

# INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESION EN EL MANEJO DEL ACNE - CENTRO CES/SABANETA 1991-1992

Osorio Gutiérrez, Laureano  
Ospina D, Jorge

## RESUMEN

Se estudiaron 95 pacientes con acné y que además, presentarían índices positivos para ansiedad y depresión, con seguimiento por 6 meses. Se distribuyeron en tres grupos así: tratamiento tópico solo; tópico + buspirona y tópico + butriptilina. El 74.7% tenía edades entre 15 y 24 años; el 63.2% eran mujeres y el resto hombres; el 68.4% eran estudiantes y el 23.3% empleados. Su acné se agravaba con el estrés y la menstruación en un 70%, y el 36.8% tenía antecedentes de acné en sus familiares. El tiempo de evolución en promedio fue de 3.5 años, tendiendo a ser mayor en los grados más severos. La evolución, en la totalidad de los pacientes, fue hacia la mejoría en todos los grupos y áreas comprometidas. Se resalta la importancia de una buena relación médico-paciente para el éxito del manejo. (Palabras clave: Acné - Ansiedad - Terapéutica Acné - Depresión - Terapéutica).

## INTRODUCCION

Mucha importancia se le ha dado al estrés y demás factores emocionales como iniciadores, perturbadores o agravantes del acné, haciendo de esta entidad un componente más del espectro formado por los trastornos psicosomáticos.

Aunque aparentemente las glándulas sebáceas no se encuentran bajo el dominio del sistema nervioso, el estrés parece producir una exacerbación de las lesiones acnéicas<sup>1</sup>.

Es de suponer que, atenuando la influencia emocional, se consiga una mejor respuesta clínica del paciente afectado. Esto nos motivó a medir y tratar esta carga emocional y correlacionarla con la evolución del acné, ante la poca claridad de la literatura consultada. El presente estudio aporta gran ayuda y elementos de juicio, en la selección y manejo de los pacientes que incluyan una terapia de apoyo que fortifique la relación médico-paciente- familia, para lograr mejores beneficios.

Laureano Osorio Gutiérrez MD  
Residente de Dermatología  
Instituto de Ciencias de la Salud, CES  
Centro CES, Sabaneta, Medellín Antioquia.  
Jorge Ospina D.  
Profesor de Psiquiatría CES, ASESOR del trabajo.

## MARCO TEORICO

Es enorme el impacto cosmético del acné, debido a su aspecto desfigurativo, alterando las relaciones familiares, laborales y sociales<sup>2</sup>. El acné representa para los pacientes, una amenaza en su presentación personal, lo que suscita diferentes reacciones; sin embargo, existe un común denominador de tensión, ansiedad e incertidumbre ante la naturaleza y resultado final desconocido de esta dolencia<sup>3</sup>.

En la piel, los factores emocionales desempeñan un papel primario, (neurodermitis, alopecia areata); secundario (psoriasis) y sinérgico o potenciadores como en el acné<sup>4</sup>.

El impacto cosmético, psicológico y económico es mayor en la adolescencia; población esta afectada hasta en un 85%<sup>5</sup>. La enfermedad es tan común que con frecuencia se la ha considerado fisiológica<sup>6</sup>.

Las lesiones varían desde comedones hasta pápulas inflamatorias, nódulos y quistes y se localizan en mejillas, barba, frente o bien afectan regiones mayores del cuerpo, en particular: el pecho, la espalda y los hombros<sup>7</sup>. Estas características clínicas han permitido clasificar el acné según su intensidad y compromiso topográfico y de acuerdo con ello, instalar un tipo de tratamiento.

La técnica para graduar el acné se basa en la palpación e inspección de la piel, graduándose hasta 10, pero hoy es raro observar un grado 7. La sugerencia es que el médico utilice fotografías para ganar experiencia y obtener una perspectiva en la valoración del acné hasta lograr un término de medio punto en su graduación. Más práctica resulta la clasificación de Pillsbury, quien habla de cuatro grados así:

- G1: Sólo comedones, no hay lesiones inflamatorias, una sola región afectada.
- G2: Lesiones inflamatorias sin nódulos, extensión moderada; generalmente confinado a la cara. Remisión espontánea en uno o dos años.
- G3: Lesiones graves pero localizadas, pústulas y nódulos.
- G4: Lesiones graves y generalizadas en cara, pecho y espalda<sup>3</sup>.

