

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**PERCEPCIÓN DE ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS DE BAJA  
EXPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL DE RECLUTAS DEL ALA  
AÉREA N° 3. AREQUIPA, 2019.**

Tesis presentada por el Bachiller:  
Carbajal Gonzales, Jean Pierre Anadid  
Para optar el Título Profesional de:  
Médico Cirujano.

Asesor:

Dr. Begazo Bueno, Juan Andrés

**AREQUIPA - PERÚ**

**2019**



## DEDICATORIA

Dedicada a mi familia sobre todo a mi madre.



## AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia, sobre todo a mis padres y hermanas, por apoyarme y estar siempre conmigo.



## INTRODUCCIÓN

Para casi todas las personas, la salud es un elemento fundamental que incide de forma directa en su calidad de vida, pero esto es más importante aún, si se tiene enfermedades cuya sintomatología es severa, genera discapacidad, tiene riesgo de muerte o si afecta su aspecto estético, en este último se encuentran las alteraciones dermatológicas. En diversos estudios se ha demostrado que el estado de la piel influye de forma significativa en la autoestima, aceptación personal, percepción del estado de salud, en los hábitos de vida y en la calidad de vida (1, 2).

En el caso de las alteraciones dermatológicas, algunas generan importante morbilidad con manifestaciones severas, mientras que otras, - la mayoría de ellas- las manifestaciones son de carácter crónico, leves a moderadas y a pesar de ello pueden producir graves secuelas psicológicas, emocionales y afectar mucho la calidad de vida, generando estrés, ansiedad, depresión, aislamiento social, baja autoestima y soledad.

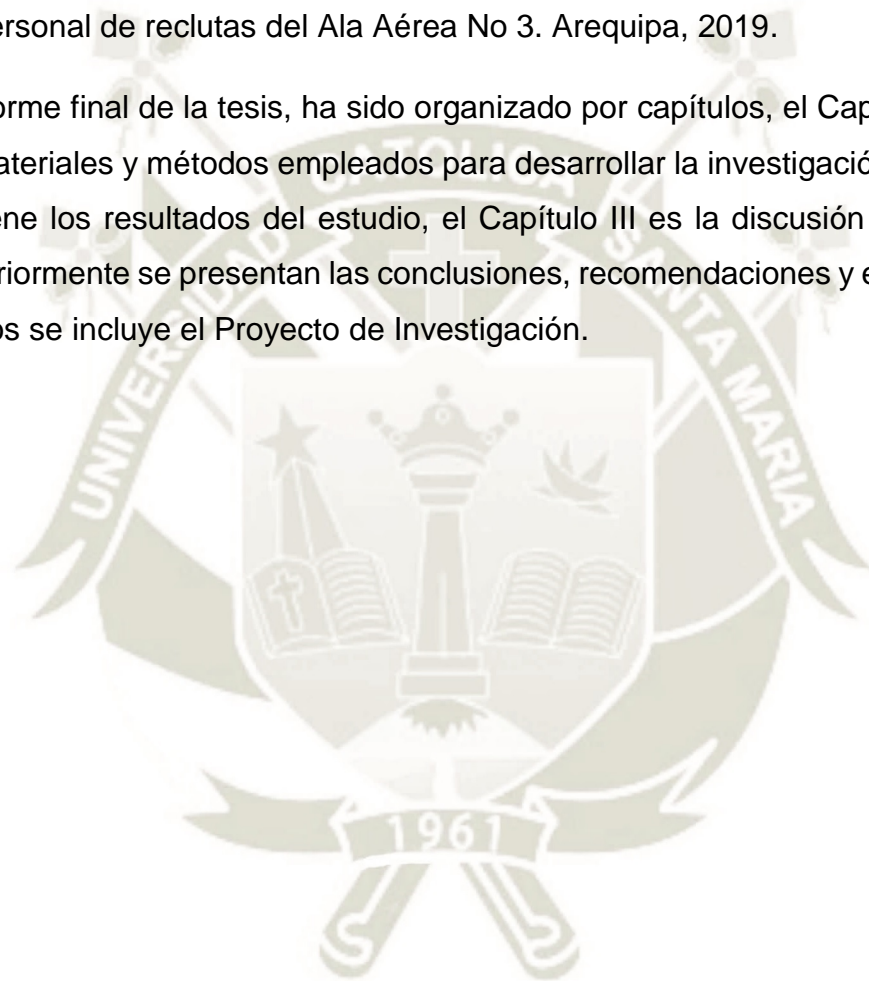
Por otro lado, tenemos que la calidad de vida se entiende como “un conjunto de experiencias relacionado con el bienestar general, que tiene un claro componente subjetivo al partir de las expectativas personales e incluir una valoración global sobre la vida y que trasciende a la salud” (3).

La calidad de vida relacionada con la salud ha sido definida como “las reacciones y percepciones que tienen los pacientes con respecto a su salud, refiriéndose a dominios físicos, funcionales, psicológicos y sociales. Estos dominios pueden ser evaluados tanto a nivel objetivo como subjetivo, siendo la percepción subjetiva de la enfermedad lo que determina la calidad de vida experimentada en relación con la salud” (3).

En el personal de reclutas del Ala Aérea No 3 se ha observado que presentan factores de riesgo para desarrollar alteraciones dermatológicas, puesto que permanecen expuestos al sol por periodos más prolongados a los recomendados, el uso de bloqueador solar es casi nulo y no tienen los cuidados necesarios para mantener la piel saludable, en muchos casos se presentan alteraciones dermatológicas severas como es el caso del acné, algunos casos de rosácea entre otros, pero también están las denominadas enfermedades dermatológicas de baja

expresión sintomatológica, las mismas que al parecer también afectan la calidad de vida, sobre todo en los indicadores de control de emociones, los sentimientos y la autoimagen. Estas observaciones han motivado nuestro interés personal para desarrollar el presente estudio, el mismo que fue realizado mediante la aplicación de los instrumentos a una muestra de 132 reclutas que cumplieron los criterios de inclusión. El objetivo general del estudio fue determinar la percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión y su relación con la calidad de vida del personal de reclutas del Ala Aérea No 3. Arequipa, 2019.

El informe final de la tesis, ha sido organizado por capítulos, el Capítulo I presenta los materiales y métodos empleados para desarrollar la investigación, el Capítulo II contiene los resultados del estudio, el Capítulo III es la discusión y comentarios, posteriormente se presentan las conclusiones, recomendaciones y en la sección de anexos se incluye el Proyecto de Investigación.



## RESUMEN

**Objetivos:** Determinar la percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión y su relación con la calidad de vida del personal de reclutas del Ala Aérea No 3. Arequipa, 2019.

**Métodos:** se realizó una investigación aplicada, de tipo descriptiva correlacional y transversal. La muestra de estudio estuvo constituida por 132 reclutas del Ala Aérea N° 3 que cumplieron los criterios de inclusión. Como técnica de recolección de datos se empleó la encuesta y los instrumentos fueron la Escala de Identificación y Expresión de Sintomatología Cutánea, la Escala de Impacto Psicológico de las condiciones de la piel, la Escala de Calidad De Vida (Quality of Life Scale [QOLS]).

**Conclusión:** La percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión en el personal de reclutas del Ala Aérea No 3, es baja en 60.61%; el 58,33% tiene impacto psicológico en relación a la presencia de alteraciones dermatológicas. La calidad de vida según la Escala de Calidad De Vida (QOLS) es buena en 73,48%. Se ha encontrado relación estadísticamente significativa entre la percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión y la calidad de vida del personal de reclutas del Ala Aérea N° 3.

**Palabras clave:** alteraciones, dermatológicas, baja expresión, calidad, vida, reclutas.

## ABSTRACT

**Objectives:** To determine the perception of dermatological alterations of low expression and its relation with the quality of life of the personnel of recruits of the Air Wing N° 3. Arequipa, 2019.

**Methods:** an applied investigation was carried out, of descriptive and correlational cross-sectional type. The study sample consisted of 132 Air Force No 3 recruits who met the inclusion criteria. As a data collection technique, the survey was used and the instruments were the Scale of Identification and Expression of Cutaneous Symptomatology, the Scale of Psychological Impact of skin conditions, the Quality of Life Scale (QOLS).

**Conclusion:** The perception of dermatological alterations of low expression in the personnel of recruits of the Air Wing N° 3, is low in 60.61%; 58.33% have psychologic impact in relation to the presence of dermatological alterations. The quality of life according to the Quality of Life Scale (QOLS) is good at 73.48%. A statistically significant relationship was found between the perception of dermatological alterations of low expression and the quality of life of the personnel of recruits of the Air Wing N° 3.

**Key words:** alterations, dermatological, low expression, quality, life, recruits.

## INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN .....	v
RESUMEN .....	vii
ABSTRACT .....	viii
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS .....	viii
1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	2
1.1. Técnicas.....	2
1.2. Instrumentos.....	2
1.2.1. Escala de Identificación y Expresión de Sintomatología Cutánea:.....	2
1.2.2. Escala de Impacto Psicológico de las condiciones de la piel:.....	3
1.2.3. Escala de Calidad De Vida (Quality of Life Scale [QOLS]):.....	4
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	5
2.1. Ubicación espacial.....	5
2.2. Ubicación temporal.....	5
2.3. Unidades de estudio.....	5
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	5
3.1. Organización.....	5
3.2. Recursos .....	6
3.3. Validación del instrumento .....	6
3.4. Criterios para el manejo de los resultados.....	6
CAPÍTULO II RESULTADOS .....	7
CAPÍTULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	16
CONCLUSIONES .....	20
RECOMENDACIONES.....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	22
ANEXOS .....	24
ANEXO 1 MATRIZ DE DATOS .....	25
ANEXO 2 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN .....	28



# **CAPÍTULO I**

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

## 1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

### 1.1. Técnicas

Se utilizó como técnica la encuesta.

### 1.2. Instrumentos

#### 1.2.1. Escala de Identificación y Expresión de Sintomatología Cutánea:

La escala está compuesta por un listado de 25 alteraciones dermatológicas, consideradas de presentación más habitual. Los participantes debían indicar en qué medida habían tenido cada una de las alteraciones en el último mes. Cada alteración iba seguida por seis anclajes numéricos, donde el cero era «No sé», el uno «No», el dos «Muy poco», el tres «Algo», el cuatro «Bastante» y el cinco «Mucho». Luego deben contestar a nueve preguntas relacionadas con la sintomatología asociada a dicha alteración. Estas preguntas hacían referencia al daño producido a la salud (¿en qué medida produce daño a su salud en general?), alteraciones del sueño (¿en qué medida altera el sueño?, ¿con qué frecuencia?), presencia de dolor (¿en qué medida le produce dolor?), picor (¿en qué medida le produce picor?), ardor (¿en qué medida le produce ardor?), sangre (¿en qué medida le produce sangrado?) e irritación (¿en qué medida le produce irritación?). La fiabilidad de esta escala fue estimada en el estudio de Hernández y cols mediante la consistencia interna, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0.81. Todas las preguntas se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos, variando las etiquetas de cada anclaje en función del tipo de pregunta. A partir de estas nueve preguntas se obtiene una puntuación media que indica el grado de expresión de la alteración seleccionada. Para la calificación de la escala se utilizó el siguiente baremo (4, 5):

Alta expresión	95 – 125 puntos
Regular expresión	63 – 94 puntos
Baja expresión	31 – 62 puntos
Ninguna expresión	0 – 30 puntos

### 1.2.2. Escala de Impacto Psicológico de las condiciones de la piel:

Esta escala evalúa la calidad de vida relacionada con la salud a través de la autovaloración de las condiciones generales de la piel y de su impacto psicológico. Para su elaboración se partió del Skindex, que es un cuestionario diseñado como medida específica de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cutánea. Este cuestionario ha mostrado un buen nivel de fiabilidad, validez y sensibilidad. Se incluyen 13 ítems del Skindex-61, referidos a la manera e intensidad con que los pacientes experimentan sentimientos y emociones respecto al estado de su piel (por ejemplo, «Me siento humillado por las condiciones en que se encuentra mi piel», «Estoy enojado con el estado de mi piel»). Los participantes deberán indicar en qué medida habían experimentado, en el último mes, cada una de las situaciones descritas, utilizando para ello una escala de 5 puntos (1= Nunca; 5= Siempre). Cuánto más alta es la puntuación obtenida, mayor impacto psicológico tienen las condiciones de la piel sobre la persona, de forma que su calidad de vida se ve más afectada. Esta escala presenta un alfa de Cronbach de 0.90. La calificación se realizó sumando el puntaje y luego se comparó con el siguiente baremo (4, 5):

Alto impacto	40 – 50 puntos
Regular impacto	30 – 39 puntos
Bajo impacto	20 – 29 puntos
Ningún impacto	10 – 19 puntos

### 1.2.3. Escala de Calidad De Vida (Quality of Life Scale [QOLS]):

fue diseñada por Flanagan (1978) y posteriormente modificada por Burckhardt y Anderson (2003). El propósito de la misma es conocer la calidad de vida en poblaciones con enfermedades crónicas, aunque se puede aplicar en todas las patologías, y también en la población sana. La QOLS proporciona una medida de calidad de vida a través de estados de satisfacción con aspectos específicos o situacionales de la vida sensibles a los problemas de salud. A los 16 ítems de la versión original se incorporaron otros cinco relativos a actividades deportivas, manualidades, habilidades musicales, viajar y trabajo en casa. Se presentan, por lo tanto, 21 situaciones que pueden estar presentes o ausentes en la vida de la persona (por ejemplo, comodidades materiales en casa, salud, amistades próximas, actividad laboral, etcétera). Los participantes debían indicar en qué medida están satisfechos con esa situación en una escala de respuesta tipo Likert con 5 puntos (1= Muy insatisfecho; 5= Muy satisfecho). A diferencia de los dos instrumentos anteriores, en esta escala cuanto más alta es la puntuación obtenida, mayor calidad de vida. La fiabilidad de esta escala mediante consistencia interna fue un alfa de Cronbach de 0.84. La calificación del instrumento se realizó sumando los puntajes obtenidos y luego se establecieron los niveles de calidad de vida en base al siguiente baremo (4, 5):

Buena	77 – 105 puntos
Regular	49 – 76 puntos
Mala	21 – 48 puntos

Al término de la escala se incluyeron los datos referidos a la edad, sexo y antecedentes de alteraciones dermatológicas.

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación espacial

El estudio fue realizado en la sede del Ala Aérea N° 3, que está ubicada en la Avenida Aviación s/n en el distrito de Cerro Colorado, Provincia de Arequipa.

### 2.2. Ubicación temporal

El estudio fue realizado durante los meses de marzo a mayo del 2019.

### 2.3. Unidades de estudio

El universo estuvo conformado por el personal de reclutas del Ala Aérea N° 3 los que sumaban aproximadamente 158 personas. Se trabajó con el 100% de los reclutas de acuerdo al cumplimiento de los siguientes criterios:

#### Criterios de inclusión:

- Personas con edades comprendidas desde los 18 años, de ambos sexos que se encontraban realizando el Servicio Militar en el Ala Aérea N° 3.
- Personas que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

#### Criterios de exclusión:

- Personas que tenían enfermedades dermatológicas severas como acné severo, vitíligo, psoriasis, cicatrices de quemaduras extensas, u otras.

La muestra de estudio estuvo conformada por 132 personas que cumplieron los criterios de inclusión.

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.1. Organización

- Una vez que los jurados dictaminadores dieron su aprobación del proyecto de tesis, se solicitó una carta de presentación al Decano de la Facultad de Medicina Humana, a efectos de tramitar la autorización respectiva al Director del Hospital para desarrollar el estudio.
- El investigador, identificó la población de estudio en forma diaria, se explicó el objetivo de la investigación y se les solicitó su participación, antes del llenado de los instrumentos se aplicó el consentimiento

informado y tras ello, se les hizo entrega de los formularios de los instrumentos para que sean resueltos.

