



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON EL ACNÉ JUVENIL
INFLAMATORIO EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE LIMA
METROPOLITANA 2015**

**PRESENTADA POR
JOSÉ LUIS VELIZ BARANDIARÁN**

**TESIS PARA OPTAR GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR
EN MEDICINA**

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON EL ACNÉ JUVENIL
INFLAMATORIO EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE LIMA
METROPOLITANA, 2015**

TESIS

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN MEDICINA

PRESENTADA POR

JOSÉ LUIS VELIZ BARANDIARÁN

LIMA – PERÚ

2015

ASESOR

Zoel Huatuco Collantes. Doctor en Medicina

JURADO

Presidente: Juan Carlos Velasco Guerrero. Doctor en Salud Pública

Miembro: Pedro Javier Navarrete Mejía. Doctor en Salud Pública

Miembro: Manuel Loayza Alarico. Doctor en Salud Pública.



ÍNDICE

Asesor y jurado	
Resumen	
Abstract	
	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	3
1.1 Antecedentes de la investigación	3
1.2 Bases teóricas	7
1.3 Definición de términos	18
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	20
2.1 Tipo de investigación	20
2.2 Diseño de investigación	20
2.3 Población y muestra	20
2.4 Recolección de datos. Instrumento	21
2.5 Procesamiento de datos	22
2.6 Aspectos éticos	22
CAPÍTULO III: RESULTADOS	23
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	39
FUENTES DE INFORMACIÓN	40
ANEXOS	
Anexo 1. Ficha de recolección de datos	47
Anexo 2. Estadística complementaria.	49

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA No 01. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL EN ESTUDIO SEGÚN SEXO – 2015	23
TABLA No 02. EDAD Y SEXO DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO– 2015	24
TABLA No 03. POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN OCUPACIÓN – 2015	24
TABLA No 04. POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN PRESENCIA DE ACNÉ – 2015	25
TABLA No 05. VALORACION DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACION CON ACNE – 2015	25
TABLA No 06. ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SEXO – 2015	26
TABLA No 07. ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y OCUPACION – 2015	28
TABLA No 08. ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y EDAD – 2015	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO No 01. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL EN ESTUDIO SEGÚN EDAD – 2015	23
GRÁFICO No 02. AFECTACION DE LA CALIDAD DE VIDA: “SINTOMAS/SENTIMIENTOS” – 2015	49
GRÁFICO No 03. AFECTACION DE LA CALIDAD DE VIDA: “ACTIVIDADES DIARIAS” – 2015	49
GRÁFICO No 04. AFECTACION DE LA CALIDAD DE VIDA: “OCIO” – 2015	50
GRÁFICO No 05. AFECTACION DE LA CALIDAD DE VIDA: “TRABAJO/ESTUDIO” – 2015	50
GRÁFICO No 06. AFECTACION DE LA CALIDAD DE VIDA: “RELACIONES PERSONALES” – 2015	51
GRÁFICO No 07. AFECTACION DE LA CALIDAD DE VIDA: “TRATAMIENTO” - 2015	51

RESUMEN

El objetivo del estudio fue identificar la relación entre calidad de vida y acné juvenil inflamatorio en una clínica privada de Lima Metropolitana durante el período comprendido entre agosto y octubre del 2015.

Responde a un enfoque cuantitativo, donde el tipo de estudio es observacional, retrospectivo, longitudinal, diseño No experimental. La población estuvo conformado por 96 jóvenes que acudieron a una Clínica Privada de Lima Metropolitana entre los meses de agosto y octubre del 2015. Casos: Pacientes con acné (evolución de la enfermedad entre 3 meses y 3 años, con acné juvenil inflamatorio), Controles: Pacientes sin acné; entre los criterios de inclusión: Edades de 17 a 25 años, ambos sexos, criterios de exclusión: Pacientes con comorbilidad dermatológica. No fue necesario determinar el tamaño de muestra en vista que se tuvo la base completa del marco muestral actualizado. En este sentido, se trabajó con el total de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Para efectos de la presente investigación se utilizó una escala estandarizada que se aplicó a los pacientes en forma individual. Se utilizó como instrumento el *Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI])*; versión española del DQLI, es un instrumento que consta de 10 ítems y cuyo marco temporal abarca los 7 últimos días. Las dimensiones de salud incluidas son síntomas y percepciones, actividades diarias, ocio, trabajo/estudio, relaciones interpersonales incluyendo la sexualidad y tratamiento. La autoadministración del cuestionario ocupó menos de 10 minutos.

El análisis total del Dermatology Life Quality Index (DLQI) determinó que el 9.4% de los pacientes con acné manifestó sentirse poco afectado en su calidad de vida, el 43.8% de sufrir mucha afectación sobre su calidad de vida y el 46.9% afectación moderada. Sin duda que existe una afectación sobre la calidad de vida de quienes padecen acné. En cuanto a relación de la calidad de vida y el sexo, edad y ocupación del paciente no se encontró asociación estadísticamente

significativa ($p=0.530$, 0.348 y 0.472 respectivamente). Existe relación entre calidad de vida y acné, $Rho=-0.978$, con un nivel de significancia $p<0.000$.

Se concluye que la presencia de acné afecta directamente sobre la calidad de vida de quienes la padecen. Mayor acné menor calidad de vida (correlación negativa perfecta)

Palabras clave: Acné, Calidad de vida, Jóvenes, Dermatología.



ABSTRACT

The aim of the study was to identify the relationship between quality of life and inflammatory acne vulgaris in a private clinic in Lima during the period between August and October 2015.

It responds to a quantitative approach, where the type of study is observational, retrospective, longitudinal, experimental design no. The population consisted of 96 young people who attended a private clinic in metropolitan Lima between the months of August and October 2015. Case: Patients with acne (disease progression between 3 months and 3 years, with inflammatory acne vulgaris) Controls: Patients without acne; among the inclusion criteria: ages 17 to 25 years, both sexes, exclusion criteria: Patients with dermatologic comorbidity. It was necessary to determine the sample size given that the whole basis of the sampling frame was updated. In this sense, we worked with all patients who met the inclusion and exclusion criteria. For purposes of this investigation a standardized scale was applied to patients individually used. Was used as an instrument the quality of life index in Dermatology (Dermatology Life Quality Index [DLQI]); DQLI Spanish version is an instrument consisting of 10 items and time frame which covers the last 7 days. The dimensions include a health symptoms and perceptions, daily activities, leisure, work / study, interpersonal relationships including sexuality and treatment. The self-administered questionnaire took less than 10 minutes.

The total analysis of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) found that 9.4% of acne patients said he was little affected in their quality of life , 43.8 % suffer much affect on their quality of life and 46.9 % moderately affected. No doubt there is an affect on the quality of life of those suffering from acne. Regarding the relationship of quality of life and sex, age and occupation of the patient was no statistically significant association ($p = 0.530$, respectively 0.348 y 0.472) was found. There is a relationship between quality of life and acne, $\rho = -0.978$, with a significance level of $p < 0.000$.

It is concluded that the presence of acne directly affects the quality of life of sufferers. Mayor acne reduced quality of life (perfect negative correlation)

Keywords: Acne, Quality of Life, Youth, Dermatology.



INTRODUCCIÓN

El acné es una enfermedad que afecta las glándulas sebáceas. Los pequeños hoyos en la piel se llaman poros y se conectan a las glándulas sebáceas por debajo de la piel. Estas glándulas producen una sustancia grasosa llamada sebo. Los poros se conectan a estas glándulas a través de un canal que se llama folículo y, dentro de los folículos, el sebo transporta las células de piel muerta a la superficie de la piel. Un vello delgado también crece por debajo de la piel y pasa a través del folículo para llegar a la superficie. Cuando se tapa un folículo, se crea un grano o espinilla. La mayoría de los granos o espinillas se encuentran en la cara, el cuello, la espalda, el pecho y en los hombros.¹

En la mayoría de casos el acné se inicia entre los 12 y 13 años. En diferentes estudios su prevalencia se estima entre 60 y 82%; pudiendo variar de 58% a los 12 años y de 73% a los 16 años en el sexo femenino; y de 40% a los 12 años y hasta 96% a los 16 años en el sexo masculino.¹ En el 12% de los casos el acné persiste por encima de los 25 años. El acné vulgar tiene gran impacto psicológico, desencadenando muchas veces alteraciones de la conducta, observadas mayormente en el sexo femenino.²

Algunos estudios hallaron niveles de problemas sociales y emocionales comparables a la población con enfermedades crónicas, como artritis y epilepsia³, aunque la severidad del acné no se haya correlacionado al estado psicológico. Algunos estudios han demostrado que tan solo un tercio de los afectados buscan atención médica adecuada; de ellos el 74% demora más de un año en consultar.²

En este sentido se formuló la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre calidad de vida y acné juvenil inflamatorio en una clínica privada de Lima Metropolitana durante el período comprendido entre agosto y octubre del 2015?, siendo el objetivo identificar esta relación.

La investigación se justifica dado que es una investigación inédita y no se tiene información sobre el tema en nuestro país. Es importante conocer la relación entre calidad de vida y la presencia de acné juvenil, para generar una ayuda en el diagnóstico y prevención de la enfermedad, asimismo se generará nuevos conocimientos sobre aspectos psicológicos de la enfermedad. De hecho se generará nueva información relacionado al tema de calidad de vida pacientes con problemas dermatológicos.



CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la investigación

De la búsqueda bibliográfica no se han podido encontrar un número importante de artículos científicos relacionados a las variables de estudio de la presente investigación.

El 2008 se desarrolló un estudio descriptivo transversal con 100 pacientes cuyas edades fluctúan entre los 13 y 37 años de edad con acné vulgar a los cuales se le aplicó el cuestionario general cubano para evaluar calidad de vida y el Dermatology Life Quality Index. Se determinó que la calidad de vida se deteriora a medida que incrementó el grado de acné; las dimensiones más afectadas fueron; la salud funcional y psicológica en ambos cuestionarios. La calidad de vida evaluada por el cuestionario general cubano para evaluar calidad de vida en dermatología y la Escala Médico-Cualitativa en dermatología es más precisa que el Dermatology Life Quality Index.³

El año 2003 se desarrolló una investigación con la finalidad de determinar la prevalencia de depresión y síntomas depresivos entre pacientes nuevos que acuden al consultorio de Dermatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), y se buscó determinar la asociación entre características clínicas de la enfermedad, características sociodemográficas de los pacientes y la presencia de depresión y síntomas depresivos. El estudio se enmarcó en los estudios de tipo descriptivo, transversal entre 287 pacientes nuevos que acudieron al consultorio de dermatología del HNCH. Se utilizó una ficha de recolección de datos demográficos, de la enfermedad dermatológica, y los antecedentes personales y familiares. En la investigación se usó el test de depresión de Beck (IDB) y la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del DSM-IV (SCID), apartado de depresión mayor. La investigación determinó que la prevalencia de depresión fue de 20,6% y la de síntomas depresivos de 44,9% (puntuación en el IDB de 11 ó más). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la ocupación del paciente y depresión ($p=0,042$); así como

entre género ($p=0,039$), grado de instrucción ($p=0,002$) y estado civil ($p=0,026$), y la presencia de síntomas depresivos. Los diagnósticos dermatológicos más frecuentes entre los pacientes con depresión fueron dermatitis (11,86%), acné (8,47%), melasma (8,47%) y vitíligo (6,77%). Se concluyó que la prevalencia de depresión y síntomas depresivos fue similar a la reportada en estudios similares, siendo mayor a la reportada en la población general, confirmando la importancia del tratamiento conjunto, tanto dermatológico como psiquiátrico, para brindar mejor calidad de vida a los pacientes. ⁴

