

6

11212



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

CALIDAD DE VIDA EN ACNE

Validación del Índice de Discapacidad por Acné (ADI, Acne Disability Index) y del Índice Dermatológico de Calidad de Vida (DQLI, Dermatology Quality Of Life Index) en su versión en castellano en pacientes mexicanos con acné.

299896

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA
P R E S E N T A :

DIRECCION DE ENSEÑANZA
DRA. ELOISA GUADALUPE BADILLO MARTINEZ

ASESOR DE TESIS: DRA. GLADYS LEON DORANTES
JEFE DE SERVICIO: DRA. GLADYS LEON DORANTES

HGM

MEXICO, D.F.

Organismo Descentralizado

AGOSTO DEL 2001

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



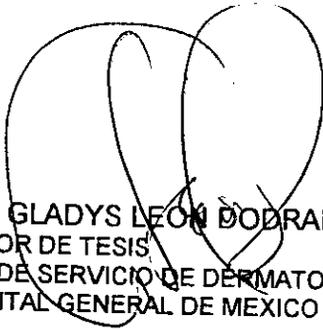
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DRA. ELOISA GUADALUPE BADILLO MARTINEZ
AUTORA
MEDICO RESIDENTE DE DERMATOLOGIA



DRA. GLADYS LEÓN DODRANTES
ASESOR DE TESIS
JEFE DE SERVICIO DE DERMATOLOGIA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

DR. EDUARDO DE ANDA BECERRIL
JEFE DE ENSEÑANZA DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

DEDICATORIA

Antes que a nadie quiero agradecer infinitamente a mi Madre quien con valentía, coraje y entereza , me ha hecho salir adelante, por sus desvelos, por sus cuidados, por su amor.

Me ha ayudado a comprender que cuando más oscura es la noche , más cerca está el amanecer.

A mis hermanos : Eva, Esteban y Paco. Los quiero mucho gracias por estar conmigo incondicionalmente

A mis sobrinos : Paquito y Robertito los adoro . Una de mis razones de felicidad.

Especialmente a la memoria de quien me enseñó el amor y la devoción hacia esta carrera, a quien me enseñó lo importante que es ser honesto a tener la conciencia limpia para poder mirar a todos de frente. Desgraciadamente él no se encuentra físicamente conmigo para compartir estos logros, sin embargo ahora es mi Angel guardian , a mi Padre que en paz descansa

A la Dra. Gladis Leon , por su asesoría para la realización de esta tesis.

Al Dr. Raúl H. Nieto de Pascual , agradezco su apoyo incondicional durante mi etapa de formación.

A mis amigos de toda la carrera : Iván, Gabriel, Norma Angélica, Mayra, Yicel , Rocío

A mis AMIGOS de la residencia : Sarai, Enrique Traperero, Luis, Alejandrina, Maritza, Mónica, Gaby, Anita, Lalo, Luis M. Nannete, Yvette , Vicente,

A mis maestros de la Facultad de Medicina de la UNAM

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros de la especialidad :

Dr. Amado Saúl Cano
Dr. Jorge Peniche R
Dr. Rafael Andrade M.
Dra. Patricia Mercadillo
QFB . Alejandro Bonifaz

Por su invaluable ayuda y por ayudar en mi formación de especialista.

A todos mis médicos de base, en especial al Dr. Antonio Sanabria , a la Dra. Susana Canalizo, a la Dra. Griselda Montes de Oca y la Dra. Carolina Palacios, por su apoyo incondicional.

A mis compañeros residentes, por compartir conmigo sus conocimientos y por muchos momentos de alegría que hemos pasado juntos

Al Hospital General de México y a los pacientes.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2

Parte I Marco Teórico

Calidad de vida en el paciente.....	3
Instrumentos para medir calidad de vida.....	8
Definición.....	8
Estructura.....	9
Tipos de instrumentos.....	10
Formas de administración.....	10
Confiabilidad	11
Validez.....	12
Adaptación transcultural.....	13

Acné

Definición.....	15
Historia.....	15
Epidemiología.....	15
Etiopatogenia.....	16
Cuadro clínico.....	20
Histología	21
Tratamiento.....	22
Calidad de Vida en pacientes con Acné.....	22

Parte II . Validación del Índice de Discapacidad por Acné (ADI, Acne Disability Index) y del Índice Dermatológico de Calidad de Vida (DQLI, Dermatology Quality Of Life Index) en su versión en castellano en pacientes mexicanos con acné.

Justificación.....	29
Objetivos.....	29
Diseño del estudio.....	30
Material y métodos.....	30
Resultados.....	32
Discusión	37
Conclusiones.....	41
Bibliografía.....	42
Anexos.....	51

RESUMEN

JUSTIFICACION: El acné vulgar es una enfermedad del folículo pilosebáceo que ocurre predominantemente en la pubertad, en pacientes de ambos sexos. Su presentación en áreas tan visibles como la cara puede tener un gran impacto en la psiqué de los pacientes. En la última década se ha puesto especial énfasis en tratar de medir el impacto de las enfermedades dermatológicas en la calidad de vida de los pacientes, por lo que se han desarrollado instrumentos para ello. Finlay y cols. desarrollaron por un lado un instrumento genérico, el Índice Dermatológico de Calidad de Vida (**Dermatology Quality of Life Index, DQLI**) y por otro, un instrumento específico de acné: Índice de Discapacidad del Acné (**Acne Disability Index, ADI**). Para su empleo en población mexicana requiere de una adaptación al español mexicano y de su validación.

OBJETIVOS: Validar mediante Test-Retest el Índice de Discapacidad del Acné (**ADI**) y el Índice Dermatológico de Calidad de Vida (**DQLI**) en su traducción al castellano en pacientes mexicanos con acné y su correlación con el grado de severidad del acné mediante el sistema de graduación global del Acné (Global Acne Grading System, **GAGS**)

DISEÑO Se trata de un estudio prospectivo y observacional, de tipo encuesta

MATERIAL Y METODOS: Se estudiaron 30 pacientes de todas las edades con diagnóstico clínico de acné activo de cualquier severidad, , evaluados mediante el sistema de graduación global del acné, que acudieron por primera vez a consulta externa de Dermatología del Hospital General de México, a quienes se les aplicará también las encuestas del índice de discapacidad por acné y el índice dermatológico de calidad de vida mediante Test-Retest.

ANALISIS Se utilizó el coeficiente de confiabilidad para evaluar confiabilidad " test-retest", así como el método descrito por Bland que incluye una prueba de t pareada.

RESULTADOS. Se reclutaron 30 pacientes, de los cuales 16 fueron hombres y 14 mujeres, con una edad promedio de 19,23 años, en los que se obtuvieron un promedio de severidad de acné de 23.2 en los hombres y de 16.7 en las mujeres. Los índices aplicados mostraron poca variabilidad en le promedio de las respuestas en el test-retest, con diferencias no significativas.

CONCLUSIONES Se concluye que el DQLI y el ADI, son dos índices confiables y útiles para medir la calidad de vida en el manejo del paciente.

INTRODUCCIÓN.

El acné es una causa de consulta frecuente entre los adolescentes y los adultos jóvenes. Su incidencia real se desconoce.

Debido a que afecta en forma importante la cara, causa un impacto psicológico importante en el adolescente, que le disminuye su autoestima y su concepción de sí mismo, afectando al mismo tiempo sus relaciones interpersonales.

Existen numerosos estudios en los que se valora la calidad de vida en enfermedades sistémicas tales como el cáncer, asma bronquial, diabetes mellitus, etc. Sin embargo a pesar de que para muchos médicos el acné se considera una enfermedad trivial, se ha demostrado que produce igual o mayor discapacidad que otras enfermedades como el asma, la artritis ,etc.

Algunos investigadores como Motley y Finlay , quienes crearon el índice dermatológico de calidad de vida y posteriormente el índice de discapacidad por acné.

Ninguno de estos índices se ha validado en el idioma castellano. Por lo que es necesario contar con un índice que permita evaluar la calidad de vida en el paciente con acné en pacientes mexicanos.

Por lo cual se decidió validar el Índice Dermatológico de Calidad de Vida (Dermatology Quality of Life Index DQLI) y el Índice de Discapacidad por Acné (Acne Disability Index ADI) en los pacientes mexicanos con acné.

PARTE I MARCO TEORICO

CALIDAD DE VIDA

La tecnología moderna ha proporcionado a los médicos una infinidad de tratamientos nuevos para beneficio de sus pacientes, sin embargo ésta nueva tecnología no toma en consideración las repercusiones de la enfermedad y de los tratamientos en la vida diaria del paciente. Así surge la necesidad de estudiar el impacto de los cuidados médicos y de la misma enfermedad en el funcionamiento físico, social y emocional de los pacientes. ^(1,2)

Para medir el impacto de las enfermedades crónicas es importante la evaluación de la calidad de vida relacionada con el estado de salud. En las enfermedades dermatológicas como el acné, enfermedad común de los adolescentes cuya fisiopatología se relaciona con la queratosis folicular , multifactorial con diversos grados de afección, la evaluación de la calidad de vida se ha vuelto un parámetro importante para determinar el grado de eficacia clínica de las diversas técnicas terapéuticas, así como el efecto de la enfermedad en la esfera psicosocial del paciente y de su capacidad funcional. ^(1,2,3,4)

Es por esto que últimamente ha cobrado gran importancia en el ámbito dermatológico la utilización de instrumentos (como el índice dermatológico de calidad de vida , que permite evaluar el estado de salud en pacientes con enfermedades dermatológicas en general) que permitan medir de manera confiable y eficaz la calidad de vida. Un ejemplo de ello es la creación de 2 instrumentos de medición de calidad

de vida en acné (el índice de discapacidad de acné y el índice de discapacidad de acné Cardiff.), instrumentos creados para evaluar el estado de salud en pacientes con enfermedades dermatológicas en general y pacientes con acné respectivamente ^(5,6)

Estos instrumentos proporcionarían resultados poco confiables aplicados a nuestra población ya que fueron diseñados y validados en el idioma inglés así como porque en México la forma en que los pacientes perciben y se adaptan a su enfermedad, así como la respuesta a las diversas medidas terapéuticas pueden ser muy diferentes.

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE

Según Sir Francis Bacon, filósofo inglés (1561-1626), el fin del verdadero conocimiento no es la contemplación de la naturaleza , sino su conquista y transformación para dar al hombre mejores condiciones de vida, es decir, " El progreso de la mente y del hombre y el progreso de su condición material. Son una cosa única e idéntica"

Cuatro siglos después, en la acelerada revolución científica y tecnológica sin precedente ha turbado la armonía del ser humano también en forma sin precedente.

Esta armonía entre el ser humano y su mundo es " la calidad de vida" a la cual aspira el paciente, el médico y la sociedad.

En 1947 la organización Mundial de la Salud introdujo la definición de salud, que más que definición era todo un complejo concepto que hasta esos momentos no se había considerado; " la salud no es solamente la ausencia de enfermedad, sino el bienestar físico, mental y social del individuo" .

Algunos años después, Karnofsky y Burchenal, delinearon los criterios básicos necesarios para la evaluación de nuevos agentes quimioterápicos. Estos incluyen no solamente los clásicos indicadores de éxito terapéutico en el tiempo de sobrevida y las respuestas objetivas, sino además parámetros cualitativos como grado de desempeño, reducción de los síntomas, mejoramiento del ánimo y sensación de bienestar; parámetros que hoy en día se clasifican dentro de lo denominado " calidad de vida "

Aproximadamente 40 años más tarde Campbell y colaboradores prominentes estudiosos de las poblaciones con respecto a la calidad de vida en su libro "Quality of American Life, definen : " La calidad de vida es una entidad vaga y etérea, algo de lo que muchas personas hablan , pero que nadie sabe exactamente a que se refiere". Fayos y colaboradores, dieron una definición cuando se referían a la evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer: La habilidad de los pacientes para manejar su vida y auto-evaluarla, sin embargo, durante todo el artículo no se da una clara definición de lo que los autores consideran como calidad de vida.

