. En este tiempo, si el pensamiento obsesivo reaparece grite de nuevo "¡STOP!". Si no logra detener el pensamiento obsesivo elija uno menos angustiante y practique antes de abordar otros más difíciles de extinguir. Las primeras prácticas conviene trabajar con pensamientos poco estresantes y una vez que se domine la técnica ataque a los más perjudiciales.

Con la grabadora, grabe su voz pronunciando "¡STOP!" en intervalos intermitentes y en voz alta y con fortaleza. Los intervalos pueden ser cada 2 minutos, 1 minuto, 3 minutos, 2 minutos. Después se sienta tranquilo y comienza a imaginar el pensamiento obsesivo al tiempo que pone en marcha la grabadora. Cuando oiga el primer "¡STOP!" detenga su pensamiento y manténgase unos 30 segundos con la mente en blanco o con pensamientos neutrales. Vuelva a centrarse en el pensamiento obsesivo hasta oír el siguiente "¡STOP!", y así sucesivamente.

Otra ayuda consiste en colocarse una goma elástica en la muñeca, de tal forma que al aparecer el pensamiento obsesivo se tira de ella y se suelta. Este procedimiento puede utilizarlo cuando esté gente a su alrededor y le resulte embarazoso decir en voz alta "¡STOP!".

#### **4. Interrupción del pensamiento sin ayuda.**

El siguiente paso consiste en controlar su pensamiento sin las ayudas anteriores. También se va desvaneciendo poco a poco la intensidad al pronunciar la palabra "¡STOP!" hasta conseguir decirla sólo en la mente:

Vuelva a imaginar el pensamiento obsesivo y grite con fuerza "¡STOP!". En fase posterior haga lo mismo pero pronunciando "¡STOP!" en un tono de voz normal. Cuando logre controlar el pensamiento usando un tono de voz normal es el momento de comenzar a decir "¡STOP!" en voz muy baja, casi imperceptible.

El último esfuerzo en esta fase es imaginar que oye la palabra "¡STOP!" en su mente. Tiene que ayudarse de las cuerdas vocales y del movimiento de la lengua como si fuera a pronunciar en voz alta, que le resultará útil para detener sus pensamientos tanto si está solo como si está en presencia de público.

#### **5. Sustitución del pensamiento.**

En la última fase tiene que preparar varias frases alternativas a los pensamientos obsesivos o fóbicos. Por ejemplo, si el pensamiento obsesivo es el "miedo a envejecer" puede utilizar la frase "El envejecimiento es un proceso normal de la evolución del ser humano"; si está preocupado porque "cree que le van a robar", la frase alternativa puede ser "tengo todas mis pertenencias bajo control"; si piensa de forma injustificada que "su pareja le engaña", use la frase "no tengo evidencias de que lo haya hecho alguna vez y me ha demostrado muchas veces que me ama".

Para cada tipo de pensamiento debe preparar varias frases, pues una sola va perdiendo efecto a medida en que se repita.

Una vez tenga las frases alternativas al pensamiento obsesivo cada vez que surja el pensamiento obsesivo o fóbico oblíguese a pensar en la afirmación positiva.

Aprender a detener un pensamiento lleva tiempo. Los pensamientos suelen ser resistentes a desaparecer por lo que continuamente tendrá que interrumpirlo. La mayor complicación para su detención es cuando comienzan porque nos cogen de sorpresa y tardamos tiempo en determinar qué es lo que nos está ocurriendo. Por eso, en el momento en que aparecen es cuando debemos interrumpirlos y volver de nuevo a interrumpirlos y al tiempo concentrarnos en las frase positivas que hayamos preparado.

Generalmente, los pensamientos obsesivos o fóbicos aparecerán cada vez con menor frecuencia cuando hayamos avanzado en el entrenamiento y, posiblemente dejarán de constituir un problema o al menos se podrá aliviar la ansiedad que conllevan.

### **Sesión 3**

**Tema:** Autoestima

**Objetivo:** Fomentar su autoestima, de manera que pueda afrontar las repercusiones psicológicas y situacionales derivadas de los momentos traumáticos, mejorar el concepto que el paciente tiene de sí mismo, educarlo para que sea capaz de respetarse y consiga una mayor independencia personal.

**Técnica:** Minimización de rasgos disfuncionales

**Duración:** 45 minutos

**Procedimiento:**

Se emplea en el paciente las siguientes preguntas, a través de las cuales el descartara el concepto erróneo sobre sí mismo:

Concepto de sí mismo. ¿Quién Soy?

Listado de aspectos negativos del paciente.

Listado de acuerdos y desacuerdos con las críticas.

¿Qué me gusta y que no me gusta de mí (Físico y Psicológico)?

¿Lo que me cuesta aceptar de es?

¿Si yo aceptara más las cosas que he hecho?

¿Para qué estoy Aquí?

¿Qué pasaría si otras personas vieran que me acepto más?

Luego se analizan las respuestas y se guía al paciente para lograr la incorporación de autoestima.

## **Sesión 4**

**Tema:** Creencias Irracionales.

**Objetivo:** Elevar el nivel de tolerancia a la frustración.

**Técnica:** Regulación Emocional.

**Duración:** 45 minutos

### **Procedimiento:**

La baja tolerancia a la frustración está relacionada con dos elementos:

Una percepción equivocada y exagerada de la situación que estamos viviendo.  
La creencia de que es horrible vivir el malestar y no lo podemos ni queremos aguantar.

Buscar cuales son las ideas y creencias equivocadas pueden estar provocándote la baja tolerancia a la frustración.

Enfocarse en buscar una solución adecuada y no en el malestar que se siente.  
No se trata de que el terapeuta saque por sí mismo al paciente de su crisis o que le solucione sus problemas.

**Tarea terapéutica:** La paciente deberá tratar de realizar esta actividad la mayor parte del tiempo frente a cada situación que se le presente, hasta adoptar un nivel adecuado ante las frustraciones.



## **Sesión 5**

**Tema:** Entrenamiento Psicológico

**Objetivo:** Interrumpir el auto diálogo interno negativo que está generando emociones desagradables.

**Técnica:** Detención de pensamiento negativo

**Duración:** 45 minutos.

### **Procedimiento:**

Identifique su malestar: cuando noto emociones negativas las utilizo como señal de aviso, que estoy pensando en cosas negativas y pensamientos autodestructivos.

Dese cuenta de los pensamientos o secuencias de pensamientos que está teniendo. Verbalizarlos en voz alta tal y como los estamos produciendo: “no puedo entender por qué me ha hecho esto” “ahora se reirán de mí”.

Seleccione el estímulo de corte: Un estímulo intenso que se pueda usar producir a voluntad y que sea capaz de atraer inmediatamente la atención: un ruido fuerte como una palmada, las palabras ¡Basta! ¡Stop!, colocar una goma en la muñeca y tirar de ella.