Un ejemplo de acné que involucra disturbios emocionales, es el acné excoriado (acné excorié des jeunes filles), descrito por Brocq en 1898 y causado o empeorado por la acción impulsiva de mujeres adultas jóvenes, de arañarse su cara, dejando gran cantidad de cicatrices lineales y desfigurantes<sup>10</sup>.

Al paciente con acné habrá que explicarle la relación de éste con el estrés y con cambios fisiológicos que pueden exacerbalo, como ocurre en el período premenstrual, en el que se da un desequilibrio hormonal, de moduladores y neurotransmisores<sup>11</sup>. Tratándose de una entidad con gran componente emocional, su manejo está basado en dos aspectos fundamentales, a saber: Sólida relación médico-paciente y psicoterapia de apoyo. En relación con el tratamiento farmacológico, no hay drogas específicas para la enfermedad psicósomática. Se utiliza la medicación psiquiátrica cuando se configura un trastorno emocional que así lo amerite<sup>12</sup>.

Es importante establecer una buena relación con el paciente adolescente y explicar los hechos patogénicos básicos, en lenguaje claro. Los padres deben involucrarse en las discusiones ya que sus conceptos erróneos sobre el acné pueden producir angustia innecesaria o falsas expectativas en el adolescente afectado.

Las fluctuaciones con el clima, por ejemplo: las remisiones en verano pueden estar relacionadas con la ausencia relativa del estrés.

En general podemos afirmar que hay dos razones para tratar el acné: la primera prevenir cicatrices permanentes y la segunda, eliminar la fuente de disturbios psicológicos<sup>14</sup>.

Si bien la terapia disponible es altamente efectiva, los resultados no se verán a corto plazo, por lo que es necesaria la persistencia en acciones curativas. Se puede afirmar grosso modo que, durante las primeras dos o cuatro semanas, sólo hay una limitada mejoría, pero habría un 40% de mejoría a los dos meses, un 60% a los cuatro meses y un 80% o más a los 6 meses. Es necesario pues, obtener una total colaboración por parte del enfermo. Las medidas corrientes logran su efecto en un 90% y, para el 10% restante, existen medios útiles diferentes, los cuales se aplicarían si a los tres meses no se está obteniendo una respuesta favorable (lo anterior debe conocerlo a priori el enfermo). El paciente debe ser animado a realizar la terapia disponible, con la cual hoy en día se puede lograr un control efectivo que lleva a disminuir las molestias y a prevenir las cicatrices<sup>7</sup>.

El tratamiento dermatológico del acné incluye medicaciones tópicas y sistémicas, siendo lo suficientemente efectivas las primeras para las formas leves y moderadas (grado 1 y 2 de Pillsbury), utilizando las formas sistémicas para las formas más graves. La terapia tópica incluye medidas físicas, como la limpieza y preparaciones farmacológicas, utilizando el peróxido de benzoilo al 5 y 10%; derivados del ácido retinoico y diversos antibióticos tópicos (eritromicina, clindamicina, tetraciclina, etc).

La escala autoevaluativa de ansiedad y depresión fue diseñada por el psiquiatra William WK Zung, como respuesta a la necesidad de evaluarlas clínicamente como un efecto, un síntoma o un trastorno y a la necesidad de medirlas en una forma sencilla y específica. Para la depresión diseñó una escala de 20 ítems, en el lenguaje cotidiano del paciente, formulada de manera que 10 de los ítems fueran hechos sintomáticamente positivos y 10 negativos. Pasando esto a índices, al dividir el puntaje obtenido sobre el máximo (80) y multiplicando por 100 se obtienen índices: de menos de 49 como no depresión, de 50 a 59 depresión leve; de 60 a 69 depresión moderada y mayor de 70, depresión severa.

Para la ansiedad también hay 20 preguntas, de las cuales 5 indican síntomas afectivos y 15, síntomas somáticos, aceptándose que un puntaje mayor de 45 puntos indica la presencia de sintomatología clínicamente significativa de ansiedad.

La observación clínica y el uso de pruebas psicológicas han sido limitados a sólo unas pocas investigaciones y sus resultados han sido inconsistentes y a menudo contradictorios.<sup>15,16</sup> Dos estudios recientes han investigado la relación entre emoción y acné: el primero examinó la relación entre ansiedad y algunas enfermedades cutáneas, entre ellas el acné<sup>17</sup>. El segundo fue un estudio piloto que buscaba clarificar esta correlación (emoción y acné)<sup>18</sup>.

