



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS
CENTRO DERMATOLÓGICO “DR. LADISLAO DE LA PASCUA”

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
DERMATOLOGÍA

DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES
CON ALOPECIA ANDROGENÉTICA CON LA ENCUESTA SF-36

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
TRANSVERSAL COMPARATIVO

PRESENTADO POR: DRA. SANDRA PATRICIA SIORDIA ZAMBRANO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA



DIRECTOR:

DR. FERMIN JURADO SANTA CRUZ

ASESOR DE TESIS:

DR. FERMIN JURADO SANTA CRUZ

ASESOR METODOLOGICO:

MC. MA. LUISA PERALTA PEDRERO

MÉXICO

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**Determinación de la calidad de vida en mujeres con
alopecia androgenética con la encuesta SF-36**

Dra. Sandra Patricia Siordia Zambrano

Vo. Bo.

**Dra. Obdulia Rodríguez Rodríguez
Profesora Titular del Curso de Especialización
en Dermatología**

Vo. Bo.

**Dr. Antonio Fraga Mouret
Director de Educación e Investigación**

ÍNDICE

Antecedentes

Definición	2
Etiopatogenia	3
Cuadro clínico	7
Diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	12
Tratamiento	12
Pronóstico	14
Calidad de vida	16
Aspectos históricos de la calidad de vida	16
Escalas de la SF-36	20
Planteamiento del problema	22
Justificación	23
Objetivos	23
Hipótesis	24
Material y Métodos	24
Aspectos éticos	31
Resultados	32
Discusión	45
Conclusiones	48
Anexos	49
Bibliografía	56

ANTECEDENTES

DEFINICIÓN

La alopecia androgenética (AAG) es la forma de calvicie más frecuente. Se observa la pérdida progresiva de pelos terminales los cuales son reemplazados por pelos o vellos finos casi invisibles en respuesta a la circulación de andrógenos. Particularmente afecta a hombres, aunque también se observa en mujeres genéticamente predispuestas.¹

El término de AAG fue acuñado por Orentreich en 1960; en los hombres se le denomina también alopecia con patrón masculino; en las mujeres afectadas la dependencia de andrógenos y factores hereditarios es menos obvia, por lo que el término "patrón de pérdida de pelo" sería un concepto más preciso y se prefiere que el de alopecia androgenética; además podría ser aplicado a ambos sexos.²

La incidencia de alopecia androgenética femenina parece estar en aumento. Recientemente se ha descrito que la alopecia femenina no es la contraparte de la alopecia androgenética masculina y algunos autores sugieren que no es dependiente de andrógenos.

En las mujeres la alopecia androgenética inicia al final de los 20 años de edad con mayor expresión a los 50 años.

La incidencia de alopecia androgenética femenina al final de la vida es mayor al 30% a diferencia de la alopecia androgenética masculina que se presenta en un 70%.³

ETIOPATOGENIA

La miniaturización folicular es el evento principal que caracteriza el patrón de pérdida de cabello. La transformación de pelos terminales a vellos miniaturizados explica el proceso de calvicie.

En la miniaturización la duración del período anágeno se invierte de 2-5 años a 1 mes, pero la duración de telógeno permanece sin alteraciones (3 meses).

Se han descrito varios factores que influyen en el proceso de miniaturización folicular: genéticos, hormonales como los factores de crecimiento, citocinas y neuropéptidos.

La miniaturización folicular ocurre en la papila y en la vaina dérmica cuando se inician las células madre en el bulbo folicular. Esta puede ocurrir en el catágeno o anágeno temprano y los folículos son vulnerables a fuerzas externas. La miniaturización es un proceso de grandes pasos, con cambios entre las fases de crecimiento; no es una reducción gradual en el tamaño durante muchos años.⁴

La alopecia androgenética se piensa que está genéticamente determinada y que resulta de la activación de un programa desarrollado controlado por un número de genes o quizás por un solo gen autosómico dominante con penetrancia variable. Los factores hormonales y ambientales probablemente participan para determinar el tiempo de inicio y la extensión de esta forma de alopecia.

Sprecher et al⁵ mostraron que el gen menos pelo (hairless) no se encuentra involucrado en la patogénesis de la AAG en individuos heterocigotos portadores de una mutación en él.

La implicación de varios activadores de la inflamación en la etiología de la alopecia androgenética ha emergido recientemente de varios estudios independientes. Una fibroplasia de la vaina dérmica la cual rodea al folículo del pelo, se sospecha ahora que sea un proceso terminal común que resulte en la miniaturización e involución de las unidades pilosebáceas en la AAG.

Se observa un infiltrado perifolicular en la parte superior del folículo cerca del infundíbulo, esto sugiere que el evento causal primario en desencadenar la inflamación, podría ocurrir cerca del infundíbulo.

El proceso inflamatorio se divide en 4 pasos.

PASO 1 ESTRÉS

Mecánico, radiación UV, alergenicos, irritantes, neuronales, bacterianos y endógenos (autoantígenos).→ RESPUESTA INMEDIATA (señal de alerta) → superóxidos, óxido nítrico, neurotransmisores, prostaglandinas y liberación de IL-1 β (almacenada en los queratinocitos).

PASO 2 AMPLIFICACIÓN

Expresión de moléculas de adhesión en el endotelio vascular

Establecimiento de un gradiente de quimiocinas inflamatorias que producen la extravasación celular.→ citocinas proinflamatorias: IL-1 α , IL-1 β , FNT α ; Quimiocinas: IL-8, colagenasas, óxido nítrico sintetasa y prostaglandinas.

PASO 3 RESOLUCIÓN MEDIADA POR CÉLULAS

Extravasación de células inflamatorias

Eliminación del agente causal por células del infiltrado→ Movilización de células: Neutrófilos, presentación de antígenos por las células de Langerhans y de los macrófagos a los linfocitos T y cooperación de las células B del complejo mayor de

histocompatibilidad para amplificar la opsonización a través de la producción de anticuerpos.

PASO 4 CRONICIDAD (Si el agente causal no se elimina)

Infiltración permanente de células inflamatorias

Remodelación y destrucción de tejido

Producción de autoanticuerpos a nuevos epítopes

Hipertrofia

Fiebre ⁶

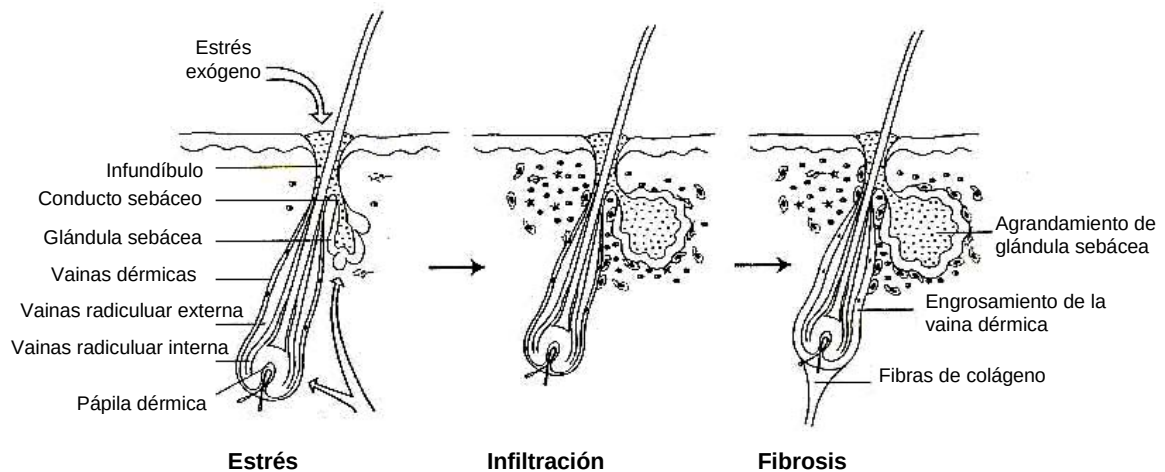


Figura 1 Microinflamación y fibrosis perifolicular en AAG.

Mahé Y, Michelet J, Billoni N et al. Androgenetic alopecia and microinflammation. ⁶

Influencia androgénica

El rol de los andrógenos en la AAG fue descrito desde 1940 por Hamilton; observó que la alopecia no se presenta en eunucos y en hombres castrados en la pubertad o durante la adolescencia; al administrar testosterona, se desarrolla alopecia en

individuos predispuestos y cuando se suspende ésta, la alopecia no progresa, aunque tampoco revierte.

