



Universidad
Zaragoza

Máster en Gerontología Social

**ESTUDIO PILOTO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DERMATOLÓGICOS, ATENDIDOS
EN CONSULTAS EXTERNAS Y EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE
DERMATOLOGÍA**

Alumna: Lorena López Artal

MASTER OFICIAL EN GERONTOLOGÍA SOCIAL

AÑO 2012-2013

ÍNDICE

1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	2
3. Hipótesis.....	3
4. Objetivos	4
5. Material y métodos	5
5.1 Tipo de estudio	5
5.2 Población a estudio	5
5.3 Tamaño de la muestra	5
5.4 Procedimiento	6
5.5 Instrumentos del estudio.....	6
5.6 Descripción de las variables	7
5.7 Análisis de datos	8
5.8 Limitaciones del estudio	9
6. Resultados	10
7. Discusión	20
8. Conclusiones	24
9. Bibliografía	25
Anexos.....	28

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DERMATOLÓGICOS, ATENDIDOS EN CONSULTAS EXTERNAS Y EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE DERMATOLOGÍA

1. RESUMEN

Se va a realizar un estudio descriptivo transversal sobre los pacientes atendidos en consultas externas y en planta de hospitalización de dermatología. Se pretende hacer un screening sobre el paciente dermatológico mediante el cumplimiento de unos cuestionarios auto administrados para valorar la relación entre autoestima calidad de vida, así como otras variables sociodemográficas. La recogida de datos será entre Enero y Marzo de 2013.

PALABRAS CLAVE

Autoestima, Calidad de vida, Lesión dermatológica.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La salud es un componente fundamental de la calidad de vida, de manera que cuando ésta se deteriora repercute en el bienestar del individuo, sobre todo cuando la enfermedad se presenta con sintomatología severa¹. Sin embargo, en las enfermedades de la piel, no es preciso que se presenten con severidad para que produzcan secuelas psicosociales importantes.

El impacto de las enfermedades dermatológicas sobre la calidad de vida está bien estudiado ², aunque existen algunos resultados que no apoyan esta relación. La utilización de conceptos diferentes de calidad de vida y/o la comparación entre diferentes grados de severidad de las patologías, podrían estar en la base de estas diferencias.

Concretamente, se han registrado síntomas de ansiedad y depresión en algunos trastornos como la psoriasis ³ y diversos tipos de dermatitis ⁴. Así, por ejemplo, algunos autores llegan a considerar que los trastornos psicológicos y sociales que experimentan los pacientes con dermatitis atópica, son comparables a los que afrontan los pacientes con diabetes tipo 2 o los pacientes con hipertensión.

Además, la mayoría de los estudios coinciden en que las enfermedades dermatológicas afectan a la calidad de vida en distintos escenarios de los pacientes, desde el ámbito académico y laboral hasta las decisiones económicas y las relaciones informales con las propias redes sociales ⁵⁻⁶.

El impacto de la enfermedad dermatológica puede ser tan grande que afecte a aspectos centrales de la identidad de la persona como el autoconcepto y la autoestima ⁷.

La calidad de vida relacionada con la salud (Health Related Quality Of Life –HRQoL), se define como la representación de las reacciones y percepciones que tienen los pacientes con respecto a su salud. Además, la calidad de vida relacionada con la salud se refiere a dominios físicos, funcionales, psicológicos y sociales de la salud que están influidos por las creencias, expectativas y percepciones de la persona. Cada uno de estos dominios puede evaluarse en dos dimensiones: evaluación objetiva del estado de salud y la percepción subjetiva de la salud. Aunque la dimensión objetiva es importante para definir el estado de salud del paciente, las percepciones subjetivas del mismo determinan la calidad de vida experimentada ⁸.

Los problemas de la piel pueden marcarse de una gran afectación psicológica; con afectación de la autoestima y problemas de relación social en casos severos - por temor al rechazo - lo que afecta a la calidad de vida de las personas debido a la gran importancia que se da hoy en día a la imagen corporal ⁹.

En las manifestaciones primarias relacionadas con la piel, encontramos a personas que las identifican como si tuvieran alfileres y que no cicatrizan, también como la aparición de fibras o materiales sólidos de la piel, prurito u otras sensaciones molestas cutáneas tales como hormigueo, picazón o morder. Estos síntomas generalmente se describen como patología crónica y recurrente ¹⁰.

Dentro del grupo de dermatosis crónicas encontramos a la psoriasis que es recidivante y que se caracteriza por la presencia de placas eritematosas y escamosa que ocasionan alteraciones de la calidad de vida tanto en el paciente como en su familia. La participación de factores emocionales - como el estrés - juegan un papel relevante en el desencadenamiento. La presencia de estas lesiones puede llevar a una disminución de la autoestima, afectando las áreas psicosociales e incidiendo en la calidad de vida ¹¹.

La etiopatogenia no está bien definida, pero estudios actuales relacionan a la psoriasis como una enfermedad en la que existen factores genéticos, ambientales y especialmente inmunes ¹².

Los factores emocionales tienen un papel relevante en el desencadenamiento de la dermatitis atópica y la psoriasis. En algunos casos el estrés obra como disparador de un brote de psoriasis, y en otros la aparición de la enfermedad es la que provoca una serie de problemas que se expresan en el plano familiar y social. Cada persona, según sus características individuales, trabajo, historia familiar, rasgos de personalidad, etc., va a vivenciar la enfermedad de un modo diferente ¹³⁻¹⁴.

El comienzo y el curso de algunas dermatosis se relacionan con factores psicológicos tales como: acontecimientos vitales, factores estresantes, tipo de personalidad y ambiente social. La presencia de lesiones en áreas visibles, junto a la cronicidad – como es el caso de la psoriasis - puede perjudicar el entorno social y laboral del paciente de manera considerable ¹⁵.

La piel es el órgano más extenso de todo el cuerpo, es el primero en recibir las agresiones del mundo exterior y es uno de los que más frecuentemente manifiesta las emociones internas; por

consiguiente es el órgano con el que menos podemos ocultar la presencia de la psoriasis; lo que a veces lleva a conductas de aislamiento social. Todo esto incide en la calidad de vida del paciente con psoriasis ⁹⁻¹².

Los principales síntomas mostrados por las personas que padecen psoriasis son: área rosada o roja en la piel, cubiertas de manchas blancas escamosas, ronchas (especialmente en el cuero cabelludo, codos, rodillas y espalda) y picor y dolor. Al principio las manchas son pequeñas, pero luego se extienden y cubren áreas mayores de la piel ¹⁶.

El envejecimiento humano es un proceso del ciclo evolutivo que puede conllevar pérdidas del bienestar psicológico y de la calidad de vida. Los cambios que experimentan las personas de edad avanzada pueden dar lugar a sentimientos negativos, tales como el abandono, inutilidad, falta de autonomía, y la pérdida de control sobre el entorno y de uno mismo ¹⁷.

Puesto que la relación entre las enfermedades de la piel con alta expresión sintomatológica y la calidad de vida está relativamente bien establecida, éste trabajo pretende analizar el impacto de la enfermedad dermatológica sobre la calidad de vida.

Concretamente, pensamos que la enfermedad dermatológica con expresión leve afectará a la calidad de vida relacionada con la salud, pero no necesariamente a la calidad de vida entendida como bienestar y satisfacción con la vida.