Con los ojos cerrados genere la cadena de pensamientos expresándolos en voz alta. Un momento después se interrumpe con el estímulo que hayamos elegido. Si es suficientemente intenso se interrumpirá la cadena de pensamientos.

Realice un cambio de actividad: busco una ocupación que requiera mi atención, por ejemplo generar recuerdos agradables. Basta con 30-40 segundos para conseguir que el pensamiento anterior no vuelva. Este paso se debe repetir varias veces (8-10) hasta que resulte fácil generar la cadena y cortarla.

Ahora genere sólo mentalmente (sin verbalizar en voz alta) la secuencia de pensamientos y he interrumpa con el estímulo de corte.

Mantenga una aplicación mental del estímulo de corte. Únicamente se visualizará el estímulo de corte para la parada de pensamientos. Inmediatamente después centrara la atención en otro tipo de actividad.

**Tarea terapéutica:** Una vez aprendida la técnica (se puede lograr en unos 30 minutos), el paciente debe practicar de forma sistemática durante, al menos, 15 días a fin de dominarla (5-10 aplicaciones diarias pueden ser suficientes).

## **Sesión 6**

**Tema:** Autoestima

**Objetivo:** Orientar principalmente al análisis y resolución de problemas, se lleva a cabo para identificar y analizar las Fortalezas y Debilidades de la organización, así como las Oportunidades y Amenazas reveladas por la información obtenida del contexto externo.

**Técnica:** “FODA”

**Duración:** 45 minutos.

**Procedimiento:**

Se le explica al paciente como se va realizar la planeación estratégica a través de sus fortalezas y debilidades que se refieren a factores internos, mientras que las oportunidades y amenazas son factores externos sobre los cuales la organización no tiene control alguno. Por tanto, deben analizarse las condiciones del FODA de la organización en el siguiente orden:

|          |               |             |
|----------|---------------|-------------|
|          | Positivos     | Negativos   |
| Internos | Fortalezas    | Debilidades |
| Externos | Oportunidades | Amenazas    |

Al detectar primero las amenazas que las debilidades, tendrá que poner atención a las primeras y desarrollar las estrategias convenientes para contrarrestarlas, y con ello, ir disminuyendo el impacto de las debilidades. Al tener conciencia de las amenazas, aprovechará de una manera más integral tanto sus fortalezas como sus oportunidades.

Las fortalezas y debilidades incluyen entre otros, los puntos fuertes y débiles, dado que éstos determinarán qué tanto éxito tendremos poniendo en marcha nuestro plan. Algunas de las oportunidades y amenazas se desarrollarán con base en las fortalezas y debilidades, pero la mayoría se derivarán del ambiente el cual rodea al paciente. De tal manera que el paciente podrá tener conocimiento de sus fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, que le servirán para un mejor afrontamiento en su vida diaria.

# **ANEXOS**

## **PRE – PROYECTO**

### **I. TEMA**

“ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES ENTRE 18 Y 25 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTAN ACNÉ ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL “MANUEL YGNACIO MONTEROS”, IEES, DE LA CIUDAD DE LOJA – ECUADOR, PERÍODO JULIO – DICIEMBRE DEL AÑO 2013.”

### **II. PROBLEMA:**

“El acné puede destruir en forma cruel la autoestima, el bienestar psicológico y la capacidad de relacionarse, además de precipitar el suicidio. A pesar de eso, aún no se le da importancia y se lo considera casi hasta trivial (“normal”, “de la edad”), cuando se lo compara con otras enfermedades de sistemas orgánicos.”<sup>82</sup>.

Una de las enfermedades dermatológicas que provoca más alteraciones psicológicas es el Acné. En la mayoría de estudios acerca del acné han relacionado a esta enfermedad dermatológica con varios aspectos psicológicos, ya que frecuentemente el acné se presenta en zonas que son perceptibles directamente, especialmente en el rostro, siendo este asociado a la autoimagen, la que se vería afectada en estos casos, produciendo una baja de autoestima.

Es indudable que una de las alteraciones psicológicas que más se ven afectadas en un individuo que presenta acné es la autoestima, ya que afecta principalmente zonas visibles en muchas ocasiones van a ser blanco de burlas y situaciones en las que su autoestima va a disminuir.

---

<sup>82</sup> Kaminsky, A: Acné. Un enfoque global. Primera edición. Buenos Aires. Editor Colegio Ibero-Latino de Dermatología 2007.

Asociado también al aparecimiento de acné, se ven reflejados problemas depresivos. Siendo de esta manera la depresión también una de las alteraciones psicológicas que están presentes en pacientes con acné ya que afectan directamente al estado emocional del individuo, llegando a ser una de las enfermedades en las que más intentos suicidas se presenta.

Los jóvenes son precavidos para hablar de sus problemas en la piel, y prefieren acudir a familiares o amigos antes que al médico o especialista. Los problemas psicológicos pueden desembocar en ansiedad, lo que empeora el cuadro dermatológico. Por lo que es necesario abordar el tema de pacientes que presenten acné y la ansiedad que esto les produce.

Al analizar el comportamiento de los pacientes con acné, además de los problemas ya mencionados podemos encontrar que: “el 100 % de los afectados que se encuentra preocupado por el acné, el 72,3% se siente menos atractivo, el 38,5% se siente acomplejado, cerca del 30% han modificado sus actividades diarias (hacer deporte, quedar con los amigos o con una persona del sexo opuesto) por culpa del acné. Los sentimientos negativos hacen su aparición ligados al hecho de tener acné en la edad adulta. Los más reconocidos son vergüenza (22.4%), rabia (19.1), angustia (17%), irritación (16%) y desesperación (15.4%). En cuanto a las situaciones que experimentan por parte de los demás a causa del acné, un 44.7% de los jóvenes – adultos, que padecen o han padecido acné, siente que la gente les mira a menudo fijamente y un 25.9% reconoce haberse vuelto más callado/a ante los demás”<sup>83</sup>, lo que afecta claramente su calidad de vida.

Las observaciones clínicas de los dermatólogos confirman con frecuencia el papel que los componentes psicológicos desempeñan en la génesis, mantenimiento y las consecuencias de las patologías cutáneas así como una de las más comunes en este caso en el acné.

---

<sup>83</sup> Guerra Tapia A. Estudio epidemiológico descriptivo transversal sobre la prevalencia del acné en la población adolescente española.

Al momento de analizar el problema del acné podemos relacionarlo inmediatamente con la adolescencia, pero cabe recalcar que también se presenta en jóvenes adultos e incluso en adultos de hasta 45 años, por lo que he visto la necesidad de encaminar el siguiente trabajo investigativo en los jóvenes adultos, debido a que la mayoría de estudios se enfocan en los adolescentes y no se presta la debida atención a los pacientes de edad etaria de 18 a 25 años.