La piel es un órgano blanco para la acción de los andrógenos, similar a los ovarios, testículos y glándulas adrenales. La circulación de dihidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S) y androstenediona son producidas predominantemente en las glándulas adrenales; testosterona y 5α dihidrotestosterona (DHT) son sintetizadas principalmente en las gónadas.

La DHEA-S y androstenediona tienen un efecto androgénico relativamente débil, aunque pueden ser metabolizadas a testosterona y esta a su vez, por medio de la enzima 5α reductasa a DHT, que es el andrógeno más potente y juega un papel clave en la AAG.⁷

Existen dos isotipos de 5α R humana: 5α R1 y 5α R2. Estas enzimas son el producto de 2 genes distintos y tienen únicamente el 50% de homología en su secuencia de aminoácidos.⁸

Ensayos bioquímicos han mostrado que en la piel cabelluda predomina la 5α R1, la cual puede ser localizada en las glándulas sebáceas y algunos autores refieren que en las glándulas sudoríparas.

La localización de la 5α R2 es claramente distinta de la 5α R1. Inmunohistoquímicamente fue detectada en la raíz de la vaina del folículo del pelo en su región más proximal, en el infundíbulo y en la capa granular de la epidermis; debido a esto se ha sugerido que la 5α R2 juega el papel principal en el desarrollo de la alopecia androgenética.

La actividad de la enzima 5 α R1 varía dentro de las diferentes regiones de la unidad pilosebácea, su mayor actividad se encuentra en la glándula sebácea, seguida por el conducto sebáceo, infrainfundíbulo y epidermis.⁹

Existe un pobre entendimiento de los mecanismos por los cuales los andrógenos actúan sobre la glándula sebácea y el folículo piloso para regular la producción de sebo y el crecimiento del pelo.⁸

La unidad pilosebácea tiene potencial para mediar la acción de los andrógenos sin relación alguna con los niveles elevados de testosterona y DHT en la circulación.

Los folículos dependientes de andrógenos liberan factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-1) después de la estimulación con testosterona y el IGF-1 induce 5 α R.

La expresión de IGF-1 en la papila dérmica se piensa que juega un papel importante en el desarrollo del patrón de alopecia.⁷

CUADRO CLÍNICO

El proceso de calvicie en la mujer inicia como una pérdida difusa en la corona, de forma oval, rodeada por una banda de pelo normalmente densa de extensión variable. Frontalmente la franja es estrecha (1-3 cm), lateralmente en la región temporo-parietal es cerca de 4-5 cm de ancho. En la parte posterior, el occipucio está separado del área de pérdida por una línea semicircular que se extiende del vértex a la protuberancia occipital. A diferencia del varón en la mujer la línea frontal siempre está preservada.

Con el avance de la edad dichas áreas son más pronunciadas y el número de pelos cortos y delgados se incrementa.

En casos excepcionales la AAG femenina sigue un curso similar a la observada en los hombres, cuando se presenta puede ser un marcador de un síndrome de virilización. En mujeres postmenopáusicas se presenta ocasionalmente adelgazamiento del pelo limitado a una zona orbicular alrededor del vértex (alopecia cráneo-gorra). La menopausia además influye en la frecuencia del patrón de Hamilton (30%).^{10,11}

Clasificación de Ludwig (Figura 2)

Grado I: Adelgazamiento perceptible del pelo en la corona, limitado por una línea frontal situada 1-3 cm de la implantación del pelo.

Grado II: Escasez de pelo pronunciada en la corona en la misma área del grado I.

Grado III: Calvicie total (denudación total) en las áreas del grado I y II.



Figura 2 Clasificación de Ludwig en AAG

	Tipo 1 Adelgazamiento generalizado con áreas discretas de alopecia en las regiones frontal y vértex coronal
	Tipo 2 Adelgazamiento difuso global sin áreas discretas de alopecia
	Tipo 3 Afección frontotemporal vista típicamente en el patrón de alopecia masculina
	Tipo 4 Alopecia cicatrizal
	Tipo 5 Causas médicas y hormonales (Usualmente no tratadas quirúrgicamente)

Figura 3 Clasificación de Ludwig: Tipos de AAG en mujeres

Las mujeres con AAG con patrón masculino pueden ser clasificadas de acuerdo a la escala de Hamilton (tipos I-VIII) o la de Ebling & Rook.

La escala de Savin también se puede utilizar combinada con la clasificación de Ludwig que consiste en observar la densidad del pelo y se divide de mayor a menor en 8 grados D1 a D8.¹²



Alopecia Androgenética Grado I



Alopecia Androgenética Grado II



Alopecia Androgenética Grado III

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza con base al cuadro clínico. Generalmente la pérdida de pelo es asintomática, aunque se han descrito casos de tricodinia, que se refiere a dolor y o parestesias en la piel cabelluda, la cual puede estar asociada con alguna psicopatología; Kivanç et al ¹³ comunicaron una incidencia del 30% de tricodinia y asociada a psicopatología un 76%.

Cuando existe duda diagnóstica se puede realizar una biopsia cutánea. La histopatología de la alopecia androgenética en hombres y mujeres refleja un proceso de miniaturización, con disminución en el número de pelos terminales, aumento de vellos miniaturizados y de estelas foliculares por debajo de los pequeños folículos vellosos. ¹⁴

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El patrón de pérdida de pelo en las mujeres dificulta el diagnóstico comparado con el patrón masculino. El cuadro clínico es de gran utilidad en el diagnóstico diferencial, el cual se puede realizar con alopecia areata difusa, que eliminaría la posibilidad diagnóstica con el examen microscópico.

Otras 2 entidades para el diagnóstico diferencial con AAG son el efluvio telógeno particularmente el efluvio telógeno crónico, en el que generalmente, la pérdida de pelo es difusa y afecta cualquier área de la piel cabelluda y la tricotilomanía que se distingue por pelos de diferentes tamaños.¹⁵

TRATAMIENTO

El minoxidil es un derivado de la piperidinopirimidina que funciona como vasodilatador en hipertensión refractaria; tiene un efecto mitogénico y morfológico directo sobre las células foliculares y no parece tener un efecto antiandrógeno; su acción es a través de la apertura de los canales de potasio, se utiliza en solución al 5% por vía tópica.

Antiandrógenos sistémicos como Espironolactona y Acetato de ciproterona han sido evaluados en AAG femenina en pocos estudios que no han sido controlados pero han mostrado una mejoría.¹⁶

La finasterida es un inhibidor de la 5 α R2 que ha sido utilizado en el tratamiento de alopecia androgenética en hombres desde 1997; Jurado et al ¹⁷ realizaron un estudio multicéntrico de hombres con AAG, con seguimiento durante 5 años, la

dosis de Finasterida fue de 1 mg/día, ésta se une irreversiblemente a la 5 α R2 e inhibe la conversión de testosterona a DHT, por lo que reduce su concentración en piel cabelluda, sérica y prostática, produciendo una mejoría significativa en el crecimiento del pelo y un aumento de la satisfacción en la apariencia de los pacientes.

Otberg et al describieron una disminución de DHT en piel cabelluda y sérica de 60%; con finasterida y puede estabilizar la pérdida de pelo del vértex en 80% de los pacientes y en 70% en lo que presentan alopecia frontal; la repoblación capilar se observa 61% en vértex y 37% frontal.

Después de 24 meses de uso continuo 66% de los pacientes recuperaron 10-25% del pelo perdido en el área del vértex; el tratamiento se debe seguir indefinidamente porque el proceso de calvicie continúa una vez que cesa el tratamiento.⁷

La finasterida no tiene ningún efecto en las mujeres postmenopáusicas, Price et al¹⁸ en estudio multicéntrico de 137 mujeres, con 1 año de tratamiento, describieron que no se aumentó el crecimiento del pelo ni se hizo más lenta la progresión de la alopecia; aunque Shum et al¹⁹ comunicaron 4 casos de mujeres con AAG con ambos patrones (femenino y masculino), que además presentaban hiperandrogenismo; la mejoría se observó de 6 meses a 2.5 años.

Recientemente Iorizzo et al evaluaron la efectividad de finasterida 2.5 mg en 37 mujeres con AAG; observaron que el 62% mejoró mientras tomaron anticonceptivos orales (drospirerona) que pudo haber contribuido al crecimiento del pelo por su efecto antiandrógeno.²⁰

Hong J, Chiu H, Chan J et al ²¹comunicaron el caso de una mujer con AAG e hiperandrogenismo que mejoró con Finasterida 2.5 mg/día durante 2 años.