El 2008 se desarrolló una investigación descriptiva, con el objetivo de determinar la calidad de vida percibida por los pacientes con xeroderma pigmentoso. Se incluyeron en el estudio los 32 pacientes con diagnóstico de xeroderma pigmentoso, a los cuales se les aplicó el Cuestionario general de calidad de vida en Dermatología, que comprende las dimensiones: salud física, salud funcional, salud psicológica y dimensión social. La información obtenida fue procesada estadísticamente mediante análisis porcentual, se concluyó que el existe un predominio del grupo de edad entre los 10 y 14 años el cual coincidió con las edades de diagnóstico-, el sexo masculino, los residentes en la zona urbana y los estudiantes. La calidad de vida percibida por los pacientes fue mala, y la dimensión psicológica fue la más afectada.⁵

El 2007 se evaluó la frecuencia de enfermedades dermatológicas en un Servicio de Dermatología Universitario de la ciudad de Lima. El estudio fue de tipo descriptivo, observacional y retrospectivo. Se incluyeron un total de 3294 pacientes nuevos, el promedio etareo fue de 35.4 ± 20.7 años, el 53.35% de pacientes fueron mujeres. Por grupo de enfermedad, las dermatosis infecciosas fueron las más comunes (29.3%), seguidas por las dermatitis (17.7%), neoplasias benignas (9.9%) y enfermedades de los anexos de la piel (9.8%). Las principales dermatosis encontradas fueron las verrugas víricas (14.3%), vitíligo (6%), otros tumores benignos de la piel (5.3%) y acné (4.8%). Se concluyó que las enfermedades infecciosas y las dermatitis fueron los diagnósticos más comunes. ⁶

El año 2014 se evaluó la calidad de vida de las mujeres con ovario poliquístico. El síndrome de ovario poliquístico es la alteración endocrino- metabólica que más frecuentemente afecta a las mujeres en edad reproductiva. Sus síntomas y signos característicos son las irregularidades menstruales, amenorrea, acné, hirsutismo, obesidad e infertilidad. La investigación determinó que el síndrome de ovario poliquístico tiene implicaciones significativas para la salud a largo plazo, que pueden conducir a morbilidad psicológica y a una calidad de vida disminuida. ⁷

El año 2011 se desarrolló una investigación para identificar los factores involucrados en la automedicación de pacientes con acné juvenil. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, se incluyó en la investigación a 100 pacientes atendidos en un Servicio de Dermatología; se evaluó la presencia en el paciente de la conducta de automedicarse, la persona que recomendó la automedicación, el medicamento usado con mayor frecuencia ya sea tópico o sistémico. Asimismo se evaluó los factores involucrados en la automedicación como el presentar dificultades económicas, el tiempo que demora acudir al médico, la vergüenza de acudir a consulta médica y la consideración de que la enfermedad no era grave. La investigación determinó que la automedicación fue del 73,0%, se identificó asociación entre automedicación y sexo ($p = 0,027$). El principal factor para la automedicación fue que la enfermedad no era considerada grave como para acudir al médico (30,1%). El medicamento usado con mayor frecuencia para la automedicación fue Asepsia en 27,4%, mientras que, la población no recuerda el nombre del medicamento en un 27,4%. Se concluye que la automedicación en pacientes con acné juvenil es frecuente presentándose en siete de cada diez pacientes. El factor involucrado con mayor frecuencia en la automedicación fue la consideración por parte del paciente de que el acné no es una enfermedad grave. ⁸

Entre los años 1995 a 1999 fueron atendidos en el servicio de dermatología del Instituto de ciencias de la salud de Cuba un promedio 6870 pacientes por año, de los cuales el 70 por ciento de ellos fueron mujeres. Las primeras cinco causas de consultas fueron acné, melasma, verrugas, insuficiencia venosa y en quinto lugar otras como dermatitis atópica, psoriasis, nevus y carcinoma basocelular. ⁹

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, año 2011. El muestreo probabilístico fue de 104 pacientes. El objetivo fue conocer la calidad de vida de los pacientes con reciente diagnóstico de psoriasis que acuden al Servicio de Dermatología de un hospital. La recolección de datos se realizó mediante los cuestionarios: Índice dermatológico de calidad de vida, Graffar Méndez Castellanos. Los resultados presentaron un predominio el sexo masculino 50,96% (53/104), la edad promedio fue 35,70 años, estrato socioeconómico IV (42,17%), 37,5% (39 casos) sostuvo que en Poco grado ha representado el tratamiento de su dermatopatía un problema, seguido de aquellos pacientes que afirmaron en Nada tal tratamiento representa un problema y 36,54% demuestra la preocupación de los pacientes por su condición.¹⁰

El 2007 se desarrolló un estudio cuyo objetivo fue conocer la repercusión de la psoriasis moderada-grave en la calidad de vida relacionada con la salud, evaluada por medio del Índice de Discapacidad de la Psoriasis (Psoriasis Disability Index, PDI). El estudio se desarrolló bajo un diseño observacional, transversal e internacional en consultas de dermatología de España y Portugal. En la investigación participaron 332 investigadores, cada uno de los cuales incluyó a 10 pacientes consecutivos diagnosticados de psoriasis moderada-grave. La principal variable de evaluación fue calidad de vida relacionada con la salud, medida por el PDI. Se incluyó a un total de 3.320 pacientes. La mayoría eran varones (57%) y la edad media era de 47 años. El PDI presentó un valor medio de 8,93 (intervalo de confianza del 95%, 7,83- 9,21), lo que representa un porcentaje de discapacidad global inferior al 20%.¹¹

En la actualidad existen muchas escalas para evaluar la calidad de vida en pacientes dermatológicos, pero las más utilizadas son DLQI y Skindex 29. En este artículo se presenta una revisión de la literatura sobre las escalas de calidad de vida en dermatología. Se puede enfocar la calidad de vida desde la perspectiva de diferentes dimensiones, entre ellas: económica, religiosa, espiritual, sociológica y de salud; los cambios en la percepción de salud pueden afectar cualquiera de estas dimensiones. La satisfacción y el bienestar de los pacientes cobran cada vez mayor importancia. Estas consideraciones han impulsado el desarrollo de escalas para medir y cuantificar la calidad de vida, con el fin de evaluar el impacto

sobre ella de las enfermedades crónicas y las intervenciones terapéuticas, así como para definir la asignación de recursos.¹²

1.2 Bases teóricas

A. ACNÉ

El acné, también conocido como acné común (acné vulgaris), es una enfermedad inflamatoria de la piel causada por una infección bacteriana de ésta debida a cambios de las unidades pilosebáceas (estructuras de la piel consistentes en un folículo piloso y la glándula sebácea asociada).²

La condición es común en la pubertad y está considerada como una respuesta anormal ante niveles normales de la hormona masculina testosterona. La respuesta de la mayoría de las personas disminuye con el tiempo y el acné tiende a desaparecer o al menos disminuye después de la pubertad; de todos modos, no hay manera de predecir cuánto tiempo tardará en desaparecer completamente y algunos individuos continuarán sufriendo acné durante décadas después. El acné afecta a un gran número de seres humanos en algún momento de su vida.¹³

La forma más común de acné se conoce como acné vulgaris, refiriéndose al acné común. Éste se presenta como una serie de secreciones excesivas de glándulas sebáceas que, combinadas con células muertas de la piel, bloquean el folículo piloso. En ocasiones, también aparece un defecto en el proceso de queratinización de la piel, que conlleva al derrame anormal de los poros del forro cutáneo.

Bajo el poro taponado se producen secreciones de grasa que proveen un entorno perfecto para la bacteria epidérmica *Propionibacterium acnes*, que produce una infección en el poro que excretará pus, provocando que el acné se multiplique descontroladamente. En respuesta, la piel se inflama produciendo la lesión visible. La cara, el pecho, la espalda, los hombros y los brazos se ven especialmente afectados.¹⁴

Además de las cicatrices visibles, el acné suele aparecer durante la adolescencia, justo cuando los adolescentes tienden a ser socialmente más inseguros. El acné puede llegar a ser muy molesto con dolores en los poros de la piel y también se convierte en un trauma por motivos de estética.

Se desconoce por qué algunas personas padecen acné y otras no, pero se sabe que es parcialmente hereditario.

Se conocen varios factores enlazados al acné:

- Actividad hormonal, como los ciclos menstruales en la pubertad.
- Estrés, impulsado por las descargas de las glándulas suprarrenales.
- Glándulas sebáceas hiperactivas.
- Acumulación de células muertas de la piel.
- Bacterias en los poros, a las cuales el cuerpo se vuelve alérgico.
- El uso de anabolizantes.
- La irritación cutánea o cualquier forma de rascarse activará la inflamación.
- La exposición a altos niveles de compuestos de cloro.

Tradicionalmente, la atención se ha centrado en la sobreproducción de seborrea por influjo hormonal como el principal factor contribuyente.

Recientemente, se ha prestado más atención al estrechamiento del canal folicular como segundo factor contribuyente. El derramamiento anormal de las células del folículo, células vinculadas anormales entre el folículo y la retención de agua en la piel (tragándose a la piel y presionando el cierre de los folículos), han sido remarcados como mecanismos importantes. Se ha llegado a asociar a varias hormonas con la sobreproducción sebácea:

- La hormona masculina testosterona
- La dihidrotestosterona (DHT)
- El sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS)

- El factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-I).

Adicionalmente, se ha demostrado que la piel propensa al acné es resistente a la insulina.¹⁵

El desarrollo del acné vulgaris es común en la pubertad. En adultos es más frecuente padecer rosácea, la cual puede tener aspecto similar. El verdadero acné vulgaris en adultos de mayor edad, puede ser característico de una condición subyacente como el embarazo y trastornos tales como el síndrome de ovarios poliquístico o el raro síndrome de Cushing.¹⁶

TRATAMIENTOS

Hay muchos productos en venta para el tratamiento del acné, muchos de ellos con efectos no probados científicamente. Genéricamente hablando, los tratamientos exitosos proporcionan pequeñas mejoras entre la primera y la segunda semana y, entonces, el acné disminuye aproximadamente por unos tres meses; después de esto, la mejora comienza a allanarse. Los tratamientos que prometen resultados en dos semanas, son probablemente decepcionantes.¹⁷

Una combinación de tratamientos, puede reducir enormemente la cantidad y gravedad del acné en muchos casos. Esos tratamientos, que son efectivos en su mayoría, tienden a tener un mayor potencial de efectos secundarios y necesitan un mayor grado de control y seguimiento médicos. Mucha gente consulta con especialistas para decidir qué tratamiento seguir, especialmente cuando se considera la posibilidad de combinar distintos tratamientos.