También en algunos otros campos de la ciencia se ha escrito acerca de la calidad de vida dando definiciones como la de Hörnquist, el cual la define como : El grado de necesidad de satisfacción física, psicológica, social, material y estructural. Por otra parte Shaw sugiere una fórmula para definir la calidad de vida (Quality of life , QL) : Es el producto de la dotación natural del paciente (" Natural endowment, NE") y los esfuerzos que hace su familia a su favor (H) y la sociedad (S), emitiendo la siguiente fórmula : $QL = Ne \times (H + S)$. De acuerdo a Szalai calidad de vida es la evaluación global satisfactoria de ciertas características de la vida del paciente. Harland la define como la totalidad de aquellas situaciones, acontecimientos que delinear o constituyen la naturaleza básica de la vida humana que esta articulada de necesidades y deseos. Finalmente , Liu define a la calidad de vida como : " La producción de dos factores agregados: físico y espiritual".

Si se comparan éstas definiciones es evidente que difieren ya que, por una parte, algunos autores definen a la calidad de vida como una evaluación global, otros definen componentes del bienestar como factores importantes de esta, algunos consideran que ciertos componentes son más importantes que otros; y por otra parte , algunos autores se refieren en forma explícita a la naturaleza subjetiva. Otros se refieren a situaciones objetivas: ^(3,5)

A pesar del acuerdo conceptual de "calidad de vida" sus variables han sido incorporadas en el campo de los servicios de salud e investigación clínica, particularmente en paciente en enfermedades crónicas, estando de acuerdo que todos los instrumentos que se crean para medirla comparten las mismas finalidades : ^(5,6,7,8)

1.- Describir la naturaleza y extensión de los problemas funcionales y psico-sociales confrontando al paciente en varios momentos de la trayectoria de su enfermedad.

2.- Establecer normas para la morbilidad psico-social en grupos específicos de pacientes.

3.- Controlar la calidad de la atención , enfocada a mejorar los tratamientos y la forma de aplicarlos

4.- Evaluar la eficacia de los tratamientos médicos.

5.- Detectar aquellos pacientes con posibles alteraciones psico-sociales, que requieran tratamiento (ejemplo : psicoterapia) ^(7,8,9)

Durante la última década, ha habido una particular atención en la posibilidad de incorporar los parámetros de calidad de vida en estudios de evaluación clínica. Los datos de calidad de vida han jugado un papel prominente en recientes estudios clínicos prospectivos, sobre todo en cáncer de mama operable y avanzado, sarcoma de tejidos blandos, enfermedad coronaria, hipertensión, artritis reumatoide, y últimamente en enfermedades dermatológicas como acné, psoriasis y dermatitis atópica. ^(8, 10, 11)

En resumen diremos, que la finalidad de mejorar las condiciones de vida en general del paciente es algo aparentemente inherente a la medicina. Sin embargo, con la carrera vertiginosa de la tecnología y la ciencia que ha avanzado en forma descontrolada en los últimos años con el propósito principal de alargar la vida; los científicos que actualmente juegan con virus, genes e ingeniería molecular, talvez han olvidado la verdadera esencia de la medicina. Es por esto que el hecho de que los científicos e investigadores hayan enfocado su interés en las últimas décadas no solamente a aumentar las estadísticas de sobrevida sino en mejorar en forma global el bienestar físico social y mental de sus pacientes, retomando el concepto de salud, según la OMS , se pueda considerar un gran avance en el aspecto humanístico de la medicina: ^(11,12)

Cada vez mayor número de médicos e investigadores en todas las áreas de la medicina se están convenciendo que el estado de salud está directamente relacionado con la calidad de vida. Uno de los problemas principales es contar con métodos

adecuados para medir este parámetro. Así pues la creación de nuevos y mejores instrumentos para medir la calidad de vida se verá reflejada en mejor atención para el paciente, más humanista, en mejores evaluaciones de los diferentes tratamientos y en una visión más justa, objetiva y global de las condiciones de nuestros pacientes^(10,11)

Así como se requieren de técnicas e instrumentos adecuados para medir parámetros fisiológicos e instrumentos adecuados para medir parámetros fisiológicos (p.ej. tensión arterial, temperatura, etc.) , para medir la calidad de vida se requiere también de instrumentos adecuados.

Los instrumentos para medir calidad de vida son importantes por que evalúan el impacto de las enfermedades crónicas.

Las evaluaciones fisiológicas proveen de información muy importante a los médicos pero son de interés limitado para los paciente, ya que correlacionan pobremente la capacidad funcional y el bienestar. Estas áreas son en las cuales están más interesados los pacientes y sus familiares. Otra razón por la cual son útiles los instrumentos diseñados para medir calidad de vida es debido aun fenómeno observado en el cual dos pacientes con los mismos criterios clínicos frecuentemente presentan respuestas dramáticamente diferentes. Por ejemplo, dos pacientes con la misma capacidad para la movilización y similar grado de dolor lumbar pueden tener diferentes grados de bienestar.

Estas consideraciones explican por que pacientes , médicos e incluso administradores del área de la salud están sumamente interesados en los efectos de la intervención médica y los instrumentos para medir la calidad de vida. Los administradores del área médica, están especialmente interesados en la evaluación de la calidad de vida de los pacientes, debido a que es un instrumento que ayuda a calcular los recursos necesarios para mejorar la atención en general de los pacientes así como la efectividad de los tratamientos. Esto se puede traducir en optimización de recursos^(8, 11,12,13)

Esta evaluación de la calidad de vida es especialmente importante en las enfermedades de la piel, las cuales afectan de manera dramática en muchos de los casos la esfera psico-social del paciente y en algunos otros casos también la capacidad

funcional. Es por esto que últimamente ha cobrado gran importancia en el ámbito dermatológico. (13,14,15, 16)

La revisión de la literatura sugiere que la calidad de vida es frecuentemente una construcción multidimensional que en forma mínima está compuesta por las siguientes áreas :

- Estado físico funcional.
- Síntomas físicos relacionados con la enfermedad y el tratamiento.
- Función psicológica
- Función social

INSTRUMENTOS PARA MEDIR CALIDAD DE VIDA

1.- DEFINICIÓN :

Todo instrumento utilizado para evaluar la calidad de vida de pacientes con ciertas características debe contar con ciertos requisitos mínimos para que se cumpla con la finalidad para lo que fue creado, tales como :

- 1.- Ser confiable y válido
- 2.- Estar basado en información obtenida de personas con las mismas características a las que se va a evaluar.
- 3.- Ser capaz de medir el estado de salud en todas sus dimensiones.
- 4.- Tener sensibilidad a los cambios mínimos del estado de salud.
- 5.- Ser independiente de enfermedades específicas (solo cuando son genéricos).
- 6.- Ser aplicable a cualquier grupo de pacientes adultos.
- 7.- Ser breve y fácil de comprender.
- 8.- Ser apropiado para ser aplicado por personal capacitado o por el mismo paciente.
- 9.- Ser capaz de ser medido por una escala numérica apropiada.
- 10.- Ser apropiado para ser incluido en la historia clínica del paciente o en su expediente personal.
- 11.- Estar orientado hacia donde se desea evaluar. (15,16,17,18)

2.- ESTRUCTURA

Algunos consisten en una simple pregunta, que puede tener una respuesta simple o compleja. Los instrumentos son cuestionarios que se realizan con número de preguntas preestablecidas, que deben estar adecuadamente orientadas a las áreas, dominios o dimensiones que se desean medir o evaluar. Los dominios pueden incluir la movilidad, autosuficiencia, depresión, ansiedad, bienestar, sintomatología de una enfermedad, dolor, aspectos psicológicos, etc.^(15,16,18)

Existen numerosas técnicas para la construcción de un cuestionario, haciendo principal hincapié en el tiempo en el que se aplica y la escala de respuestas. Cuando se evalúa estado de salud físico y psicosocial, se deben utilizar frases como en este momento o en el último mes, ya que en las evaluaciones clínicas es esencial limitar el tiempo dentro de un período corto.^(17,18)

Cuando se consideran periodos cortos de tiempo es más fácil que el paciente recuerde los síntomas o alteraciones que haya presentado que si se trata de largos periodos de tiempo.

Las preguntas deben ser cortas y específicas para evitar confusiones en síntomas o experiencias. Para elegir apropiadamente el formato de respuestas, se deben tomar ciertas consideraciones, las dos alternativas principales disponibles son las escalas tipo "Likert" y las escalas visuales análogas.^(16,17,18)

En las escalas tipo Likert la gama de respuestas van de "nada" a "mucho", pasando por "muy poco", "poco" y "regular". La escala visual análoga, esta compuesta por una línea típica de 10 cm en la cual en el extremo izquierdo se coloca "nada" y en el extremo derecho "mucho", pudiendo elegir un punto entre estos dos para definir el grado de afección o experiencia.

Existen también escalas híbridas en las que con una línea de 10 cm se colocan en sus extremos "nada" y "mucho"., entre uno y otro extremos se asignan valores numéricos de acuerdo a la severidad.

Las escalas tipo Likert son mejor comprendidas por el paciente.

TIPOS DE INSTRUMENTOS

Durante la última década han sido desarrollados numerosos instrumentos de medición de calidad de vida que pertenece a dos grandes clases: Los instrumentos genéricos y los instrumentos específicos.

Los instrumentos genéricos permiten evaluar todos los efectos en los diferentes aspectos de la salud. Sus ventajas esenciales son el poder comparar diferentes afecciones. Es decir, permiten comparar por ejemplo el impacto del asma, de un cáncer y de la psoriasis en la calidad de vida, su inconveniente principal es que no se adapta adecuadamente al tipo de afecciones que nos interesan. ^(17,18)

Los instrumentos específicos e hiperespecíficos, son útiles para evaluar enfermedades en particular. Algunos son específicos de una enfermedad, de una población o de una función o bien de un problema específico como el dolor. Algunos son hiperespecíficos de una afección específica como la psoriasis, o de una afección en una población en especial. La ventaja esencial de este tipo de instrumento es que es muy sensible a las variaciones en el campo explorado. El inconveniente principal de estas encuestas específicas e hiperespecíficas es que es imposible comparar el impacto de dos problemas diferentes. ^(17,18)

Las medidas específicas son fáciles de usar por que por lo general cubren los problemas comúnmente experimentados por pacientes dermatológicos, esto lo hace más sensible y mayor respuesta al cambio que los instrumentos genéricos ^(17,18,22,23)

FORMAS DE ADMINISTRACIÓN

Existen diversas formas en las cuales se aplican los instrumentos para evaluar la calidad de vida, sin embargo, en general, pueden ser aplicadas por personal capacitado o como el médico, el investigador, enfermeras, etc. Puede ser resultado por el mismo paciente.