Han sido descritas también las combinaciones de tratamiento en AAG para realzar su efectividad por los diferentes mecanismos de acción de los fármacos; se ha utilizado finasterida oral con minoxidil y finasterida oral con ketoconazol tópico con buena respuesta. ¹⁶

El trasplante de pelo es una opción terapéutica en mujeres con alopecia androgenética con patrón femenino que no han tenido éxito con el tratamiento médico; los resultados no son excelentes, pero podrían considerarse buenos, por lo que no debe excluirse esta posibilidad terapéutica en dichas pacientes. ²²

PRONÓSTICO

El pronóstico depende del grado de severidad de la alopecia androgenética.

La AAG condiciona potenciales secuelas psicosociales, causa efectos deletéreos en la autoestima de los pacientes y ciertos desajustes psicológicos que son más frecuentes en mujeres que en hombres, todo esto repercute de manera importante en su calidad de vida.

En ocasiones es necesaria la ayuda psicológica para enseñarle al paciente técnicas específicas y procedimientos que alteren los pensamientos, sentimientos y conducta negativos. ²³

Los efectos psicológicos son más sobresalientes en los pacientes con un grado de alopecia más extenso, jóvenes, solteros y con inicio temprano en la pérdida de pelo.²⁴

Lee et al²⁵ comunicaron que el 90% de las mujeres coreanas consideran a los hombres con AAG como menos atractivos, tontos y poco confiables.

En los pacientes con AAG que responden adecuadamente al tratamiento no se presentan generalmente alteraciones psicológicas, se observan solo en un 30% de los hombres afectados por esta entidad, se requieren más estudios sobre mujeres.²⁶

Pocos estudios científicos han sido publicados sobre el impacto psicológico relacionado a la pérdida de pelo. Las mujeres con alopecia androgenética tienen más problemas psicosociales, baja autoestima, se sienten menos femeninas comparadas con mujeres que presentan otras dermatosis y con los hombres que también sufren alopecia androgenética.²⁷⁻²⁹

La alopecia androgenética femenina genera más estrés, ansiedad y sentimiento de ser menos atractivas a diferencia de los hombres que los hace sentirse viejos.³⁰

La prevalencia de trastornos de la personalidad en sujetos con alopecia androgenética es más alta comparada con la población general, lo cual no ocurre con las mujeres.³¹

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que experimentan las personas y representa la suma de sensaciones subjetivas del “sentirse bien”.

Para ser evaluada la calidad de vida debe enfocarse como un concepto multidimensional que varía de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar.³²

La calidad de vida es una percepción personal que denota la forma en la que el paciente se siente acerca de su estado de salud y los aspectos no médicos de su vida, la mayoría de los instrumentos de medida evalúan el impacto negativo sobre la calidad de vida.³³

ASPECTOS HISTÓRICOS DE LA CALIDAD DE VIDA

En 1970 Whitmore inició un registro de forma estándar sobre el impacto de las enfermedades de la piel en la calidad de vida.³⁴

3 años después Robinson^{35,36} propuso un sistema para medir la discapacidad en dermatología, esto requirió el uso de varios cuestionarios de evaluación psicológica y de rehabilitación. En 1973 solo existían escasos artículos que describían la calidad de vida.

Las enfermedades de la piel ejercen un fuerte impacto en las relaciones sociales, estado psicológico y actividades diarias de los pacientes afectados.

Finlay et al³⁷⁻³⁹ demostraron que un 64% de dichos pacientes refirieron afectación de su funcionamiento socioeconómico y un 40% su vida social. Las aflicciones

consideradas benignas por los médicos pueden tener un efecto tremendo en la vida del paciente por lo que es muy importante medir la percepción de los pacientes.⁴⁰

La evaluación del impacto de la enfermedad y del tratamiento en la calidad de vida de los pacientes es sumamente importante, pero difícil de cuantificar objetivamente.⁴¹

Existen varios instrumentos de medición de la calidad de vida, se clasifican en 2 tipos: generales y específicos. Dentro de los primeros se incluyen la SF-36, el perfil del impacto de la enfermedad (SIP) y la escala de calidad de sentirse bien. En los específicos en dermatología encontramos el índice de calidad de vida en dermatología (DLQI), escalas de calidad de vida en dermatología (DQOLS), calidad de vida específica de dermatología (DSQL), escala de impacto de las enfermedades de la piel (IMPACT), índice generado por el paciente e índice de la piel (SKINDEX).^{42,43}

Para evaluar la calidad de vida en dermatología. El índice de calidad de vida en dermatología (DLQI) provee un método práctico y simple en los pacientes dermatológicos. Se ha utilizado para medir los cambios producidos por el tratamiento en algunas dermatosis como carcinoma basocelular, acné, dermatitis atópica, enfermedad de Behcet y enfermedad de Darier. Actualmente se utiliza en estudios de pacientes con úlceras de pierna, psoriasis, pénfigo, urticaria, vitiligo, alopecia, hidradenitis supurativa, fotodaño e ictiosis.⁴⁴

En las opiniones acerca del estado de salud personal influyen el ámbito cultural en el que el sujeto se encuentra, la impresión o visión de lo que constituye la enfermedad o su impacto, varía con la edad, la escolaridad, el lenguaje etc., así

como de cultura a cultura; por ello la utilización de un instrumento de medida de calidad de vida en un contexto cultural diferente del original no puede llevarse a cabo mediante la simple traducción del mismo, sino que requiere un proceso sistemático y estandarizado de adaptación transcultural y posterior validación al país de destino.⁴⁵

Recientemente se ha desarrollado una medida denominada SKINDEX que evalúa el efecto de las dermatosis sobre los individuos en 3 esferas psicosociales: emocional, funcionamiento y sintomatología; inicialmente constaba de 61 preguntas (skindex-61) y fue modificada a 29 preguntas (skindex-29).⁴⁶

Otro instrumento de medición de la calidad de vida es DSQL (Dermatology specific quality of life) es una nueva herramienta que cuantifica los efectos físicos, psicológicos, funcionamiento social, actividades de cuidado personal, desarrollo en el trabajo, la escuela y auto-percepción. Ha sido utilizada en pacientes con acné y dermatitis por contacto demostrando validez y confiabilidad en su evaluación.⁴⁷⁻⁴⁹

Además de las medidas de calidad de vida referidas previamente se han utilizado en dermatología cuestionarios de salud general como la SF-36.⁵⁰

El estado de salud de poblaciones diferentes requiere instrumentos de medición estandarizados; en 1991 se inició un proyecto conocido como “Evaluación internacional de la calidad de vida” (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) con el fin de traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey), en 1992 se demostró su confiabilidad y validez.⁵¹

Existen 6 versiones de la encuesta SF-36 en castellano que han sido adaptadas y utilizadas en Argentina, Colombia, España, Honduras y México; en nuestro país ha sido autorizada la versión 1.1.⁵²

La SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en población adulta (mayores de 16 años) Se basa en 36 preguntas que miden 8 dimensiones: funcionamiento físico, papel de las limitaciones debido a problemas físicos y emocionales, funcionamiento social, salud mental, energía, vitalidad, dolor y percepción general de la salud.

Además de los ocho conceptos de salud incluye cambios en la percepción del estado de salud actual y la del año anterior.⁵³

La SF-36 es un instrumento que puede ser autoaplicado o aplicado por un encuestador, lleva un promedio de 8-12 minutos su contestación.

Las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud) con una media de 50 y una desviación estándar de 10. (Cuadro 1)

La SF 36 cumple en forma satisfactoria con todos los supuestos de validez y confiabilidad.⁵⁴

Cuadro 1 Escalas de la Calidad de vida (SF-36) e interpretación

Conceptos	No. Preguntas	Bajo	Alto
Función física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin límites debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor
Salud general	5	Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa la salud personal como excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo

Conceptos	No. Preguntas	Bajo	Alto
Función social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de salud notificada	1	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alopecia androgenética consiste en la pérdida progresiva de pelos terminales los cuales son reemplazados por pelos o vellos finos casi invisibles en respuesta a la circulación de andrógenos.

La incidencia de alopecia androgenética femenina parece estar en incremento. En la mayoría de las mujeres que la padecen se encuentran antecedentes familiares; este problema da comienzo en la pubertad (etapa en que las hormonas sexuales inician actividad) con un pico a los 50 años, aunque al final de la vida es mayor al 30%.

