

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**INCIDENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON ACNE
VULGAR QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DE
DERMATOLOGIA DE HRHDE, AREQUIPA FEBRERO 2018**

Tesis presentada por la Bachiller:

Añamuro Cahuana, Silvia Olinda

para optar el Título Profesional de:

Médica Cirujana.

Asesor: Dr. Añasco Arela Marcos Alberto

Arequipa – Perú

2018



INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO Nº 177 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

INCIDENCIA DE DEPRESIOPN EN PACIENTES CON ACNE VULGAR QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DE DERMATOLOGIA DE HRHDE, AREQUIPA FEBRERO 2018

Presentado por el (la) Sr. (ta):

SILVIA OLINDA AÑAMURO CAHUANA

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

Arequipa,

Handwritten signature of Dr. Freddy Mostajo Quiroz

Dr. Freddy Mostajo Quiroz
Medico Asistente Area Dermatologia
C.M.P. 21759 R.N.E. 10616
Hosp. Nac. Carlos A. Seguin Escobedo
EsSalud



Dr. Juan Manuel Zevallos Rodriguez
Médico Asistente Área de Medicina del Trabajo, Adolescencia y Familia
Hosp. Nac. Propósito - Pucallpa
EsSalud - HNO 1072

DR. JUAN MANUEL ZEVALLOS RODRIGUEZ

Handwritten signature of Dr. Julio César Bernabé Ortiz

DR. JULIO CÉSAR BERNABÉ ORTIZ

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS	01
CAPÍTULO II: RESULTADOS	05
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	22
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	28
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	32
Anexo 1: Consentimiento Informado	33
Anexo 2: Ficha de recolección de datos	34
Anexo 3: Test de Hamilton	35
Anexo 4: Proyecto de investigación	37

RESUMEN

Antecedente: Estudios previos mencionan que los pacientes con acné presentan mayor prevalencia a desarrollar diferentes grados de depresión; en nuestra ciudad la incidencia de acné está aumentando por lo que se debe estudiar si existe correlación entre el incremento de pacientes con acné y el nivel de depresión de los mismos.

Objetivo: Establecer la incidencia de depresión en pacientes con acné vulgar que acuden a consultorio externo de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, en el mes de Febrero del 2018.

Métodos: Estudio de campo, observacional, prospectivo, transversal. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva. Para clasificar el nivel de depresión se utilizó el test de Hamilton.

Resultados: El acné inflamatorio moderado fue el de mayor prevalencia con un 40% de la población; la prevalencia general de depresión alcanzó en la población con acné el 53.8%; el 66.3% de la población se encuentran entre los 15 y 25 años de edad; el sexo de mayor prevalencia fue el femenino con un 53.8%; el grado de instrucción de mayor prevalencia fue el superior con el 77.5%. Las distintas variables a excepción del sexo mostraron una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con las variables de acné y depresión.

Conclusión: La depresión se asocia con la presencia de acné, la incidencia de este trastorno afectivo es alta en la población afectada por acné y el grado de acné es el principal condicionante de la severidad de los síntomas depresivos.

PALABRAS CLAVE: ACNE, DEPRESION

ABSTRACT

Background: Previous studies mention that patients with acne have a higher prevalence to develop different degrees of depression; in our city the incidence of acne is increasing so it should be studied if there is a correlation between the increase in patients with acne and the level of depression of acne.

Objective: To establish the incidence of depression in patients with acne vulgaris who come to the outpatient clinic of Dermatology of the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza of Arequipa, in the month of February 2018.

Methods: Field study, observational, prospective, cross-sectional. The results are shown by descriptive statistics. The Hamilton test was used to classify the level of depression.

Results: Moderate inflammatory acne was the most prevalent with 40% of the population; the general prevalence of depression reached 53.8% in the acne population; 66.3% of the population are between 15 and 25 years of age; the sex of greater prevalence was the female with 53.8%; the highest prevalence was 77.5%. The different variables with the exception of sex showed a statistically significant relationship ($p < 0.05$) with the variables of acne and depression.

Conclusion: Depression is associated with the presence of acne, the prevalence of this affective disorder is high in the population affected by acne and the degree of acne is the main determinant of the severity of depressive symptoms.

KEYWORDS: ACNE, DEPRESSION

INTRODUCCIÓN

El acné es una de los primeros motivos de consulta en dermatología, alcanza su mayor prevalencia en la adolescencia y hay tendencia a expresar la enfermedad hasta el final del desarrollo, sobre los 22-25 años, edad en que frecuentemente se autolimita; pero durante su evolución es común que los jóvenes presenten síntomas depresivos, pudiendo afectar su salud psicológica y mental a largo plazo ya que este se dá en la etapa de la formación de la personalidad y la autoimagen de la persona; las relaciones interpersonales y sociales toman importancia en la adolescencia, la aceptación por los otros miembros del grupo como un individuo por igual, es un elemento esencial en la construcción sólida de la autoestima.

La presencia de lesiones acneiformes en el rostro y otras partes del cuerpo puede originar la sensación de alienación e inseguridad en los afectados. Además se ha encontrado que el rasgo típico en el carácter de quienes sufren de acné ha sido definido como un temperamento sanguíneo, con características obsesivas, deprimido, iniciando una inmadurez emocional y psicosexual. También se define a estos pacientes como inestables, nerviosos, obsesivos, introvertidos y con problemas emocionales.

Es importante tener un registro de la prevalencia de depresión en pacientes con acné vulgar en nuestra población para así darle la importancia debida y tomar las medidas de prevención necesarias.



1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: Mediante entrevista tipo cuestionario para la recopilación y recolección de la información.

Instrumentos: El instrumento que se utilizó fue el test de Hamilton para la depresión (HAM-D) (Anexo 3).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

La investigación se desarrolló en consultorio externo de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa.

2.2. Ubicación temporal:

La investigación se desarrolló en el periodo de febrero del 2018

2.3. Unidades de estudio:

Pacientes con diagnóstico de acné vulgar

Población:

Todos los pacientes que acuden a Consultorio de Dermatología de Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Febrero del 2018 con diagnóstico de acné vulgar, teniendo en cuenta que en un mes se atienden aproximadamente 100 pacientes con este diagnóstico.

Muestra:

Se toma una población total de 100 pacientes atendidos por mes con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95% donde se tiene una muestra de 80 pacientes.

$$n = \frac{[Z\alpha \sqrt{2p(1-p)} + Z\beta \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1-p_2)^2}$$

2.4.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de acné vulgar
- Pacientes mayores de 15 años
- Paciente que firma consentimiento informado

2.4.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con antecedente de patología psiquiátrica previa a tratamiento
- Paciente quechua hablante sin acompañante traductor
- Pacientes con enfermedad física que no completen el test aplicado.

3. Tipo de investigación: Estudio de campo

4. Nivel de investigación: Observacional, prospectivo, transversal

5. Estrategia de Recolección de datos:

5.1. Organización:

- Solicitud formal a la Facultad de Medicina Humana de la UCSM, contando con el proyecto de tesis.
- Selección de pacientes con diagnóstico de acné vulgar en consultorio externo de dermatología de Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- Llenado de las fichas de recolección de datos.
- Aplicación de Test de Hamilton para la depresión.
- Selección de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de acné vulgar

para verificar que cumplan los criterios de selección y conformación del grupo de estudio.

5.2. Validación de los instrumentos:

El instrumento utilizado (test de Hamilton) ya se encuentra validado, además se utilizó una ficha de recolección de datos que no requiere validación y únicamente se verificó que tengan todos los datos relevantes encontrados en la historia clínica.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) A nivel de recolección

Para la recolección de datos se procedió a la ubicación de pacientes con diagnóstico de acné vulgar atendidos durante el periodo de estudio en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

b) A nivel de sistematización

Para el procesamiento de datos se procedió a transformar los datos al sistema digital y elaborar una Matriz de Datos Estadística para el programa SPSS 22.

c) A nivel de estudio de datos

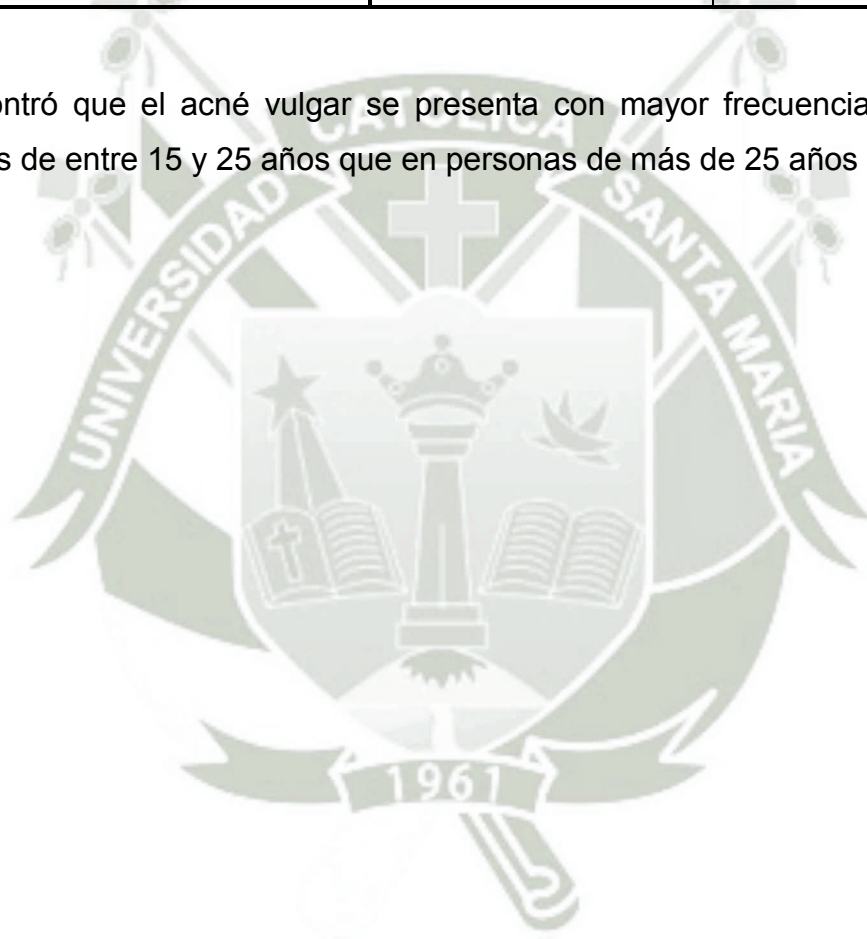
- Estadística descriptiva: Con la finalidad de asegurar que las características básicas fueran las mismas y, por ende, las diferencias obedecieran a las variables en estudio, la primera parte del análisis es de tipo descriptivo, caracterizando las variables bajo la forma de porcentajes. Las variables se llevaron a gráficos o tablas, según las características presentes.
- Estadística inferencial: Basados en los resultados obtenidos, para el análisis de comparación de los resultados se utilizó la prueba de χ^2 s. Este procedimiento se realizó utilizando el programa informático Statistical Package for de Social Sciences (SPSS)[®] (SPSS, Inc., Chicago, IL) versión 22. Se aceptó significancia estadística ante valores de p menor o igual a 0.05.



Tabla 1: Frecuencia de acné vulgar de acuerdo a edad

GRUPO ETAREO	Frecuencia	Porcentaje
15 - 25 años	53	66,3
Más de 25	27	33,8
Total	80	100,0

Se encontró que el acné vulgar se presenta con mayor frecuencia (66.3%) en personas de entre 15 y 25 años que en personas de más de 25 años (33.8%).