Se evaluará la autoestima ya que es un factor protector importante para el desarrollo de las personas mayores y está relacionado con la salud y el bienestar psicológico ¹⁸.

3. HIPÓTESIS

1ª El paciente ambulatorio tendrá mejor percepción de salud y mayor autoestima que el paciente ingresado.

2ª Las lesiones visibles tendrán un mayor impacto negativo sobre la autoestima y la calidad de vida de los pacientes en relación con las lesiones no visibles.

3ª Pacientes con mayor número de comorbilidades, por tanto, con peor salud, puntuaran peor en los cuestionarios de salud general.

4. OBJETIVOS

Objetivo principal:

Evaluar la autoestima y la calidad de vida en pacientes dermatológicos >60 años, atendidos en consultas externas y en planta de hospitalización de dermatología.

Objetivo secundarios:

Describir los datos socio-demográficos.

Valorar si el sexo de los pacientes influye en la valoración de autoestima. Explorar las diferencias entre lugar de residencia de los pacientes.

Comprobar si existe correlación entre calidad de vida general y calidad de vida dermatológica.

5. MATERIAL Y METODOS**5.1 Tipo de estudio:**

Se trata de un estudio descriptivo transversal, ver si existe relación entre autoestima y CV en pacientes con lesiones dermatológicas durante los meses de Enero, Febrero y Marzo del 2013.

5.2 Población a estudio:

Pacientes dermatológicos de ambos sexos de ≥ 60 años de edad, atendidos en consultas externas u hospitalizados en planta de dermatología en los ámbitos de influencia de los hospitales de Alcañiz y Clínico Universitario de Zaragoza.

- Criterios de inclusión:

1º Ser paciente dermatológico ambulatorio u hospitalizado de ambos sexos de ≥ 60 años de edad de los ámbitos de influencia del Hospital de Alcañiz y del Clínico de Zaragoza.

2º Que firme el documento de Consentimiento Informado previo a la participación en el estudio.

- Criterios de exclusión:

1º Tener problemas idiomáticos que dificulten la cumplimentación de los cuestionarios.

2º Presentar deterioro cognitivo o enfermedad mental que le incapacite para participar en el estudio.

5.3 Tamaño de la muestra:

La muestra consiste en 30 pacientes hospitalizados y 30 pacientes ambulatorios.

5.4 Procedimiento:

La recogida de datos será realizado por la alumna del Máster D^a Lorena López Artal. La muestra de pacientes hospitalizados será recogida mientras se desarrolla el turno de trabajo en la planta de hospitalización de dermatología en el HCU, donde trabajo como enfermera. La muestra de pacientes ambulatorios se recogerá en las consultas externas de dermatología del Hospital de Alcañiz.

Los pacientes serán informados sobre los objetivos del presente estudio y firmaran el documento de Consentimiento Informado antes de ser incluidos en el estudio.

La investigadora cumplimentará la hoja de datos socio demográficos y entregará los instrumentos del estudio a los pacientes para que los completen.

El proyecto está autorizado por el CEICA el código de proyecto de investigación es ACVDA-2012.

5.5 Instrumentos del estudio:

1º EuroQol EQ-5D-3L (Escala de calidad de vida general/salud)

La versión de cinco niveles EQ-5D parece una extensión válida y fiable del sistema de tres niveles. El nuevo sistema de 5L es particularmente útil para describir los problemas de salud leves y vigilancia de la salud de la población.¹⁹

Complementa a este cuestionario la escala EVA, que mide el grado de percepción general de salud en el momento de hoy, es decir, en el momento que realizan el test, se mide por porcentajes, 100% (mejor estado de salud deseable) y 0% (peor estado de salud).

2º Dermatology Life Quality Index (DLQI) (Escala de calidad de vida dermatológica)

El cuestionario del Índice de Calidad de Vida en Dermatología²⁰ está diseñado para su uso en adultos, es decir, pacientes mayores de 16 años. Se explica por sí mismo y puede ser simplemente entregó al paciente que se le pide a rellenarlo sin necesidad de explicación detallada. Por lo general, se realiza en uno o dos minutos.

El DLQI se calcula mediante la suma de la puntuación de cada pregunta lo que resulta en un máximo de 30 y un mínimo de 0. Cuanto más alto sea el puntaje, más calidad de vida se deteriora. El ICVD también se puede expresar como un porcentaje de la puntuación máxima posible de 30.

Significado de las puntuaciones DLQI:

- 0-1 = ningún efecto en absoluto sobre la vida del paciente
- 2-5 = pequeño efecto en la vida del paciente
- 6-10 = efecto moderado sobre la vida del paciente
- 11-20 = gran efecto en la vida del paciente
- 21 a 30 = muy gran efecto en la vida del paciente

3º Test de Rosenberg de autoestima.

Se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por Rosenberg (1965).

Incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de si mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente.

Aunque inicialmente fue diseñada como escala de Guttman, posteriormente se ha hecho común su puntuación como escala tipo Likert, donde los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3, 5, 8, 9, 10) y posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total, por tanto, oscila entre 10 y 40.²¹

4º Ficha de recogida de datos socio-demográficos.

5.6 Variables:

Como variables **independientes** se utilizaron:

Cuantitativas:

- Edad: continua.

Cualitativas:

- Sexo: Categórica dicotómica. (Hombre/mujer)
- Lugar de residencia. Dicotómica. (Alcañiz/ Zaragoza)
- Estado civil: Nominal. (Soltero/a, casado/a, separado/a y viudo/a).
- Ocupación: Nominal. (Activo/a, Jubilado/a, Buscando empleo, Tareas domésticas y Estudiante).
- Nivel de estudios: Nominal. (Sin estudios, Primaria, Secundaria y Superiores)
- Situación laboral: Nominal. (Ama de casa, Empleado/a, Jubilado/a, Incapacitado/a).
- Enfermedades concomitantes: Nominal. (Cardíacas, Respiratoria, Diabéticas, Reumatológica, I.Q)
- Tipo tratamiento: Nominal. (Tópico, oral, tópico y oral, parenteral, quirúrgico)

Como variable **dependiente**:

- EuroQol EQ-5D-3L(Escala de calidad de vida general/salud)
- Dermatology Life Quality index (DLQI) (Escala de calidad de vida dermatológica)
- Test de Rosenberg de autoestima.

5.7 Análisis de datos:

Una vez recogido el material de estudio, los datos serán pasados a una base de datos, usando un código disociado al objeto de que no se puedan identificar a los pacientes. Fueron analizados mediante el uso del paquete estadístico SPSS versión 17.0.

Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencia absoluta y porcentaje. Las variables cuantitativas se describieron mediante la media e intervalo de confianza. La distribución de cada variable se analizó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov.

El análisis inferencial para las variables cuantitativas con cualitativas, tras comprobarse con el test de Kolmogorov-Smirnov, que seguían una distribución normal se aplicó el test T de Student , teniendo en cuenta además, si las varianzas eran homogéneas o no mediante el test de Levene. En aquellos casos que no existía normalidad se aplicó el test de U de Mann Whitney.

Para analizar más de dos variables cualitativas con la cuantitativa, dado que los datos no seguían una distribución normal, empleamos Kruskal-Wallis.