Respecto a la calidad de vida de las mujeres con alopecia androgenética algunos estudios informan como áreas más afectadas, por un lado, algunas actividades de la vida cotidiana, como las labores del hogar, el cuidado personal, la interacción social, las actividades de recreo, movilidad, sueño, descanso y trabajo; y por otro, factores emocionales como falta de energía, aislamiento social y reacciones emocionales alteradas, así como disfunción en las relaciones sexuales.

Es nuestro interés comparar la calidad de vida de las mujeres con alopecia androgenética que acuden al Centro Dermatológico Pascua con la de mujeres sin dermatosis, acompañantes de los pacientes que acuden a consulta a este Centro por lo que nos surge la siguiente interrogante:

¿Es mayor la proporción de pacientes, con un impacto negativo sobre su calidad de vida asociada a la salud, en mujeres adultas que padecen alopecia

androgenética grados I, II y III, comparada con mujeres sin dermatosis, que acuden al Centro Dermatológico Pascua?

JUSTIFICACIÓN

En medicina, la calidad de vida es limitada a la enfermedad o a los efectos del tratamiento. La evaluación de encuestas sobre la percepción del estado de salud de los individuos en actividades cotidianas, ha sido objeto de creciente interés por parte de los investigadores de los servicios de salud.

En general, las dermatosis causan un impacto negativo sobre la calidad de vida del individuo; la alopecia androgenética en las mujeres, influye de forma negativa en su vida cotidiana ya que les produce diversos grados de ansiedad, trastornos psicológicos y emocionales, que ocasionan disminución de su autoestima y dificultan a tal grado sus relaciones personales, que pueden llegar al aislamiento social; al identificar que existe asociación entre la calidad de vida y la alopecia androgenética femenina, se podrá brindar una atención integral con apoyo psicológico oportuno y adecuado a estas pacientes.

OBJETIVO GENERAL

Comparar la calidad de vida asociada a la salud, en mujeres con diagnóstico de alopecia androgenética clasificadas de acuerdo a su severidad en grados I, II y III, con mujeres sin dermatosis, que acuden al Centro Dermatológico Pascua.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el grado de alopecia androgenética más frecuente en mujeres.
2. Comparar la proporción de pacientes con un impacto negativo sobre la calidad de vida en cada uno de los grupos.
3. Describir las características sociodemográficas de las mujeres participantes.

HIPÓTESIS

La proporción de pacientes con impacto negativo sobre su calidad de vida, es por lo menos el doble en mujeres con alopecia androgenética grado I, II y III, que en mujeres sin este padecimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en el Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua” ubicado en avenida Dr. Vértiz 464, colonia Buenos Aires, México, D.F el cual pertenece a los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud del gobierno del Distrito Federal.

Dicho Centro ofrece servicios de consulta externa en dermatología, cirugía dermatológica, dermatopatología, laboratorio, radiología, oftalmología, odontología y rehabilitación.

En total se otorgan aproximadamente 40,000 consultas de primera vez al año y de éstas se atienden en promedio 40 mujeres con alopecia androgenética como causa primaria de consulta por año.

El nivel socioeconómico de los pacientes que reciben atención médica es bajo

La captura de pacientes y recolección de datos se efectuó del 01 de Mayo al 31 de Octubre del 2007.

Población de estudio

Pacientes con alopecia androgenética mayores de 16 años de edad que acudan a la consulta externa de primera vez al Centro Dermatológico Pascua.

Diseño

Estudio transversal comparativo.

Descripción general del estudio

Posterior al registro del protocolo de investigación en el Centro Dermatológico Pascua, se eligió una muestra de 81 pacientes que cumplieron con los criterios de selección y un grupo control de 81 mujeres sin dermatosis al momento del estudio; ambos grupos otorgaron su consentimiento bajo información, para ingresar al mismo durante el período comprendido del 01 de Mayo al 31 de Octubre del 2007. Se realizaron las entrevistas y se aplicaron los cuestionarios por el investigador principal (residente de Dermatología).

Análisis estadístico

La descripción de las características sociodemográficas se efectuó con medidas de tendencia central y dispersión en las variables cuantitativas de distribución normal y en las variables cualitativas mediante proporción.

Se determinó la magnitud de la diferencia y la significancia estadística de la proporción de pacientes con impacto negativo sobre su calidad de vida, con y sin alopecia androgenética.

Muestreo

No probabilístico, de casos consecutivos.

Tamaño de la muestra

$$N = \frac{Z\alpha \sqrt{2.P (1-P)} + Z\beta \sqrt{P1(1-P1) + P2 (1-P2)}}{(P1-P2)^2}$$

$$N = \frac{1.96 \sqrt{2(0.3)(1-0.3)} + 0.842 \sqrt{0.2(1-0.2) + 0.4(1-0.4)}}{(0.2-0.4)^2}$$

$$N = \frac{3.2486}{0.04} = 81$$

$$P = 30\%$$

$$P1 = 20\%$$

$$P2 = 40\%$$

$$Z\alpha = 1.96$$

$$Z\beta = 0.842$$

Criterios de inclusión

- Mujeres mayores de 16 años de edad con diagnóstico de alopecia androgenética grado I, II y III. (Clasificación de Ludwig).
- Pacientes que acudan por primera vez a la consulta del Centro Dermatológico Pascua con cualquier tiempo de evolución de la alopecia.
- Pacientes que acepten participar en el estudio por medio de la firma del Consentimiento bajo información.

Criterios de exclusión

- Mujeres con enfermedades crónico degenerativas.
- Pacientes con alopecia difusa y/o por ingesta de medicamentos.
- Mujeres con efluvio telógeno.
- Pacientes con enfermedades psiquiátricas.

Definición de variables

Variable Dependiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Unidad de medida
Alopecia androgenética	Es la forma de calvicie más frecuente. Se caracteriza por la pérdida progresiva de pelos terminales que son reemplazados por pelos o vellos finos.	Determinación clínica por el dermatólogo. <u>Grado I:</u> Áreas discretas de alopecia coronal y vértex <u>Grado II:</u> Escasez de pelo pronunciada en mismas áreas de grado I. <u>Grado III:</u> Denudación total en áreas grado I y II.	Ordinal	- Grado I - Grado II - Grado III

Variable Independiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Unidad de medida
Calidad de vida	La calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.	Cuestionario SF-36	Cualitativa/ ordinal	100 = sin impacto negativo en su calidad de vida. 0 = Mayor impacto negativo en su calidad de vida.

Variables confusoras

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Unidad de medida
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Edad en años en el momento del estudio	Razón	Años
Ocupación	Es la actividad remunerada o no que desarrolla en el momento del estudio	Se pregunta en forma directa al paciente	Nominal politómico	1 Estudiante 2 Ama de casa 3 Profesionista 4 Comerciante 5 Empleada 6 Obrera 7 Desempleada
Nivel de estudio	Es el grado de preparación académica del sujeto de estudio	Se interroga al paciente por sus grados terminados de escolaridad	Nominal politómico	0 Ninguno 1 Primaria o menos 2 Secundaria 3 Bachillerato 4 Profesional

Evolución	Tiempo desde el momento de aparición de la dermatosis hasta la actualidad.	Años transcurridos al momento del estudio	Razón	Meses
-----------	--	--	-------	-------

Aspectos éticos

De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, el Título Segundo de la ley general de salud en su Capítulo I y específicamente en el Artículo 23 se menciona que cuando se trate de una investigación con riesgo mayor al mínimo, como es el caso de este estudio, pertenece a la categoría III; por lo que se requirió consentimiento bajo información el cual fue obtenido por escrito por el investigador.

En los pacientes que se determine mayor impacto negativo en la calidad de vida se les dará consejería y se informará a su médico tratante.

RESULTADOS

Se estudiaron 81 casos provenientes de la consulta del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua” con diagnóstico de alopecia androgenética y 81 mujeres sin dermatosis, acompañantes de pacientes de este Centro, para determinar la asociación de la calidad de vida relacionada a la salud entre los grupos de estudio. El diagnóstico y clasificación clínica se llevó a cabo entre el período del 1° de Mayo al 31 de Octubre del 2007.

Características epidemiológicas de los grupos de estudio

El promedio de edad de los casos fue 43 años y la edad promedio de los controles fue de 32 años.

La mayoría de los casos sin ocupación remunerada son amas de casa, seguido de las estudiantes y en el grupo con ocupación el primer lugar son las empleadas, seguido de las profesionistas.

La escolaridad de los sujetos de estudio fue alta en ambos grupos. (Tabla 1)

Tabla 1. Características sociodemográficas.