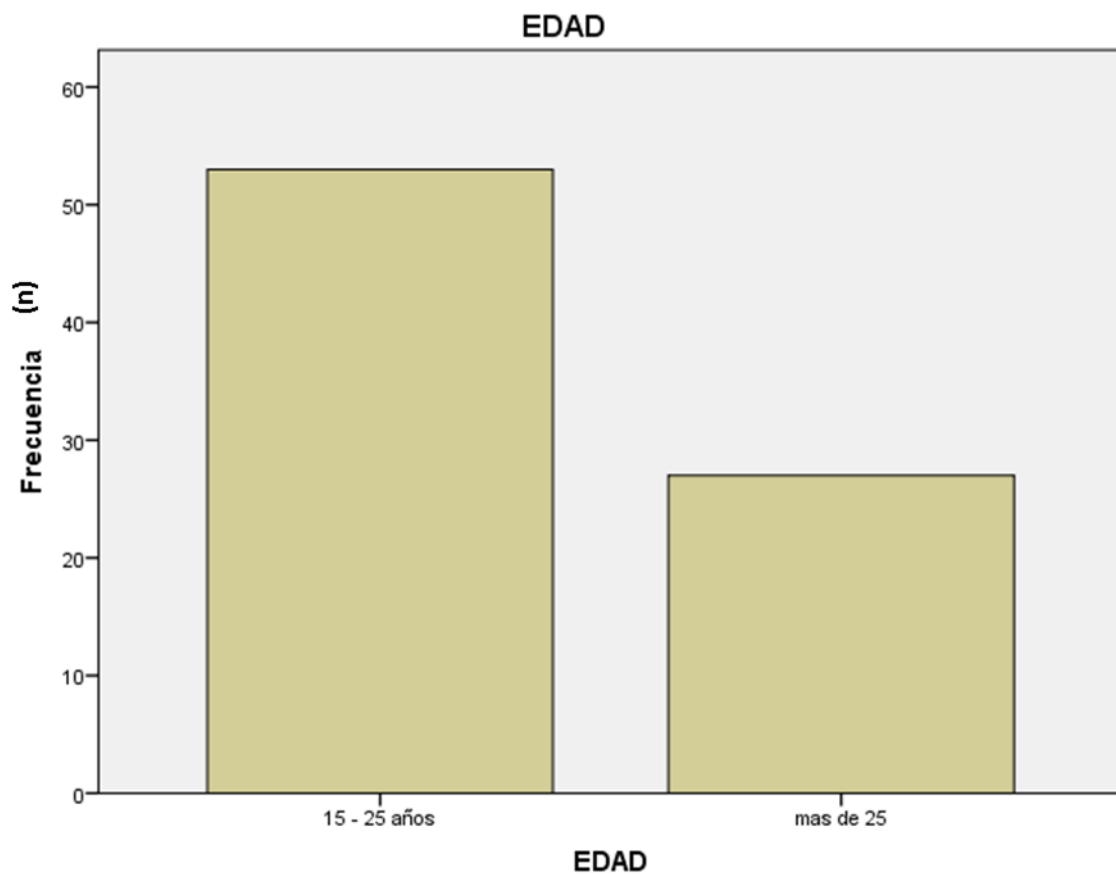


Figura 1: Frecuencia de acné vulgar de acuerdo a edad

Tabla 2: Relación entre la frecuencia de acné vulgar según el sexo del paciente

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	37	46,3
FEMENINO	43	53,8
Total	80	100,0

Se encontró en consultorio externo de HRHDE que el acné vulgar se vio con más frecuencia en pacientes del sexo femenino con un porcentaje del 53.8%, presentándose en varones en un 46.3%.

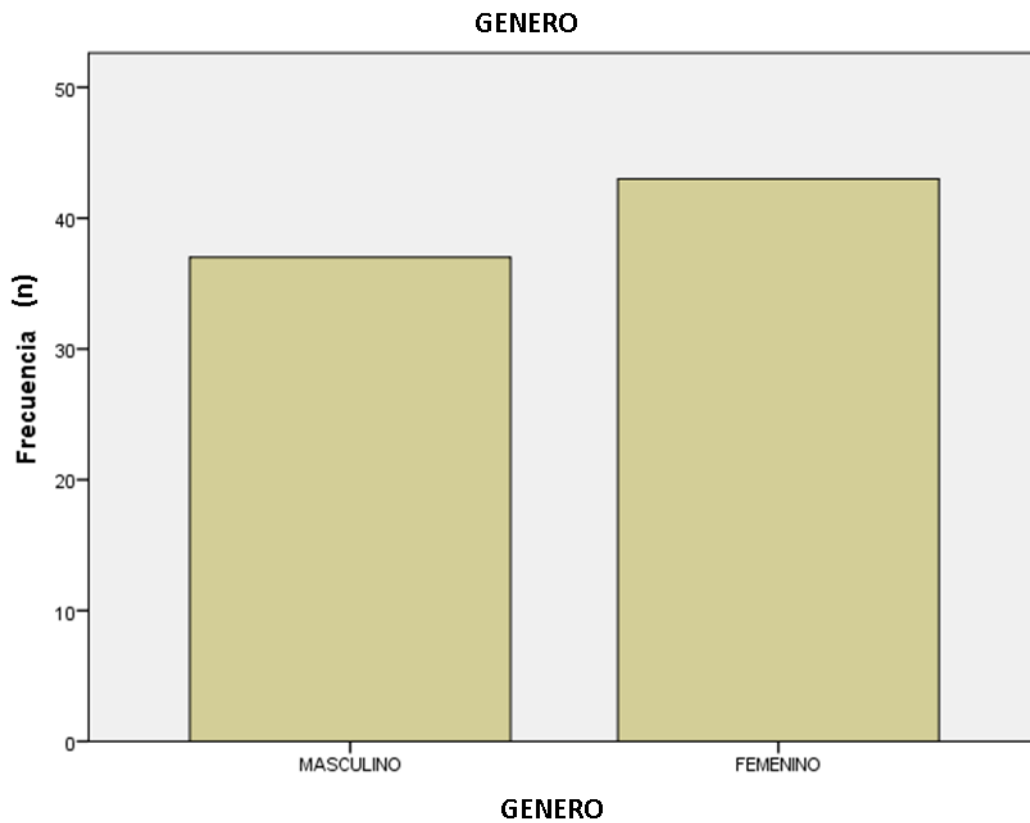


Figura 2: Relación entre la frecuencia de acné vulgar según el sexo del paciente

Tabla 3: Relación entre el grado de instrucción y pacientes que acuden a consultorio de dermatología con diagnóstico de acné vulgar

GRADO DE INSTRUCCION	Frecuencia	Porcentaje
SECUNDARIA	18	22,5
SUPERIOR	62	77,5
Total	80	100,0

Se encontró que el porcentaje de pacientes con diagnóstico de acné vulgar que acuden a consultorio son en su mayoría de grado de instrucción superior (77.5%) en comparación con grado de instrucción secundaria (18%).

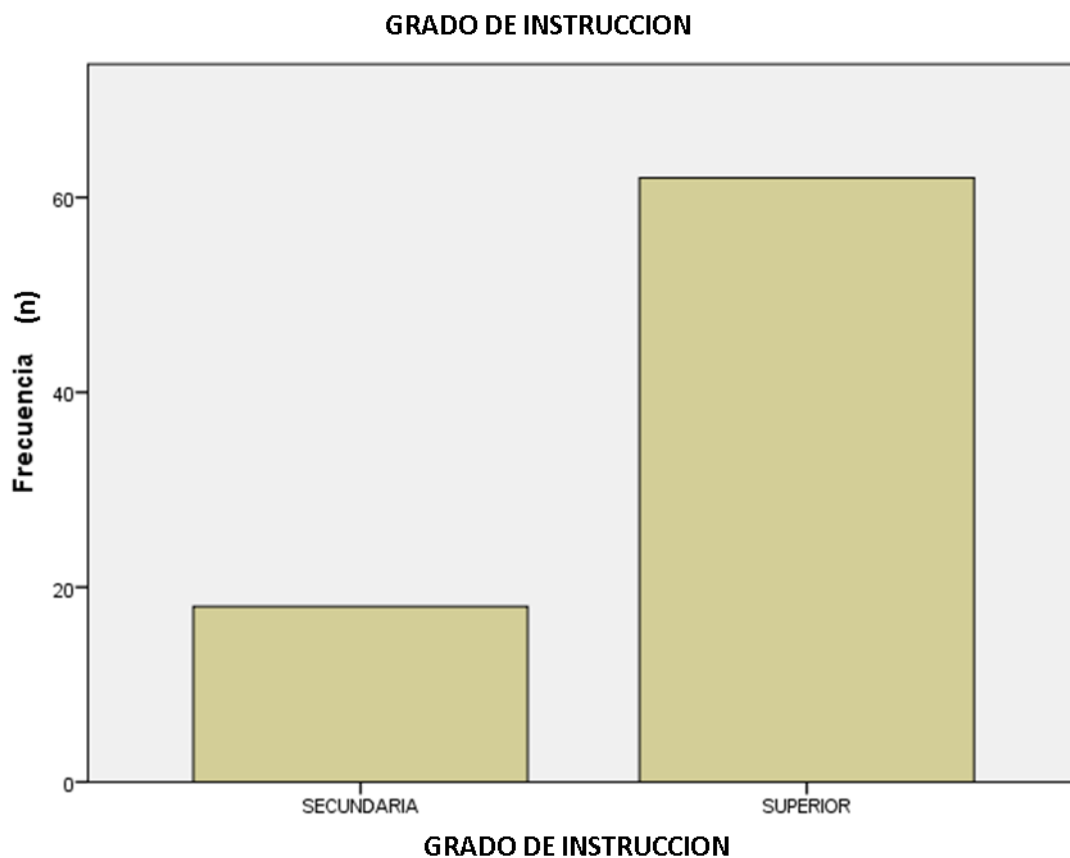


Figura 3: Relación entre la frecuencia de acné vulgar según el grado de instrucción del paciente

Tabla 4: Frecuencia del tipo de acné vulgar encontrado

TIPO DE ACNE VULGAR	Frecuencia	Porcentaje
NO INFLAMATORIO	18	22,5
SUPERFICIAL LEVE	23	28,8
MODERADA	32	40,0
GRAVE	7	8,8
Total	80	100,0

Se encontró que los pacientes con acné inflamatorio moderado son los que acuden con mayor frecuencia (40%) a consultorio de dermatología, seguidos por pacientes con acné inflamatorio leve (28.8%), en menor frecuencia pacientes con acné no inflamatorio (18%), y los pacientes con acné inflamatorio grave son los que se encontraron con menor frecuencia (8.8%).

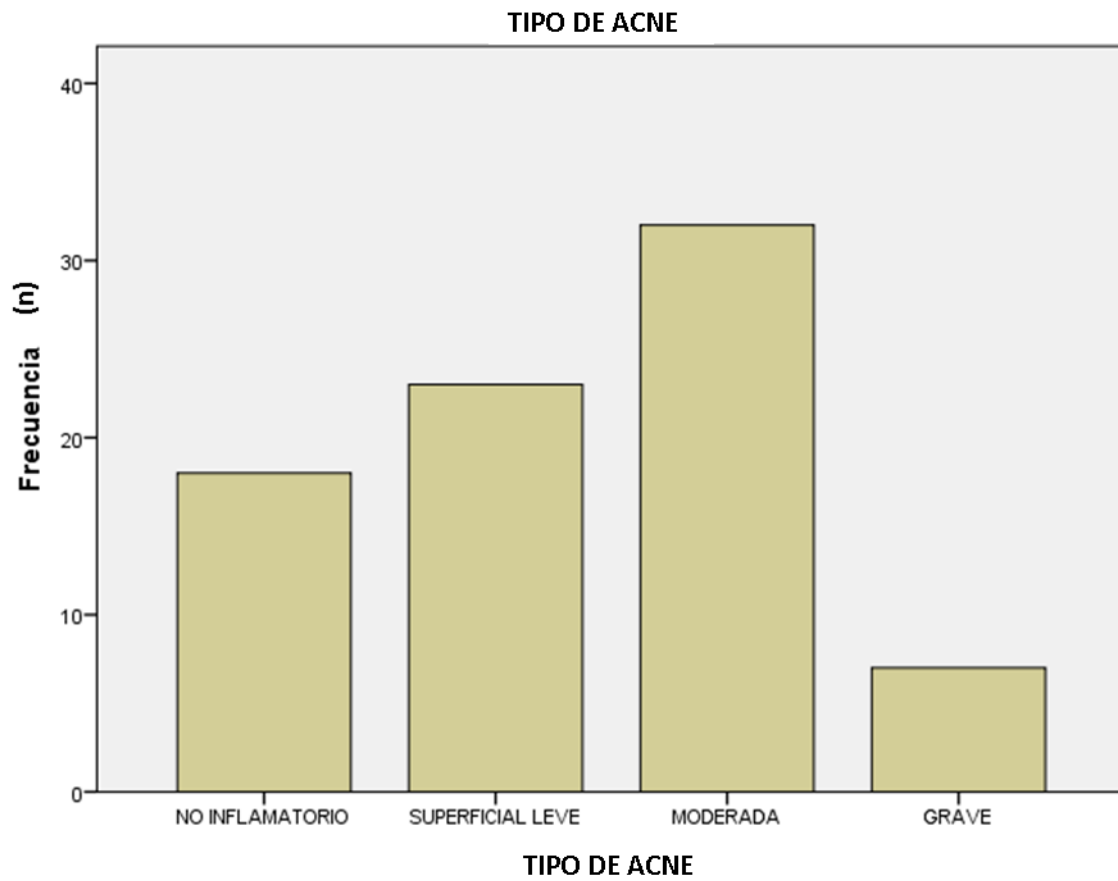


Figura 4: Frecuencia del tipo de acné vulgar encontrado

Tabla 5: Frecuencia de aparición de acné vulgar según localización anatómica

	Frecuencia	Porcentaje
ROSTRO	72	63,7
TRONCO	35	31,0
EXTREMIDADES	6	5,3
Total	113	100,0

Se encontró que el acné vulgar se localiza con mayor frecuencia en rostro con un 63.7%, seguido de tronco con 31%, y con mucha menos frecuencia en extremidades con solo un 5.3%.