Cuando se trata de entrevistas, el personal capacitado para ello, aplica el cuestionario, tiene la ventaja de que se obtiene mayor cantidad de información y evita más eficazmente la presencia de errores cuando se trata de pacientes ancianos de bajo

nivel cultural o incapacitados, por otra parte también facilita la resolución de los cuestionarios cuando estos contienen preguntas sofisticadas o largas., sin embargo un buen cuestionario debe de contar con preguntas bien elaboradas que sean fácil de comprender al paciente. (19,20)

En ocasiones cuando el paciente se encuentra imposibilitado para responder el cuestionario, ya sea por edad , sordera, o bien enfermedad avanzada, se recurre a alguna persona substituta para que conteste el cuestionario que puede ser algún familiar cercano o quien conviva de cerca con el paciente , logrando reducir con esto la angustia al paciente, aunque la percepción de la persona substituta generalmente difieren en diferente forma a la del paciente. También el mismo paciente puede responder a los cuestionarios que se le presentan , lo cual requiere de recursos mínimos , presentándose mayor número de preguntas sin contestar y para aquellos pacientes de bajo nivel cultural, ancianos, etc, e difícil el poder responder adecuadamente. (19,20,21,23)

CONFIABILIDAD

Existen dos conceptos que describen la calidad de los instrumentos utilizados para evaluar la calidad de vida, estos son la confiabilidad y la validez.

Cuando ya se han realizado todos los pasos para la elaboración de un índice es necesario que el investigador muestre que sirve para lo que fue creado y por lo tanto el primer paso es determinar que este índice sea reproducible y con una forma consistente. (21,22,23)

A pesar de que las técnicas para evaluar la confiabilidad, son algo complejas, el concepto es análogo en varias áreas de la medicina clínica y de laboratorio.

E común que el observador examine la relación que existe entre la presencia o ausencia de ciertos signos o síntomas., es importante que un mismo cuestionario pueda ser aplicado por dos o más observadores así como también el cuestionario sea reproducible en el tiempo , lo que algunos autores han llamado test-retest. Es decir que se establece que la confiabilidad cuando un instrumento se puede reproducir es preciso y puede ser aplicado por varios observadores. (21,22,23)

VALIDEZ

Para elaborar un instrumento que sirva para evaluar la calidad de vida, en general, se tiene que seguir ciertos pasos :

Seleccionar el conjunto de preguntas.

Establecer la escala de las respuestas.

Reducir las pregunta

Determinar la confiabilidad .

Determinar la validez.

El paso en el cual se determina si el cuestionario evalúa aquello para lo cual fue pensado se llama validación. .

La validez consiste en que al aplicar un investigador un índice en un grupo de pacientes en dos diferentes ocasiones, se obtengan resultados similares. Se denomina Confiabilidad cuando se obtienen resultados similares cuando son aplicados por personas diferentes evaluando a un mismo paciente. ^(21,22,23)

Otra razón por la cual se debe validar es por que se tiene que determinar la relación entre lo que se observa y lo que esto refleja. En los estudios u observaciones clínicas es relativamente fácil llevar a cabo la validación, ya que para medir las variables se utilizan medios físicos y las mediciones observadas se comparan con escala s ya estandarizadas. ^(21,22,23)

Para otras mediciones clínicas que son mas subjetivas y que no hay escalas estandarizadas, como en el caso del dolor, nausea , ansiedad, etc, el proceso de evaluación no es tan fácil , la información acerca de estos fenómenos se obtiene por las preguntas que se le hacen al paciente, por lo tanto la aproximación más formal y estandarizada a este tipo de información es por medio de cuestionarios.

Se diseña un grupo de preguntas que evalúan un fenómeno específico (sentimientos, actitudes, etc) y esto llamamos " constructo" y las repuestas de todas las preguntas se convierten en números y al grupo de estos le llamamos escala. ^(22,23)

Se debe llevar a cabo la validación de los instrumentos por que se tiene que

determinar la relación entre lo que se observa y lo que esto refleja. En los estudios u observaciones clínicas es relativamente fácil llevar a cabo la validación ya que para medir las variables se utilizan medios físicos y las mediciones observadas se comparan con escalas ya estandarizadas. Existen 3 estrategias generales que sirven para establecer en forma teórica la validez de un instrumento que no se puede confirmar directamente:

1. -La validez del contenido se refiere a la extensión de la evaluación de un método en particular.
2. -La validez del conjunto de preguntas se confirma si el resultado de la escala varia de acuerdo a la presencia de otro indicador ya establecido
3. - La validez del criterio se establece cuando observamos que la medición refleja directamente el fenómeno observado. ^(21,22,23,24,25,26)

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL

Debido a que la mayor parte de los estudios de calidad de vida en pacientes dermatológicos son elaborados en el idioma inglés, es necesario su adaptación transcultural. La adaptación transcultural de los instrumentos de calidad de vida es una tarea difícil, ya que debe adaptarse al carácter cultural y subjetivo de quienes se les realiza la medida, igualmente al contexto socioeconómico en el que las personas viven y de su enfermedad. La posibilidad de elaborar o adaptar un instrumento de medición de la calidad de vida supone por lo menos un nivel mínimo de consenso que debe existir entre las culturas en quienes concierne el estudio y de su estado financiero, las practicas y la cultura médica y la importancia de la salud para la población.

Cuatro tipos de equivalencia transcultural de un instrumento de medida de la calidad de vida deben ser distinguidas ^(19,20,26,27,28,29).

1. - la equivalencia conceptual: las preguntas de la versión adaptada, deben ser similares en significado a la versión original.
2. -La equivalencia operacional se refiere a la eficacia relativa del modo de administración del cuestionario en función del país.
3. - La equivalencia de interpretación: Las versiones adaptadas o traducidas deben

tener el mismo comportamiento psicométrico de la versión original: fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio.

4. - La equivalencia métrica: En principio de los individuos idénticos deben tener las mismas calificaciones a pesar de pertenecer a diferentes países^(24,25,26, 27,28,30,31)

Existen dos modelos de desarrollo de instrumentos transculturales pueden ser utilizados. El modelo secuencial es el más común: una encuesta ha sido validada y desarrollada en un país extranjero y tiene el objeto de una traducción en la cual las características de equivalencia son evaluadas. La versión traducida debe equivaler a las equivalencias conceptuales, operacionales, métricas y de interpretación. . El segundo modelo es el de desarrollo paralelo, cada pregunta puede entonces variar en las diferentes versiones lingüísticas en función de las experiencias normativas y culturales de cada nación.^(19,20,26,27,28,29,39,31)

ACNE

DEFINICIÓN.

El acné es una enfermedad crónica obstructiva e inflamatoria del folículo pilosebáceo, de etiología multifactorial, caracterizada por la presencia de comedones, pápulas, pústulas, abscesos, "quistes" y cicatrices atróficas e hipertróficas. ^(32,33,34)

ANTECEDENTES HISTORICOS

El origen del término acné, no está muy claro y ha sido atribuido a un error de traducción del griego AKMEE, que significa el pico o inicio de la vida. La palabra postulada por Cassius y Grant, fue pronunciada acné, se duda si escrita como achne o acné, y que Cassius corrigió a acme como acné. ^(32,33,34)

Actius Amidenus, médico del emperador Justiniano, a quien escribió en Constantinopla, en el siglo VI D.C. transcribió el término AKMEE al latín acnae, este contrasta con el término anterior, el cual fue usualmente escrito en griego hasta el siglo XVIII. ^(32,34,35)

Acné aparece también como nombre de mujer en latín. La isla de Acné (Achne) cerca de Rodas, se ha dicho que ha sido llamada así porque a menudo el rocío la ocultaba, por lo que se compara metafóricamente con las lesiones del acné. Este término, ha sido aplicado con una variedad de adjetivos calificativos a muchas erupciones, basados en una supuesta relación etiológica o similitud morfológica, con el acné de la adolescencia o acné vulgar, actualmente este término se utiliza para designar aquellas lesiones del folículo pilosebáceo, que asocian factores de retención de la secreción sebácea con inflamación del conducto. ^(32,33,34,35)

EPIDEMIOLOGIA .

En México afecta de un 20 a un 40% de los jóvenes iniciando a los 12 años y terminando alrededor de los 20 años aunque en ocasiones se prolonga hasta los 30 años de edad, después de esta edad se producen inflamaciones acneiformes por medicamentos. ^(32,34)

Aunque su prevalencia es difícil conocerla esta puede variar del 30-85%. Esta enfermedad es observada en pacientes de ambos sexos, aunque algunas veces afecta más a hombres jóvenes. En un 80% de los casos el acné es visto u observado por primera vez a la edad de 13-15 años en El curso prolongado de la enfermedad es observado alrededor de los 20-25 años siendo más frecuente en la mujer. ^(32,33,34,35)

ETIOPATOGENIA

La causa básica del acné es desconocida, sin embargo intervienen diversos factores en su patogenia.

Para entender el acné es indispensable conocer el substrato anatómico donde se desarrolla la enfermedad. ^(32,34,35)

Los folículos pilosos se hallan unidos a una glándula sebácea constituyendo la unidad embriológica, anatómica y funcional. Existen tres clases de folículos pilosebáceos: Los folículos lanuginosos con grandes glándulas sebáceas, producen vellos y están libres de acné. Los pelos terminales ocupan toda la anchura del infundíbulo, mientras que los folículos sebáceos ocupan tan solo un décimo de su anchura, el resto de la cavidad esta lleno por la mezcla del sebo, láminas córneas y colonias de corynebacterias, pitirosporum y estafilococos. Los folículos sebáceos de la cara y tronco que tiene una porción pilar tan delgada que pueden o no producir minúsculos vellos invisibles, un canal ancho y profundo y una inmensa glándula sebácea multilobular, es en estos folículos donde se desarrolla el acné. Se calcula en cinco mil el número de folículos sebáceos de la cara ^(32,34,35,36)

La glándula sebácea es una glándula holócrina que se encuentra presente al nacimiento y que se hipertrofia por efectos de andrógenos maternos , posteriormente se atrofian permaneciendo en fase quiescente hasta los 8 o 9 años de edad en que se inicia la "pubertad sebácea", marcada por el desarrollo de las glándulas, el cambio en la composición y aumento en la tasa de excreción del sebo. ^(35,36)

El sebo ejerce un papel de protección de la epidermis facilitando la cohesión, hidratación y protección externa, tiene propiedades antimicrobianas y contiene sustancias precursoras de la vitamina D.

La secreción sebácea es de una media de 0.5 a 32.5 mcg/cm²/min. Presenta variaciones en función de la edad y sexo.: ^(35,36)

Niños : 0.38mg/10cm²/3 hrs

Adolescentes _0.83mg/10 cm²/3 hrs

Mujeres adultas :1.88mg/10cm²/3hrs.

Hombres adultos : 2.45mg/10cm²/3 hrs.

El sebo es un complejo lipídico compuesto por triglicéridos (57%), ésteres de cera(26%)y escualeno (12%) Muchos de los componentes de los ácidos grasos, son compuestos formados por cadenas ramificadas y la mayoría son monoinsaturadas, los ácidos grasos de los ésteres de cera, y los triglicéridos no se obtienen de los lípidos de la circulación. Las membranas celulares y subcelulares contienen fosfolípidos que son característicos del sebo cuando las membranas se desintegran durante la diferenciación celular y son degradados y los ácidos grasos liberados son incorporados en ésteres de cera, de este modo no se encuentra fosfolípidos en el sebo, además con relación a los componentes del sebo, el escualeno y los ésteres de cera, son considerados productos de las glándulas sebáceas, no siendo encontrados en las células de la epidermis. Los triglicéridos son comedogénicos débiles. ^(35,36)

El colesterol presente en pequeñas cantidades en los lípidos sebáceos sin embargo se encuentra en grandes proporciones en los lípidos epidérmicos.