- Una vez finalizada la recolección de datos, se realizó el análisis estadístico y el informe final. Los resultados son presentados en tablas.

### **3.2. Recursos**

#### **Humanos:**

El investigador: Sr Carbajal Gonzáles, Jean Pierre Anadid

Alumno de la Facultad de Medicina Humana de la  
Universidad  
Católica de Santa María.

Tutor: Dr. Juan Andrés Begazo Bueno.

#### **Institucionales:**

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.  
Ala Aérea N° 3.

#### **Materiales:**

Instrumentos de recolección de datos, material de escritorio, computadora, software estadístico, cámara fotográfica.

#### **Financieros:**

Recursos propios.

### **3.3. Validación del instrumento**

Los tres cuestionarios aplicados son validados en estudios internacionales y nacionales (4, 6).

### **3.4. Criterios para el manejo de los resultados**

Una vez obtenidos los datos se elaboró la matriz de sistematización en Excel v. 10.0 y posteriormente se efectuó el análisis estadístico, se utilizó el análisis descriptivo de tendencia central para los datos de variables cuantitativas y luego el análisis inferencial mediante la Prueba de Chi cuadrado, se consideraron significativos los valores de  $p < 0,05$ .



## **CAPÍTULO II RESULTADOS**

A continuación se presentan los resultados de la investigación, los mismos que fueron obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos a las unidades de estudio. La sistematización de los resultados se realiza de acuerdo a los objetivos.

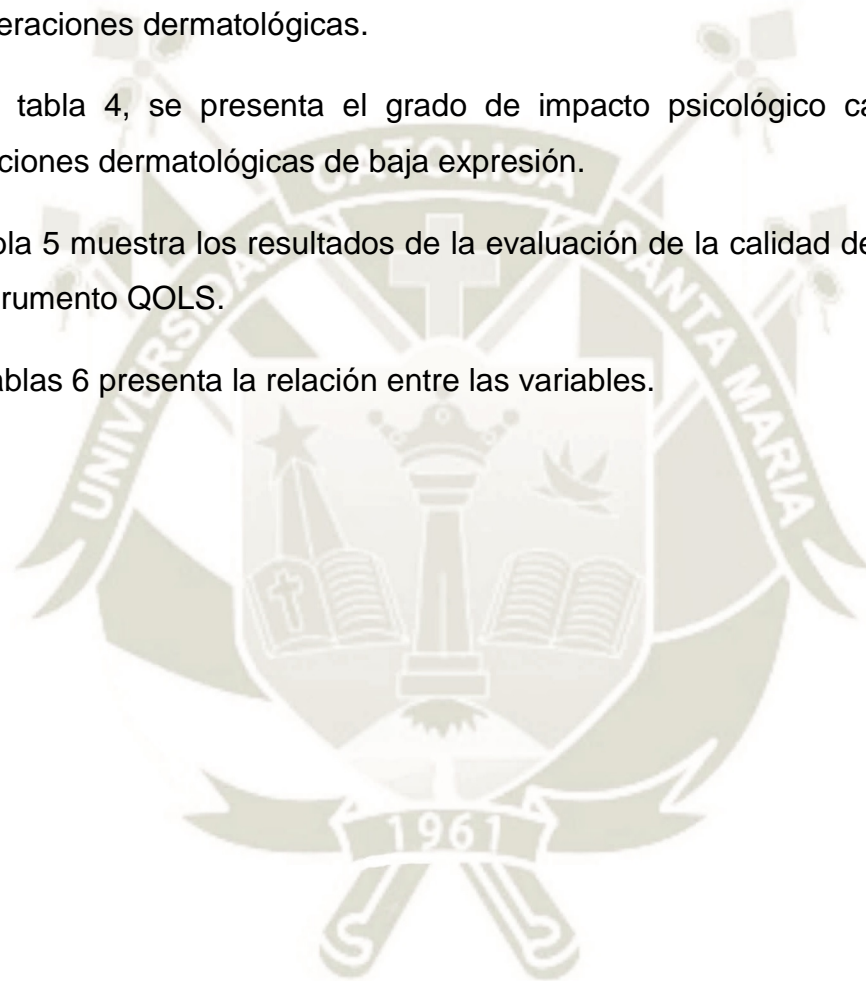
En la tabla 1, se presenta la edad y sexo de los reclutas, resultados que nos permiten conocer las características generales de la muestra de estudio.

En las tablas 2 y 3 se presentan los resultados de la evaluación de la percepción de alteraciones dermatológicas.

En la tabla 4, se presenta el grado de impacto psicológico causado por las alteraciones dermatológicas de baja expresión.

La tabla 5 muestra los resultados de la evaluación de la calidad de vida tanto con el instrumento QOLS.

Las tablas 6 presenta la relación entre las variables.



**TABLA 1**

**PERSONAL DE RECLUTAS DEL ALA AÉREA N° 3 SEGÚN EDAD Y SEXO.**

**2019**

<b>EDAD (años)</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
17	2	1,51
18	19	14,39
19	28	21,21
20	18	13,64
21	18	13,64
22	29	21,97
23	18	13,64
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100</b>
Media: 20 años; edad mínima: 17 años; edad máxima: 23 años; desviación estándar: ± 1,73 años		
<b>SEXO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Masculino	83	62,88
Femenino	45	34,09
No responde	4	3,03
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que las edades de los reclutas se distribuyen desde los 17 hasta los 23 años, las edades más representativas son 22 años con 21,97%, 19 años en 21,21%, 18 años con 14,39%, entre otras. La edad media es 20 años.

En cuanto al sexo, el 62,88% son reclutas de sexo masculino, 34,09% de sexo femenino y un 3,30-% no respondió.

**TABLA 2**

**PERSONAL DE RECLUTAS DEL ALA AÉREA N° 3 SEGÚN ALTERACIONES  
DERMATOLÓGICAS 2019**

ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS	No se		No		Muy poco		Algo		Bastante		Mucho	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Granos en la cara	6	4,55	22	16,6	45	34,0	42	31,8	14	10,6	3	2,27
Espinillas en la cara, puntos negros	7	5,30	24	18,1	51	38,6	27	20,4	22	16,67	1	0,76
Quistes en la cara ( granos duros, inflamados, grandes)	13	9,85	75	56,8	28	21,2	12	9,09	3	2,27	1	0,76
Piel sensible al sol	8	6,06	50	37,9	23	17,4	24	18,1	18	13,64	9	6,81
Celulitis	7	12,88	97	73,5	15	11,4	3	2,27	0	0,00	0	0,00
Caída del pelo	7	5,30	92	69,7	19	14,4	11	8,33	1	0,76	2	1,51
Sequedad de la piel	6	4,55	42	31,8	39	29,5	26	19,7	15	11,36	4	3,03
Caspa	9	6,82	62	46,9	33	25,0	18	13,6	8	6,06	2	1,51
Grasa en el cuero cabelludo	8	6,06	61	46,2	29	21,9	25	18,9	6	4,55	3	2,27
Piel velluda	10	7,57	54	40,9	33	25,0	24	18,1	8	6,06	3	2,27
Estrías	8	6,06	87	65,9	24	18,1	11	8,33	1	0,76	1	0,76
Sudor en exceso	7	5,30	36	27,2	43	32,6	27	20,4	16	12,12	3	2,27
Picor en la piel	6	4,55	61	46,2	37	28,0	15	11,3	9	6,82	4	3,03
Cicatrices o marcas en el cuerpo	7	5,30	52	39,3	48	36,3	21	15,9	4	3,03	0	0,00
Herpes	11	8,33	103	78,0	15	11,3	2	1,51	1	0,76	0	0,00
Placas rojas con escamas	7	5,30	80	60,6	33	25,0	11	8,33	1	0,76	0	0,00
Manchas blancas	10	7,57	112	84,8	9	6,82	1	0,76	0	0,00	0	0,00
Manchas oscuras	13	9,85	114	86,3	1	0,76	3	2,27	1	0,76	0	0,00
Verrugas	10	7,57	89	67,4	19	14,4	13	9,85	0	0,00	1	0,76
Piel sensible a ropa, cremas, cosméticos	9	6,82	94	71,2	22	16,6	5	3,79	2	1,51	0	0,00
Lunares	5	3,79	36	27,2	62	46,9	23	17,4	6	4,55	0	0,00
Pecas	10	7,57	90	68,1	22	16,6	7	5,3	3	2,27	0	0,00
Hongos	7	5,30	68	51,5	33	25,0	13	9,85	7	5,30	4	3,03

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que las alteraciones dermatológicas que presentan con más frecuencia los reclutas evaluados son los granos en la cara, espinillas en la cara, puntos negros, sequedad de la piel, piel sensible al sol, grasa en el cuero cabelludo, piel velluda, sudor en exceso, picor en la piel, cicatrices en el cuerpo, lunares, hongos, entre las principales.



TABLA 3

**PERSONAL DE RECLUTAS DEL ALA AÉREA N° 3 SEGÚN PERCEPCIÓN DE  
ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS. 2019**

<b>PERCEPCIÓN DE ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Ninguna expresión	20	15,15
Baja expresión	80	60,61
Regular expresión	32	24,24
Alta expresión	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que la percepción de alteraciones dermatológicas en el personal de reclutas del Ala Aérea N° 3 es baja en el 60.61%, regular en 24,24% y ninguna expresión en 15.15%.

TABLA 4

**PERSONAL DE RECLUTAS DEL ALA AÉREA N° 3 SEGÚN GRADO DE  
IMPACTO PSICOLÓGICO EN RELACIÓN A LA PRESENCIA DE  
ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS. 2019**

<b>GRADO DE IMPACTO PSICOLÓGICO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Ningún impacto	55	41,67
Bajo impacto	48	36,36
Regular impacto	28	21,21
Alto impacto	1	0,76
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que el grado de impacto psicológico que las alteraciones dermatológicas de baja expresión causan en el personal de reclutas es, ninguno en 41,67%, bajo en 36,36%, regular en 21,21% y alto en 0,76%.

**TABLA 5**  
**PERSONAL DE RECLUTAS DEL ALA AÉREA N° 3 SEGÚN CALIDAD DE**  
**VIDA. 2019**

<b>CALIDAD DE</b> <b>VIDA SEGÚN EL QOLS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Mala	11	8,33
Regular	24	18,18
Buena	97	73,48
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

Elaboración propia

Se observa en la tabla, que los resultados de la Escala de Calidad de Vida (QOLS), el 8,33% tiene mala calidad de vida, 18,18% calidad de vida regular y el 73,48% tiene buena calidad de vida.

TABLA 6

RELACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN DE ALTERACIONES  
DERMATOLÓGICAS DE BAJA EXPRESIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN  
EL QOLS DEL PERSONAL DE RECLUTAS DEL ALA AÉREA N° 3. 2019

PERCEPCIÓN DE ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS	CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL QOLS						TOTAL	
	Mala (11)		Regular (24)		Buena (97)		F	%
	F	%	F	%	F	%		
Ninguna expresión	8	40,00	7	35,00	5	25,00	20	15,15
Baja expresión	3	3,75	8	10,00	69	86,25	80	60,61
Regular expresión	0	0,00	9	28,12	23	71,87	32	24,24

Elaboración propia

$X^2 = 28,43$   $P = 0,03$

Se observa en la tabla, que el 40% de los reclutas que no tienen ninguna expresión de las alteraciones dermatológicas tienen mala calidad de vida, el 35% tiene calidad de vida regular y el 25% buena calidad de vida. En los reclutas que tienen baja expresión de las alteraciones dermatológicas, el 3,75% tiene mala calidad de vida, el 10% tiene calidad de vida regular y el 86,25% tiene buena calidad de vida. En los reclutas con regular expresión de alteraciones dermatológicas, el 28,12% tiene calidad de vida regular y el 71,87% presenta buena calidad de vida.

La prueba de Chi cuadrado, demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre la percepción de las alteraciones dermatológicas y la calidad de vida según el QOLS.

### CAPÍTULO III

#### DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La piel es uno de los órganos más importantes en el cuerpo humano, como tal, sus funciones, enfermedades que la afectan y el estado general de la misma influyen de manera importante en la salud y calidad de vida de las personas. La piel además de cumplir la importante función de envolver el cuerpo, establece el límite y es el punto de contacto entre el mundo interior y el exterior, siendo al mismo tiempo un órgano capaz de recibir y emitir mensajes al mundo externo, además, su estado nos da señales acerca del estado de ánimo y muchos problemas emocionales que presentan las personas.

En la tabla 1, se presentaron los resultados de la edad y sexo de los reclutas, vemos que las edades se distribuyen desde los 17 hasta los 23 años, pero las edades con mayor representatividad son los 22 años con 21,97%, 19 años en 21,21%, 18 años en 14,39% entre otros. La edad promedio o media es 20 años. Cabe señalar que estas son las edades en las que la mayoría de adolescentes o jóvenes realizan el servicio militar, muchos de los cuales, luego optan por asimilarse a la Fuerza Aérea realizando la carrera militar.

En cuanto al sexo, se ha observado que el 62,88% son de sexo masculino, 34,09% femenino y el 3,03% no respondió. Este resultado era de esperarse, porque generalmente las personas que realizan el servicio o carrera militar son varones.

El estudio desarrollado planteó como primer objetivo específico evaluar la percepción de las alteraciones dermatológicas de baja expresión en el personal de reclutas del Ala Aérea No 3, en tal sentido en la tabla 2, se presentan las alteraciones dermatológicas de baja expresión, siendo las más frecuentes, el cané, que los reclutas expresaron como granos en la cara, espinillas, puntos negros, quistes en algunos casos más severos, además refieren la sequedad de la piel, piel sensible al sol, grasa en el cuero cabelludo, piel velluda, sudor en exceso, picor en la piel, cicatrices en el cuerpo, lunares, hongos, entre las principales.

En la tabla 3, se observó que la percepción de alteraciones dermatológicas es de baja expresión en 60,61%, ninguna expresión en 15,15%, regular expresión en 24,24% y ningún recluta presentó alta expresión. Al respecto se puede comentar,

que una percepción alta de la expresión de las alteraciones dermatológicas, suponen para los encuestados una mayor carga emocional y física, mientras que el significado de ninguna o baja expresión, nos estaría indicando que a pesar de que las personas presentan las alteraciones dermatológicas, estas son leves y no generan mayor impacto.

El segundo objetivo específico fue establecer el grado de impacto psicológico en relación a la presencia de alteraciones dermatológicas de baja expresión, en tal sentido, la tabla 4, muestra el grado de impacto psicológico que causan las alteraciones dermatológicas, encontrando que el 41,67% no presenta ningún impacto, el 36,36% tiene bajo impacto, 21,21% regular impacto y el 0,76% tiene alto impacto.

Consideramos necesario resaltar que en nuestro estudio nos estamos enfocando en las alteraciones dermatológicas de baja expresión, que son aquellas que no generan mayor severidad en las manifestaciones clínicas y por ende, no se deberían asociar a mayores consecuencias negativas a nivel psicológico, emocional y en la calidad de vida, a diferencia de otros estudios donde se evalúa la calidad de vida de personas que presentan enfermedades dermatológicas de mayor severidad o de curso crónico (1). Es por ello, que la utilidad del presente estudio permite demostrar que incluso las alteraciones dermatológicas de baja expresión pueden generar impacto psicológico en las personas afectadas, así como también influir de forma negativa en su calidad de vida. Más aún, si el grupo poblacional evaluado son los adolescentes o jóvenes, que se encuentran en una etapa complicada de la vida, donde la imagen personal y el sentirse atractivos físicamente juegan un rol importante en su desarrollo, identidad psicológica, sexual, autoestima, autoconcepto y en la adaptación al medio social en que se desenvuelven, es necesario adoptar estrategias que promuevan que las personas afectadas puedan afrontar el problema dermatológico de manera eficiente para evitar que la calidad de vida empeore.