En general, se han encontrado niveles altos de ansiedad en pacientes con acné moderado y mayores, en los pacientes con acné severo, comparados con el grupo control. Los resultados sugieren que la ansiedad y la depresión son factores significativos en el acné sobre todo en sus formas más graves<sup>19</sup>.

## MATERIAL Y METODOS

Este fue un estudio de tipo experimental y prospectivo a seis meses, con análisis ciego, cuya población analizada fueron pacientes entre 13 y 35 años que consultaron por acné al centro de especialistas CES de Sabaneta, y que llenaron los requisitos de inclusión, como no recibir tratamiento dermatológico, ni psiquiátrico en el último mes, ser positivos para el test de Zung y no presentar acné noduloquistico conglobata o fulminante.

Los pacientes fueron asignados en tres (3) grupos al azar. A todos los grupos se les suministró droga dermatológica, al segundo y tercer grupo se les suministró además bupiriona y butriptilina respectivamente. Para cada uno de los pacientes se elaboró una historia clínica que explica el compromiso topográfico y el grado de intensidad de acuerdo con la escala modificada de Pillsbury, en la cual el grado 1 corresponde a comedones, el grado 2 comedones más pápulas y el grado 3 lesiones inflamatorias, lo que en nuestro caso equivale a leve, moderado y severo.

Se tomaron fotografías al inicio y final del tratamiento y se les suministró la droga en forma gratuita de la siguiente manera: Tratamiento tópico a los 95 pacientes con Eritromicina (Bomac®), Peróxido de Benzoilo 5% (Benzac W5®) y Acido Retinoico (loción antiacné de laboratorios Aldoquin); 24 pacientes recibieron además Bupiriona (Buspar®) 15 mg/día y 26 pacientes Butriptilina (Evadyne®) 75 mg/día.

Las variables se tabularon por totales, intervalos y porcentajes, los cuales se manipularon mediante promedios y desviación estándar. Para el análisis se utilizaron computadores Tandy 1000, con 2 drives y un AT 386 Clon compatible IBM y el software PC Stats.

## RESULTADOS

### Características del grupo de estudio

Los pacientes tuvieron la siguiente distribución: El grupo A recibió tratamiento tópico solamente y correspondió a 45 pa-



cientes (47.4%); el grupo B recibió tratamiento tópico + buspirona y correspondió a 24 pacientes (25.3%) y el grupo C recibió tratamiento tópico + butriptilina y correspondió a 26 pacientes (27.4%). La distribución por edades en los diferentes grupos, puede observarse en la Tabla No. 1.

**Tabla No. 1**  
**DISTRIBUCION POR EDAD EN LOS GRUPOS**  
**Influencia de la ansiedad y**  
**depression en el manejo del acné**

Edad en Años	Grupos de Estudio				
	Tópico	Tópico + Buspirona	Tópico + Butriptilina	Total	
				No.	%
<15	7	2	0	9	9.5
15-19	22	11	17	50	52.6
20-24	6	9	6	21	22.1
25-29	8	1	2	11	11.6
>30	2	1	1	4	4.2
Total	45	24	26	95	100

Como puede observarse, el mayor número de pacientes (74.7%) se encuentra en el grupo de edad entre 15 y 24 años. El 36.8% fueron hombres y el 63.2% mujeres; su ocupación se distribuyó así: El 68.4% estudiantes; el 5.3% amas de casa y el 26.3% empleados; el 94.7% solteros y el 5.3% casados. Como antecedentes más importantes encontramos presencia previa de enfermedad gastrointestinal y/o respiratoria en 47.4% y de alergias cutáneas en 3.2% (ver anexo 1). El 36.8% tenía antecedentes de acné en algún miembro de su familia.

Informaron además los pacientes que su acné empeoraba con situaciones de estrés en un 36.8% y con la menstruación en 33.7%.

Los pacientes ingresaron al estudio con la siguiente distribución de acuerdo con el grado de severidad de su acné, (Tabla No. 2) y según el índice de depresión que presentaban (Tabla No. 3.)