La exfoliación de la piel puede hacerse o bien mecánicamente usando un paño abrasivo, con un líquido rasgador, o químicamente. Los agentes exfoliantes químicos incluyen el ácido salicílico y el ácido glicólico, los cuales animan a que se produzca desprendimiento de la capa superior de la piel, previniendo una reconstrucción de células muertas que se combinan con el pus para bloquear los poros.¹⁷

Antibióticos que se aplican externamente, tales como eritromicina, clindamicina, estímicina, o tetraciclina, tienen como objetivo aniquilar las bacterias que han anidado en los folículos bloqueados.

Mientras que el uso de antibióticos tópicos es igual de efectivo que el oral, este método impide posibles dolores de estómago como efecto secundario, o interacciones de droga (ej. no afectará a la píldora anticonceptiva), pero puede empeorar y extenderse en otras y mayores áreas, aparte del rostro.

En las mujeres, el acné puede ser mejorado con tratamiento hormonal. Las píldoras anticonceptivas que combinan un estrógeno con un progestágeno tienen algún efecto, pero el antagonista de la testosterona, ciproterona, en combinación con otro estrógeno conocido como Diane 35, es particularmente efectivo logrando reducir los niveles hormonales de andrógenos.

Durante un tiempo se ha creído que se podía conseguir una mejora a corto plazo mediante la luz solar. Sin embargo, hay estudios que demuestran que la luz solar empeora el acné a largo plazo, presuntamente debido al daño que produce la luz ultravioleta. Más recientemente, se ha empleado luz visible con resultados satisfactorios. En particular luz azul generada con bombillas fluorescentes especiales y también se usan LEDs o láser.^{2. 18}

B. CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGIA

La piel supone el órgano más importante para los humanos en términos de imagen corporal y autopercepción. Es nuestra carta de presentación; su estado es cada vez más valorado en nuestra sociedad y el cuidado de la piel y los anejos ocupa buena cantidad del tiempo y de la economía de una gran parte de la población.¹ Además esta preocupación que inicialmente estaba más restringida al sexo femenino, en la actualidad se ha hecho extensiva al sexo masculino, que se ha transformado en habitual consumidor de múltiples productos para la conservación y el embellecimiento de su piel y anexos.

Todo este fenómeno se produce en busca de una calidad de vida mayor que aporta la autopercepción del bienestar cutáneo. De ello se deduce que una enfermedad que afecte a nuestra piel puede hacerlo secundariamente, y en ocasiones de forma grave, a la calidad de vida. Tan importante es el aspecto cutáneo que hasta un 50% de los enfermos con eccema grave o un 49% de los pacientes con psoriasis estarían dispuestos a emplear dos o más horas de cada día en su tratamiento si esto les permitiese tener una piel normal el resto del día^{12,16}

Así pues, las enfermedades cutáneas pueden afectar la apariencia de los pacientes y la incidencia que ello puede tener en su vida, especialmente en los aspectos sociales y emocionales, puede ser muy diferente e incluso más compleja que el efecto que puedan tener otras enfermedades.¹⁹

Las enfermedades dermatológicas, además, pueden producir alteraciones en muchos otros aspectos vitales como en el desarrollo de una vida sexual normal²⁰, dificultades para el desempeño de determinados trabajos^{10, 11} e incluso se ha observado un aumento de bajas laborales por esta causa¹².

Una aproximación al conocimiento del grado de afectación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que sufren los pacientes con enfermedades cutáneas nos la dan los estudios que comparan la calidad de vida de enfermedades cutáneas con la de enfermedades de otros órganos.

Hay varios estudios que comparan la psoriasis con diversas enfermedades sistémicas. Un trabajo señala que la CVRS de estos pacientes se altera igual que la de pacientes con angina o hipertensión⁵. Otro estudio muestra que los que padecen psoriasis asociada con diabetes, asma o bronquitis, el 87%, 80% y 77%, respectivamente, aseguran que es mejor o igual tener la enfermedad no dermatológica que la enfermedad cutánea⁴. En un tercer estudio se ha visto que los pacientes tienen una alteración de su modo de vida a nivel físico y mental comparable con el apreciado en enfermedades como cáncer, artritis, hipertensión, enfermedad cardíaca, diabetes y depresión.²⁰⁻²⁵

En los pacientes con urticaria crónica se ha objetivado que sufren una alteración de la calidad de vida en un grado que es comparable al de un grupo de mayor

edad con enfermedad cardíaca isquémica.²⁶

La comparación con enfermedades sistémicas también se ha hecho con el acné; los pacientes con acné relativamente grave mostraron un deterioro de la CVRS a nivel social, psicológico y emocional que era tan intenso como el referido por pacientes con asma discapacitante crónica, epilepsia, diabetes, dolor de espalda o artritis.

IMPLICACIONES ECONÓMICAS DE LA ALTERACIÓN DE LA CVRS EN DERMATOLOGÍA

Son múltiples los aspectos económicos que se implican en la calidad de vida del sujeto. En concreto existen varios trabajos que profundizan en la patología cutánea en relación con aspectos laborales y financieros de los pacientes.

En un estudio de úlceras de piernas se observó que en los pacientes más jóvenes había una correlación de su enfermedad con el tiempo perdido de trabajo, con la pérdida del empleo y con efectos adversos en sus finanzas¹².

En un trabajo sobre psoriasis y calidad de vida se constató que de los 150 pacientes que estaban en activo, el 59,3% habían perdido una media de 26 días de trabajo en el año precedente debido a su enfermedad y que en los 180 pacientes que estaban en paro, el 33,9% atribuían el no tener un empleo a su psoriasis. El mismo autor cuando estudió la calidad de vida en pacientes con eccema atópico grave observó que el 32% habían tenido una pérdida media de ingresos de 5.000 libras (8.000 euros) respecto al año previo debido a su eccema y que aquellos que estaban trabajando habían perdido una media de 5 días de trabajo más que en el año previo.²⁷

En un segundo trabajo de psoriasis referían que el 26% de los pacientes creía que su carrera se había visto afectada por su enfermedad y el 12% indicaban que su salud les impedía trabajar. Además, un 20% comentaban que pasaban menos tiempo en el trabajo por dicha causa.¹⁵

El acné severo se ha estudiado en relación con el desempleo ²⁸. Se analizó el nivel de paro laboral en 625 pacientes con acné (excluyendo estudiantes) y 625

controles. El desempleo fue significativamente mayor en los pacientes de acné de ambos sexos que en los controles, en concreto un 76% más alto en varones (16,2% frente a 9,2%) y un 64% más altos en mujeres (14,35% frente a 8,7%). Es decir, los pacientes con acné severo tienen dificultades para encontrar trabajo y en los que ya están trabajando la promoción laboral se puede ver limitada.

Los anteriores estudios son claros ejemplos de la imbricación existente entre enfermedades dermatológicas, economía y calidad de vida.

TIPOS DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA

La aproximación a la medida de la CVRS en Dermatología puede hacerse mediante instrumentos genéricos que proporcionan una idea global de la calidad de vida y mediante instrumentos específicos que se focalizan en problemas asociados con estados concretos de enfermedad, grupos de pacientes o áreas de función.¹²

Los instrumentos de medida genéricos deben tener una amplitud de mira tanto en lo que se refiere a los objetivos (es decir, cubrir el espectro de función y discapacidad que es relevante para la calidad de vida) como a la aplicabilidad.

Los instrumentos de medida específicos de especialidad se enfocan en aspectos del estado de salud que son propios de un área de interés concreto, en este caso la Dermatología.

Por último, el estudio de la calidad de vida en Dermatología se puede abordar mediante instrumentos de medida específicos de enfermedad. Se les ha dado un valor especial por identificar importantes preocupaciones de pacientes con unas condiciones particulares.

Tanto los test de CVRS genéricos como los específicos para Dermatología se han usado para el estudio de enfermedades y situaciones muy diversas en el campo dermatológico:

- Acné: Skindex-29, EuroQol-5D, SF-36, GHQ y DLQI
- Alopecia androgenética: DLQI

- Enfermedad de Behçet : DLQI y CDLQI ²⁸
- Carcinomas basocelulares: UKSIP y DLQI ²⁹
- Enfermedad de Darier y enfermedad de Hailey-Hailey: DLQI³⁰
- Eccema atópico: DLQI y CDLQI
- Eccema de contacto: DLQI modificado³¹ y DLQI³²
- Herpes genital: SF-36 ³³
- Herpes zóster: NHP ³⁶, entre otras

INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA CVRS PARA DERMATOLOGÍA EN ESPAÑOL

La mayoría de las medidas de CVRS actuales se crearon originalmente en inglés y deben ser traducidas y adaptadas para ser usadas en otras culturas. Aunque se ha publicado un método para seleccionar un instrumento de calidad de vida dermatológico y existen algunas traducciones de test de calidad de vida dermatológicas sólo hay dos publicaciones de adaptación transcultural de un cuestionario de CVRS dermatológico con su proceso de validación.

La creación de versiones adaptadas a otras culturas de test ya existentes y completamente validados en lugar de crear uno nuevo tiene varias ventajas.

En primer lugar se evita el coste y el tiempo consumido en el proceso de desarrollarlo. Además, el uso de una medida estándar permite comparaciones interculturales. Por último, este proceso permite crear medidas estándares para ser usadas tanto por pacientes nativos como por inmigrantes, evitando así el sesgo de seleccionar poblaciones por el idioma y mejorando la medida.

De hecho, Hendrichson et al encontraron que un test en dos idiomas (inglés y español) era más efectivo con pacientes hispanos inmigrantes en Norteamérica que un instrumento escrito únicamente en español.

A continuación comentamos las principales características de los test dermatológicos de los que existe adaptación transcultural al español.

- **Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI])**

DLQI fue desarrollado en Gran Bretaña por Finlay et al para disponer de un instrumento de calidad de vida específico para pacientes de Dermatología.

La versión española del DLQI es un instrumento que consta de 10 ítems y cuyo marco temporal abarca los 7 últimos días. Cada una de las preguntas del cuestionario incluye una escala tipo Likert con 4 posibles respuestas:

«muchísimo», «mucho», «un poco», «en absoluto». Con puntuaciones de 3, 2, 1 y 0, respectivamente, y una quinta opción de respuesta «no procedente». Las dimensiones de salud incluidas son «síntomas y percepciones» (ítems 1- 2), actividades diarias (ítems 3-4), ocio (ítems 5-6), trabajo/estudio (ítem 7), relaciones interpersonales incluyendo la sexualidad (ítems 8-9) y tratamiento (ítem 10). La puntuación final se obtiene mediante la suma de la puntuación de cada ítem y va de 0 (mínimo impacto en la calidad de vida) a 30 puntos (máximo impacto en la calidad de vida). La autoadministración del cuestionario ocupa menos de 10 minutos.

Si bien en términos de fiabilidad y validez convergente la versión española del cuestionario es similar a la versión original, el efecto suelo y la baja sensibilidad al cambio en la mayoría de sus dimensiones puede ser un problema en estudios longitudinales de intervención.

- **SKINDEX-29**

En 1996 la doctora M. M. Chren publicó una medida específica de calidad de vida para pacientes con enfermedad cutánea que denominó Skindex y que desarrolló en Estados Unidos.