El tercer objetivo específico fue establecer la calidad de vida del personal de reclutas, habiendo obtenido resultados de la aplicación de la Escala de Calidad De Vida (Quality of Life Scale QOLS), cuyos resultados se presentan en la tabla 5,

habiendo encontrado que es mala en 8,33%, regular en 18,18% y buena en 73,48%.

En el estudio de Sajami y Zamora (7), se encontró que los niveles de calidad de vida fueron: alteración moderada, 44.7%; alteración leve 40.8%; alteración grave 14% y sin alteración 0.6%, aunque este estudio evaluó personas con acné moderado en 53.1%; leve en 35.8%; severo en 10.1% y muy severo en 1.1%, lo cual explica porque la calidad de vida es más afectada. El estudio de Peña (9), encontraron que el 26.67% de pacientes con Vitiligo tuvo un impacto mínimo, el 36.67% presento afectación leve, un 33.33% tuvo afectación moderada y en un paciente (3.33%) hubo afectación severa de la calidad de vida, estos resultados hicieron concluir que el vitiligo produce afectación moderada a severa en la calidad de vida de los pacientes y esta afectación es independiente de sus características clínicas.

Nuestros resultados son diferentes a los del estudio de García y cols (10), quienes encontraron que la afectación de la calidad de vida fue moderada en el 33.3%; resultado muy superior al encontrado en nuestro estudio. En el estudio de Veliz (11), encontraron que el 9.4% de los pacientes con acné se sentían poco afectados en su calidad de vida, el 43.8% refirió que presentaba mucha afectación sobre su calidad de vida y el 46.9% afectación moderada. En el estudio de Chávez (12), el 57,37% de casos mostraba algún grado de ansiedad, a predominio mínimo (47,89%), con 8,95% de ansiedad severa y 0,53% de ansiedad en grado máximo. Hubo afectación de la calidad de vida en 83,16% de casos, siendo el efecto mínimo en 35,79%, moderado en 26,84%, severo en 17,37% y muy severo en 3,16% de pacientes, siendo estos resultados más similares a los hallazgos de nuestro estudio.

En la tabla 6, se observa que al analizar la percepción de las alteraciones dermatológicas, se encuentra relación estadísticamente significativa con la calidad de vida evaluada con el QOLS, es decir, que los reclutas que no tienen ninguna expresión de las alteraciones dermatológicas, el 60% tiene calidad de vida regular y buena, mientras que en los reclutas que tienen baja expresión el 86,25% tiene buena calidad de vida y en los que tienen regular expresión de las alteraciones dermatológicas, el 71,87% tiene buena calidad de vida (  $P = 0,03$ ).

Estos resultados son diferentes a los obtenidos en el estudio de Sajami y Zamora (7), quienes concluyen que la calidad de vida según CADI es independiente de la severidad del acné vulgar según GAGS. Mientras que en el estudio de Veliz (11), sí encontraron relación entre la calidad de vida y el acné. Resultados similares a los nuestros, fueron reportados en el estudio de Chávez (12), quien encontró que existe relación directa de buena intensidad entre las variables: a mayor puntaje de ansiedad, mayor puntaje de afectación de calidad de vida.

Un estudio señala que algunas de las patologías dermatológicas con más repercusión psicológica son la psoriasis, sobre todo en fases agudas, el vitíligo y el acné, debido a las características biopsicosociales que rodean a los pacientes afectados, estas son consideradas enfermedades estigmatizantes. En los jóvenes que se han incluido en nuestro estudio, las alteraciones dermatológicas son de baja expresión, pero la más común es el acné, el mismo que si no se evalúa y trata oportunamente va desarrollarse con mayor severidad y en consecuencia el impacto psicológico y las repercusiones en la calidad de vida serán mayores, siendo esta la razón que justifica la intervención temprana, donde los pacientes no solo reciban diagnóstico y tratamiento oportuno, sino que también se aborden desde el punto de vista de la psicodermatología para que se pueda abordar de manera integral evitando el denominado síndrome psique – piel o síndrome psicocutáneo (13, 14).

## CONCLUSIONES

### PRIMERA

La expresión de las alteraciones dermatológicas en el personal de reclutas del Ala Aérea N° 3, es baja en 60.61%.

### SEGUNDA

El grado de impacto psicológico en relación a la presencia de alteraciones dermatológicas de baja expresión en el personal de reclutas del Ala Aérea N° 3, es de bajo impacto en 36.36%, regular impacto 21.21% y alto impacto 0.76%. Lo cual indica que el 58.33% del personal de reclutas tienen impacto psicológico en algún grado ya sea bajo, regular o alto.

### TERCERA

La calidad de vida del personal de reclutas del Ala Aérea N° 3, según la Escala de Calidad De Vida (QOLS) es buena en 73,48%, regular 18.18% y mala en 8.33%.

### CUARTA

Existe relación estadísticamente significativa entre la percepción de alteraciones dermatológicas y la calidad de vida, lo cual demuestra que las alteraciones dermatológicas inciden en la valoración de calidad de vida del personal de reclutas del Ala Aérea N° 3.

## RECOMENDACIONES

### PRIMERA

A los profesionales médicos del Ala Aérea N° 3, se sugiere que tengan en cuenta los resultados de la presente investigación, para que se realice la evaluación de todo el personal de reclutas, a efectos de diagnosticar de forma oportuna las alteraciones dermatológicas que presentan, considerando que en nuestro estudio hemos encontrado que las más frecuentes son el acné, sequedad de la piel, piel sensible al sol, grasa en el cuero cabelludo, piel velluda, sudor en exceso, picor en la piel, cicatrices en el cuerpo, lunares y hongos, para que se puedan diagnosticar de manera oportuna y así evitar que adquieran mayor severidad.

### SEGUNDA

Al personal de Psicología del Ala Aérea N° 3, se sugiere que, en coordinación con los médicos, evalúen a los reclutas que presentan algún grado de impacto psicológico en relación a las condiciones de su piel, para ofrecerles una atención holística integral, que les ayude a evitar mayor impacto psicológico.

### TERCERA

Se sugiere que el personal médico y de psicología del Ala Aérea N° 3, realicen la evaluación de la calidad de vida del personal de reclutas sobre todo los que presentan alteraciones dermatológicas, ayudarlos en la adopción de estrategias de afrontamiento adecuadas y así evitar que la incidencia de las alteraciones dermatológicas sea mayor en relación a su calidad de vida.

### CUARTA

Se sugiere al ente encargado la contratación de médicos especialistas en psiquiatría y dermatología para el HORES (Hospital Regional del Sur FAP) del Ala Aérea N° 3

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benyamini, Y., Goner-Shilo, D., Lazarov, A. Illness perception and quality of life in patients with contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 2012; 67(4), 193-199.
2. Moragas JM. Dermatología en Medicina interna. En: Farreras-Rozman. *Medicina Interna*. Vol 1. 17 ed. Barcelona: Elsevier España SL. 2012.
3. Schwartzmann L. Calidad de Vida relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. *Cienc enferm*. 2003; 9(2): 9-21.
4. Hernández, E., Hernández, B., Ruiz, C. Percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión y calidad de vida: el papel mediador del afrontamiento. *Universitas Psychologica*. 2015; 14(2), 523-534.
5. Hernández E., Hernández B., Ruiz A., Impacto de las alteraciones dermatológicas e baja expresión en función del nivel de especificidad de la calidad de vida., Universidad de la Laguna, 2008.
6. Zeas, I., Ordoñez, M. *Dermatología básica para el médico general*. Universidad de Cuenca, 2016.
7. Sajami, J., Zamora, E. Calidad de vida con Escala CADL y su relación con la severidad del acné vulgar mediante ESCALA GAGS, Hospital Regional Lambayeque. Fuente: Tesis presentada a la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque, 2017.
8. Lieu, TJ., Pandya, AG. Melasma quality of life measures. *Dermatol Clin* 2012;30:269-80.
9. Peña, V. Calidad de vida relacionada al vitíligo en pacientes del servicio de dermatología del Hospital Honorio Delgado de Arequipa, 2018. Tesis presentada a la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2018.
10. García, L., Montiel, A., Vásquez, E., Salazar, A., Gutiérrez I., Loria, J. Calidad de vida en el paciente con psoriasis. *Gac Med Mex*. 2017;153:185-9. México.
11. Veliz, J. Calidad de vida y su relación con el acné juvenil inflamatorio en una clínica privada de Lima Metropolitana 2015. Tesis presentada a la Universidad San Martín de Porres, Lima, 2015.

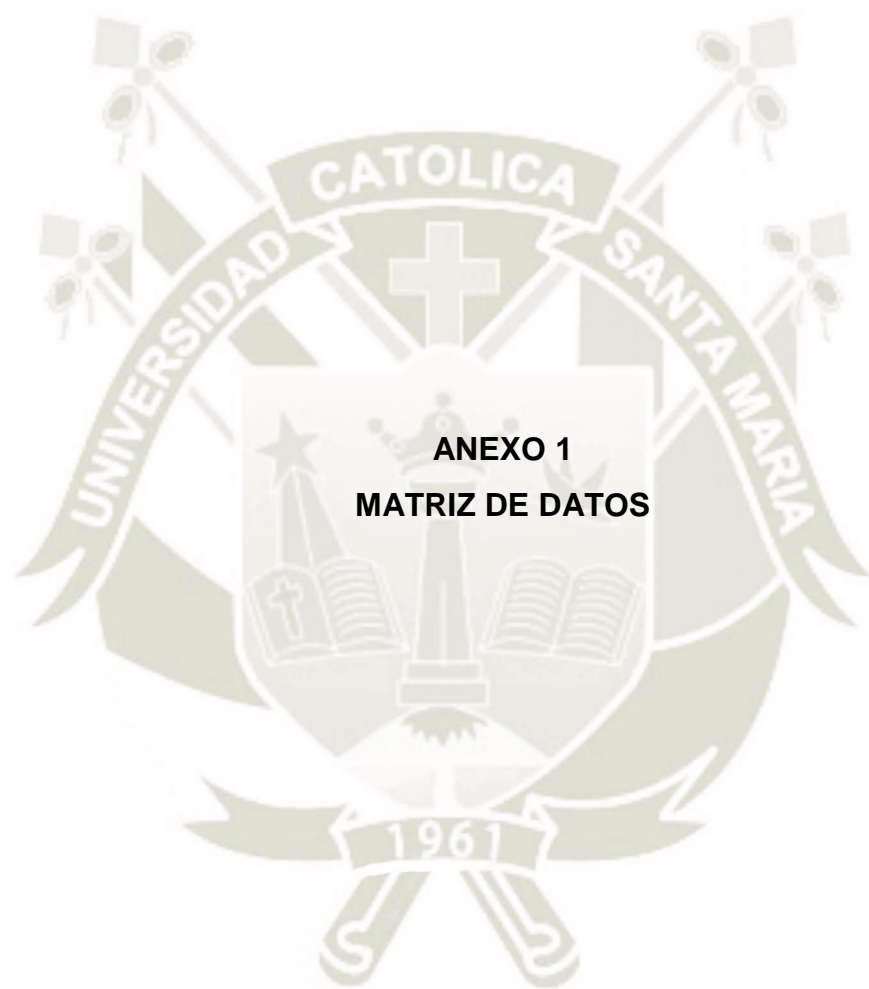
12. Chávez, C. Establecer el nivel de ansiedad y calidad de vida dermatológica en pacientes que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú, 2016. Tesis presentada a la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2016.

13. Parramon G., Aparicio G. Unidades de psicodermatología. Piel (Barc). 2015; 30(3): 145-7.

14. Guerra A., Asensio A., García J. El impacto emocional de la enfermedad dermatológica. Actas Dermosifiliogr. 2017; 106(9):699-702.













Universidad Católica de Santa María  
Facultad de Medicina Humana  
Escuela Profesional de Medicina Humana



**PERCEPCIÓN DE ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS DE BAJA  
EXPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL DE RECLUTAS DEL ALA  
AÉREA N° 3. AREQUIPA, 2019.**

Proyecto de Tesis presentado por el  
Bachiller:

Carbajal Gonzales, Jean Pierre Anadid

Para optar el Título Profesional de:  
Médico Cirujano.

Asesor:

Dr. Begazo Bueno, Juan Andrés

**AREQUIPA - PERÚ**

**2019**

## I. PREÁMBULO

Para casi todas las personas, la salud es un elemento fundamental que incide de forma directa en su calidad de vida, pero esto es más importante aún, si se tiene enfermedades cuya sintomatología es severa, genera discapacidad, tiene riesgo de muerte o si afecta su aspecto estético, en este último se encuentran las alteraciones dermatológicas. En diversos estudios se ha demostrado que el estado de la piel influye de forma significativa en la autoestima, aceptación personal, percepción del estado de salud, en los hábitos de vida y en la calidad de vida (1, 2).

En el caso de las alteraciones dermatológicas, algunas generan importante morbilidad con manifestaciones severas, mientras que otras, - la mayoría de ellas- las manifestaciones son de carácter crónico, leves a moderadas y a pesar de ello pueden producir graves secuelas psicológicas, emocionales y afectar mucho la calidad de vida, generando estrés, ansiedad, depresión, aislamiento social, baja autoestima y soledad.

Por otro lado, tenemos que la calidad de vida se entiende como “un conjunto de experiencias relacionado con el bienestar general, que tiene un claro componente subjetivo al partir de las expectativas personales e incluir una valoración global sobre la vida y que trasciende a la salud” (3).

La calidad de vida relacionada con la salud ha sido definida como “las reacciones y percepciones que tienen los pacientes con respecto a su salud, refiriéndose a dominios físicos, funcionales, psicológicos y sociales. Estos dominios pueden ser evaluados tanto a nivel objetivo como subjetivo, siendo la percepción subjetiva de la enfermedad lo que determina la calidad de vida experimentada en relación con la salud” (3).

En el personal de reclutas del Ala Aérea N° 3 se ha observado que presentan factores de riesgo para desarrollar alteraciones dermatológicas, puesto que permanecen expuestos al sol por periodos más prolongados a los recomendados, el uso de bloqueador solar es casi nulo y no tienen los cuidados necesarios para mantener la piel saludable, en muchos casos se presentan alteraciones dermatológicas severas como es el caso del acné, algunos casos de psoriasis entre otros, pero también están las denominadas enfermedades dermatológicas de baja expresión sintomatológica, las mismas que al parecer también afectan la calidad de vida, sobre todo en los indicadores de control de emociones, los sentimientos y la

autoimagen. Estas observaciones han motivado nuestro interés personal para desarrollar el presente estudio.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. Problema de investigación

#### 1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es la percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión y su relación con la calidad de vida del personal de reclutas del Ala Aérea N° 3. Arequipa, 2019?

#### 1.2. Descripción del problema

##### a) Área de Intervención de Conocimiento

ÁREA GENERAL: Ciencias de la Salud.

ÁREA ESPECÍFICA: Medicina Humana.

ESPECIALIDAD: Dermatología.

LINEA: Alteraciones dermatológicas y calidad de vida.

**b) Operacionalización de Variables**

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD /CATEGORÍA	ESCALA
<b>Variable Independiente</b>			
<b>Percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión</b>	Escala de Identificación y Expresión de Sintomatología Cutánea	Alta expresión. 95 – 125 puntos Regular expresión: 63 – 94 puntos Baja expresión: 31- 62 puntos Ninguna expresión: 0 – 30 puntos	Ordinal
	Escala de Impacto Psicológico de las condiciones de la piel	Alto impacto: 40 – 50 puntos Regular impacto: 30 – 39 puntos Bajo impacto: 20 – 29 puntos Ningún impacto: 10 – 19 puntos	Ordinal
<b>Variable Dependiente</b>			
<b>Calidad de vida</b>	Escala de Calidad De Vida (Quality of Life Scale [QOLS])	Buena: 77 – 105 puntos. Regular: 49 – 76 puntos. Mala: 21 – 48 puntos.	Ordinal
<b>Variables intervinientes</b>			
<b>Edad</b>	Fecha de nacimiento	Años	Razón
<b>Sexo</b>	Caracteres sexuales secundarios	Masculino Femenino	Nominal

**c) Interrogantes Básicas**

¿Cuál es la percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión en el personal de reclutas del Ala Aérea No 3?