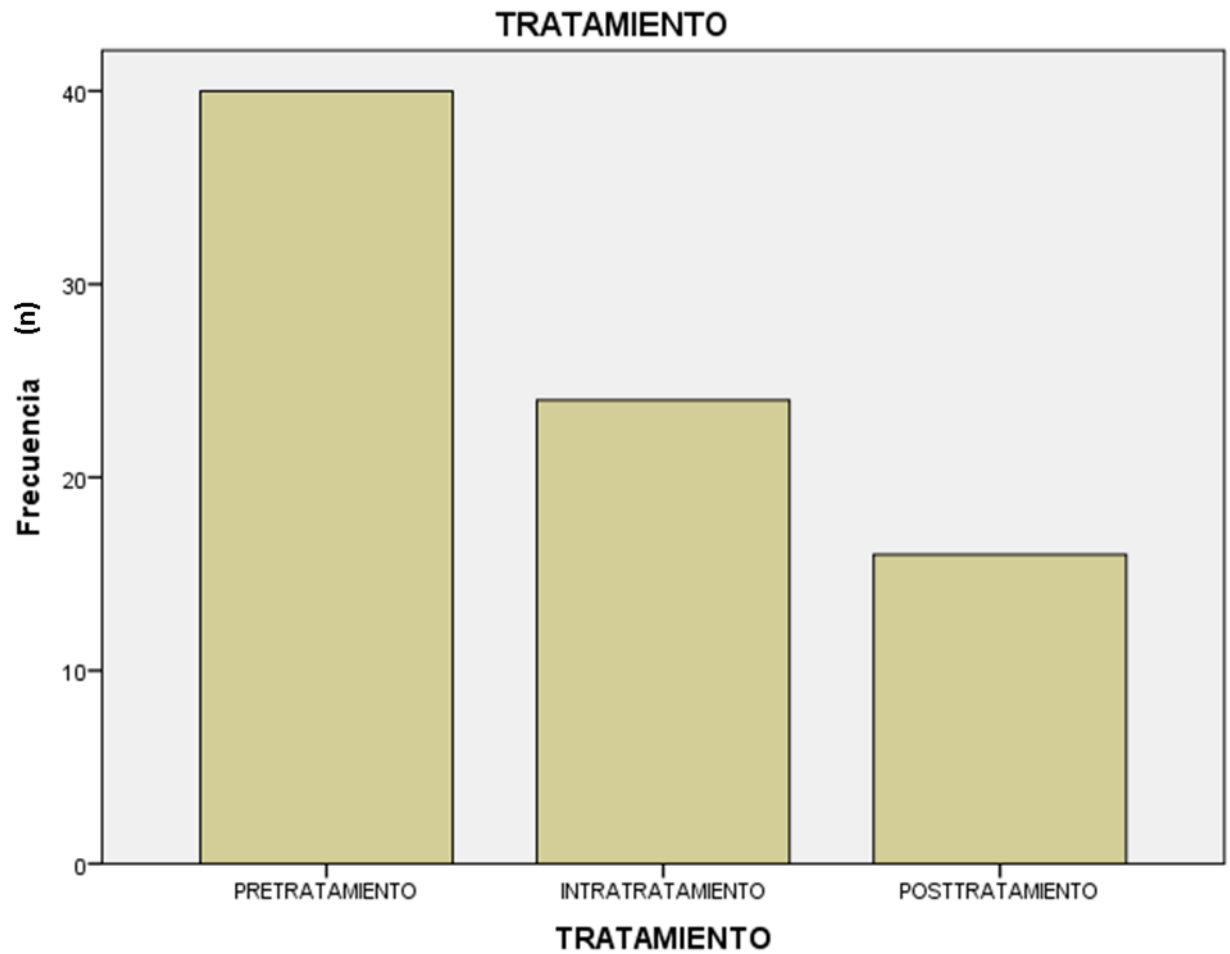
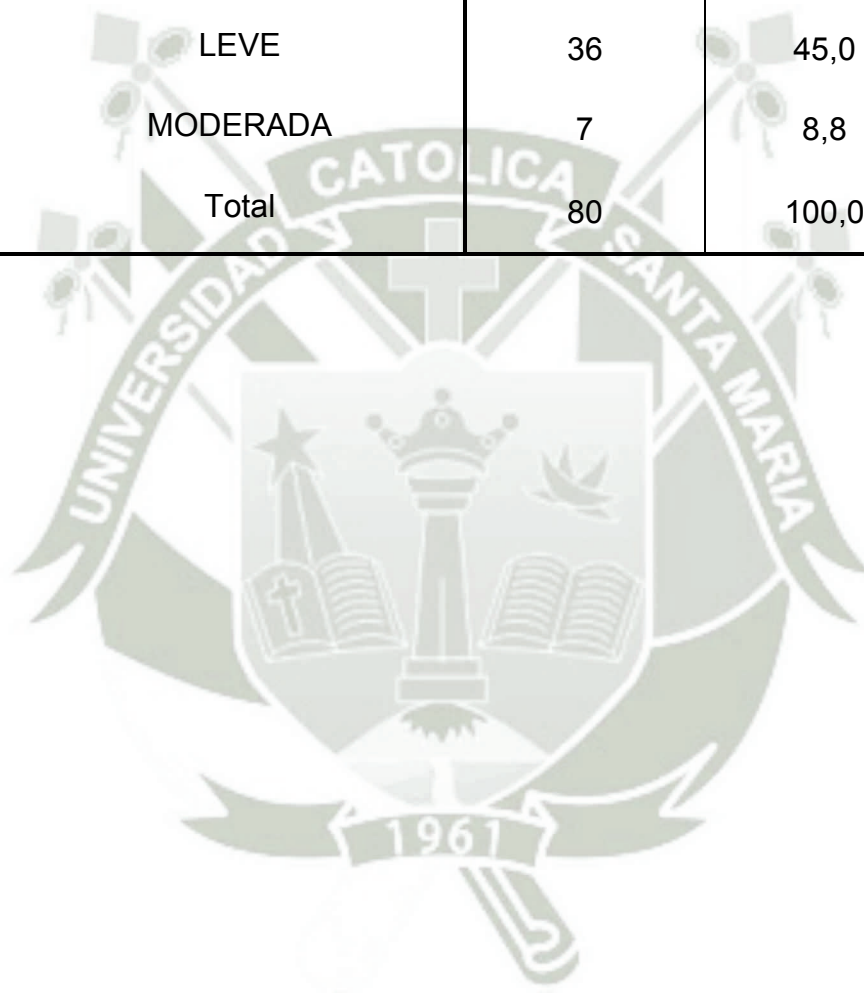


Figura 5: Frecuencia de aparición de acné vulgar según localización anatómica

Tabla 6: Frecuencia del grado de depresión

GRADO DE DEPRESION	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA	37	46,3
LEVE	36	45,0
MODERADA	7	8,8
Total	80	100,0



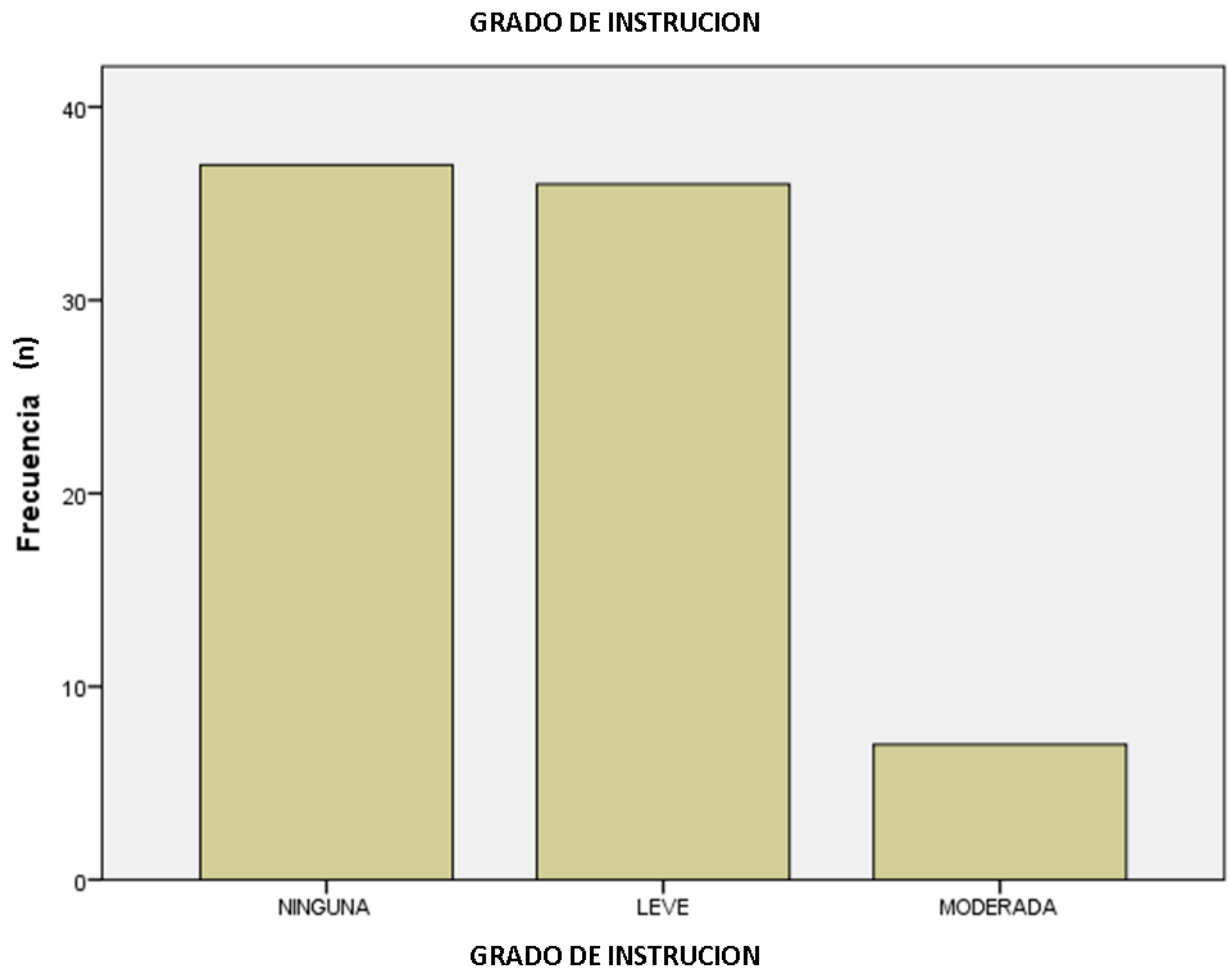


Figura 6: Frecuencia del grado de depresión

Tabla 7: Relación entre el tipo de acné y el grado de depresión

TIPO			GRADO			Total
			NINGUNA	LEVE	MODERADA	
NO INFLAMATORIO	Recuento		14	3	1	18
	% dentro de TIPO		77,8%	16,7%	5,6%	100,0%
	% dentro de GRADO		37,8%	8,3%	14,3%	22,5%
	% del total		17,5%	3,8%	1,3%	22,5%
SUPERFICIAL LEVE	Recuento		12	11	0	23
	% dentro de TIPO		52,2%	47,8%	0,0%	100,0%
	% dentro de GRADO		32,4%	30,6%	0,0%	28,8%
	% del total		15,0%	13,8%	0,0%	28,8%
MODERADA	Recuento		10	18	4	32
	% dentro de TIPO		31,3%	56,3%	12,5%	100,0%
	% dentro de GRADO		27,0%	50,0%	57,1%	40,0%
	% del total		12,5%	22,5%	5,0%	40,0%
GRAVE	Recuento		1	4	2	7
	% dentro de TIPO		14,3%	57,1%	28,6%	100,0%
	% dentro de GRADO		2,7%	11,1%	28,6%	8,8%
	% del total		1,3%	5,0%	2,5%	8,8%
Total	Recuento		37	36	7	80
	% dentro de TIPO		46,3%	45,0%	8,8%	100,0%
	% dentro de GRADO		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		46,3%	45,0%	8,8%	100,0%

Chi-cuadrado de Pearson: 17,407^a

P<0.05 (0.008)