Entre los ácidos grasos libres, los insaturados tales como el oléico son los relativamente más potentes. La comedogenicidad disminuye mientras aumenta la longitud de la cadena de carbonos, sin embargo los componentes más cortos están presentes en pequeñas cantidades. El ácido palmítico constituye el 25% del total de ácidos grasos libres y es un constituyente comedogénico importante. ^(35,36)

La producción del sebo esta bajo control hormonal independiente de estímulos nerviosos, siendo responsables los andrógenos (testosterona) de origen testicular, ovárico y principalmente suprarrenal. En la glándula sebácea se produce la enzima 5

alfa reductasa 1 , responsable de la transformación de testosterona plasmática libre (1% de la testosterona plasmática total) en dihidrotestosterona (o androstenolona), que es responsable directa de la producción de sebo. Los andrógenos suprarrenales son los principales causantes de la hiperseborrea. Puede ser aumentada por drogas como los esteroides anabolizantes, con acción androgénica y disminuida por la acción de estrógenos y antiandrógenos como la ciproterona, la cual presenta actividad progestacional y por esta razón es usada, junto con el etinilestradiol , como anticonceptivo. Por su acción antiandrogénica , esta asociación es usada en acné, con mejorías temporales. (35,36,37,38)

Una serie de evidencias indirectas, señalan el papel de los andrógenos en la hiperqueratinización folicular. Es así como se ha detectado la presencia de receptores androgénicos en la vaina externa de la región infrainfundibular de los folículos pilosebáceos sugiriendo un blanco potencial para la acción de los andrógenos de esa zona. (35,36,37,38,39)

Por otro lado la formación de folículos sebáceos esta reducida en pacientes tratados con antiandrógenos. Las enzimas comprometidas en el metabolismo de los andrógenos han sido identificadas en los folículos por medio de recursos bioquímicos y métodos inmunohistoquímicos. Estas enzimas incluyen la 3 beta - hidroxisteroideshidrogenasa, 17beta-hidroxisteroide deshidrogenasa y la 5 alfa reductasa. , Todas ellas responsables del metabolismo del sulfato de dehidroepiandrosterona de origen suprarrenal en andrógenos más potentes como la testosterona y la dihidrotestosterona. (35,36,37,38,39)

En un estudio realizado por Thiboutot y colaboradores , han realizado estudios sobre la actividad de la 5 alfa reductasa en diversas regiones de los folículos pilosebáceos y posteriormente otro estudio en pacientes con actividad aumentada de 17 beta HSD y 5 alfa reductasa comparada con los queratinocitos de individuos sin acné obtuvieron , en los que obtienen resultados contradictorios sobre el papel de los

andrógenos en la queratinización folicular^(37,38,39)

Por otro lado el folículo pilosebáceo tiene una estructura que le permite la colonización por algunos microorganismos, por lo común saprófitos. El acro y el infra infundíbulo de los folículos sebáceos se encuentra habitados por bacterias, hongos y ácaros que en situaciones pueden originar actividad patógena. En esta flora los microorganismos principales son el *propionibacterium acnes* y el *p. Granulosum*, los cocos tipo *S. Epidermidis*, los organismos levaduriformes del género *pityrosporum* y *demodex folliculorum*. El acné no es una enfermedad infecciosa, más del 30% de las pústulas son asépticas^(40,41,42)

El *propionibacterium acnes* (tipo I) y el *p. Granulosum* o tipo II, y *propionibacterium avidum*(tipo III, menos importante) colonizan la piel a partir de la pubertad y la proliferan de manera rápida hasta los 18 años y descienden en cantidad alrededor de los 45. El *P. Acnes* es más abundante y tiene una mayor prevalencia que el *p. Granulosum*, llegándose éste a observar considerablemente en formas de acné muy severas. La coexistencia de dos microorganismos es rara. La cantidad de *P. acnes*, en cada individuo, depende de edad, topografía y pH, es más activo cuando el pH tiene un rango entre 4.5 y 6.8 pequeñas variaciones en este rango producen grandes diferencias en el crecimiento de las bacterias y en la producción de su exoenzima. El *P. acnes* produce lipasas que liberan a partir de los triglicéridos, ácidos grasos libres, los cuales son muy comedogénicos, los extractos lipoideales de estos organismos son igualmente generadores de comedones. Otras de las enzimas elaboradas por estas bacterias y que se han aislado son las proteasas, lecitinasas, hialuronidasas y la neuramidasa.^(40,41,42)

Siguiendo el orden de prevalencia de los microorganismos en los folículos se hallan los *Pityrosporum* y *Malassezia*, ésta última se puede encontrar como flora habitual de la piel seboreica.^(40,41,42)

Se ha demostrado que la activación de las vías clásica y alternativa del complemento son estimuladas por *P. Acnes*, mediante la hidrólisis de triglicéridos a ácidos grasos libres mediante la acción de las lipasas y proteasas, repercute en un

estado altamente imitativo, seguido del aumento de la queratinización folicular y degradación de queratina lo que contribuye a la repuesta inflamatoria. (40,41,42)

Se han encontrado anticuerpos circulantes contra P. acnes elevados en pacientes con acné severo. No se ha probado que esto tenga un efecto directo pero se demostró que la inducción por el P. acnes de las hidrolasas lisosomales por los leucocitos polimorfolnucleares depende de los anticuerpos anti P.acnes. (40,41,42,43)

CUADRO CLINICO

La localización primaria del acné, es la cara en el 99% ; pecho 15% y espalda 6% y los hombros.

Se caracteriza por una gran variedad de lesiones clínicas , pero puede predominar un solo tipo de lesión. La seborrea es casi siempre la primera manifestación y posteriormente aparecen los comedones que pueden ser abiertos o cerrados. (32,33,34,44,45)

Las lesiones inflamatorias del acné son de diversas características y pueden observarse en forma aislada o pueden verse mezcladas como los comedones o todas entre sí especialmente en las formas graves del acné. (32,33,34,44,45)

La pápula es la forma más frecuente , lesión elevada menor de 5 mm asentada en un folículo , eritematosa, ligeramente doloroso y suele producir un defecto estético que desaparece en la gran mayoría de los casos, al desaparecer la enfermedad. Se localiza en forma más frecuente en la frente mejillas y mentón, a veces en la región submandiblar. Es la causa más frecuente de consulta por parte del paciente que sufre el problema. (32,33,34,44,45)

Otra lesión inflamatoria es la pústula la cual se caracteriza por ser color amarillento a veces dolorosa casi siempre localizada sobre una pápula por lo que se llegan a describir como pápulo-pústulas, son foliculares y tienen la misma topografía de las pápulas. (32,33,34,44,45)

Los quistes o nódulos son lesiones inflamatorias que acompañan las formas más

importantes o severas del acné. El nombre de quistes es el que suele usarse para nombrarlos pero desde el punto de vista semiológico estricto no forman parte de este tipo de lesiones ya que su mecanismo de formación no es la retención o inclusión epidérmica. En todo caso son elementos profundos blandos en su superficie, dolorosos a la presión que al desaparecer dejan cicatrices. La topografía es la misma de las lesiones comunes del acné y pueden formar parte de un acné solamente nódulo quístico o acompañar a las pápulas y pústulas en acnés polimorfos severos o estar acompañados de comedones en puente formando el acné esférico o conglobata o estar presentes en el Síndrome SAPHO o acompañar en un solo paciente todas las otras lesiones de acné. Son motivo bastante frecuente de consulta ya que la apariencia clínica es bastante angustiante para el paciente que la sufre y además son las lesiones que al desaparecer pueden dejar cicatrices. ^(32,33,34,44,45)

Las cicatrices son la complicación más importante del acné, suelen aparecer posterior a una forma severa del acné y pueden ser hipertróficas, queloides o las más frecuente, atróficas o en picahielo o sacabocado. Aparecen en los mismos sitios del acné pero las formas queloides se observan más frecuentemente en los hombros y tórax y las formas atróficas en el rostro, donde se acompañan de máculas hipocrómicas, llamadas por algunos autores como las elastosis perifoliculares.

Por último la seborrea suele acompañar las distintas formas de acné y causa una molestia estética importante para el paciente. ^(32,33,34,44,45)

Las lesiones del acné suelen ser apacibles, relativamente, salvo el dolor y el eritema que producen las formas inflamatorias, pero pueden pasar por etapa de mejoría o empeoramiento como en la menstruación, la sudoración, la radiación ultravioleta, etc. ^(32,33,34,44,45)

HISTOPATOLOGÍA.

El comedón contiene células queratinizadas, sebo y algunos microorganismos, pero en las preparaciones de rutina solo se ven las células queratinizadas por que el xileno empleado en el procesamiento elimina el material lipídico.

Las pápulas foliculares revelan un infiltrado linfocítico dispuesto alrededor de un

foliculo con un comedón cerrado o un microcomedón. El examen minucioso permite identificar áreas pequeñas de desintegración de la pared folicular. ^(40,41)

Cuando la pared folicular se rompe, se forman pústulas y nódulos y el contenido del comedón pasa a la dermis. Si la agregación de neutrófilos resultante es escasa y superficial, provoca una pústula, pero si es acentuada y profunda, genera un nódulo. Además de neutrófilos se advierten células mononucleares y gigantes de cuerpo extraño. Con frecuencia, cerca de éstas se ven partículas de queratina. En los cuadros graves como el acné quístico y fulminante, el infiltrado inflamatorio es importante. Se comprueba necrosis del tejido conectivo y confluencia de las lesiones en abscesos grandes. Durante el proceso de curación, el crecimiento de capas de células de la epidermis o los anexos intenta encapsular a la reacción inflamatoria. ^(40,41)

TRATAMIENTO.

En general esta gobernado por cuatro principios fundamentales

- 1.- Corregir el patrón alterado de queratinización folicular
- 2.- Disminuir la actividad de glandulas sebáceas.
- 3.- Disminuir la población bacteriana folicular, particularmente la de P.acnes e inhibir la producción de productos inflamtorios extracelulares (ya sea directa o indirectamente) mediante la inhibición de los gérmenes bacterianos.
- 4., Producir un efecto antiinflamatorio.

El tratamiento puede ser tópico o sistémico.

CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON ACNÉ

El acné vulgar es un trastorno inflamatorio de la piel que frecuentemente comienza en la adolescencia. Este es un periodo en el cual los adolescentes ya están sufriendo un máximo de cambios sociales y físicos. ^(47,48)

La relación entre desórdenes dermatológicos y psiquiátricos ha sido de interés desde hace muchos años. Aunque el papel que juegan los factores psicológicos en el

desarrollo y curso de varias enfermedades dermatológicas permanece aun en controversia, los efectos psicológicos adversos de muchas dermatosis son indiscutibles. (47,48)

Debido a que el acné afecta a menudo la cara y el aspecto facial es un punto importante de la percepción personal de la imagen corporal, no es sorprendente que un individuo susceptible, con acné en esta ubicación, pueda desarrollar problemas psicológicos y sociales significativos como resultado del proceso patológico. (45,46,47,48)

Además de la incapacidad psico-social que se puede originar del acné inflamatorio, las cicatrices resultantes pueden también llevar a una morbilidad psicológica significativa. Hay muchos factores diferentes que influyen en los cambios psicológicos que se originan del acné. Estos incluyen la comprensión del acné en términos de su curso como enfermedad y duración, el desarrollo de las cicatrices, la edad del paciente y la etapa de desarrollo, la percepción de normalidad por parte del paciente y su personalidad premorbilidad. (45,46,47,48)

Todo esto puede estar influenciado por las características individuales de su personalidad y su susceptibilidad a las influencias del medio. El medio tiene un impacto especialmente importante sobre las mujeres, estimulando falsas aspiraciones de una tez perfecta y una piel sin defectos. (45,46,47,48)

Es una situación en la que puede ser difícil de identificar todos los factores que influyen en los cambios psicológicos producidos por el acné. Sin embargo, hay numerosos cuestionarios genéricos y específicos para ciertas enfermedades que han sido usados en un intento de cuantificar los problemas psico-sociales que se originan por el acné. (45,46,47,48)

El impacto psico-social del acné fue reconocido por primera vez ya en 1948 por Sulzberger y se refleja en la frase " No hay una sola enfermedad que produzca más trauma psíquico y más desajustes entre los padres y los hijos, mas inseguridad

personal y sentimientos de inferioridad y mayor suma de afección psíquica que el acné vulgar. (45,46,47,48)

También se ha estudiado la incapacidad social específica. Las dificultades interpersonales entre personas que tiene acné y sus parejas y su familia.