¿Cuál es la calidad de vida del personal de reclutas del Ala Aérea No 3?

¿Cuál es el grado de impacto psicológico en el personal de reclutas del Ala Aérea No 3?

¿Existe relación entre la percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión y la calidad de vida del personal de reclutas del Ala Aérea No 3?

**d) Tipo de investigación**

La presente investigación es de tipo aplicada, descriptiva correlacional, y por la temporalidad es de corte transversal.

**1.3. Justificación**

La relevancia científica del estudio, se basa en que las alteraciones dermatológicas generan un importante impacto en los aspectos emocionales y psicológicos de las personas, también se han realizado estudios que demuestran el impacto en la calidad de vida, que pueden incluso motivar cuadros de ansiedad, depresión y otros trastornos. En nuestro medio no se han realizado estudios similares y los antecedentes investigativos abarcan a las patologías de gran impacto como es el vitíligo, sin embargo, la mayoría de las alteraciones dermatológicas son de baja expresión. El estudio aportará información actualizada, además que se realizará mediante la aplicación de instrumentos que aún no han sido aplicados en nuestro medio, por ende, aportara con nuevas escalas de evaluación que pueden ser útiles en la práctica de la especialidad.

La justificación humana está determinada, porque un aspecto fundamental que contribuye al bienestar de las personas es alcanzar una buena calidad de vida, relacionada a la salud, pero también en cuanto a la satisfacción con aspectos específicos o situacionales, por ejemplo, la salud ante situaciones específicas, las relaciones con familiares, la actividad laboral, los estudios, las relaciones interpersonales, entre otras.

El desarrollo del estudio tiene relevancia práctica, porque los resultados obtenidos permitirán que se identifique la percepción del impacto que las alteraciones dermatológicas de baja expresión generan en el personal de reclutas, los cuales en la mayoría de casos son adolescentes y jóvenes, que se están formando para cursar estudios superiores que les permitan llevar a cabo su proyecto de vida, además presentan factores de riesgo de alteraciones dermatológicas, que en la mayoría de casos, no son tratadas afectando el bienestar y calidad de vida.

La relevancia social se justifica, porque, la mayoría del personal de reclutas del Ala Aérea N° 3, proceden de provincias y no cuentan con el apoyo de la familia para la atención de sus problemas de salud generales ni las alteraciones dermatológicas, lo cual, contribuye a generar un mayor impacto. Asimismo, concurren una serie de situaciones como bajo nivel socioeconómico, sentimientos de vergüenza, temor, por el cual, no expresan las alteraciones que presentan y esto agrava el problema.

El interés personal se originó por las observaciones ya señaladas y porque considero que los médicos cirujanos tenemos un rol importante en la sociedad que debe propiciar que las personas tengan un mayor empoderamiento para el cuidado de su salud, sobre todo ante la presencia de enfermedades de baja expresión porque esta pueden afectar la calidad de vida y el bienestar integral que es un derecho natural de los seres humanos.

El estudio es factible porque se cuenta con los recursos necesarios para su ejecución.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. Alteraciones dermatológicas de baja expresión

#### 2.1.1. Generalidades

##### a. Conceptos generales

“La piel tiene como función primordial la adaptación y la conexión del individuo con el medio ambiente. Se considera el órgano de mayor superficie (puede alcanzar entre 1,2-2 m<sup>2</sup>) y es también el órgano de mayor peso ya que puede llegar a pesar hasta 4 Kg. La piel difiere de una región a otra, hay zonas más gruesas como las plantas de los pies y las palmas de las manos; y hay zonas más finas que constituyen los párpados, los pliegues o superficies de flexión y extensión” (2). La piel constituye la envoltura que separa el medio interno del ambiente posee múltiples funciones de vital importancia para la homeostasis del organismo. Dentro de sus funciones permite mantener el volumen vascular sanguíneo, regula el balance de líquidos y electrolitos, además de proteger las estructuras y órganos internos contra traumatismos físicos, variaciones de temperatura, radiación ultravioleta, también contra microorganismos patógenos (4, 5, 6).

La piel que envuelve el cuerpo, es una frontera y punto de contacto entre el mundo interior/externo, siendo a su vez el receptor y emisor; de allí que con frecuencia sirve como indicador visible del estado anímico y de los problemas emocionales. De forma fisiológica, enrojecemos si estamos avergonzados, palidecemos con el miedo. Se ha señalado un origen común del ectodermo de la piel y el sistema nervioso, hecho que podría ayudar a explicar estas respuestas similares. En los casos en que las alteraciones emocionales que presentan las personas no han podido ser resueltas de forma satisfactoria, pueden surgir una serie de síntomas físicos, que originan las llamadas “somatizaciones” (transformar problemas psíquicos en síntomas orgánicos de manera involuntaria). Las somatizaciones cutáneas, son zonas de la piel que presentan

una reacción cuando se está frente a estímulos psíquicos y comprenden todas aquellas patologías dermatológicas que a manera de enfermedad física, pueden estar producidas o favorecidas por algún factor psicológico o psiquiátrico y por la influencia del ambiente que les rodea (4, 7).

### b. Estructura general de la piel

La piel está formada por tres bloques:

- **Epidermis:** es la capa más superficial o externa, es la más delgada y con mucho contenido celular.
- **Dermis:** es una capa mucho más gruesa, está formada por tejido conjuntivo que a su vez es formado por muchos vasos y nervios, en la dermis se encuentran los anexos cutáneos.
- **Hipodermis:** es la capa más profunda, está conformada por tejido adiposo, también llamado tejido subcutáneo graso. (2)

### c. Capas de la piel

- **Epidermis:** como se ha señalado antes, es la más superficial, está constituida por un grupo o hilera de células que forman un epitelio de tipo estratificado y que está limitado de la dermis mediante una membrana basal a la que está firmemente adherida. Las células que conforman la Epidermis son (2):
  - **Queratinocitos:** forman la cubierta protectora de la epidermis, se llaman así porque producen una proteína llamada queratina, que es impermeable al agua y que tiene como función proteger la piel y los tejidos de las agresiones y abrasiones externas. (2)
  - **Melanocitos:** se originan en el tejido nervioso, tienen prolongaciones dendríticas que están ubicadas en la capa más profunda de la epidermis, reciben su nombre porque producen el pigmento denominado melanina. (2)
  - **Células de Langerhans:** estas células proceden de la médula ósea que migran hasta la epidermis, su función es fagocitaria y también actúan como presentadoras de antígenos a los linfocitos, por lo cual, cumplen un rol importante en las

reacciones de hipersensibilidad. Se encuentran por lo general en las capas espinosas, granulosas y basales. (2)

- **Células de Merkel:** son células cuya función principal es ser receptoras del tacto y están ubicadas en las capas basales de la epidermis. (2)

En cuanto a los estratos de la epidermis, histológicamente se han diferenciado cuatro capas indicando de profundidad a superficie:

- **Estrato Basal o Germinativo:** está formado por queratinocitos que tienen una gran capacidad de división. Es una única capa de células con forma alargada o de polígonos que se apoyan sobre una membrana basal y así forman la denominada "unión dermo-epidérmica". Los queratinocitos basales son los únicos que tienen una gran capacidad de proliferación y por lo general van intercalados con los melanocitos con una proporción de un melanocito por cada diez queratinocitos en personas de raza blanca (2).
- **Estrato Espinoso o Escamoso:** está conformado por células epiteliales dispuestas en diez filas aproximadamente, sus características es que son células poligonales, que se hacen planas conforme se van acercando a la superficie, como las células basales están unidas o interconectadas por medio de puentes de unión llamados desmosomas. (2)
- **Estrato Granuloso:** está formado por dos o tres filas de células planas que tienen como característica principal tener muchos gránulos citoplasmáticos que participan en el proceso de queratinización. Por lo general forman un pequeño estrato como subdivisiones del estrato granuloso llamado "Estrato Lúcido", pero este se presenta solo en zonas donde existe piel gruesa como las palmas de las manos y plantas de los pies (2).
- **Estrato Corneo:** está compuesto por células dispuestas hasta en treinta filas que se les denomina "Células Cornificadas" debido a que son estructuras que carecen de núcleo y tampoco tienen organulos citoplasmáticos, en su interior sólo tienen

fibras de queratina que de forma constante están desprendiéndose. (2)

- **Dermis:** es la parte de la piel que se ubica debajo de la epidermis y está separada de ella por la "unión dermo-epidermica". La dermis se asemeja a una malla esponjosa que contiene numerosas fibras asociadas a una matriz intercelular o sustancia fundamental y que a su vez tiene pocos elementos celulares propios. La Estructura de la Dermis está conformada por dos capas morfológicas (2):
  - **Dermis Papilar:** es la porción que contiene más elementos celulares, está formada por unas elevaciones o crestas llamadas papilas dérmicas.
  - **Dermis Reticular:** es la porción mayor de la dermis, está formada por numerosas fibras y pocas células.  
Las células que conforman la dermis son fibroblastos, polimorfonucleares, células plasmáticas, histiocitos y mastocitos. Además tiene fibras de colágeno, elásticas y reticulares (2).
- **Hipodermis o Tejido Celular Subcutáneo:** esta capa se localiza por debajo de la dermis reticular y está formada por tejido adiposo que se encuentra incluido en una malla fibrosa, por ello se denomina como lóbulos adiposos, que son un conjunto de adipocitos rodeados de tabiques de tejido conjuntivo (2).
- **Anexos Cutáneos:**
  - **Glándulas Sudoríparas:** se distribuyen por toda la piel y se clasifican en dos grupos de acuerdo a la forma como eliminan su producto de secreción:
  - **Glándulas Ecrinas:** son aquellas que vierten sus productos secretados sin ningún tipo de destrucción celular. Su conducto excretor se abre directamente a la superficie a través de un orificio llamado poro sudoríparo, mientras que la zona excretora tiene forma de ovillo que está situada en la dermis próxima a la unión dermo-hipodérmica. Estas glándulas producen una sustancia conocida como sudor, su función

principal es la de termorregulación. El sudor es un líquido claro, salado, conformado por un 90% de agua y que contiene numerosas sustancias disueltas como: cloruro sódico, cloruro potasico, urea, aminoácidos, ácido láctico, proteínas, glucosa, inmunoglobulinas, histaminas. Su Ph es aproximadamente de 4,2- 5,5. estas glándulas se distribuyen por toda la superficie de la piel, pero hay zonas donde son más abundantes como las palmas y plantas que contienen 400 por  $\text{cm}^2$ , están localizadas en la dermis reticular o en la dermo-hipodermis así como los folículos pilosebáceos (2).

- **Glándulas Apocrinas:** son las glándulas que eliminan parte de su citoplasma junto con su producto excretor, que se almacena en una especie de pequeñas vacuolas. Sus características principales es que su producto excretor se abre al "conducto piloso"; su secreción es más lechosa, viscosa y esta formada por agua, pero principalmente contiene grasa, entonces es un sudor graso/oloroso de control hormonal. Este tipo de sudor tiene un ph neutro o ligeramente alcalino. Están localizadas por la zona axilar, en la areola mamaria y las regiones anogenitales. (2)
- **Glándulas Sebáceas:** Son glándulas asociadas por lo general a los pelos, lo más característico en ellas, es que presentan una agrupación celular que aparece como envuelta por una cápsula o una bolsa donde se alojan glándulas más pequeñas. Cada pelo tiene entre una y cuatro glándulas sebáceas. El producto secretado por estas es el sebo, que es una sustancia grasa que permite dar sensibilidad y permeabilidad a la piel. Su principal localización es la cara y cuero cabelludo en un número aproximado de 400 a 900  $\text{cm}^2$  y son raras en las palmas, manos y pies. También son frecuentes en zonas periorificiales como el ano, ojos y oídos, en las uniones con las mucosas (2).

- **Pelos:** son órganos que están asociados a la dermis, están formados por distintas columnas de células unidas unas a otras y caracterizadas porque están queratinizadas. En este órgano se distinguen dos partes (2):
  - La Raíz: es la parte del pelo ubicada por debajo de la superficie cutánea alojada principalmente en la dermis e incluso pueden llegar hasta la hipodermis.
  - El Tallo: es la porción que aflora a la superficie epidérmica. El tallo como la raíz, tienen tres superficies concéntricas, que son: interna o médula, media o corteza y externa o cutícula. El folículo pilo sebáceo, está rodeando la raíz del pelo, en él se encuentra el folículo piloso que está constituido en su pared por dos capas celulares distintas: una capa externa formada por tejido conjuntivo y una capa interna formada por tejido epitelial, desdoblado en dos hojas que proceden de una invaginación epidérmica. En la base del folículo se tienen dos estructuras que dan lugar a la composición del bulbo piloso, que son: la papila y la matriz (2).
- **Uñas:** son laminas endurecidas formadas principalmente por queratina que se asocian a la dermis, se pueden diferenciar sus partes que son el cuerpo de la uña, que tiene dos caras, un borde proximal y un borde distal. En esas caras se distingue una cara más externa, convexa con distinta coloración, donde resulta una zona blanquecina en su parte proximal denominada lúnula. En la cara más profunda, se aprecia que su aspecto es cóncavo y está adherida a la dermis, aquí se localiza el órgano productor de la uña o matriz ungueal. (2)

La piel es un órgano muy vascularizado que se lleva aproximadamente el 20% del volumen total de la sangre. Los vasos arteriales que tiene la piel se ubican como pequeñas redes formando los plexos arteriales. Se han identificado dos tipos de plexos según su localización: el plexo subpapilar, que se ubica entre la dermis papilar y la dermis reticular. A partir de estos vasos surgen

ramificaciones que van a nutrir a la epidermis que es avascular. Los Plexos Subdermicos que están localizados por debajo de la capa dérmica y que se extienden de manera paralela por toda la superficie cutánea. Los vasos venosos que están ubicados siempre de forma paralela a los arteriales constituyendo un plexo venoso subpapilar. Los vasos linfáticos son capilares linfáticos que comienzan en el ámbito de las papilas dérmicas y se unen en una extensa red por debajo de la unión dermo-epidérmica dando ramas que se distribuyen por toda la superficie cutánea (2).

La inervación de la piel se produce a cargo de dos bloques de terminaciones nerviosas que según su estructura da lugar a dos tipos de inervación: la inervación sensitiva que depende del sistema nervioso periférico, estos se encargan de inervar las glándulas, los músculos asociados al pelo y además controlan el calibre de los vasos sanguíneos que permite regular el flujo de la sangre. La inervación a través de receptores especializados llamados también corpúsculos táctiles, siendo los más importantes: Meissner (táctil), Valer-Pacini (presión y vibración), Ruffini (calor) y Krause (frío) (2).

#### **d. Relación entre las alteraciones dermatológicas y los aspectos psicoemocionales**

Desde la existencia de la humanidad y la aparición de las enfermedades, uno de los temas más controvertidos para la medicina ha sido justificar la **relación** causal entre mente (psique) y cuerpo (soma); es decir como la vida psíquica está relacionada con el bienestar físico y con la aparición de síntomas y enfermedades, y viceversa. Aunque en la actualidad se tiene una idea más integral de mente y cuerpo como un todo, como una unidad, esto no siempre fue así (2, 5, 7). El hombre ha pasado por diversos paradigmas: Descartes (siglo XVI) consideraba al hombre un ser racional, para Darwin (siglo XIX) era un ser biológico, para Comte (siglo XIX) el ser humano era un ser social, mientras que para Freud (siglo XX) el ser humano era un ser psicológico. Es por ello, que la concepción de la integración global de mente y cuerpo hace que la persona sea

considerada un ser biopsicosocial dando lugar a lo que hoy conocemos como medicina holística; ya que lo que afecta al cuerpo repercute en la mente y al revés, todo ello influido por el medio que rodea a la persona (entorno social) (8, 9).

