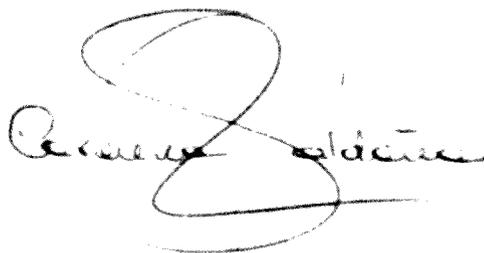
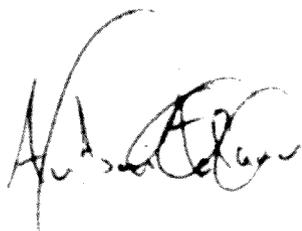


UNIVERSIDAD DE BARCELONA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL ACNÉ VULGARIS: APORTACIONES
DE LA TERAPIA DE CONDUCTA.**



Tesis doctoral de D. Antoni Talarn Caparrós.

Dirigida por la Dra. M. C. Saldaña García.

Barcelona, 1990.

6.5.1. Nivel de Expectativas.

Los datos obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario de Expectativas (ver Tabla 37) muestran que estas eran muy similares para todos los sujetos de la muestra, sin que puedan hallarse diferencias estadísticamente significativas (T de Wilcoxon) entre los diferentes grupos de la investigación.

Tabla 37. Media y desviación estándar de la puntuación del Cuestionario de Expectativas, en sus tres apartados diferentes - lógica del tratamiento, confianza en el mismo y beneficio esperado -, según los diferentes grupos de la investigación.

GRUPO	FACTORES					
	LOGICA		CONFIANZA		BENEFICIO	
	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.
1	2.2	0.7	1.8	0.7	2	0.6
2	2.4	0.4	2.2	0.4	2.4	0.4
3	2	0	2	0.6	2.2	0.7
4	1.8	0.7	1.8	0.7	1.2	0.7
ABAN.	1.7	0.3	1.7	0.7	1.1	1

6.5.2. Locus de Control.

La administración del cuestionario de Locus de Control dió resultados muy dispares (ver Tabla 38) siendo el grupo 2 el único

que obtuvo una puntuación que muestra un locus de control de tipo externo (puntuación en números positivos). Estas diferencias, no obstante, no fueron suficientes para ofrecer significación estadística (ANOVA) ($F = 1.181$, $p = 0.348$). Idéntico resultado se obtuvo con una prueba no paramétrica (Kruskal - Wallis). Tampoco se obtuvo esta significación al comparar aquellos sujetos que abandonaron la investigación (ABAN) con aquellos que la completaron tomados como conjunto (T de Student) ($t = - 0.77$, $p = 0.457$). La aplicación de la prueba de U de Mann - Whitney apunta en el mismo sentido.

Tabla 38. Media y desviación estándar de los resultados obtenidos en el Cuestionario de Locus de Control, según los diferentes grupos de la Investigación. (las puntuaciones negativas indican tendencia al Locus de Control interno, las positivas al externo).

GRUPO	PUNTUACION	
	\bar{X}	D.E.
1	- 2.00	11.03
2	9.80	8.72
3	- 3.20	14.92
4	- 3.80	16.81
ABAN	- 5.00	19.27

6.5.3. Nivel de Ansiedad.

Los resultados obtenidos con la aplicación del Cuestionario de Ansiedad en la fase "pre" muestran que los niveles de ansiedad de la muestra son bastante bajos, al menos con relación a este cuestionario cuya puntuación máxima se situaría en 56. Como puede observarse en la Tabla 39 en ningún grupo se alcanzó siquiera la puntuación media del cuestionario. No se hallaron, a su vez, diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos que finalizaron la investigación (ANOVA) ($F = 1.086$, $p = 0.383$) para la aplicación de la fase "pre" ni ($F = 2.372$, $p = 0.135$) para la aplicación de la fase "post". Si, en cambio, resultó significativa la diferencia entre el grupo de sujetos que abandonó la investigación (ABAN) y el resto de los grupos tomados en conjunto (T de Student) ($t = - 3.72$, $p = 0.001$). Con la prueba de U de Mann Whitney se obtiene una significación $p = 0.0028$. Obsérvese que los niveles de ansiedad resultaron más bajos en los sujetos que abandonaron la investigación.

Como puede verse en la Tabla siguiente (Tabla 39), los grupos 1, 2 y 3 mostraron una disminución en la segunda aplicación del cuestionario de ansiedad, con respecto a la primera. Analizadas las diferencias entre estas dos pasaciones, en función de los grupos, esta tendencia comentada no resultó estadísticamente significativa ($F = 0.569$, $p = 0.580$). Se observa, no obstante, como el grupo 4 (lista de espera) no mostró esta tendencia.

Tabla 39. Media y desviación estandar de los resultados obtenidos en las aplicaciones de las fases "pre" y "post" del Cuestionario de Ansiedad de Hamilton, según los diferentes grupos de la investigación.

GRUPO	FASES			
	PRE		POST	
	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.
1	20.60	4.83	19.20	5.35
2	16.40	8.84	12.60	5.32
3	15.60	6.18	13.20	5.21
4	13.40	5.83	14.10	5.52
ABAN	8.90 ₁	4.53	-	-

₁ (t = - 3.72, p = 0.001)

6.5.4. Estresores cotidianos.

En cuanto al número de eventos estresantes sufridos, según los autorregistros diarios, se observan (ver Tabla 40) escasos cambios a lo largo de las diferentes fases de la investigación.

Analizadas las posibles diferencias intergrupales (ANOVA) para esta variable en las fases "pre", "post" y el último registro de la fase "seg 1" los grupos no resultaron diferentes entre sí.

Tabla 40. Media y desviación estándar del número de estresores cotidianos sufridos semanalmente, según autorregistro, en diferentes fases de la investigación y los diferentes grupos de la misma.

GRUPO	SEMANAS									
	Pre	Tratamiento				Post	Seg 1			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
\bar{X}	1.80	1.40	1.80	1.80	0.40	0.80	1.40	1.40	0.80	1.20
D.E	1.48	1.34	1.64	1.51	0.88	1.09	1.67	1.94	1.09	1.64
2										
\bar{X}	0.80	0.20	0.40	1.20	1.20	0.40	0.75	1.25	1.00	0.50
D.E	1.34	0.44	0.54	1.78	1.30	0.54	1.50	2.50	2.00	1.00
3										
\bar{X}	1.20	2.00	1.40	1.80	0.80	1.00	1.20	1.20	1.20	0.40
D.E	1.64	2.19	1.51	2.07	1.30	1.22	1.78	1.30	1.09	0.54
4										
\bar{X}	0.80	0.20	0.20	0.00	0.80	0.40	-	-	-	-
D.E	0.83	0.44	0.44	0.00	0.83	0.54				

6.6. Valoración del grado de satisfacción con el tratamiento.

A continuación se presentan los resultados obtenidos mediante la administración del cuestionario de Post-tratamiento.

Los resultados, como puede observarse, (Tabla 41) son muy similares entre los diferentes grupos.

Tabla 41. Media y desviación estándar de los resultados del cuestionario de Post-tratamiento, según los diferentes que recibieron tratamiento en la investigación.

GRUPO	FACTORES							
	LOGICA		CONFIANZA		BENEFICIO		ATENCIÓN	
	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.
1	2	0.6	1.6	0.6	1.6	1	2	0
2	2.2	0.4	1.6	0.4	1.2	0.7	2.6	0.4
3	2.2	0.4	1.6	0.4	1.6	0.7	2.6	0.4

6.7. Resultados del Cuestionario de Seguimiento a Largo Plazo.

Tan sólo 10 de los 20 sujetos que participaron en la investigación acudieron a la llamada para efectuar un seguimiento al cabo de un año de finalizado el estudio.

Los datos referentes al número de lesiones y los resultados electromiográficos de este seguimiento a largo plazo ya se presentaron anteriormente (apartados 6.2.1. y 6.3. respectivamente). Por ello, se comentarán aquí algunos de los resultados a nivel más descriptivo, obtenidos con las preguntas más relevantes del cuestionario mencionado. La Tabla 42 muestra estos resultados. En la misma puede observarse como de los 10 sujetos tan sólo 2 siguieron algún tratamiento con posterioridad al que recibieron en este estudio. Asimismo, todos los sujetos situaron su AV en niveles muy bajos (entre moderado e inexistente). Por otra parte la

mitad de los sujetos que recibieron entrenamiento en BF EMG manifestaron que tal entrenamiento les había resultado útil para paliar algún otro tipo de trastorno.

Tabla 42. Respuestas a 4 diferentes cuestiones (número de tratamientos seguidos, nivel de gravedad del AV, beneficio obtenido con el tratamiento recibido y alivio de otros trastornos) planteadas en el Cuestionario de Seguimiento a Largo Plazo, expresadas en número de sujetos y según los grupos.

VARIABLES	GRUPO			TOTAL
	1	2	3	
1. Número de tratamientos seguidos				
Ninguno	3	2	3	8
Uno	1	-	1	2
2. Nivel de gravedad del AV				
Moderado	1	1	2	4
Leve	2	1	1	4
Inexistente	1	-	1	2
3. Beneficio obtenido				
Fue muy bien	1	-	1	2
Fue bien	3	2	3	8
4. Alivio otros trastornos				
Si	-	1	2	3
No	4	1	2	7

6.8. Resumen.

En este apartado se presentan, de modo conjunto, datos ya expuestos anteriormente pero que por su relevancia puede ser útil revisar globalmente. Se muestran los datos obtenidos mediante el conteo de lesiones por parte de los monitores - evaluadores así como los conteos efectuados semanalmente por los propios sujetos (autorregistros). A su vez, se presentan los datos de los registros electromiográficos. Todo ello a lo largo de las diferentes fases de la investigación (ver Tabla 43).

Se observa, al contemplar estos datos de modo conjunto, como los grupos 1, 2 y 3 han experimentado una mejoría notable en el número de lesiones de su AV mientras que el grupo 4 (lista de espera) mostró, por el contrario, un ligero empeoramiento. Estas tendencias, estadísticamente significativas, se dan tanto en los datos recogidos por los monitores-evaluadores como por los propios sujetos mediante autorregistros.

Al mismo tiempo, como se comentó anteriormente, los datos de los registros EMG sólo muestran cambios significativos en los grupos 2 y 3, es decir, aquellos a los que se aplicó entrenamiento en BF EMG. Los grupos 1 y 4 (tratamiento médico y lista de espera respectivamente) no muestran variación significativa en sus niveles EMG.

Tabla 43. Media y desviación estándar del número de lesiones del AV según conteo de los monitores-evaluadores (CONT) y según autorregistro semanal (AUTO). Media y desviación estándar de la media de los registros electrocardiográficos (EMG). Todos los valores según el grupo de tratamiento y las diferentes fases de la investigación.

GRUPO	FASE									
	PRE		POST		SEG 1		SEG 2		SEG 3 *	
	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.
1										
CONT	80.60	25.61	<u>39.80</u>	19.05	<u>28.80</u>	17.88	<u>28.40</u>	15.11	<u>21.50</u>	16.05
AUTO	78.80	32.88	<u>60.00</u>	34.59	<u>41.00</u>	35.00	<u>13.75</u>	7.84	-	-
EMG	15.87	9.10	<u>16.48</u>	12.51	<u>13.97</u>	7.29	<u>12.20</u>	3.87	<u>14.14</u>	5.37
										*
2										
CONT	71.60	33.84	<u>29.40</u>	17.75	<u>26.20</u>	12.91	<u>24.80</u>	12.47	<u>38.50</u>	8.70
AUTO	57.80	19.04	<u>31.00</u>	15.14	<u>31.20</u>	15.73	<u>24.88</u>	13.57	-	-
EMG	13.28	6.99	<u>5.80</u>	1.58	<u>5.74</u>	2.22	<u>7.02</u>	4.52	<u>9.02</u>	2.83
										**
3										
CONT	88.00	64.74	<u>40.80</u>	36.38	<u>36.20</u>	25.95	<u>35.20</u>	14.92	<u>27.25</u>	30.02
AUTO	78.80	40.80	<u>54.20</u>	32.44	<u>46.40</u>	23.38	<u>42.20</u>	21.02	-	-
EMG	13.50	5.08	<u>4.85</u>	1.65	<u>5.83</u>	2.54	<u>7.89</u>	3.90	<u>6.64</u>	2.84
										*
4										
CONT	35.40	11.32	41.60	15.97	-	-	-	-	-	-
AUTO	37.20	17.31	40.00	23.38	-	-	-	-	-	-
EMG	7.11	3.63	5.29	1.08	-	-	-	-	-	-

+ (p = 0.0431)

* (n = 4) ** (n = 2)

DISCUSION

7.1. Discusión de los resultados descriptivos.

Como puede observarse (ver apartados 5.1.1. y 6.1.) presentamos una muestra homogénea en cuanto a sexo, edad y nivel de la clínica del AV. Así como el estudio del que partíamos y pretendíamos mejorar (Hughes, Brown, Lawlis y Fulton, 1983) utilizó una muestra con ambos sexos, sin tener en cuenta esta variable, en la presente investigación esta posible fuente de variación quedó eliminada. Sin embargo, posibles fuentes de variancia, aún trabajando sólo con mujeres podrían ser el uso de anovulatorios y el ciclo menstrual. Por lo que se refiere al uso de anovulatorios se consideró el mismo como excluyente para participar en la investigación (ver apartado 5.4.3.). Con respecto a la posible influencia del ciclo menstrual en la clínica del AV los estudios previos (Katz y Scott, 1956; Straus y Klugman, 1961) muestran resultados muy dispares, por lo que no podemos considerar esta influencia del ciclo menstrual sea claramente relevante para la clínica del AV. Si bien esta variable no fue tomada en consideración en el momento de los contajes de lesiones o durante los autorregistros, consideramos que de haber sido este factor importante y dado el tiempo de duración de esta investigación (18 semanas con autorregistros semanales) los datos no mostrarían la tónica descendente y sin cambios bruscos que puede observarse, tanto en el contaje de los monitores como en el autorregistro de los propios sujetos (ver Tablas 25 y 26, apartado 6.2.1. y 6.2.2. respectivamente).