“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”<sup>84</sup>

Por lo antes mencionado cabe recalcar que “su distribución es universal; afecta a la mayoría de los adolescentes y tiende a desaparecer hacia los 20 y 25 años de edad, aunque en ocasiones este se prolonga; predomina ligeramente en varones”.<sup>85</sup>

Por lo tanto el abordaje del individuo con acné debe ser amplio, detallado, e individualizado, caracterizado por el grado de severidad de la enfermedad, así como la presencia de cicatrices, las cuales son medidas importantes para poder evaluar el impacto psicológico que el paciente se encuentra atravesando debido a que la percepción de su autoimagen viene a desvalorizar, teniendo en cuenta que en muchas ocasiones cuando se cura algunas lesiones, aparecen otras nuevas, dando la sensación de que nunca desaparecerán definitivamente.

De acuerdo a las pautas anteriores he enfocado mi investigación en la siguiente pregunta que planteará mi problema:

**¿ Cuáles son las alteraciones psicológicas en los pacientes que presentan acné, en edades comprendidas entre 18 y 25 años de edad que acuden a consulta externa de dermatología en el hospital “Manuel Ygnacio**

---

<sup>84</sup> Kaminsky, A: Acné. Un enfoque global. Primera edición. Buenos Aires. Editor Colegio Ibero-Latino de Dermatología 2007.

<sup>85</sup> ARENAS, R. Dermatología: Atlas, diagnóstico y tratamiento. Cuarta edición. Pp. 29



**Monteros”, IESS, de la ciudad de Loja – Ecuador, periodo Julio – Diciembre del año 2013?**

### **III. JUSTIFICACION:**

Dentro del sistema académico universitario a lo largo de mi carrera universitaria, los estudiantes hemos estado en constante contacto con la sociedad, por lo que se evidencia algunos problemas que esta aqueja.

Así mismo en el Área de la salud Humana en especial en nuestra carrera de Psicología Clínica hemos abordado la problemática de la Salud mental, y nos damos cuenta que no se le da la importancia adecuada a la misma.

Por ello he enfocado mi proyecto de tesis al abordaje de una afectación que hasta el momento solo se le ha dado importancia a nivel médico, dejando de lado el aspecto psicológico que indudablemente también se ve afectado.

Es por ello que la presente investigación, pretende enfocar la importancia que tiene el conocimiento de las diferentes alteraciones psicológicas que se presentan en pacientes con acné, para de este modo poder obtener un tratamiento psicológico integral, no solo en el área de dermatología, sino también en el área psicológica.

Intento también que las personas afectadas puedan afrontar de una manera adecuada las secuelas de esta patología, que no solo afecta a la piel sino también al estado emocional y la calidad de vida de quien la padece.

En nuestro medio la sociedad no tiene aún consciencia de las alteraciones psicológicas que los pacientes con acné pueden presentar, por ello en el presente trabajo investigativo, enfocaré a la Psicoeducación sobre este problema y las maneras de ayudar a enfrentarlo.

Por lo antes mencionado, considero relevante mi presente trabajo investigativo, ya que es oportuno el enfoque psicológico en el tema del acné, tanto en las

personas que padecen esta enfermedad, al igual que la colectividad en general.

#### **IV. OBJETIVOS:**

##### ***Objetivos Generales:***

- ✓ Identificar las alteraciones psicológicas en los pacientes de 18 a 25 años de edad con acné, que acuden a consulta externa en el “Hospital Manuel Ygnacio Monteros”, IESS

##### ***Objetivo específicos:***

- ✓ Identificar los rasgos de personalidad predominantes en pacientes diagnosticados con acné.
- ✓ Determinar el nivel de desmoralización que presentan los pacientes diagnosticados con acné
- ✓ Analizar el grado de retraimiento social en los pacientes que han sido diagnosticados con acné.

## **V. ESQUEMA DEL MARCO TEORICO**

### **Capítulo 1 – Alteraciones psicológicas**

#### 1.1 Alteraciones psicológicas

##### 1.1.1 Autoestima

##### 1.1.2 Depresión

##### 1.1.3 Ansiedad

##### 1.1.4 Calidad de vida

### **Capítulo 2 - Acné**

#### 2.1. Acné

##### 2.1.1 Generalidades

##### 2.1.2. Tipos de Acné

##### 2.1.3 Tratamiento

#### 2.2 Acné Emocional

##### 2.2.1 Efectos psicológicos y emocionales del acné

##### 2.2.2 Impacto psicosocial del acné

##### 2.2.3 Calidad de vida en paciente con acné

## **VI. METODOLOGIA:**

El presente trabajo de investigación será realizado en el Hospital “Manuel Ygnacio Monteros” del IESS de la ciudad de Loja, en el periodo de Julio a Diciembre del año 2013.

Se realizara una investigación descriptiva – transversal, se especificará las propiedades de cada una de las variables que se van a investigar, describiendo sus diferentes aspectos, dimensiones y componentes.

La investigación se realizará en los pacientes con diagnóstico de Acné que acudan a consulta externa de Dermatología del Hospital “Manuel Ygnacio Monteros” IESS.

Los pacientes que serán evaluados para el siguiente trabajo serán aquellos que oscilen en edades de 18 a 25 años que acuden a consulta externa de dermatología del Hospital “Manuel Ygnacio Monteros” IESS.

Se excluirán aquellos pacientes que acudan por otro tipo de alteración dermatológica, y que no se encuentren dentro del grupo etario de 18 a 25 años.

El estudio será de tipo inductivo, ya que este método permite determinar la realidad del problema a investigar partiendo desde lo particular hasta llegar a lo general, además será deductivo porque partiendo de lo general se concluirá en lo singular del problema estudiado.

Los principales instrumentos que me servirán para la realización de mi trabajo investigativo serán:

Escala de PERI: Entrevista Psiquiátrica Epidemiológica.- es una técnica objetiva diseñada para investigar distintas dimensiones psicopatológicas específicas y no específicas, en estudios de tipo poblacional o comunitario, los ítems están asociados con algún tipo de desorden o desajuste pero no corresponde con una categoría diagnóstica específica. Evalúa la presencia o ausencia de distintos acontecimientos vitales estresantes de la población general que se agrupan en 11 áreas: colegio, trabajo, amor y matrimonio, hijos, familia, delitos

y asuntos legales, situación económica, actividades sociales y miscelánea (en la versión española se agrupa en 10 áreas similares: académica, laboral, vida amorosa y matrimonio, hijos, residencia, asuntos legales, Actividades sociales y otros) sus autores son Autores: Dohrendwend, B. S., Krasnoff, L., Askenasy, A. R., Dohrendwend, B. P.; Criterios de calidad: La consistencia interna de la escala es entre buena y muy buena, es un instrumento estable, con una sensibilidad (88,9%) y una adecuada especificidad (80,2%). Taylor, en 1998 realizó un análisis factorial que identificó 4 áreas: malestar funcional, estrés relacionado con el trabajo, problemas de salud y problemas de relación.