	Casos	Controles	Total
	n=81 (%)	n=81 (%)	
Edad			
Intervalos	16 -80	21- 58	
Promedio	43.2	31.8	
Desviación estándar (DS)	17	6.9	
Ocupación			
Ama de casa	33 (40.7)	6 (7.4)	39
Estudiante	13 (16)	5 (6.2)	18
Desempleado	2 (2.5)	0	2
Empleado	13 (16)	39 (48.1)	52
Profesionista	11 (13.6)	31 (38.3)	42
comerciante	7 (8.6)	0	7
obrero	2 (2.5)	0	2
Educación			
Primaria	13	1	14
Secundaria	16	0	16
Bachillerato	27	12	39
Profesional	25	68	93

Calidad de vida

Todas las esferas de calidad de vida relacionadas a la salud, se encontraron alteradas en las mujeres con alopecia androgenética según la SF-36.

Las esferas más afectadas fueron: la evolución de la salud, la vitalidad, la salud mental, la salud general, el componente mental y el rol emocional, con una P estadísticamente significativa en todas las esferas evaluadas. (Tabla 2)

Tabla 2 Esferas de calidad de vida de casos y controles

Esferas de calidad de vida	Casos $\bar{X}$	Controles $\bar{X}$	Diferencia	Índice (T student)	P
Función física	82.96	93.70	10.74	-3.68	0.00
Rol físico	74.69	86.73	12.04	-2.45	0.02
Dolor corporal	75.43	85.00	9.57	-2.78	0.01
Función social	68.98	83.02	14.04	-3.85	0.00
Salud mental	59.60	73.38	13.78	-4.92	0.00
Rol emocional	64.61	77.37	12.76	-2.21	0.03
Vitalidad	56.54	67.53	10.99	-3.80	0.00
Salud general	60.49	71.13	10.63	-3.40	0.00
Evolución de la salud	54.01	65.43	11.42	-3.28	0.00
Componente físico	73.40	84.08	10.68	-3.85	0.00
Componente mental	62.43	75.33	12.89	-4.05	0.00
SF-36 Total	67.91	79.67	11.76	-4.33	0.00
Desviación estándar	18.6	15.7			

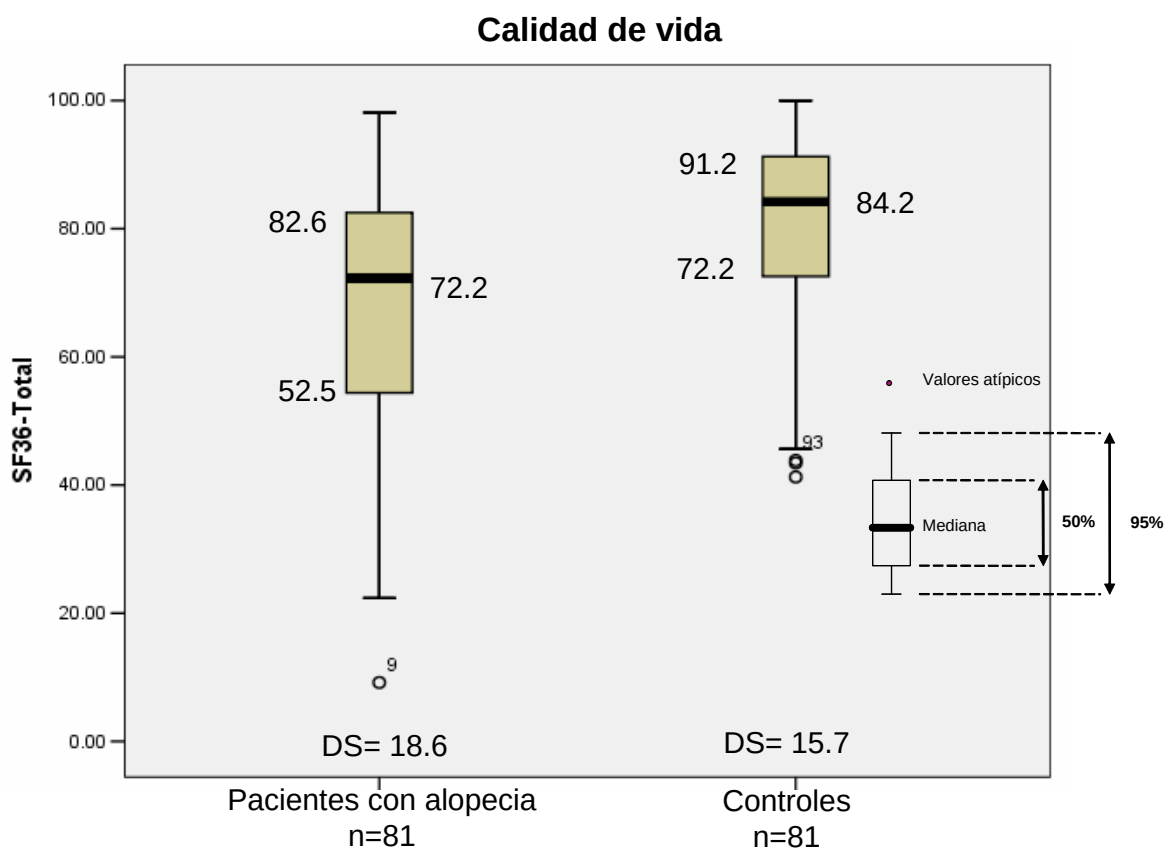
T student .- Prueba estadística que compara los promedios entre los grupos en estudio

P.- Probabilidad calculada mediante el índice de prueba T student

Calidad de vida casos y controles

El total de las esferas de calidad de vida evaluadas, muestra que el 50% de las pacientes con alopecia androgenética se encuentran dentro del rango de 52.5 a 82.6, con una mediana de 72.2; a diferencia del grupo control en, que el 50% de las pacientes se encuentran en un rango de 72.2 a 91.2, con una mediana de 84.2.

Gráfica 1 Total de las esferas evaluadas



Parámetros de corte entre menor impacto y mayor impacto sobre la calidad de vida de la población sin alopecia androgenética

A partir del promedio de la calidad de vida de los controles ($\mu=79.67$) y su desviación estándar ($\sigma=15.7$), se estimaron los parámetros de corte entre mayor y menor impacto, sobre la calidad de vida para una población con distribución normal sin alopecia mediante la siguiente expresión:

$$X=\mu \pm z\sigma / \sqrt{n}$$

Donde:

μ .- Promedio de los controles (79.67)

σ .- Desviación estándar de los controles (15.7)

n .- Número de controles (81)

z .- Constante igual a 1.96 que corresponde a un intervalo de confianza del 95%, en una población con distribución normal

Realizando los cálculos correspondientes se determinó que la calidad de vida de la población sin alopecia androgenética se encuentra en un rango de 76 a 83 (IC 95%), por lo tanto valores menores de 76, son considerados con mayor impacto en la calidad de vida.

Riesgo relativo

Se determinaron las frecuencias observadas entre menor y mayor impacto sobre la calidad de vida de los sujetos en estudio a partir de los parámetros de corte y se determinó su riesgo relativo por medio de una tabla de 2x2. (Tabla 3)

Tabla 3 Frecuencias determinadas en ambos grupos

Sujetos estudiados	Menor impacto	Mayor impacto
Casos	37	44
Controles	55	26
Total	92	70

Donde $RR = \text{Casos expuestos} / \text{casos no expuestos} = (44/70/37/92) = 1.56$

Por lo que las pacientes con alopecia androgenética tienen una calidad de vida menor hasta de 36% que las mujeres sin dermatosis.

Calidad de vida- Ocupación en mujeres con alopecia

Se dividió al grupo de los casos en 2 subgrupos: con ocupación remunerada y no remunerada al momento del estudio, para determinar el impacto sobre la calidad de vida relacionada a la salud.

Se observa que existen más pacientes con mayor impacto sobre su calidad de vida en relación de 2:1 en las que no tienen ocupación y aproximadamente la misma proporción en aquellas con ocupación remunerada.