Estudiamos el grado de relación entre el test DLQL y el test EQ-5D-3L empleando el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

5.8 Limitaciones

- Muestra pequeña no representativa para validez de los resultados. El hecho de seleccionar una serie de consultas es por el fácil acceso a la hora de contactar con los pacientes. La aleatoriedad en nuestra muestra en el Hospital de Alcañiz está condicionada por acudir a la consulta durante los meses de Enero, Febrero y Marzo del 2013; así mismo entre esas mismas fechas la recogida de datos en el Servicio de Dermatología del Hospital Clínico de Zaragoza, durante las horas de trabajo, siempre y cuando el paciente se encontrará receptivo.
- El hecho que sea una muestra reducida es porque es un estudio piloto donde pretendemos ver cómo se comportan las variables del estudio.
- Posibilidad de que los resultados en alguno de los dominios se vean alterados y/o enfatizados por el padecimiento de otras enfermedades o situaciones en las que se encuentra el sujeto en el momento de la realización del mismo.

6. RESULTADOS

De los 60 pacientes que se trata el estudio 30 acudieron a las consultas de dermatología del Hospital de Alcañiz y 30 estuvieron ingresados en el H.C.U. Lozano Blesa, entre los meses Enero, Febrero y Marzo del 2013, todos ellos reunían los criterios de inclusión.

Respecto a las características socio demográficas, el estado civil mayoritario fue el de casados 76,7% (n= 46), 11,7% (n=7) son viudos, un 10% (n=6) están solteros y tan sólo 1,7% (n=1) está separado.

En cuanto al nivel formativo, un 35% (n=21) no habían cursado ningún tipo de estudios, supera Primaria con 55% (n=33), un 8,3% (n=5) cursaron Secundaria y un 1,7% (n=1) alcanzaron estudios superiores.

Con respecto la ocupación laboral, un 53,3% (n=32) se dedican a las tareas domésticas, un 35% (n=21) están jubilados y sólo están en activo un 11,7% (n=7).

La proporción de hombres respecto de mujeres es similar, hay 32 mujeres (53,3%) y 28 hombres (46,7%). La edad media es de 73,03 años con una desviación típica de 8,3 años. **(Tabla 1)**

Al estudiar las características clínicas de la zona de lesión dermatológica, las dividimos en lesiones no visibles 21,7% (n=13), visibles 41,7% (n=25) y los que poseen ambas tanto visibles como no visibles 36,7% (n=22). **(Gráfico 1)**

En cuanto al tratamiento más utilizado es el tópico 60% (n=36), seguido de la combinación tópico-oral 21,6 % (n=13), un 15% (n=9) han sido tratados mediante intervención quirúrgica, y sólo un 3,3% (n=2) recibieron tratamiento parenteral. Ninguno recibió únicamente medicación oral. **(Tabla 1)**

El 16,7% (n=10) de los pacientes analizados presentan dos diagnósticos dermatológicos, el tratamiento más usado sigue siendo el tópico 60% (n=6).

Tras el análisis del cuestionario DLQL vemos que no tienen efecto en la calidad de vida dermatológica un 46,6% (n=28), un pequeño efecto 26,6% (n=16), un moderado 16,6% (n=10), solo un gran efecto en la vida del paciente 10% (n=6), y ningún paciente reconoce un extremadamente gran efecto. **(Tabla 1)**

El 80% (n=48) sufren otras enfermedades concomitantes: destaca la patología cardíaca 31,7 % (n=19), seguido de la pluripatología 18,3% (n=11), la diabetes un 10% (n=6), presentan valores similares pacientes reumatológicos 5% (n=3) y respiratorios 3,3% (n=2) solo un 20% (n=12) no presentan otras patologías.

Se analizan también otras intervenciones quirúrgicas, un 11,7% (n=7). **(Gráfico 2)**

La media de edad de los pacientes estudiados es de 73,3.

Por tanto el perfil socio demográfico de los pacientes analizados es de mujer casada, con estudios primarios, se dedica a las tareas domésticas, y son mayores de 70 años.

La puntuación media en la escala de Rosemberg es de 30,3; el test de calidad de vida dermatológica DLQI 3,9; respecto al cuestionario EQ-5D-3L obtenemos un 7,5 y para la escala complementaria de este cuestionario, la escala EVA, una media de 62,4. **(Tabla 2)**

Llegamos a la conclusión que, los pacientes en general tienen la autoestima dentro de valores normales, tienen un pequeño efecto para su calidad de vida dermatológica y la percepción de salud está por encima de la mitad.

Tabla 1. Descripción de las variables cualitativas.

VARIABLES		MUESTRA	
		N	%
<u>Ocupación</u>	Activo/a	7	11,7
	Jubilado/a	21	35
	Tareas domésticas	32	53,3
<u>Estado Civil</u>	Soltero/a	6	10
	Casado/a	46	76,7
	Viudo/a	7	11,7
	Separado	1	1,7
<u>Nivel de estudios</u>	Sin estudios	21	35
	Primaria	33	55
	Secundaria	5	8,3
	Superiores	1	1,7
<u>Tipo de tratamiento</u>	Tópico	36	60
	Tópico + Oral	13	21,6
	Parenteral	2	3,3
	IQ	9	15
<u>Enf. concomitantes</u>	No	12	20
	Cardiaca	19	31,7
	Pluripatología	11	18,3
	Diabética	6	10
	Reumática	3	5
	Respiratoria	2	3,3
	Otras IQ	7	11,7
<u>Calidad de vida (DLQI)</u>	No efecto	28	46,6
	Pequeño efecto	16	26,6
	Moderado	10	16,6
	Gran efecto	6	10
	Extremado	0	0
<u>Sexo</u>	Hombre	28	46,7
	Mujer	32	53,3

Grafico 1. Características clínicas de las lesiones dermatológicas.