Depresión de BECK.- Es un instrumento de 21 ítems que evalúan la intensidad de la Depresión. Los autores desarrollaron una versión paralela, transformando cada ítem en cuatro o seis frases que van en orden creciente de intensidad. El contenido de los ítems refleja claramente la importancia al componente cognitivo de la depresión. La puntuación total se obtiene sumando los valores correspondientes a cada una de las frases marcadas por el sujeto.

Criterios de calidad: Fiabilidad: Presenta una consistencia interna aceptable, que puede ser evidenciada con coeficientes alfa de Cronbach de 0,82 a 0,84. El análisis de su estructura factorial refleja como más adecuada una solución unifactorial (Aguilar et al., 1995). Además es un instrumento estable, probablemente gracias a sus características de rasgo, con una buena sensibilidad (85,7%) y una adecuada especificidad (76,2%). Validez: En cuanto a la validez de constructo, existen correlaciones significativas entre la desesperanza y la ideación suicida ( $r = 0,37-0,70$ ), así como entre la desesperanza y los síntomas depresivos ( $r = 0,35-0,54$ ).

Cuestionario de Evaluación IPDE.- Examen Internacional de los Trastornos de las Personalidad (Internacional Personality Disorder Examination). - Su

propósito es suministrar información al profesional clínico en tareas de evaluación y toma de decisiones del tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales. Sus 175 elementos de respuesta verdadero – falso evalúan las siguientes escalas: 4 de fiabilidad y validez, 10 básicas de personalidad, 3 de personalidad patológica, 6 síndromes clínicos de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa. De aplicación fácil, los procedimientos interpretativos están mecanizados y el usuario puede obtenerlos en el caso de pacientes ambulatorios de centros de salud mental, hospitales generales o clínicas privadas para informe pericial. Dispone de puntos de corte en las escalas para tomar decisiones ante trastornos comportamentales o síndromes clínicos. Criterios de calidad: Fiabilidad: Los índices de fiabilidad y estabilidad son similares a los obtenidos para otros instrumentos que se emplean en el diagnóstico de trastornos por abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicosis (Loranger, Sartorius, Andreoli et al., 1994) Los Kappa para los trastornos de personalidad esquizotípica, personalidad compulsiva, histriónica, límite y antisocial oscilan entre 0,70 y 0,96. Gracias a sus características de rasgo, se presenta con una sensibilidad (89,7%) y una adecuada especificidad (82,2%). Validez: Método útil y válido para evaluar trastornos de personalidad con fines de investigación (Loranger, Sartorius, Andreoli et al., 1994).

Además utilizaré fichas bibliográficas, textos y artículos científicos para la elaboración del Marco Teórico y las referencias del presente trabajo.

## VII. PRESUPUESTO

### **Recursos humanos:**

Director del Hospital “Manuel Ygnacio Monteros “, IESS.

Dermatólogo, de consulta externa del Hospital “Manuel Ygnacio Monteros “, IESS.

Paciente de consulta externa del Hospital “Manuel Ygnacio Monteros “, IESS.

**Director de tesis:** Por designar

**Proponente del proyecto:** María Inés Espinosa Espinosa

### **Población Investigada:**

Pacientes que asisten a consulta externa con diagnóstico de acné, al Hospital “Manuel Ygnacio Monteros “, IESS.

### **Recursos Materiales:**

|   |          |
|---|----------|
| ✓ Material de escritorio                          | 500.00   |
| ✓ Bibliografía especializada                      | 400.00   |
| ✓ Contratación de servicio de internet            | 200.00   |
| ✓ Transporte y movilización                       | 300.00   |
| ✓ Reproducción del informe final de investigación | 150.00   |
| ✓ Imprevistos y adicionales                       | 500.00   |
|   | -----    |
|   | 2.050.00 |



**HISTORIA PSICOLÓGICA CLÍNICA N° \_\_\_\_**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombres, apellidos, lugar y fecha de nacimiento, edad, sexo, raza, estado civil, N° de hijos, instrucción, ocupación, profesión, religión, dirección domiciliaria, familiar responsable, fecha de ingreso.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. MOTIVO DE CONSULTA**

Razón por la que el paciente solicita asistencia psicológica, si es que es transferido por otro servicio, condiciones físicas y psíquicas del paciente al momento de la entrevista, si asiste solo o acompañado.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

Enumerar los síntomas principales, señalando tiempo de duración de cada uno de ellos, su frecuencia, intensidad y características.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**6. HISTORIA SOCIAL**

Desarrollo social en el medio familiar, escolar, colegial, laboral, etc. Manifestaciones en relaciones con las demás personas.

---

---

---

---

---

---

---

---

**7. HISTORIA LABORAL**

Ocupaciones o profesiones que ha alcanzado, razones que ha tenido para cambiar de ocupación, tiempo libre, pasatiempos.

---

---

---

---

---

---

---

---

**8. HISTORIA PSICOSEXUAL**

Orientación sexual, actitud hacia el sexo, conflictos, experiencias sexuales, enamoramientos, desarrollo de sentimientos.

---

---

---

---

---

---

---

---

**9. EXAMEN DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS**

Conciencia, atención, percepción, memoria, afectividad, pensamiento, voluntad, instintos (nutrición, sueño, instintos, sexuales), hábitos, juicio y razonamiento.