Las oportunidades de empleo también parecen estar influenciadas por la presencia de acné. Cunliffe demostró que 16.5% de los hombres y 14.3% de las mujeres que sufren acné están desempleados, en comparación con 9.2% y 8.7% respectivamente en grupos controles pareados por edad y sexo. Por lo tanto, él sugirió que las perspectivas de empleo pueden ser afectadas por el hecho de tener acné. Sin embargo, no está claro si las personas que tienen acné estuvieron sometidas a prejuicios de empleadores, lo que pudiera reducir sus oportunidades de trabajo, o si el acné originó una menor autoestima y falta de confianza en los pacientes lo que llevaría a dificultades para obtener un empleo y luego tener éxito él. Es probable que ambos factores tengan influencia en las menores tasas de empleo observadas en los pacientes con acné. (44,45,46,48,49,50)

En ocasiones el acné así como otras enfermedades de la piel, comúnmente se consideran como enfermedades sin importancia, en ocasiones triviales cuando se comparan con enfermedades sistémicas, sin embargo los efectos psicológicos del acné sus relaciones con los demás y las actividades diarias en la calidad de vida han sido recientemente estudiados en detalle. En múltiples estudios se ha mostrado como el acné puede afectar cruelmente la autoestima o la imagen de sí mismo y afectar la forma de relacionarse del paciente, así como ocasionalmente puede inducir al suicidio. (49,50,51,52)

Durante la última década se ha estudiado la calidad de vida en acné mediante numerosos instrumentos de medición de calidad de vida tanto genéricos como específicos. (49,50,51,52)

Dentro de los cuestionarios genéricos como el Skindex que incluye tres tipos de encuestas que evalúan diversos parámetros (funcionalidad, emociones y síntomas) y una evaluación global mediante 29 preguntas. Lasek R.J y Chren M.M. evaluaron

pacientes con acné con éste método y encontraron que los pacientes con acné experimentan efectos emocionales y funcionales comparables con los efectos que presentan los pacientes con psoriasis, sin embargo experimentan menos síntomas. Además reportaron que en los pacientes de mayor edad (adultos jóvenes) se afecta más su calidad de vida que en los adolescentes de menor edad. (52,53,54,55,56)

Por otro lado el cuestionario de calidad de vida relacionado a la salud (health-related quality of life HRQL), multidimensional , incluye elementos de seguimiento en cuatro dominio: síntomas psicológicos, estatus funcional, función psicológica y función social, solo se ha utilizado en adultos, no en niños. En éste se estudiaron pacientes con diversas enfermedades dermatológicas incluyendo el acné, y observaron que cerca de la mitad de los pacientes con acné se encontraron afectados algunos aspectos de la vida de los pacientes. Tales como la dificultad para relaciones interpersonales y pocos sufrieron dificultad para la convivencia con la familia, sin embargo estos datos son difíciles de interpretar por la ausencia de grupo control. (49,50,51,52)

Otros instrumentos genéricos usados para evaluación de calidad de vida en acné, han sido la Forma Corta 36 (Short Form SF-36) y el Cuestionario General de Salud (General health Questionnaire GHQ-28) , comparándolos con el Índice Dermatológico de Calidad de Vida (Dermatology Life Quality Index DQLI) en un estudio realizado por Newton , Mallon y colaboradores , en el que demostraron que el Índice Dermatológico de Calidad de Vida (DQLI) es más específico para evaluar calidad de vida en los pacientes con acné que los genéricos empleados, y que los genéricos demostraron que el acné afecta a nivel psicológico social y emocional similares a los reportados en pacientes con asma, epilepsia, diabetes, artritis, etc. (49,50,51,52)

El Índice Dermatológico de Calidad de vida fue creado por Finlay y colaboradores para medir en forma específica la discapacidad para enfermedades de la piel en general. Se ha usado en los Estados Unidos en Europa, y Australia en pacientes con acné, alopecia, dermatitis atópica , malformaciones vasculares congénitas, hidradenitis supurativa , úlceras de pierna, pénfigo , fotodaño , psoriasis y urticaria. Se evidenció que las enfermedades que producen mayor discapacidad fueron la psoriasis, la dermatitis atópica y el acné^(56,57,59)

Motley y Finlay en 1989, diseñaron un cuestionario de 48 preguntas que cubrían los aspectos emocionales y actitudes, las actividades diarias, discapacidades específicas y consideraciones financieras. Las respuestas fueron correlacionadas con la severidad clínica del acné. (49,50,51,52)

Motley y Finlay , crearon dos índices de discapacidad específicos para el acné. El primero que consta de 10 preguntas y fue usado para correlacionar la severidad del acné en diferentes sitios, así como la personalidad y discapacidad ocasionada en estudiantes. Posteriormente modificaron este índice reduciéndolo a 5 preguntas que fueron diseñadas para uso fácil. En ambos cuestionarios mostraron una consistencia interna buena así como buena correlacion con la gravedad clínica del acné . (49,50,51,52)

Otro cuestionario que fue elaborado por Girman y colaboradores, consiste de 24 preguntas, que exploran la vida del paciente durante la semana anterior. Estas preguntas han sido seleccionadas entre 168 puntos posibles a evaluar en un grupo de sujetos con acné, evaluando 4 dominios : la imagen de si mismo, los factores emocionales, factores sociales y síntomas del acné. (58,59,62,63)

La evaluación más reciente es la de Gupta y colaboradores que comprende nueve preguntas.

En la práctica todo el problema es encontrar un equilibrio entre las encuestas dermatológicas globales y las especializada para cada enfermedad. El acne seguramente es uno de los miles candidatos para la utilización pertinente de la calidad de Vida. (58,59,62,63)

El fin de cuantificar los aspectos que se evalúan mediante estos cuestionarios es que que no se pueden aceptar un resultado terapéutico en los que los resultados no se fundamentan en la mejoría de la calidad de vida. Sin un elemento objetivo de juicio . Por lo tanto puede ser un elemento importante en la elección del tratamiento . (57,58,59)

El uso de cuestionarios específicos para enfermedades dermatológicas como el DLQI y el IDA, que han sido utilizados en estudios previos han permitido evaluar la calidad de vida de los pacientes dermatológicos en forma eficaz. Estos 2 índices dermatológicos que son los que consideramos para validación para acné. (58,59,62,63)

INDICE DERMATOLÓGICO DE CALIDAD DE VIDA (DLQI)

El índice dermatológico de calidad de vida (**Dermatology Life Quality Index, DLQI**) es un cuestionario práctico, corto que se puede utilizar rutinariamente en los estudios clínicos dermatológicos. Consta de 10 preguntas cada una cuenta con cuatro respuestas alternativas que corresponde de “nada” a “mucho” con calificaciones correspondientes de 0, 1, 2, y 3 respectivamente. El índice dermatológico de calidad de vida se calcula mediante la suma de las calificaciones de cada pregunta, resultando un máximo de 30 y un mínimo de 0. Estas preguntas exploran áreas como :

Síntomas , sentimientos : preguntas . 1,2

Actividades diarias : preguntas 3,4

Diversiones , ocio : preguntas 5,6

Trabajo Escuela : pregunta 7

Relaciones interpersonales :preguntas. 8, 9

Tratamiento : pregunta. 10

INDICE DE DISCAPACIDAD EN ACNE

El Índice de discapacidad en acné (**Acne Disability Index, ADI**) es un cuestionario que consta de 5 preguntas cada una con cuatro respuestas alternativas. Los rubros que evalúan dicho cuestionario son el aspecto psicológico; las consecuencias psicológicas y sociales secundarias al acné; Así como la autopercepción de la severidad actual del acné. La calificación asignada a cada pregunta es de 0-3, siendo la calificación mayor de 15 como el estado más severo. **ANEXO : 4.** ⁽⁶¹⁾

Para ambos índices mencionados entre más alta sea la calificación , mayor es el grado de discapacidad.

Debido a que la mayor parte de los estudios de calidad de vida en pacientes dermatológicos son elaborados en el idioma inglés, es necesario su adaptación transcultural. La adaptación transcultural de los instrumentos de calidad de vida es una tarea difícil, ya que debe adaptarse al carácter cultural y subjetivo de quienes se les realiza la medida, igualmente al contexto socioeconómico en el que las personas viven y de su enfermedad. La posibilidad de elaborar o adaptar un instrumento de medición de la calidad de vida supone por lo menos un nivel mínimo de consenso que debe existir entre las culturas en quienes concierne el estudio y de su estado financiero, las practicas y la cultura médica y la importancia de la salud para la población. ⁽⁶³⁾

El índice evalua los siguientes aspectos según las preguntas , de la siguiente forma :

Consecuencias psicológicas y sociales del acné en general : Preg. 1 y 2

En relación a la afección del tórax y espalda. : 3

Estado psicológico : 4

Sensación de severidad por parte del paciente : 5.

PARTE II CALIDAD DE VIDA EN ACNE. Validación del Índice de Discapacidad por Acné (ADI, Acne Disability Index) y del Índice Dermatológico de Calidad de Vida (DQLI, Dermatology Quality Of Life Index) en su versión en castellano en pacientes mexicanos con acné.

JUSTIFICACION

El acné vulgar es una enfermedad del folículo pilosebáceo que ocurre predominantemente en la pubertad, en pacientes de ambos sexos. Su presentación en áreas tan visibles como la cara puede tener un gran impacto en la piqué de los pacientes. En la última década se ha puesto especial énfasis en tratar de medir el impacto de las enfermedades dermatológicas en la calidad de vida de los pacientes, por lo que se han desarrollado instrumentos para ello. Finlay y cols. desarrollaron por un lado un instrumento genérico, el Índice Dermatológico de Calidad de Vida (**Dermatology Quality of Life Index, DQLI**) y por otro, un instrumento específico de acné: Índice de Discapacidad del Acné (**Acne Disability Index, ADI**). Para su empleo en población mexicana requiere de una adaptación al español mexicano y de su validación.

OBJETIVOS PRINCIPALES

- Validar el índice dermatológico de calidad de vida, DQLI en pacientes mexicanos con diagnóstico clínico de acné activo, en su traducción al castellano
- Validar el índice de discapacidad de acné, ADI en pacientes con diagnóstico clínico de acné activo, en su traducción al castellano.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Correlacionar la severidad del acné medida por índice específico y genérico con el grado de afección de acné mediante el sistema de graduación global del acné.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio prospectivo observacional de tipo encuesta y descriptivo

MATERIAL Y MÉTODOS.