Se aplicó la prueba de chi cuadrada para la significancia estadística y se encontró que las diferencias observadas no son estadísticamente significativas, por lo que la ocupación no influye en la calidad de vida relacionada a la salud. (Tabla 4)

Tabla 4 Impacto sobre la calidad de vida relacionada a la ocupación

Casos	Calidad de vida n=81 (%)		
	Mayor impacto	Menor impacto	
Sin ocupación	31	17	48 (59)
Con ocupación	15	18	33 (41)
Total	46	35	81 (100)

Calidad de vida- Ocupación entre los grupos

Se determinó el OR, comparando los promedios de los totales de los grupos del cuestionario SF-36, que resultó ser menor de 1, por lo que se establece que no existe un riesgo para impacto negativo, relacionado con la ocupación. (Tabla 5)

Tabla 5 R.R para impacto negativo en ambos grupos relacionado a la ocupación

	Casos $\bar{x}$	Controles $\bar{x}$
Ocupación		
sin ocupación	65.0	76.6
con ocupación	72.1	80.2
OR=a*d/b*c	0.94	

Calidad de vida – Escolaridad mujeres con alopecia androgenética

La escolaridad de los casos fue: bachillerato 33% y profesional 31%. Se aplicó la prueba de chi cuadrada, que no resultó estadísticamente significativa, por lo que la escolaridad no influye sobre la calidad de vida relacionada a la salud, en las pacientes con alopecia androgenética. (Tabla 6)

Tabla 6 Escolaridad de los casos e impacto negativo sobre la calidad de vida

Casos	Calidad de vida		n (%)
Educación	Mayor impacto	Menor impacto	
Primaria	8	5	13 (16)
Secundaria	10	6	16 (20)
Bachillerato	15	12	27 (33)
Profesional	13	12	25 (31)
Total	46	35	81 (100)

Calidad de vida – Escolaridad entre grupos

Se dividió al grupo de mujeres con AAG en 2 subgrupos: escolaridad baja que comprende: primaria y secundaria y escolaridad alta: bachillerato y profesional.

La alopecia androgenética tiene un mayor impacto sobre la calidad de vida relacionada a la salud, en el grupo de los casos con escolaridad baja.

Debido a que el 84% del grupo control mostró una escolaridad alta; el cálculo del OR no es un valor representativo por ser grupos heterogéneos. (Tabla 7)

Tabla 7 Nivel de Escolaridad de los grupos y OR para impacto negativo en su calidad de vida

Calidad de vida Nivel de escolaridad	Casos $\bar{x}$	Controles $\bar{x}$
Baja	62.8	43.4
Alta	70.8	80.1
OR=a*d/b*c	1.64	

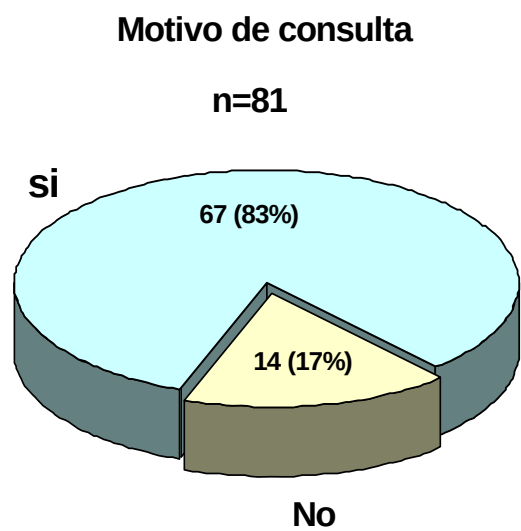
Calidad de vida.-Motivo de consulta

La alopecia androgenética fue el motivo de consulta en 83% de las mujeres y el 17% restante acudió por otras dermatosis.

La prueba de chi cuadrada no fue estadísticamente significativa, por lo que el motivo de consulta no ejerce influencia en la calidad de vida relacionada a la salud en las mujeres con alopecia androgenética. (Tabla 8)

Tabla 8 Impacto sobre calidad de vida relacionado al motivo de consulta

Motivo de consulta	Calidad de vida		Casos n=81	%
	Menor impacto	Mayor impacto		
Si	39	28	67	83%
No	7	7	14	17%
Total	46	35	81	100%



Fuente: Consulta externa del C.D.P.

Gráfica 2 Frecuencia de motivo de consulta por Alopecia androgenética

Calidad de vida.-Motivo de consulta

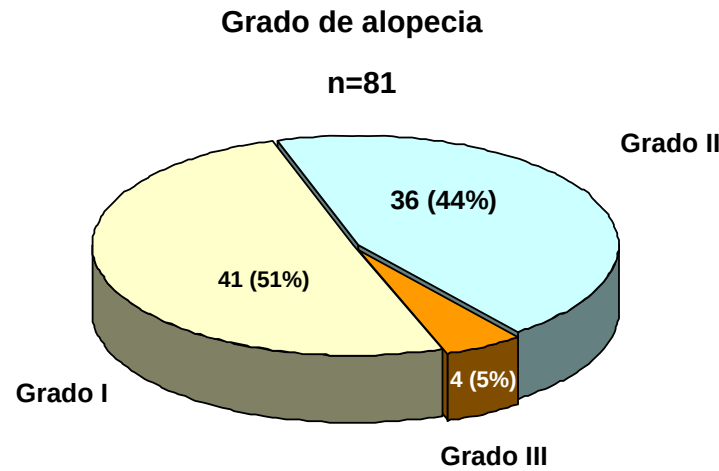
En las mujeres que consultaron por alopecia androgenética, todas las esferas de la SF-36 estuvieron alteradas; siendo las más afectadas en orden de frecuencia: la evolución de la salud, la vitalidad, la salud mental, la salud general, el componente mental y la función social; aunque en los totales ambos subgrupos son similares. El rol emocional se encuentra afectado en los 2 subgrupos (Tabla 9)

Tabla 9 Motivo de consulta y esferas de calidad de vida

Motivo de consulta	Si $\bar{X}$	No $\bar{X}$	Diferencia
Función física	84.7	74.6	10.1
Rol físico	74.3	76.8	-2.5
Dolor corporal	75.6	74.6	1.0
Función social	68.7	70.5	-1.9
Salud mental	59.9	58.3	1.6
Rol emocional	65.2	61.9	3.3
Vitalidad	56.0	59.3	-3.3
Salud general	60.1	62.5	-2.4
Evolución de la salud	53.0	58.9	-5.9
Componente físico	73.7	72.1	1.5
Componente mental	62.4	62.5	-0.1
SF36-Total	68.0	67.3	0.7

Calidad de vida.- Severidad

La alopecia androgenética grado I se presentó en el 50% de los casos, en contraste con la alopecia androgenética grado III (5%). (Gráfica 3)



Fuente: Consulta externa del C.D.P.

Gráfica 3 Severidad de alopecia androgenética

El impacto sobre la calidad de vida fue mayor en las mujeres con alopecia androgenética grado III, seguida de la AAG grado I; sin embargo en las mujeres con alopecia androgenética grado II sólo el 47% presentó un impacto negativo sobre su calidad de vida y el 53% ningún impacto. (Tabla 10)

Tabla 10 Impacto sobre la calidad de vida según el grado de AAG

Alopecia androgenética	Calidad de vida		Casos n=81	%
	Menor impacto	Mayor impacto		
Grado I	16	25	41	50.6
Grado II	19	17	36	44.4
Grado III	0	4	4	4.9
Total	35	46	81	100

Calidad de vida relacionada a la salud y grado de alopecia androgenética

Las esferas de la SF-36 están afectadas en los tres grados de alopecia androgenética. El mayor impacto sobre la calidad de vida relacionada a la salud se presenta en AAG grado III; seguido del grado I. (Tabla 11)

Tabla 11 esferas de calidad de vida relacionadas a la severidad de la AAG

Grado de alopecia	Grado I	Grado II	Grado III
Función física	82.9	84.9	66.3
Rol físico	72.6	77.8	68.8
Dolor corporal	75.5	77.1	59.4
Función social	63.4	76.0	62.5
Salud mental	56.4	63.3	59.0
Rol emocional	55.3	74.1	75.0
Vitalidad	55.1	58.2	56.3
Salud general	63.2	58.1	55.0
Evolución de la salud	54.3	56.9	25.0
Componente físico	73.6	74.4	62.3
Componente mental	57.6	67.9	63.2
SF36-Total	65.6	71.2	62.8

DISCUSIÓN

La alopecia androgenética (AAG) se presenta con mayor frecuencia en hombres; existen notables diferencias en la edad de inicio y el patrón de alopecia entre mujeres y hombres.

En mujeres la AAG se presenta en forma bimodal, principalmente la tercera y quinta década de la vida; en contraste con los hombres que la presentan en la tercera y cuarta década de la vida.

Nuestro estudio coincide con lo descrito en la literatura; la mayoría de las mujeres se encontraron entre los 30 y 50 años de edad.