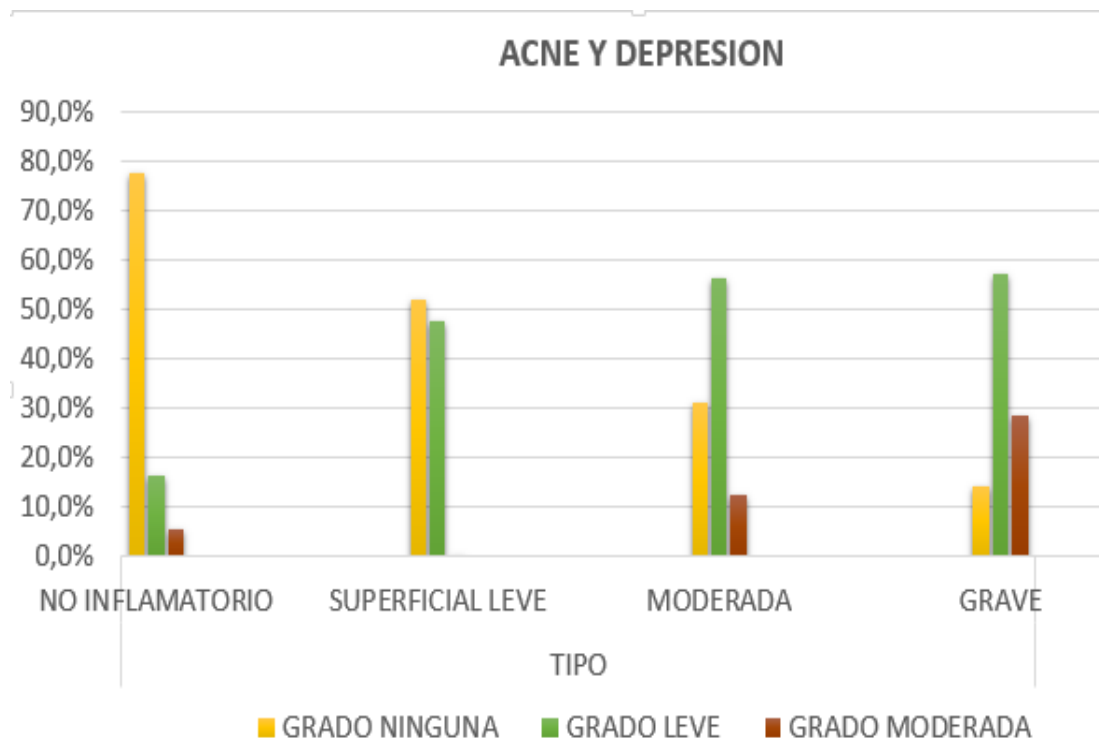


Figura 7: Relación entre el tipo de acné y el grado de depresión



Tabla 8: Relación entre etapa de tratamiento y nivel de depresión

		GRADO			Total	
		NINGUNA	LEVE	MODERADA		
T R A T A M I E N T O	PRETRATAMIENTO	Recuento	21	13	6	40
		% dentro de TRATAMIENTO	52,5%	32,5%	15,0%	100,0%
		% dentro de GRADO	56,8%	36,1%	85,7%	50,0%
		% del total	26,3%	16,3%	7,5%	50,0%
	INTRATRATAMIENTO	Recuento	9	14	1	24
		% dentro de TRATAMIENTO	37,5%	58,3%	4,2%	100,0%
		% dentro de GRADO	24,3%	38,9%	14,3%	30,0%
		% del total	11,3%	17,5%	1,3%	30,0%
	POSTTRATAMIENTO	Recuento	7	9	0	16
		% dentro de TRATAMIENTO	43,8%	56,3%	0,0%	100,0%
		% dentro de GRADO	18,9%	25,0%	0,0%	20,0%
		% del total	8,8%	11,3%	0,0%	20,0%
Total	Recuento	37	36	7	80	
	% dentro de TRATAMIENTO	46,3%	45,0%	8,8%	100,0%	
	% dentro de GRADO	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	46,3%	45,0%	8,8%	100,0%	

Chi-cuadrado de Pearson: 7,306^a

P>0.05 (0.12)

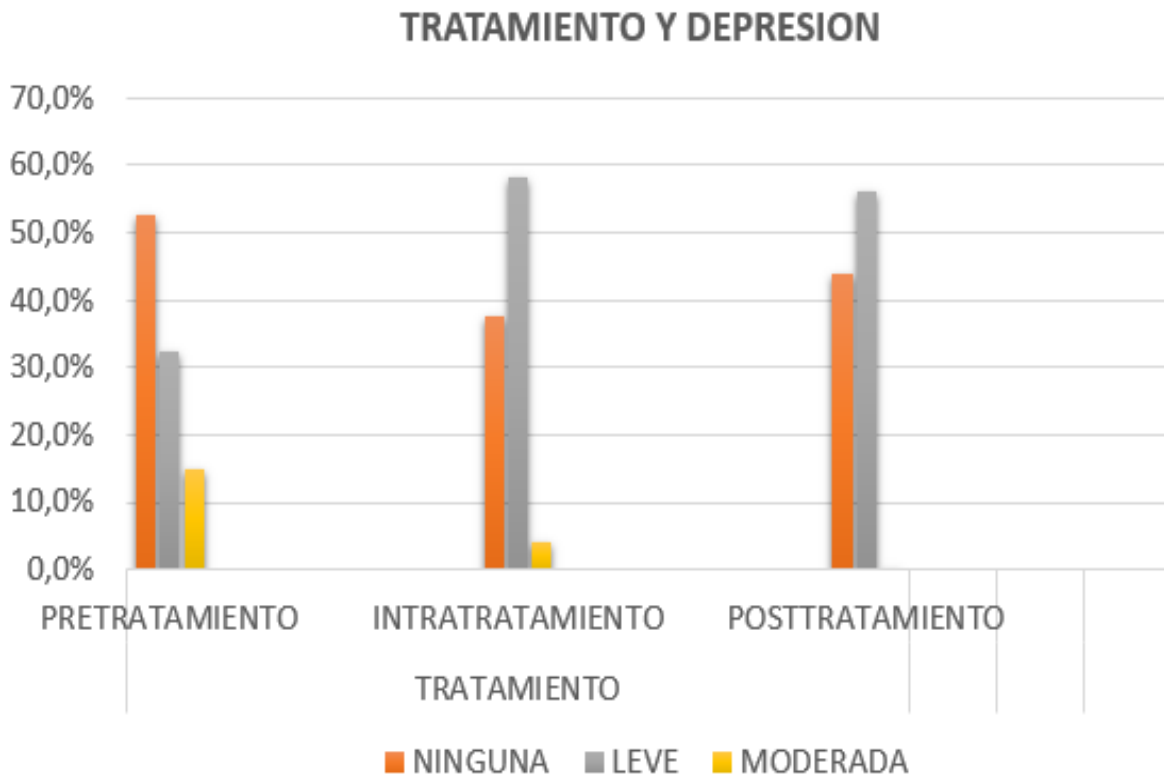


Figura 8: Relación entre etapa de tratamiento y nivel de depresión



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio buscó determinar la incidencia de depresión en pacientes con acné vulgar en el Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en Febrero del 2018, al ser la depresión una patología que está en aumento a nivel mundial y siendo el acné una enfermedad prevalente en la población joven, y considerando que en esta etapa existe mayor probabilidad de desarrollar estas dos entidades en común.

La importancia de determinar la incidencia de depresión en este grupo de pacientes radica en que los diferentes grados de depresión afectan al desempeño normal de las actividades de las personas además de afectarse su salud tanto en las esferas: físico, mental y social (1); esto representaría un factor de riesgo para el completo desarrollo de las facultades de dichas personas lo que llevaría a una pérdida de recursos para su comunidad al no poder dar su máximo desempeño.

Para tal fin se encuestaron 80 pacientes previo consentimiento informado, de los cuales, 43 pertenecen al sexo femenino (53.8%) y 37 pertenecen al sexo masculino (46.3%), 53 se encuentran entre los 15 y 25 años de edad (66.3%), y 27 personas son mayores de 25 años (33.8%), además de tener mayor prevalencia el grado de instrucción superior (77.5%), con estas características previas se procede a describir cada cuadro y gráfico que se realizó de las variables utilizadas.

En la **tabla 1 y figura 1** se observa una mayor aparición de acné vulgar en personas entre los 15 – 25 años que en mayores de 25 años, algo que también se puede apreciar en el estudio realizado por Tercedor y Lopez (2) donde se evidencia que la prevalencia del acné es entre el 70 y el 87% de las personas entre los 15 y 25 años de edad en los países occidentales. “Teniendo en cuenta que varios estudios apoyan el aumento en la producción de sebo como uno de los factores desencadenantes del acné, cabe mencionar que los andrógenos van a estimular la producción de sebocitos en el folículo pilo-sebáceo e incluso de queratinocitos en el canal folicular, y teniendo en que las glándulas sebáceas empiezan a desarrollarse de nuevo en la etapa prepuberal coincidiendo con el aumento de los andrógenos” (3).

En la **tabla 2 y figura 2** se puede apreciar que la asistencia de pacientes con acné vulgar del sexo femenino (53.8%) a consultorio externo de dermatología es de mayor prevalencia que los pacientes de sexo masculino (46.3%); un porcentaje muy parecido al encontrado en el estudio realizado por Coello en la Universidad de Cuenca (4), en donde se encontró que el sexo de mayor frecuencia fue el femenino con un 54% mientras que el sexo masculino fue de 46%. Como también se puede apreciar en el estudio realizado en consultorio de Dermatología de un hospital general de Lima (5) en donde la prevalencia de pacientes de sexo femenino (56.1 %) fue mayor a la de sexo masculino (43.9%).

En la **tabla 3 y figura 3** se puede observar que hay mayor prevalencia de pacientes con un grado de instrucción superior siendo el porcentaje de 77.5%, y el 22.5% de pacientes con grado de instrucción de secundaria. Lo cual también se puede apreciar en el estudio realizado por Acosta en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (5) donde se encontró que el 48,8% era de grado de instrucción superior siendo el de mayor prevalencia, seguido de pacientes con grado de instrucción secundaria (38,7%), comprobándose así que los pacientes que en general deciden acudir a consulta de dermatología son en su mayoría pacientes con grado de instrucción superior.

En la **tabla 4 y figura 4** se aprecia que de los pacientes que acudieron en el mes de Febrero del 2018 por consultorio externo de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con el diagnóstico de acné vulgar eran en su mayoría del tipo acné inflamatorio moderado (40%), seguido de acné inflamatorio leve (28.8%), casi en igual porcentaje que los pacientes con acné no inflamatorio (22.5%), y por último los pacientes con acné inflamatorio grave solo fueron 7 (8.8%). A diferencia de lo que se encontró en un estudio realizado por Freyre de 2214 adolescentes en Arequipa, Perú (6), donde se vio baja prevalencia de acné moderado; al igual que en otro estudio realizado por Li Wen en China (7) donde se encontró que de 1,156 estudiantes lo que presentaron con acné leve fueron 552 (47.75 %), moderado 376 (32.53 %) y severo 228 (19.72 %), siendo el de acné leve el de mayor prevalencia seguido por acné moderado. En otro estudio realizado en Finlandia por Rhen (8) también se encontró una mayor prevalencia del acné leve (57.6%) sobre acné moderado-severo (42.4%). Y por último, en otro estudio

realizado por Yazini y colaboradores en Turquía (9) se encontró mayor prevalencia de acné grave.

En la mayoría de estos estudios el tipo de acné vulgar de mayor prevalencia fue el acné leve a diferencia de lo que se encontró en este estudio en donde el de mayor prevalencia fue el acné moderado.

En la **tabla 5 y figura 5** se observa que el acné vulgar se presenta con mayor frecuencia en el rostro que el acné vulgar se localiza con mayor frecuencia en rostro con un 63.7%, seguido de tronco con 31%, y con mucha menos frecuencia en extremidades con solo un 5.3%.

Según Santacana en su artículo "Acné" menciona que "Casi todos los acnéicos presentan lesiones en la cara, y aproximadamente la mitad las presentan en la espalda y pecho. Sólo un 1% de ellos tiene lesiones severas en tronco sin afectación facial" (10), lo que concuerda con este estudio, al igual que el libro "Acné" de Fernández (11) quien también menciona que la presentación más frecuente de acné vulgar se da en rostro. En otro artículo el cual fue realizado por Escalante menciona que "la cara es el área más frecuentemente afectada, porque contiene más glándulas sebáceas que otra área corporal" (12), apoyando una vez más lo hallado en este estudio.