Era un cuestionario de 61 ítems, autoadministrado, basado en un marco conceptual creado con aportaciones de pacientes, médicos y enfermeros encargados del cuidado de las enfermedades de la piel. Tenía 8 escalas, cada una cubriendo un constructo o componente abstracto: efectos cognitivos, efectos

sociales, depresión, miedo, situaciones embarazosas, furia-enojo (anger), malestar y limitaciones físicas. Se planteaba al paciente que respondiese a los ítems con respecto a sus percepciones ocurridas en las 4 últimas semanas.

Las respuestas de los ítems se realizaban bien con un sistema de elección entre 5 categorías en relación con la frecuencia con que le ocurriera al paciente el problema planteado (con «nunca» y «todo el tiempo» como extremos), bien con un sistema de elección entre 6 categorías en relación con el grado de acuerdo del paciente respecto a la frase presentada (con «totalmente en desacuerdo» y «totalmente de acuerdo» como extremos). La puntuación de cada escala era una media de las respuestas de los ítems que la componían. La puntuación estaba estandarizada desde 0 (no efecto en la CVRS) hasta 100 (máximo efecto en la CVRS). El paciente medio requería alrededor de 15 minutos para completar el test. La validez del cuestionario se demostró al obtenerse unos resultados adecuados en sus propiedades de medida.

El instrumento original de 61 ítems fue sometido a un proceso explícito de análisis de los mismos y de reducción hasta obtener una versión refinada con unas capacidades evaluativas y discriminativas mejoradas que se denominó Skindex-29. Esta versión de 29 ítems mide los efectos de las enfermedades cutáneas en la calidad de vida de los pacientes en tres escalas: funcional (12 ítems), emocional (10 ítems) y sintomática (7 ítems). Las tres escalas comprenden los tres aspectos a considerar en la estructura de la calidad de vida.

El cuestionario consta de 29 ítems, numerados del 1 al 30, con ausencia del ítem 18. Éste trataba de la problemática que para los pacientes suponía en su vida los tratamientos, pero se eliminó con la idea de que el test pretendía estudiar la CVRS originada por la enfermedad, no por los tratamientos. Por dificultades informáticas y para no alterar los datos recogidos de los otros ítems se dejaron cada uno con su número y se eliminó el número 18 (comunicación personal).

Igual que en Skindex-61, se plantea al paciente que responda a los ítems con respecto a sus percepciones durante las 4 últimas semanas, pero con esta versión el paciente medio requiere alrededor de 5 minutos para completar el test.

Cada ítem tiene una escala de respuesta tipo Likert con 5 posibles opciones. Las escalas tipo Likert presentan descriptores de intensidad del fenómeno en estudio. En este caso las opciones de respuesta a los ítems son: «nunca» (0 puntos), «raramente» (1 punto), «a veces» (2 puntos), «a menudo» (3 puntos) y «todo el tiempo» (4 puntos).

Las puntuaciones de las escalas emocional, funcional y sintomática, así como una puntuación global, se expresan en una escala lineal, variando desde 0 (no efecto en la calidad de vida) hasta 100 (máximo efecto en la calidad de vida).

Este test está completamente validado, es decir, se han estudiado todas las propiedades de medida estándares. En un estudio reciente, Skindex-29 se ha objetivado como predictor significativo para identificar patología psiquiátrica entre pacientes que acudían a una consulta de Dermatología. En concreto, las escalas emocional y funcional se manifestaron como un predictor de morbilidad psiquiátrica mucho más fuerte que la severidad clínica, incluso ajustando las variables sociodemográficas.

Recientemente la doctora Chren ha publicado una versión de 16 ítems con la intención de crear una medida breve para los estudios de calidad de vida en Dermatología. En comparación con Skindex-29 tiene dos nuevas características. Por una parte tiene menos ítems (se han eliminado aquellos en los que la mayoría de los pacientes elegían la misma respuesta) y por otra se explora el grado de molestia en vez de la frecuencia de las experiencias de los pacientes. Esta versión reducida que se presenta en una única página sigue teniendo las mismas tres escalas que la versión anterior, y tras el estudio de sus propiedades de medida se concluye que mide de una forma precisa y sensible cómo las enfermedades de la piel alteran la vida de los pacientes.

1.3 Definición de términos

- **Acné leve:** las lesiones principales no son inflamatorias. Las pápulas y las pústulas pueden aparecer, pero son pequeñas y poco numerosas, generalmente menos de 10.

- **Acné moderado:** existe un mayor número de pápulas, pústulas y comedones entre 10 y 40. El tronco también puede estar afectado.
- **Acné moderadamente grave:** existen numerosas pápulas y pústulas entre 40 y 100, normalmente con lesiones nodulares infiltrantes y profundas. Las áreas de piel afectada se extienden además de la cara, al torso y espalda.
- **Acné grave:** a este grupo pertenece el acné noduloquístico y el acné conglobata caracterizado por muchas lesiones nodulares grande, doloroso y lesiones pustulosas, junto con muchas pequeñas pápulas, pústulas y comedones.
- **Acné vulgar:** Se caracteriza por la presencia de comedones, pápulas, pústulas, quistes y nódulos en cara cuello parte superior del tronco y hombros. Es el típico de los adolescentes, y según la intensidad de las lesiones se habla de varios tipos.
- **Calidad de vida en dermatología:** es un concepto que hace alusión a varios niveles de generalización pasando por sociedad, comunidad, hasta el aspecto físico y mental.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Tipo de investigación

Responde a un enfoque cuantitativo, donde el tipo de estudio es observacional, retrospectivo, longitudinal.

2.2 Diseño de investigación

No experimental.

2.3 Población y muestra

Población

Estuvo conformado por 96 jóvenes que acudieron a una Clínica Privada de Lima Metropolitana entre los meses de agosto y octubre del 2015.

- Casos: Pacientes con acné en la cara (evolución de la enfermedad entre 3 meses y 3 años, con acné juvenil inflamatorio)
- Controles: Pacientes sin acné

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Edades de 17 a 25 años.
- Ambos sexos
- Autorización de los padres para los menores de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con comorbilidad dermatológica.

Muestra

No fue necesario determinar el tamaño de muestra en vista que se tuvo la base completa del marco muestral actualizado. En este sentido, se trabajó con el total de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

2.4 Métodos de recolección de datos. Instrumentos.

Para efectos de la presente investigación se utilizó una escala estandarizada que se aplicó a los pacientes en forma individual.

Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI]); fue desarrollado en Gran Bretaña por Fin-lay para disponer de un instrumento de calidad de vida específico para pacientes de Dermatología. La versión española del DQLI es un instrumento que consta de 10 ítems y cuyo marco temporal abarca los 7 últimos días. Cada una de las preguntas del cuestionario incluye una escala tipo Likert con 4 posibles respuestas: «muchísimo», «mucho», «un poco», «en absoluto». Con puntuaciones de 3, 2, 1 y 0, respectivamente, y una quinta opción de respuesta «no procedente». Las dimensiones de salud incluidas son «síntomas y percepciones» (ítems 1- 2), actividades diarias (ítems 3-4), ocio (ítems 5-6), trabajo/estudio (ítem 7), relaciones interpersonales incluyendo la sexualidad (ítems 8-9) y tratamiento (ítem 10). La puntuación final se obtiene mediante la suma de la puntuación de cada ítem y va de 0 (mínimo impacto en la calidad de vida) a 30 puntos (máximo impacto en la calidad de vida). La autoadministración del cuestionario ocupa menos de 10 minutos.

Consideraciones en el llenado:

1. Si una pregunta es dejada sin contestar, su puntaje es 0.
2. Si dos o más preguntas son dejadas sin contestar, el cuestionario no será puntuado.

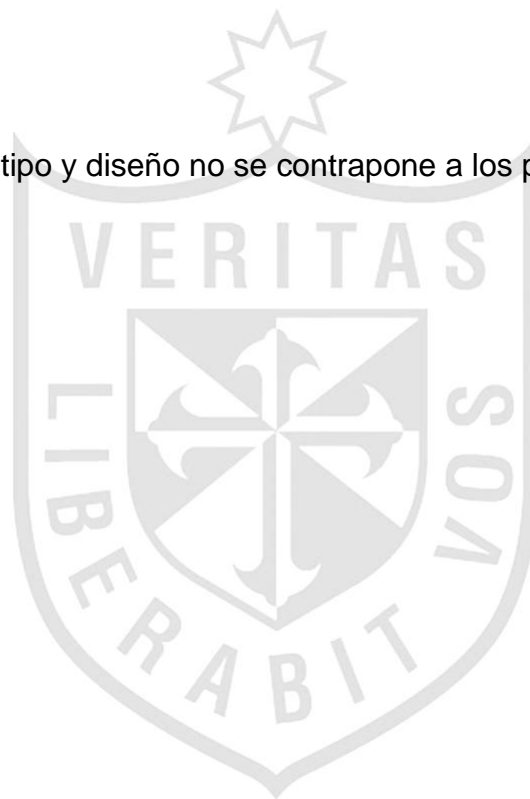
3. Si dos o más respuestas son marcadas, se tomará en cuenta la de mayor puntaje.
4. Si hay una respuesta entre dos casillas, se tomará en cuenta la de menor puntaje.

2.5 Procesamiento de datos

Los datos se procesaron con el SPSS v23, se presenta la data ene estadística descriptiva, χ^2 y pruebas de correlación.

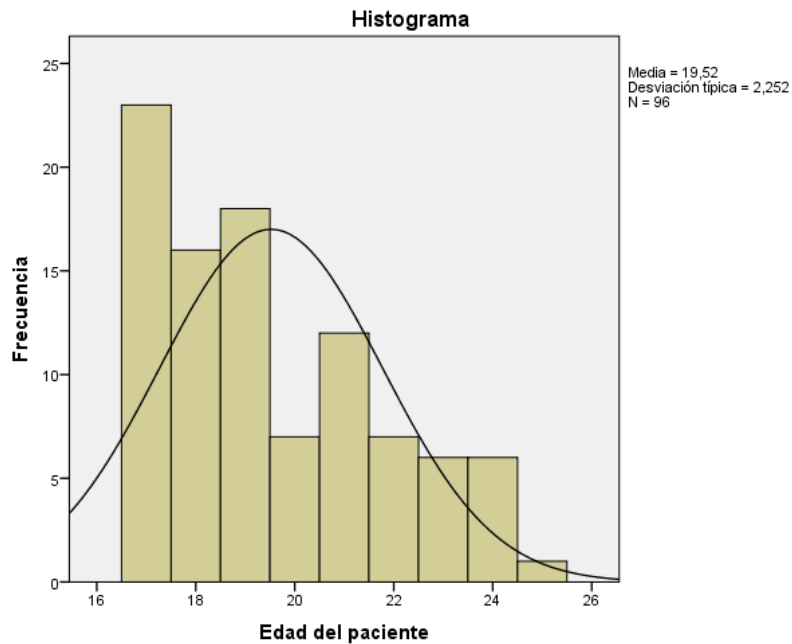
2.6 Aspectos éticos

El estudio por su tipo y diseño no se contrapone a los principios éticos.



CAPÍTULO III RESULTADOS

GRÁFICO No 01. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL EN ESTUDIO SEGÚN EDAD - 2015



Fuente: Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI])

La edad media de la Población total es 19.52 años con una desviación típica de 2.25 años.