Los conocimientos actuales indican que hay bastante relación física en los trastornos psíquicos y mucha relación de salud mental en los trastornos físicos; según recoge la última actualización del manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (10, 11).

La piel y el estado de la misma están muy relacionados con la imagen corporal que generamos de nosotros mismos, ya que la piel es el primer aspecto externo de nuestro cuerpo que va a influir en nuestra apariencia. Son bien conocidos los problemas de autoestima y sus consecuencias en la calidad de vida en algunas enfermedades dermatológicas por la alteración en la apariencia y la imagen corporal que producen (acné, cicatrices, vitiligo, rosácea, dermatitis seborreica, atopia, psoriasis) (5, 12, 13, 14).

### **2.1.2. Concepto de alteraciones dermatológicas de baja expresión**

Las alteraciones dermatológicas de baja expresión, son aquellas enfermedades que tienen un curso menos agresivo, menor expresión en cuanto a las manifestaciones clínicas, no son lesiones desfigurantes (2, 15).

### **2.1.3. Lesiones elementales de la piel**

Se dividen en lesiones: primarias y secundarias:

**I. Lesiones primarias:** se presentan en la piel normal.

**a. Máculas (<2cm) o Manchas (>2cm):** lesiones caracterizadas por un cambio de coloración, no son apreciables al tacto. Representa una alteración en la pigmentación o vascularización de la piel. Blancas como en el vitiligo; pardas como en las manchas de color café con leche; azulosas como en las manchas mongólicas o rojizas como ocurre en las anomalías vasculares permanentes como en las manchas en color rojo vinoso o las dilataciones capilares por inflamación

(eritema) (5). La presión a través de una lámina de vidrio (diascopia) en el borde de una lesión rojiza detecta la extravasación de eritrocitos. Si el color rojo permanece bajo presión por la laminilla, la lesión es purpúrica, es decir, es consecuencia de la extravasación de eritrocitos; si desaparece el color rojizo, la lesión se debe a la dilatación vascular. Un exantema formado de máculas se denomina exantema macular (5, 6).

#### **b. De contenido sólido**

- Habón o roncha: elevación de la piel, de color blanco, rosado o rojo; elástica y fugaz. Se relaciona con procesos alérgicos, ya que se libera histamina. No ataca a la membrana basal. Aparece en minutos y desaparece en varias horas.
- Pápula: elevación circunscrita de la piel, dura, no deja cicatriz. De origen epidérmico o dérmico, tamaño menor a 1 cm de diámetro. De color roja, rosada o negra. En las pápulas la elevación es causada por depósitos metabólicos o producidos localmente por medio de infiltrados celulares localizados, inflamatorios o no inflamatorios, o bien, por hiperplasia de elementos celulares locales. Las pápulas superficiales están bien delimitadas. Una pápula cutánea profunda tiene bordes poco delimitados.
- Tubérculo: elevación de la piel, de tamaño variable, evolución crónica, localizada en la dermis. Deja cicatriz.
- Nódulo: tubérculo ubicado en la hipodermis, por lo que es más palpable que visible. Los nódulos son consecuencia de infiltrados inflamatorios, neoplasias o depósitos metabólicos en la dermis o tejido subcutáneo. Los nódulos pueden encontrarse bien definidos (superficiales) o mal definidos (profundos).
- Gomas: nódulos de curso subagudo que tienen cuatro períodos: crudeza, reblandecimiento, ulceración y reparación (cicatriz).
- Tumores: lesiones no inflamatorias con tendencia a crecer y persistir indefinidamente.
- Nudosidades: levantamientos mal definidos, más palpables que visibles, duran pocas semanas. No dejan cicatriz. Son dolorosas

a la presión, en cuya composición entran infiltrados de células. En estas lesiones se debe definir: forma, tamaño, localización, límites, consistencia y profundidad (2, 5, 6).

### c. De contenido líquido

- Vesículas: elevaciones de la epidermis de contenido seroso, menor de 1cm de diámetro. se caracterizan por ser multiloculadas (varicela, herpes).
- Ampollas: elevaciones de la epidermis de mayor tamaño que las vesículas, de 1 cm a 5 cm de diámetro, de contenido seroso o hemorrágico. Son uniloculares. Se forman por dos mecanismos: despegamiento y acantolisis. Pueden ser subcórneas (impétigo vulgar), intradérmicas (pénfigo) y subepidérmicas (Enfermedad de Duhring Broc).
- Flictena: de gran tamaño. Su contenido no está a tensión.
- Pústulas: elevaciones de la epidermis de contenido purulento, que pueden o no dejar cicatriz dependiendo de la profundidad. Generalmente se encuentran asociadas a con los folículos pilosos.
- Quistes: cavidad de pared secretora, tapizada por epitelio. De contenido líquido o semisólido, por ejemplo: quiste sebáceo.
- Absceso: cavidad de pared conjuntiva tapizada por epitelio. De contenido purulento. Blandas y fluctuantes al tacto.
- Dermografismo (Habón lineal): valora la sensibilidad de la célula cebada (2, 5, 6).

### d. Otras

- Surcos: en enfermedades como la escabiosis o la anquilostomiasis (larva migrans).
- Comedones: que a su vez pueden ser:
  - Comedón blanco o cerrado: pápula pequeña cuyo orificio folicular no se logra visualizar, habitualmente conduce a la inflamación. Contiene sebo y restos epiteliales.
  - Comedón negro o abierto: tiene el orificio folicular claramente visible, pero obstruido por un tapón de queratina oscura cuyo

color es conferido por la melanina allí depositada (barro) (5, 6).

**II. Lesiones secundarias:** se presentan en la piel previamente lesionada.

**a. Por residuos a eliminarse**

- Escamas: pérdidas epidérmicas secas y laminares que varían de tamaño y grosor.
- Costras: se deben a la desecación de un exudado. Básicamente son: melicéricas (miel) que se ven en la impetiginización (invasión bacteriana) y hemorrágicas (sangre).
- Esfacelo o escara: pedazo más o menos grande de tejido muerto que permanece por cierto tiempo adherido (un extremo adherido y otro suelto) al organismo y luego se elimina (2, 5, 6).

**b. Por pérdida de solución de continuidad**

- Exulceración o erosión: pérdida de sustancia que no lesiona la capa basal, por lo que no deja cicatriz. Se caracteriza por ser patológica y no traumática (chancro sifilítico).
- Escoriación: pérdida de sustancia superficial que sólo compromete la epidermis, por lo que no deja cicatriz. Es de origen traumático (enfermedades pruriginosas).
- Fisura: grietas lineales que tienen un origen traumático a nivel de la epidermis y que penetran en la dermis. Son dolorosas y están localizadas en el borde de los orificios naturales, además en palmas y plantas.
- Úlcera (úlceras=crónicas, ulceración=aguda): pérdida de sustancia de la piel previamente alterada por algún proceso patológico. Lesiona epidermis y también dermis, con grados variables de profundidad. Pueden ser:
  - Fagedémicas: crecen en extensión y profundidad (necrosis-gangrena).
  - Terebrantes: crecen en profundidad.
  - Serpentinosas: crecen por un lado y por el otro cicatrizan.
- Intertrigo: distribución de las lesiones en los pliegues.

- Poiquilodermia: lesión que combina: atrofia, esclerosis, eritema, discromías y telangiectasias (2, 5, 6).

### **c. Por secuelas**

- Cicatriz: tejido fibroso que se produce por ruptura de la membrana basal de la epidermis; puede ser de varios tipos de acuerdo a su formación: hipertróficas (sobresale un poco) y queiloideas (sobresale bastante).
- Atrofia: disminución del espesor y consistencia de la epidermis, que se vuelve fácilmente plegable. Se alteran los anexos y hay menos fibras colágenas.
- Estrías: lesiones lineales que presentan atrofia, provocadas por adelgazamiento y ruptura de las fibras de tejido conectivo de la dermis. Localizadas en áreas sujetas a gran distensión. No desaparecen.
- Liquenificación: exageración del cuadrículado normal de la piel, pruriginosa. La piel toma una coloración oscura que contrasta con la vecina. Se da en neurodermatitis y otros procesos crónicos.
- Esclerosis: es una neoformación conjuntiva difusa de la dermis. Hay mayor número de fibras colágenas. La piel es firme, menos plegable y más adherente a planos profundos, no hay pliegues. Puede ser:
  - Esclerodermia: esclerosis del tejido conjuntivo.
  - Escleredema: esclerosis del tejido celular subcutáneo (7, 15).

## **2.2. Descripción de las alteraciones dermatológicas consideradas de baja expresión**

La inclusión de las siguientes alteraciones dependió de su frecuencia de aparición, facilidad para detectar su presencia y de que no sea considerada una patología grave:

### **2.2.1. Acné vulgar**

El acné vulgar es una enfermedad inflamatoria crónica de la unidad pilosebácea. Es una de las enfermedades dermatológicas de mayor prevalencia, sino la más prevalente, puesto que afecta a más del 90%

de los adolescentes en mayor o menor grado, se presenta en el rango de edad de 10 a 25 años, su etiología obedece a múltiples factores, entre los que destacan: multifactorial, que se caracteriza por (16, 17, 18):

- Aumento y alteración de la secreción de las glándulas sebáceas debida a los andrógenos.
- Queratinización anormal del infundíbulo folicular, que causa los comedones.
- Alteración en la microflora bacteriana de la piel debido a la colonización por el *Cutibacterium acnes* (*C. acnes*).
- Liberación de mediadores de la inflamación a nivel del folículo pilosebáceo lo que causa la formación de pápulas y pústulas de tipo inflamatorio.
- No existe evidencia acerca de la relación entre el acné y factores como dieta, alcohol, tabaco, sueño, exposición solar, higiene de la piel y estrés, entre otros.

#### **a. Manifestaciones clínicas**

Las regiones que son más afectadas son la cara y la parte superior del. La morfología de las lesiones cambia dependiendo de los procesos fisiopatológicos que causan el acné, las más frecuentes son: seborrea o exceso de grasa, lesiones no inflamatorias que incluyen los comedones cerrados (puntos blancos) y los comedones abiertos (puntos negros), lesiones de tipo inflamatorio que incluyen pápulas, pústulas, nódulos y quistes, lesiones de tipo cicatriciales que pueden ser atróficas, hipertróficas y queloides. La mayoría de personas afectadas por el acné, tienen lesiones mixtas o polimorfas, es decir, que al mismo tiempo presentan varios tipos de lesiones (19).

#### **b. Clasificación del acné**

La clasificación del acné se hace de acuerdo al tipo de lesión predominante, el número de lesiones, su gravedad y la edad en que se presenta. Existen distintas clasificaciones y algoritmos de tratamientos, lo cual, muchas veces dificulta la elección de uno u otro. La Guía de Práctica Clínica Canadiense (20) clasifica el acné en tres grados: acné comedoniano, acné papulopustular moderado y acné

grave, mientras que la Guía de la Academia Americana de Dermatología (21) lo clasifica en acné leve, moderado y grave. Las guías europeas (22) diferencian cuatro grados, los mismos que han sido planteados en el último Consenso Español (23): acné comedoniano, acné papulopustuloso leve o moderado, acné papulopustuloso grave o nodular moderado y acné noduloquístico grave o cicatricial. El acné es una de las enfermedades en las que se ha observado que puede causar una morbilidad psicológica significativa con cuadros de ansiedad, depresión, ideación suicida, afecta la calidad de vida de los adolescentes, lo cual aumenta según la gravedad del acné (23). A modo de resumen el acné se clasifica de la siguiente manera (19):

	Tipo de lesión	Extensión de las lesiones
A.1. Acné leve comedoniano	Comedones cerrados, comedones abiertos	Afectan <50% cara
A.2. Acné leve- moderado inflamatorio	Comedones, pápulas escasas	Afectan <50% cara
B. Acné moderado	Comedones, pápulas numerosas, algún nódulo	Afectan >50% cara
C. Acné severo	Pápulas, pústulas, nódulos, quistes, cicatrices	Cara, tronco

### c. Tratamiento

El objetivo terapéutico del acné se basa en tratar los máximos factores fisiopatogénicos posibles: disminuir la producción sebácea, evitar que se formen microcomedones, disminuir la proliferación de *P. acnés*, disminuir la inflamación para prevenir la cicatrización. Las opciones de tratamiento pueden ser tópicos con monoterapia o combinaciones, que contribuyen a controlar la mayoría de las formas de acné leve/ leve- moderado. El tratamiento tópico se debe aplicar en toda la zona afectada, porque funciona sólo donde se aplica y no únicamente sobre las lesiones individuales. El tratamiento debe realizarse según el tipo de piel, sexo y etapa de la enfermedad porque esto es importante para el éxito del tratamiento. Se debe elegir el tratamiento menos agresivo, que tengan menos efectos adversos pero que al mismo

tiempo sea más efectivo, que evite el desarrollo de resistencias bacterianas (las cuales surgen por ejemplo cuando se usan antibióticos orales o tópicos en monoterapia), además hay que considerar la edad del paciente, el grado de afectación psicológica y la presencia de comorbilidades (16, 17, 23). Por lo general, el acné se presenta como una enfermedad crónica, que suele tener recaídas, es por ello que las estrategias actuales de tratamiento deben incluir una fase de tratamiento activo (con varias opciones), a la que le sigue un tratamiento de mantenimiento, para lograr que la remisión sea sostenida, unido a tratamientos cosméticos (22, 24).

El Algoritmo de tratamiento del acné vulgar sugiere (17, 23, 20, 21, 22, 24):

- **Acné leve/ leve- moderado**
  - Tratamiento tópico: el tratamiento inicial del acné leve o leve/moderado es tópico.
  - Acné leve comedoniano: el tratamiento inicial se basa en queratolíticos tópicos en monoterapia que incluyen Peróxido de benzoilo (POB), y Retinoides tópicos (RT): adapaleno, tretinoína e isotretinoína.
- **Acné leve- moderado inflamatorio**, cuando esta es la forma de presentación inicial, o cuando no se obtiene respuesta adecuada del acné leve comedoniano, en 6- 8 semanas de tratamiento, se pasa al siguiente escalón terapéutico, es decir, al uso de combinaciones tópicas:
  - POB+ RT
  - POB+ antibiótico tópico
  - RT+ antibiótico tópico

Si con el tratamiento inicial para el acné leve- moderado inflamatorio no se obtiene una respuesta adecuada, se debe cambiar la combinación tópica utilizada o añadir antibiótico vía oral al queratolítico tópico.

- **Acné moderado**: en casos de acné moderado o si no mejora el acné leve comedoniano o el leve-moderado inflamatorio luego del tratamiento tópico en monoterapia o con combinaciones, se

sugiere incluir antibiótico oral al tratamiento tópico previo. El antibiótico oral se debe utilizar un máximo de 3- 6 meses y nunca asociado a antibiótico tópico. El antibiótico de elección es la doxiciclina (50- 100 mg, una o dos veces al día, durante 3-6 meses). Si no hay respuesta al tratamiento luego de 6 a 8 semanas, se debe evaluar la necesidad de tratamiento con retinoide oral (isotretinoína) o antiandrógenos por parte del dermatólogo (17, 23, 20, 21, 22, 24).

- **Acné severo:** el acné severo requiere manejo con isotretinoína oral u otras alternativas, este fármaco debe ser prescrito sólo por dermatólogos, es el fármaco más eficaz en el tratamiento del acné, alcanza tasa de curación del 85% tras 20 semanas tratamiento y recaídas de un 20%. Es el único fármaco con efectos sobre todos los factores fisiopatológicos: regula la producción de sebo, anticomedogénico y comedolítico, antiinflamatorio, queratolítico y antibacteriano. Se indica en el acné moderado que no responde a la primera opción de tratamiento, acné severo o cicatricial, acné persistente, recurrencias del acné, luego de la respuesta al tratamiento adecuado según su gravedad y bien cumplimentado, sin coexistencia de otros factores. La dosis es de 0,5 – 1 mg/kg/día durante el tiempo necesario hasta completar dosis acumulada entre 120-150 mg por kg de peso corporal (17, 23, 20, 21, 22, 24).