---

---

---

---

---

---

---

---

**10. ESTUDIO PSICOLÓGICO**

Exámenes especializados, y resultados de reactivos aplicados

---

---

---

---

---

---

---

---

**11. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Comparación o diferenciación  
con cuadros clínicos similares

---

---

---

---

---

---

---

---

**12. DIAGNOSTICO MULTIAXIAL**

EJE I

EJE II

EJE III

EJE IV

EJE V

---

---

---

---

---

---

**13. DIAGNOSTICO DEFINITIVO**

---

---

---

**14. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO**

---

---

---

**15. FUENTE DE INFORMACIÓN**

---

---

---

**16. PRONOSTICO**

---

---

---

Escala de PERI. Entrevista Psiquiátrica Epidemiológica

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

| A        |   | Siempre | A menudo | A veces | Casi nunca | Nunca |
|----------|---|---------|----------|---------|------------|-------|
|          | Maldecir o insultar cuando me enojo                           | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Discutir mucho con alguna persona por estar enojado           | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Tratar de disimular que estoy enojado                         | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Pegar alaridos o gritos por estar enojado                     | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Tratar de explicar por qué me enojo                           | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Decidir no hablar y ponerme a hacer algo cuando estoy enojado | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Pelear a puñetazos o golpear cuando estoy enojado             | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Tirar o romper un objeto si estoy enojado                     | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Lastimar o golpear seriamente a alguien por estar enojado     | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
| <b>2</b> | <b>HISTORIA ANTISOCIAL</b>                                    |         |          |         |            |       |
|          | Pelearme a golpes   | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Pelear muy seguido  | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Tener problemas con las autoridades (policiales, laborables)  | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Robar o hacer algo "ilegal"                                   | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Hacerme la "rabona" en mi trabajo                             | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Tener peleas o discusiones con mis vecinos                    | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Tener algún amigo (a) que tiene problemas con las autoridades | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
| <b>3</b> | <b>ANSIEDAD</b>   |         |          |         |            |       |
|          | Sentir miedo de tener alguna enfermedad física seria          | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Sentirme físicamente muy mal por estar preocupado             | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Sentirme muy inquieto, intranquilo                            | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Sentirme nervioso, tenso                                      | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Tener miedo a sentirme solo, abandonado                       | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Vivir preocupado casi todo el tiempo                          | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Sentirme muy ansioso  | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Tener dolores de cabeza, de estómago, ataques de sudor        | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |
|          | Tener sueños que dan miedo                                    | 4       | 3        | 2       | 1          | 0     |

|   |  |   |   |   |   |   |
|---|--|---|---|---|---|---|
|   | Sentirme confundido y tener dificultades para pensar   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Resultarme imposible concentrarme en lo que hago   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Pensar que soy incapaz de razonar bien   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Tener problemas en recordar ciertas cosas  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Perder el hilo del pensamiento   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5 | <b>CONVERSIONES</b>  |   |   |   |   |   |
|   | Sentir como anestesiada una parte de mi cuerpo   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Quedarme sin vos a pesar de no estar resfriado ni agripado                                     | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Sentirme paralizado, sin poder mover los brazos o las piernas                                  |   |   |   |   |   |
|   | No poder ver u oír, por periodos   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6 | <b>CICLOTÍMIA</b>  |   |   |   |   |   |
|   | En mis afectos, pasar de un extremo a otro; no tener término medio                             | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Tener días en los que me siento de muy buen humor y otros en los que me pasa todo lo contrario | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 7 | <b>DESMORALIZACIÓN</b>   |   |   |   |   |   |
|   | Sentir molestias en todo mi cuerpo   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Sentirme triste, deprimido   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Estar muy desconforme conmigo mismo  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Tener ataques repentinos en sí mismo   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | No tener confianza en sí mismo   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Sentirme muy solo  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Sentirme molesto por estar intranquilo   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Creerme un inútil  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Tener miedo a volverme loco, de perder la razón  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Estar muy ansioso  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Crear en algo terrible que pueda pasarme   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Sentirme confundido y no poder pensar  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | No poder concentrarme en lo que hago   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Sentir que nada me sale bien   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Perder por completo las esperanzas   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Sentirme completamente desamparado   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Pensar que ya nada vale la pena  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Tener repentinos sudores fríos   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Tener problemas a causa de dolores de cabeza   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Perder las ganas de comer  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Sentirme muy por debajo de término medio al compararme con los demás                           | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Ser una persona que no está muy orgullosa de sí mismo  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Creer ser una persona muy peleadora  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|   | Sentirme una persona fracasada   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

|    |  |   |   |   |   |   |
|----|--|---|---|---|---|---|
|    | Sentirme muy mal por estar enojado   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Temer quedarme solo y abandonado   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme muy mal a causa de mis nervios  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8  | <b>DISOCIACIÓN</b>   |   |   |   |   |   |
|    | Sentir que una parte de mi cuerpo no me pertenece                                    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir estar como soñando, a pesar de estar despierto                                | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Parecerme irreal lo que me rodea, como si fueras una película                        | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Parecerme las cosas diferentes, como si no fueran reales, sin estar bebido o drogado | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir como si estuviera afuera de mi cuerpo   |   |   |   |   |   |
|    | Mirarme al espejo y no reconocirme a mí mismo  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir como que floto en el aire   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir ser la sombra o el fantasma de mí mismo                                       | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme físicamente desconectado o incomunicado con las demás personas              | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9  | <b>DESCANFIANZA</b>  |   |   |   |   |   |
|    | Creer que la mayor parte de la gente es deshonesto                                   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Creer que no se puede confiar en la gente  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Creer que no se puede confiar en la mayoría de la gente                              |   |   |   |   |   |
|    | Sentir que lo mejor es no confiar en otros   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que las personas se preocupan solamente por lo suyo, lo personal              | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 10 | <b>TEMORES</b>   |   |   |   |   |   |
|    | Tener mucho miedo  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que algo muy feo podría suceder   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que voy a enloquecer, a perder la cabeza                                      | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir miedo a estar en lugares donde hay mucha gente                                | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener miedo a salir de viaje   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir miedo a las alturas o a la oscuridad  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 11 | <b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>  |   |   |   |   |   |
|    | Beber me trae problemas en el trabajo  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Discutir con familiares y amigos por beber demasiado                                 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener problemas de salud a causa de la bebida  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Resultarme imposible recordar, lo que sucedió después de haber bebido                | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener una experiencia desagradable por estar bebido                                  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que beber ayuda a no pensar en las preocupaciones                             | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Beber por estar muy tenso, nervioso  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tomar para levantar el ánimo   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Beber para poder relajarme   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

|    |  |   |   |   |   |   |
|----|--|---|---|---|---|---|
|    | Beber para hacer más llevadero un día                                  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 12 | <b>DESÁNIMO</b>  |   |   |   |   |   |
|    | Tener dificultades para levantarme y empezar con las tareas del día    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Dormir mucho más de lo necesario                                       | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Cansarme con facilidad   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme incapaz de hacer las cosas que tengo que hacer                | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Preocuparme por sentirme siempre cansado                               | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Resultarme difícil empezar un trabajo que debo hacer                   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme sin energías, sin ganas de vivir                              | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 13 | <b>FALSAS PERCEPCIONES</b>   |   |   |   |   |   |
|    | Sentir que no existo, estar como muerto                                | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que mi mente es dominada por fuerzas que no se pueden controlar | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Escuchar cosas que los demás no escuchan                               | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que alguien puede saber lo que yo pienso                        | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que algo fueras de mí, roba mis pensamientos                    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener ideas o pensamientos raros que la gente no puede comprender      | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que pueden escuchar lo que yo pienso                            | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que me ponen en la cabeza pensamientos que no son míos          | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Pensar que puedo estar poseído por un espíritu malo                    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Ver las cosas que los demás no pueden ver                              | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que algunas personas pueden lastimarme dañarme                  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Penar que tengo poderes especiales                                     | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Llegar a sentir que algo malo está sucediendo                          | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 14 | <b>CULPA</b>   |   |   |   |   |   |
|    | Sentir que hice algo malo  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme culpable por muchas cosas                                     | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Acusarme a mí mismo por la injusticia cometida                         | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que merezco sentir castigado                                    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 15 | <b>DESESPERANZA</b>  |   |   |   |   |   |
|    | Sentir que nada sale de la manera que yo quiero                        | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme desilusionado (a) de todo                                     | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme muy desamparado, desprotegido                                 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Llegar a pensar que ya nada vale la pena                               | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 16 | <b>INSOMNIO</b>  |   |   |   |   |   |
|    | Tener dificultades para dormirme                                       | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | En general, dormir mal   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Despertarme temprano y no poder volver a dormirme                      | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |



|    |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 17 | <b>MANÍA</b>  |   |   |   |   |   |
|    | Tener muchas energías, más que los demás  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme muy bien, con ganas de hacer muchas cosas                              | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Ponerme a conversar y no poder para   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener días en los que me es imposible dejar de hacer cosas                      | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Contar chistes constantemente   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Estar irritado, molestarme por cualquier cosa, lo que no es común para mí       | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Resultarme imposible concentrarme por estar demasiado activo                    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener días en que se me ocurren cosas nuevas, ideas diferentes                  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme sin energías, sin ganas de vivir                                       | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que mis pensamientos corren más ligero que mis palabras                  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme excitado, llegar a hacer cosas que me traen ciertas dificultades       | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 18 | <b>OBSESIONES</b>   |   |   |   |   |   |
|    | Tener miedo de llegar a hacer algo serio en contra de mi voluntad               | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Resultarme imposible quitar pensamientos que aparezcan en mi mente              | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Ponerme a contar una y otra vez objetos, cosas, sin poder parar                 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Pensar insistentemente en cosas desagradables                                   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Controlar las llaves de la luz, del gas, una y otra vez                         | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Repetir una y otra vez la misma actividad innecesariamente                      | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Limpiar y arreglar cosas, sin ser necesario                                     | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Hacer muchas veces la misma cosa, porque no estaba seguro de haberla hecho bien | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 19 | <b>SALUD FÍSICA</b>   |   |   |   |   |   |
|    | Sentir que mi salud física es muy mala  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que la mayoría de las comidas me hacen mal                               | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 20 | <b>PERCEPCIÓN DE HOSTILIDA</b>  |   |   |   |   |   |
|    | Sentir que la gente me quiere pelear  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que la gente habla a mis espaldas  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Pensar que las personas quieren herirme, lastimarme                             | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que la gente evita encontrarse conmigo                                   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener la sensación de que se fijan mucho en lo que hago                         | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 21 | <b>AUTOESTIMA</b>   |   |   |   |   |   |
|    | Tener poca confianza en mí mismo  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme inútil   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Creer que tengo pocas buenas cualidades como persona                            | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que hay poco por lo que tengo que sentirme orgulloso                     | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Creer que soy un fracaso  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

|    |  |   |   |   |   |   |
|----|--|---|---|---|---|---|
|    | Creerme inferior a los demás                                     | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme poco satisfecho con mi forma de ser                     | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Estar desconforme con mi cuerpo                                  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 22 | <b>SISTEMA PSICOFÍSICO</b>                                       |   |   |   |   |   |
|    | Sentir repentinos sudores fríos                                  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener dolores fuertes de cabeza                                  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que hay poco por lo que tengo que sentiré orgulloso       | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Perder las ganas de comer  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Molestarme el temblor de mis manos                               | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme molesto por tener acidez de estómago muy seguido        | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Estar muy constipado   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Estar con el ánimo muy caído                                     | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener ganas de llorar  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme muy solo  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 23 | <b>TRISTEZA</b>  |   |   |   |   |   |
|    | Estar con el ánimo muy caído                                     | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Preocuparme por estar muy triste                                 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener ganas de llorar  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme muy solo  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 24 | <b>IDEAS SUICIDAS</b>  |   |   |   |   |   |
|    | Pensar en matarme  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Intentar matarme   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 25 | <b>RETRAIMIENTO SOCIAL</b>                                       |   |   |   |   |   |
|    | Guardarme los problemas que tengo, no contarlos                  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Soñar despierto  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tarar de hacer las cosas solo, sin ayuda de otras personas       | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que la gente me considera un solitario                    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Creer que me consideran retraído                                 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Hacer amigos con dificultad                                      | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme alejado del resto de gente                              | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 26 | <b>SEXUALIDAD</b>  |   |   |   |   |   |
|    | Sentir poco in teres por lo sexual                               | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Resultarme imposible la satisfacción en mi vida sexual           | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener dificultades en disfrutar y sentir las relaciones sexuales | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 27 | <b>SOMTIZACIONES</b>   |   |   |   |   |   |
|    | Aumentar de peso sin estar a régimen                             | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener dolores de pecho   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener problemas de palpitación                                   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

|    |  |   |   |   |   |   |
|----|--|---|---|---|---|---|
|    | Tener alta presión arterial  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme mareado   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Llegar a desmayarme  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Faltarme el aire. Tener problemas para respirar                              | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener ataques de asma  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener problemas de diarrea   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 28 | <b>RESIDENCIA</b>  |   |   |   |   |   |
|    | Dejar amontonada la ropa para lavar  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Resultarme imposible hacer alguna tarea de la casa                           | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Perder mucho tiempo en decir que tarea de la casa hacer                      | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Dejar muebles sucios por más de dos semanas                                  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Ponerme a ver TV o irme al cine, a pesar de tener trabajo en la casa         | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Resultarme imposible mantener mi casa ordenada                               | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 29 | <b>ÁREA LABORAL</b>  |   |   |   |   |   |
|    | Sentirme muy poco satisfecho con mi trabajo                                  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme muy contento con mi sueldo  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Encontrarle poco futuro a mi trabajo   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Interesarme muy poco por mi trabajo  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener dificultades para encontrar trabajo                                    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Durar poco en mis trabajos por no poder adaptarme                            | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 30 | <b>RELACIONES DE PAREJA</b>  |   |   |   |   |   |
|    | Sentirme muy disconforme con mi pareja                                       | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener con mi pareja marcadas diferencias de opiniones                        | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme muy poco cariñoso con mi pareja                                     | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Tener la sensación de que mi pareja no me quiere                             | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Mantener relaciones sexuales son muy desagradables ( con mi pareja)          | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme poco satisfecho en la relación de pareja que tengo                  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que mi pareja se siente insatisfecha conmigo                          | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 31 | <b>ÁREA FAMILIAR</b>   |   |   |   |   |   |
|    | Estar disconforme con la clase de padre . - madre que soy                    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentir que soy un padres - madre que realmente entiende muy poco a sus hijos | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme muy disconforme con el tiempo dedicado a mis hijos                  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme disconforme con el tiempo dedicado a mis hijos                      | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme poco conforme con la forma que visten mis hijos                     | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
|    | Sentirme inferior comparándome con otros padres                              | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 32 | <b>RELACIONES SOCIALES</b>   |   |   |   |   |   |
|    | Desear llevarme mejor con las personas del otro sexo                         | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| Faltarme un amigo del otro sexo con quien sentirme bien   | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Carecer de amigos del otro sexo con los cuales charlar    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Querer salir en pareja u resultarme imposible lograrlo    | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Querer tener una relación amorosa y no conseguirla        | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Encontrar pocas satisfactorias de las relaciones sexuales | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

Nombre:..... Estado civil-..... Edad:..... Sexo:.....