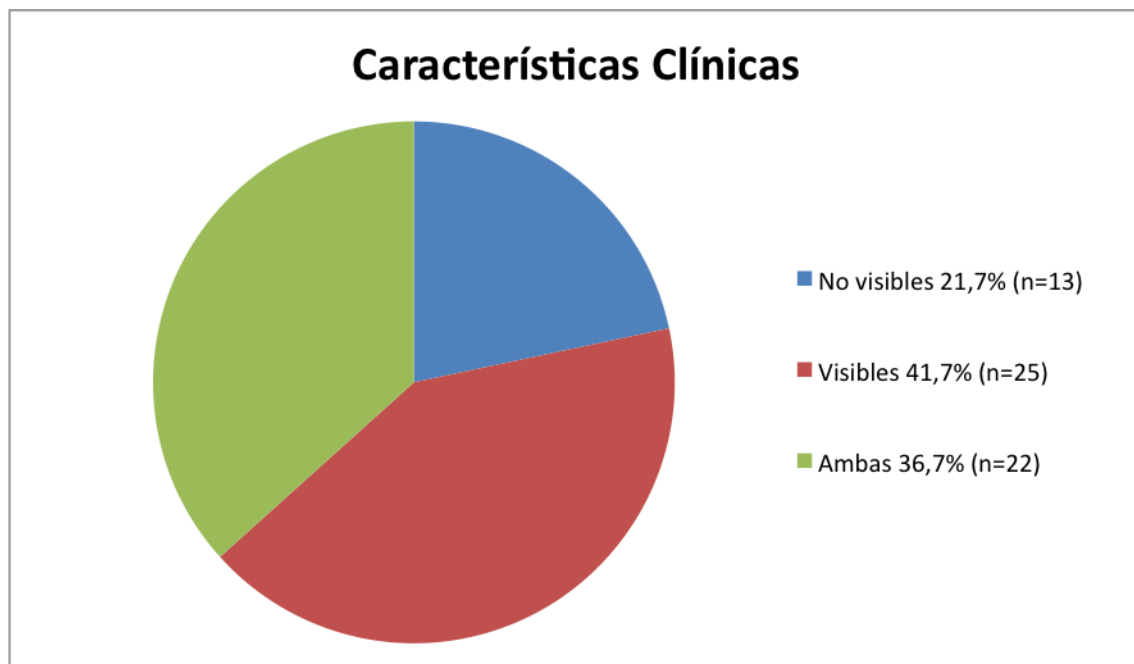


Grafico 2. Enfermedades concomitantes

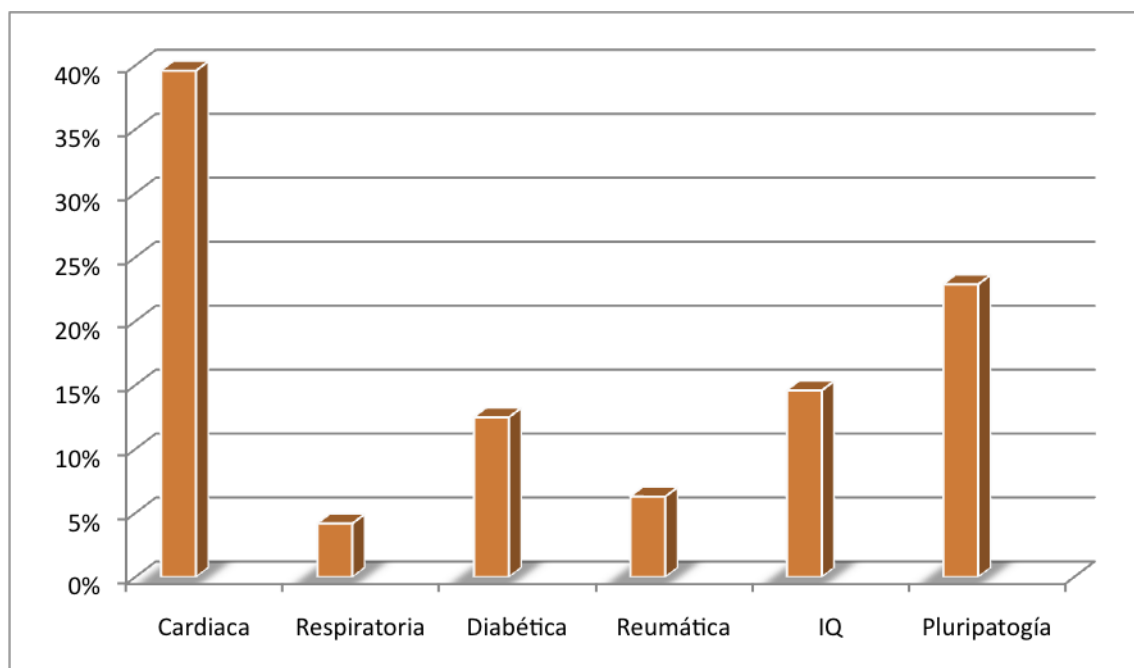


Tabla 2. Descripción de las variables cuantitativas.

VARIABLES	Muestra
	Media (Desv. Tip)
<u>Edad</u>	73,30 ($\pm 8,34$)
<u>DLQI</u>	3,92 ($\pm 4,83$)
<u>Rosemberg</u>	30,28 ($\pm 5,32$)
<u>EVA</u>	62,42 ($\pm 20,03$)
<u>EQ-5D-3L</u>	7,47 ($\pm 2,15$)

Tabla 3. Relación entre sexo y la puntuación obtenida en el cuestionario Rosemberg.

VARIABLE		PUNTUACIÓN Rosemberg MEDIA/ DESV. TIPICA.	SIGNIFICACIÓN (p)
<u>Sexo</u>	Hombre	31,39/ ($\pm 6,1$)	0,132
	Mujer	29,31/ ($\pm 4,4$)	

No existe significación estadística, pero vemos como ligeramente la mujer tiene menor puntuación.

Tabla 4. Relación entre sexo y la puntuación EVA.

VARIABLE		PUNTUACIÓN EVA MEDIA/ DESV. TIPICA.	SIGNIFICACIÓN (p)
<u>Sexo</u>	Hombre	62,32/ ($\pm 19,88$)	0,973
	Mujer	62,50/ ($\pm 20,47$)	

Como podemos observar no existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 5. Relación entre presencia de enfermedad concomitante y puntuación EVA.

VARIABLE		PUNTUACIÓN EVA MEDIA/ DESV. TÍPICA.	SIGNIFICACIÓN (p)
<u>Enf. Concomitante</u>	SI (n=48)	61,46/(±20,18)	0,463
	NO (n=12)	66,25/(±19,78)	

No obtenemos significación, pero sí que se puede observar que el tener otras patologías interfiere en tener peor percepción de salud.

Tabla 6. Relación entre presencia de enfermedad concomitante y la puntuación en el cuestionario Rosenberg.

VARIABLE		PUNTUACIÓN Rosenberg MEDIA/ DESV. TÍPICA.	SIGNIFICACIÓN (p)
<u>Enf. Concomitante</u>	SI (n=48)	30,38/(±5,62)	0,79
	NO (n=12)	29,92/(±4,03)	

No hay significación estadística, pero observamos en el análisis descriptivo que presentar otras enfermedades no influye en tener peor autoestima.

Tabla 7. Relación entre lugar de residencia y la puntuación en el cuestionario Rosenberg.

VARIABLE		PUNTUACIÓN Rosenberg MEDIA/ DESV. TÍPICA.	SIGNIFICACIÓN (p)
<u>Lugar de Residencia</u>	Alcañiz	30,77/(±4,27)	0,48
	Zaragoza	29,80/(±6,23)	

No hay significación estadística, los valores son similares tanto en el medio rural como en el urbano.

Tabla 8. Relación entre lugar de residencia y la puntuación en escala EVA.

VARIABLE		PUNTUACIÓN EVA MEDIA/ DESV. TÍPICA.	SIGNIFICACIÓN (p)
<u>Lugar de Residencia</u>	Alcañiz	66,17/(±18,87)	0,149
	Zaragoza	58,67/(±20,75)	

No tenemos diferencias significativas. Pero vemos como los residentes de Alcañiz presentan mejor percepción de salud respecto a los de Zaragoza.

Para las dos variables dependientes que no seguían una distribución normal, test EQ-5D-3L y el cuestionario DLQL, al compararlas con las dos variables independientes sexo y enfermedad concomitante, en ambos casos el resultado no es estadísticamente significativo.

Tabla 9. Relación entre lugar de residencia y la puntuación en EQ-5D-3L Y DLQI.

VARIABLE		TEST	MEDIANA	SIGNIFICACIÓN (p)
<u>Lugar de Residencia</u>	Alcañiz	<u>EQ-5D</u>	6	<u>0,04</u>
		<u>DLQI</u>	1	<u>0,01</u>
	Zaragoza	<u>EQ-5D</u>	8,5	<u>0,04</u>
		<u>DLQI</u>	3,5	<u>0,01</u>

Existen diferencias significativas, por tanto el lugar de residencia si influye en la puntuación de ambos test.