En la **tabla 6 y figura 6** muestra el grado de depresión que se encontró en esta población utilizando el test de Hamilton, siendo los pacientes con depresión los que se encontró con mayor frecuencia (53,8%) y los pacientes sin depresión en menor prevalencia (46.3%). En el estudio realizado en Turquía por Yazici y Baz (9) en el cual se incluyeron 61 pacientes con acné vulgar y 38 voluntarios sanos, donde se encontró que las tasas de pacientes con riesgo de depresión (29.5%) fueron significativamente más altas en el grupo de pacientes con acné vulgar que en el grupo control (7.9%), y por lo tanto una de las conclusiones a las que se llegó en este estudio fue que independientemente del grado de gravedad, los pacientes con acné tienen un mayor riesgo de ansiedad y depresión en comparación con la población normal. En el estudio realizado por Gupta (13) en el cual se estudió 480 pacientes dermatológicos con diagnósticos de: acné, alopecia, dermatitis atópica y psoriasis; se aplicó la escala de depresión de Carrol, encontrándose que los

pacientes con diagnóstico de acné y los pacientes con psoriasis (ambulatorios y hospitalizados) presentaban los puntajes más altos en la escala de depresión. Además también se encontró en el estudio realizado por Coello, de la Torre e Iglesias en el Hospital Vicente Corral Moscoso que “El acné es un factor de riesgo estadísticamente significativo para tener ansiedad y depresión.” (4) Todos estos estudios apoyan lo encontrado en este trabajo, que existe un riesgo más alto de sufrir de depresión en pacientes con acné.

ESTUDIO	Depresión e ideación suicida en pacientes dermatológicos con acné, alopecia areata, dermatitis atópica y psoriasis, Londres	La calidad de vida está asociada con la ansiedad y depresión en pacientes con acné, Turquía	Trastornos adaptativos en pacientes con acné en Consulta Externa de Dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca
CONCLUSIONES	5.6% de pacientes con acné presentaron ideas suicidas 72% fueron pacientes con acné	El riesgo de depresión (29.5%) en pacientes con acné vulgar El riesgo de depresión en el grupo control (7.9%)	44,3% de los pacientes presentaron depresión

En la **tabla 7 y figura 7** se muestra la relación entre el tipo de acné y el grado de depresión, observándose que en el grupo de pacientes con diagnóstico de acné inflamatorio grave el 85.7% presenta algún nivel de depresión, a diferencia del grupo de pacientes con acné no inflamatorio y superficial leve en quienes el porcentaje de pacientes sin depresión es mayor, además existe relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el grado de severidad de acné reportado y el grado de severidad de depresión según el test de Hamilton, evidenciándose así que existe relación entre la severidad de acné y la gravedad de depresión. Al igual que se encontró en el estudio realizado en Cuenca-Ecuador por Coello, de la Torre e Iglesias (4), donde se incluyeron los pacientes con diagnóstico de acné de consultorio externo de dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso del Ministerio de Salud Pública y para la recolección de los datos se utilizó

el test de Hamilton, observándose una tendencia clara, de que a medida que aumenta el grado de acné la prevalencia de depresión también aumenta, encontrándose que la prevalencia general de depresión alcanzó en la población con acné el 44.3% la distribución según grado fue la siguiente: depresión mayor 10.6%, depresión menor 17.7% más que depresión mayor 0.6% y menos que depresión mayor 15.4%.. Otro estudio realizado por Bayona y Di Paola donde estudiaron una muestra de 53 pacientes con acné en busca de ansiedad y depresión, utilizando como herramienta pruebas de Zung para depresión y ansiedad y un grupo control de 50 pacientes; estos autores comentan que “en los pacientes con acné es de observación común el desarrollo de síntomas y signos depresivos, así como de patrones de conducta que se caracterizan por evasión social, irritabilidad, ansiedad, humor depresivo y otros alterando el desenvolvimiento y desarrollo social del individuo” (14); lo que también apoya lo encontrado en este estudio.

En la **tabla 8 y figura 8** se puede observar la relación entre la etapa del tratamiento (pretratamiento, intra-tratamiento y post-tratamiento) en la que se encuentra el paciente y el grado de depresión que presenta el paciente, se puede apreciar que el 47.5% de los pacientes que no han recibido aún ninguna clase de tratamiento presentan algún grado de depresión, y que de los pacientes que presentaron depresión moderada el 85.7% fueron pacientes que aun recibían tratamiento, a pesar de estos datos no se encontró una relación estadísticamente significativa ($p=0.12$) en la comparación de estas dos variables.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

PRIMERA: La incidencia de depresión en la población evaluada a través del test de Hamilton fue de 53.8%.

SEGUNDA: El grupo etario con mayor proporción fue entre 15 y 25 años, con 53 personas.

TERCERA: La localización anatómica más frecuente fue en rostro con 63,7%, seguida de tronco con 31%, y en último lugar extremidades con 5,3%.

CUARTA: El acné moderado fue el de mayor prevalencia con 40% y acné grave fue el de menor prevalencia con el 8.8%, y

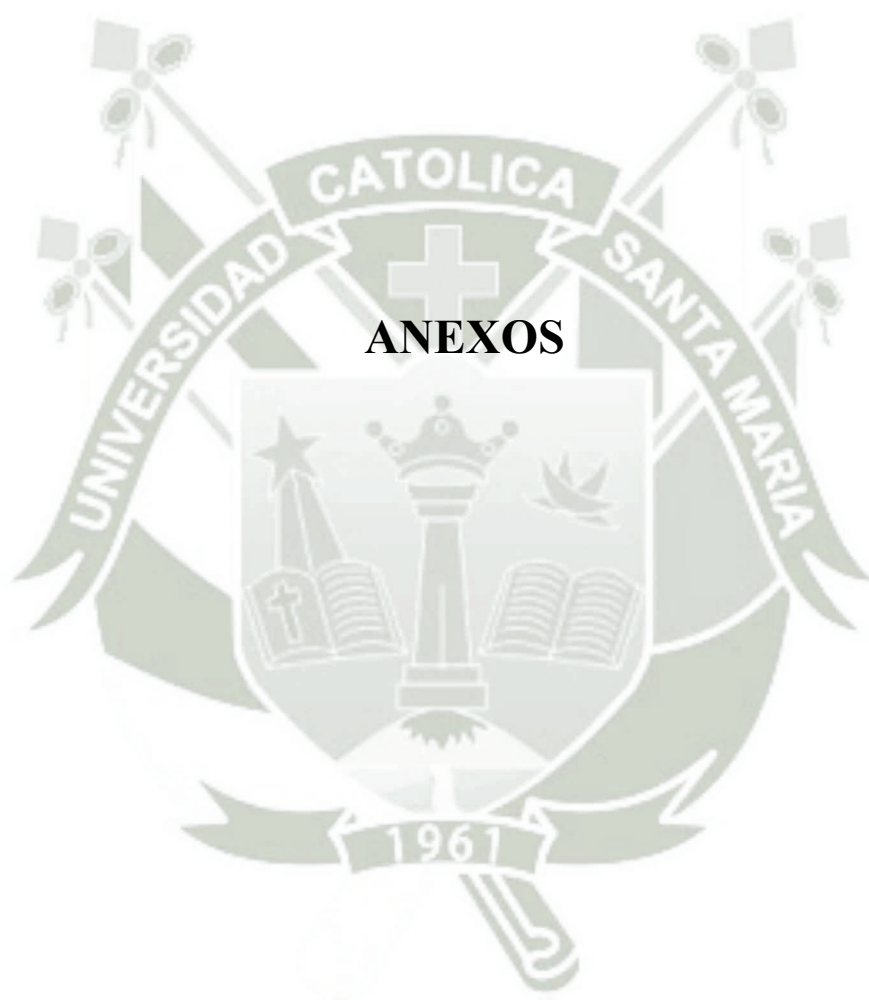
QUINTA: Existe relación estadísticamente significativa entre el grado de severidad de acné reportado y el grado de severidad de depresión según el test de Hamilton, encontrándose por lo tanto, niveles más severos de depresión en pacientes que padecían grados más severos de acné.

RECOMENDACIONES

1. Al Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado: Es importante afrontar la depresión en pacientes con acné debido a que es más frecuente en ellos para poder brindar un tratamiento integral.
2. Al Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza: La depresión en pacientes con acné es una patología probable, por lo tanto se recomienda su tamizaje para intervenciones integrales, referir a los pacientes con diagnóstico de depresión a especialistas en el área de salud mental (psicólogos, psiquiatras), con la finalidad de confirmar el diagnóstico, así como de ofrecer un tratamiento adecuado.
3. A la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María: Con poblaciones más grandes de características similares a las de este estudio podría realizarse un trabajo para poder comparar con mayor significancia estadística que tanto se influye el estado mental de los jóvenes y adolescentes por el acné. También podría realizarse estudios que evalúen otras variables que puedan influir en su estado de salud mental (situación socioeconómica, entorno familiar, antropometría, relaciones interpersonales) además de otras características de la personalidad del paciente (autoestima, autoimagen, ansiedad, relaciones interpersonales, calidad de vida), teniendo el evaluar el impacto real del acné sobre la salud mental y de las diferentes variables que influyen sobre ésta como objetivo.

BIBLIOGRAFIA:

1. OMS. organizacion mundial de la salud. [Online].; 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
2. Tercedor Sánchez. Acné y dieta. 2003; 468(70).
3. Ferrandiz C. Dermatología clínica. Edide ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
4. Ana María Coello Loyola. Trastornos Adaptativos en Pacientes con Acné en Consulta Externa de Dermatología del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, 2011. Revista Medica HJCA. 2014; 6(2).
5. Joshi Acosta. Depresión y síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de Dermatología de un hospital general de Lima. Revista Neuropsiquiatria. 2010; 73(4).
6. Freyre. The prevalence of facial acne in Peruvian adolescents and its relation to their ethnicity. J Adolesc Health. 1998; 22(480-4).
7. Wen. Relationship Between Acne and Psychological Burden Evaluated by ASLEC and HADS Surveys in High School and College Students From Central China. Cell Biochem Biophys. 2014 october.
8. L Rehn. Depressive symptoms, suicidal ideation and acne: a study of male Finnish conscripts. Journal European Academy of Dermatology and Venereology. 2008; 22(561–567).
9. k Yazici. Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. European Academy of Dermatology and Venereology. 2004.
10. Santacana G. acne. Asociación Española de Pediatría. 2007.
11. Vozmediano JMF. Acne Madrid; 2000.
12. Escalante-Jibaja E. Acne y estres. Dermatología Peruana. 2007; 17(1).
13. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis.2008
14. Bayona A DPA. Acne y Depresion. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 1992.



ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN INVESTIGACION CLINICA

Yo:.....
., identificado con DNI N°:, de:..... años de edad.

Por medio de la presente acepto participar en el trabajo de investigación titulado:
**"INCIDENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON ACNE VULGAR QUE
ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DE DERMATOLOGIA DEL HRHDE,
AREQUIPA FEBRERO 2018"**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en brindar los datos requeridos por el investigador.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre las posibles molestias e inconvenientes derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: se usara información de forma confidencial de mi expediente clínico y estando de acuerdo, acepto participar en la investigación.

El Investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial

También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Arequipa, _____ del 2018

Firma del participante

ANEXO N°2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____

TIPOS DE ACNÉ:

Acné comedogénico no inflamatorio	
Acné inflamatorio superficial leve	
Acné inflamatorio moderado	
Acné inflamatorio grave	

LOCALIZACIÓN:

Rostro	
Tronco	
Extremidades	

ETAPA DE TRATAMIENTO:

Pretratamiento	
Intratratamiento	
Post-tratamiento	

ANEXO N°3

ESCALA DE HAMILTON

	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismos, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritable 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera

		<p>2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: ~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones ~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias ~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros ~ Frecuencia urinaria ~ Sudoración</p>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales		<p>0. Ninguno 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos Generales		<p>0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales		<p>0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitantes Síntomas como ~ Pérdida de la libido ~ Trastornos menstruales</p>
15. Hipocondría		<p>0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)		<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
17. Insight (conciencia de enfermedad)		<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo</p>

	No depresión	Ligera/menor	Moderada	Grave	Muy grave
APA, 2000	0-7	8-13	14-18	19-22	>23

Fuente: (15)



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“INCIDENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON ACNE
VULGAR QUE ACUDEN A CONSULTORIO EXTERNO DE
DERMATOLOGIA DE HRHDE, AREQUIPA FEBRERO 2018”**

Proyecto de Tesis presentada por la Bachiller:

AÑAMURO CAHUANA, SILVIA OLINDA

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano.