Ocupación:..... Educación:..... Fecha:.....

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente el enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios de apetito).

|  |   |
|--|---|
| <p><b>1. Tristeza</b></p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste y soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p>  | <p><b>6. Sentimientos de castigo</b></p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p>  |
| <p><b>2. Pesimismo</b></p> <p>0 No estoy desalentando respecto a mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mí futuro y que solo puede empeorar.</p>              | <p><b>7. Disconformidad con uno mismo</b></p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p>  |
| <p><b>3. Fracaso</b></p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p>  | <p><b>8. Autocrítica</b></p> <p>0 No me crítico no me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> |
| <p><b>4. Perdida de Placer</b></p> <p>0 Obtengo placer como siempre por las cosas que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar.</p> | <p><b>9. Pensamientos o deseos suicidas</b></p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>                    |
| <p><b>5. Sentimientos de culpa</b></p> <p>0 No me siento particular mente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>                    | <p><b>10 Llanto</b></p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>  |

|   |   |
|---|---|
| <b>11. Agitación</b>  | <b>17. Irritabilidad</b>  |
| 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.  | 0 No estoy más irritable que lo habitual.   |
| 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.                                       | 1 Estoy más irritable que lo habitual.  |
| 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.                       | 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.  |
| 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento haciendo algo. | 3 Estoy irritable todo el tiempo.   |
| <b>12. Pérdida de interés</b>   | <b>18. Cambios en el apetito</b>  |
| 0 No he perdido el interés en otras actividades o persona.                              | 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.                                      |
| 1 Estoy menos interesado que antes en otras persona o cosas.                            | 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.   |
| 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosa.                             | 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.   |
| 3 Me es difícil interesarme por algo.   | 2a Mi apetito es mucho menor que antes.   |
|   | 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.   |
|   | 3a No tengo apetito en lo absoluto.   |
|   | 3b Quiero comer todo el tiempo.   |
| <b>13. Indecisión</b>   | <b>19. Dificultad de concentración</b>  |
| 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.  | 0 Puedo concéntrame tan bien como siempre.  |
| 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.                             | 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.                                    |
| 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones                        | 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.                             |
| 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.  | 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.  |
| <b>14. Desvalorización</b>  | <b>20. Cansancio o fatiga</b>   |
| 0 No siento que yo no sea valioso.  | 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.                                      |
| 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.                | 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.                                  |
| 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.                                  | 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.    |
| 3 Siento que no valgo nada.   | 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer |
| <b>15. Pérdida de energía</b>   | <b>21. Pérdida de interés en el sexo</b>  |
| 0 Tengo tanta energía como siempre.   | 0 No he notado ningún cambio reciente en mí interés por el sexo.                        |
| 1 Tengo menos energía que la que solía tener.   | 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.                            |
| 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.                                     | 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.  |
| 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.  | 3 He perdido completamente el interés en el sexo.                                       |
| <b>16. Cambios en los hábitos de sueño</b>  |   |
| 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.                            |   |
| 1a Duermo un poco más de lo habitual.   |   |
| 1b Duermo un poco menos que lo habitual.  |   |
| 2a Duermo mucho más de lo habitual.   |   |
| 2b Duermo mucho menos de lo habitual  |   |
| 3a Duermo la mayor parte del día.   |   |
| 3b Me despierto 1 – 2 horas más temprano y no puedo volverme a dormir.                  |   |

## ANSIEDAD Y TRANSTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez, Vicente Rubio Larrosa

Nombre:.....

Edad:.....

Fecha:.....

### Cuestionario de evaluación IPDE módulo DSM-IV

#### Directrices:

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos cinco años.
2. por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cual es la respuesta correcta a un ítem determinando.

|   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Frecuentemente me divierto y disfruto de la vida                         | V | F |
| 2. Confío en la gente que conozco por primera vez                           | V | F |
| 3. Soy descuidado, no me preocupa los detalles pequeños                     | V | F |
| 4. Me es difícil decidir  | V | F |
| 5. Expreso mis sentimientos fácilmente                                      | V | F |
| 6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí                   | V | F |
| 7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco             | V | F |
| 8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas                       | V | F |
| 9. Mucha gente que conozco me envidia                                       | V | F |
| 10. Doy mi opinión general sobre las cosas sin tomar en cuenta los detalles | V | F |
| 11. Nunca me han detenido   | V | F |
| 12. La gente cree que soy frío y distante                                   | V | F |
| 13. Me involucro en relaciones muy intensas pero poco duraderas             | V | F |
| 14. Creo que la mayoría de la gente es justa y honesta conmigo              | V | F |
| 15. La gente tiene una gran opinión sobre mí                                | V | F |
| 16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales              | V | F |
| 17. Soy fácilmente influenciado por lo que me rodea                         | V | F |
| 18. Me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien                      | V | F |
| 19. Me resulta muy difícil deshacerme de las cosas                          | V | F |
| 20. A veces ha rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo   | V | F |
| 21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás          | V | F |
| 22. Uso a la gente para lograr lo que quiero                                | V | F |
| 23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente         | V | F |
| 24. A menudo, creo que la gente habla de mí, a mis espaldas                 | V | F |
| 25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito   | V | F |
| 26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando            | V | F |
| 27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo                             | V | F |
| 28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente                          | V | F |
| 29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos                     | V | F |
| 30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente                        | V | F |
| 31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales               | V | F |
| 32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas        | V | F |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo   | V | F |
| 34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les gusto                     | V | F |
| 35. No me gusta ser el centro de atención   | V | F |
| 36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel  | V | F |
| 37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo   | V | F |
| 38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí  | V | F |
| 39. Me preocupa mucho no gustar a la gente  | V | F |
| 40. A menudo me siento vacío por dentro   | V | F |
| 41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más   | V | F |
| 42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo                                      | V | F |
| 43. Tengo ataques de ira o enfado   | V | F |
| 44. Tengo fama de que me gusta "flirtear"   | V | F |
| 45. Me siento muy unido a la gente que acabo de conocer   | V | F |
| 46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo   | V | F |
| 47. Pierdo los estribos y me involucro en peleas  | V | F |
| 48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero  | V | F |
| 49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana             | V | F |
| 50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables                              | V | F |
| 51. Tengo miedo a ponerme en ridículo ante gente conocida   | V | F |
| 52. A menudo confundo objetos o sombras con gente   | V | F |
| 53. Soy muy emocional y caprichoso  | V | F |
| 54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas   | V | F |
| 55. sueño con ser famosos   | V | F |
| 56. Me arriesgo y hago cosas temerarias   | V | F |
| 57. Todo el mundo necesita uno ó dos amigos para ser feliz  | V | F |
| 58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas                                     | V | F |
| 59. Frecuentemente trato de que la gente haga las cosas a mi manera                                   | V | F |
| 60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales                               | V | F |
| 61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido  | V | F |
| 62. Cuando finalizo una relación, tengo que empezar otra rápidamente                                  | V | F |
| 63. evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas | V | F |
| 64. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles                          | V | F |
| 65. Prefiero asociarme con gente de talento   | V | F |
| 66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter a mi reputación                             | V | F |
| 67. No suelo mostrar emoción  | V | F |
| 68. Hago cosas para que la gente me admire  | V | F |
| 69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos  | V | F |
| 70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico  | V | F |
| 71. Me siento cómodo en situaciones sociales  | V | F |
| 72. Mantengo rencores contra la gente durante años  | V | F |
| 73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo                        | V | F |
| 74. Me resulta difícil no meterme en problemas  | V | F |
| 75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje   | V | F |
| 76. cuando conozco a alguien no hablo mucho   | V | F |
| 77. Tengo amigos íntimos  | V | F |