Tras los datos observados podemos indicar que vivir en Alcañiz reduce la puntuación de ambos cuestionarios.

Sobre los resultados del cuestionario EQ-5D-3L en Alcañiz podemos indicar que no tienen problemas para realizar pequeñas AVD, y en Zaragoza presentan algún moderado problema, según la percepción de salud de los pacientes.

Respecto a los resultados del DLQI: Vivir en Alcañiz no tienen ningún efecto en la CV del paciente y para los que habitan en Zaragoza su efecto es pequeño.

Al comparar el estado civil con el test EQ-5D-3L obtenemos un valor significativo (**Tabla 10**), por tanto esta variable socio demográfica influye en la puntuación.

Observamos que los solteros son los más afectados presentando una peor percepción de salud que los casados.

Con respecto al test DLQI, con esta misma variable socio demográfica no obtenemos significación.

Tabla 10. Relación entre estado civil y la puntuación en EQ-5D.

VARIABLE		MEDIANA EQ-5D	SIGNIFICACIÓN (p)
<u>Estado civil</u>	Soltero	9,5	<u>0,04</u>
	Casado	6	
	Separado	7	
	Viudo	8	

Al analizar el grado de relación entre el test DLQI y el test EQ-5D-3L obtenemos un valor de 0,37 por tanto existe una correlación muy baja. Su coeficiente de determinación 13,7%.

Si existe correlación entre calidad de vida general y calidad de vida dermatológica.

Para comprobar si la zona de la lesión influía en la CVD, tuvimos que recodificar la variable zona de lesión en dos, visible y no visible. No obteniendo ninguna significación estadística ($p=0,58$).

Viendo que no existe significación analizamos las medianas, (visibles+ambas=2, no visibles=1)

Dado que el estudio trabaja con una muestra pequeña no se identifica fácilmente cual influye más, pero si podemos señalar que no existen diferencias relevantes pero si hay una tendencia a que si la lesión es visible tenderá a obtener mayor puntuación en el test DLQI, por lo tanto a mayor puntuación, peor CV.

Tras analizar la relación entre la zona de lesión y el cuestionario Rosenberg, no obtenemos significación estadística, pero vemos que los que tienen lesiones visibles obtienen un valor más bajo en la autoestima por tanto tienen peor autoestima. **(Tabla 11)**

Tabla 11. Relación localización de lesión y la puntuación en cuestionario Rosenberg.

VARIABLE		Rosemberg MEDIA/ DESV. TÍPICA.	SIGNIFICACIÓN (p)
<u>Característica de la lesión</u>	Visible	29,69/(±3,1)	0,65
	No visible	30,45/(±5,8)	

Al analizar CVD y CV general (DLQI/EQ-5D-3L) con las enfermedades concomitantes obtenemos significación clara, pacientes con otras patologías añadidas, por tanto, con peor salud, puntuaran peor en los cuestionarios de salud general. **(Tabla 12)**

Tabla 12. Relación de enfermedades concomitantes con test DLQI /EQ-5D-3L.

VARIABLE		TEST	RANGO PROMEDIO	SIGNIFICACIÓN (p)
<u>Enf. Concomitantes</u>	Cardiaca	<u>DLQI</u>	17,6	<u>0,04</u>
	Respiratoria		26,7	
	Diabética		21,1	
	Reumática		31	
	IQ		34,6	
	Pluripatología		29,7	
	Cardiaca	<u>EQ-5D-3L</u>	17,5	<u>0,01</u>
	Respiratoria		25	
	Diabética		14,5	
	Reumática		35,3	
	IQ		24,8	
	Pluripatología		38,8	

Se observa que tendrán más deteriorada la CVD los que padecen enfermedades reumáticas y los que hayan sufrido otras intervenciones quirúrgicas.

Con respecto la CV general tendrán peor percepción de la salud, por lo tanto peor CV los que sufran patologías reumáticas y los que sufran pluripatología.

7. DISCUSIÓN

El estudio que presentamos investiga la CV en pacientes con lesiones dermatológicas y la relación que tiene con la autoestima, en pacientes atendidos en consultas del Hospital de Alcañiz y hospitalizados en el servicio de dermatología en el Hospital Clínico de Zaragoza.

Realizamos un estudio en profundidad del cuestionario Rosemberg y la relación entre los test (EQ-5D-3L) y (DLQI), con las distintas variables.

Así pues, la salud en la vejez depende de los modos de vida, oportunidades de acceso a la protección y la promoción de la salud en el transcurso de la vida. Con el envejecimiento de la población cambian también los tipos de enfermedades predominantes ²².

En el estudio de Dr. Heriberto Colarte Jara, Prof. Dra. Lourdes Bolla de Lezcano y Prof. Dra. Oilda Knopfmacher, el 44,3% de los 284 pacientes analizados refirieron patologías crónicas concomitantes, donde 55 pacientes (19,3%) refirieron hipertensión arterial, y 30 pacientes (10,5%) diabetes ²³.

En nuestra investigación el 80 % sufre enfermedades concomitantes, destacando la patología cardiaca con un 31,7% y seguido de la pluripatología con un 18,3%.

Además hemos visto como el presentar más enfermedades concomitantes empeora la percepción de salud del paciente.

Según la bibliografía consultada ²⁴⁻²⁵, las lesiones dermatológicas han demostrado tener un importante impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, considerándose la psoriasis una de las enfermedades cutáneas más discapacitantes, tanto en la esfera psicológica como social. En nuestro estudio concretamente no se ve este resultado debido a la limitación de la pequeña muestra y variedad de diagnósticos evaluados.

Conclusiones más relevantes derivadas de los estudios de calidad de vida en dermatología, como el de Carrascosa J.M., ²⁶ dermatosis como la psoriasis, el acné o la dermatitis atópica son procesos de notable prevalencia en los que se ha demostrado un importante impacto subjetivo.

Existen algunas dermatosis que, a pesar de ser consideradas benignas y de escasa trascendencia para el médico, repercuten de forma muy negativa en la CV del paciente. En este apartado se incluirían, entre otras, el vitiligo y la urticaria crónica.

Estudios recientes de la CVD, (Jones M., Peñas P.)²⁷, han demostrado que la psoriasis en adultos causa un mayor impacto en la calidad de vida que la mayoría de las otras enfermedades de la piel. La calidad de vida es un concepto que los dermatólogos deben relacionar con bienestar físico, psicológico, social, sexual y ocupacional de la persona.

Al tratarse nuestro estudio de un screening sobre el paciente dermatológico en general, el test que utilizamos en este caso nos permite su uso de una forma amplia en todo tipo de afectación cutánea ²⁸. El DLQI tiene una gran versatilidad y supone la posibilidad de usarlo como instrumento único de estudio de calidad de vida en pacientes con enfermedad cutánea o como complemento a otros test de calidad de vida general, en nuestro caso el estudio del EQ-5D-3L, para enfermedades que asocien afectación cutánea.

Un estudio realizado en Quito (Perú) , con características similares al nuestro vemos que la calidad de vida es superior en las clases sociales altas con un mejor nivel de preparación, por tanto mientras más alto es el nivel de instrucción, mejor es la calidad de vida.