TABLA No 01. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL EN ESTUDIO SEGÚN SEXO – 2015

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	53	55,2
	Femenino	43	44,8
	Total	96	100,0

Fuente: Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI])

El 55.2% (53/96) de la población total en estudio son del sexo masculino.

TABLA No 02. EDAD Y SEXO DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO– 2015

Variable	Con acné	Sin acné	P valor
EDAD	19.91 años	19.33 años	0.238
SEXO			
Masculino	56.3%	54.7%	
Femenino	43.8%	45.3%	

Grupos homogéneos.

TABLA No 03. POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN OCUPACIÓN – 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	Colegio	7	7,3	7,3
	Instituto	27	28,1	35,4
Válidos	Universidad	42	43,8	79,2
	Trabajo	20	20,8	100,0
	Total	96	100,0	

Fuente: Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI])

El 79.2% (76/96) de los pacientes evaluados son estudiantes (Colegio/Instituto/Universidad).

**TABLA No 04. POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN PRESENCIA DE ACNÉ
– 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	32	33,3	33,3
	No	64	66,7	100,0
	Total	96	100,0	

Fuente: Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI])

El 33.3% (32/96) de los pacientes evaluados presenta acné juvenil inflamatorio

**TABLA No 05. VALORACION DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA
POBLACION CON ACNE – 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Afecta poco la calidad de vida del paciente	3	9,4	9,4
	Afecta mucho la calidad de vida del paciente	14	43,8	53,1
	Afecta moderadamente la calidad de vida del paciente	15	46,9	100,0
	Total	32	100,0	

Fuente: Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI])

El 46.9% (15/32) de los pacientes con acné tienen afectada moderadamente su calidad de vida.

TABLA No 06. ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y SEXO – 2015

		Sexo del paciente		Total
		Masculino	Femenino	
Valoración Calidad de Vida	No afecta la calidad de vida del paciente	35	29	64
	Afecta poco la calidad de vida del paciente	3	0	3
	Afecta mucho la calidad de vida del paciente	8	6	14
	Afecta moderadamente la calidad de vida del paciente	7	8	15
Total		53	43	96

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,905 ^a	3	,407
Razón de verosimilitudes	4,032	3	,258
Asociación lineal por lineal	,115	1	,735
N de casos válidos	96		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una **frecuencia esperada inferior a 5**. La frecuencia mínima esperada es 1,34.

Reagrupar Calidad de vida para prueba Fisher Calidad de vida no afectada / Calidad de vida afectada

		Sexo del paciente		Total
		Masculino	Femenino	
Calidad de vida	Calidad de vida no afectada	35	29	64
	Calidad de vida afectada	18	14	32
Total		53	43	96

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,021 ^a	1	,885	1,000	,530
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,021	1	,885		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,021	1	,885		
N de casos válidos	96				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,33.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

No existe asociación estadísticamente significativa entre acné juvenil inflamatorio y sexo del paciente ($p=0.530$).

**TABLA No 07. ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y OCUPACION –
2015**

		Ocupación del paciente				Total
		Colegio	Instituto	Universidad	Trabajo	
Valoración Calidad de Vida	No afecta la calidad de vida del paciente	5	17	28	14	64
	Afecta poco la calidad de vida del paciente	0	2	1	0	3
	Afecta mucho la calidad de vida del paciente	2	4	5	3	14
	Afecta moderadamente la calidad de vida del paciente	0	4	8	3	15
Total		7	27	42	20	96

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,190 ^a	9	,817
Razón de verosimilitudes	6,475	9	,692
Asociación lineal por lineal	,027	1	,870
N de casos válidos	96		

a. 11 casillas (68,8%) tienen una **frecuencia esperada inferior a 5**.
La frecuencia mínima esperada es ,22.

Reagrupar Calidad de vida para prueba Fisher Calidad de vida no afectada / Calidad de vida afectada

Reagrupar Ocupación para prueba Fisher Estudia / Trabaja

		Ocupación		Total
		Estudia	Trabaja	
Calidad de vida	Calidad de vida no afectada	50	14	64
	Calidad de vida afectada	26	6	32
Total		76	20	96

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,126 ^a	1	,722	,795	,472
Corrección por continuidad ^b	,008	1	,929		
Razón de verosimilitudes	,128	1	,721		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,125	1	,724		
N de casos válidos	96				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,67.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

No existe asociación estadísticamente significativa entre acné juvenil inflamatorio y Ocupación ($p=0.472$).

TABLA No 08. ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y EDAD – 2015

		Edad agrupada		Total
		17 a 20 años	21 a 25 años	
Calidad de vida	Calidad de vida no afectada	44	20	64
	Calidad de vida afectada	20	12	32
Total		64	32	96

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,375 ^a	1	,540		
Corrección por continuidad ^b	,146	1	,702		
Razón de verosimilitudes	,372	1	,542		
Estadístico exacto de Fisher				,647	,348
Asociación lineal por lineal	,371	1	,542		
N de casos válidos	96				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,67.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

No existe asociación estadísticamente significativa entre acné juvenil inflamatorio y Edad ($p=0.348$).

TABLA No 09. CORRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y ACNÉ JUVENIL INFLAMATORIO – 2015

Correlaciones

		Paciente con acné?	Valoración Calidad de Vida
Rho de Spearman	Paciente con acné?	1,000	-,978**
	Coeficiente de correlación	.	,000
	Sig. (bilateral)	96	96
Valoración Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	-,978**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	96	96

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Existe una correlación negativa perfecta (Rho=-0.978). A mayor presencia de acné menor calidad de vida. ($p > 0.05$).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Los adolescentes y jóvenes suelen sufrir de acné, internacionalmente las estadísticas muestran que 8 de cada 10 puede tener este problema dermatológico.² El acné es muy frecuente. Desde el año 2001 se tiene claro que es la dermatosis más frecuente en las consultas dermatológicas privadas y pública (62% y 44% respectivamente).²⁶

En la clínica en la cual se desarrolló la presente investigación – reservamos el nombre a pedido expreso de la misma – el 72% de las consultas es por acné, con una mayor frecuencia entre los 17 y 25 años (media etarea de la población en estudio 19.52 años) (Gráfica No 01). La investigación para el logro de sus objetivos homogenizó dos grupos de pacientes: Con y sin acné, en el primer caso la edad media es 19.91 años y en el segundo 19.33 años ($p=0.238$); y con respecto a sexo de los pacientes, Masculino: 46.3% y 54.3% respectivamente (Tabla No 01).

Con respecto a la ocupación de los participantes del estudio, es socialmente aceptado que los individuos entre 17 y 25 años se encuentren formándose académicamente – principalmente – por ello era de esperar que un 79.2% de la población que participó en la investigación sean estudiantes (Tabla No 03). Este es un detalle clave para entender los resultados de la investigación, sea el colegio, instituto o universidad son ambientes donde se encuentra mucha juventud, ambientes que de alguna u otra manera presionan socialmente y estigmatiza a los individuos, no soslayemos la necesidad del ser humano de formar vínculos sociales para fortalecer su desarrollo psicológico y cognitivo. Un problema de salud, peor aún dermatológico evidentemente difícil de cubrir o disimular como el acné afectará – en la muchos casos – a estas relaciones sociales.

La relación paciente con o sin acné fue de 1:2 (Tabla No 02).

Determinar la calidad de vida de una persona que sufre un problema de salud (CVS) tiene varias aristas, internacionalmente se han reconocido muchas formas de medirla ⁽³⁵⁻⁴²⁾, entre los test formulados en los últimos 20 años, es el Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI]) quien mejor se adaptó a las necesidades de la presente investigación. DLQI es un instrumento de calidad de vida específico para pacientes de Dermatología, en este caso, pacientes con acné.

La investigación no solo buscó la asociación y relación entre acné y calidad de vida sino también evaluar las dimensiones en las cuales se desarrolla esta calidad de vida, dimensiones que son otorgadas por el instrumento utilizado.

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar experimentado por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales. La calidad de vida se conceptualiza, en la totalidad de instrumentos para este fin, de acuerdo con un sistema de valores estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar. En medicina el enfoque de calidad de vida se limita a lo relacionado con la enfermedad o con los efectos del tratamiento.

Si partimos que el DLQI nos permite conocer la afectación de la calidad de vida en ambos extremos: Sin afectación y afectación extrema de la CVS, la cual la representa en forma porcentual como 0% y 100% respectivamente, los resultados nos han brindado información importante a tomar en cuenta para el desarrollo de estrategias, sobre todo soporte emocional, para los pacientes con problemas de calidad de vida por acné.

El 78% de los pacientes con acné ven afectada su calidad de vida en la dimensión "síntomas/sentimiento", en el rango 0% a 100% que otorga el DLQI, mínimamente en un 50%. (Gráfico No 02). Esta dimensión incluye malestar propio de la lesión dermatológica (picazón, ardor) y el sentimiento de vergüenza

por su presencia. El impacto psicológico negativo en los pacientes con acné juvenil es una realidad aceptada, y ha pasado de ser una situación anecdótica a una situación preocupante para quien padece de acné, más aun cuando existe evidencia de que la tensión psicológica puede producir exacerbaciones de la enfermedad.⁴¹⁻⁴⁵ El acné está rodeado de un fuerte componente emocional.

El paciente con acné tiene síntomas de ansiedad, depresión, angustia y frustración^{55,58,62}; acné excoriado y otras manifestaciones faciales de tipo acneiforme pueden ser manifestaciones de alteraciones mentales subyacentes.^{33,62} Se puede decir que el paciente con acné juvenil tiene afectada su calidad y estabilidad de vida emocional, por lo que la corrección médica de esta enfermedad puede amortiguar y revertir algunas de sus secuelas psicológicas. Para la población estudiada el problema es latente, vergüenza.

Los individuos entre 17 y 25 años son dinámicos y socialmente activos, van de compras, al cine, reuniones sociales, visten a la moda, buscan que el entorno los perciba como modernos y sociales.²⁰⁻³⁰ La investigación determinó que el 42.8% de los pacientes con acné ven afectada su calidad de vida en la dimensión “actividades diarias”, en el rango 0% a 100% que otorga el DLQI, mínimamente en un 50%. (Gráfico No 03). Entendamos actividad diaria como el hecho de salir de compras o en la elección de la ropa a vestir para sus actividades diarias. Actualmente se conceptualiza el acné juvenil como una enfermedad que al afectar la imagen corporal puede dar lugar a repercusiones psicológicas, y que el tratamiento va más allá de mejorar la piel. Este aspecto es muy importante, el tratamiento médico debería estar acompañado de un abordaje psicológico para que el paciente tenga mejores actitudes sobre el tratamiento, mejore su aspecto a mediano plazo y evite las cicatrices que pueden ser permanentes. Este abordaje psicológico evita las secuelas en el ámbito psicosocial.^{41,51,52,60}

La investigación determinó que el 33.3% de los pacientes con acné ven afectada su calidad de vida en la dimensión “ocio”, en el rango 0% a 100% que otorga el DLQI, mínimamente en un 50%. (Gráfico No 04). Entendamos como ocio la forma en que influyo la presencia del acné en sus actividades sociales/recreativas y en

el desarrollo de deporte. Como se ha mencionado líneas arriba existe una relación entre el acné juvenil y el estado mental del paciente, lo cual debe tenerse presente para poder ofrecer un tratamiento integral, tomando en cuenta que la intervención terapéutica en fases tempranas de la enfermedad puede ahorrar al paciente sufrimiento psicológico y el establecimiento de problemas mentales serios aun cuando no se trate de un acné juvenil muy grave, lo que repercutirá, indudablemente, en su calidad de vida. Cuando el individuo modifica su comportamiento social, es indudable que hay un problema de aceptación propio y que posiblemente se traslade a una percepción de no aceptación del entorno.