La alopecia androgenética ocasiona en los hombres efectos psicosociales importantes caracterizados por una preocupación considerable; disminución de su autoestima y disfunción en sus relaciones sociales.¹⁹

Van der Donk y colaboradores demostraron que la alopecia androgenética en mujeres ejerce efectos negativos en la vida diaria hasta en 88% de los sujetos, la autoestima disminuyó en 75% de las pacientes y el 50% presentó mal ajuste social.²³

Cash y colaboradores demostraron en un estudio de 96 mujeres, 60 hombres con alopecia androgenética y 56 mujeres sin dermatosis (grupo control) que la pérdida de pelo fue más estresante y dañina para las mujeres que en los hombres; un 52% de las mujeres vs 27% de los hombres presentaron alteraciones emocionales.

En la comparación de mujeres con AAG y mujeres sin dermatosis se observó que las mujeres afectadas tuvieron una imagen corporal negativa, mayor ansiedad,

sensación de impotencia ante la vida, autoestima baja y alteraciones psicológicas.²⁶

En nuestra investigación, encontramos que todas las escalas que evalúa la SF-36, están alteradas en las mujeres con alopecia androgenética siendo las más afectadas en orden de frecuencia la evolución de la salud, la vitalidad, la salud mental, la salud general, el componente mental y el rol emocional. ($p < 0.05$)

En los estudios realizados sobre calidad de vida basados en la SF-36, no especifican con que valor numérico se tiene mayor o menor impacto sobre la misma, sólo describen valor de 0 mayor impacto y un valor de 100 ningún impacto y no se sabe qué pasa con los pacientes que no cumplen con estos valores; por lo que nosotros realizamos un cálculo a partir del promedio de la calidad de vida de los controles y su desviación estándar y encontramos que una calidad de vida es “aceptable” de 76-83, por lo tanto, valores menores a 76 son considerados con mayor impacto sobre la calidad de vida.

En las mujeres con alopecia androgenética su calidad de vida disminuye hasta en un 36% comparada con las mujeres sin dermatosis.

Clasificamos a las mujeres con AAG por medio de la escala de Ludwig en 3 grados; el grado I se presentó en 50%, grado II 45 % y el grado III en 5%.

Todos los grados de alopecia androgenética tuvieron un impacto negativo en la calidad de vida relacionada a la salud; aunque el mayor impacto se observó en las mujeres con alopecia androgenética grado III, seguida de la AAG grado I.

Un dato interesante que observamos es, que en la alopecia androgenética grado II, solo el 47% de las mujeres tuvieron un impacto negativo sobre su calidad de

vida y en el 53% restante su calidad de vida no fue afectada; consideramos que son necesarios estudios adicionales para establecer el por qué de este resultado.

Con respecto a la severidad de la alopecia androgenética en los hombres, se observa un impacto mayor sobre la calidad de vida en la AAG más extensa, que en los grados menores al igual que en las mujeres.²⁰

Es imprescindible crear conciencia en los médicos, de que la pérdida de pelo en las mujeres no solo afecta su apariencia física, sino que repercute de forma importante en varios aspectos: psicológicos, emocionales y sociales, por lo que el manejo de dicha entidad requiere además del tratamiento médico o quirúrgico, asistencia psicoterapéutica.

CONCLUSIONES

La alopecia androgenética (AAG), ejerce un impacto negativo sobre la calidad de vida relacionada a la salud en las mujeres que la padecen.

La calidad de vida disminuye hasta en un 36% en las mujeres con alopecia androgenética.

Los resultados confirman el efecto psicológico deletéreo de la alopecia androgenética en las mujeres.

Las mujeres con alopecia androgenética grado III, considerada la más severa de acuerdo a la escala de Ludwig, presentan un impacto negativo mayor y es seguida por la AAG grado I.

La alopecia androgenética grado I es la que se observa con mayor frecuencia.

La SF-36 es un instrumento útil para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con alopecia androgenética.

La importancia de detectar las alteraciones que presentan estas pacientes radica en brindarles un manejo integral tanto médico como psicológico.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F. a _____ de _____ del 2007

Nombre del estudio: Determinación de la calidad de vida con la encuesta SF-36 en mujeres con alopecia androgenética que acuden por primera vez al Centro Dermatológico Pascua.

Médico responsable: Dra. Sandra Patricia Siordia Zambrano. Residente de Dermatología.

Dirección del centro de estudio: Dr. Vertiz No. 464, Colonia Buenos Aires; Delegación Cuauhtémoc, México, Distrito Federal.

Teléfonos: 55 38 70 33 Celular: 55 29 18 12 30.

Introducción: La alopecia androgenética es la forma de calvicie más frecuente; se caracteriza por la pérdida progresiva de pelo que es reemplazado por vellos finos. La calidad de vida son las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.

Propósito del estudio: La finalidad de esta investigación es determinar si la alopecia androgenética afecta la calidad de vida en las mujeres que la padecen.

Forma de realización del trabajo de investigación: La doctora la revisará y clasificará su grado de alopecia y le realizará una encuesta de 36 preguntas.

Beneficios: Se le informará a su médico tratante sus resultados para que le brinde
consejería sobre su problema.

Riesgos e inconvenientes: Ninguno.

Derechos del sujeto de investigación: Si durante el estudio usted decide retirarse
puede hacerlo sin que esto represente ninguna alteración en su atención médica.
Además usted tiene libertad de realizar todas las preguntas que desee al
investigador.

Confidencialidad: Los datos que se obtengan del estudio serán confidenciales, no
se identificará en los reportes o publicaciones.

¿Comprendió la información propuesta? Si _____ No _____

Por medio de la presente declaro que la Dra. Sandra Patricia Siordia Zambrano
me explicó ampliamente las condiciones del Protocolo de Investigación, por lo que
acepto libre y voluntariamente participar en el mismo, en la conciencia de que el
procedimiento requerido para lograr los objetivos del estudio consiste en contestar
honestamente la encuesta SF-36.

Nombre y Firma del paciente

Testigo

Testigo

CENTRO DERMATOLÓGICO "DR. LADISLAO DE LA PASCUA"

NOMBRE: _____

EDAD: _____

EDUCACIÓN: _____ OCUPACIÓN _____

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE ALOPECIA ANDROGENÉTICA: _____

GRADO DE ALOPECIA ANDROGENÉTICA I _____ II _____ III _____

ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF-36

INSTRUCCIONES: Esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué bien puede hacer usted sus actividades normales.

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Sino está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1- En general, ¿diría que su salud es:

(marque un solo número)

Excelente.....1
Muy buena.....2
Buena.....3
Regular.....4
Mala.....5

2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?

(marque un solo número)

Mucho mejor ahora que hace un año.....1
Algo mejor ahora que hace un año.....2
Más o menos igual ahora que hace un año.....3
Algo peor ahora que hace un año.....4
Mucho peor ahora que hace un año.....5

3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo/la limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

(maque un solo número en cada línea)

<u>ACTIVIDADES</u>	Si, Me limita mucho	Si, Me limita un poco	No, No me limita en absoluto
a. Actividades vigorosas, tales como correr, levantar Objetos pesados, participar en deportes intensos.	1	2	3
b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar béisbol, montar bicicleta.	1	2	3
c. Levantar o llevar las compras del mercado.	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera.	1	2	3
e. Subir un piso por la escalera.	1	2	3
f. Doblarse, arrodillarse o agacharse.	1	2	3
g. Caminar más de un kilómetro.	1	2	3
h. Caminar varias cuerdas.	1	2	3
i. Caminar una cuerda.	1	2	3
j. Bañarse o vestirse.	1	2	3

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

(marque un número en línea)

	SÍ	NO
a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.	1	2
b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.	1	2
c. Ha tenido limitaciones en cuanto al tiempo de trabajo u otras actividades.	1	2
d. Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)	1	2

5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

(marque un número en cada línea)

	SI	NO
a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.	1	2
b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.	1	2
c. Ha dejado de hacer su trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre.	1	2

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

(marque un solo número)

Nada.....1
Un poco.....2
Más o menos.....3
Mucho.....4
Demasiado.....5

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas?

(marque un solo número)

Ningún dolor.....1
Muy poco.....2
Poco.....3
Moderado.....4
Severo.....5
Muy severo.....6

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

(marque un solo número)

Nada.....1
 Un poco.....2
 Más o menos.....3
 Mucho.....4
 Demasiado.....5

9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante las últimas cuatro semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas.....