En nuestro grupo de estudio la mayoría de los pacientes tienen estudios primarios y su nivel de CV están dentro de los márgenes de normalidad, por un lado no hemos analizado estándar de vida y por otro lado podría ser que las responsabilidades y presiones a las que este tipo de pacientes está sometido, por su nivel sociocultural, podría ser los disparadores de su patología.

En otro estudio hecho en Chile ²⁹, centrado en las consultas dermatológicas realizadas en Atención Primaria, de un total de 8009 consultas un 9,6% fueron por morbilidad, de ellas un 8,4% en adultos y 11,25% en niños. En pacientes ancianos, según la etiología, la patología infecciosa (dermatomicosis) ocupó el primer lugar (50%). En segundo lugar se ubicó la patología alérgica (32%), seguida de la patología tumoral (7%). Estos resultados hacen recomendable aumentar la sensibilidad de los especialistas que atienden a personas mayores, para que sean diagnosticados y tratados adecuadamente.

En comparación con la población general, como han demostrado otros estudios ³⁰, los pacientes con enfermedades de la piel obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas para el bienestar psicosocial. Por otra parte, un menor bienestar psicológico se relacionó significativamente con mayores niveles de severidad de la enfermedad, menor calidad relacionada con la enfermedad de la vida, más larga duración de la enfermedad, mayor

comorbilidad y síntomas más físicos de la picazón, el dolor y la fatiga, fueron predictores significativos de bienestar psicosocial.

En nuestro estudio no hemos hallado grandes diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de salud y autoestima, y tras analizar la literatura consultada ³¹ coincidimos en una menor adaptación de la mujer a la enfermedad crónica dermatológica por la imposibilidad de llevar adelante tareas cotidianas.

Otro dato comparado con la bibliografía ³² fue la ocupación, en las mujeres predominan las amas de casa: 121 pacientes, en nuestro estudio siendo más de un 50 % las que se dedican a las tareas de ama de casa.

El tema de la influencia de la zona de la lesión dermatológica sobre la vida del paciente está por ser revelado ³³. Si comparamos calidad de vida y extensión de las lesiones tenemos que aumenta la severidad de la enfermedad, en nuestro caso hay una tendencia a que si la lesión es visible tenderá a obtener una menor CVD.

Por eso mismo, aunque la influencia de la enfermedad dermatológica con expresión sintomatológica alta sobre la calidad de vida de las personas afectadas es un hecho contrastado, en el ámbito de las enfermedades cutáneas leves se han encontrado resultados contradictorios.

Los resultados de un estudio realizado en 2008 en Tenerife ³⁴ muestran que las alteraciones dermatológicas leves afectan a la calidad de vida relacionada con la salud, pero no a la calidad de vida entendida como bienestar. Por lo que creemos que evaluar la CV estimada por extensión de área corporal afectada, no es buen predictor de calidad de vida.

Aspectos como la gravedad de la enfermedad, la percepción del paciente acerca de sí mismo y de su enfermedad, las características personales y de la personalidad, así como las cuestiones climáticas, son las variables implicadas en esta comprensión ³⁴.

Nuestro estudio se ve influenciado por la mayoría de personas casadas y viudas, dando esto gran importancia a la red de apoyo. Hay estudios que consideran que el tener apoyo social sufren menos síntomas de la enfermedad. La enfermedad crónica suele tener un impacto negativo sobre la propia red social, produciéndose un efecto retroalimentación, por el cual el deterioro de la red social lleva a un deterioro del funcionamiento social y finalmente al deterioro de calidad de vida. Esto en el caso de la familia es evidente que no ocurre, ya que juega un papel importante en el afrontamiento de la enfermedad.

En cualquier caso, las investigaciones realizadas hasta la fecha indican que el apoyo social se relaciona con la calidad de vida, reduciendo el impacto psicológico por tanto los niveles de estrés que puedan influir en la aparición o agravamiento de la enfermedad y influyendo en una mejora rehabilitación y mejores niveles de morbilidad. En nuestros resultados comprobamos como los pacientes casados obtenían menor puntuación en el Test EQ-5D-3L.

Finalmente quería indicar que según nuestro estudio, los que viven en zona rural disponen de mejor CV, presentando menos problemas de autoestima.

8. CONCLUSIÓN

- Los pacientes con lesiones dermatológicas analizados en las consultas de dermatología del Hospital de Alcañiz e ingresados en la planta dermatología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, presentan una CVD buena y apenas tienen efectos negativos para la vida. Además tienen un amplio listado de diagnósticos y lesiones en la piel muy variadas.
- Todos los hombres, presentan una percepción de salud buena (62,3) y en su valoración de la autoestima no tienen aspectos negativos (31,4).
- En el caso de las mujeres presentan una percepción de salud muy similar a la de los hombres (62,5), pero obtienen un valor más bajo en el test de la autoestima (29,3).
- En la evaluación del test de percepción general de salud (EQ-5D-3L) los pacientes tienen una media de (7,5) por tanto su salud buena.
- Es importante evaluar la calidad de vida de personas que presentan un padecimiento crónico, pero sin olvidarnos de la posible presencia de otras enfermedades asociadas que afecten a la percepción de la salud global.
- Al estudiar las diferentes enfermedades concomitantes y al analizarlas con el autoestima y la percepción de salud, no hay gran significación estadística, pero se puede destacar que, los que tienen enfermedades concomitantes tienen más baja la percepción de salud (61,5), frente a los que no tienen otras enfermedades crónicas (66,3).
- Vemos una pequeña diferencia en la percepción de la salud si diferenciamos el lugar de residencia, entorno rural o urbano, siendo mejor la percepción en Alcañiz (66,1), y más baja en Zaragoza (58,67). Respecto el autoestima no hay grandes diferencias.
- Con respecto a la zona de lesión, dado que el estudio trabaja con una muestra pequeña, no se identifica fácilmente cual influye más, pero si hay una tendencia a que si la lesión es visible tenderá a obtener mayor puntuación en el test DLQI.
- La CV se puede ver influenciada por la red de apoyo, en nuestro caso lo hemos analizado a través del estado civil y vemos como los que están casados disponen de una mejor CV.
- Sería recomendable ampliar los resultados de este estudio y a su vez, esenciales para mejorar la CV de estos pacientes.
- Los resultados obtenidos, aunque no sean extrapolables, dadas las características que tiene nuestro estudio, si son interesantes como punto de partida para nuevas investigaciones.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Dijkers, M. Quality of life of individuals with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement and research findings. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 2005;42 (3): 87-110.
2. Hernandez-Fernaund, E., Hernández, B., Ruiz, A., Rodríguez, A., Betancor, V. Impacto de las alteraciones dermatológicas de baja expresión en función del nivel de especificidad de la calidad de vida. *Psicothema* 2008;20: 273-278.
3. Rubino, I.A., Sonnino, A., Pezzaross, B., Ciani, N., Bassi, R. Personality disorders and psychiatric symptoms in psoriasis. *Psychological Reports*. 1995; 77:547-553
4. Horne, D.J., White, A.E., Varigos, G.A. A preliminary study of psychological therapy in the management of atopic eczema. *British Journal of Medical Psychology* 1989; 62: 241-248.
5. Feldman, S., Behnam, S.M., Behnam, S.E., Koo, J.Y. Involving the patient: impact of inflammatory skin disease and patient-focused care. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2005; 53: 78-85.
6. Antuna-Bernardo, S., Garcia-Vega, E., Gonzalez, A., Secade, R., Errasti, J., Iglesias, C. Perfil psicologico y calidad de vida en pacientes con enfermedades dermatológicas. *Psicothema* 2000;12: 30-34.
7. Niemeier, V., Kupfer, J., Demmelbauer-Ebner, M., Stangier, U., Effendy, I., Gieler, U. Coping with acne vulgaris. *Dermatology* 1998; 196: 108-115.
8. Zachariae, R., Zachariae, C., Ibsen, H., Mortensen, J.T., Wulf, H.C. Dermatology life quality index: Data from Danish inpatients and outpatients. *Acta Dermato-Venereology* 2000;80: 272-276.
9. Rodriguez-Marin, J., Pastor, A., Lopez –Roig, S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema* 1993; 5: 349-372.
10. Savely, V.R., Leitao, M.M., Stricker, R.B. El misterio de la enfermedad de Morgellons: infección o ilusión. *Am J Clin Dermatol* 2006; 7: 1-5
11. Delgado-Quiroz, M., Quincha-Barzallo, M., Méndez-Suarez, M. Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del Test SF-36 en pacientes de la Fundación de Psoriasis de la ciudad de Quito. *Dermatol. peru.* 2003; 13
12. Juan Y. M. Calidad de las ediciones de la vida en Psoriasis. San Francisco 2000
<http://www.psoriasis.org.ar/temas%20de%20psoriasis.htm>