**Tabla No. 2**  
**GRADO DE SEVERIDAD DEL ACNE**  
**INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESION EN EL**  
**MANEJO DEL ACNE**

Severidad	No.	%
Leve	3	3.2
Moderado	36	37.2
Severo	56	58.9
Total	95	100.0

De acuerdo con la escala autoevaluativa de Zung para ansiedad, se observó que el 57% de los pacientes mostraba sintomatología clara de ésta y un 43% no la presentaba, encontrándose

**Tabla No. 3**  
**INDICE DE DEPRESION INICIAL**  
**SEGUN TEST DE ZUNG**  
**Influencia de la ansiedad y**  
**depression en el manejo del acné**

Indice	No.	%
No depresión	14	14.7
Leve	47	49.5
Moderado	27	28.4
Severo	7	7.4
Total	95	100.0

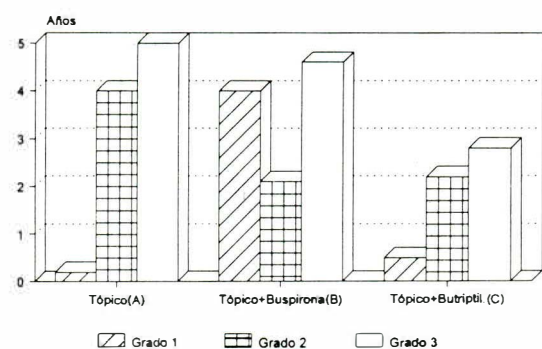
una mayor proporción de los primeros entre las edades de 15 a 19 años. El tiempo de evolución del acné se relacionó directamente con el grado de severidad, en el grupo de pacientes ansiosos, y en menor proporción en los pacientes deprimidos como se observa en la Tabla No. 4.

**Tabla No. 4**  
**TIEMPO DE EVOLUCION DEL ACNE**  
**POR GRUPO Y SEVERIDAD**  
**Influencia de la ansiedad y**  
**depression en el manejo del acne**

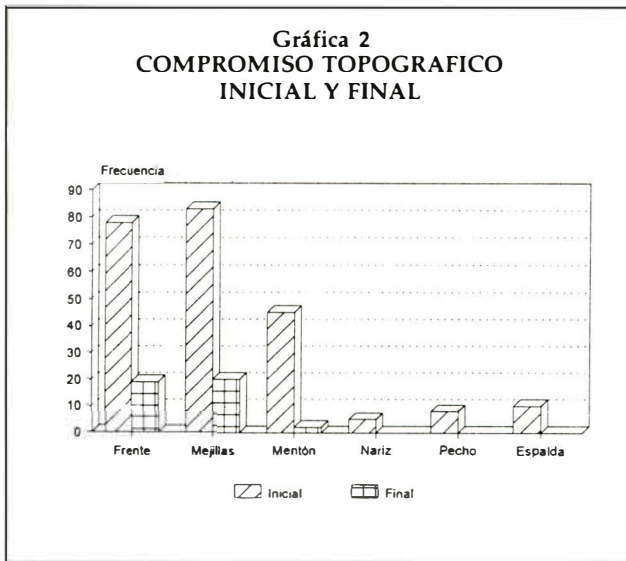
Grupo	Severidad (Grado)	Promedio de evolución - Años	Desviación estándar
Tópico	2	3.967	3.467
	3	5.083	3.729
Tópico + Buspirona	2	2.222	1.975
	3	4.765	3.93
Tópico + Butriptilina	2	2.175	2.258
	3	2.783	2.02

Se observa que, en general, el tiempo de evolución del acné fue menor en todos los grados de severidad en el grupo C, como se observa claramente en la Gráfica No. 1, hecho este explicable por el azar ya que no existe evidencia clara que lo justifique.