(marque un número en cada línea)

	Siempre	Casi Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. se ha sentido lleno de vida?	1	2	3	4	5	6
b. se ha sentido muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podía alentarle?	1	2	3	4	5	6
d. se ha sentido tranquilo y sosegado?	1	2	3	4	5	6
e. ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. se ha sentido desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. se ha sentido agotado?	1	2	3	4	5	6
h. se ha sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
i. se ha sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo su salud o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

(marque un solo número)

- Siempre.....1
- Casi siempre.....2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?

(marque un número en cada línea)

	Totalmente Cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante Falsa	Totalmente falsa
a. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente.	1	2	3	4	5
b. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5

BIBLIOGRAFÍA

1. Dunitz M, Randall V. The biology of androgenetic alopecia. Hair and its disorders. United King 2000;123-136.
2. Lee W, Hong S, Sim W et al. A new classification of pattern hairloss. J Am Acad Dermatol 2007;57(1):37-46.
3. Norwood O. Incidence of female androgenetic alopecia (female pattern alopecia). Dermatol Surg 2001;27(1):51-52.
4. Whiting D. Possible mechanism of miniaturization during androgenetic alopecia or pattern hair loss. J Am Acad Dermatol 2001;45(3):S81-S86.
5. Sprecher E, Shalata A, Dabhah K et al. Androgenetic alopecia in heterozygous carriers of a mutation in the human hairless gene. J Am Acad Dermatol 2000; 42(6):978-982.
6. Mahé Y, Michelet J, Billoni N et al. Androgenetic alopecia and microinflammation. Int J Dermatol 2000;39:576-584
7. Otberg N, Finner A, Shapiro J. Androgenetic alopecia. Endocrinol Metab Clin N Am 2007;36:379-398.
8. Bayne E, Flanagan J, Einstein M et al. Immunohistochemical localization of types 1 and 2 of 5 alpha reductase in human scalp. Br J Dermatol 1999;141:481-491.
9. Thiboutot D, Knaggs H, Gilliland K et al. Activity of type 1 of 5 alpha reductase is greater in the follicular infundibulum compared with the epidermis. Br J Dermatol 1997;136:166-171.
10. Venning V, Dawber R. Patterned androgenetic alopecia in women. J Am Acad Dermatol 1988;18(5):1073-1077.
11. Olsen E. The midline part: An important physical clue to the clinical diagnosis of androgenetic alopecia in women. J Am Acad Dermatol 1999;40(1):106-109.
12. Ludwig E. Classification of types of androgenetic alopecia (common baldness) occurring in the female sex. Br J Dermatol 1977;97:247-254.

13. Kivanç I, Savas C, Godkdemir G et al. The presence of trichodynia in patients with telogen effluvium and androgenetic alopecia. *Int J Dermatol* 2003;42:691-693.
14. Weedon D. Alopecia androgenética. *Piel Patología. España* 2002;406-407.
15. Olsen E. Female pattern hair loss. *J Am Acad Dermatol* 2001;45(3):S70-S80.
16. Shapiro J. Alopecia in women. *N Eng J Med* 2007;357:1620-1630.
17. Jurado Santa Cruz F. Long-term five years multinational experience with finasteride 1 mg in treatment of men. *Eur J Dermatol* 2002;12(1):38-49
18. Price V, Roberts J, Hordinsky M et al. Lack of efficacy of finasteride in postmenopausal women with androgenetic alopecia. *J Am Acad* 2000;43:768-776.
19. Shum K, Messenger. Hair loss in women with hyperandrogenism: Four cases responding to finasteride. *J Am Acad Dermatol* 2002;47:733-739.
20. Iorizzo M, Vincenzi C, Voudouris S et al. Finasteride treatment of female pattern hair loss. *Arch Dermatol* 2006;142:298-302.
21. Hong J, Chiu H, Chan J et al. A women with iatrogenic androgenetic alopecia responding to finasteride. *Br. J Dermatol* 2007;156:754-755.
22. Unger W, Unger R. Hair transplantin: An important but often forgotten treatment for female pattern hair loss. *J Am Acad* 2003;49:853-860.
23. Cash T. The psychosocial consequences of androgenetic alopecia: a review of research literatura. *Br J Dermatol* 1999;141:398-405.
24. Cash T. Psychological effects of androgenetic alopecia in men. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:926-931.
25. Lee H, Ha S, Kim D et al. Perception of men with androgenetic alopecia by women and nonbalding men in Korea: How the nonbald regard the bald. *Int J Dermatol* 2002;41:867-869.
26. Van der Donk J, Meulenberg D, Stolz E et al. Psychologic characteristics of men with androgenetic alopecia and their modification. *Int J Dermatol* 1991;30(1):22-28.

27. Van der Donk J, Passchier J, Kneegt-junk C et al. Psychological characteristics of women with androgenetic alopecia: a control study. *Br J Dermatol* 1991;125:248-252.
28. Venning V, Dawber. Patterned androgenetic alopecia in women. *Br J Dermatol* 1987;117(suppl):21-22.
29. Keep Van P. Isolation:the influence of skin disease on social relationships. *Int J Dermatol* 1974;13:227-231.
30. Cash T, Price V, Savin R. Psychological effects of androgenetic alopecia on women: Comparison with balding men and with female control subjects. *J Am Acad Dermatol* 1993;29(4):568-575.
31. Maffei C, Fossati A, Rinaldi F et al. Personality disorders and psychopathologic symptoms in patients with androgenetic alopecia. *Arch Dermatol* 1994;130:868-872.
32. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud pública Mex* 2002;44(5):448-463.
33. Gill T, Feinstein A. A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. *JAMA* 1994;272(8):619-626.
34. Whitmore C. Cutaneous impairment, disability and rehabilitation. *Cutis* 1970;6:989-992.
35. Robinson H. Measurement of impairment and disability in dermatology. *Arch Dermatol* 1973;108:207-209.
36. Testa M, Simonson D. Assesment of quality of life , Outcomes. *N Eng J Med* 1996;334(13):835-840.
37. Finlay A, Ryan T. Disability and handicap in Dermatology. *Int J Dermatol* 1996;35(5):305-311.
38. Ramsay B, O' Reagan M. A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *Br J Dermatol* 1988;118:195-201.
39. Ginsburg I, Link B. Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad* 1989;20:53-63.
40. Halioua B, Beumont M, Lunel F. Quality of life in dermatology. *Int J Dermatol* 2000;39:801-806.

41. Guzmán J, Ponce de León S, Pita R et al. El cambio en la calidad de vida como indicador del curso clínico de la enfermedad. Comparación de dos índices. *Rev Invest clin* 1993;45:439-452.
42. Hahn H, Melfi C, Chuang T, et al. Use of the dermatology life quality index (DLQI) in a Midwestern US urban clinic. *J Am Acad Dermatol* 2001;45(1):44-48.
43. Morgan M; Mc Creedy R, Simpson J, et al. Dermatology quality of life scales: a measure of the impact of skin diseases. *Br J Dermatol* 1997;136:202-206.
44. Kurwa H, Finlay A. Dermatology inpatient admission greatly improves life quality. *Br J Dermatol* 1995;133:575-578.
45. De Tiedra A, Mercadal J, Badía X et al. Adaptación transcultural al español del cuestionario Dermatology life quality index (DLQI): El índice de calidad de vida en dermatología. *Actas dermosifiliogr.* 1998;89:692-700.
46. Chren M, Lasek R, Flocke S et al. Improve discriminative and evaluative capability of refined version of skindex, a quality of life instrument for patients with skin diseases. *Arch Dermatol* 1997;133:1433-1440.
47. Anderson R, Rajagopalan R. Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous disease. *J Am Acad Dermatol* 1997;37(1):41-50.
48. Rajagopalan R, Anderson R. A profile of patients with contact dermatitis with suspected allergy (history, Physical characteristics and quality of life). *Am J Contact Dermatitis* 1997;8:26-31.
49. Gupta M, Gupta A, Schork N et al. Psychiatric aspects of treatment of mild to moderate facial acne. *Int J Dermatol* 1990;29:719-721.
50. Wolkenstein P, Zeller J, Revuz J et al. Quality or life impairment in neurofibromatosis type 1. *Arch Dermatol* 2001;137:1421-1425.
51. Brazier J, Harper R, Jones N et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *Br Med J* 1992;305:160-164.
52. Zuñiga A, Carrillo J, Fos P et al. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36. Resultados preliminares en México. *Salud pública Mex* 1999;41:110-118.

53. Finlay A. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol* 1997;136:305-314.
54. Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short Form 36 (SF-36) health survey questionnaire: Normative data for adults of working age. *Br Med J* 1993;306(6980):1437-1440.