EVALUACIÓN IPDE  
MÓDULO DAM – IV

1. Poner un círculo en los ítems que no estén seguidos de F, si la respuesta es VERDADERO
2. Poner un círculo en el resto de los ítems (aquellos seguidos por F), si la respuesta es FALSO.
3. Si tres o más ítems de un trastorno han sido señalados con un círculo, el sujeto ha dado positiva la evaluación para este trastorno, y debe ser entrevistado. Los clínicos e investigadores pueden adoptar estándares de referencia mayores o menores, dependiendo de las características de la muestra y de la importancia relativa que tenga para ellos los errores de sensibilidad (falsos – negativos) o de especificidad (falsos – positivos).

|                              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| <b>Paranoide</b>             | 2F  | 14F | 36  | 38  | 59  | 66  | 72  |     |     |
| <b>Esquizoide</b>            | 1F  | 12  | 21F | 31  | 46  | 57F | 77F |     |     |
| <b>Esquizotípico</b>         | 2F  | 24  | 30  | 52  | 64  | 67  | 70  | 71F | 77F |
| <b>Histriónico</b>           | 5   | 10  | 17  | 28  | 35F | 44  | 45  |     |     |
| <b>Antisocial</b>            | 11F | 18F | 20  | 29  | 47  | 56  | 74  |     |     |
| <b>Narcisista</b>            | 7F  | 9   | 15  | 22  | 37  | 55  | 61  | 65  | 68  |
| <b>Límite</b>                | 4   | 8   | 13  | 25F | 40  | 43  | 53  | 60  | 75  |
| <b>Obsesivo – Compulsivo</b> | 3F  | 19  | 23  | 32  | 41  | 48  | 54  | 59  |     |
| <b>Dependiente</b>           | 6   | 33  | 42  | 49  | 50  | 62  | 69F | 73  |     |
| <b>Evitación</b>             | 16  | 27  | 34  | 38  | 39  | 51  | 63  | 76  |     |

## INDICE

|   |     |
|---|-----|
| AUTORÍA .....   | III |
| CARTA DE AUTORIZACIÓN .....   | IV  |
| DEDICATORIA .....   | V   |
| AGRADECIMIENTO .....  | VI  |
| I. TÍTULO .....   | 7   |
| II. RESUMEN .....   | 8   |
| II. ABSTRACT .....  | 9   |
| III. INTRODUCCIÓN .....   | 10  |
| IV. REVISIÓN DE LA LITERATURA .....   | 12  |
| CAPITULO I.....   | 12  |
| 1.1 ALTERACIONES PSICOLÓGICAS .....   | 12  |
| 1.1.1 Factores que influyen sobre la respuesta psicológica .....            | 13  |
| 1.1.2 Factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento .....        | 17  |
| 1.2 AUTOESTIMA .....  | 18  |
| 1.2.1 Autoimagen y autoestima.....  | 19  |
| 1.2.2 Componentes de la autoestima.....                                     | 21  |
| 1.2.3 La relación baja autoestima - acné.....                               | 23  |
| 1.2.4 Estrategia para potenciar la autoestima .....                         | 25  |
| 1.3 DEPRESIÓN .....   | 26  |
| 1.3.1 Manifestaciones depresivas.....                                       | 29  |
| 1.4 ANSIEDAD.....   | 31  |
| 1.4.1 Respuestas ansiosas.....  | 33  |
| 1.4.2 Síntomas Fisiológicos, Somáticos o Neurovegetativos de Ansiedad. .... | 34  |
| 1.4.3 Ansiedad – patológica.....  | 35  |
| 1.5 CALIDAD DE VIDA.....  | 37  |
| 1.5.1 Impacto psicológico y calidad de vida .....                           | 39  |
| CAPITULO II .....   | 41  |
| 2.1 ACNÉ .....  | 41  |
| 2.1.1 Epidemiología.....  | 42  |
| 2.1.2 Etiología .....   | 42  |
| 2.1.3 Patogénesis.....  | 44  |

|  |     |
|--|-----|
| 2.2 TIPOS DE ACNÉ .....                                    | 45  |
| 2.3 TRATAMIENTO CLÍNICO .....                              | 48  |
| CAPITULO III .....   | 50  |
| 3.1 ACNÉ EMOCIONAL.....                                    | 50  |
| 3.2 EFECTOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES .....               | 52  |
| 3.2.1 Respuestas adaptativas .....                         | 52  |
| 3.2.2 Respuestas no adaptativas.....                       | 53  |
| 3.3 IMPACTO PSICOSOCIAL.....                               | 54  |
| 3.4 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE CON ACNÉ.....              | 57  |
| 3.4.1. Sugerencias para afrontar mejor la enfermedad ..... | 58  |
| V. MATERIALES Y MÉTODOS.....                               | 60  |
| V.I RESULTADOS.....  | 67  |
| VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....                          | 75  |
| VIII. CONCLUSIONES.....                                    | 77  |
| IX. RECOMENDACIONES.....                                   | 78  |
| X. BIBLIOGRAFIA .....                                      | 79  |
| INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA .....                             | 83  |
| ANEXOS .....   | 117 |
| INDICE.....  | 146 |