**Gráfica 1**  
**TIEMPO DE EVOLUCION DEL ACNE**  
**POR GRADOS**



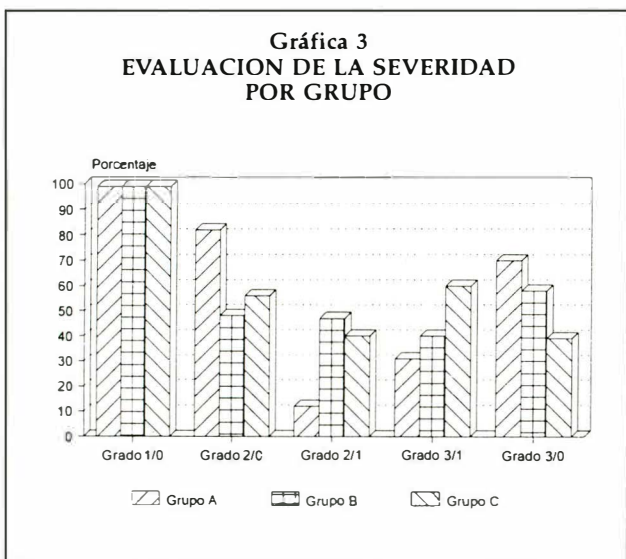
El compromiso topográfico, al iniciar y terminar el estudio, se muestra en la Gráfica No. 2 donde se puede apreciar su mayor localización en las mejillas, seguido de frente y mentón, en donde a su vez la respuesta al tratamiento fue menor. La espalda, pecho y nariz fueron las regiones que mejor y más rápido respondieron a nuestro tratamiento.



**Efectos del tratamiento:**

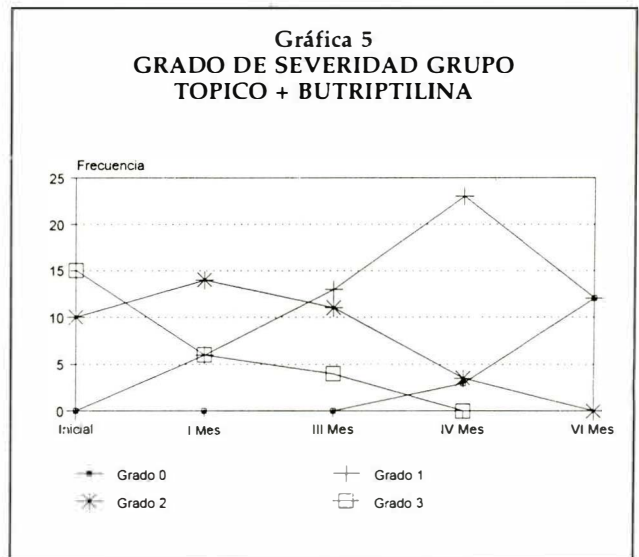
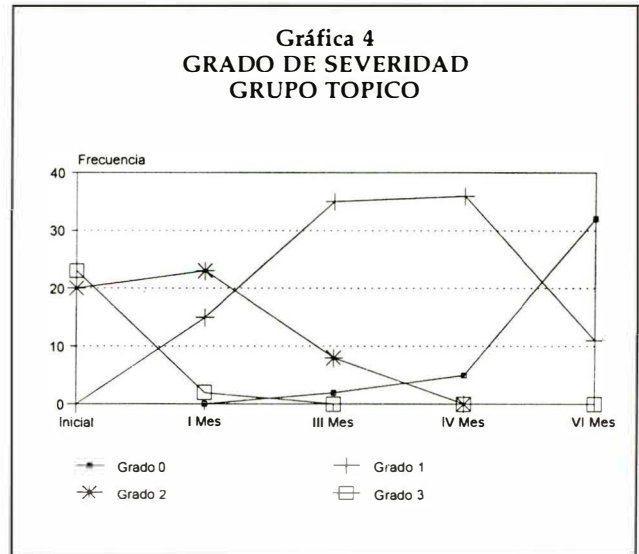
La evolución del acné tendió hacia la mejoría en todos los grupos, según se observa en la Gráfica No. 3 que muestra una disminución notoria en el grado de severidad en los 3 grupos estudiados. Esta respuesta nos hace pensar en lo innecesario que es incluir droga psiquiátrica en el manejo del paciente con acné.

La evolución detallada de la severidad en el tiempo de evolución se ilustra en la Tabla No. 4, y Gráficas No. 4, 5 y 6, que nos corroboran los hallazgos anteriores, viendo al término del estudio una mejoría de la totalidad de los pacientes, siendo más notoria la de los grados más severos.