13. Lancet. Psoriasis and Stress. 1998;351: 90-96
14. Tribo, M. Conexiones entre psoriasis y psiquiatría; actualización. Act Dermatol. 1998;11: 765-768.
15. Gordon, K. Psoriasis and psoriatic arthritis: An integrated approach. New York 2005: Springer.
16. Shelley, W. Consultations in dermatology. London 2006: Cambridge.
17. Lamond, A.J., et al. Medición y factores predictivos de la capacidad de resistencia de las mujeres residentes en la comunidad de aliso. J Psychiatry Res 2009; 43:148-54.
18. Ferreira, C.L., Santos, L.M., Maia, E.M. Resilience among the elderly cared for by the primary healthcare network in a city of northeast Brazil. Rev. Esc. Enferm. USP 2012; 46: 328-334.
19. Janssen, M.F., Birnie, E., Haagshma, J.A., Bonsel, G.J. Comparing the Standard EQ-5D Three-Level System with a Five-Level Version. [Value in Health](#). March–April 2008; 11: 275–284.
20. G. de Tiedra, A., Mercadal, J., Badía, X., Mascaró, J.M., Herdman, M., Lozano, R. Adaptación transcultural al español del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI): El Índice de Calidad de Vida en Dermatología. Actas Dermosifiliogr. 1998; 89(12):692-700.
21. Vázquez-Morejón, A.J., Jiménez García- Bóveda, R., Vázquez-Morejón Jiménez, R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. Sevilla 2004; 22 (2): 247-255.
22. Villanueva-Egan, L.A. Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. Rev Hosp Gral Dr. M Gea Gonzalez 2000;3 (3):107-114
23. Colarte-Jara, H., et al. Dermatitis de consulta más frecuente en pacientes geriátricos. An Fac Cienc Méd (Asunción) 2005; 38(3).
24. Fortune, D.G., Richards, H.L., Griffiths, C.E. Psychologic factors in psoriasis: consequences, mechanisms, and interventions. Dermatol Clin 2005: 23:681-94
25. Lustia, M.M., et al. Psoriasis: comorbilidades en nuestra población. Dermatol Argent. 2009;15 (5):340-3.
26. Carrascosa, J.M. Calidad de vida en dermatología. Servicio de Dermatología Hospital Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona Universitari Germans Trias i Pujol. 2001; 16: 169-171.

27. Jones, M., Peñas, P. Calidad de Vida (I) Generalidades. Act Dermosifilog. 2002; 93(7):421-31
28. Jones-Caballero, M., Peñas, P.F., García-Díez, A. Chren, M.M., Badía, X. La versión española de Skindex-29. Un instrumento de medida de la calidad de vida en pacientes con enfermedades cutáneas. Medicina Clínica. 2002; 118 (1):5-10.
29. Quiroz, M.D., Quincha-Barzallo, M., Méndez-Suarez, M. Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del Test SF-36V2 en pacientes de la Fundación de Psoriasis de la ciudad de Quito. Dermatol. Peru. Lima Sep./Dic. 2003; 13 (3)
30. Zedelman, V., Gómez, X., Galindo, T., Zegpi, E. Consulta dermatológica en atención primaria. Rev. Chilena Dermatol 2004; 20 (3): 164-168.
31. Verhoeven, E.W., et al. Psychosocial well-being of patients with skin diseases in general practic. Department of Medical Psychology, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen, The Netherlands. May 2007; 21(5):662-8
32. Lustia, M.M., et al. Severidad, calidad de vida y evolución de la psoriasis. Su relación en nuestra población. Psoriasis y CV. 2011; 1(2)
33. Wallig-Brusius-Ludwig, M.,I, Da Silva-Oliveira, M., Campio-Muller, M., Feliz-Duarte de Moraes, J. Quality of life and site of the lesion in dermatological patients: CLINICAL, EPIDEMIOLOGICAL, LABORATORY AND THERAPEUTIC INVESTIGATION. Dermatol. Rio de Janeiro. Mar./Apr. 2009; 84 (2)
34. Hernandez-Fernaund, E., Hernandez, B., Ruiz, A., Rodriguez, A., Betancor, V. Impacto de las alteraciones dermatológicas de baja expresión en función del nivel de especificidad de la calidad de vida. Universidad de La Laguna y Centro Medico Tenerife Salud. Psicothema 200; 20 (2): 273-278

ANEXO 1. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA OBTENCIÓN DE DATOS.
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DENTRO DEL SECTOR ZARAGOZA III

El presente documento es un formulario de solicitud para la realización de un proyecto de investigación, le sugerimos leer cuidadosamente cada uno de los rubros que contiene para garantizar que la información que proporcione sea completa.

Título del proyecto: "Estudio Piloto sobre la relación entre Autoestima y Calidad de Vida en pacientes dermatológicos"		
Nombre del solicitante: Lorena López Artal		Categoría profesional: DUE
Dirección: C/ Doctor Suarez Perdiguero Nº2,5ªA	Teléfono: 679014515	E-mail: lorenalopez.zgz@gmail.com
Tutor del proyecto: Lucía Tomás Aragonés		Institución responsable: Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud
Tipo de proyecto: <input type="checkbox"/> Tesis doctoral <input type="checkbox"/> Tesina <input type="checkbox"/> Proyecto FIS o similar <input type="checkbox"/> Comunicación <input type="checkbox"/> Trabajo de campo <input checked="" type="checkbox"/> Otro: Proyecto Fin de Master		
Resumen: (Máximo 300 palabras) 1.-Justificación: El presente estudio se encuadra dentro del Master de Gerontología Social como Proyecto Fin de Master que lo va a desarrollar D ^a Lorena López Artal, Enfermera del Servicio de Dermatología del Hospital Clínico de Zaragoza (planta de hospitalización) 2.- Objetivos: Como objetivo Principal es analizar la relación entre Autoestima y Calidad de Vida en pacientes dermatológicos, atendidos en la planta de hospitalización. Se plantea como objetivos secundarios evaluar las comorbilidades médicas y psicológicas presentes en los pacientes. 3.- Metodología: Se utilizarán las escalas siguientes: EQoL, DLQI, Rosenberg 4.- Aspectos éticos: Todos los datos obtenidos serán confidenciales y estarán protegidos con la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal. 5.- Conflicto de intereses: Todos los datos serán anónimos y codificados, mediante un código disociado que sólo será conocido por los investigadores.		