El 53% de los pacientes con acné ven afectada su calidad de vida en la dimensión “trabajo/estudio”, en el rango 0% a 100% que otorga el DLQI, en un 100%. (Gráfico No 05). Después del hogar el centro de estudio y/o trabajo alberga a los individuos muchas horas al día (a veces más horas que el propio hogar), cuando se dice que el acné dificulto tu desarrollo en esos ámbitos sociales del desarrollo humano es preocupante, el paciente podría dejar sus espacios sociales por la enfermedad. El acné afecta más a las personas inseguras.^{42,44,56} La gente que sufre de acné, aunque no sean casos excesivos ni graves y es emocionalmente insegura puede sufrir unos efectos psicológicos mayores. Esto condiciona su calidad de vida y dificulta la relación que tienen con los demás, estas relaciones son principalmente en el trabajo o en el centro de estudios. La inseguridad hace que aparezca el miedo al rechazo.

La investigación determinó que el 25% de los pacientes con acné ven afectada su calidad de vida en la dimensión “relaciones interpersonales incluyendo la sexualidad”, en el rango 0% a 100% que otorga el DLQI, mínimamente en un 33%. (Gráfico No 06). Entendamos sexualidad como las relaciones interpersonales en torno al amor y no necesariamente como sexo.

Un individuo entre los 17 y 25 años sienten la necesidad de sentirse integrado y formar parte de un grupo, esta es una o la principal puerta para su desarrollo en sexualidad. No se refiere solo a un tema de amistades sino también al hecho de sentirse atractivo para el sexo opuesto algo en lo que, sin duda para sociedades

como en la peruana, la estética juega un papel muy importante. El padecer acné – en zonas visibles - puede generar autoexclusión del grupo por temor al futuro rechazo. En estos casos la autoestima baja hasta límites insospechados.

El 100% de los pacientes con acné ven afectada su calidad de vida en la dimensión “tratamiento”, en el rango 0% a 100% que otorga el DLQI, en un 33%. (Gráfico No 07). Entiéndase en esta dimensión el tiempo que se usa para el tratamiento y el desorden que esto genera en los tiempos del paciente. Sin duda que el uso de lociones, jabones, cremas u otros impacta sobre la vida del paciente. Si bien es cierto que las complicaciones del acné son escasas, las consecuencias psicológicas del acné son bastante amplias, por ello podría explicarse la preocupación del paciente en su tratamiento. Algunas investigaciones han revelado que el 91% de los adolescentes considera que lo más importante para ellos es su aspecto físico, por encima de su vida social o académica y aproximadamente el 75% de los adolescentes/jóvenes señala que lo primero que notaban en la cara de una persona con acné era el aspecto de su piel. ^{42,44,52,59}

El análisis total del Dermatology Life Quality Index (DLQI) determinó que el 9.4% de los pacientes con acné manifestó sentirse poco afectado en su calidad de vida, el 43.8% de sufrir mucha afectación sobre su calidad de vida y el 46.9% afectación moderada. Sin duda que existe una afectación sobre la calidad de vida de quienes padecen acné.

En cuanto a relación de la calidad de vida y el sexo del paciente no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0.530$), si bien es cierto por lo general, las mujeres suelen ser víctimas en mayor medida de los efectos psicológicos del acné – por lo tanto sobre su calidad de vida – esto no se ve reflejado en la investigación. La teoría manifiesta que la mayor afectación en las mujeres se da por estar sometidas a cambios hormonales.

En cuanto a relación de la calidad de vida y el edad del paciente no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0.348$), y tampoco asociación con ocupación ($p=0.472$).

El objetivo de la investigación es determinar la relación entre calidad de vida y acné, se determinó un $Rho=-0.978$, con un nivel de significancia $p<0.000$. La presencia de acné afecta directamente sobre la calidad de vida de quienes la padecen. Mayor acné menor calidad de vida (correlación negativa perfecta) (Tabla No 05).



CONCLUSIONES

- En todas las dimensiones evaluadas (síntoma/sentimiento, actividad diaria, ocio, trabajo/estudio, relaciones personales y tratamiento) existe un porcentaje no menor al 33% de pacientes afectados en su calidad de vida.
- No existe asociación estadísticamente significativa entre calidad de vida (CVS) y edad, sexo u ocupación ($p > 0.05$).
- Existe una correlación negativa perfecta entre la presencia de acné y calidad de vida (CVS).



RECOMENDACIONES

- Las atenciones dermatológicas debieran estar acompañadas de una evaluación de la calidad de vida del paciente, sobre todo pacientes cuyas edades lo hace vulnerable al entorno en el que se desarrolla.
- La atención dermatológica debe ir acompañada de tratamiento psicológico en los pacientes con acné.



FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Rademaker M, Garioch JJ, Simpson NB. Acne in school children: no longer a concern for dermatologists. *BMJ*. 1989; 298:1217-19.
2. Tan JK, Vasey K, Fung K. Beliefs and perception of patients with acne. *J Am Acad Dermatol*. 2001; 44:439-45.
3. Falcón L, León Y, Lugo A. Cuestionario General Cubano de Calidad de Vida en Dermatología: estudio comparativo en pacientes con Acné vulgar. *Folia dermatol cubana* 2008; 2(1) 22-31.
4. Acosta J, Krüger H, Huayanay L. Depresión y síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de dermatología de un hospital general de Lima. *Rev Neuropsiquiatr*. 2010; 73(4): 126-135
5. Cordero N, Tejeda J. Calidad de vida percibida por los pacientes con Xeroderma Pigmentoso en Villa Clara. *Medicentro (Villa Clara)*. 2010; 14(4) 62-83.
6. Gutiérrez E, Chía H, Galarza C, Ramos W. Enfermedades dermatológicas en un servicio académico asistencial universitario de Lima-Perú, 2004-2007. *Dermatol. Perú*. 2009; 19(4): 306-313.
7. Carazo B, Lafalla O, García R. Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con ovario poliquístico. *Medisur*. 2014; 12(2): 408-415.
8. Rojas P, Navarro R. Factores involucrados en la automedicación de pacientes con acné juvenil. *Dermatol. Perú*. 2011; 21(3): 103-108.
9. Arroyave F, Jaramillo A, Jaramillo C, Lopera M. Estadísticas del Servicio Dermatología del Instituto de Ciencias de la Salud –CES- de 1995 a 1999. *CES med*. 2000; 14(2): 13-17.
10. Vivas S, Lizama D, Nizar R. Calidad de Vida en Pacientes con Diagnóstico de Psoriasis: Servicio de Dermatología, Ciudad Hospitalaria "Enrique Tejera". Valencia, Venezuela 2011. *Comunidad salud*. 2012; 10(1): 29-34.
11. Ferrándiz C, García A, Lizán L, Bermúdez L, Badia X. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida relacionada con la salud. *Med. clin (Ed. impr.)*. 2007; 128(9): 325-329.

12. Restrepo C, Escobar C, Mejía A. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. *Latreia*. 2013; 26(4): 467-475.
13. Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart SL. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol*. 1999;140:672-6.
14. Herane I. Actualización terapéutica en acné vulgaris. *Dermatol Pediatr Lat*. 2005; 3:5-19.
15. Daniel F, Dreno B, Poli F, Auffret N. Descriptive epidemiological study of acne on scholar pupils in France during autumn 1996. *Ann Dermatol Venerol*. 2000;127:273-8.
16. Schafer T, Nienhaus A, Vieluf D, Berger J, Ring J. Epidemiology of acne in the general population: the risk of smoking. *Br J Dermatol*. 2001; 145:100-4.
17. Adebamowo C, Spiegelman D, Danby F, Frazier A. High school dietary dairy intake and teenage acne. *J Am Acad Dermatol*. 2005; 52(2):360-2.
18. Smithard A, Glazebrook C, Williams H. Acne prevalence, knowledge about acne and psychological morbidity in mid-adolescence: a communitybased study. *Br J Dermatol*. 2001; 145:274-9.
19. James W. Acne. *N Eng J Med*. 2005; 352:1463-72.
20. Cunliffe J, Meynadier J, Alirezai M, George S, Coutts I. Is combined oral and topical therapy better than oral therapy alone in patients with moderate to moderately severe acne vulgaris? A comparison of the efficacy and safety of lymecycline plus adapalene gel 0.1%, versus lymecycline plus gel vehicle. *J Am Acad Dermatol*. 2003; 49(3):218-26.
21. Burke M, Cunliffe W. The assessment of acne vulgaris: The Leeds grading technique. *Br J Dermatol*. 1984; 111: 82-93.
22. Atkan S, Ozmen E, Sanli B. Anxiety, depression and nature of acne vulgaris in adolescents. *Int J Dermatol*. 2000; 39:354-357.
23. Kilkenny M, Merlin K, Plunkett A. The prevalence of common skin conditions in Australian school students. *Br J Dermatol*. 1998; 138:840-5.
24. Pearl A, Arroll B, Lello J, Birchall N. The impact of acne: a study of adolescent's attitudes, perception and knowledge. *N Z Med J*. 1998; 111:269-71.

25. Tallab T. Beliefs, perceptions and psychological impact of acne vulgaris among patients in the Assir region of Saudi Arabia. *West Afr J Med*. 2004; 23:85-7.
26. Gouldein V, Mcgeow M, Cunliffe W. The familial risk of adult acne: a comparison between first-degree relatives of affected and unaffected individuals. *Br J Dermatol*. 1999; 141:297-300.
27. Purvis D, Robinson E, Watson P. Acne prevalence in secondary school students and their perceived difficulty in accessing acne treatment. *N Z Med J*. 2004; 117:U1018.
28. Cunliffe W. Acne and unemployment. *Br J Dermatol*. 1986; 115:386.
29. Mills C, Peters T, Finlay A. Does smoking influence acne? *Clin Exp Dermatol*. 1993; 18:100-1.
30. Basra MKA, Sue-Ho R, Finlay AY. The Family Dermatology Life Quality Index: measuring the secondary impact of skin disease. *Br J Dermatol*. 2007; 156(3):528-38.
31. Basra MKA, Finlay AY. The family impact of skin diseases: the Greater Patient concept. *Br J Dermatol*. 2007; 156(5):929-37.
32. Lugo LH, García HI, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2006; 24(2):37-50.
33. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item shortform health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Care Med*. 1992 Jun; 30(6):473-83.
34. Ware JE, Keller SD, Gandek B, Brazier JE, Sullivan M. Evaluating translations of health status questionnaires. Methods from the IQOLA project. *International Quality of Life Assessment*. *Int J Technol Care evaluar la salud*. 1995; 11(3):525-51.
35. Abeni D, Picardi A, Pasquini P, Melchi CF, Chren MM. Further evidence of the validity and reliability of the Skindex-29: an Italian study on 2,242 dermatological outpatients. *Dermatology*. 2002; 204(1):43-9.
36. Lewis V, Finlay AY. 10 years' experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2004; 9(2):169-80.
37. Chren MM, Lasek RJ, Flocke SA, Zyzanski SJ. Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of Skindex, a quality-of-life

instrument for patients with skin diseases. *Arch Dermatol.* 1997; 133(11):1433–40.

38. Korte J, Sprangers MA, Mombers FM, Bos JD. Quality of life in patients with psoriasis: a systematic literature review. *J Investig Dermatol Symp Proc.* 2004; 9(2):140–7.

39. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res.* 2004; 13(2):299–310.

40. Kim DY, Lee JW, Whang SH, Park YK, Hann S-K, Shin YJ. Quality of life for Korean patients with vitiligo: Skindex-29 and its correlation with clinical profiles. *J Dermatol.* 2009;36(6):317–22.

41. Fernandez P, Jones M, Espallardo O, García A. Comparison of Skindex-29, Dermatology Life Quality Index, Psoriasis Disability Index and Medical Outcome Study Short Form 36 in patients with mild to severe psoriasis. *Br J Dermatol.* 2012; 166(4):884–7.

42. Velarde E, Avila C. [Methodological considerations for evaluating quality of life]. *Salud Pública Mex.* 2002; 44(5):448–63.

43. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med.* 1996; 334(13):835–40.

44. Chren M. Interpretation of quality-of-life scores. *J Invest Dermatol.* 2010; 130(5):1207–9.

45. Panzarelli A. Calidad de vida y enfermedades cutáneas. *Dermatol Venez.* 2008; 46(4):3–4.

46 Badia X, Díez-Pérez A, Lahoz R, Lizán L, Nogués X, Iborra J. The ECOS-16 questionnaire for the evaluation of health related quality of life in postmenopausal women with osteoporosis. *Qual Health Outcomes vida.* 2004; 2:41.

47. Finlay AY, Ryan TJ. Disability and handicap in dermatology. *Int J Dermatol.* 1996; 35(5):305–11.

48. Hundley JL, Carroll CL, Lang W, Snively B, Yosipovitch G, Feldman SR, et al. Cutaneous symptoms of dermatomyositis significantly impact patients' quality of life. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 54(2):217–20.

49. Dubois M, Baumstarck K, Gaudy C, Richard M, Loundou A. Quality of life in alopecia areata: a study of 60 cases. *J Invest Dermatol.* 2010; 130(12):2830–3.
50. Ramírez R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Rev. Col. Cardiol.* 2007; 14(4):207–22.
51. Lasek R, Chren M. Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. *Arch Dermatol.* 1998; 134(4):454–8.
52. Gilson BS, Gilson JS, Bergner M, Bobbit RA, Kressel S, Pollard WE, et al. The sickness impact profile. Development of an outcome measure of health care. *Am J Public Health.* 1975; 65(12):1304–10.
53. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care.* 1981; 19(8):787–805.
54. Blackford S, Roberts D, Salek MS, Finlay A. Basal cell carcinomas cause little handicap. *Qual Life Res.* 1996; 5(2):191–4.
55. Szabo S. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) assessment instrument. In: Spilker B, editor. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials.* New York: Lippincott Williams & Wilkins; 1996. p. 355–62.
56. Escobar A, Quintana J, Bilbao A, Azkarate J, Guenaga J. Validation of the Spanish version of the WOMAC questionnaire for patients with hip or knee osteoarthritis. *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index. Clin Rheumatol.* 2002; 21:466-71.
57. Escriba V, Mas R, Flores E. Validación del Job Content Questionnaire en personal de enfermería hospitalario. *Gac Sanit.* 2001; 15:142-9.
58. Martínez P, Frades B, Jiménez FJ, Pondal M, López J. La versión española del PDQ-39: fiabilidad y correlación con Short Form Health Survey (SF-36). *Neurologia.* 1999; 14:159-63.
59. Quintana JM, Cabriada J, López de Tejada I. Traducción y validación del Índice de Calidad de Vida Gastrointestinal (GIQLI). *Rev Esp Enferm Dig.* 2001; 93:693-706.
60. Rebollo P, Ortega F, Ortega T, Valdes C, García M, Gómez E. Spanish validation of the Kidney Transplant Questionnaire: a useful instrument for

assessing health related quality of life in kidney transplant patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1:56.

61. Torrens C, Orient F, Vila F, Escalada F, Marín M. Análisis comparativo entre la escala de constant y el cuestionario de salud SF-36 en pacientes con patología subacromial. *Rev Ortop Traumatol*. 2000; 44:447-51.

62. Badia X, Prieto L, Roset M, Díez A, Herdman M. Development of a short osteoporosis quality of life questionnaire by equating items from two existing instruments. *J Clin Epidemiol*. 2002; 55:32-40.

63. Escriba V, Mas R, Cárdenas M, Pérez S. Validación de la escala de estresores laborales en personal de enfermería: «the nursing stress scale». *Gac Sanit*. 1999; 13:191-200.

64. Santamaría GV. Acné vulgar o juvenil. *Rev Centr Dermatol Pascua* 2000; 9: 49-56.

65. Gómez M, Vidaurri LM. Importancia epidemiológica del acné. Resultados preliminares de un estudio epidemiológico de las principales dermatosis. *Dermatol Rev Mex* 2003; 47: 95-97.

66. Primer Consenso Mexicano para el Manejo del Acné. *Dermatol Rev Mex* 2003; 47(2): 98-100.

67. Torres LV et al. Acné y rosácea. PAC de Dermatología. 1a ed.No. 7, Acné. Pp. 20-21; Intersistemas, México, 2000.

68. Koo JY, Smith LL. Psychologic aspects of acne. *Ped Dermatol* 1991; 8: 185-188.

69. Mulder MM, Sigurdsson V, van Zuuren EJ et al. Psychosocial impact of acne vulgaris. Evaluation of the relation between a change in clinical acne severity and psychosocial state. *Dermatology* 2001; 203(2): 124-130.

70. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Mex* 2002; 44(5): 448-463.

71. Brazier JE, Harper R, Jones NMB, O'Cathain A, Usherwood T, Westlake J. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *Br Med Jour* 1992; 305: 60-164.

72. Ware JE. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center 1993.

73. McHorney CA, Ware JE (Jr), Raczek, AE. The MOS 36-Item short form health survey (SF-36): II. Psychometric and Clinical Tests of validity in

measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993; 31(3): 247-263.

74. Ware JE. The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). In Sederer, L. I & Dickey, B. *Outcomes Assessment in Clinical Practice*. Baltimore: Williams and Wilkins 1996.

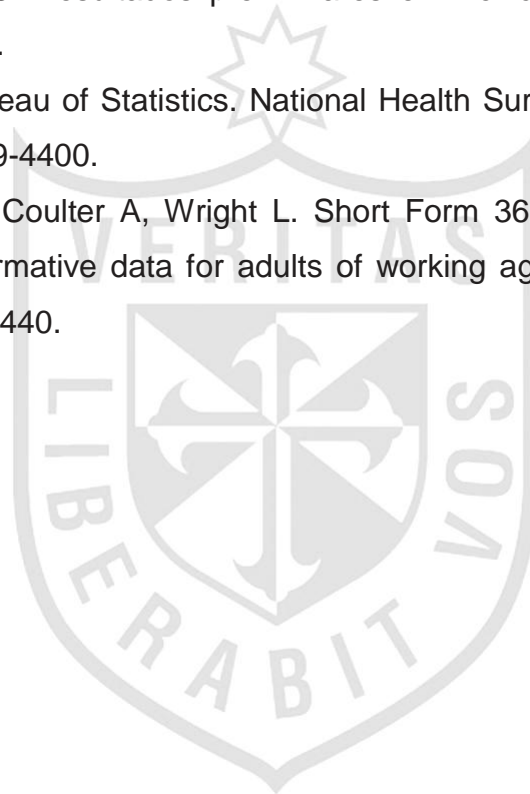
75. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36.) I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30: 473-483.

76. Ware JE. SF-36 Health survey update. *Spine* 2000; 25(24): 3130-3139.

77. Zuñiga AM, Carrillo JGT, Fos PJ et al. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36. Resultados preliminares en México. *Salud Pública Mex* 1999; 41: 110-118.

78. Australian Bureau of Statistics. *National Health Survey: SF-36 Population Norms*. 1995; 4399-4400.

79. Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short Form 36 (SF-36 health survey questionnaire: Normative data for adults of working age. *Br Med Jour* 1993; 306(6890): 1437-1440.



ANEXOS



ANEXO 01: Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI])

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA – DERMATOLOGÍA

El objetivo de este cuestionario consiste en determinar qué efecto ha tenido su problema de la piel en su vida DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor marque con una “X” una casilla para cada pregunta.

- | | | | | | |
|----|---|---------------------------------------|--|--------------|--------------------------|
| 1. | Durante la última semana, ¿ha sentido picazón, dolor o ardor en la piel o la ha tenido dolorida? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | | |
| 2. | Durante la última semana, ¿se ha sentido avergonzado/a o cohibido/a debido a su piel? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | | |
| 3. | Durante la última semana, ¿le ha molestado su condición de la piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o el jardín? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en la elección de la ropa que lleva? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar deportes debido a su condición de la piel? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel trabajar o estudiar? | Sí
No | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| | Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el trabajo o en sus estudios? | Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | | |
| 8. | Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |

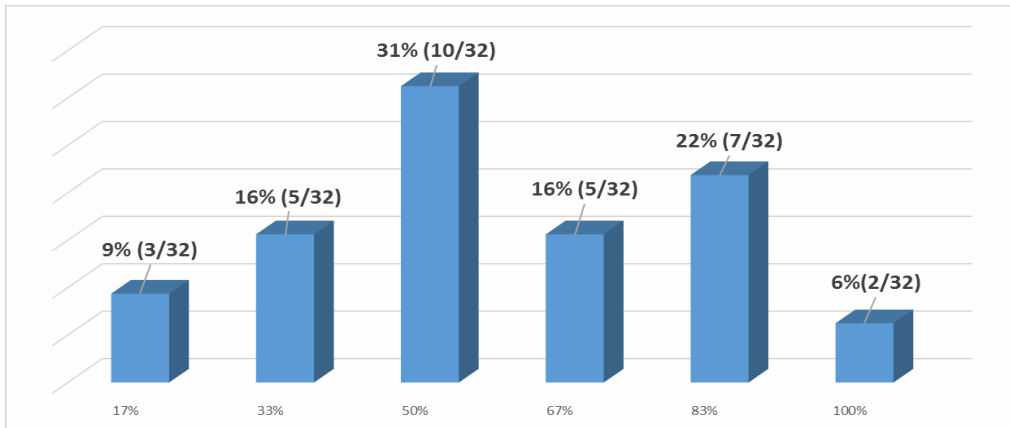
10. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su **tratamiento** de la piel, por ejemplo, ocupándole tiempo o ensuciando o desordenando su casa?
- | | | |
|-----------|--------------------------|---------------------------------------|
| Muchísimo | <input type="checkbox"/> | |
| Mucho | <input type="checkbox"/> | |
| Un poco | <input type="checkbox"/> | |
| Nada | <input type="checkbox"/> | Sin relación <input type="checkbox"/> |

Por favor verifique que ha contestado a TODAS las preguntas. Muchas gracias.