### 2.2.2. Piel seca o Xerosis

La xerosis no es una enfermedad dermatológica que revista mayor importancia o gravedad, sin embargo, resulta molesto y afecta sobre todo a las mujeres a partir de una determinada edad. Se define como “un paso más” en el problema cutáneo conocido como piel seca. Se debe a que la capa córnea, que es la más exterior de la epidermis, presenta alteración de los mecanismos que regulan la hidratación de la piel. Está formada por 20 estratos de células epidérmicas, que forman una barrera cutánea que impide la deshidratación del organismo y evita que ingresen sustancias externas en la piel. Normalmente esta capa córnea, contiene

entre un 10 y un 15% de agua, pero cuando disminuye del 10% se presenta la xerosis cutánea. La xerosis o piel seca se caracteriza por alteraciones de la estructura del estrato córneo y del metabolismo hídrico que origina la piel seca, la piel se vuelve áspera y gruesa, lo que genera discomfort cutáneo y apariencia antiestética, la piel luce frágil, áspera y apagada, se notan más las arrugas, se exfolia y se descama fácilmente, incluso puede romperse causando grietas. La xerosis, aumenta el riesgo de infecciones y enfermedades cutáneas como los eccemas (5). El tratamiento es la hidratación mediante productos cosméticos específicos. También es necesario asegurar el aporte diario de agua necesario (nunca inferior a los 2 o 2,5 litros).

### 2.2.3. Piel sensible

No existe una definición muy precisa, pero según Petronic (25), es “la intolerancia a productos tópicos o factores externos como la radiación solar; respuestas sensitivas subclínicas a drogas, cosméticos y productos de toilette en ausencia de signos visibles de irritación, quejas subjetivas de molestia sin signos clásicos visibles de irritación y sin respuesta inmunológica.” “El término piel sensible se aplica sólo al rostro y la sensibilidad varía en las distintas áreas de la cara: pliegue nasolabial, eminencia malar, mentón, frente, labio superior. Aunque también puede presentarse en las manos y pies, el área genital y el cuero cabelludo. Sus síntomas incluyen picazón, ardor, sensación de quemazón o pinchazos y tirantez de la piel. Además puede presentarse eritema persistente, sequedad excesiva, inflamación, a veces el paciente refiere la sensación de que su piel se brota. La piel sensible es desencadenada por estrés, factores ambientales (verano, ambiente húmedo y cálido, viento, polutantes), contacto con irritantes (detergentes, perfumes, tinturas cabello, lápiz labial, lacas, etc.). La calidad de vida se deteriora paralelamente con el grado de sensibilidad” (25).

Las opciones de tratamiento son múltiples, están disponibles muchos principios activos fitoterápicos que mejoran la piel sensible. Entre ellos tenemos el extracto de Menthyl lactate con efecto refrescante; la Melissa

officinalis alivia el dolor y la *Salix alba* con acción analgésica. La hidrocortisona debe utilizarse con cuidado porque el paciente puede acostumbrarse a su uso y empeorar la calidad de su piel. Los humectantes glicerina, ácido hialurónico. PCA sódico, urea, etc, son primordiales para el tratamiento de la piel seca, se pueden usar con agentes oclusivos como petrolato/lanolina/vaselina, zinc, dióxido de titanio, aceite de oliva, etc, para favorecer que los principios activos permanezcan en el lugar de acción (25).

#### **2.2.4. Seborrea en el cuero cabelludo**

Es un trastorno funcional de las glándulas sebáceas, las cuales causan hipersecreción que produce que el cabello y el cuero cabelludo se engrasen en forma excesiva. Los cabellos sobreengrasados son brillantes y pegajosos, difíciles de peinar y, tienen una capacidad mayor de captar contaminantes ambientales, se ven sucios con más facilidad. El sebo que se acumula sufre oxidación que causa mal olor. Puede estar relacionado con la pitiriasis. El *Pityrosporum ovale* es un hongo oportunista que degrada, debido a las enzimas extracelulares, los triglicéridos sebáceos, como resultado de ello produce mayor cantidad de ácidos grasos libres, con capacidad irritante y, también causan estimulación de los procesos proliferativos epidérmicos, por lo cual la seborrea suele asociarse a la caspa. La combinación de la seborrea con la irritación causada por el *Pityrosporum* causa la dermatitis seborreica, que es la inflamación crónica del cuero cabelludo que se caracteriza por episodios intermitentes con duración variable, que se manifiesta por prurito intenso, eritema y descamación (5).

#### **2.2.5. Hiperhidrosis o sudor en exceso**

“La hiperhidrosis, o producción de sudor en cantidades superiores a las necesarias para la termorregulación, es una patología común que puede condicionar seriamente la vida de los pacientes que la sufren. Puede clasificarse en función de su etiología, hablando de hiperhidrosis primaria (HP) o idiopática e hiperhidrosis secundaria, esta última puede estar originada por trastornos neurológicos, endocrinos, infecciosos,

tumorales y por múltiples fármacos como los opioides, ciertos AINEs, antidepresivos, calcioantagonistas o quimioterápicos. También se clasifica en función de su localización hablando entonces de hiperhidrosis generalizada e hiperhidrosis localizada” (26).

La incidencia de hiperhidrosis localizada primaria es de 2,8%, y a pesar de que no genera riesgos para el paciente, si favorece las infecciones cutáneas y afecta seriamente la calidad de vida sobre todo en las esferas social y profesional. Existen glándulas ecrinas en todo el organismo, pero en mayor cantidad en las palmas, plantas, axilas y tercio superior facial. Estas glándulas son inervadas por fibras colinérgicas del sistema nervioso simpático, que normalmente responden al calor, stress, y ciertos estímulos olfatorios y gustatorios. Cuando existe una disfunción autónoma de dicha inervación se produce la hiperhidrosis, cuyo origen es desconocido (hiperhidrosis primaria) o secundario a factores neurológicos, endocrinos, infecciones, neoplasias o debida a fármacos. Se ha encontrado que del 30-50% de los pacientes con HP tienen antecedentes familiares de la enfermedad, lo cual plantea la existencia de un componente genético (5). El tratamiento puede ser tópico mediante el cloruro de aluminio, que actúa a nivel del ducto de las glándulas ecrinas bloqueándolo y produciendo atrofia y vacuolización de las células glandulares secretoras, además de necrosis de las células epidérmicas que conforman el conducto glandular. Además, se utiliza el glicopirrolato que es un agente sintético anticolinérgico de amonio cuaternario que tiene los efectos terapéuticos de la atropina con menos efectos adversos (5, 26). La iontoforesis es uno de los métodos no invasivos más efectivos, seguros y con buena relación costo efectividad para el tratamiento de la hiperhidrosis. Consiste en la introducción de una sustancia ionizada a través de la piel intacta utilizando una fuente de corriente continua (26). Otros tratamientos son la toxina botulínica, termólisis por microondas, tratamientos sistémicos con anticolinérgicos y tratamientos quirúrgicos (26).

## 2.3. Calidad de vida

### 2.3.1. Concepto

“Es la percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal” (27). “La calidad de vida refleja la diferencia, el vacío, entre las esperanzas y expectativas de una persona y su experiencia actual. La adaptación humana es tal que las expectativas de vida son por lo general ajustadas dentro de los límites de la esfera de lo que el individuo percibe a ser posible; esto permite a las personas que tienen circunstancias de vida difíciles, mantener una calidad de vida razonable” (27).

“Es el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a este cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida”. Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (28, 29).

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que refleja las actitudes y conductas físicas, emocionales y sociales de un individuo, relacionado con su estado de salud previo y actual. Por lo tanto, la calidad de vida relacionada con la salud traduce la influencia que la salud tiene sobre las actitudes y el comportamiento en la vida diaria de las personas (30).

Calidad de vida, según Velandia, es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del ser humano, las

adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente” (31).

### **2.3.2. Dimensiones de la calidad de vida**

#### **a. Dimensión física**

Hace referencia a la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad y /o la presencia de ciertos signos y síntomas de enfermedad. La calidad de vida relacionada con la salud, también denominada estado de salud o estado funcional, se ha definido como el componente de la calidad de vida que es debido a las condiciones de salud de las personas y que está referida a partir de las experiencias subjetivas de los pacientes sobre su salud global (27).

La percepción que la persona tiene del impacto que ha provocado la enfermedad o su tratamiento sobre su sentimiento de bienestar y la capacidad de actuación (funcionalismo). Estas dimensiones básicas deben ser analizadas tanto en los dominios físico, emocional y social. Podemos definir la calidad de vida relacionada con salud como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en estos tiene su estado de salud (32).

#### **b. Dimensión psicológica**

Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento (32).

#### **c. Dimensión social**

Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral” (32).

### 2.3.3. Modelos de la calidad de vida

#### a. Modelo de calidad de vida (Shwatzmann, 2003)

Schwartzmann (2003) presenta un modelo de calidad de vida adaptado de Kuok Fai Leung en donde postula “el papel de los procesos de adaptación a las nuevas situaciones, los cuales llevan a cambios en la valoración con patrones temporales o interpersonales también cambiantes, lo cual puede ser probado desde el punto de vista clínico a través del estudio de los mecanismos de afrontamiento (coping) y patrones con los cuales la persona se compara”. La calidad de vida resultante dependería de la medida en que los mecanismos de afrontamiento y la adecuación de las expectativas permitiera que la brecha entre expectativas y percepción de la situación actual no fuera tan disímil. En este mismo sentido actuaría el soporte social percibido, mientras que la acumulación de sucesos vitales que producen estrés, además de la propia enfermedad, incidiría negativamente (pobreza, desempleo, duelos) (33).

Desde la perspectiva de este modelo, para el caso de personas que presentan diversas situaciones o condiciones de vida adversas, así como enfermedades, estas provocan un fuerte impacto emocional, donde aparecen problemas psicológicos cambiantes, que se suceden en las diversas fases del proceso salud - enfermedad, y la recuperación depende mucho de las estrategias de afrontamiento que utilice para enfrentarse a la enfermedad y que, en suma, determinaran su proceso adaptativo y con ello su calidad de vida (evaluación afectiva y mecanismos de afrontamiento) (33, 34).

Las personas que están en mejores condiciones para adaptarse podrán continuar con las responsabilidades normales, hacer frente a la dificultad física y emocional y seguir participando en actividades que son significativas para ellos, encontrando aún significado e importancia en sus vidas. Las personas que no se adapten bien, probablemente participarán menos en sus propias actividades vitales, se retraerán y perderán esperanza (15, 33, 34).

**b. Modelo de incertidumbre frente a la enfermedad (Mishel, 1988)**

Mishel (1988) propuso un modelo para evaluar la incertidumbre frente a la enfermedad basado en modelos ya existentes de procesamiento de la información de Warburton (1979) y en el estudio de la personalidad de Budner. Mishel atribuye parte de su teoría original al trabajo de Lazarus y Folkman (1984) sobre estrés, valoración afrontamiento; lo que es exclusivo de Mishel es la aplicación del marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad. Para ello conceptualiza el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad como la incapacidad de la persona de determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto no puede predecir los resultados, todos, fenómenos motivado por la falta de información y conocimiento (35).

De esta forma, si las estrategias recopiladas son efectivas, entonces ocurrirá la adaptación. La dificultad de la adaptación dependerá de la habilidad de las estrategias recopiladas para manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla, si se valora como oportunidad, o para reproducirla, si se valora como un peligro. De acuerdo a lo anterior, el modelo de la incertidumbre frente a la enfermedad está basado en los siguientes supuestos (15, 35):

- La incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, cuya función es la de ayudar en la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad.
- La incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra, que no se desea ni se desprecia hasta que se valora de una u otra forma.
- La adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye un resultado deseado de los esfuerzos del afrontamiento, bien para reducir el nivel de incertidumbre, vista como un peligro, bien para ver la incertidumbre como una oportunidad.

- La relación entre los casos de enfermedad, la incertidumbre, la valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación es lineal y unidireccional, y va de las situaciones de incertidumbre a la adaptación.

Los elementos conceptuales del modelo son (35):

Antecedentes de la incertidumbre: Definidos a través del marco de los estímulos, las capacidades cognitivas y las fuentes de la estructura.

Autovaloración de la incertidumbre: Con dos procesos definidos: la inferencia y la ilusión.

Afrontamiento: Que tiene como resultado la adaptación. Si la incertidumbre se valora como un peligro, el afrontamiento se traduce en acciones y búsqueda de apoyo psicológico. Si, en cambio, la incertidumbre se ve como una oportunidad, el afrontamiento se protege.

De acuerdo al modelo, la adaptación siempre ocurre como resultado final del proceso, la diferencia está definida por el factor tiempo y en donde es posible realizar intervenciones específicas dirigidas a minimizar este factor, lo cual mejorará las estrategias de afrontamiento y determinará el proceso adaptativo mejorando sustancialmente la calidad de vida (29, 35).

### **c. Modelo estructural de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad**

Teniendo como referencia los modelos expuestos, se propone un modelo estructural que intenta avanzar en la comprensión de la relación entre la calidad de vida y la incertidumbre frente a la enfermedad. Dicho modelo se fundamenta principalmente en base a un modelo de relaciones causales, en las que el cambio en una variable se supone que produce un cambio en otra variable; de este modo las variables son clasificadas en dos clases, las observadas directamente y las latentes, las cuales no son observadas pero están relacionadas con las primeras (31).

En forma general, el modelo asume que existe una estructuración causal entre las variables latentes y estas aparecen como causas fundamentales de las variables observadas, las cuales pueden ser

analizadas a través de la técnica del modelo de ecuaciones estructurales considerado como una extensión de varias técnicas multivariantes y que tiene la capacidad de analizar relaciones para cada subconjunto de variables. El modelo establece que la variable latente endógena Calidad de vida se relaciona causalmente con las cuatro variables latentes exógenas: Dominio físico, Dominio psicológico, Dominio social y Dominio del ambiente, y que éstas a su vez se relacionan causalmente con las variables observadas calificadas como P1 a P26 correspondientes a las dimensiones de cada uno de los dominios operacionalizados en la escala de medición abreviada de calidad de vida WHOQOL BREF (27).

El modelo postula que ante la enfermedad, especialmente aquellas de tipo crónico, se produce una situación de estrés e incertidumbre, factor que se correlaciona directamente con las características exógenas del paciente y que repercuten significativamente en su calidad de vida. Estas constituirán un factor condicionante para que el paciente asuma las estrategias de afrontamiento y del tiempo de su adaptación, constituyendo un factor condicionante de su calidad de vida más allá de las características de su propia enfermedad. La utilidad del modelo reside en dimensionar el efecto de cada subconjunto de las variables analizadas y tiempos de adaptación, con la finalidad de proponer estrategias de intervención que se deben incluir dentro del proceso de atención al paciente crónico, permitiendo una mejoría en su calidad de vida ante la nueva situación vivencial ocasionada por la enfermedad (27, 15).

#### **2.3.4. Calidad de vida y enfermedades dermatológicas**

La calidad de vida relacionada con la salud ha sido definida como las reacciones y percepciones que tienen los pacientes con respecto a su salud, refiriéndose a dominios físicos, funcionales, psicológicos y sociales. Estos dominios pueden ser evaluados tanto a nivel objetivo como subjetivo, siendo la percepción subjetiva de la enfermedad lo que determina la calidad de vida experimentada en relación con la salud. Rodríguez y Betancor (36) hallaron que las enfermedades

dermatológicas de baja expresión sintomatológica tenían un impacto claro en medidas de calidad de vida relacionadas con la salud, pero no sobre medidas de calidad de vida en términos de bienestar y satisfacción con la vida. En este mismo sentido, Nichol et al. (37), encontraron que las enfermedades dermatológicas con baja expresión afectan la calidad de vida cuando se utilizan medidas relacionadas con las emociones, los sentimientos y la autoimagen.