Estas consideraciones sobre el sexo de nuestra muestra invitan a plantear un estudio, similar al que se esta presentando, pero realizado con una muestra compuesta por sujetos varones. De existir dicho trabajo podrían compararse los resultados obtenidos con uno y otro sexo. La menor actividad de las GS en los varones, hasta los 20 años de edad (Strauss, 1979) (ver Tabla 2, apartado 2.2.1.3.) podría devenir en resultados quizás diferentes de los obtenidos en el presente estudio.

En cuanto a la variable edad, consideramos que la edad promedio de la muestra que finalizó la investigación ($X = 18.55$, D.E. = 2.78) es, para un estudio de estas características, la más apropiada puesto que justamente es la edad comprendida entre los 16 y los 19 años en la que las mujeres experimentan una mayor producción y actividad por parte de las GS (ver Tabla 2, apartado 2.2.1.3.).

Otro estudio interesante sería observar cuales son los factores psicológicos y psicofisiológicos implicados en el mantenimiento del AV más allá de la edad de 25 años. Los porcentajes de sujetos que traspasan esta edad y conservan su AV es importante, entre un 15 - 25% del total de los casos (Kruger y Presbury, 1986).

Siguiendo con nuestros datos vemos que se trata, además, de una muestra homogénea en cuanto a esta variable puesto que si bien existe una diferencia de 4.8 años entre el grupo de mayor y el de menor edad esta no resultó estadísticamente significativa.

Si comparamos estos datos con los del estudio de Hughes observaremos que en su muestra coexisten sujetos que van desde los 17 a los 41 años de edad, entre hombres y mujeres, con un promedio de 27.1 años y una D.E. de 6.95.

Por lo que se refiere a la gravedad del AV puede observarse como, según criterio médico, esta se sitúa en los valores medios (moderado) para la mayoría de los sujetos. Esta valoración coincide con la de los propios sujetos (ver Tablas 17 y 20, apartado 6.1). Es importante remarcar, en este sentido, que los contajes de lesiones realizados antes del inicio de la fase de tratamiento (fase "pre"), sean contajes de los monitores o mediante autorregistro, no presentan diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos (ver Tablas 25 y 26, apartado 6.2.1. y 6.2.2 respectivamente).

La gravedad del AV, a nivel subjetivo, fue valorada por la mayoría de la muestra (más del 70%) según los valores más bajos (ver Tabla 20, apartado 6.1). En este sentido, resulta llamativo el dato referido anteriormente (gravedad subjetiva) si lo ponemos en relación con el nivel de molestia experimentada subjetivamente. Mientras que la gravedad se sitúa en los niveles más bajos la molestia se sitúa en los niveles más altos, casi el 60% de la muestra entre los 2 valores superiores (ver Tabla 21, apartado 6.1.). Si bien esta discordancia no es muy acusada, si merece alguna reflexión. Estos datos invitan a pensar que si bien el AV

no es considerado, por nuestra muestra, como algo especialmente grave si es visto como bastante molesto. Probablemente esta molestia está en relación con el deterioro de la apariencia física que el AV causa. Así, por ejemplo, todos los sujetos de la muestra estudiada, excepto uno, opinaban que el AV empeora o empeora mucho su aspecto físico (ver Tabla 24, apartado 6.1). Consideramos este aspecto como relevante puesto que no está recogido en la literatura al respecto. Los trabajos de Kenyon (1966a), Medansky, Handler y Medansky (1981), Molinski y Rechenber (1977), Ryan (1988) y Umbert, Jiménez e Irache (1988) se han centrado, sobre todo, en la repercusión psicológica y social del AV, descuidando este factor cognitivo referido a la molestia que subjetivamente se experimenta. Podemos pensar, a la luz de literatura y de nuestros propios resultados, que si bien el AV no es un trastorno con excesivas repercusiones sociales o psicológicas (en términos de reacción depresiva o ansiosa, o retraimiento social) ello no obsta para que, aún siendo el AV leve o moderado, el que lo padece lo sienta como algo notablemente molesto.

Nuestros datos coinciden con los de la literatura, al menos con aquella más empírica, en el sentido de que el AV moderado no repercute significativamente en las relaciones sociales de los que lo padecen. Así, por ejemplo, Kenyon (1965a) observó que de una muestra de 34 mujeres con AV sólo 3 mostraban restricciones sociales severas. Otro estudio (Medansky, Handler y Medansky, 1981), efectuado con una muestra de 145 sujetos, mostró que el

99% de los mismos decía tener un nivel de popularidad, entre su grupo de referencia, bueno o muy bueno. En un estudio realizado en nuestro país (Umbert, Jiménez e Irache, 1988) el 60% de 38 sujetos sentía tener un buen nivel de apoyo y contacto social. Nuestros datos apuntan en la misma dirección; el 57% opinaba que el AV no influye para nada en sus relaciones de amistad y el 93% que no impide conocer gente nueva. Probablemente el que el AV sea un trastorno tan frecuente juega un papel determinante en estos datos en el sentido de que el sujeto que padece AV no se siente un extraño entre el resto de la gente puesto que muchas personas también lo padecen, sobre todo en las edades de mayor frecuencia de este trastorno.

En otro orden de cosas resulta interesante observar las causas a las cuales los sujetos atribuyen su AV. Como se muestra en la Tabla 22 (ver apartado 6.1) los sujetos atribuyeron la causa del AV a los siguientes factores, en este orden:

- * alimentación inadecuada 50%
- * tener la piel muy grasa 48%
- * ansiedad y/o depresión 37%
- * cambios propios de la edad 37%.

El único estudio donde se preguntó a los sujetos por la causa de su AV (Rasmussen y Smith, 1983) no permite la comparación con nuestros datos puesto que los resultados que muestra mezclan los factores causales con los factores de cambio, haciendo imposible distinguir entre aquello que los sujetos consideran

como causante y aquello que consideran que tiene repercusión sobre su AV. A pesar de ello, en el estudio citado los factores dietéticos son citados en primer lugar (un 32% de la muestra consideró que los factores de la dieta podía agravar el AV y el 68% que el chocolate lo empeoraba). Resulta paradójico contemplar que esta opinión, tan popular entre los enfermos de AV, no se ve refrendada por los estudios científicos al respecto. Estos no han podido demostrar tal relación, aún incluso con productos tan "culpables" como el chocolate (Fulton, Plewig y Kligman, 1969) u otros (Hitch y Greenburg, 1961). Siendo esto así, no se efectuó un control sobre la alimentación de los sujetos participantes en la investigación puesto que, en nuestra opinión, controlar un factor que se ha demostrado inoperante en el AV carecía de sentido.

Si bien en el terreno de las causas percibidas del AV no podemos efectuar comparaciones con la literatura si podemos establecerlas con respecto a los factores a los que los sujetos atribuyen una influencia de cambio sobre el AV. Como se recordará, los sujetos de nuestra investigación consideraron que los factores agravantes eran (citando solo aquellos que sobrepasan el 50% de sujetos que los señalaron):

- * cuando me siento muy nerviosa 62%
- * situaciones de estrés y/o ansiedad 53%
- * antes de un examen 53%

y que los factores que mejoran eran:

- * después de tomar el sol 68%

* cuando estoy tranquila y/o relajada 56%

El estudio de Medansky y su equipo (Medansky, Handler y Medansky, 1981) concluyó que la mayoría de los sujetos no sentía que su AV se viera afectado por factores emocionales y sí en cambio por factores tales como el invierno, el verano o tomar dulces (ver Tabla 5, apartado 3.2.). Así pues, sus resultados discrepan claramente de los nuestros. Sin embargo, otros estudios (Rasmussen y Smith, 1983) hallaron que un 74% de los pacientes con AV consideraba que las preocupaciones y la ansiedad agravaban su AV. Otros muchos estudios (ver apartado 3.5.1.) apunta también en este sentido presentando, incluso, evidencia empírica concreta y, seguramente, más fiable que el propio autoinforme de los sujetos (Griesemer y Nadelson, 1979; Kraus, 1970; Lorenz, Graham y Wolf, 1953; Wolff, Wolf y Hare, 1950). Así pues, revisada la literatura se observa que los datos de nuestros sujetos concuerdan con la opinión generalizada, esto es, que el estrés juega un papel importante en el curso del AV (Panconesi, 1984). Ante tal cantidad de evidencia Medansky y colaboradores (1981) se desentienden de sus resultados diciendo que no pueden confirmar ni negar los resultados de los estudios anteriores en apoyo de la tesis que relaciona el estrés con el curso, que no la causa, del AV.

7.2. Discusión de los resultados del AV.

Según las evaluaciones efectuadas por los médicos que colaboraron en esta investigación los grupos 1, 2 y 3 mostraron una reducción de su nivel de AV, no así el grupo 4, donde uno de los sujetos experimentó un empeoramiento de su AV (ver Tabla 29, apartado 6.2.3.).

Por lo que respecta a los resultados del AV, según el conteo de los monitores, puede observarse que los grupos resultan, al inicio de la investigación (fase "pre") homogéneos entre sí ($F = 1.776$, $p = 0.192$) aún a pesar de que el grupo 4 (lista de espera) presenta un menor número de lesiones del AV. Exactamente lo mismo ocurre según los autorregistros de los propios sujetos.

En otro orden de cosas, puede observarse una notable concordancia entre el número de lesiones contabilizadas por los propios sujetos y por los monitores (ver Tabla 28, apartado 6.2.2.). Consideramos, pues, que esta homogeneidad a la que hacemos referencia es fiable y que nos hallamos ante grupos estadísticamente semejantes, en cuanto a su clínica del AV, en la fase inicial de la investigación.

Aplicados, entonces, los 4 tipos de condiciones los resultados obtenidos muestran lo siguiente:

1. los grupos 1, 2 y 3 muestran una considerable disminución del número de lesiones Gel AV, a partir de la aplicación del tratamiento. El grupo 4 no muestra tal disminución.
2. esta disminución es progresiva, aunque no estadísticamente significativa para los grupos mencionados, si bien según el conteo de los monitores el grupo 3 no muestra significación estadística en las fases de seguimiento (ver Tabla 25, apartado 6.2.1.) en comparación con la fase "pre".
3. la disminución es también progresiva, además de estadísticamente significativa, en todas las fases de la investigación en las que se tomaron autorregistros, si se comparan con la fase "pre", según los autorregistros de los sujetos (ver Tabla 26, apartado 6.2.2.).
4. los datos del seguimiento a largo plazo ("seg 3") muestran que los grupos 1 y 3 mantienen esta tónica descendente tras un año de finalizado el tratamiento. No es así para el grupo 2. Es necesario, sin embargo, remarcar que de los 5 sujetos que conformaban el grupo 2 tan solo se presentaron 2 a efectuar el seguimiento a largo plazo, por ello este dato puede quedar totalmente sesgado.
5. los porcentajes de mejora son prácticamente similares para los grupos 1, 2 y 3, si bien destacan 2 datos sobre los demás: el porcentaje mayor en la fase "post" corresponde al grupo 2 (entrenamiento en BF EMG) mientras que

los mayores porcentajes en las 3 fases de seguimiento corresponden al grupo 1 (ver Tabla 32, apartado 6.2.5.).

6. el grupo 4 (lista de espera) muestra porcentajes de mejoría en números negativos, es decir, porcentajes de empeoramiento (ver Tabla 32, apartado 6.2.5.).

De todo lo mencionado hasta aquí podemos concluir, aun cuando todavía no se han comentado los datos relativos a los registros EMG, que, según el análisis multivariante:

- los procedimientos empleados para los grupos 1, 2 y 3 han resultado efectivos para el tratamiento del AV. Tal efectividad se constata tanto en la disminución del número de lesiones, como en el criterio médico de evaluación.
- con los datos disponibles no se puede afirmar que un tratamiento sea superior al otro, si bien el tratamiento médico parece mostrar resultados algo superiores en las fases de seguimiento.¹.
- el tratamiento exclusivamente psicológico (grupo 2) se ha mostrado, por lo tanto, igualmente eficaz que el trata-

¹. Esto es especialmente relevante para la fase de seguimiento a largo plazo ("seg 3"). Sin embargo, debemos remarcar la diferencia entre el grupo de tratamiento médico (Grupo 1) y el de entrenamiento en BF EMG (Grupo 2) se debe, con toda probabilidad, al hecho de que tan solo 2 de los sujetos del grupo 2 se presentaron en esta evaluación. Obsérvese, por ejemplo, como tal diferencia es prácticamente inexistente entre el grupo 1 y el 3 (entrenamiento en BF EMG + tratamiento médico), cuando el número de sujetos que se presentó a la evaluación fue idéntico.

miento médico (grupo 1) para paliar las lesiones del AV. A corto plazo (fase "post" versus fase "pre") parece, incluso, más efectivo que el tratamiento médico si atendemos a los porcentajes de mejora logrados en uno y otro grupo (grupo 1 = 50.62%, grupo 2 = 58.93%). A largo plazo (fase de "seg 2" versus fase "pre") parece que el tratamiento médico es más efectivo que el entrenamiento en BF EMG, sobre todo según los datos de autorregistro (porcentajes de mejora: grupo 1 = 82.04%, grupo 2 = 57.33%).