ANEXO 02. ESTADISTICA COMPLEMENTARIA

**GRÁFICO No 02. AFECTACION DE LA CALIDAD DE VIDA:
“SÍNTOMAS/SENTIMIENTOS” - 2015**

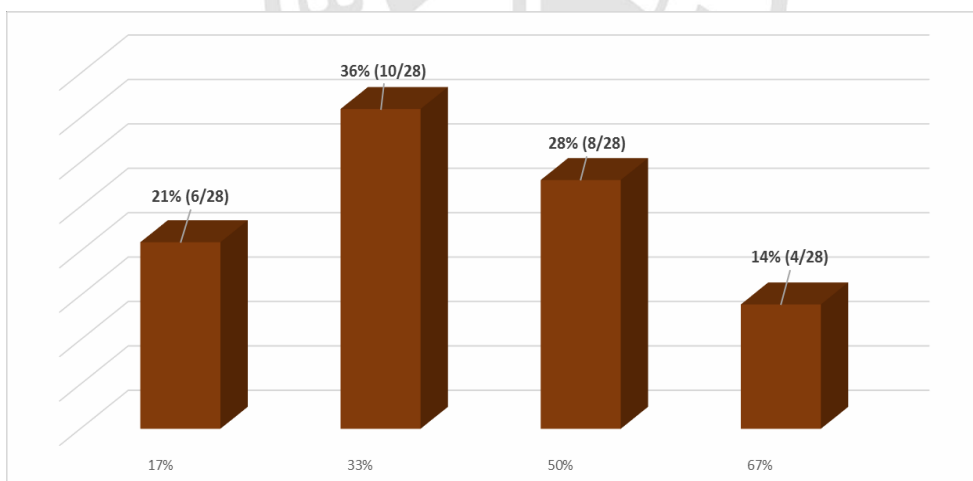


Fuente: Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI])

Entendiendo que la mayor afectación de la calidad de vida es 100% y la no afectación 0%.

El 78% (25/32) de los pacientes con acné juvenil inflamatorio presentan una afectación de su calidad de vida: “Síntomas/sentimientos” como mínimo en un 50%.

**GRÁFICO No 03. AFECTACION DE LA CALIDAD DE VIDA:
“ACTIVIDADES DIARIAS” - 2015**

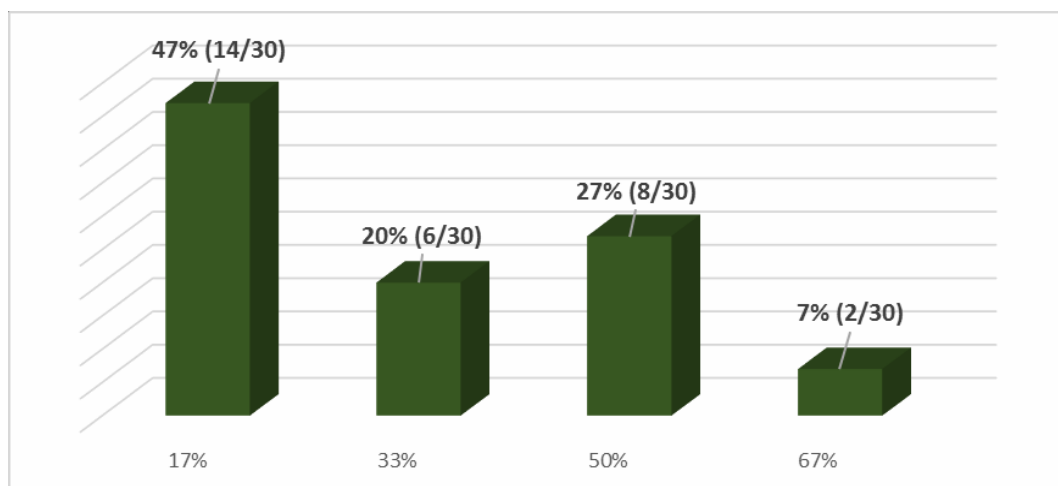


Fuente: Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI])

Entendiendo que la mayor afectación de la calidad de vida es 100% y la no afectación 0%.

El 42.8% (12/28) de los pacientes con acné juvenil inflamatorio presentan una afectación de su calidad de vida: "Actividades diarias" como mínimo en un 50%.

GRÁFICO No 04. AFECTACION DE LA CALIDAD DE VIDA: "OCIO" - 2015

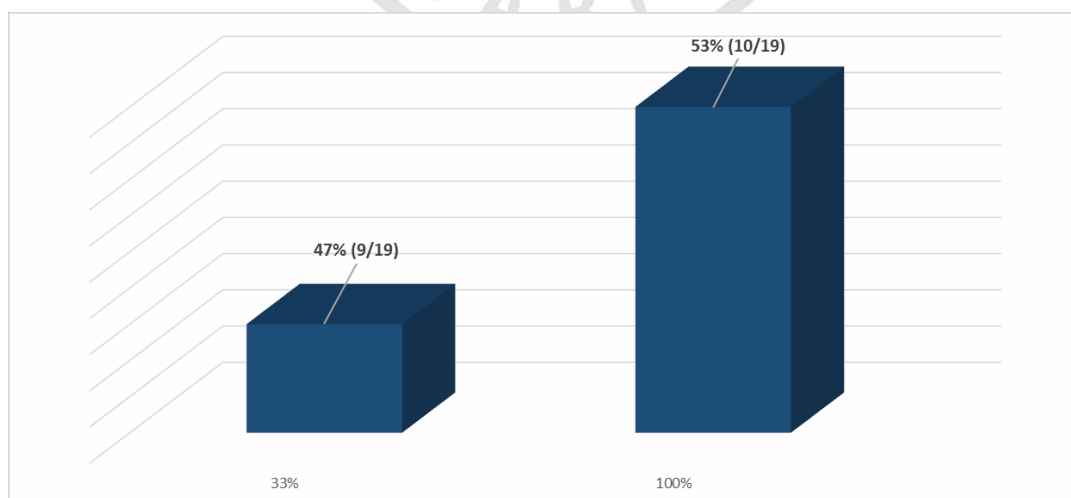


Fuente: Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI])

Entendiendo que la mayor afectación de la calidad de vida es 100% y la no afectación 0%.

El 33.3% (10/30) de los pacientes con acné juvenil inflamatorio presentan una afectación de su calidad de vida: "Ocio" como mínimo en un 50%.

GRÁFICO No 05. AFECTACION DE LA CALIDAD DE VIDA: "TRABAJO/ESTUDIO" - 2015

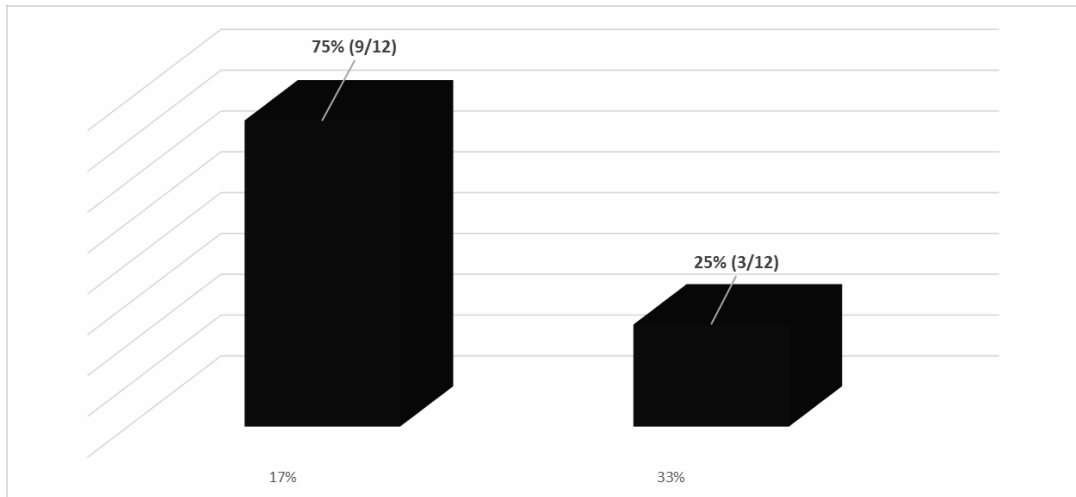


Fuente: Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI])

Entendiendo que la mayor afectación de la calidad de vida es 100% y la no afectación 0%.

El 53% (10/19) de los pacientes con acné juvenil inflamatorio presentan una afectación de su calidad de vida: "Trabajo/Estudio" en un 100%.

GRÁFICO No 06. AFECTACION DE LA CALIDAD DE VIDA: "RELACIONES PERSONALES" – 2015

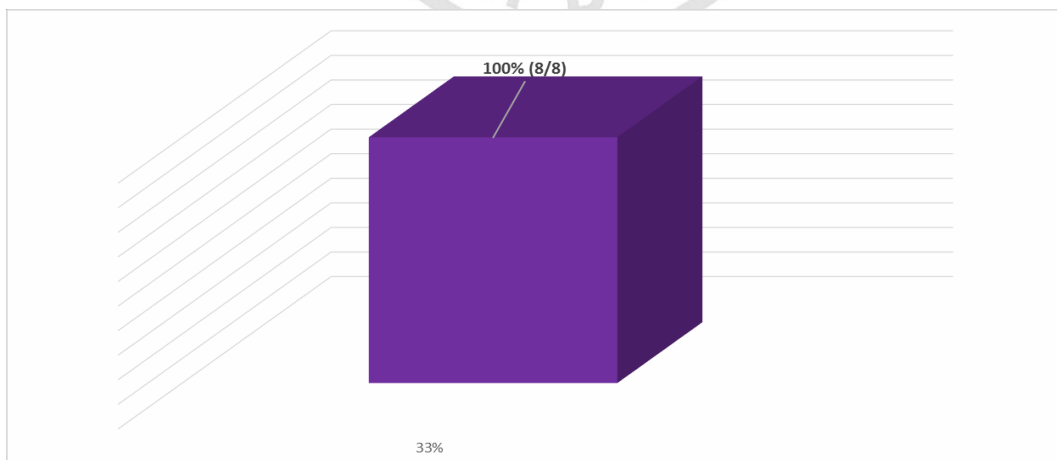


Fuente: Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI])

Entendiendo que la mayor afectación de la calidad de vida es 100% y la no afectación 0%.

El 25% (3/12) de los pacientes con acné juvenil inflamatorio presentan una afectación de su calidad de vida: "Relaciones personales" en un 33%.

GRÁFICO No 07. AFECTACION DE LA CALIDAD DE VIDA: "TRATAMIENTO" - 2015



Fuente: Índice de calidad de vida en Dermatología (Dermatology Life Quality Index [DLQI])

Entendiendo que la mayor afectación de la calidad de vida es 100% y la no afectación 0%.

El 100% (8/8) de los pacientes con acné juvenil inflamatorio presentan una afectación de su calidad de vida: "Tratamiento" en un 33%.