A ese escenario de incertidumbre se suma la duda sobre si la severidad y la duración de la enfermedad se relacionan directamente con la calidad de vida o si, esa relación está mediada por otras variables, entre las que destacan la percepción de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento. La percepción de la enfermedad juega un papel fundamental en el tipo de valoraciones que los enfermos hacen de su sintomatología, la relación con los profesionales de la salud, la respuesta y adhesión al tratamiento y la reacción ante los síntomas que experimentan y perciben. En este sentido, el Modelo de la Autorregulación establece que la enfermedad adquiere sentido y significado para la persona a partir de la representación que se hace de la misma.

Las habilidades sociales de afrontamiento son un factor determinante del impacto de las enfermedades dermatológicas sobre la calidad de vida (15, 34, 38).

#### **2.4. Edad**

Es el periodo transcurrido desde el nacimiento de la persona, es decir, el número de años que tiene la persona (39).

#### **2.5. Sexo**

Es la condición orgánica que diferencia al varón de la mujer, se consideran las categorías masculino o femenino.

#### **2.6. Antecedente de alteraciones dermatológicas:**

se refiere al hecho si la persona ha tenido anteriormente alteraciones dermatológicas, por las cuales haya recibido tratamiento.

### 3. Antecedentes investigativos

#### 3.1. Internacionales

**Autor:** García, L., Montiel, A., Vásquez, E., Salazar, A., Gutiérrez I., Loria, J.

**Título:** Calidad de vida en el paciente con psoriasis.

**Fuente:** Gac Med Mex. 2017;153:185-9. México.

**Resumen:** El objetivo de este trabajo es correlacionar el índice de gravedad de la psoriasis con la calidad de vida en estos pacientes. Estudio transversal con 72 pacientes con psoriasis, mayores de 18 años, que aceptaron participar en el estudio. Se les aplicó el Índice Dermatológico de Calidad de Vida (DLQI) y el Índice de Severidad de Psoriasis (PASI). Resultados: La edad promedio fue 51.22 años, la psoriasis se presentó en placas en el 95.83%, la gravedad fue leve en el 70.8% y el resultado de la afectación de la calidad de vida fue de efecto moderado en el 33.3%; la correlación entre la calidad de vida y el grado de afectación de psoriasis fue significativa, concluyendo que la calidad de vida en los pacientes con psoriasis y el grado de afectación de la misma tienen una correlación moderada inversamente proporcional (40).

**Autor:** Hernández, E., Hernández, B., Ruiz, C.

**Título:** Percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión y calidad de vida: el papel mediador del afrontamiento.

**Fuente:** Universitas Psychologica. 2015; 14(2), 523-534.

**Resumen:** El objetivo de este estudio fue contrastar el papel mediador de varias estrategias de afrontamiento en la relación entre la percepción de la enfermedad dermatológica y la calidad de vida. La muestra fue de 220 personas. Resultados: en personas que creen tener una alteración dermatológica leve, la influencia del impacto psicológico de las condiciones de la piel sobre la calidad de vida está mediada de forma diferencial por las estrategias de afrontamiento. Mientras que el uso de la estrategia de pensamientos positivos contribuye a mantener la calidad de vida, utilizar la estrategia pensamientos desiderativos produce una disminución de la misma (15).

### 3.2. Nacionales

**Autor:** Sajami, J., Zamora, E.

**Título:** Calidad de vida con Escala CADI y su relación con la severidad del acné vulgar mediante ESCALA GAGS, Hospital Regional Lambayeque.

**Fuente:** Tesis presentada a la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque, 2017.

**Resumen:** El objetivo fue evaluar la calidad de vida y severidad de acné vulgar que afecta la función estética de la piel. Se evaluaron 179 pacientes diagnosticados de Acné vulgar. Resultados: Los niveles de calidad de vida fueron: alteración moderada, 44.7%; alteración leve 40.8%; alteración grave 14% y sin alteración 0.6%. Los grados de severidad del acné fueron: moderado, 53.1%; leve 35.8%; severo 10.1% y muy severo 1.1%. No existe asociación entre los niveles de calidad de vida y los grados de severidad de acné vulgar. Existe asociación significativa entre calidad de vida CADI con la edad y grado de severidad con el sexo; además de una asociación leve entre grado de severidad con grado de instrucción. Concluye que la calidad de vida según CADI es independiente de la severidad del acné vulgar según GAGS en la población estudiada (41).

**Autor:** Veliz, J.

**Título:** Calidad de vida y su relación con el acné juvenil inflamatorio en una clínica privada de Lima Metropolitana 2015.

**Fuente:** Tesis presentada a la Universidad San Martín de Porres, Lima, 2015.

**Resumen:** El objetivo del estudio fue identificar la relación entre calidad de vida y acné juvenil inflamatorio en una clínica privada de Lima Metropolitana. La población estuvo conformado por 96 jóvenes. Resultados: El análisis total del Dermatology Life Quality Index (DLQI) determinó que el 9.4% de los pacientes con acné manifestó sentirse poco afectado en su calidad de vida, el 43.8% de sufrir mucha afectación sobre su calidad de vida y el 46.9% afectación moderada. En cuanto a relación de la calidad de vida y el sexo, edad y ocupación del paciente no se encontró asociación estadísticamente significativa. Concluye que la presencia de acné afecta

directamente sobre la calidad de vida de quienes la padecen. Mayor acné menor calidad de vida (correlación negativa perfecta) (42).

### 3.3. Locales

**Autor:** Peña, V.

**Título:** Calidad de vida relacionada al vitíligo en pacientes del servicio de dermatología del Hospital Honorio Delgado de Arequipa, 2018.

**Fuente:** Tesis presentada a la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2018.

**Resumen:** Determinar la calidad de vida relacionada al vitíligo en pacientes del Servicio de Dermatología del Hospital Honorio Delgado. La muestra fueron 30 pacientes con vitíligo. Resultados: El 53.33% de pacientes fueron varones y 46.67% mujeres, con edades que en 36.67% estuvieron entre los 20 y 29 años. La duración promedio de la enfermedad fue de 7.29. En 30% de casos se trató de vitíligo segmentario, el 70% restante del tipo no segmentario, con presentación acrofacial en 23.33%, generalizada en 16.67%, mixta en 13.33% y universal en 16.67% de casos. El 26.67% tuvo un impacto mínimo, 36.67% una afectación leve, un 33.33% de casos afectación moderada y en un paciente (3.33%) hubo afectación severa de la calidad de vida, concluyen que el vitíligo puede producir una afectación moderada a severa en la calidad de vida de los pacientes afectados, independientemente de sus características clínicas (43).

**Autor:** Chávez, C.

**Título:** Establecer el nivel de ansiedad y calidad de vida dermatológica en pacientes que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú, 2016.

**Fuente:** Tesis presentada a la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2016.

**Resumen:** El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el nivel de ansiedad y calidad de vida dermatológica en pacientes que acuden al servicio de dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú, 2016. La muestra fue de 190 pacientes, se aplicó la Autoescala de Ansiedad de Zung y el Índice de calidad de vida Dermatológica (DLQI).

Resultados: El 44,75% de casos fueron varones y 55,26% mujeres, con edades que en 30% de casos estuvieron entre los 20 y 29 años; la edad promedio de los varones fue de 33,27 años, y para las mujeres fue de 37,06. La principal patología dermatológica fue el acné (22,63%), seguida de verrugas (11,58%). El tiempo de enfermedad fue de  $2,66 \pm 3,39$  años. El 57,37% de casos mostraba algún grado de ansiedad, a predominio mínimo (47,89%), con 8,95% de ansiedad severa y 0,53% de ansiedad en grado máximo. Hubo afectación de la calidad de vida se observó en 83,16% de casos, siendo el efecto mínimo en 35,79%, moderado e 26,84%, severo en 17,37% y muy severo en 3,16% de pacientes. Existe relación directa de buena intensidad entre las variables: a mayor puntaje de ansiedad, mayor puntaje de afectación de calidad de vida. Concluyen que la calidad de vida en pacientes con patología dermatológica se afectó en elevada proporción, con altos niveles de ansiedad y una relación significativa entre ambas (44).

#### 4. OBJETIVOS

##### 4.1. Objetivo General

Determinar la percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión y su relación con la calidad de vida del personal de reclutas del Ala Aérea No 3. Arequipa, 2019.

##### 4.2. Objetivos Específicos

Evaluar la percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión en el personal de reclutas del Ala Aérea No 3.

Establecer el grado de impacto psicológico en relación a la presencia de alteraciones dermatológicas de baja expresión en el personal de reclutas del Ala Aérea No 3.

Establecer la calidad de vida del personal de reclutas del Ala Aérea No 3.

Establecer la relación entre la percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión y la calidad de vida del personal de reclutas del Ala Aérea No 3.

## 5. HIPÓTESIS

La percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión se relaciona de forma significativa con la calidad de vida del personal de reclutas del Ala Aérea No 3. Arequipa, 2019.



### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

##### 1.1. Técnicas

Se utilizará como técnica la encuesta.

##### 1.2. Instrumentos

###### 1.2.1. Escala de Identificación y Expresión de Sintomatología Cutánea

La escala está compuesta por un listado de 25 alteraciones dermatológicas, consideradas de presentación más habitual. Los participantes deben indicar en qué medida habían tenido cada una de las alteraciones en el último mes. Cada alteración iba seguida por seis anclajes numéricos, donde el cero era «No sé», el uno «No», el dos «Muy poco», el tres «Algo», el cuatro «Bastante» y el cinco «Mucho». Luego deben contestar a nueve preguntas relacionadas con la sintomatología asociada a dicha alteración. Estas preguntas hacían referencia al daño producido a la salud (¿en qué medida produce daño a su salud en general?), alteraciones del sueño (¿en qué medida altera el sueño?, ¿con qué frecuencia?), presencia de dolor (¿en qué medida le produce dolor?), picor (¿en qué medida le produce picor?), ardor (¿en qué medida le produce ardor?), sangre (¿en qué medida le produce sangre?) e irritación (¿en qué medida le produce irritación?). La fiabilidad de esta escala fue estimada en el estudio de Hernández y cols mediante la consistencia interna, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0.81. Todas las preguntas se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos, variando las etiquetas de cada anclaje en función del tipo de pregunta. A partir de estas nueve preguntas se obtiene una puntuación media que indica el grado de expresión de la alteración seleccionada. Para la calificación de la escala se utiliza el siguiente baremo (15, 45):

Alta expresión	95 – 125 puntos
Regular expresión	63 – 94 puntos
Baja expresión	31 – 62 puntos
Ninguna expresión	0 – 30 puntos

### 1.2.2. Escala de Impacto Psicológico de las condiciones de la piel

Esta escala evalúa la calidad de vida relacionada con la salud a través de la autovaloración de las condiciones generales de la piel y de su impacto psicológico. Para su elaboración se partió del Skindex, que es un cuestionario diseñado como medida específica de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad cutánea. Este cuestionario ha mostrado un buen nivel de fiabilidad, validez y sensibilidad. Se incluyen 13 ítems del Skindex-61, referidos a la manera e intensidad con que los pacientes experimentan sentimientos y emociones respecto al estado de su piel (por ejemplo, «Me siento humillado por las condiciones en que se encuentra mi piel», «Estoy enojado con el estado de mi piel»). Los participantes deberán indicar en qué medida habían experimentado, en el último mes, cada una de las situaciones descritas, utilizando para ello una escala de 5 puntos (1= Nunca; 5= Siempre). Cuánto más alta es la puntuación obtenida, mayor impacto psicológico tienen las condiciones de la piel sobre la persona, de forma que su calidad de vida se ve más afectada. Esta escala presenta un alfa de Cronbach de 0.90. La calificación se realiza sumando el puntaje y luego se compara con el siguiente baremo (15, 45):

Alto impacto	40 – 50 puntos
Regular impacto	30 – 39 puntos
Bajo impacto	20 – 29 puntos
Ningún impacto	10 – 19 puntos

### 1.2.3. Escala de Calidad De Vida (Quality of Life Scale [QOLS])

Fue diseñada por Flanagan (1978) y posteriormente modificada por Burckhardt y Anderson (2003). El propósito de la misma es conocer la calidad de vida en poblaciones con enfermedades crónicas, aunque se puede aplicar en todas las patologías, y también en la población sana. La QOLS proporciona una medida de calidad de vida a través de estados de satisfacción con aspectos específicos o situacionales de la vida sensibles a los problemas de salud. A los 16 ítems de la versión original se incorporaron otros cinco relativos a actividades deportivas, manualidades, habilidades musicales, viajar y trabajo en casa. Se presentan, por lo tanto, 21 situaciones que pueden estar presentes o ausentes en la vida de la persona (por ejemplo, comodidades materiales en casa, salud, amistades próximas, actividad laboral, etcétera). Los participantes debían indicar en qué medida están satisfechos con esa situación en una escala de respuesta tipo Likert con 5 puntos (1= Muy insatisfecho; 5= Muy satisfecho). A diferencia de los dos instrumentos anteriores, en esta escala cuanto más alta es la puntuación obtenida, mayor calidad de vida. La fiabilidad de esta escala mediante consistencia interna fue un alfa de Cronbach de 0.84. La calificación del instrumento se realiza sumando los puntajes obtenidos y luego se establecen los niveles de calidad de vida en base al siguiente baremo (22, 46):

Buena	77 – 105 puntos
Regular	49 – 76 puntos
Mala	21 – 48 puntos

Al término de la escala se incluirán los datos referidos a la edad, sexo y antecedentes de alteraciones dermatológicas.

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación espacial

El estudio será realizado en la sede del Ala Aérea N° 3, que está ubicada en la Avenida Aviación s/n en el distrito de Cerro Colorado, Provincia de Arequipa.

### 2.2. Ubicación temporal

El estudio será realizado durante los meses de marzo a abril del 2019.

### 2.3. Unidades de estudio

El universo está conformado por el personal de reclutas del Ala Aérea N° 3 los que suman aproximadamente 80 personas. Se trabajará con el 100% de los reclutas de acuerdo al cumplimiento de los siguientes criterios:

#### Criterios de inclusión:

- Personas con edades comprendidas desde los 18 años, de ambos sexos que se encuentren realizando el Servicio Militar en el Ala Aérea N° 3.
- Personas que acepten voluntariamente participar en el estudio.

#### Criterios de exclusión:

- Personas que tengan enfermedades dermatológicas severas como acné severo, vitíligo, psoriasis, cicatrices de quemaduras extensas, u otras.

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.1. Organización

- Una vez que los jurados dictaminadores den su aprobación del proyecto de tesis, se solicitará una carta de presentación al Decano de la Facultad de Medicina Humana, a efectos de solicitar la autorización respectiva al Director del Hospital para desarrollar el estudio.

- El investigador, identificará la población de estudio en forma diaria, se explicará el objetivo de la investigación y se les solicitará su participación, antes del llenado de los instrumentos se aplicará el consentimiento informado y tras ello, se les hará entrega de los formularios de los instrumentos para que sean resueltos.
- Una vez finalizada la recolección de datos, se realizará el análisis estadístico y el informe final. Los resultados serán presentados en tablas.

### **3.2. Recursos**

#### **Humanos:**

El investigador: Sr Carbajal Gonzáles, Jean Pierre Anadid

Alumno de la Facultad de Medicina Humana de la  
Universidad  
Católica de Santa María.

Tutor: Dr. Juan Andrés Begazo Bueno.

#### **Institucionales:**

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.  
Ala Aérea N° 3.

#### **Materiales:**

Instrumentos de recolección de datos, material de escritorio, computadora, software estadístico, cámara fotográfica.

#### **Financieros:**

Recursos propios.

### **3.3. Validación del instrumento**

Los tres cuestionarios que se aplicarán son validados en estudios internacionales y nacionales (15, 43).