Recursos solicitados:

- ☒ Revisión de historias clínicas ☐ Uso de bases de datos ☒ Aplicación de encuestas
☐ *Realización de pruebas diagnósticas ☐ *Aplicación de tratamientos ☐ *Otros:

**Describir el tipo de pruebas diagnósticas, tratamiento a utilizar o en su caso cualquier otro recurso solicitado.*

Duración y cronograma de actividades:

Pase de las tres encuestas nombradas anteriormente , duración no más de 15 minutos.

Análisis de costes: *(Especificar los costes derivados de la realización del proyecto)*

El proyecto se realizara a coste "0"

Firma del Solicitante:

Firma del Tutor:

Fdo:

Fdo:

Lugar y Fecha

En, Zaragoza, a 20 de Diciembre de 2012



ANEXO 2. FICHA RECOGIDA DE DATOS, INFORMACIÓN A PACIENTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.

PROYECTO FIN DE MASTER : GERONTOLOGIA SOCIAL

Título del Proyecto: “Estudio Piloto sobre la relación entre Autoestima y Calidad de Vida en pacientes dermatológicos, atendidos en consultas externas y en planta de hospitalización de dermatología”.

FICHA DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____

Sexo: Hombre _____ Mujer _____

Localidad de residencia: _____

Estado civil:

Soltero/a _____

Casado/a o con pareja _____

Separado/a , Divorciado/a _____

Viudo/a _____

Nivel de estudios:

Sin estudios _____

Primaria _____

Secundaria _____

Superiores _____

Situación laboral:

Ama de casa _____

Empleado/a _____

Jubilado/a _____

Incapacitado/a _____



Diagnostico dermatológico: _____

Gravedad: Leve _____

Moderado _____

Grave _____

¿Tiempo de evolución? _____ años/meses – (tachar lo que no corresponda)

Zona de localización de la/as lesión/es:

Cráneo _____

Cara _____

Cuello _____

Tronco _____

Brazos/antebrazos _____

Manos _____

Muslos/piernas _____

Pies _____

Tipo de tratamiento:

Tópico

Oral

Parenteral

Nivel o grado de preocupación por su enfermedad de la piel:

Indique la intensidad su preocupación: (0=no preocupación, 10=preocupa muchísimo)



Sin preocupación

Preocupación intensa



Enfermedades concomitantes (SI/NO) ¿cuáles? ¿Desde cuando?:

Enfermedad cardiovascular _____

Enfermedad respiratoria crónica _____

Diabetes _____

Enfermedad reumatológica _____

Otras enfermedades _____

¿Cuáles? _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto: “Estudio Piloto sobre la relación entre Autoestima y Calidad de Vida en pacientes dermatológicos, atendidos en consultas externas y en planta de hospitalización de dermatología”.

Yo,(nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con:.....(nombre de la investigadora)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque lo que proceda)

Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

.....
.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma de la Investigadora:

Fecha:

.....
.....

C/ Doctor Repolles, 2
44600 Alcañiz
Teléfono: 978 830 100

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIO: ACVDA-2012 Versión: 1.0 – fecha 16122012

GAI + ΨD GRUPO ARAGONES
de INVESTIGACION en PSICODERMATOLOGIA

Asociado al **IACS** Instituto Aragonés de
Ciencias de la Salud



DOCUMENTO DE INFORMACION A PACIENTES

Título del Proyecto: “Estudio Piloto sobre la relación entre Autoestima y Calidad de Vida en pacientes dermatológicos, atendidos en consultas externas y en planta de hospitalización de dermatología”.

El presente estudio se encuadra dentro del Master de Gerontología Social como Proyecto Fin de Master que va a desarrollar D^a Lorena López Artal, Enfermera del Servicio de Dermatología del Hospital Clínico de Zaragoza. Planta de Hospitalización.

Participa como Tutora del Proyecto Fin de Master la Dra./Prof. Lucía Tomás Aragonés, Investigadora del Grupo Aragonés de Investigación en PsicoDermatología. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Facultad de Educación de la Universidad de Zaragoza.

El Objetivo Principal de este proyecto de investigación es analizar la relación entre Autoestima y Calidad de vida en pacientes dermatológicos, atendidos en consultas externas y en planta de hospitalización de dermatología.

En el estudio se plantea como **objetivo secundario** evaluar las comorbilidades medicas y psicológicas presentes en los pacientes.

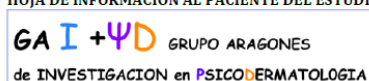
El diseño del estudio es descriptivo, observacional y transversal con pacientes dermatológicos ambulatorios y hospitalizados de ambos sexos y de ≥ 60 años de edad de los ámbitos de influencia de los hospitales de Alcañiz y Clínico Universitario de Zaragoza.

En el hospital de Alcañiz se reclutaran 30 pacientes ambulatorios y en el Clínico de Zaragoza 30 pacientes hospitalizados.

Todos los datos obtenidos serán confidenciales y estarán protegidos con la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal. Todos los datos serán anónimos y codificados, mediante un código disociado que solo será conocido por los investigadores. Todo el estudio se realiza de acuerdo con los principios de la declaración de Helsinki. El Proyecto se realizara a coste “0” y está promovido por el GAI+PD.

c/ Doctor Repolles, 2
44600 Alcañiz
Teléfono: 978 830 100

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE DEL ESTUDIO: ACVDA-2012 Versión: 1.0 - fecha: 16122012



Asociado al  Instituto Aragonés de
Ciencias de la Salud



Unidad Clínica Dermatología
HOSPITAL DE ALCAÑIZ

La participación en el presente proyecto de investigación es voluntaria y se puede abandonar en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que ello repercuta en los cuidados médicos que se tengan que prestar por razón de su enfermedad dermatológica.

Su participación consistirá en 1. Cumplimentar un cuestionario de datos socio-demográficos (sexo, edad, nivel de estudios, diagnóstico dermatológico, evaluación de la intensidad, duración del proceso y localización de las lesiones, etc.). 2. Cumplimentar 3 cuestionarios que evalúan calidad de vida general, calidad de vida dermatológica y autoestima.

El presente proyecto se va a realizar simultáneamente en el Hospital de Alcañiz y en el Clínico de Zaragoza.

Firma del participante _____

Fecha: _____

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado, siendo el Responsable del Proyecto la Dra. Lucía Tomás Aragonés, investigadora del Grupo Aragonés de Investigación en PsicoDermatología. Unidad Clínica de Dermatología Hospital de Alcañiz. Teléfono de contacto 978 830100.

Firma de la Investigadora _____

Fecha: _____

C/ Doctor Repolles, 2
44600 Alcañiz
Teléfono: 978 830 100

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE DEL ESTUDIO: ACVDA-2012 Versión: 1.0 – fecha: 16122012



Asociado al  Instituto Aragonés de
Ciencias de la Salud