Asesor: Dr. Añasco Arela, Marcos Alberto

Arequipa – Perú

2018

I. Preámbulo

El acné es una inflamación crónica de la unidad pilosebácea que compromete regiones del cuerpo como el rostro, cuello, hombros y parte del tronco superior, es una causa de consulta que afecta comúnmente a personas entre los 15 a 25 años de edad, siendo ligeramente más frecuente en mujeres pero más severa en varones; en cuanto a la etiología del acné es multifactorial, puede deberse a: factores genéticos, hormonales, alimenticios y bacterias, entre las más frecuentes están: *Propionibacterium acné*, estafilococos y *Pityrosporum ovale* u orbicular. El acné no es una enfermedad que repercuta a nivel sistémico pero a pesar de eso puede causar problemas psicológicos como: baja autoestima, depresión y ansiedad al dejar secuelas como cicatrices cutáneas y la presencia de pápulas, pústulas y otros que dañan la estética no solo de la cara sino también de las otras regiones afectadas, siendo estos factores los principales objetivos del tratamiento.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares de la persona. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Sin embargo, la salud mental continúa siendo un tema postergado en la agenda pública y en las políticas. En nuestro país, los problemas de salud mental se han visto agravados de manera muy significativa debido a factores socioeconómicos y culturales.

Es por ello que es de importancia ver la incidencia de esta patología teniendo en cuenta la alta frecuencia de acné en la población joven.

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la incidencia de depresión en pacientes con acné vulgar del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2018?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Trastorno afectivo

b) Operacionalización de Variables

Características sociodemográficas:

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Femenino /masculino	Cualitativa
Edad	Historia clínica	15-25	Cuantitativa
		>25 años	

Características del acné:

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Tipo acné	Historia clínica	No inflamatorio Inflamatorio Leve Inflamatorio Moderado Inflamatorio Grave	Cualitativa
Localización	Historia clínica	Rostro Tronco Extremidades	Cualitativa
Etapas de tratamiento	Historia clínica	Pretratamiento Intratratamiento Post-tratamiento	Cualitativa

VARIABLES DE DEPRESIÓN: INDICADOR DE MELANCOLÍA:

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Item 1	Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea	Cualitativa
Item 2	Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismos, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras	Cualitativa
Item 7	Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad	Cualitativa

		4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad	
Item 8	Inhibición (lentitud de pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta	Cualitativa
Item 10	Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritable 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle	Cualitativa
Item 13	Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2	

Variables de depresión: indicador de ansiedad

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Ítem 9	Agitación	0. Ninguna 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.	Cualitativa
Ítem 11	Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: ~ Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones ~ Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias ~ Respiratorios: Hiperventilación suspiros ~ Frecuencia urinaria ~ Sudoración	Cualitativa

Variables de depresión: indicador de sueño

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Ítem 4	Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche	Cualitativa
Ítem 6	Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	Cualitativa

Interrogantes básicas:

1. ¿Cuál es la incidencia de depresión en pacientes con acné vulgar en que acuden a consultorio externo de HRHDE, en el período febrero Arequipa 2018?
2. ¿Cuáles son las características del acné referidas a tipo, localización y tiempo que tiene más asociación con depresión?
3. ¿Qué nivel de depresión según escala Hamilton se encuentra en pacientes con acné vulgar?

Tipo de investigación: Estudio de campo

Nivel de investigación: Observacional, prospectivo, transversal

1.3. Justificación del problema

El acné es una enfermedad prevalente en nuestra sociedad y que afecta en su mayoría a las poblaciones de adolescentes y jóvenes, mundialmente se ha encontrado que el acné vulgaris está relacionado a depresión en su mayoría por variables estéticas.

Debido a todos estos factores, y ya que no existe antecedentes de trabajos realizados en la población arequipeña, es que en este trabajo se ha decidido estudiar la incidencia de depresión en pacientes con acné vulgar, además se describirá las características demográficas de este grupo de pacientes.

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»

La salud mental es actualmente uno de los problemas más grandes de salud pública, y también uno de los más ignorados, por lo tanto es importante investigar acerca de este tema que cada vez está en

aumento en nuestra población y representa una pérdida de recursos humanos y material.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 El acné:

2.1.1 Definición:

“El acné es una enfermedad cutánea ya conocida y descrita en la antigüedad. El origen del nombre es poco claro, pudiendo venir del griego achne, partícula o eflorescencia, o del latín acme, punto alto.” (16) El acné es un desorden muy común, autolimitado, multifactorial. Es una de las enfermedades dermatológicas más prevalentes, porque afecta casi al 80% de los adolescentes entre los 13 y los 18 años. Puede durar muchos años, dejar cicatrices persistentes y provocar efectos adversos importantes en el desarrollo psicológico del adolescente que la sufre. La lesión básica de acné es denominada comedón y que tiene como blanco la unidad pilosebácea. Es una enfermedad de las unidades pilosebáceas y, sobretodo de los infundíbulos. Puede manifestarse sólo con lesiones no inflamatorias (comedones y quistes intactos) o con lesiones inflamatorias (pápulas, nódulos y pústulas). (16) (10) (11) (17)

Los principales y más estudiados factores involucrados en la patogénesis del acné son cuatro: incremento en la producción de sebo, queratinización anormal del epitelio folicular, proliferación de *Propionibacterium acnes* e inflamación. Se considera que otros factores que otros factores pueden exacerbarlo: endocrinológicos, emocionales, uso de cremas oclusivas, genéticos, clima, drogas, ocupación. Además existen enfermedades dermatológicas que tienen una base fisiopatológica dérmica primaria, pero que están influenciados por factores psicosociales y trastornos psiquiátricos, por ejemplo: psoriasis, acné, dermatitis atópica, urticaria y angioedema. Se propone que algunas hormonas hipofisarias y algunos neuropéptidos influyen en la fisiopatología de los trastornos dermatológicos mencionados. (10) (16) (5)

La patogenia del acné tiene su base principalmente en las glándulas sebáceas y es común que comience a nivel de rostro, que será donde actúen las hormonas

durante la pubertad, cuando se producen las hormonas sexuales, los andrógenos van a promover una mayor actividad de dichas glándulas, de modo que sufren un trastorno consistente en hipertrofia e hiperplasia. Como resultado las glándulas aumentarán de tamaño y producirán más sebo, que se va a ir depositando en el canal del folículo pilosebáceo. (3) (18)

En el conducto pilosebáceo habita normalmente el *Propionibacterium acnes*, bacteria que puede convertir los triglicéridos del sebo en ácidos grasos libres y glicerol, el cual será utilizado por la bacteria como fuente de carbono, mientras que los ácidos grasos libres permanecen como residuo. (11) (19)

El proceso de queratinización en el epitelio del interior del folículo es de gran importancia, ya que a ese nivel los queratinocitos se dividen, maduran, mueren y son expelidos. En el paciente con acné se incrementa la queratinización, pero se mantiene el volumen de células que deberían ser eliminadas del folículo y que cuando están en contacto con el sebo se pegan entre ellas. Este fenómeno es conocido como hiperqueratosis de retención y resulta en la formación del microcomedón, lesión inicial del acné. (11) (19)

Entonces resumiendo, “el microcomedon es el resultado de la obstrucción de los folículos sebáceos por un exceso de sebo junto con células epiteliales descamadas procedentes de la pared folicular (hiperqueratosis ductal)” (10). Estos dos factores son los causantes de las lesiones no inflamatorias como los comedones abiertos (puntos negros o barrillos) y los microquistes o comedones cerrados. El *P. acnes*, se multiplica fácilmente en este ambiente, causando la aparición de mediadores de la inflamación. (3)

2.1.2 Cuadro clínico:

Para lograr un tratamiento eficaz se debe tener en cuenta cuatro puntos:

1. Tipo de lesión: inflamatorio o no inflamatorio.
2. Gravedad del cuadro: intensidad-estadio de las lesiones.
3. Extensión: afectación de cara, pecho y/o espalda.
4. Factores asociados

Lesiones no inflamatorias: los comedones cerrados o microquistes es el más comúnmente encontrados, y lo que define al acné. Por otro lado, los comedones

abiertos o barrillos no se ven con frecuencia ni acostumbran a presentar cambios inflamatorios. La compactación de células foliculares en el ducto, y la oxidación del sebo y la melanina son los motivos de su aspecto, no se debe a la suciedad. Importante recordar que el diagnóstico diferencial entre el acné auténtico o verdadero y las reacciones acneiformes es debido a que estas reacciones son normalmente monomorfas y no presentan barrillos. (10) (3) (18) (19)

Las lesiones inflamatorias: pápulas, pústulas, nódulos, quistes y cicatrices.

Para valorar el estadio inicial del acné y la posterior evolución del tratamiento instaurado, es muy importante diagnosticar la gravedad del cuadro establecido, viendo en cuál de los cinco grados de estadio se encuentran las lesiones, también se puede facilitar la clasificación en tres: formas leves, moderadas y graves. El acné vulgar se suele clasificar según la lesión clínica predominante (tabla 1). (10) (19) (3)

Grado 0	Pre-acné (hiperqueratosis folicular)
Grado 1	Comedones y pápulas (acné comedónico)
Grado 2	Pápulas y pústulas superficiales
Grado 3	Pústulas profundas y nódulos
Grado 4	Nódulos , quistes y cicatrices (acné nódulo-quístico)

Respecto a la localización y extensión de las lesiones, “casi todos los acnéicos presentan lesiones en la cara, y aproximadamente la mitad las presentan en la espalda y pecho. Sólo un 1% de ellos tiene lesiones severas en tronco sin afectación facial”. (10)

2.1.3 Tratamiento:

El enfoque del tratamiento del acné, gira alrededor de la función de las glándulas sebáceas ya que están relacionadas a tres mecanismos patogénicos importantes que son: La queratinización de la piel, la producción de aceite/sebo y la flora bacteriana, además de tener mucha importancia la posible inflamación presente. (Tabla 2). (10) (19)

Factor a tratar	Tratamiento tópico	Tratamiento sistémico
Hiperqueratosis ductal	Tretinoína Isotretinoína Ácido salicílico Adapaleno Tazaroteno Antibióticos (efecto indirecto)	Isotretinoína
Proliferación de P. acnés	Peróxido de benzoilo Eritromicina Clindamicina Ácido azelaico Nadifloxacino	Doxiciclina (100 mg/d) Minociclina (100 mg/d) Trimetropin (160 mg/d) Eritromicina (500 mg/d) Tetraciclina (500 mg/d)
Exceso de producción sebácea		Isotretinoína Estrógenos Anti andrógenos
Inflamación grave	Metronidazol	Isotretinoína Corticoides

Tratamientos para disminuir la descamación de las células epiteliales ductales:

- Tretinoína tópica e isotretinoína tópica: Derivados del ácido retinoico (ácido transretinoico y 13-cis-retinoico, respectivamente), uno de los fármacos más importantes en el tratamiento del acné ya que disminuyen la descamación y por tanto el porcentaje de comedones y microcomedones, es por ello que es considerado comedolítico por excelencia. Posee un efecto lacerante en un inicio y es mucho más irritante a mayores concentraciones. Es eficaz para lesiones no inflamatorias y no es necesario asociarlo a antibióticos. Aumenta ligeramente la fotosensibilidad. (10) (19)
- Ácido salicílico: Su principal acción a nivel dérmico es ser queratolítico cuando la concentración es mayor del 5%, su principal acción es disminuir el proceso de adhesión del queratinocito. (19)
- Nuevos tratamientos: Adapaleno (muy parecido a la isotretinoína tópica, aunque menos irritante) y Tazaroteno (es un fármaco nuevo). (10)

Tratamientos dirigidos a evitar la proliferación del P. acnés:

- Peróxido de benzoilo: Este medicamento es muy eficaz para el tratamiento tópico de las lesiones inflamatorias, para las formas leves y moderadas de acné es idóneo, indicado sobretodo en acné inflamatorio, micropustuloso y con retención sebácea. Si se asocia a algún antibiótico tópico como la Eritromicina es mucho más efectivo. “Oxida las proteínas bacterianas de los folículos pilosebáceos e inhibe la proliferación de Propionibacterium Acnes cuando su componente peróxido descompone a la cisteína en la piel liberando oxígeno” (3). (19) (10)
- Clindamicina tópica, Eritromicina tópica o ácido Azelaico (ácido dicarboxílico), que inhibe la 5 alfa reductasa en la glándula sebácea y retrasa la conversión de testosterona a dihidrotestosterona, su acción sobre el P. Acnes es algo menor que el peróxido de benzoilo. Últimamente se ha estudiado la extraordinaria eficacia de el Nadifloxacino. (10) (19)
- Tratamientos sistémicos antibióticos: En este grupo están incluidos la doxiciclina, minociclina y el trimetoprim/sulfametoxazol (cotrimoxazol), que son mucho más liposolubles que la eritromicina o la tetraciclina. La dosis usual diaria de minociclina o doxiciclina es 100 mg al día. 8 semanas como mínimo es la terapia normal o hasta que no aparezcan nuevas lesiones inflamatorias. La Limeciclina y la Dapsona también se suelen utilizar. (10) (19) (11)

Tratamientos dirigidos a reducir la producción de sebo:

- Isotretinoína oral (ácido 13-cis-retinoico): “Este elemento es un metabolito de la vitamina A que tiene la capacidad de disminuir la producción de sebo por la glándula sebácea, es por ello que en formas severas de acné, consigue alcanzar remisiones que llegan hasta los 2 o 3 años” (10). Su forma de acción es selectivamente sobre la glándula sebácea, disminuye la sebogénesis y normaliza la queratinización folicular. El tratamiento se mantiene por 4 o 5 meses a dosis de 0,5 a 1 mg/kg/día vía oral. Constituye la terapia de elección cuando el riesgo de cicatrices es alto en pacientes con acné que tengan nódulos y abscesos, también en pacientes con acné pápulo-pustuloso moderado que no tienen buena respuesta a la terapia convencional. Como efecto adverso principal causa resequedad en la piel y mucosas, además de ser teratogénico, y a cierto nivel hepatotóxico, uno de sus efectos adversos muy comentado en diversos estudios es la presencia de

síntomas psiquiátricos pero aún no ha sido comprobado, en estudios posteriores no se encontró significativo tal efecto adverso. (19) (20) (21) (22) (23) (24)

Es lo ideal que el tratamiento comience desde el momento en que el paciente acudió a consulta y no esperar la aparición de lesiones severas. El tratamiento usual va dirigido a disminuir la inflamación y reducir el crecimiento del P. acnes. Cuando se inicia la terapéutica es muy común que aparezcan ciertos efectos adversos como: dermatitis irritativa con eritema y descamación de la piel. Por lo que es importante tenerlos en cuenta y además la posibilidad de nuevos brotes, no se debe esperar respuesta antes de los 2 meses. (10) (4)

Tratamiento según el tipo de la lesión y gravedad:

- Acné comedogénico no inflamatorio: “La localización de las lesiones es en la frente y en área paranasal, muy característico del inicio de la pubertad, es útil el tratamiento con tretinoína tópica una vez al día. El ácido salicílico, el adapaleno y el ácido glicólico, son opciones menos eficaces. El tratamiento se mantiene durante 2 a 3 meses. Es aconsejable asociar un antibiótico tópico para reducir la aparición de lesiones pustulosas” (10). (3)
- Acné inflamatorio leve: Caracterizado por pápulas y pústulas con comedones y usualmente afecta solo la cara. Se puede iniciar con un antibiótico tópico (eritromicina) asociado a peróxido de benzoilo. Además se puede utilizar retinoides como el adapaleno y la isotretinoína, aquellos pacientes con eccema atópico coexistente y con tendencia a hiperpigmentación postinflamatoria, se puede considerar terapias alternativas como el ácido azelaico asociado a antibióticos tópicos. (10) (19)
- Acné inflamatorio moderado: “Si existen más lesiones pustulosas y comedones se pueden combinar la tretinoína (predominio de comedones) o el peróxido de benzoilo (mayoría de lesiones pustulosas) con un antibiótico tópico y/o sistémico dependiendo de la severidad de las pústulas y de la afectación o no del tronco.” (10) (19)
- Acné inflamatorio grave: Implica la aparición de nódulos o quistes con mucha presencia de inflamación. Se aconseja que un dermatólogo evalúe comenzar la terapia con isotretinoína oral, la terapia se centra en el uso de Isotretinoína a dosis diaria y acumulada total con una efectiva terapia anticonceptiva si es

mujer, de preferencia la combinación de etinil-estradiol + acetato de Ciproterona. Si se utiliza prednisona será en dosis de ataque para conseguir que la inflamación remita. (10) (25) (19)

2.2 Depresión:

El acné suele mejorar espontáneamente a partir de los 20-25 años, en algunas pacientes existe un empeoramiento premenstrual. A pesar de la tendencia a la remisión, las cicatrices suelen originar secuelas de tipo estético y psicológico, en sobretodo de los jóvenes, en etapa de formación de la personalidad y la autoimagen, lo que podría aumentar el impacto en la enfermedad y el desencadenamiento de trastornos psicológicos importantes. El comienzo, la evolución y la resolución o mejoría de los síntomas de las patologías dermatológicas, se ha encontrado que son influenciados por la depresión mayor. Los episodios depresivos se verían empeorados por la continuación de síntomas dermatológicos al producir estas alteraciones psíquicas; produciendo así un círculo vicioso. Además los problemas afectivos que suelen presentarse en enfermedades crónicas de la piel afectan la adherencia al tratamiento dermatológico. Y si nos regimos a la definición de salud según la OMS, que dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1), entonces es fundamental tratar las patologías que se encuentren en cualquier de éstos ámbitos, y nunca debemos menospreciar signos y síntomas que se agrupen en una patología ya sea somática o en la esfera de la salud mental y social. (3) (4) (5)

La depresión es un trastorno con una elevada prevalencia en nuestro medio. El trastorno depresivo mayor tiene una elevada prevalencia, 5% anual en la población general; 15 % de por vida. Si bien es un porcentaje alto de casos, la mayoría no llega a consultorio de psiquiatría (sólo el 10%). Esta prevalencia es mayor en el sexo femenino que masculino (hasta 2:1), las tentativas de suicidio en general son más frecuentes en mujeres, aunque el suicidio consumado lo es en varones. Como algunos factores de riesgo apuntaremos: la pobreza, enfermedades crónicas (físicas y mentales), consumo de alcohol-tabaco, circunstancias laborales adversas, estado civil, estrés crónico, antecedentes familiares de depresión, rasgos desadaptativos en la personalidad, trastornos de ansiedad, migraña. (26) (4) (11)

“La depresión unipolar es susceptible de un abordaje combinado psicoterapéutico y farmacológico, debería encuadrarse dentro de la patobiografía del paciente, más allá de la psicopatología existente”. (26)

2.2.1 Definición:

“La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva” (27).

Además la CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión:

- ánimo depresivo
- pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar
- aumento de la fatigabilidad

En el DSM 5 los trastornos del estado de ánimo se dividen en trastornos depresivos («depresión unipolar») y trastornos bipolares. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por no tener episodio maníaco, mixto o hipomaníaco en su historia previa. (28) (26)

2.2.2 Tipos:

El trastorno depresivo mayor presenta uno o más episodios depresivos mayores.
(28)

Criterios para episodio de depresión mayor:

- A. Presencia de = o > 5 de los síntomas expuestos más adelante durante 2 semanas, que sea un cambio respecto a la actividad previa; al menos uno de los síntomas tiene que ser los puntos 1 o 2. (28)
- 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días como lo indica el mismo sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o indicada por otros (p. ej. llanto). Nota: En niños y adolescentes el estado de ánimo suele ser irritable. (28)
 - 2) Disminución evidente del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, casi todo el día, casi todos los días (indicada por el mismo u otros). (28)
 - 3) Pérdida importante de peso sin el propósito de ello o aumento de peso (p. ej. En solo un mes presentar > 5% de variación del peso corporal), o pérdida o aumento del apetito casi todos los días. Nota: En niños hay el fracaso en lograr los esperables incrementos de peso. (28)
 - 4) Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
 - 5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi todos los días (que puede ser notado por otras personas, no simples sensaciones de inquietud o de estar enlentecido). (28)
 - 6) Fatiga o detrimento de energía casi todos los días. (28)
 - 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa muy incrementados o inapropiados (pueden ser delirantes) casi todos los días (no la culpabilidad por estar enfermo o los simples autoreproches) (28)
 - 8) Detrimento de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena). (28)
 - 9) Frecuentes pensamientos de muerte (no sólo temor a la muerte), frecuente ideación suicida sin un plan específico o un plan específico para suicidarse o una tentativa de suicidio. (28)
- B. Un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad del individuo son provocados por los síntomas. (28)

- C. Los síntomas no son causados por los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica. (28)
- D. “Los síntomas no se explican mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” (27).
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. (27)

Además es importante mencionar que según DSM-V el duelo no excluye en diagnóstico de un episodio de depresión mayor, además de que el episodio depresivo mayor presenta grados de gravedad.

El trastorno depresivo recurrente se caracteriza ≥ 2 años en los que días con estado de ánimo depresivo haya prevalecido que sin él, además de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, ni episodio maníaco, hipomaníaco o mixto (26) (28)

Criterios para trastorno depresivo persistente:

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayoría de los días la mayor parte del día, dicho por la misma persona o por otras, durante al ≥ 2 años. Nota: En niños y adolescentes el estado de ánimo por lo general es irritable y durar por lo menos 1 año. (28)
- B. Presencia, mientras está deprimido, de al menos dos:
 - (1) anulación o incremento de apetito
 - (2) insomnio o hipersomnia
 - (3) ausencia de energía o fatiga
 - (4) baja autoestima
 - (5) problemas para tomar decisiones o para concentrarse
 - (6) sentimientos de desesperanza (28)
- C. Durante 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, más de 2 meses seguidos en la persona no ha habido ausencia de síntomas de los Criterios A y B.
- D. Por los primeros 2 años que la persona ha presentado la alteración (1 año para niños y adolescentes), no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado: Nombre que se utiliza para clasificar a los “trastornos que presentan características depresivas pero que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo recurrente, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria)” (28). (26)

1. Trastorno disfórico premenstrual: el cual presenta los siguientes síntomas: ansiedad elevada, disminución de interés en las actividades, acentuada labilidad afectiva, estado de ánimo marcadamente deprimido. (28)
2. Trastorno depresivo menor: siquiera 2 semanas de episodios de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems para el trastorno depresivo mayor. (28)
3. Trastorno depresivo breve recidivante: de 2 días a 2 semanas de episodios depresivos, y que en un periodo de 12 meses se muestren por lo menos 1 al mes. (28)
4. “Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: episodio depresivo mayor presente en la fase residual en la esquizofrenia” (28).
5. “Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia” (28).
6. Casos en los que se ha llegado a la decucción que se trata de un trastorno depresivo pero no se puede concluir si se trata de uno primario, o su es causado por enfermedad médica o inducido por sustancia. (28)

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica es un fisiológico directo de una enfermedad médica ya que esta puede causar una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo. (28)

Criterios para el diagnóstico Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad medica:

- A. Es notable y persistente la alteración del estado de ánimo presente en el cuadro clínico de esta enfermedad, que se caracteriza por al menos uno de los siguientes:

- (1) estado de ánimo depresivo o notable descenso de intereses o del placer en todas o prácticamente todas las actividades
- (2) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable (28)
- B. Hay pruebas de que esta alteración es un resultado fisiológico directo de una enfermedad médica, que se nota a partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio del sujeto. (28)
- C. La presencia de otro trastorno mental no explica mejor la alteración
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium. (28)
- E. "Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo". (28)

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias está definido como consecuencia de un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico que produce una marcada y prolongada alteración del estado de ánimo. (28)

Criterios para trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias:

- A. Al menos uno de los siguientes:
 - 1) estado de ánimo depresivo o notable descenso de intereses o del placer en todas o prácticamente todas las actividades (28)
 - 2) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que (1) o (2):
 - 1) los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia
 - 2) el empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración. (28)
- C. "La alteración no se explica mejor por la presencia de otro tipo de trastorno del estado de ánimo. Las pruebas de que los síntomas no sean debido a otro tipo de trastorno del estado de ánimo son: los síntomas aún se mantienen durante un período sustancial de tiempo después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son visiblemente excesivos respecto a lo que se esperaría considerando el tipo o la duración de su uso o la cantidad de la sustancia; antes del inicio del consumo de la sustancia se presentan los síntomas; o la existencia

independiente de un trastorno del estado de ánimo que no es inducido por sustancias es avalada por otros datos” (28).

D. La alteración no aparece únicamente en el transcurso de un delirium. (28)

E. Un malestar clínico evidente o deterioro social, laboral o de otras áreas fundamentales de la actividad del individuo pueden ser provocados por estos síntomas. (28)

El trastorno del estado de ánimo no especificado nombre utilizado para clasificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil optar entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado. (28) (26)

2.3 Escala de Hamilton:

En los trastornos depresivos se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo que en un marco temporal determinado se realice la evaluación sintomática del paciente, permitiendo que cada ítem se gradúe y obtener una puntuación final. Su objetivo no es el diagnóstico, que deberá realizarse a partir de la información psicopatológica obtenida de la entrevista clínica. (15) (4) (5)

La HAM-D o Hamilton Rating Scale for Depression, es una escala heteroaplicada, planeada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, y además es una de la que más frecuentemente se utiliza para la investigación y para seguir la evolución de los síntomas. (28) (29) (15)

La mayoría de los ítems en el marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplican, pero dentro de los que no se corresponden con el momento tenemos: los del sueño, en que se refieren a los 2 días previos. La versión original que fue publicada en 1960 está formada por 21 ítems (anexo 3). Además del mismo autor existen versiones de: 17 ítems, otra de 24 ítems y una de 6 ítems constituida por los ítems de humor deprimido, sentimientos de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica y síntomas somáticos de la versión 17. En 1986 se realizó la validación de la versión española de la escala y posterior a esto fue realizada la evaluación psicométrica comparativa de las versiones 6, 17 y 21. (15) (29) (4)

“Los ítems comprenden: ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades, inhibición, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales, síntomas sexuales (disfunción sexual y alt. de la menstruación), hipocondría, pérdida de peso y capacidad de entendimiento. Los ítems adicionales en la de 21 son: variación diurna, despersonalización y desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos y compulsivos” (15).

Por la gran importancia de los síntomas de ansiedad y somáticos, esta escala es de mucha dificultad administrarla a enfermos físicos.

Facilita una puntuación de la gravedad del cuadro depresivo y una puntuación en 3 índices: melancolía, ansiedad y sueño. Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los conforman: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No se ha establecido puntos de corte definidos para las puntuaciones en tales índices. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems de 0 a 54 según versión española. La Asociación Psiquiátrica Americana sugiere los siguientes puntos de corte para definir los niveles de gravedad de la depresión (tabla 7): (29) (15)

Tabla 7: niveles de gravedad de la depresión recomendados por la APA					
	No depresión	Ligera/menor	Moderada	Grave	Muy grave
APA, 2000	0-7	8-13	14-18	19-22	>23

Fuente: (15)

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel nacional:

Autor: Joshi Acosta, Hever Krüger-Malpartida, Leandro Huayanay-Falconí, Francisco Bravo-Puccio, Martín Arévalo-Flores

Título: Depresión y síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de Dermatología de un hospital general de Lima.

Resumen: el objetivo era determinar la prevalencia de depresión y síntomas depresivos en pacientes nuevos que acuden al consultorio de Dermatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, además de la asociación entre las características de la enfermedad dermatológica o las variables demográficas y la depresión y síntomas depresivos. Se realizó un estudio en 287 pacientes nuevos de consultorio, se aplicó el Inventario de depresión de Beck y la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del DSM-IV, apartado de depresión mayor. Se encontró que la prevalencia de depresión fue de 20,6% y la de síntomas depresivos de 44,9%. Las patologías dermatológicas más frecuentes en los deprimidos fueron dermatitis (11,86%), acné (8,47%), melasma (8,47%) y vitíligo (6,77%). Observándose que en estudios parecidos se encontró una prevalencia de depresión y síntomas depresivos muy parecida, siendo mayor a la encontrada en la población general. (5)

A nivel local

Autor: Ana María Coello Loyola, Diego Roberto de la Torre Carrillo, Pablo Iglesias Barzallo, Iván Zeas, Ismael Morocho

Título: Trastornos Adaptativos en Pacientes con Acné en Consulta Externa de Dermatología del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, 2011

Resumen: en este estudio se buscó determinar la frecuencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes con acné en la consulta externa de dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca-Ecuador. En este estudio de prevalencia se incluyeron 350 pacientes con diagnóstico de acné de consultorio externo de dermatología, para la recolección de los datos se utilizó el test de Hamilton de ansiedad y de depresión adaptado. Se encontró que el grado de acné 1 fue el de mayor prevalencia, la prevalencia de ansiedad en los pacientes con acné fue del 14.6%, la prevalencia de depresión fue de 44.3%; promedio de edad fue 18 años; el sexo femenino fue de mayor

prevalencia; el estado civil de mayor prevalencia fue el soltero/a. En conclusión se encontró que el acné es un factor de riesgo estadísticamente significativo para tener ansiedad y depresión. (4)

A nivel internacional:

Autor: Jon A. Halvorsen, Robert S. Stern, Florence Dalgard, Magne Thoresen, Espen Bjertness, y Lars Lien

Título: La ideación suicida, los problemas de salud mental y el deterioro social aumentan en adolescentes con acné: un estudio basado en la población

Resumen: Se realizó un estudio basado en un cuestionario, para indagar la relación de la ideación suicida, los problemas de salud mental y el funcionamiento social con la severidad del acné entre los 18 a 19 años. La ideación suicida se mantuvo significativamente asociada con el acné sustancial en un estudio incluyendo los síntomas asociados a depresión, etnia e ingreso familiar. Problemas de salud mental, y el funcionamiento social se asociaron con acné sustancial. El acné se asocia con problemas sociales y psicológicos y es más prevalente en la adolescencia tardía. Los eventos adversos como la ideación suicida y la depresión pueden ser debido la carga del acné sustancial y no de los efectos de la medicación. (30)

Objetivos

3.1. General:

Establecer la incidencia de depresión en pacientes con acne vulgar en Consultorio externo del Hospital Regional Honorio delgado Espinoza, en el mes de Febrero - Arequipa 2018

3.2. Específicos:

- Determinar la edad más frecuente de presentación del acné vulgar en Consultorio Externo del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el mes de Febrero - Arequipa 2018
- Determinar la localización anatomica mas frecuente del acne vulgar en Consultorio Externo del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el mes de Febrero - Arequipa 2018

- Determinar el tipo de acné vulgar más frecuentemente encontrado en Consultorio Externo del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el mes de Febrero - Arequipa 2018
- Determinar la relación entre el tipo de acné y el grado de depresión en Consultorio externo del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el mes de Febrero - Arequipa 2018

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

- Técnicas: Mediante ficha de recolección de datos y entrevista tipo cuestionario para la recopilación y recolección de la información.
- Instrumentos: test de Hamilton para la depresión (HAM-D)
- Materiales:
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.4. Ubicación espacial:

La investigación se desarrollara en consultorio externo de Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa.

2.5. Ubicación temporal:

La investigación se desarrollara en el periodo febrero 2018

2.6. Unidades de estudio:

Pacientes con diagnóstico de acné vulgar

2.7. Población:

Todos los pacientes que acuden a Consultorio de Dermatología en Febrero del 2018.

2.4.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de acné vulgar
- Pacientes entre 18 – 25 años.
- Paciente que firma consentimiento informado

2.4.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con antecedente de patología psiquiátrica previa a tratamiento
- Paciente quechua hablante sin acompañante traductor
- Pacientes con enfermedad física que no completen el test aplicado.

2.8 Muestra:

Se toma una población total de 100 pacientes atendidos por mes con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95% donde se tiene una muestra de 80 pacientes.

$$n = \frac{[Z\alpha \sqrt{2p(1-p)} + Z\beta \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1-p_2)^2}$$

3. Estrategia de Recolección de datos:

3.1. Organización:

Se presentara el proyecto de investigación a la oficina de educación médica – investigación, para su evaluación y autorización, posteriormente se presentara a las respectivas jefaturas de departamento de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se aplicara el instrumento de trabajo a todos los pacientes de los consultorios externos Dermatología, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, en el periodo de estudio aplicando la hoja de recolección de datos y el cuestionario test de Hamilton para la depresión.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos:

a) Humanos:

- Investigadora
- Asesor.

b) Materiales

- Fichas de recolección de datos y test de Hamilton
- Material de escritorio: Papel y lapicero
- Computadora personal con acceso a internet con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financiero:

- Autofinanciado

3.3. Criterios para manejo de resultados

- a) **Plan de procesamiento:** Luego de calificar los instrumentos los datos obtenidos se vaciarán al programa SPSS 22
- b) **Plan de resultados:** Se realizará un análisis descriptivo de los datos, en tablas de frecuencias, se describen las observaciones en número absolutos y porcentajes para su posterior análisis y discusión.
- c) **Plan de análisis:** En estadística descriptiva, análisis de regresión múltiple, nivel de significación estadística se calcularán los intervalos de confianza al 95% de los diferentes estadísticos descriptivos y de comparación.

II. CRONOGRAMA

Tiempo en meses	Enero	Febrero	Marzo
Actividades			
Búsqueda bibliográfica problema de investigación			
Sistematización de bibliografía sobre acné y depresión			
Redacción de proyecto			
Aprobación proyecto de tesis por Asesor y profesores de curso taller de tesis			
Dictamen de comité de ética de investigación			
Ejecución de proyecto			
Recolección de datos			
Estructuración de resultados			
Informe final			

Fecha de inicio: 1 de enero del 2018

Fecha probable de término: 10 de marzo del 2018

BIBLIOGRAFIA:

1. Escalante-Jibaja E. Acne y estres. *Dermatología Peruana*. 2007; 17(1).
2. Polenghi MM ZSME. Emotions and acne. *Dermatol Psychosom*. 2002; 3(20-5).
3. OMS. organizacion mundial de la salud. [Online].; 2017.
4. Tercedor Sánchez J. Acné y dieta. 2003; 468(70).
5. Ana María Coello Loyola. Trastornos Adaptativos en Pacientes con Acné en Consulta Externa de Dermatología del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, 2011. *Revista Medica HJCA*. 2014; 6(2).
6. Joshi Acosta. Depresión y síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de Dermatología de un hospital general de Lima. *Revista Neuropsiquiatria*. 2010; 73(4).
7. Freyre E. The prevalence of facial acne in Peruvian adolescents and its relation to their ethnicity. *J Adolesc Health*. 1998; 22(480-4).
8. Wen. Relationship Between Acne and Psychological Burden Evaluated by ASLEC and HADS Surveys in High School and College Students From Central China. *Cell Biochem Biophys*. 2014 october.
9. LMH Rehn. Depressive symptoms, suicidal ideation and acne: a study of male Finnish conscripts. *Journal European Academy of Dermatology and Venereology*. 2008; 22(561–567).
10. k Yazici. Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *European Academy of Dermatology and Venereology*. 2004.
11. Santacana G. acne. *Asociación Española de Pediatría*. 2007; 2.
12. Vozmediano JMF. *Acne Madrid*; 2000.
13. Bayona A. Acne y Depresion. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*. 1992; 5(4).
14. Emma Escalante-Jibaja A. Acné y dieta. *Dermatología Peruana*. 2006; volumen 16.
15. Villaverde A. Acné: diagnóstico y tratamiento. *medicine*. 1987; 88(33-4).
16. Ferrandiz C. *Dermatologia clinica*. Edide ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
17. Hugo Nestor Cabrera C. *Dermatologia de Gatti - Cardama*: El Ateneo.
18. Lugo D. *Pautas Diagnosticas y Terapeuticas Caracas - venezuela*: Galderma; 2001.

19. Instituto Linus Pauling. Vitamina A. Instituto Linus Pauling. 2000-2018.
20. Yesim Kaymak M. Comparison of depression, anxiety and life quality in acne vulgaris patients who were treated with either isotretinoin vulgaris patients who were treated with either isotretin or topical agents. International Journal of Dermatology. 2009; 48(41-46).
21. Yu-Chen Huang aYCC. Isotretinoin treatment for acne and risk of depression: A systematic review and meta-analysis. Journal american academy of dermatology. ; 76(6).
22. Noelia Carvajal Yañez D. Efecto terapéutico en el tratamiento del Acné Vulgar usando principios activos de Melissa Officinalis y Plantago Lanceolata. Revista Científica Ciencia Médica. 2011 diciembre; 14(2).
23. Coordinador general de las ediciones española feiPP, editor. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico Barcelona: Masson, S.A.; 1995.
24. Lobo A. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression RatingScale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Guías de práctica clínica en el SNS. 2002; 118(13).
25. Pushpa Gnanaraj S. Decrease in “Hamilton Rating Scale for Depression” Following Isotretinoin Therapy in Acne: An Open-Label Prospective Study. Indian Journal of Dermatology. 2015 september - october; 60.
26. DSM-V Manual diagnóstico y estadístico, Edición Española, Editor: Masson, Barcelona S.A. 2008.
27. Catalina Poblete A. Crisis de pánico en un paciente con acné tratado con isotretinoína. Caso clínico. Revista medica de Chile. 2006 diciembre ; 134(12).
28. La Asociación Española de Psiquiatría (AEN). Manual del residente en psiquiatría Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores; 2009.
29. Diane K. Wysowski P. Depression and suicide. NEJM. 2001 February.
30. Jon A. Halvorsen R. La ideación suicida, los problemas de salud mental y el deterioro social aumentan en adolescentes con acné: un estudio basado en la población. Journal of Investigative Dermatology. 2010 setiembre; 131(363–370).