- de la unión del tratamiento médico y el entrenamiento en BF EMG (grupo 3) no resultó un efecto sumatorio para el tratamiento del AV. Esto es observable tanto a nivel de significación estadística como a nivel de los porcentajes de mejora (ver Tablas 32 y 43, apartados 6.2.5 y 6.8. respectivamente)

Por lo tanto, podemos afirmar que si bien el tratamiento del AV mediante BF EMG resulta útil no lo es en mayor medida que el tratamiento médico. Del mismo modo podemos afirmar que la unión de ambos tipos de tratamiento no reporta mejores resultados.

Si tenemos en cuenta el elevado coste en recursos de todo tipo (económicos, humanos, temporales, técnicos) generados por el empleo del BF EMG, forzosamente deberemos concluir, aún a pesar nuestro, que el tratamiento del AV mediante el BF EMG, o acompañando al tratamiento médico, no resulta aconsejable. Es del todo

impensable, por ejemplo, tratar a los sujetos que acuden a una consulta ambulatoria de la Seguridad Social mediante esta técnica, más aún cuando se pueden obtener idénticos o incluso mejores, resultados con un simple tratamiento médico que a lo sumo puede requerir 2 - 3 visitas breves.

Sin embargo, los resultados aquí mostrados llevan a efectuar consideraciones de otra índole, esta vez más positiva, de cara a la aportación del entrenamiento en BF EMG al campo del AV.

En efecto, al quedar aquí apuntado (a falta de una mayor reflexión sobre los datos de los entrenamientos en BF EMG, ver apartado 7.3.) que este entrenamiento, aún en solitario (es decir sin ningún tipo de soporte farmacológico) es efectivo en el tratamiento del AV podemos considerar que tal utilidad podría emplearse en los pacientes con las siguientes circunstancias:

1. Cuando, por diversos motivos, no puedan utilizar el tratamiento médico del AV.
2. Cuando han fracasado repetidamente en obtener mejoría perdurable de su AV mediante tratamiento médico estandar.
3. Cuando ya han sobrepasado el límite "normal" de la edad propia del AV, en las que se supone que hay otros factores más allá de la alteración hormonal productora del AV. Recuérdese que un 15 - 25% de los casos requiere tratamiento a partir de los 25 años de edad (Kruger y Presbury, 1988).
4. Cuando la gravedad del AV sea tal que el mismo provoque

intensas reacciones emocionales perturbadoras (Garrie y Garrie, 1973; Rubinow, Peck, Squillace y Gantt, 1987)

5. Cuando pueda evidenciarse la presencia de factores emocionales implicados en el curso de su AV (Griesemer y Nadelson, 1979). Es decir, en aquellos sujetos a los siguiendo el esquema propuesto por Shanon (Shanon, 1984) (ver apartado 3.1.2.) se pueda diagnosticar un AV "psicosomático".
6. Cuando se den, en un mismo sujeto, otros trastornos, además del AV, susceptibles de ser aliviados mediante un entrenamiento en BF EMG. No sería necesario, entonces, el tratamiento médico para el AV.

Estos 6 aspectos mencionados podrían ser, no cabe duda, objeto de nuevos estudios interdisciplinarios.

Ante estas consideraciones, pensamos que se ha dado respuesta a la cuestión general que nos planteamos al inicio de esta investigación, es decir, ver si el entrenamiento en BF EMG puede ser de alguna utilidad para el tratamiento del AV.

Nuestro objetivo no era tanto llegar a concluir que este entrenamiento es más o menos útil que el tratamiento médico sino ver que aportación puede representar para el tratamiento del AV, y de paso, para la dermatología en general. Siendo, pues, útil como se demuestra en los datos hasta aquí revisados, es posible y razonable plantearse las aplicaciones anteriormente reseñadas.

Todos los comentarios efectuados hasta aquí implican al entrenamiento en BF EMG en los cambios obtenidos en el grupo 2. Somos conscientes que nos hemos adelantado, en nuestras consideraciones, a una discusión más pormenorizada de los datos provenientes de los registros en BF EMG. En el apartado dedicado a esta discusión (ver apartado 7.3.) retomaremos esta cuestión.

Un aspecto que merece mención es la valoración que los propios sujetos hacen de su AV mediante los autorregistros semanales. Las puntuaciones que los sujetos otorgan al AV muestran una tónica descendiente en aquellos grupos que recibieron tratamiento (grupos 1, 2 y 3); por el contrario, el grupo de lista de espera (4) mostró un ligero ascenso en sus valoraciones (ver Tabla 27, apartado 6.2.2.). Estos cambios, sin embargo, no alcanzaron significación estadística suficiente, excepto en dos medidas del grupo 1.

Quedan por comentar, los resultados obtenidos en las valoraciones del AV emitidas por los observadores de las fotografías tomadas en las fases "pre", "post" y "seg 1" (ver apéndice 16).

Como puede observarse (ver Tabla 30, apartado 6.2.4.) sólo en algunas valoraciones de los sujetos "legos", esto es, no médicos, se detectan diferencias estadísticamente significativas entre las fotografías de las fases "post" y "seg 1" con respecto a las de la fase "pre". Estas diferencias se dan, por lo demás, sólo en los grupos que recibieron tratamiento para su AV. Este

último dato señalaría la utilidad de las medidas empleadas (fotografías y valoración según jueces) en la evaluación de la clínica del AV.

No obstante, el que en los grupos 2 y 3 no se hayan podido detectar más diferencias estadísticamente significativas cuando, en realidad, a nivel de número de lesiones estas si se hallan, apunta a considerar que los instrumentos empleados adolecen de la suficiente sensibilidad como para que sus resultados puedan considerarse firmemente establecidos.

Idéntica situación ocurre cuando son los médicos los que valoran las mismas fotografías (ver Tabla 31, apartado 6.2.4.).

Todo ello nos induce a pensar que el registro fotográfico y su posterior evaluación mediante jueces, sean estos expertos o "legos", no está exento de dificultades que hacen que su uso sea muy complejo.

Aunque el método empleado por nosotros era lo más semejante posible al que se ha informado que obtenía mejores resultados (Allen y Smith, 1983) y a pesar de que como puede observarse las diferencias interobservadores no son muy grandes, parece que este método, al menos en nuestro estudio, ha sido poco sensible para mostrar los cambios obtenidos a lo largo de las diferentes fases de la investigación.

En resumen, consideramos que este método debería de permitir confirmar más ampliamente los cambios que se han detectado mediante otras medidas, tales como el contaje del número de lesiones.

Para paliar estas dificultades, quizás sería útil efectuar ampliaciones de las partes del rostro más susceptibles de evaluación o presentar las fotografías de los sujetos junto con fotografías estandar de los diferentes niveles de gravedad del AV, tal y como otros autores han probado, al parecer con buenos resultados (Cook, Centner y Michaels, 1979). O como hacen otros autores, más próximos al campo de la Medicina Conductual, dividir en pequeñas cuadrículas el rostro de los sujetos y analizar cuantas de esas cuadrículas están afectadas por las lesiones del trastorno de que se trate (Haynes, Wilson, Jaffe y Britton, 1981). Estas mejoras metodológicas podrían ser objeto de posteriores estudios en los que se tratase de perfeccionar el procedimiento de la evaluación fotográfica de los sujetos.

7.3. Discusión de los resultados electromiográficos.

Los registros EMG previos al inicio de la fase de tratamiento (fase "pre") resultaron significativamente ($F = 11.41, p = 0.002$ y $F = 10.14, p = 0.004$) más bajos en los sujetos que abandonaron la investigación (ver Tabla 23, apartado 6.3.) que en los que la completaron.

Es difícil interpretar este dato de modo aislado, más aún teniendo en cuenta que la literatura no nos ofrece puntos de comparación posible. En cualquier caso, dentro del presente trabajo, como se comentará más adelante, se observa que este menor nivel de actividad EMG, en el grupo de sujetos que abandonaron la

investigación, esta vinculado con un nivel de ansiedad menor, un nivel de expectativas positivas algo menor y la asignación no azarosa (posterior a todas estas medidas) al grupo 1 (tratamiento médico).

Si bien no se puede afirmar que un nivel de actividad EMG menor se corresponda con un nivel de ansiedad bajo, las vinculaciones anteriormente mencionadas apuntan en este sentido. A este nivel de activación/ansiedad más bajo le corresponde, probablemente, un menor nivel de motivación para tratar el AV o para seguir el tratamiento indicado. En este sentido apuntaría, también, el nivel de expectativas positivas menor en este grupo de sujetos que abandonaron la investigación.

En otro orden de cosas, la homogeneidad de la actividad EMG de los grupos que completaron la investigación en los 2 registros de la fase "pre", permite considerar que en esta variable los sujetos participantes eran semejantes. El grupo 4 (lista de espera) muestra un nivel de activación EMG considerablemente menor, pero sin llegar a producir una diferencia estadísticamente significativa.

Estos apuntes invitan a pensar que los cambios observables en la variable de activación EMG se deben no a diferencias iniciales, en la fase "pre", sino a los procedimientos empleados durante la fase de tratamiento. Por ello mismo se observa que tan solo los grupos 2 (entrenamiento en PF EMG) y 3 (tratamiento médico + entrenamiento en BF EMG) presentan diferencias estadísticamente significativas entre la fase "pre" y el resto de las

fases de la investigación. Por el contrario, los grupos 1 (tratamiento médico) y 4 (lista de espera) no registran cambios en este sentido (ver Tabla 33, apartado 6.3.).

Por otra parte, resulta interesante el contrastar los datos de los registros EMG con los del número de lesiones del AV. De esta contrastación se puede deducir que el nivel de actividad EMG y el número de lesiones del AV no siguen un curso similar. Por ejemplo, en el grupo 1 (Tratamiento médico) no se produce disminución del nivel de actividad EMG y si, en cambio, del número de lesiones del AV. Al mismo tiempo, en los grupos 2 y 3 (Entrenamiento en BF EMG y Tratamiento Médico + Entrenamiento en BF EMG, respectivamente) la disminución del número de lesiones es progresiva a partir de la fase "post" hasta la fase "seg 2"; mientras que no es así para los registros EMG, cuyo cambio fundamental se da en la fase "post" y a partir de ese momento se observa un ligero aumento (ver Tabla 43, apartado 6.8.).

Por una parte, los datos de la actividad EMG muestran una disminución tras finalizar el entrenamiento en BF EMG, pero esta disminución no progresa al no continuarse en mencionado entrenamiento. Por otra parte, el número de lesiones del AV ofrece una tendencia diferente; si bien su disminución entre la fase "pre" y la "post" es considerable se observa que esta prosigue aún en ausencia de tratamiento, hasta la fase "seg 2".

Un efecto semejante se observó en un estudio que aplicaba el entrenamiento en BF EMG a la Dermatitis Atópica (Haynes, Wilson, Jaffe y Britton, 1979) y en un estudio preliminar efectuado por nuestro propio equipo (Talarn, Saldaña, Ausió, Blanco, Cuadras, Genís, Fernández, Masdeu, Nuñez, Pagerols, Pascual y Valls, 1987). Ello se explica, probablemente, por las diferentes características de ambos tipos de respuesta.

Por una parte, la respuesta EMG depende de la inervación directa del S.N.A., mientras que la actividad de las GS está mediada hormonalmente, sin inervación directa del S.N.A., aunque con toda certeza influenciada por una mediación indirecta de la actividad del mismo. Ello representa que estos parámetros se comporten de modo diferente ante la estimulación producida por el entrenamiento en BF EMG.

En este sentido, las GS, reguladas hormonalmente, muestran una disminución más lenta y progresiva de su actividad (disminución medida, a falta de otras medidas más fiables inaccesibles para esta investigación, por la disminución del número de lesiones del AV). Del mismo modo que las lesiones del AV necesitan un tiempo para desarrollarse, dado que es un proceso hormonal con consecuencias a nivel tisular, el efecto beneficioso de un tratamiento, sea del tipo que sea, requerirá de un cierto tiempo para mostrar su mayor potencial terapéutico.

No ocurre lo mismo con la actividad EMG, cuya máxima disminución se produce, al menos en nuestros datos, en un tiempo relativamente corto tras el inicio del entrenamiento, pero en la

que puede perderse parte del efecto beneficioso del mismo si no se dan instrucciones para proseguir con las habilidades de relajación aprendidas en el laboratorio (Carrobles y Godoy, 1987), caso que se dió en nuestra investigación. Un próximo trabajo podría instruir, a los sujetos tratados con entrenamiento en BF EMG, para proseguir con la práctica de la relajación en su casa y observar como esta práctica continuada afecta a la clínica del AV.

Podemos considerar, pues, que la reducción del número de lesiones del AV en el grupo 2 (Entrenamiento en BF EMG) se debe a la acción del entrenamiento en BF EMG a pesar de que los datos de uno y otro tipo no transcurren paralelamente.

Al mismo tiempo, como ya se comentó, no se observa un efecto sumatorio en el grupo 3 (Tratamiento Médico + Entrenamiento en BF EMG). Seguramente, ello es debido al mismo factor hormonal mencionado anteriormente, en el sentido de que por más tratamientos que se apliquen sobre el AV no es posible reducir su número de lesiones a cero puesto que se trata de un trastorno determinado por el nivel "natural" de andrógenos en circulación y este nivel no puede ser reducido tan drástica ni rápidamente como para hacer desaparecer del todo el AV. Por este motivo todo tratamiento del AV requiere un tiempo considerable para una resolución de más del 50% de las lesiones, unos 6 meses aproximadamente, (Cunliffe, Clayden, Gould y Simpson, 1981).

7.4. Discusión de los comportamientos relacionados con el AV.

Los autorregistros diarios sobre variables tales como el número de lavados, de tocamientos y reventamientos de lesiones mostraron que los grupos que participaron en la investigación eran homogéneos entre sí para estas variables.

Además, se observa que a lo largo de las diferentes fases de la investigación apenas si se dan cambios en las variables mencionadas. Tan sólo el número de tocamientos de lesiones del AV mostró algún cambio, a partir de la fase de tratamiento, en los grupos 1 y 2.

Puede afirmarse, entonces, que los tratamientos aplicados han tenido escasa repercusión sobre estas variables, lo cual es lógico puesto que no estaban diseñados para modificar estas variables que aquí se mencionan, ya que fueron medidas sólo a efectos de control de los posibles efectos sobre los resultados de este estudio.

En este sentido, pensamos que es posible afirmar que los resultados del mismo, en cuanto al número de lesiones del AV, no han sido afectados por estas variables o si lo han sido esta influencia ha sido la misma para todos los grupos.

7.5. Discusión de las variables psicológicas.

En este apartado se discutirán los resultados obtenidos con la pasación de los cuestionarios de Ansiedad, Locus de Control,

Expectativas y los autorregistros sobre el número de estresores cotidianos. Incidiremos especialmente en las posibles causas de los abandonos registrados en la investigación.

Los datos del Cuestionario de Ansiedad de Hamilton (Hamilton, 1959) mostraron lo siguiente:

1. la muestra esta compuesta por sujetos que puntuaron bajo en este cuestionario.
2. no existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos que completaron la investigación ni en la 1ª. ni en la 2ª. administración.
3. no existen diferencias intragrupalmente estadísticamente significativas entre la 1ª. y la 2ª. administración para los grupos 1, 2, 3 y 4; aunque los datos muestran una ligera disminución para los grupos 1, 2 y 3, es decir, aquellos que recibieron tratamiento.
4. los sujetos que abandonaron la investigación puntuaron significativamente más bajo que aquellos que la finalizaron.

A la luz de estos resultados consideramos que nos hallamos ante una muestra con un factor general de ansiedad bajo. Este dato coincide con los aportados por otros estudios (Kenyon, 1966a; Lucas 1961; Medansky, Handler y Medansky, 1981) en el sentido de que los pacientes con AV no presentan niveles de ansiedad elevados.

Puede interpretarse, entonces, que los sujetos que completaron la investigación eran homogéneos en cuanto a su factor general de ansiedad. Por ello, no podemos considerar esta variable como implicada en los resultados obtenidos al aplicar los diferentes tratamientos puesto que no existen diferencias entre los grupos participantes, o caso de estarlo lo estaría de igual manera para todos los sujetos.

Podemos señalar, además, que el tratamiento recibido no ha tenido efecto alguno sobre este factor, excepción hecha de una leve disminución entre la 1ª. y la 2ª. pasación, sin significación estadística suficiente. Este dato se ve ampliamente confirmado por la literatura al respecto, que informa de como no se observa disminución en los autoinformes de ansiedad durante el entrenamiento en BF EMG (Burish, Hendrix y Frost, 1981; Burish y Schwartz, 1980).

Por otra parte, destaca el dato de que la única diferencia estadísticamente significativa en las comparaciones efectuadas se da al comparar los sujetos que abandonaron la investigación con los que la completaron ($F = 11.988$, $p = 0.002$). Este dato podría ser un posible factor, entre otros que se comentarán más adelante, que explicase el elevado número de abandonos que se dió en esta investigación. El hecho de que los sujetos que abandonaron la misma difieran significativamente de los que la completaron (en el sentido de tener una puntuación mucho más baja) podría ayudarnos a explicar estos abandonos diciendo que estos sujetos estarían, probablemente, menos motivados para recibir tratamiento

para su AV. Obsérvese, como apoyo a esta hipótesis, el hecho de que el grupo de sujetos que abandonó la investigación puntuó más bajo en los tres items del Cuestionario de Expectativas (ver Tabla 37, apartado 6.5.1), a pesar de que esta diferencia no resultó ser estadísticamente significativa.

En otro orden de cosas, los datos del Cuestionario de Expectativas muestran que estas eran muy similares para todos los sujetos de la muestra aunque, como ya se comentó más arriba, los sujetos que mostraron menos expectativas positivas fueron los que posteriormente abandonaron el tratamiento. No podemos, pues, argumentar que las diferencias en las expectativas previas de los sujetos modifiquen los resultados de los tratamientos puesto que estas eran muy similares para toda la muestra estudiada. Otra posibilidad radicaría en que estas expectativas si tengan influencia sobre los resultados, pero en este caso esta sería la misma para todos los sujetos.

En este sentido, cabe recordar que el nivel de expectativas no se vió influenciado por el tipo de tratamiento propuesto (o sea, por la asignación a uno de los grupos de la investigación) puesto que esta medida se tomó antes de dicha asignación o propuesta.

Con este procedimiento consideramos que el resultado de este cuestionario es un factor de expectativas general referido mucho más a las expectativas de curar el AV que a las posibilidades de un tipo determinado de tratamiento.

No obstante, con respecto a si el tipo de tratamiento (grupo) al que se asignó a cada sujeto pudo tener alguna influencia se observa un dato significativo: de los 12 sujetos que abandonaron la investigación 10 fueron asignados al grupo 1 (tratamiento médico) mientras que los otros 2 sujetos lo fueron al grupo 3 (tratamiento médico + BF EMG).

Aún a sabiendas de que no era un procedimiento metodológicamente correcto, los sujetos que abandonaron fueron sustituidos por nuevos, hasta completar grupos de 5 sujetos. El carácter clínico de esta investigación (ver apartado 7.8.) nos movió a adoptar este proceder. Este dato indica, entonces, que los resultados obtenidos por el grupo 1 (tratamiento médico) son altamente cuestionables. En efecto, el grupo 1 ha obtenido los resultados que se han presentado (ver apartado 6.2.) pero para ello ha sido necesario emplear nada menos que 15 sujetos. No cabe duda, que el procedimiento conductual promueve una mayor adherencia al tratamiento que el procedimiento médico en solitario. En esta escasa adherencia al tratamiento médico también cabe considerar que los pacientes asignados al grupo 1 no recibían nada a cambio por su participación en la investigación y se les ocasionaron mayores molestias que con su simple consulta médica. Es decir, obtenían idéntico tratamiento al que hubieran recibido en caso de acudir al médico sin más. Por el contrario, el resto de los sujetos experimentaba estas "molestias" pero recibía una atención mayor y un tratamiento diferente (grupo 2, entrenamiento en BF EMG) o añadido (grupo 3, tratamiento médico más entrenamiento en BF

ENG). El grupo 4 (lista de espera) obtenía, a su vez, razones que le invitaban a esperar y a permanecer en contacto con el equipo de monitores-evaluadores de la investigación (ver apéndice 10).

De estos datos que estamos aquí comentando, resulta claro que el elevado número de abandonos de esta investigación se vincula con los siguientes factores :

- un nivel de ansiedad menor.
- un nivel de expectativas positivas algo menor.
- asignación al grupo 1 (tratamiento médico).

Con respecto a este último factor son pocos los estudios que hacen referencia a la adherencia de los sujetos al tratamiento médico del AV. Los trabajos de Flanders (1984) y Flanders y McNamara (1985) muestran un nivel de adherencia del 48% aproximadamente, baja si tenemos en cuenta que Flanders trató de aumentarla mediante procedimientos conductuales (contratos de contingencias, automonitoreo, etc). Este 48% es, no obstante, mucho más elevado que el 12.5% de adherencia que se observa en los tratamientos médicos tradicionales (Parsons, Wright y Wilson, 1981). Si tenemos en cuenta la literatura citada hemos de pensar que:

- la pérdida de los 10 sujetos del grupo de tratamiento médico era esperable (con una muestra de 15 menos 5 que finalizaron y 10 que abandonaron - resulta una adherencia del 33.3%) (Entendiendo por adherencia la permanencia en el tratamiento).
- si tenemos en cuenta toda la muestra disponible se ha

obtenido un 62.5% de adherencia, porcentaje nada desdeñable a tenor de los resultados anteriormente expresados.

Puesto que los datos de los resultados de los cuestionarios de ansiedad y expectativas nos han llevado a comentar las particularidades de los sujetos que abandonaron la investigación cabría añadir, a estos comentarios, un dato más. Como ya se comentó en el apartado 7.3. los registros EMG, previos al inicio de la fase de tratamiento de la investigación (fase "pre") resultaron significativamente ($F = 11.41$, $p = 0.002$ y $F = 10.14$, $p = 0.004$) más bajos en los sujetos que abandonaron la investigación (ver Tabla 32, apartado 6.2.5.) que en los que la completaron.

En otro orden de cosas destacamos la disparidad de los resultados obtenidos con la pasación del Cuestionario de Locus de Control. Aunque tal disparidad no resultó estadísticamente significativa ($F = 1.181$, $p = 0.348$) si resulta relevante el hecho de que el grupo 2 presentara una clara tendencia al locus de control externo en comparación con el resto de los grupos, cuya tendencia apuntaba al control de tipo interno.

Consideramos que estos datos tan dispersos (véase, por ejemplo, la gran desviación estandar de todos los grupos, Tabla 38, apartado 6.5.2.) se deben a problemas propios del instrumento de medida utilizado. Tal dispersión, en una muestra homogénea, en otras variables estudiadas podrían revelar inconsistencias del instrumento de medida. Inconsistencias lógicas si tenemos en cuenta que el mismo fue específicamente diseñado para la presente

investigación y, por lo tanto, no se ha efectuado prueba alguna de fiabilidad ni validez.

En cualquier caso señalaremos que la muestra es estadísticamente homogénea en este sentido y, por ello, o bien no podemos atribuir al locus de control ninguna influencia diferencial sobre los resultados obtenidos, o bien deberemos pensar que esta influencia es idéntica para todos los sujetos.

Sin embargo, resulta paradójico el hecho de que precisamente el tratamiento estrictamente psicológico y, por lo tanto teóricamente más útil para aquellos sujetos con locus de control interno (Carlson, 1977), se aplicará, por efectos del azar, a aquellos sujetos que como grupo mostraron un locus de control externo. Esta coincidencia podría ser vista como un factor en contra del máximo aprovechamiento del entrenamiento en BF EMG por los sujetos del grupo 2. Sin embargo, los datos de los registros EMG, a lo largo de las diferentes fases de la investigación (ver Tabla 33, apartado 6.3.) son muy similares para los grupos 2 y 3, teniendo este último una tendencia al locus de control interno. Este aprovechamiento similar del entrenamiento en BF EMG, aún a pesar de ciertas diferencias en el tipo de locus de control, encuentra apoyo en la literatura al respecto. Esta, muestra que no existen diferencias en la obtención de resultados en el entrenamiento con BF EMG en los sujetos con un locus de control interno o externo (Carlson y Feld, 1978; Stern y Berrenberg, 1977).

Por lo que respecta a los datos referidos al número de estresores cotidianos sufridos por los sujetos y anotados en sus

autorregistros diarios, tan sólo cabe señalar como estos se mantienen prácticamente estables a lo largo de la investigación. El escaso número de eventos estresantes reportados (ver Tabla 40, apartado 6.5.4.) es prácticamente idéntico para todos los grupos de la muestra.

7.6. Discusión del grado de satisfacción con el tratamiento.

En cuanto a los resultados del Cuestionario de Post-tratamiento, tan solo mencionar que los 3 grupos que recibieron tratamiento puntuaron de modo muy similar en los 4 ítems contabilizados del cuestionario. Sobre una puntuación máxima de 3 puntos señalaremos que todos los resultados están por encima de la media teórica de este cuestionario, excepción hecha del beneficio que consideraron obtuvieron los sujetos del grupo 2.

Destaca esta última puntuación a la luz de los resultados obtenidos en la clínica de su AV - Número de lesiones - (ver Tabla 25, apartado 6.2.1 y Tabla 26, apartado 6.2.2.), puesto que todos los grupos (1, 2 y 3) obtuvieron una reducción del 50% aproximadamente en sus lesiones del AV.

Podría interpretarse que esta menor valoración del beneficio obtenido, según el cuestionario post-tratamiento, puede deberse a 3 factores diferentes:

1. el mayor nivel de expectativas de beneficio (el grupo 2 es el que puntuó más alto en este ítem del cuestionario de expectativas).

2. el locus de control externo podría influir en el sentido de que los sujetos interpretarían que las habilidades aprendidas son poco útiles para combatir su AV. (Recuérdese que el grupo 2 fue el único que puntuó con una tendencia al locus de control externo).
3. la ausencia de tratamiento médico, mucho más popular y comprensible para los sujetos con AV, frente a un tratamiento como en el entrenamiento como el BF EMG.

7.7. Discusión de los resultados del Cuestionario de Seguimiento a Largo Plazo.

Se discuten en este apartado únicamente las cuestiones reflejadas en el apartado 6.7., puesto que los datos referentes al número de lesiones y los resultados electromiográficos obtenidos con el seguimiento a largo plazo ya han sido comentados en sus apartados correspondientes (ver apartados 7.2 y 7.3 respectivamente).

A la luz de los resultados en la Tabla 42 (ver apartado 6.7) cabe resaltar que los sujetos valoraron muy positivamente los resultados de los tratamientos que a lo largo de la investigación se les aplicaron. El hecho de que los 10 sujetos que contestaron este cuestionario tan sólo 2 hubieran realizado otro tratamiento después de finalizada la investigación nos parece significativo en este sentido. También apunta en esta dirección el que todos los

sujetos señalaran el beneficio obtenido entre "Bien" y "Muy bien".

Otro dato relevante es el del que todos los sujetos situaron su AV entre "moderado" e "inexistente", es decir en los niveles más bajos de la escala de graduación que les fue presentada (ver apéndice 15), apuntando así a la idea de la conservación de los buenos resultados obtenidos al finalizar la investigación, o mejor dicho, al término del período de "seg 2".

Por último, señalar que la mitad de los sujetos que respondieron a este cuestionario, y que pertenecieron a los grupos que recibieron entrenamiento en BF EMG (3 sujetos), contestaron afirmativamente cuando se les preguntó si habían obtenido alguna otra mejora personal, además de la del AV.

Estos datos nos llevan a pensar que los resultados de esta investigación han sido satisfactorios para los sujetos que participaron en la misma (o al menos para la mitad de ellos, o sea aquellos que contestaron este cuestionario, un total de 10 sobre 20). En este sentido, es muy de lamentar no poder disponer de la totalidad de los sujetos en este último seguimiento. De haber sido así hubiéramos podido afirmar con mayor seguridad lo que hasta aquí se ha venido diciendo.

7.8. Discusión general.

Al plantearnos una discusión general sobre esta investigación consideramos importante insistir sobre el carácter clínico

de la misma. En efecto, la mayoría de los sujetos que participaron en la misma eran pacientes clínicos. Esta característica, en la que el equipo de investigación puso su máximo empeño, no cabe duda que condicionó tanto el número de sujetos de la muestra como el elevado índice de abandonos que se dió en el estudio. A pesar de estas dificultades, que en muchos momentos afectaron al rigor metodológico de la investigación, pensamos que valió la pena asumirlas antes que efectuar este estudio con una muestra de sujetos análogos. Se podrá objetar que nuestros resultados son inciertos, poco generalizables dado el escaso número de sujetos, el elevado número de abandonos, etc; sin embargo hemos puesto de reflejo - y sufrido en propia "piel" - las dificultades en las que muchos terapeutas de conducta se pueden encontrar al tratar de efectuar una investigación con poblaciones clínicas, que acuden a una consulta de la Seguridad Social, por poner un ejemplo.

Estas dificultades aumentan proporcionalmente con respecto a la novedad del campo sobre la que determinada investigación se plantea. No cabe duda que es diferente recibir pacientes con dolor de cabeza tensional derivados por un médico neurólogo o hipertensos enviados por un internista, por poner dos casos cotidianos en medicina conductual, que sujetos con AV o psoriasis enviados por un dermatólogo.

Efectuadas estas consideraciones, de tipo genérico, en este apartado se comentaran del modo más ordenado posible los diferentes objetivos y cuestiones que se propusieron al efectuar el planteamiento general de esta investigación. Si bien estos plan-

temientos ya han sido respondidos en las líneas precedentes creemos oportuno ofrecer un resumen más concreto. Al mismo tiempo consideramos oportuno efectuar algunas consideraciones sobre las posibilidades de mejora de la presente investigación, así como sobre las nuevas investigaciones que se plantean a partir de la presente.

Como se recordará (ver capítulo 4) uno de los objetivos generales de esta investigación consistió en aportar una serie de mejoras metodológicas al único estudio publicado sobre la aplicación del BF EMG al AV (Hughes, Brown, Lawlis y Fulton, 1983). Con respecto a este objetivo general consideramos que:

1. Se ha trabajado con una muestra homogénea en cuanto a sexo, edad y clínica del AV.
2. Se han controlado variables importantes tales como el Locus de Control, el nivel de ansiedad y de expectativas, el nivel de molestia subjetiva, las atribuciones causales del AV y los factores de cambio del AV.
3. Se ha empleado un método estándar de entrenamiento en BF EMG.
4. Todos los grupos han sido evaluados del mismo modo, excepto el grupo 4 (lista de espera), por motivos éticos.
5. Se ha utilizado un tratamiento médico estándar.
6. Se han empleado medidas de autorregistro semanales y diarias.

Por ello, consideramos cumplido este primer objetivo de la presente investigación.

El segundo objetivo era el observar el resultado de la aplicación del BF EMG a los sujetos que padecen AV. Lo consideramos cumplido puesto que los datos presentados muestran que, efectuada esta aplicación, se produce una disminución del número de lesiones del AV

El tercer objetivo preveía contrastar los datos de los registros EMG con la evaluación clínica de las lesiones del AV. En este apartado el objetivo ha sido cubierto al mostrar como ambos tipos de medida evolucionan de modo diferente. No obstante, los datos del grupo 2 (Entrenamiento en BF EMG) muestran que la disminución de la activación EMG se acompaña de la disminución del número de lesiones del AV en ausencia de cualquier otro tipo de tratamiento. Al mismo tiempo, los datos del grupo 1 (Tratamiento Médico) muestran que para que se de esta disminución no es necesario que se modifiquen los niveles de activación EMG. Se concluye, pues, que ambas condiciones no son necesariamente concurrentes pero que si que lo son si se aplica un entrenamiento en BF EMG.

El cuarto objetivo era observar la interacción entre el entrenamiento en BF EMG y el tratamiento médico. Se cumple este objetivo con el tratamiento aplicado al grupo 3, que incluye ambas modalidades. Esta aplicación ha dado como resultado que la unión de ambos procedimientos no deviene en un efecto sumatorio beneficioso para el AV.

El quinto objetivo propuesto consistía en controlar la posible influencia, sobre los resultados finales, de las variables:

- *. nivel de gravedad del AV
- *. número de tratamientos recibidos
- *. expectativas de curación
- *. locus de control
- *. nivel de ansiedad

En este sentido del control de estas variables se devienen las siguientes afirmaciones :

- el locus de control ha resultado semejante para todos los grupos de la muestra.
- el nivel de ansiedad fue homogéneo para todos los sujetos que finalizaron la investigación. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que abandonaron la investigación con respecto a los que la completaron. Los primeros mostraron niveles más bajos de ansiedad que los segundos.
- el nivel de expectativas fue muy similar para todos los participantes en la investigación, si bien fue algo menor en los sujetos que la abandonaron.

Como ya se comentó, la muestra resultó homogénea en estas variables. Por ello, su posible influencia o bien no fue tal, o

fue igual para todos los participantes de la investigación. Destaca, sin embargo, el dato de que los sujetos que abandonaron la investigación mostraron un nivel de ansiedad menor comparados con aquellos que finalizaron el proceso totalmente.

En cuanto a los problemas concretos o hipótesis planteadas los resultados son los siguientes:

Problema 1. Planteaba que los grupos 1, 2 y 3 mostrarían una disminución del número de lesiones del AV en las fases siguientes a la fase "pre". Se cumple esta hipótesis al mostrar estos 3 grupos una notable disminución del número de lesiones del AV a partir de la aplicación del tratamiento, mientras que el grupo que no recibió tratamiento no mostró esta disminución.

Problema 2. Planteaba que la disminución de las lesiones del AV de los grupos 1, 2 y 3 sería mayor en las fases de seguimiento que en la fase "post". Estadísticamente esta hipótesis no obtiene confirmación (ver apartado 6.2.1.) a pesar de que numéricamente si se observa una disminución progresiva a partir de la fase "post" hasta la fase de "seg 3". Una excepción a esto se da en el grupo 2 donde esta tónica no se mantiene en el último seguimiento, probablemente, a causa de que tan solo 2 de los 5 componentes del grupo fueron evaluados en el mismo.

Problema 3. Planteaba que el grupo 3 mostraría una mayor disminución del número de lesiones del AV. Esta hipótesis no se confirma puesto que no puede afirmarse que este grupo haya experimentado una mejoría superior a los otros dos grupos que recibieron tratamiento para su AV. Como ya se comentó la unión del entrenamiento en BF EMG y del tratamiento médico no resulta en un efecto beneficioso sumatorio para aliviar el AV.

Se confirma, sin embargo, la segunda parte de la hipótesis en cuanto que el análisis factorial muestra (ver apartado 6.2.1.) que los tratamientos empleados resultan efectivos para paliar el número de lesiones del AV.

Problema 4. Planteaba que los grupos que recibieron entrenamiento en BF EMG mostrarían una disminución significativa de los niveles de actividad muscular frontal medida a través del EMG. Se cumple esta hipótesis al encontrarse diferencias estadísticamente significativas no sólo entre las fases "pre" y "post" sino también entre la fase "pre" y las de "seg 1" y "seg 2".

7.9. Sugerencias para futuras investigaciones en esta área.

A la luz de los datos proporcionados por esta investigación pensamos que la misma podría mejorarse del siguiente modo:

1. con el empleo de una muestra más amplia.

2. con el empleo de sistemas de medida más adecuados a las características del AV, esto es con un instrumento capaz de registrar de un modo directo la actividad de las GS.
3. con el empleo de un cuestionario de ansiedad que permita efectuar comparaciones con la literatura existente, por ejemplo el STAI.
4. con el empleo de un cuestionario de locus de control estandarizado.
5. con el empleo de una mayor tecnología fotográfica que permitiese ampliar las fotografías por sectores del rostro del sujeto.
6. con el empleo de una muestra más amplia de jueces "legos" y otra, también más amplia que la utilizada aquí, de jueces médicos especialistas que, desconociendo el objetivo de la investigación, valorasen las fotografías de los sujetos.

Por lo que respecta a las nuevas investigaciones a efectuar, tal y como se comentó anteriormente algunas de las posibles serían :

1. Investigación similar a la presente pero con sujetos varones.
2. Investigación similar a la presente pero tratando de potenciar al máximo los beneficios obtenidos, por ejemplo, mediante la práctica guiada de la relajación sin

el uso del instrumental del BF EMG. Otra posibilidad sería la de dar pautas concretas de hábitos conductuales (lavados, reversión de hábitos de tocamiento, etc).

3. Detección de los factores psicológicos y psicofisiológicos implicados en el mantenimiento del AV en sujetos mayores de 25 años de edad.
4. Estudio de la reacción psicológica y la terapéutica a emplear para paliarla, caso de ser necesario, en sujetos afectados de AV muy grave.

CONCLUSIONES

El trabajo realizado nos ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

1. El AV, aún siendo leve o moderado, causa una notable molestia subjetiva relacionada con su influencia sobre el aspecto físico, más que con su repercusión a nivel social.
2. El AV, leve o moderado, no se acompaña de niveles de ansiedad elevados, de tal manera que una mejora en el AV no representa cambios en los niveles de ansiedad de los sujetos.
3. El tratamiento médico del AV así como el entrenamiento en BF EMG son métodos útiles para obtener mejorías significativas en la clínica del AV. Esta mejoría es progresiva, aunque no estadísticamente significativa, en todos los grupos tratados, por lo menos hasta los 90 días de finalizados los tratamientos.
4. No parece que uno de los tratamientos empleados sea superior al otro. El tratamiento médico parece mostrar resultados algo superiores en las fases de seguimiento mientras que el entrenamiento en BF EMG parece superior en la fase de post-tratamiento.

5. Dada la conclusión anterior, parece poco viable, por cuestiones técnicas, la aplicación del BF ENG como método general de tratamiento del AV, si bien, los datos apuntan a su probable uso en situaciones especiales tales como:
 - a. cuando no se pueda aplicar el tratamiento médico.
 - b. tras repetidos fracasos del tratamiento médico.
 - c. en personas de edad superior a los 25 años.
 - d. en AV grave, que provoque reacciones psicológicas importantes.
 - e. en aquel AV que hemos convenido en denominar "psicosomático".
 - f. en aquellos sujetos que padezcan, además de AV, un trastorno susceptible de ser tratado con entrenamiento en BF ENG.

6. La adición del BF ENG al tratamiento médico no produce una mayor mejoría del AV. Las particularidades del trastorno acnéico hacen que no responda de modo más notable por más tratamientos que sobre el mismo se apliquen.

7. Los datos del número de lesiones del AV y los de la actividad ENG no covarían necesariamente.

El tratamiento médico mejora el AV (disminuye el número de lesiones) sin provocar cambio alguno en la actividad EMG (grupo 1).

La disminución de la actividad EMG (mediante entrenamiento en BF EMG) se sigue de una disminución del número de lesiones del AV (grupo 2).

Se puede concluir, entonces, que si bien no es necesaria la disminución de la actividad EMG para aliviar el AV, si esta se efectúa, el AV mejora.

La disminución de la actividad EMG es condición suficiente pero no necesaria y lo mismo se puede decir del tratamiento médico; es suficiente, pero tampoco necesario, tal y como demuestran los datos del grupo 2.

8. El número, relativamente elevado, de abandonos que se dió en la investigación (37.5 %, 12 sujetos sobre una muestra de 32) parece deberse a los siguientes factores:

- a. un nivel de ansiedad menor, estadísticamente significativo.
- b. un nivel de activación EMG menor, estadísticamente significativo.
- c. unas expectativas positivas ligeramente inferiores, sin significación estadística.
- d. asignación al grupo de tratamiento médico.

9. Consideramos que esta investigación muestra que la colaboración entre médicos dermatólogos y psicólogos de la salud es posible y útil. El BF, por su carácter psicofisiológico, puede ser un buen vehículo de la vinculación entre ambos tipos de profesionales.

10. Como resultado de nuestra investigación consideramos que han quedado planteados cierto número de problemas importantes, que deberían dar lugar a nuevas investigaciones para resolverlos de modo concluyente e ir aumentando, de este modo, la aportación y colaboración de la Medicina Conductual a la Dermatología Psicosomática.

REFERENCIAS

- Albers, H.J. (1985): Psychological dilemma and management of the acne patient. En: S.I. Cullen (Ed.), Focus on Acne Vulgaris (pp. 27-34). London: Royal Society of Medicine Services.
- Alexander, F. (1952): Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. London: Allen & Union.
- Allen, B.S. y Smith, J.G. (1982): Various parameters for grading acne vulgaris. Archives of Dermatology, 111, 23-25.
- Ammon, G. (1979): Psychoanalysis and Psychosomatics. New York: Springer - Verlag.
- Ammon, G., Schibalski-Ammon, K., Herald, J. y Finke, G. (1984): Psychodynamics and ego structure in skin disease. En: E. Panconesi (Ed.), Stress and Skin Disease : Psychosomatic Dermatology (pp. 43-58). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Anderson, R.L., Cook, C.H. y Smith, D.E. (1976): The effect of oral and topical tetracycline in acne severity and on surface lipid composition. Journal of Investigative Dermatology, 66, 172-177.
- Andrews, W.C. y Andrews, M.L. (1962): The use of progestins for oral contraception. Southern Medical Journal, 55, 454-458.
- Anzieu, D. (1974): Le dehors et le dedans: le moi peau. Nouvelle Revue du Psychanalisis, 9, 195-208.
- Ashorn, R., Votila, A. y Kuokkanen, K. (1980): Evaluation of delayed type immune reactivity in patients with acne vulgaris. Acta Dermatologica Venereologica, 60, 333-336.
- August, P.J. (1985): Comparison of alternative acne therapies. En: S.I. Cullen (Ed.), Focus on Acne Vulgaris (pp. 45-61). London: Royal Society of Medicine Services.
- Baer, R.C. y Sulzberger, M.B. (1952): Attempts at passive transfer of allergic eczematous sensitivity in man. Journal of Investigative Dermatology, 18, 53-57.
- Baer, R.L., Leshaw, S.M. y Shalita, A.R. (1976): High dose of tetracycline in severe acne. Archives of Dermatology, 112, 479-484.
- Bassi, P. (1977): Introduzione a la Dermatologia Psicosomatica. Padova: Piccin Editori.
- Belisario, J.C. (1951): Acne vulgaris. Its aetiology and treatment. Australian Journal of Dermatology, 1, 86-92.

- Bessone, L. (1974): L'eruzione acneiforme corticotropane e cortisonica nell'infanzia. Chronica Dermatologica, 1, 77-82.
- Bessone, L. y Anselmi, L. (1972): Acne cortisonica e in bambino dell'eta di un anno e mezzo. Rivista di Pediatria e di Specialita Pediatriche, 4, 103-106.
- Bick, E. (1968): The experience of skin in early object relation. International Journal of Psychoanalysis, 49, 484-486.
- Bion, W.R. (1961): Experiences in groups and other papers. London: Tavistock.
- Blaney, D.J. y Cook, C.H. (1976): Topical use of tetracycline in the treatment of acne. Archives of Dermatology, 112, 971-973.
- Blank, H. (1961): Clinical trials: a scientific discipline. Journal of Investigative Dermatology, 37, 235-240.
- Bodel, P., Dillard, G.M. y Kaplan, S.S. (1972): Antiinflammatory effect of estradiol on human blood leukocytes. Journal of Laboratory and Clinical Medicine, 80, 373-378.
- Bonelli, M., Alessi, E., Tomasini, C. y Piccinini, S. (1970): Ulteriores observaciones sobre el tratamiento del acné vulgar y el comportamiento de los lípidos de superficie. Semana Médica, 136, 1052-1057.
- Brown, D.G. y Bettley, F.R. (1972): Psychiatric treatment of eczema. A controlled trial. British Medical Journal, 2, 729-734.
- Burish, T.G., Hendrix, E.M. y Frost, R.O. (1981): Comparison of frontal EMG biofeedback and several types of relaxation instruction in reducing multiple indices of arousal. Psychophysiology, 18, 594-602.
- Burish, T.G. y Schwartz, D.C. (1980): EMG biofeedback training, transfer of training and coping with stress. Journal of Psychosomatic Research, 24, 85-96.
- Burton, J.L. (1975): The sebum excretion rate in rosacea. British Journal of Dermatology, 92, 541-543.
- Burton, J.L., Cunliffe, W.J., Millar, D.G. y Shuster S. (1970): Effect of pregnancy on sebum excretion. British Medical Journal, 2, 769-771.
- Burton, J.L., Cunliffe, W.J., Saunders, I.C. y Shuster, S. (1971): The effect of facial nerve paresis on sebum excretion. British Journal of Dermatology, 84, 135-138.

- Burton, J.L., Cunliffe, W.J., Stafford, I. y Shuster, S. (1971): The prevalence of acne vulgaris in adolescence. British Journal of Dermatology, 85, 119-126.
- Burton, J.L., Libman, L.J., Cunliffe, W.J., Wilkinson, R., Hall, R. y Shuster, S. (1972): Sebum secretion in acromegaly. British Medical Journal, 1, 406-410.
- Burton, J.L. y Shuster, S. (1970): Effect of L-dopa on seborrhea on parkinsonism. Lancet, 2, 19-21.
- Burton, J.L., Shuster, S., Carlidge, M., Libman, L.J. y Martell, J. (1973): Lactation, sebum excretion and melanocyte - stimulating hormone. Nature, 243, 349-351.
- Cambria, S., Nanni, G. y Peduto, A. (1980): Psicoterapia dell'acne. En : R. Bassi (Ed.), Actas del Simposio Internazionale di Dermatologia Psicosomatica (Viareggio, Mayo 1980) (pp. 171-176). Roma: Gruppo Editoriale Medico.
- Cardenas, P., Jarzoso, A.E., López, A. y Navarro, N. (1988): Tratamiento de habilidades sociales. Un caso con problemas dermatológicos. Análisis y Modificación de Conducta, 39, 135-145
- Cariello, V. (1980): Contributo alla psicosomatica in dermatologia : una ipotesi di classificazione e interpretazione. En : R. Bassi (Ed.), Actas del Simposio Internazionale di Dermatologia Psicosomatica (Viareggio, Mayo, 1980) (pp. 219 - 226). Roma: Gruppo Editoriale Medico.
- Carlson, J.C. (1977): Locus of control and frontal electromyographic response training. Biofeedback and Self-Regulation, 2, 259-271
- Carlson, J.C. y Feld, J.L. (1978): The role of incentives in the training of the frontal EMG relaxation response. Journal of Behavioral Medicine, 1, 427-436.
- Carrobbles, J.A. y Godoy, J. (1987): Biofeedback. Principios y Aplicaciones. Barcelona: Martinez Roca.
- Cassileth, B.R., Lusk, E.J. y Tenaglia, A.N. (1982): A psychological comparison of patients with malignant melanoma and other dermatological disorders. Journal of American Academy of Dermatology, 7, 642-646.
- Cohen, E.L. (1945): Psychogenic factors in acne. British Journal of Dermatology and Syphilis, 57, 48-54.

- Cohen, L.K., George, W. y Smith, R. (1974): Isionazid-induced acne and pellagra. Occurrence in slow inactivators of isionazid. Archives of Dermatology, 109, 377-381.
- Conde, V. y Franch, J.I. (1984): Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn.
- Cook, C.H., Centner, R.L. y Michaels, S.E. (1979): An acne grading method using photographic standards. Archives of Dermatology, 115, 571-575.
- Corner, R.W.M. (1966): Sebaceous gland activity of young men in the Antarctic. British Medical Journal of Dermatology, 78, 444-447.
- Cossidente, A. y Sarti, M.G. (1984): History and fundamentals of psychosomatic dermatology. En : E. Panconesi (Ed.), Stress and Skin disease: Psychosomatic Dermatology (pp. 1-16). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Cotterill, J.A., Cunliffe, W.J. y Williamson, B. (1973): Variations in skin surface lipids composition and sebum excretion rate with time. Acta Dermatovenereologica, 53, 271-276.
- Coursey, R.D. (1975): Electromyograph feedback as a relaxation technique. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 825-834.
- Crow, K.D. (1970): Chloracne: a critical review including a comparison of two series of cases from chlornaphthalene and pitch fumer. Transactions of The St. John's Hospital Dermatological Society, 65, 79-99.
- Cunliffe W.J. (1979): Acne. Journal of Investigative Dermatology, 73, 434-442.
- Cunliffe, W.J. (1986): Acne and unemployment. British Journal of Dermatology, 115, 386-387.
- Cunliffe, W.J., Clayden, A.D., Gould, D. y Simpson, N.B. (1981): Acne vulgaris. Its aetiology and treatment. A review. Clinical and Experimental Dermatology, 6, 461-469.
- Cunliffe, W.J. y Cotterill, J.A. (1975): The Acnes: clinical features, pathogenesis and treatment. Londres: W.B. Saunders.
- Cunliffe, W.J. y Gould D.J. (1979): Prevalence of facial acne vulgaris in late adolescent and in adults. British Medical Journal, 1, 1109-1110.

- Cunliffe, W.J. y Shuster, S. (1969a): Pathogenesis of acne. Lancet, 1, 685-687.
- Cunliffe, W.J. y Shuster, S. (1969b): The rate of sebum excretion in man. British Journal of Dermatology, 81, 697-704.
- Cunliffe, W.J. y Williams, M. (1975): Personal observations. En: W.J. Cunliffe y J.A. Cotterill (Eds.), The Acnes: Clinical features, pathogenesis and treatment (pp.12). London: W.B. Saunders.
- Champion, R.H., Gillman, T., Rook, A.J. y Sims, R.T. (1970): An introduction to the biology of the skin. Edinburgh: Blackwell.
- Christiansen, J., Holm, P. y Reymann P. (1977): The retinoic acid derivative RO 11-1430 in acne. Dermatologica, 154, 219-227.
- De La Puente, M.L., Labrador, F.J., Vallejo, M.A., Cruzado, J.A., Muñoz, M. y Larroy, L. (1985): Biofeedback EMG frontal: alcance de su eficacia y variables que la modulan. Análisis y Modificación de Conducta, 11, 501-531
- DeGroot, L. y Payolan, E. (1975): Thyroid carcinoma and radiation. A Chicago endemic. Journal of The American Medicine Academy, 225, 487-491.
- Dicker, C.H. (1984): Retinoids. A review. Journal of American Academy of Dermatology, 11, 541-551.
- Dobson, R.L. (1986): Acne. En: B.A. Theirs y R.L. Dobson (Eds.), Pathogenesis of skin disease (35-45). New York: Churchill.
- Downing, D.T., Strauss, J.S. y Pochi P.E. (1972): Changes in skin surface lipid composition induced by severe caloric restriction in men. American Journal of Clinical Nutrition, 25, 365-371.
- Drob, S., Bernard, H., Lifshutz, H. y Nierenberg, A. (1988): Brief group psychotherapy for herpes patients: a preliminary study. Behavior Therapy, 17, 229-238
- Emerson, G.W. y Strauss, J.S. (1972): Acne and acne care: a trend survey. Archives of Dermatology, 105, 407-410.
- Engels, E.P., Leavell, V. y Maruyuma, Y. (1974): Radiogenic acne and comedones. Radiology and Clinical Biology, 43, 48-51.
- Epstein, E. (1982): Dermabrasion. En: E. Epstein y E. Epstein Jr. (Eds.), Skin Surgery (593-611). Springfield: Charles C. Thomas.

- Eysenck, H.J. (1954): The Manual of the Maudsley Personality Inventory. London: University of London Press.
- Farne, M. y Sebellico, A. (1979): Il training autogeno in dermatologia psicosomatica. En: R. Bassi (Ed.), Actas del Simposio Internazionale di Dermatologia Psicosomatica (Viareggio, Mayo 1980) (pp. 135-140). Roma: Gruppo Editoriale Medico.
- Fellowes, H.M., Billewicz, W.Z. y Thomson, A.M. (1981): Is acne a sign of normal puberty?. Journal of Biosocial Sciences, 13, 401-407.
- Fenichel, O. (1951): Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Buenos Aires: Paidós.
- Fitzpatrick, T.B., Eisen, A.Z., Wolff, K., Freedberg, I.M. y Austen, K.F. (1979): Dermatology on the perspective of general medicine. En: T.B. Fitzpatrick, A.Z. Eisen, K. Wolff, I.M. Freedberg y K.F. Austen (Eds.), Dermatology in general medicine (pp. 7-9). New York: McGraw - Hill.
- Flanders, P. (1984): Prediction of compliance with an over-the-counter acne medication. Journal of Psychology, 118, 31-36.
- Flanders, P. y McNamara, J.R. (1985): Enhancing acne medication compliance: a comparison of strategies. Behaviour Research and Therapy, 23, 225-227.
- Forbes, H.A.M. (1946): The incidence of clinical acne in men. British Journal of Dermatology and Syphilology, 58, 298-301.
- Forstrom, L., Mustakallio, K.K., Dessypris, A., Uggeldahl, P.E. y Aldervenewtz, H. (1974): Plasma testosterone levels and acne. Acta Dermatovenereologica, 54, 369-371.
- Fox, C.A., Ismail, A.A. y Love, O.N. (1972): Studies on the relationship between plasma testosterone levels and human sexual activity. Journal of Endocrinology, 52, 51-58.
- Frank., S. (1974): Uncommon aspects of common acne. Cutis, 14, 817-827.
- Frank, S.B. (1971): Acne vulgaris. Springfield: C.C.Thomas.
- Fulton, J.E., Plewig, G. y Kligman, A.M. (1969): Effect of chocolate on acne vulgaris. Journal of American Medical Association, 210, 11-18.

- Galeazzi, L. y Scarpellini, C. (1980): Il quadro psicodinamico dell'acne vulgaris. Note di psicoterapia. En: R. Bassi (Ed.), Actas del Simposio Internazionale di Dermatologia Psicosomatica (Viareggio, Mayo, 1980) (pp 283-295). Roma: Gruppo Editoriale Medico.
- Galeazzi, L. y Scarpellini, C. (1975): Analisis delle dinamiche endopsichiche di 147 dermapatici a componente psicosomatica. Chronica Dermatologica, 6, 1013-1038.
- Garrie, S.A. y Garrie, E.V. (1978): Anxiety and skin disease. Cutis, 22, 205-210.
- Geist, H. (1957): Emotional aspects of dermatitis. Journal of Clinical and Experiemntal Psychopathology, 18, 87-93.
- Gil, K.M., Keefe, F.J., Sampson, H.A., McCaskill, C.C., Rodin, J. y Crisson, J.E. (1988): Direct observation of scratching behavior in children with atopic dermatitis. Behavior Therapy, 19, 213-227
- Gloor, M., Eicher, C.H., Wiebelt, H. y Moser G. (1978): Soziologische untersuchungen bei der akne vulgaris. Zeitschrift fur Hautkrankheiten, 53, 871-880.
- Goldschmidt, H. (1977): Acne fulminans: investigation of acute febrile ulcerative acne. Archives of Dermatology, 113, 444-449.
- Goolamali, S.K., Thody, A.J., Plummer, N.A., Burton, J.L. y Shuster, S. (1974): Sebrotrophic stimulus in benign and malignant breast disease. Lancet, 1, 428-431.
- Gotz, H., Reichenberg, M. y Zabel, G. (1971): Untersuchung über die akne vulgaris bei 2249 oberschulein im alter von 12 bis 20 jahren schrift marchionini. Minerva Dermatologica, 2, 35-40.
- Grant, R.R. (1951): The history of acne. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 44, 647-650.
- Griesemer, R.D. y Nadelson, T. (1979): Emotional aspects of cutaneous diseases. En: T.B. Fitzpatrick, A.Z. Eisen, K. Wolff, I.M. Freedberg y K.F. Austen (Eds.), Dermatology in General Practice (pp. 1366-1375). New York: McGraw Hill.
- Guyton, A.C. (1976): Textbook of medical physiology. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Hall-Smith, S.B. y Norton, A. (1952): Psychiatric survey of a random sample of skin outpatients. British Medical Journal, 2, 417-421.

- Ham, A.W. (1974): Histology. Los Angeles: J.B. Lippincott.
- Hamilton, J.B. (1941): Male hormone substrates. A prime factor in acne. Journal of Clinical Endocrinology, 1, 570-575.
- Hamilton, J.B., Tesada, M.D. y Mestler, G.E. (1964): Greater tendency to acne in white American than Japanese populations. Journal of Clinical Endocrinology, 24, 580-583.
- Hamilton, M. (1955): Psychosomatics. London: Chapman & Hall.
- Haynes, S.N., Wilson, C.C., Jaffe P.G. y Britton, B.T. (1979): Biofeedback treatment of atopic dermatitis. Controlled case studies of eight cases. Biofeedback and Self-regulation, 4, 195-209.
- Hecht, H. (1960): Hereditary trends in acne vulgaris. Dermatologica, 121, 297-300.
- Heistad, D.D. y Abboud, F.M. (1974): Factors that influence blood flow in skeletal muscle and skin. Anesthesiology, 41, 139-144.
- Hellies, F.F. (1954): Acneiform eruptions in infancy. British Journal of Dermatology, 66, 25-28.
- Hitch, J.M. y Greenberg, B.G. (1961): Adolescent acne and dietary iodine. Archives of Dermatology, 84, 898-900.
- Hjorth, N. (1972): Acne estivalis. Mallorca acne. Acta Dermatologica and Venereologica (Stockholm), 52, 61-63.
- Hodgson, C. (1950): Modern Practice in Dermatology. London: Butterworth.
- Hodsgon-Jones, L.S., Mackenna, R.M.B. y Wheatley, V.R. (1952): The study of human sebaceous activity. Acta Dermatovenereologica, 52, 155-181.
- Hughes, H., Brown, B.W., Lawlis, G.F. y Fulton, J.E. (1983): Treatment of acne vulgaris by biofeedback relaxation and cognitive imagery. Journal of Psychosomatic Research, 27, 185-191.
- Isaacson, R.L., Douglas, R.J., Lubar, J.F. y Schwartz, L.W. (1971): A primer of physiological psychology. New York: Harper & Row.
- Johnson, M.L.T. y Roberts, J. (1977): Prevalence of dermatological disease among persons 1 - 74 years of age. United States advanced data, 4.

- Jones, D.H., King, K., Miller, A.J. y Cunliffe, W.J. (1983): A dose response study of 13- cis-retinoic acid. British Journal of Dermatology, 108, 333-338.
- Kaidbey, K.H. y Kligman, A.M. (1974a): The pathogenesis of topical steroid acne. Journal of Investigative Dermatology, 62, 31-36.
- Kaidbey, K.H. y Kligman A.M. (1974b): Pigmentation in comedones. Archives of Dermatology, 109, 60-62.
- Katz, F. y Scott, A. (1956): Cutaneous changes during the menstrual cycle. Archives of Dermatology, 74, 493-496.
- Kenyon, F.E. (1964): Psychosomatic aspects of acne: a review. Psychiatric Digest, 25, 25-33.
- Kenyon, F.E. (1966a): Psychosomatic aspects of acne: a controlled study. Transactions of the Sant John's Hospital Dermatological Society, 52, 71-78.
- Kenyon, F.E. (1966b): Psychosomatic aspects of acne. British Journal of Dermatology, 78, 344-351.
- Kirschbaum, J.O. y Kligman, A.M. (1963): The pathogenic role of *Corynebacterium acnes* in acne vulgaris. Archives of Dermatology, 88, 832-833.
- Klaus, S.J. (1969): Increase in skin surface lipids during nutritional rehabilitation of male alcoholics. Journal of Investigative Dermatology, 53, 46-52.
- Kligman, A.M. y Mills, O.H. (1972): Acne cosmetica. Archives of Dermatology, 106, 843-850.
- Koblenzer, C.S. (1986): Liason dermatology. International Journal of Dermatology, 25, 28-30.
- Koblenzer, C.S. (1987): Psychocutaneous Disease. Orlando: Grune & Stratton.
- czak, D. (1988): Acne-patients: their psychological status and their relationship with doctors. (p. 8 del libro de resúmenes). The Skin and the Psyche International Symposium, Barcelona, Noviembre
- Kraus, S.J. (1970): Stress, acne and skin surface free fatty acids. Psychosomatic Medicine, 32, 503-508.
- Kruger, W. y Presbury, D. (1988): Adult acne: a psychological profile. (p. 11 del libro de resúmenes). The Skin and the Psyche International Symposium, Barcelona, Noviembre

- Lamberg, S.I. (1971): The course of acne vulgaris in military personnel stationed in Southeast Africa. Cutis, 7, 655-660.
- Lejour, M. (1985): Surgical management of acne. En S.I. Cullen (Ed.), Focus on acne vulgaris (pp. 155-161). London: Royal Society of Medicine Services.
- Leyden, J.J. (1975): Propionibacterium levels in patients with and without acne vulgaris. Journal of Investigative Dermatology, 65, 382-364.
- Leyden, J.J., McGinley, K., Mills, O.H. y Kligman, A.M. (1980): Topical antibiotics and topical antimicrobial agents in acne therapy. Acta Dermatovenereologica, 60, 75-79.
- Lim, L.S. y James, V.H.T. (1974): Plasma androgens in acne vulgaris. British Journal of Dermatology, 91, 135-143.
- Lorenz, T.H., Graham, D.T. y Wolf, S. (1953): The relation of life stress and emotions to human sebum secretion and to the mechanism of acne vulgaris. Journal of Laboratory and Clinical Medicine, 41, 11-28.
- Lucas, C.J. (1961): Personality of students with acne vulgaris. British Medical Journal, 2, 354-356.
- Lucas, C.J. y Ojha, A.B. (1963): Personality and acne. Journal of Psychosomatic Research, 7, 41-45.
- Lucky, A.W., McGuire, J. y Rosenfeld, R.L. (1983): Plasma androgens in women with acne vulgaris. Journal of Investigative Dermatology, 81, 70-74.
- Lyons, R.E. (1978): Tretinoin in acne vulgaris. International Journal of Dermatology, 17, 246-250.
- Mackenna, R.M.B. y Cohen, E.L. (1964): Dermatology. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Mahan, C.S. (1962): Norethynodrel as an oral contraceptive. Experience in primate practice. West Virginia Medical Journal, 58, 298-300.
- Manganotti, G. (1956): La dermatosi emozionali. Minerva Dermatologica, 25, 383-442.
- Marks, R. y Black, M.M. (1968): Perioral dermatitis. British Journal of Dermatology, 84, 242-244.

- McMenamy, C.J., Katz, R.C. y Gipson, M. (1988): Treatment of eczema by EMG biofeedback and relaxation training: a multiple baselina analysis. Journal of Behavior and Experimental Psychiatry, 19, 221-227.
- Medansky, R.S., Handler, R.M. y Medansky, D.L. (1981): Self evaluation of acne and emotion. Psychosomatics, 22, 379-383.
- Meluzzi, A. y Zinc, G. (1984): La malattia dermatologica. En: P. Pancheri (Ed.), Trattato di Medicina Psicosomatica. (pp. 699-750). Firenze: USES.
- Michäelson, G., Juhlin, L. y Ljunghall, K. (1977): A double-blind study of the effect of zinc and oxytetracycline in acne vulgaris. British Journal of Dermatology, 97, 561-566.
- Michaëlon, G., Juhlin, L. y Vahlquist, A. (1977): Effects of oral zinc and vitamin A in acne. Archives of Dermatology, 113, 31-36.
- Michaels, S.E. y Centner, R.L. (1980): Acne grading methods: in reply. Archives of Dermatology, 116, 518-519.
- Miles, J. (1971): Acne. History of Medicine, 3, 23-30.
- Mills, O.H. y Kligman, A.M. (1975a): Acne aetivalis. Archives of Dermatology, 111, 891-893.
- Mills, O.H. y Kligman, A.M. (1975b): Acne mechanica. Archives of Dermatology, 111, 481-483.
- Mills, O.H., Marples, R.R. y Kligman, A.M. (1972): Acne vulgaris. Oral therapy with tetracycline and topical therapy with vitamin A. Archives of Dermatology, 106, 200-203.
- Moffaert, M.V. (1982): Psychosomatics for the practising dermatologist. Dermatologica, 165, 73-87.
- Moffaert, M.V. (1986): Training future dermatologist. General Hospital Psychiatry, 8, 45-118.
- Molinski, H. y Rechenberg, I. (1977): Psychosomatik der akne. Fortschritt Medizin, 95, 2149-2153.
- Montagna, W. y Lobitz, W. (1964): The epidermis. New York: Academic Press.
- Montgomery, L. (1939): Psychoanalysis of a case of acne vulgaris. Psychosomatic Review, 26, 155-160.

- Motley, R.J., Phillips, G. y Finlay, A.V. (1988): How much disability is caused by acne?. Acne and related disorders International Symposium. Cardiff, Marzo.
- Mugglestone, C.J. y Rhodes, E.L. (1982): The treatment of acne with an antiandrogen oestrogen combination. Clinical and Experimental Dermatology, 7, 593-516.
- Munro-Ashman, D. (1963): Acne vulgaris in a public school. Transactions of the St. John's Hospital Dermatological Society, 49, 144-147.
- Musaph, H. (1976): Psychodermatology. En O.Hill (Ed.), Modern trends in Psychosomatic Medicine (pags. 347-362). London: Butterworths.
- Narciso, J.C. (1952): Some psychological aspects of dermatosis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 16, 199-205.
- Nasemann, T. y Sauerbrey, W. (1977): Lehrbuch der hautkrankheiten und venerischen infektionen für studierende und artze zweite auflage. Heidelberg: Springer-Verlag. Traducción castellana: Enfermedades cutáneas e infecciones venereas. Madrid: A.C. 1978.
- Neder, S., Rodrigue, Z., Rigau, J., Smith, K.D. y Stenberg, E. (1984): Acne and hyperandrogenism: impact of lowering androgen levels with glucocorticoid. Journal of American Academy of Dermatology, 11, 256-260.
- Newman, B. y Feldman, F. (1954): Adult premenstrual acne. Archives of Dermatology, 69, 356-358.
- Novy, F.G. (1949): A severe form of acne developing in the tropics. Archives of Dermatology and Syphilology, 60, 206-216.
- Obermayer, M.E. (1955): Psychocutaneous Medicine. Springfield: C.C. Thomas.
- Onkido, M., Kazuyuki, S., Ikuko, S. y Nobuyuki, M. (1974): Effects of ultraviolet irradiation on human skin lipids. Acta Dermatovenereologica, 54, 223-226.
- Orentreich, N. y Durr, N.P. (1974): The natural evolution of comedones into inflammatory papules and pustules. Journal of Investigative Dermatology, 62, 316-318.
- Pal-Hegedus, R. (1985): Tratamiento de un caso de neurodermatitis por medio de la técnica de reversión del hábito. Revista Costaricense de Psicología, 6-7, 33-37.

- Panconesi, E. (1984): Stress and Skin Disease: Psychosomatic Dermatology. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Parsons, R., Wright, N. y Wilson, L. (1981): Evaluation of patient's compliance with medical practitioner's prescription: university health center experience. Journal of American College of Health Association, 28, 342-345.
- Peck, G.L., Alston, T.G. y Loder, F.W. (1979): Prolonged remission of cystic acne and conglobate acne with 13-cis-retinoic acid. New England Journal of Medicine, 300, 329-333.
- Pillsbury, D.M. (1957): Dermatology. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Pillsbury, D.M. (1971): A manual of Dermatology. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Pillsbury, D.M., Shelley, W.B. y Kligman, A.M. (1965): Dermatology. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Pochi, P.E., Downing, D.T. y Strauss, J.S. (1970): Sebaceous gland response in men to prolonged total caloria deprivation. Journal of Investigative Dermatology, 55, 303-306.
- Pochi, P.E. y Strauss, J.S. (1964): Sebum production, casual sebum levels, titrable acidity of sebum and urinary fractional 17-ketosteroid secretion in males with acne. Journal of Investigative Dermatology, 43, 383-399.
- Pochi, P.E. y Strauss, J.S. (1967): Effect of prednisone on sebaceous gland secretion. Journal of Investigative Dermatology, 49, 456-459.
- Pochi, P.E. y Strauss, J.S. (1973): Sebaceous glands suppression with ethinyl estradiol and diethylstilbesterol. Archives of Dermatology, 108, 210-214.
- Pochi, P.E. y Strauss, J.S. (1974): Endocrinologic control of the development and activity of the human sebaceous gland. Journal of Investigative Dermatology, 62, 191-196.
- Pochi, P.E., Strauss, J.S. y Mescon, H. (1962a): Sebum excretion and urinary fractional 17-ketosteroid and total 17-hidroxy-corticoid excretion in male castrates. Journal of Investigative Dermatology, 39, 475-483.
- Pochi, P.E., Strauss, J.S. y Mescon H. (1962b): Sebum production and fractional 17-ketosteroid excretion in parkinsonism. Journal of Investigative Dermatology, 38, 45-50.

- Pochi, P.E., Strauss, J.S. y Mescon, H. (1963): The role of adrenocortical steroids in the control of human sebaceous gland activity. Journal of Investigative Dermatology, 41, 391-399.
- Polano, M.K. (1984): Topical Skin Therapeutics. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Rasmussen, J.E. y Smith, S.B. (1983): Patient Concepts and misconceptions about acne. Archives of Dermatology, 119, 570-572.
- Roegnik, H.H. (1985): Surgical management of the acne patient: a dermatologist point of view. En : S.I. Cullen (Ed.), Focus on Acne Vulgaris (pp. 141-153). London: Royal Society of Medicine Services.
- Rook, A. (1973): Acne vulgaris: geographical variations in incidence and severity. Transactions of the St. John's Hospital Dermatological Society, 70, 37-41.
- Rook, A. y Wilkinson, D.S. (1982): Psychocutaneous disorders. En : A. Rook, D.S. Wilkinson y F.G.J. Ebling (Eds.), Textbook of Dermatology (pp. 2023-2035). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Rook, A., Wilkinson, D.S. y Ebling, F.J.G. (1982): Textbook of Dermatology. Oxford : Blackwell Scientific Publications.
- Rose, R.M. y Sachar, E. (1981): Psychoendocrinology. En: R.H. Williams (Ed.), Textbook of Endocrinology. (pp. 646-671). Philadelphia: Saunders.
- Rubinow, D.R., Peck, G.L., Squillace, K.M. y Gantt, G.G. (1987): Reduced anxiety and depression in cystic acne patients after successful treatment with oral isotretinoin. Journal of American Academy of Dermatology, 17, 25-32.
- Ryan, T.J. (1988): Impact of acne on employment. (p. 21 del libro de resúmenes). The Skin and The Psyche International Symposium, Barcelona, Noviembre
- Saldaña, C. (1984): Alternativas conductuales a problemas de salud. Anuario de Psicología, 30/31, 60-74.
- Saldaña, C., Talarn, A., Bados, A., García, E. y Cerón, M. (1988): Aplicación del Biofeedback a problemas dermatológicos. Estudio de un caso de acné vulgaris. En: J. Santacreu (Ed.), Modificación de Conducta y Salud (pp. 153-164). Valencia: Promolibro.

- Samuelscn, J.S. (1985): An accurate photographic method for grading acne: initial use in a double-blind clinical comparison of minocycline and tetracycline. Archives of Dermatology, 12, 461-467.
- Sarti, M.G. y Cossidente A. (1984): Therapy in psychosomatic dermatology. En: E. Panconesi (Ed.), Stress and skin diseases : Psychosomatic Dermatology (pp.255-273). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Sauer, G.C. (1981): Prospective study on the safety of long-term tetracycline therapy for acne. Cutis, 27, 492-498.
- Savin, J.A. (1983): Skin diseases; a link with zinc. British Medical Journal, 289, 1477-1478.
- Schackert, K., Scholz, S., Speinbauer-Rosenthal, I., Albert, E.D., Wank, R. y Plewig G. (1974): HCA antigens in acne conglobata. Archives of Dermatology, 110, 458-459.
- Seitz, P.F. (1949): An experimental approach to psychocutaneous problems. Journal of Investigative Dermatology, 13, 199-205.
- Seitz, P.F.D. (1954): Psychological aspects of skin diseases. En : E.D. Wittkower y A. Cleghorn (Eds.), Recent Developments in Psychosomatic Medicine (pp. 245-268). London: Pitman & Sons.
- Serri, F. y Huber, W.M. (1963): The development of sebaceous glands in man. En: W.B. Montagna (ed.), Advances in biology of the skin : the sebaceous glands (pp. 1-18). New York: Pergamon.
- Setchell, B.P., Waites, G.M.H. y Lidner, H.R. (1965): Effect of undernutrition on testicular blood flow and metabolism and the output of testosterone in the rat. Journal of Reproductive Fertility, 9, 149-155.
- Shanon, J. (1984): Holistic approach to diagnosis in psychosomatic dermatology. En: E. Panconesi (Ed.), Stress and Skin disease : Psychosomatic Dermatology (pp. 237-255). Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Shaw, R.N. (1983): Usefulness of ampicillin in the treatment of acne vulgaris. Journal of American Academy of Dermatology, 9, 604-608.
- Shuster, S. (1980): Acne. En: L. Juhlin, H. Rorsman y J.S. Strauss (Eds.), Dermatology Symposium in Lund (pp. 68-77). Uppsala: Upplands Grafiska.

- Shuster, S., Fisher, G.H., Harris, E. y Binnell, D. (1978): The effect of skin disease on self image. British Journal of Dermatology, 99, 18-19.
- Shuster, S. y Thody, A. (1974): The control and measurement of sebum secretion. Journal of Investigative Dermatology, 62, 172-180.
- Smith, J.G., Chalker, D.K. y Wehr, R.F. (1976): The effectiveness of topical oral tetracycline for acne. Southern Medical Journal, 69, 695-697.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970): STAI Manual. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Sprangler, A.S., Antoniades, H.N. y Sotman, S.L. (1969): Enhancement of the antiinflammatory action of hydrocortisone by estrogen. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 29, 650-655.
- Stafford, I., Cunliffe, W.J. , Tubmen, J. y Hall, R. (1969): Serum growth hormone in patients with acne vulgaris. British Journal of Dermatology, 81, 909-913.
- Stern, G.S. y berrenberg, J.L. (1977): Biofeedback training in frontalis muscle relaxation and enhancement of belief in personal control. Biofeedback and Self - Regulation, 2, 183-192.
- Stern, R.S., Rose, F. y Baum, C. (1984): Isotretinoin and pregnancy. Journal of American Academy of Dermatology, 10, 851-854.
- Stokes, J.H. y Sternberg, T.H. (1939): A factor analysis of the acne complex with therapeutic commentary. Archives of Dermatology and Syphilology, 40, 345-351.
- Stoughton, R.B. (1979): Topical antibiotics for acne vulgaris. Current usage. Archives of Dermatology, 115, 486-490.
- Strauss, J.S. (1979): Sebaceous glands. En: T.B. Fitzpatrick, A.Z. Eisen, K. Wolff, I.M. Freedberg y K.F. Austen (Eds.), Dermatology in general medicine (pp. 503-522). New York: McGraw-Hill.
- Sulzberger, M.B. y Zaidens, S.H. (1948): Psychogenic factors in dermatologic disorders. Medical Clinics of North America, 32, 669-685.

- Sutton, R.L. (1941): Acne vulgaris, a pustular lipoidosis: a successful treatment based on control of lipid metabolism by low - fat diet and thyroid extract. Southern Medical Journal, 34, 1071-1076.
- Talarn, A. (1988): Medicina conductual y trastornos dermatológicos. En : Colegio Oficial de Psicólogos (Ed.), Jornadas Andaluzas de Psicología y Salud (Granada, Abril 1988) (pp. 189-200). Granada: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Talarn, A., Saldaña, C., Ausió, G., Blanco, D., Cuadras, A., Genís, F., Fernández, J., Masdeu, I., Nuñez, P., Pagerols, M., Pascual, J. y Valls, M. (1987): Biofeedback EMG y acne vulgaris. Poster presentado a la III Reunión Anual de la SCRITC, (pp. 87, de libro de resúmenes). Barcelona, Mayo 1987
- Tamm, J., Ludwig, E. y Volkwein, U. (1974): The effect of some topically administered C 18, C 19 and C 21 steroids and a dodecylphenanthrene on human sebum production. Archives für Dermatologische Forschung, 249, 29-35.
- Taylor, J.S. (1974): Chloracne. A continuing problem. Cutis, 13, 585-589.
- Teichmann, A.T., Bosse, K. y Ahrens, F. (1974): Acne excoriee und artefact. Über die Bedeutung der Selbstbeschädigung der Hautarzt, 25, 494-497.
- Thody, A.J. y Plummer, N.A. (1973): A radio immunoassay for melanocyte-stimulating hormone in human plasma. Journal of Endocrinology, 58, 263-267.
- Thody, A.J. y Shuster, S. (1970): The pituitary and sebaceous gland activity. Journal of Endocrinology, 48, 139-142.
- Thody, A.J. y Shuster, S. (1972): A study of the relationship between the thyroid gland and sebum secretion in the rat. Journal of Endocrinology, 54, 519-520.
- Umbert, P., Jimenez, P. y Irache E. (1988): Acne: social impact and contribution in its treatment. (p. 26 del libro de resúmenes). The Skin and The psyche international Symposium, Barcelona, Noviembre
- Unna, P.G. (1896): The histopathology of diseases of the skin. Edinburgh: Clay.
- Van der Meeren, H.C. (1985): The psychological impact of severe acne. Cutis, 36, 84-86.

- Venables P.H. y Martin, I (1967): A manual of psychophysiological methods. Amsterdam: North - Holland.
- Wagner, R.D. y Wagner, R.F. (1985): Impact of acne on sexuality. Medical Aspects of Human Sexuality, 19, 252-255.
- Walton, R.G. (1985): Stress factors in dermatology. Stress Medicine, 1, 55-60.
- Whitlock, F.A. (1976): Psychophysiological aspects of skin disease. London: W.B. Saunders.
- Witkower, E. y Russell, B. (1953): Emotional Factors in Skin Disease. London: Cassell.
- Wilson, E. (1842): Diseases of the skin. London: Churchill.
- Williamson, M., Cunliffe, W.J., Williamson, B., Forster, R.A., Cotterill, J.A. y Edwards, J.C. (1973): The effect of local temperature changes on sebum excretion rate and forehead surface lipid composition. British Journal of Dermatology, 88, 257-263.
- Williams, M. y Voorhees, J.J. (1970): Clinical differences in acne vulgaris between black and white in the states. Archives of Dermatology, 101, 580-583.
- Witkowski, J.A., Pairsh, L.C. y Guin, J.D. (1980): Acne grading methods. Archives of Dermatology, 116, 517-518.
- Witkowski, J.A. y Simons, H.M. (1966): Objective evaluation of demethylchlortetracycline hydrochloride in the treatment of acne. Journal of American Medicine Academy, 196, 397-400.
- Wolff, H.G., Wolf, S.G. y Hare, C.C. (1950): Life stress and bodily diseases. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Wong, R.L., Khang, S., Heezan, J.L., Voorhees J.J. y Ellis, C.N. (1984): Oral ibuprofen and tetracycline for the treatment of acne vulgaris. Journal of American Academy of Dermatology, 11, 1076-1081.

APENDICES

APENDICE 1.

MATERIAL PUESTO A DISPOSICION DE LOS MEDICOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACION.

Este apéndice presenta el material entregado a los facultativos que participaron en la investigación.

Los médicos recibieron instrucciones para su uso por parte del autor de este trabajo.

Hoja de criterios para la admisión de pacientes.

Los pacientes que Ud. tenga a bien el enviarnos para efectuar la investigación han de cumplir los criterios que a continuación se especifican:

1. Ser mujer.
2. Tener entre 15 y 25 años de edad.
3. Poseer, como mínimo, el título de Graduado Escolar u 3º de E.G.B.
4. No ingerir anovulatorios en el momento de efectuar esta consulta. No tener el proyecto de ingerirlos al menos en los tres meses siguientes.
5. No padecer trastornos psiquiátricos evidentes.
6. No estar, en el momento de efectuar esta consulta, en tratamiento psiquiátrico o psicológico alguno.
7. Padecer Acné Vulgaris en el rostro. Dicho Acné Vulgaris ha de ser de nivel clínico, según su criterio, "leve,

moderado o grave". Excluir aquellos casos que Ud. considere "muy leves o muy graves".

8. Padecer este Acné Vulgaris al menos durante un período continuado de 6 meses, previamente a esta consulta.
9. No estar utilizando en la actualidad ningún tipo de tratamiento para el Acné Vulgaris.
10. No ingerir fármacos que incidan, directa o indirectamente sobre el Acné Vulgaris.
11. No tocarse las lesiones del Acné con los dedos u otros instrumentos de modo reiterativo y/o compulsivo (tocárselas a menudo, sin poderlo evitar o hallarse a sí mismo tocándose los granos muy frecuentemente - más de 5 veces al día -).

Hoja de derivación y evaluación clínica.

Apreciados colegas:

Ruego administreis el protocolo pertinente para el paciente _____, afecto de Acné Vulgaris. Según criterio clínico su nivel actual de Acné puede clasificarse de:

- leve
- moderado
- grave
- muy grave

Atentamente: Dr. _____ .

Fecha: ____/____/____ .

Hoja de evaluación médica post-tratamiento.

Apreciado Dr:

Después del tratamiento administrado al paciente _____
_____, será muy útil conocer su valoración clínica del estado actual del Acné Vulgaris de este paciente. Por ello le rogamos ponga una cruz en el círculo que considere más indicativo del mencionado estado:

- leve
- moderado
- grave
- muy grave

Atentamente: Dr. _____ .

Fecha: ____/____/____ .