1.- POBLACION : Se estudiaron pacientes con diagnóstico clínico de acné que acudieron a la consulta externa del servicio de Dermatología

MATERIAL Y METODOS

Los pacientes elegibles fueron aquellos que cumplieron con los siguientes criterios:

A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. - Pacientes de primera vez de ambos sexos con diagnóstico clínico de acné
2. - Pacientes con cualquier variedad clínica de acné
3. -Pacientes que aceptaron participar en el estudio (**Anexos 1 y 2**)

B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Criterios de exclusión:

1. - Pacientes que cursaron con alguna otra enfermedad crónica (cutánea o sistémica)
2. - Pacientes que no aceptaron participar.

2.- VARIABLES PRINCIPALES

Calificación del ADI basal y a los 7 días

Calificación del DLQI basal y a los 7 días

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Edad en años.

Género : Femenino y Masculino

Escolaridad

Estrato socioeconómico

Grado de afección de acné mediante el sistema de graduación global de acné, GAGS⁽⁶³⁾

(63)

3.- MÉTODO

A los pacientes elegibles se les aplicaron los cuestionarios genérico y específico (índice dermatológico de calidad de vida y el índice de discapacidad de acné) en su consulta de primera vez y se realizó reevaluación a la semana siguiente (test-retest.) Así mismo se realizó evaluación del grado de acné, con el sistema GAGS⁽⁶³⁾ (**Anexo 5**) mediante 2 observadores independientes en las dos visitas del estudio.

Se aplicaron encuestas a todos los pacientes con diagnóstico de acné de primera vez. Se les solicitó que incluyeran variables demográficas (edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, y variedad clínica del acné.) Posteriormente se midió el grado de afección del acné, mediante el sistema propuesto por Doshi, Zaheer y cols. Ya descrito anteriormente.

Se explicó la forma de responder para el índice de discapacidad de acné en una forma estandarizada por un guión preestablecido para posteriormente aplicar ambos instrumentos.

Finalmente se realizó conteo de respuestas según la escala y registrando ambos resultados, se le indicó a los pacientes que regresaran en la siguientes semana para aplicar de nuevo ambos índices y evaluar el grado de afección del acné.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se utilizó el coeficiente de confiabilidad para evaluar confiabilidad “ test-retest”, así como el método descrito por Bland que incluye una prueba de t pareada. La hipótesis nula de la prueba es que la diferencia entre el primero y el segundo puntaje³¹

RESULTADOS

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Se reclutaron un total de 30 pacientes con diagnóstico de acné activo de los cuales 16 fueron hombres (53%) y 14 mujeres (46.66%)(Tabla 1)

Con un rango de edad de 15 a 25 años, con una edad promedio de 19.23 años (Desviación .Estándar de 2.6).

FEMENINO	14	46.66%
MASCULINO	16	53.34%
TOTAL	30	100%

Tabla 1. grupo de pacientes según género.

La escolaridad de los pacientes estudiados fue de secundaria a preparatoria, los resultados son los siguientes (Tabla 2)

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
SECUNDARIA	9	30%
BACHILLERATO	9	30%
LICENCIATURA	12	40%

Tabla 2 .Escolaridad

Con respecto a la ocupación la mayor porcentaje 76.66% fueron estudiantes. Comerciantes el 6.66% y otras el 16.6%.

SISTEMA GLOBAL DE GRADUACIÓN DE SEVERIDAD DEL ACNE (GLOBAL ACNE GRADING SYSTEM GAGS)

En la evaluación de la severidad del acné, se utilizó el sistema gradual de graduación de la severidad del acné (**GAGS**) de los pacientes recluidos, realizada durante el estudio en conjunto con un segundo observador , se encontraron los mismos valores para la evaluación inicial y la evaluación a la semana encontramos los siguientes datos: (Tablas 3 y4)

En el grupo de las mujeres solo presentaron acné leve y moderado y el grupo de los hombres presentó 4 casos de acné severo (13.33%)

ACNÉ	MUJERES	HOMBRES
Leve	8	6
Moderado	6	6
Grave	0	4
TOTAL	14	16

P = 0.25 no significativo

Tabla 3. Severidad del acné según género

VISITA	GAGS INV.(D.E.)	GAGS OBS.(D.E.)
1	20.3 (7.9)	20.3 (7.9)
2	20.1 (8.15)	20.1 (8.15)
P =	0.91	0.91

Tabla 4. Promedio de severidad del acné por investigador y observador.

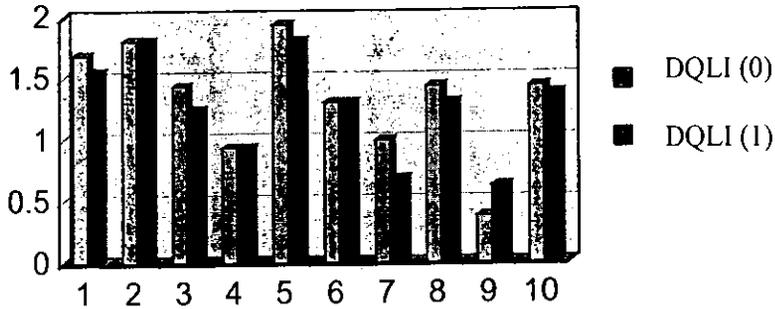
**INDICE DERMATOLÓGICO DE CALIDAD DE VIDA (Dermatology Quality of Life
Index DQLI)**

Respecto a la evaluación de los índices aplicados mediante test-retest , se obtuvieron los siguientes resultados generales . Con un promedio para DQLI (0) por grupo de 12.333 (D.E :4.37). y con un promedio por grupo de 7.2 (D.E.: 4.06).

El promedio de la respuestas según dominio (no. de pregunta), agrupado por géneros se muestra en la **tabla 5 y gráficas 1 y 2.**

	DQLI (0)		DQLI (1)		DQLI (0)		DQLI	
	MUJERES		MUJERES		HOMBRES		HOMBRES	
DOMINIOS	PROMEDIO	D.E.	PROMEDIO	D.E.	PROMEDIO	D.E.	PROMEDIO	D.E.
SINTOMAS	1.21	0.7	1.29	0.61	1.69	0.79	1.56	0.63
SENTIMIENTOS	2	0.88	1.79	0.89	1.81	0.75	1.81	0.66
ACT. DIARIAS	1	0.68	0.79	0.8	1.44	0.81	1.25	0.68
ROPA	0.93	0.92	0.79	0.89	0.94	0.93	0.94	0.85
DIVERSION	1.57	0.76	1.43	0.65	1.94	0.77	1.81	0.83
DEPORTES	0.71	0.91	0.71	0.73	1.31	1.14	1.31	1.01
TRABAJO/ESCUELA	0.57	0.85	0.5	0.85	1	1.21	0.69	0.87
REL. PERSONALES	1.36	0.84	1.29	0.61	1.44	0.81	1.31	0.79
DIF. SEXUALES	0.29	0.47	0.36	0.5	0.38	0.7	0.63	0.72
TRATAMIENTO	1.57	0.94	1.5	0.76	1.44	0.81	1.38	0.62
P=	0.737				0.725			

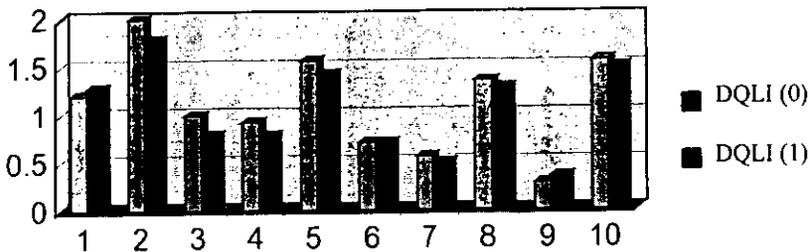
PROMEDIO DE RESPUESTAS SEGÚN A DOMINIOS EN DQLI(0) Y DQLI (1) (HOMBRES)



P = 0.737

Gráfica 1

PROMEDIO DE RESPUESTAS SEGÚN DOMINIOS EN DQLI (0) Y DQLI (1) (MUJERES)



P = 0.725

Gráfica 2

INDICE DE DISCAPACIDAD POR ACNÉ (Acne Disability Index ADI)

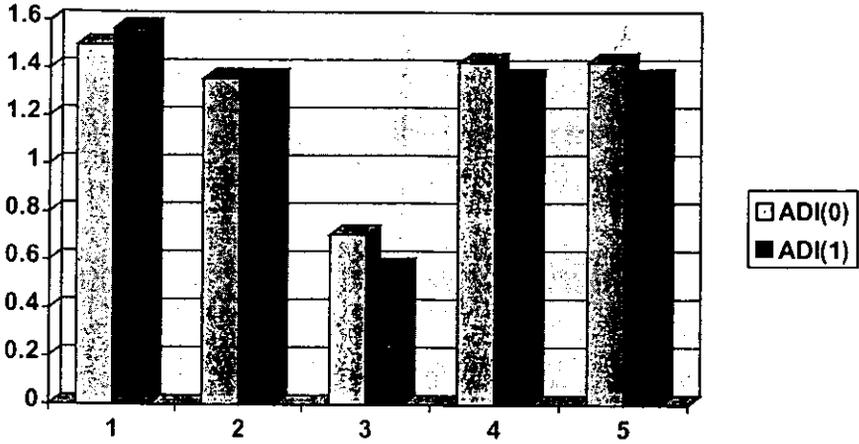
En cuanto al índice de discapacidad por acné (ADI) , Se encontraron los siguientes promedios de respuesta según dominio propias de este instrumento, mediante la evaluación de test- retest , sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en ambos géneros. (Tabla 5 y gráficas 3 y 4)

	ADI (0)		ADI (1)		ADI (0)		ADI (1)	
	MUJERES		MUJERES		HOMBRES		HOMBRES	
DOMINIOS	PROMEDIO	D.E.	PROMEDIO	D.E.	PROMEDIO	D.E.	PROMEDIO	D.E.
C. PSICOLOGICAS	1.5	0.52	1.57	0.5	1.88	0.62	1.88	0.62
C.SOCIALES	1.36	0.63	1.36	0.63	1.44	0.81	1.44	0.81
ACT. DEPORTIVAS	0.71	0.91	0.57	0.85	1.31	0.95	1.13	0.81
SENTIMIENTOS	1.43	0.51	1.36	0.5	1.75	0.93	1.81	0.91
AUTOPERCEPCIÓN	1.43	0.55	1.36	0.63	1.69	0.79	1.75	0.77
P=	0.857				0.946			

Tabla 5.

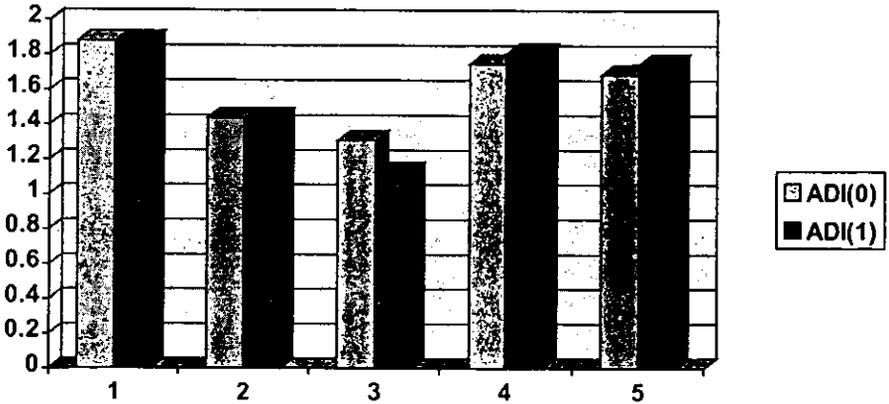
P=0.946

Gráfica 3



P = 0.857

Gráfica 4



VALIDACIÓN DE LOS INDICES.

En la siguiente tabla se resumen los valores de confiabilidad mediante test-retest considerándose ambos instrumentos válidos. Se muestra la correlación entre las respuestas obtenidas entre DQLI y ADI, con el GAGS.

Sin existir diferencias significativas entre ambas evaluaciones.

INDICE	DQLI	ADI	GAGS INV.	GAGS OBS.
VISITA (0)	12.3 (4.3)	7.3 (2.5)	20.3 (7.9)	20.3 (7.9)
VISITA (1)	11.6 (4.02)	7.2 (2.6)	20.1 (8.15)	20.1 (8.15)
DIF. MEDIA :	-0.7	-0.1	-0.2	-0.2
P= (t de student)	0.45	0.84	0.91	0.91
COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD	0.979	0.986	0.996	0.996

Tabla 6

	DQLI MASC	DQLI FEM	ADI MASC	ADI FEM	GAGS MASC	GAGS FEM
VISITA (0)	13.3 (5.2)	11.2 (2.9)	8.06 (3.06)	6.4(1.5)	23.25 (7.63)	16.9 (7.2)
VISITA (1)	12.5 (4.6)	10.29 (2.97)	8 (3.12)	6.2 (1.6)	23.06 (7.9)	16.6 (7.1)
DIFERENCIA MEDIA	-0.8	-0.91	-0.6	-0.2	-0.19	-0.3
P =	0.672	0.83	0.957	0.688	0.945	0.918
P.PEARSON	0.983	0.969	0.989	0.963	0.996	0.996

Tabla 7

DISCUSIÓN.

La evaluación de la calidad de vida en el paciente con acné, ha sido estudiada en forma previa por autores como Finaly^{1529,51}, Rajagolapan²¹, Layton y cols⁵², entre otros investigadores, han publicado estudios de calidad de vida en acné, mediante el uso de cuestionarios genéricos y algunos específicos para el área de la dermatología ;en los que se ha encontrado que el acné no es una enfermedad tan trivial como la consideran otros médicos o especialistas, sino que afecta al adolescente y al joven en forma importante sobre todo en su autoestima y el aspecto de las relaciones interpersonales, no específicos para acné.

Sin embargo, algunos de estos autores como Motley y Finlay, en 1989, desarrollaron un índice específico para acné, que constaba de 16 preguntas. Posteriormente lo modificaron , reduciendo a 5 las preguntas, para facilitar el estudio de calidad de vida en el paciente con acné^{59,60} , en el que observaron mayor afección a nivel de los sentimientos y la auto percepción.

En nuestro estudio , encontramos que ambos índices fueron útiles para valorar calidad de vida en el paciente con acné.

Respecto al uso del DQLI en hombres los dominios de mayor afección fueron : Actividades diarias, de diversión y sentimientos. En mujeres , los dominios de mayor afección fueron : Los sentimientos, las actividades de diversión y los síntomas.

En el caso del ADI , tanto en hombres, como en mujeres los dominios de mayor afección fueron : el campo psicológico, sentimientos y auto percepción.

Dichos hallazgos corresponden en parte con lo reportado por la literatura, sin embargo, hay que recordar que al realizar la traducción de los índices de su idioma original, puede cambiar en parte la idea original de la pregunta. Al no observarse₃₉

diferencias importantes en test- retest de ambos índices , podemos concluir que son válidos y consistentes , que se pueden utilizar, en pacientes mexicanos con diagnóstico de acné, para su evaluación integral.

Además , dichos índices pueden ser utilizados en estudios de tratamiento , ya que al mejorar la calidad de vida posterior al tratamiento, se considerará que este es eficaz. También nos permite darnos cuenta el grado de discapacidad que el acné le produce a cada paciente y detectar en un momento dado que paciente esta deprimido en forma severa, en forma indirecta, para orientarlo a llevar una vida normal y evitar el suicidio que se ha reportado en algunos casos.

CONCLUSIONES .

1.- Se estudiaron 30 pacientes con el objeto de validar dos diferentes instrumentos para evaluar la calidad de vida en el paciente con diagnóstico de acné en su traducción al castellano, 16 fueron hombres y 14 mujeres, con una edad promedio de 19.23 años , no hubo franco predominio por género y corresponden al rango de edad descrito para el acné.

2.- La ocupación con mayor porcentaje de la población en estudio fue la de estudiante con un 76.7%. Respecto al estado civil el 96.7% son solteros.

3.- La escolaridad que predominó en el grupo de estudio fue el de licenciatura (40%), siguiendo bachillerato (30%) y secundaria (30%).

4.- Respecto a la severidad del acné el grupo de mayor afección lo presentaron los hombres con un promedio de calificación del GAGS de 23.2 con mayor severidad respecto de las mujeres con severidad promedio de 16.7.

5.- En la evaluación realizada durante test-retest, del GAGS mediante investigador y observador , se encontró concordancia perfecta en las calificaciones y promedios de severidad de acné en el grupo de pacientes estudiados. Por lo que el GAGS, es un método preciso para la graduación de la severidad del acné.

6.- Los coeficientes de confiabilidad del ADI y del DQLI fueron altos así como su correlación con la severidad.

7. El ADI y el DQLI en su versión al castellano son confiables y se correlacionan bien con la severidad del acné por lo que pueden ser instrumentos muy útiles para medir la calidad de vida durante el manejo de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

CALIDAD DE VIDA , INSTRUMENTOS DE CALIDAD DE VIDA.

- 1.- Muldoon Matthew F.; D. Barger Steven ; D Flory Janine, Manuck Stephen B.
What are quality of life measurements measuring ?
- 2.- Guyatt Gordon H., MD; Fenny David H, PhD; and Patrick Donald L , PhD, MSPH.
Measuring Health-Related Quality of life . Ann Int Med;118:622-629.
- 3.- T.H.Brian Haig, MD; David A Scott, PhD, and Gregory B. Stevens MSc.
Measurement of the discomfort component of illness. Med Care 1989; 27: 280-287.
- 4.- J. Revuz. Index de qualité de vie en dermatologie. Ann Dermatol Venereol.
2000;127:2S7-8
- 5.- Wolkenstein P. Chosidow O . Health-related quality of life instruments in
dermatology . Ann Dermatol Venereol 1999; 126: 176-183
- 6.- B. Cribier. Quality of Life Scales in Dermatology: Limitations and Uncertainties. Ann
Dermatol Venereol 1999; 126:181-184
- 7.- Farsides Bobbie; Dunlop Robert J . Is There Such a thing as a life not worth living ?
BMJ 2001;322:1481-1483
- 8.- Addington-Hall Julia, Kalra, Lalit. Measuring quality of life. Who should measure
Quality of Life?. BMJ 2001; 322:1417-1420
- 9.- J Carr Alison; Higginson Irene J. Are Quality of Life measures patients centred₄₂

?. BMJ 2001;322: 1357-1360

10.- Sanders Caroline, Donovan Jenny, Frankel Stephen . Reporting on Quality of Life in Randomised Controlled Trials: Bibliographic study. BMJ 1998;317:1191-1194

11.- Higginson Irene J ; Carr Alison J. Using Quality of life measures in the clinical setting. BMJ 2001;322: 1297-1300

12.- Carr Alison J; Gibson Barry; Robinson Peter G. ; Is Quality of Life determined by expectations or experience ? BMJ 2001;322:1240-1243

13.- Jenkinson Crispin , Coulter Angela, Wrigth Lucie. Short Form (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. BMJ 1993;306: 1437-1440.

14.- Garratt, Andrew M, Ruta Danny A, Mona I Abadía, Buckingham J Kennet; Russel Ian T. BMJ1993 ; 306 1440-1443.

15.- Finlay , A.Y. Quality of Life Measurements in Dermatology : A Practical Guide. Br J Dermatol 1997; 136:305-314.

16.- L. Lundberg. M . Johan Nesson. M. Silverdahl. C. Hermansson and M.Lindberg. Quality Of Life. Health-state utilities and willingness to pay in patients with psoriasis and atopic eczema.

17.- S. Boulinguez. Les Echelles de qualité de vie. Ann Dermatol Venereol 2000;127: 2S5-6

18.- J. J. Grob , M.A. Richard. Instruments Génériques et spécifiques pour la mesure de QdV en dermatologie. Ann Dermatol Venereol. 2000;127:2S9-2S12.

- 19.- P. Wolkenstein . Adpatation Transculturelle des Echelles de Qualité de Vie : une nécessité et une urgence pour les dermatologues. Ann Dermatol Venereol ; 127:2S23-24
- 20.- Adolfo G. de Tiedra ; Joan Mercadal; Xavier Badía; José M . Mascaró; Michael Herdman; Rafael Lozano. Adapatación trasncultural al español del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DQLI) : El índice de Calidad de Vida en Dermatología. Actas dermosifiliogr. 1998;89: 692-700
- 21.- Roger T. Anderson. PhD, and Rukimi Rajagopalan . Dr.PH . Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases.
- 22.- M. Morgan. R. McCreedy; J. Simpson and R.J. Hay. Dermatology quality of life scales, a measure of the impact of skin diseases. Br J Dermatol 1997; 136: 202-206.
- 23.- J.P. Ortonne . Psoriasis : Evaluation de la Qualité de Vie . Ann Dermatol Venereol. 2000;127:2S19.22.
- 24.- G. Lorette . Dermateite Atopique : Evaluation de la Qualité de vie . Ann Dermatol Venereol 2000;127:2S17-2S18.
- 25.- J. Revuz. Alopecie androgénétique et qualité de vie. Ann Dermatol Venereol. 2000; 127: 2S15-16.
- 26.- Mary Margaret Chren, MD; Rebecca J. Lasek , PhD,; susan A. Flocke, PhD;

Stepehn J. Zyzanski, PhD. 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: 1433-1440.

27.- Mary Margaret Chren. Rebeca J. Lasek , Linda M. Quinn. And Kenneth E. Covinsky. Convergent and Discriminant Validity of a Generic and a Disease-specific Instrument to Measure Quality of Life in Patients with Skin Disease. J. Invest Dermatol 1997 ;108:103-107

28.- Thomas M Gill, MD, Alvan R. Feinstein . MD. A Critical Appraisal of the Quality of Quality of Life Measurements. JAMA 1994; 8: 619-25

29.- A.Y. Finlay and E.C. Coles . The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients . Br J Dermatol . 1995;132:236-244.

30.- Astrid Fletcher , Sheila Gore, David Jones, Ray Fitzpatrick, David Spiegelhalter, David Cox. Quality of life measures in health care. II : Design , analysis and interpretation. BMJ 1993;305 : 1145-1148.

31.- Marcia A. Testa, M.P.H. PhD, and Donald C. Simonson , M.D. Assesment of Quality of life outcomes. N Engl J Med. 1996;334: 835-840.

ACNÉ.

BIBLIOGRAFIA

32. - Saúl A.; Peniche J. Lecciones de dermatología 13ª edición Méndez Editores SA de CV México D.F. 1995 Págs.
33. - Fitzpatrick T.B. et al. Dermatology In General Medicine. 5a edición Mc Graw Hill.
- 34.- Dr. Ruby Medina Murillo . Dra. Laura Coya, Dr. Carlos Montesinos Acné. Rev del HJ Mex. 1993; 60: 72-79.
- 35.-Piqueiro-Jaime M. Acné. Manejo Racional. 3a edición Editorial Corpográfica S.A. Caracas Venezuela. 2000. El papel de las hormonas. Págs. 23-32
36. -Piqueiro-Jaime M. Acné. Manejo Racional. 3a edición Editorial Corpográfica S.A. Caracas Venezuela. 2000. Glándulas sebáceas. Págs. 33-40
- 37.- Santamaría G. Virgilio. Acné Vulgar o Juvenil. Rev Cent Dermatol Pascua . 2000;9:49-56.
38. -Piqueiro-Jaime M. Acné. Manejo Racional. 3a edición Editorial Corpográfica S.A. Caracas Venezuela. 2000. Queratinización folicular. Págs.. 23-32

39. -Piqueiro-Jaime M. Acné. Manejo Racional. 3a edición Editorial Corpográfica S.A. Caracas Venezuela. 2000. El papel de las hormonas. Págs.. 41-45

40. - Thibout D., Knaggs H, Gilliland K, Hagari S. Activity of 5 alpha –reductase in the follicular infrainfundibulum compared with the epidermis . Br J Dermatol 1997;136:166-171.

41.- Thibout D., Knaggs H, Gilliland K . Activity of 5- Alpha reductase and 17-Beta – Hidrosteroid dehydrogenase in the infrainfundibulum of subjects with and without acne vulgaris. Dermatology 1998 . 196:38-42.

42.- Higaki S. Kitawa t, Kagoura M, Morohashi M, Yamagishi T. Correlation between propionibacterium acnes biotypes, lipase activity and rash degree in acne patients . J. Dermatol 2000 ; 27: 519-22.

43.- Cibula D. Hill M. Vohoradnikova O, Kyzel D. Fanta M , Zivny J. The role of androgens in determining acne severity in adult women. Br J Dermatol . 2000 ; 143(2):399-404.

44.- Cunliffe WJ. Acne: when, where and How to treat . Practitioner 2000;244:865-6,868,870-1.

45.- Aktan S. Ozmen E, . Anxiety, depresión and nature of acne vulgaris in47

adolescents. *Dermatol* 1997; 133:1433-40

46.- M.S. Al Abadie, G.G. Kent and D.J. Gawkrödger. The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions.

47.- Kaminer MS , Gilchrest BA. The Many faces of acne. *J Am Acad Dermatol* 1995;32:S5-14.

48.- Jerry K. L. Tan MD. FRCP. Kirsten Vasey, Karen Y. Fung PhD. Beliefs and perceptions of patients with acne. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44:439-45.

ACNE Y CALIDAD DE VIDA.

BIBLIOGRAFÍA.

49.- Chee-Chong Lionel Lim and Tah-Chew Tan. Personality , disability and acne in college students. *Clin Exp Dermatol* 1991;16 :371-73.

50.- B. Cribier. Qualité de vie en dermatologie. Acné et qualité de vie. *Ann Dermatol Vénéreol* 2000; 127:S13-S14.

51.- Niemmmeier V, KupferJ, Demmelbauer-Ebner M, Stangier U, Efendy I. Gieler U. Coping with the acne vulgaris. Evaluation of the chronic skin disorder questionnaire in patients with acne. *Dermatology* 1998 ;196 :108-15.

52.- Layton A.M., Seukeran D. Cunliffe W.J. Scarred for life ?. *Dermatology*₄₈

1997;195(suppl):15-21.

53.- P. Wolkenstein, O. Chosidow. Health related quality of life instruments in dermatology. *Ann Dermatol Venereol* 1999; 126: 176-83

54.-B. Cribier. Quality of life scales in dermatology : limitations and uncertainties. *Ann Dermatol Venereol* 1999;126:181-185

55.- Rebeca Jane Lasek , MA, PhD; Mary –Margaret Chren MD. Acne vulgaris and the Quality of Life of Adults Dermatology Patients. *Arch Dermatol* 1998;134 : 454-458.

56.- Mary Margaret Chren, MD; Rebeca J. Lasek PhD; Susan A. Flocke; PhD; Stephen J. Zyzanski.PhD. Improved Discriminative and Evaluative Capability of a Refined Version of Skindex , a Quality of life instrument for patients with Skin Diseases *Arch Dermatol* 1997; 133:1433-40.

57.- E. Mallon . J.N Newton, A. Klassen, S:L: Stewart-Brown. T:J: Ryan and A. Y: Finlay. The quality of life in acne : A comparison with general medical conditions using generic questionnaires.

58.- J.N. Newton. E. Mallon. A. Klassen. T.J. Ryan and A. Y. Finlay . The effectiveness of acne treatment : an assessment by patients of the outcome of therapy. *Br J Dermatol* 1997;137:563-567

59.- A.Y. Finlay and G. K. Khan . Dermatology Quality of Life Index (DLQI) a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol* 1994 ;19: 210-216.

60.- R. J. Motley and A.Y. Finlay . How much disability is caused by acne? *Clin Exp Dermatol* 1989;14:194-98

61.- R:J. Motley and A:Y: Finlay . Practical use of a disability index in the routine₄₉

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

management of acne. Clin Exp Dermatol 1992;17:1-3

62.- Gordon H. Guyatt, MD ; David H. Feeny, PhD; and Donald L. Patrick, PhD, MSPH. Measuring Health-Related Quality of Life. Ann Int Med 1993;118: 622-629.

63.- Anne F. Klassen D: Phill , John N. Newton FCRP, MFPHM, Eleanor Mallon MBBS, MRCP. Measuring quality of life in people referred for specialist care of acne. Comparing generic and disease specific measures. J Am Acad Dermatol 2000; 43:229-33

64.- Amol Doshi BS; Ahmed Azheer, MD; et al A comparison of current acne grading Systems and a Proposal of a Novel System Int.J Dermatol. 1997; 36:416-41

ANEXO 1

FECHA :

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.

UNIDAD DE DERMATOLOGÍA 109

CARTA DE ACEPTACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:

El presente estudio tiene por objetivo validar El índice dermatológico de calidad de vida y el Índice de discapacidad en acné, así como evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico clínico de acné que acepten participar en el estudio.

Se realizarán 2 encuestas al momento de la consulta y se repetirán dichas encuestas a la semana siguiente.

La información obtenida en los cuestionarios será de carácter confidencial.

No existen respuestas buenas o malas.

En caso de aceptar participar en el estudio favor de firmar su consentimiento.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO

FIRMA DE TESTIGO:

ANEXO 2

FECHA :

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.

UNIDAD DE DERMATOLOGÍA 109

El presente estudio tiene por objetivo validar El índice dermatológico de calidad de vida y el Índice de discapacidad en acné, así como evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico clínico de acné que acepten participar en el estudio.

Se realizarán 2 encuestas al momento de la consulta y se repetirán dichas encuestas a la semana siguiente.

La información obtenida en los cuestionarios será de carácter confidencial.

No existen respuestas buenas o malas.

En caso de que el paciente por voluntad desee abandonar el estudio, lo podrá realizar sin que esto afecte o modifique la atención médica prestada al paciente.

En caso de que el paciente sea menor de edad para su inclusión en el estudio requerimos del consentimiento informado del padre o tutor, que autorice su participación.

En caso de aceptar participar en el estudio favor de firmar su consentimiento.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:

FIRMA DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR.

FIRMA DE TESTIGO:

ANEXO 3**INDICE DERMATOLÓGICO DE CALIDAD DE VIDA**

Iniciales	Edad	Sexo	Fecha	Reg.
Escolaridad	Ocupación	Estado Civil:		

El propósito de este cuestionario es el de determinar que tanto le ha afectado a su vida el problema en la piel, en la última semana. Por favor subraye la respuesta que corresponda a su problema de la piel.

1. En la última semana, ¿ qué tanta comezón, ardor, dolor, o escozor ha sentido en su piel?
Mucho Regular Poco Nada
 2. - En la última semana. ¿Qué tan avergonzado o autoconciente ha estado usted de su piel?
Mucho Regular Poco Nada No relevante
 3. - En la última semana ¿ qué tanto ha interferido su problema de la piel en su salida de compras, cuidado de la casa o jardín?
Mucho Regular Poco Nada No relevante
 4. - En la última semana ¿ qué tanto ha influido su piel en la ropa que usted usa?
Mucho Regular Poco Nada No relevante
 5. - En la última semana ¿ qué tanto ha afectado su piel en su vida social o actividades del tiempo libre?
Mucho Regular Poco Nada No relevante
 6. - En la última semana ¿ qué tanto le ha dificultado su piel para hacer cualquier deporte?
Mucho Regular Poco Nada No relevante
 7. - En la última semana ¿ qué tanto le su piel le ha obstaculizado el trabajo o el estudio
Si No No relevante
Si su respuesta fue si: Que tanto ha sido su piel un problema en el trabajo o en el estudio?
Mucho poco Nada
 8. - En la última semana, ¿ su piel le ha creado problemas con su pareja, amigos cercanos o parientes?
Mucho Regular Poco Nada No relevante
 9. - En la última semana, ¿ su piel le ha causado dificultades sexuales?
Mucho Regular Poco Nada No relevante
 10. - En la última semana, ¿ qué tanto problema le ha causado el tratamiento para su piel, por ejemplo al ensuciar o tomarle tiempo?
Mucho Regular Poco Nada No relevante
- CALIFICACIÓN -----

ANEXO 4

INDICE DE DISCAPACIDAD POR ACNE

Iniciales Edad Sexo Fecha Reg.
Escolaridad Ocupación Estado Civil:

El propósito de este cuestionario es el de determinar que tanto le ha afectado a su vida el problema en la piel, en la última semana. Por favor subraye la respuesta que corresponda a su problema de la piel.

1. - ¿ Como resultado de tener acné en el último mes se ha sentido agresivo, frustrado o avergonzado?

- a) Mucho
- b) A veces
- c) Un poco
- d) No siempre

2. - ¿ Usted piensa que teniendo acné durante el último mes, interfirió con su vida social diaria, eventos sociales y la interrelación con personas del sexo opuesto?

- a) Severamente, afectando todas las actividades
- b) Moderadamente en muchas actividades
- c) Ocasionalmente o solo en algunas actividades
- d) No siempre

3. - ¿Durante el último mes ha evitado cambios en algunas costumbres como el nadar a causa de su acné?

- a) Todo el tiempo
- b) Gran parte del tiempo
- c) Ocasionalmente
- d) No siempre

4. - ¿Como puede describir sus sentimientos acerca de la apariencia de su piel durante el mes pasado?

- a) Muy deprimido y miserable
- b) Usualmente consternado
- c) Ocasionalmente consternado
- d) Sin ninguno de estos sentimientos

5. - Favor de indicar que tan mal piensa que se encuentra su acné ahora

- a) Lo peor posible que puede estar
- b) Un problema mayor
- c) Un problema menor
- d) No es un problema

CALIFICACIÓN. _____54

ANEXO 5

Sistema de Graduación Global del Acné.

Localización	Factor x grado(0-4) = Calificación local
1. -frente	2 X
2. -mejilla derecha	2 X
3. -mejilla izquierda	2 X
4. -nariz	1 X
5. -barbilla	1 X
6. -pecho y espalda	3 X

0= Sin lesiones 1, > un comedón. 2 > una pápula; 3> una pústula; 4>un nódulo

Calificación global =

-

-

- Ninguno

1-18 Leve

19-30 Moderado

31-38 Severo

>39 Muy severo