**Tabla No. 4  
EVOLUCION DEL ACNE SEGUN GRADO DE  
SEVERIDAD Y TIEMPO DE REVISION  
INVESTIGATIVA**

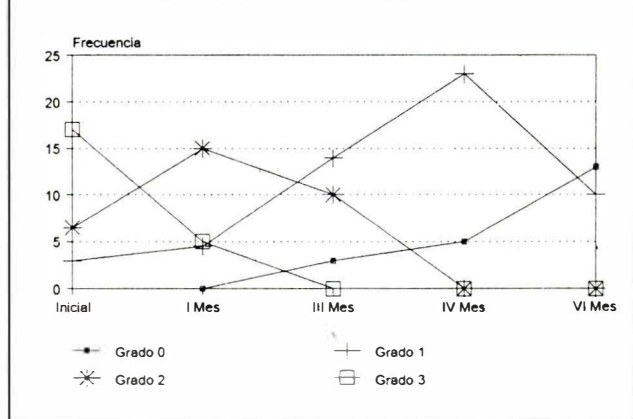
	Inicial	Primer mes	Tercer mes	Cuarto mes	Sexto mes
Sin lesiones			2	10	62
Grado 1	3	27	64	83	33
Grado 2	36	53	27	2	0
Grado 3	56	15	2	0	0



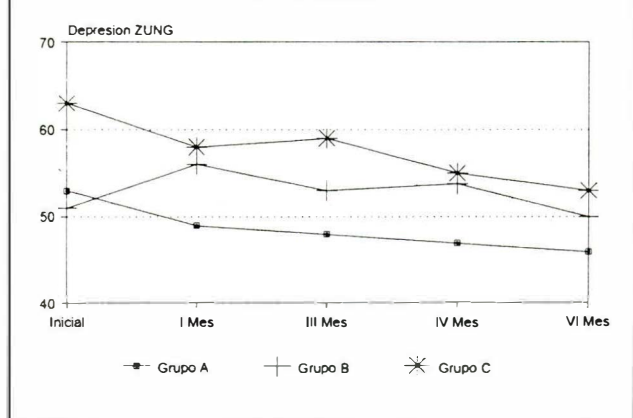
La evolución hacia la mejoría de los índices de depresión fue muy similar en los tres grupos, aunque en el grupo C era más notoria por el mayor descenso en la pendiente de la curva. Al final del estudio permanecieron con un índice de depresión leve, lo que no fue estadísticamente significativo.

En los otros grupos desapareció el grado de depresión pero tampoco fue significativo. Ver Gráfica 7.

**Gráfica 6  
GRADO DE SEVERIDAD  
GRUPO TOPICO + BUSPIRONA**

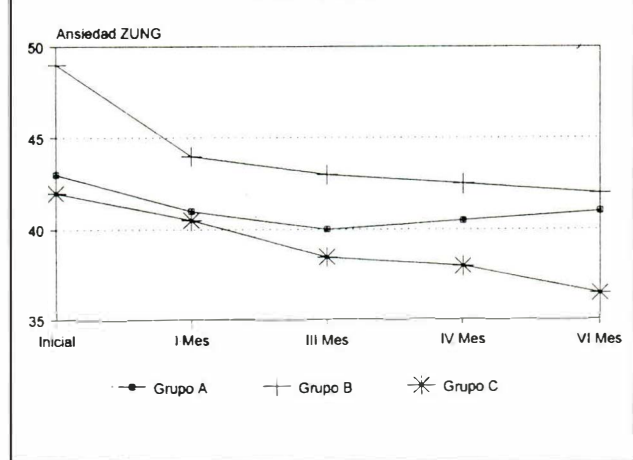


**Gráfica 7  
EVOLUCION DE LA DEPRESION  
POR GRUPO**



El comportamiento de la ansiedad también fue hacia la mejoría pero, aunque para el término del estudio, ningún paciente presentaba síntomas de ansiedad, esto no fue significativo  $P > 0.05$ . Ver gráfica No. 8.

**Gráfica 8  
EVOLUCION DE LA ANSIEDAD  
POR GRUPO**



## DISCUSION

Al igual que en el estudio del Dr. Steven F. Wu<sup>19</sup>, encontramos que el promedio de edad, en que se observaron los grados más severos e índices para depresión y ansiedad mayores, fluctúa entre los 15 y 24 años. El compromiso topográfico fue mayor en frente, mejillas y mentón, lo que concuerda con la observación clínica general. Además se observó que el grado de severidad del acné se correlaciona con los índices positivos de ansiedad y depresión. El descenso en los niveles de ansiedad y depresión fue paralelo a la mejoría clínica, observación hecha por Garrier y Garrier<sup>18</sup> y por Rubinow en el tratamiento del acné quístico<sup>20</sup>.

No encontramos diferencias significativas de la evolución en los diferentes grupos, ni se observó mejoría anticipada al agregar droga psiquiátrica al tratamiento tópico, que era una de las hipótesis buscadas. Si bien durante algunos periodos de la evolución se encontró aumento de la carga emocional, creemos que pudo deberse a otros factores de tipo social más que a su problema de acné.

En todos los pacientes hubo gran aceptación, tolerancia y cumplimiento con la droga prescrita. Lo que presumimos, colaboró mucho en la mejoría clínica, al igual que la psicoterapia de apoyo brindada en cada una de las revisiones.

## CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio nos permiten sugerir lo siguiente:

- 1- Los factores emocionales son importantes en la severidad del acné, pero no son determinantes en su manejo.
- 2- Los pacientes que requieran un tratamiento antiacné, así presenten gran influencia emocional, no ameritan que se les incluya droga psiquiátrica ansiolítica o antidepresiva en su manejo, excepto cuando este problema sea el que predomine.
- 3- La psicoterapia de apoyo, es suficiente y efectiva para atenuar los factores tensionales agravantes y debe ser reforzada en cada revisión, durante toda la fase del tratamiento.
- 4- El tratamiento tópico triconjugado con base en eritromicina diariamente, peróxido de benzoilo y ácido retinoico alternos en la noche, es una buena elección en el manejo del acné aún en grados severos.

## SUMMARY

We studied 95 patients with acne they also had positive signs of anxiety and depression for a period of six months. They were separated into three groups: Topical treatment only, topical + buspirone and topical + butriptyline. The 74.7 percent had ages between 15 and 24 years, the 63.2 percent were women and the rest were men, the 68.4 percent were students and the 26.3 percent were employees. Their acne became worse with the stress and the menstruation a 70 percent. The 36.8 percent had antecedent of acne in their families. The time



of evolution in average was of 3.5 years tending to be greater in the more severe degrees. The total evolution of all the patients became better in all the group and compromised areas. It is obvious the importance of a good relationship between patient and doctor to have success.

**BIBLIOGRAFIA**

Referenciada

1. Nelson. Acné. Tratado de pediatria. 13 ed. Vol. II 1989 p.p. 1555-1557.
2. Rasmussen, JE. Tratamiento del acné. Revista Mundo Médico. 4(4). 1988.
3. Vélez O. Ramiro. Enfermedades psicósomáticas. Cp XX. Psiquiatría. En: Vélez A. Hernán. Fundamentos de medicina. Medellín, CB, 1981 p.p. 270-276.
4. Nelson. Trastornos psicocutáneos. Tratado de pediatria. 6 ed. 1974. p.p. 1453-1454.
5. Sierra de A., Beatriz. Acné vulgar. Memorias del curso de actualización en dermatología. Medellín, Universidad de Antioquia, 1985 p. 81.
6. Strauss J. Acné vulgar. En: Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. 3 ed. Vol 1. 1987. p.p. 797-810.
7. Escobar R. Carlos. Acné vulgar. Dermatología. En: Vélez A. Hernán. Fundamentos de Medicina. Medellín, CB, 1990. p.p. 41-47.
8. Cunliffe, WJ. Etiología y Tratamiento del acné. Publicación Schering AG. Alemania Federal. Marzo de 1990.
9. Pillsbury, DM. Acné. Manual of cutaneous medicine. 1961. p.p. 273-281.
10. Musaph, Herman. ITC Clinical applications itching and other dermatoses. Psychosomatic Medicine. CP 30. p.p. 307-315.
11. Halbreich U, Halts I, Paul L. Premenstrual changes -Impaired hormonal homeostasis. Endocrinology Metabolism Clinic of North America. 1988. p.p. 173-187.
12. Rojano de la Hoz R. Enfermedades psicósomáticas. Psiquiatría. En: Vélez A. Hernán. Fundamentos de Medicina. 2 ed CB, 1986.
13. Shelley W. Acné. Dermatología. 1973. p.p. 152-155.
14. Gordon S. Manual of skin diseases. 3 ed. 1973. p.p. 89-95.
15. Wittkower E. Acne Vulgaris: a psychosomatic study. Br J Dermatol 1951; 63: 214-223.
16. Kenyon FE. A Psychiatric survey of a random sample of out- patients attending a dermatological hospital. J Psychosom Res 1962; 6: 129-135.

17. Medansky RS, Handler RM. Self-evaluations of acne and emotions: a pilot study. Psychosom 1981; 22: 379-383.
18. Garne SA, Garne EV. Anxiety and skin disease. Cutis 1979; 22: 205-208.
19. Steven F W, Kinder BN, Trunnel N, et al. Role of anxiety and anger in acne patients. A relationships with the severity of the disorder. J. Am. Acad Dermatol 1988; 18: 325-333.
20. Rubinow DR, Peck GL, Squillace KM, et al. Reduced anxiety and depression in Cystic acne patients after successful treatments with oral isotretinoin. J. Am. Acad Dermatol 1987; 17: 25-32.

Consultada

Fitzpatrick. Acné vulgar. Dermatología en medicina general. 3 ed. ep. 30. 1988. p.p. 797-813.

Kaplan HJ. Tratado de Psiquiatría 1989.

Moschella S, Pillsbury D y Hurley H. Dermatología. Vol II 1975. p.p. 1129-1138.

Holsen, T. Therapy of acne. The medical clinics of North American. 66(4). 1982. p.p. 851-871.

Rook. Acne. Textbook of Dermatology. Vol II 3 ed. 1979.

Stewart WD, Danto J y Madden S. Dermatología. 2 ed. 1974. p.p. 80- 85.

Acné y Dermatosis Relacionadas con el Acné. Publicación Schering Corporation, USA. 1981.

Department of Medicine, Washington University. Manual de terapéutica médica. 6 ed. 1986. p.p. 14-15.

**AGRADECIMIENTOS**

*Laboratorios Alcon de Colombia*  
*Laboratorios Aldoquin Ltda.*  
*Laboratorios Medihealth S.A.*  
*Laboratorios Wyeth Inc.*  
*Laboratorios Bristol Mead Johnson Int Ltda.*  
*Laboratorios Chalver de Colombia*  
*Centro de Especialistas CES Sabaneta*  
*Dr. Julian Osorio Gomez. División de Investigaciones*  
*Ing. Martha Eugenia Alvarez.*

**Anexo 1**

**ANTECEDENTES PERSONALES DEL GRUPO**  
**Influencia de la ansiedad y depresión en el manejo del acné**  
**Centro de especialistas CES Sabaneta 1991 ' 1992**

	<b>Alergias</b>	<b>Enfermedades Intestinales y Respiratorias</b>	<b>Sanos</b>	<b>Total</b>
Número	3	45	47	95
Porcentaje	3.2	47.2	49.5	100.0

## Anexo 2

### FOTOGRAFIA DE PACIENTE CON TTO TOPICO SOLO



Foto No. 1

Inicial

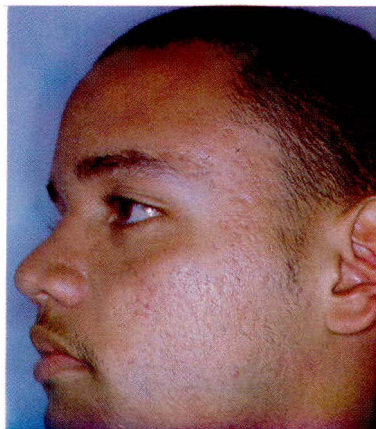


Foto No. 2

Final

### FOTOGRAFIA DE PACIENTE CON TTO TOPICO + BUSPIRONA

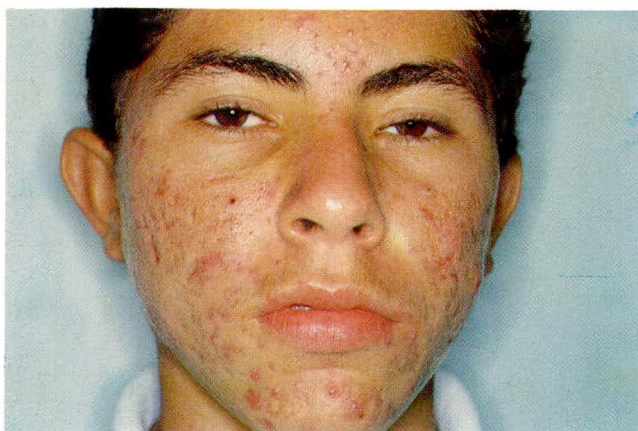


Foto No. 3

Inicial



Foto No. 4

Final

### FOTOGRAFIA DE PACIENTE CON TTO TOPICO + BUTRIPTILINA



Foto No. 5

Inicial



Foto No. 6

Final