### **3.4. Criterios para el manejo de los resultados**

Una vez obtenidos los datos se elaborará la matriz de sistematización en Excel v. 10.0 y posteriormente se efectuará el análisis estadístico, se utilizará el análisis descriptivo de tendencia central para los datos de

variables cuantitativas y luego el análisis inferencial mediante la Prueba de Chi cuadrado, se consideraran significativos los valores de  $p < 0,05$ .

#### IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo Actividades	MARZO	ABRIL
Elaboración del proyecto	X X	X
Presentación y aprobación del proyecto		X X
Recolección de datos		X X
Elaboración del informe final		X
Presentación del informe final		X

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benyamini, Y., Goner-Shilo, D., Lazarov, A. Illness perception and quality of life in patients with contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 2012; 67(4), 193-199.
2. Moragas JM. Dermatología en Medicina interna. En: Farreras-Rozman. *Medicina Interna*. Vol 1. 17 ed. Barcelona: Elsevier España SL. 2012.
3. Schwartzmann L. Calidad de Vida relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. *Cienc enferm*. 2003; 9(2): 9-21.
4. Rumbo, J., Castellano, E. Dermatología psicosomática, la relación mente y piel. *Enferm Dermatol*. 2017; 11(31).
5. Falabella R., Victoria J., Barona M., Dominguez L., *Dermatología*, Medellín, Colombia, 2009.
6. Wolff K., Johnson R., Saavedar A., Fitzpatrick. *Atlas De Dermatología Clínica*, McGraw-Hill Interamericana editores, 2014.
7. Zeas, I., Ordoñez, M. *Dermatología básica para el médico general*. Universidad de Cuenca, 2016.
8. Barrera, JA. Enfermedades Psicosomáticas: cuando la mente enferma al cuerpo. *Psicoactiva*; 2017; 2 (1): 224 – 228.
9. Prado, A. Ciencia, arte y disciplina: un cuidado integral desde las ciencias básicas. *Rev. Med. Gen*. 2017; 1(1): 45-9.
10. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*. 2017; 119(5):175-9.
11. Vallejo, MA. De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. *C Med Psicosom*. 2014; 110: 75-8.
12. Guerra, A., González, E. Calidad de vida en Dermatología. Sistemas de medición. En: Guerra Tapia A. *Dermatología psiquiátrica: De la piel a la mente*. Barcelona: Ed. Glosa S.L., 2009. Vol 2:13-24. I
13. Guerra, A., Leonart, M., Balaña, M. Observational study to evaluate the impacto of an educational/ informative intervention in the emocional status (anxiety) of patients with atópica dermatitis (CUIDA-DEL). *Actas Dermosifiliogr* 2007;98:250-58.
14. Lieu, T.J., Pandya, AG. Melasma quality of life measures. *Dermatol Clin* 2012;30:269-80.

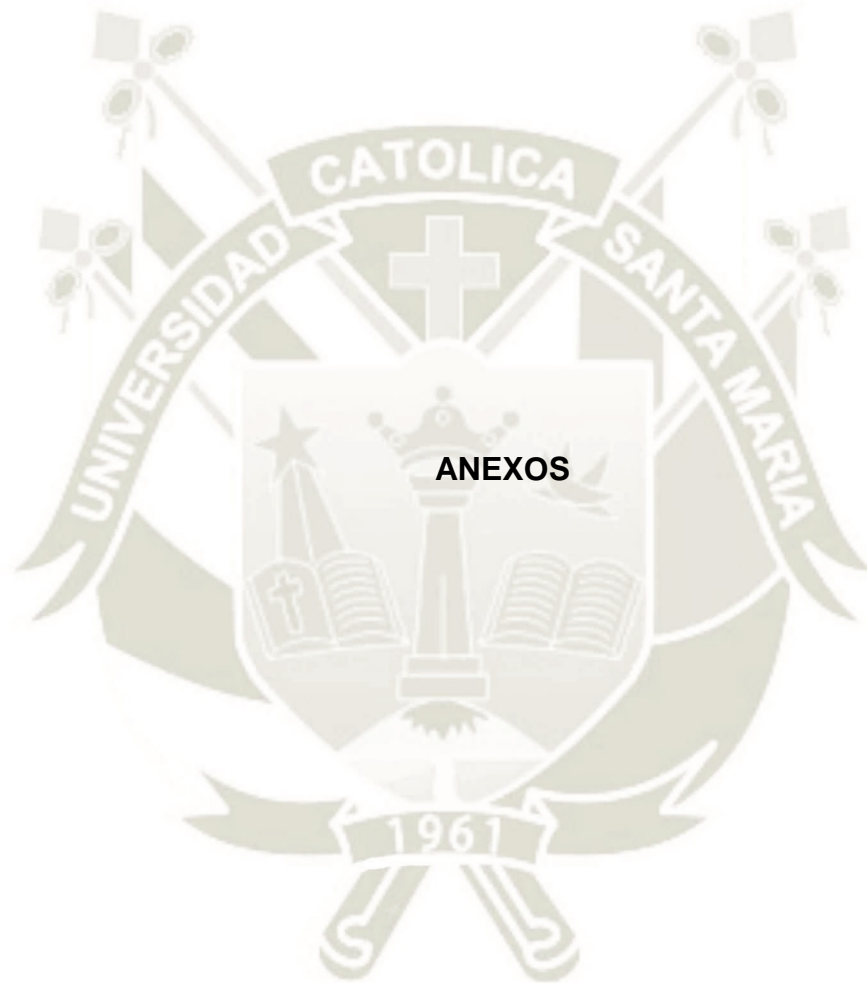
15. Hernández, E., Hernández, B., Ruiz, C. Percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión y calidad de vida: el papel mediador del afrontamiento. *Universitas Psychologica*. 2015; 14(2), 523-534.
16. De Lucas R. Acné. *Pediatría Integral* 2016; XX (4): 227-33.
17. Eichenfield L., Krakowski A., Piggott C., Del Rosso J., Baldwin H., Friedlander S. et al. Evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of pediatric acne. *Pediatrics* 2013;131(3):163-86.
18. Bueno C. Acné vulgar. Rosácea. En: *Dermatología. Texto y Atlas*. 2003. p.417- 30.
19. Rodríguez B., Hernández A. Guía de algoritmos en pediatría de Atención Primaria. Acné vulgar. *AEPap* 2018. Disponible en [algoritmos.aepap.org](http://algoritmos.aepap.org).
20. Asai Y., Baibergenova A., Dutil M., Humphrey S., Hull P., Lynde C., et al. Management of acne: Canadian clinical practice guideline. *CMAJ*. 2016;188(2):118-26.
21. Zaenglein A., Pathy A., Schlosser B., Alikhan A., Baldwin H., Berson D et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(5):945-73.
22. Nast A., Dréno B., Bettoli V., BukvicMokos Z., Degitz K., Dressler C. et al. Guideline for the Treatment of Acne (Update 2016). *European Dermatology Forum*.
23. López JL., Herranz P., Dréno B. y el grupo de Dermatólogos expertos en acné. Consenso español para establecer una clasificación y un algoritmo de tratamiento del acné. *Actas Dermosifilográficas*. 2017;108(2):120-31.
24. Guerra A., Lucas R., Moreno JC., Pérez M., Ribera M, Martínez E, et al. Consenso en el tratamiento tópico del acné. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2015;43(2):104-21.
25. Petronic V. *Piel sensible, una entidad emergente*. Universidad de Chicago, Illinois. 2016.
26. González, N., Pérez N. Actualización en hiperhidrosis focal primaria. *Med Cutan Iber Lat Am* 2012;40(6):173-180 173.
27. Salas C., Garzón M. La noción de calidad de vida y su medición, *CES Salud Pública*. 2013; 4: 36-46
28. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper series on social determinants of

- health-paper 2. Geneva 2010. Obtenido de:  
[http://www.who.int/social\\_determinants](http://www.who.int/social_determinants). (Fecha de acceso: 27 – 12 – 17).
29. Organización Mundial de la Salud. IV Asamblea Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de la salud. Estados Unidos. 2001.
  30. Minayo C., Hartz M, Buss P. Quality of life and Health: a necessary debate. *Ciencia & Saúde Colectiva*. ABRASCO. 2007; 5 (1), 7-18.
  31. Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 1994.
  32. Urzúa A., Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales, *Rev Med Chile* 2010; 138: 358-365
  33. Schwartzmann, L. Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Revista Ciencia y Enfermería IX*. 2003; (2): 9-21.
  34. Torres A. y Sanhueza O., Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad, : 9-17, 2006
  35. Mishel H. Uncertainty in illness. *Image Journal of Scholarship*, 1998; 20: 225-23.
  36. Rodríguez, J., Betancor, M. Calidad de vida, afrontamiento y enfermedad. *Psicothema*, 2013; 8(1.): 517 - 524.
  37. Nichol, M. B., Margolis, J. E., Lippa, E., Rower, M., Quell, J. The application or multiple quality of life instruments in individuals with mild-to-moderate psoriasis. *Pharmacoeconomics*. 1996; 10, 644-653.
  38. Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Remor, E. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de Psicología*. 2012; 28(2), 366-377.
  39. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Datos de población. Lima, 2017.
  40. García, L., Montiel, A., Vásquez, E., Salazar, A., Gutiérrez I., Loria, J. Calidad de vida en el paciente con psoriasis. *Gac Med Mex*. 2017;153:185-9.
  41. Sajami, J., Zamora, E. Calidad de vida con Escala CADI y su relación con la severidad del acné vulgar mediante ESCALA GAGS, Hospital Regional Lambayeque. Tesis presentada a la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque, 2017.

42. Veliz, J. Calidad de vida y su relación con el acné juvenil inflamatorio en una clínica privada de Lima Metropolitana 2015. Tesis presentada a la Universidad San Martín de Porres, Lima, 2015.
43. Peña, V. Calidad de vida relacionada al vitíligo en pacientes del servicio de dermatología del Hospital Honorio Delgado de Arequipa, 2018. Tesis presentada a la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2018.
44. Chávez, C. Establecer el nivel de ansiedad y calidad de vida dermatológica en pacientes que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú, 2016. Tesis presentada a la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2016.
45. Hernández E., Hernández B., Ruiz A., Impacto de las alteraciones dermatológicas e baja expresión en función del nivel de especificidad de la calidad de vida., Universidad de la Laguna, 2008.
46. Barrera, JA. Enfermedades Psicósomáticas: cuando la mente enferma al cuerpo. *Psicoactiva*; 2017; 2 (1): 224 – 228.
47. Prado, A. Ciencia, arte y disciplina: un cuidado integral desde las ciencias básicas. *Rev. Med. Gen.* 2017; 1(1): 45-9.
48. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*. 2017; 119(5):175-9.
49. Vallejo, MA. De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. *C Med Psicossom.* 2014; 110: 75-8.
50. Guerra, A., González, E. Calidad de vida en Dermatología. Sistemas de medición. En: Guerra Tapia A. *Dermatología psiquiátrica: De la piel a la mente*. Barcelona: Ed. Glosa S.L., 2009. Vol 2:13-24. I
51. Guerra, A., Lleonart, M., Balaña, M. Observational study to evaluate the impact of an educational/ informative intervention in the emotional status (anxiety) of patients with atópica dermatitis (CUIDA-DEL). *Actas Dermosifiliogr* 2007;98:250-58.
52. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper series on social determinants of health-paper 2. Geneva 2010. Obtenido de: [http://www.who.int/social\\_determinants](http://www.who.int/social_determinants). (Fecha de acceso: 27 – 12 – 17).
53. Organización Mundial de la Salud. IV Asamblea Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de la salud. Estados Unidos. 2001.

54. Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 1994.
55. Torres A. y Sanhueza O., Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad: 9-17, 2006.
56. Urzúa A., Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales, Rev Med Chile 2010; 138: 358-365
57. Finlay AY, Khan GK. "The Dermatology Life Quality Index: A simple practical measure for routine clinical use". British Association of Dermatologists Annual Meeting, Oxford, July 1993. *British Journal of Dermatology*, 1993; 129 (Suppl 42): 27.





**ANEXO 1**  
**ESCALA DE IDENTIFICACIÓN Y EXPRESIÓN DE SINTOMATOLOGÍA**  
**CUTÁNEA**

A continuación encontrará una relación de 26 alteraciones dermatológicas. Por favor marca dentro del recuadro según sea la intensidad con que has presentado esas alteraciones en el último mes.

<b>Alteración</b>	<b>No sé 0</b>	<b>No 1</b>	<b>Muy poco 2</b>	<b>Algo 3</b>	<b>Bastante 4</b>	<b>Mucho 5</b>
Granos en la cara						
Espinillas en la cara, puntos negros						
Quistes en la cara (granos duros, inflamados, grandes)						
Piel sensible al sol						
Celulitis						
Caída del pelo en cuero cabelludo						
Sequedad de la piel						
Caspa						
Grasa en el cuero cabelludo						
Piel velluda						
Estrías						
Sudor en exceso						
Picor en la piel						
Cicatrices o marcas en el cuerpo						
Varices						
Cicatrices u otras marcas en la cara						
Herpes						
Placas rojas con escamas						
Manchas blancas						
Manchas oscuras						
Verrugas						
Piel sensible a ropa, crema, cosméticos						
Lunares						
Pecas						
Hongos						

A continuación responda por favor en qué medida esas alteraciones le provocan daños o afectan su salud

Alteración	No sé 0	No 1	Muy poco 2	Algo 3	Bastante 4	Mucho 5
¿En qué medida las alteraciones dermatológicas le producen daño a su salud en general?						
¿En qué medida las alteraciones dermatológicas le alteran el sueño?						
¿En qué medida las alteraciones dermatológicas le producen dolor?						
¿En qué medida las alteraciones dermatológicas le producen picor?						
¿En qué medida las alteraciones dermatológicas le producen ardor?						
¿En qué medida las alteraciones dermatológicas le producen sangrado?						
¿En qué medida las alteraciones dermatológicas le producen irritación?						

## ANEXO 2

### ESCALA DE IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS CONDICIONES DE LA PIEL

Por favor lea con detenimiento cada una de las afirmaciones y marca dentro del recuadro la respuesta que más se ajuste a su situación durante el último mes.

	Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Me preocupa que mi enfermedad de la piel empeore					
Me enoja mi enfermedad de la piel					
Me avergüenzo de mi enfermedad de la piel					
Me preocupa que mi enfermedad de la piel pueda ser algo grave					
Estoy frustrado por mi enfermedad					
Mi enfermedad me produce situaciones embarazosas					
Me preocupa que me queden cicatrices por mi enfermedad en la piel					
Estoy enojado con el estado de mi piel					
Me siento humillado por las condiciones en que se encuentra mi piel					
Mi enfermedad de la piel me deprime.					

### ANEXO 3

#### ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (QUALITY OF LIFE SCALE [QOLS])

A continuación encontrará una relación de 21 situaciones que pueden estar presentes o ausentes en su vida. Por favor marca dentro del recuadro según sea la satisfacción o insatisfacción que presentas en relación con la forma como las alteraciones dermatológicas afectan en tu vida durante el último mes.

Ítem	Muy insatisfecho 1	Algo insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Algo satisfecho 4	Muy satisfecho 5
1. Bienestar físico y comodidades materiales en casa.					
2. Salud general					
3. Relaciones con padres, hermanos y otros familiares.					
4. Tener y criar hijos.					
5. Relación con el cónyuge o pareja.					
6. Relaciones con amigos.					
7. Ayuda o ánimos que da a otras personas.					
8. Participación en organizaciones o asuntos públicos					
9. Desarrollo intelectual.					
10. Comprensión de sí mismo.					
11. Rol ocupacional.					
12. Creatividad y expresión personal.					
13. Socialización.					
14. Recreación pasiva y observacional.					
15. Actividades de recreación activa y participativa.					
16. Capacidad de experimentar placer a las actividades que normalmente encuentras agradables.					
17. Realización de actividades deportivas.					
18. Realización de trabajos manuales.					
19. Habilidades musicales (tocar algún instrumento, cantar)					
20. Viajar.					
21. Trabajar.					

Edad..... Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino