

Impacto de las alteraciones dermatológicas de baja expresión en función del nivel de especificidad de la calidad de vida

Estefanía Hernández-Fernaud, Bernardo Hernández, Antonia Ruiz*, Armando Rodríguez y Verónica Betancor
Universidad de La Laguna y * Centro Médico Tenerife Salud

El impacto de las enfermedades dermatológicas sobre la calidad de vida está relativamente bien establecido, aunque existen resultados que no apoyan esta relación. Mientras que unos estudios señalan una disminución de distintos indicadores de calidad de vida en situaciones de enfermedad, en otros no se ha observado ese efecto. La utilización de conceptos diferentes de calidad de vida y/o la comparación entre diferentes grados de severidad de las patologías podrían estar a la base de estas diferencias. Esta investigación analiza el impacto de la enfermedad dermatológica de baja expresión sintomatológica sobre diferentes conceptualizaciones de calidad de vida. 299 personas cumplimentaron un cuestionario que evaluaba expresión sintomatológica, impacto psicológico y psicosocial, y satisfacción general y específica. Los resultados 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.

Impact of low-level expression dermatological diseases on the quality of life as a function of its level of specificity. The impact of dermatological diseases on the quality of life is relatively well established, although some results do not support this relationship. Whereas a few studies indicate a decrease in various indicators of quality of life in conditions of disease, in other studies, this effect has not been observed. These differences can be explained by the use of different concepts of quality of life and / or the comparison of different severity levels of the diseases. The purpose of this paper is to analyze the impact of low-level expression dermatological diseases on various concepts of quality of life. Two hundred-ninety-nine participants completed a questionnaire about symptoms, psychological and psychosocial impact, and general and specific satisfaction. Results show that minor dermatological diseases affect health-related quality of life, but not quality of life considered as well-being.

La salud es un componente fundamental de la calidad de vida, de manera que cuando se deteriora repercute en el bienestar, sobre todo cuando la enfermedad se presenta con sintomatología severa (Dijkers, 2005; Pantiga et al., 2005; Velanovich, 2000). Sin embargo, las enfermedades de la piel no es preciso que se presenten con severidad para que produzcan secuelas psicosociales importantes. Concretamente, se han registrado síntomas de ansiedad, estrés y depresión en trastornos como alopecia areata (Gupta, Gupta y Watteel, 1997), psoriasis (Rubino, Sonnino, Pezzarossa, Ciani, y Bassi, 1995) y diversos tipos de dermatitis (Horne, White, y Varigos, 1989). Así, por ejemplo, algunos autores llegan a considerar que los trastornos psicológicos y sociales que experimentan los pacientes de dermatitis atópica son comparables a los que afrontan los pacientes con diabetes tipo 2 y los pacientes con hipertensión (Feldman, Behman, Behman, y Koo, 2005). Además, la mayoría de los estudios coinciden en que las enfermedades dermatológicas afectan a la calidad de vida en distintos escenarios de los pacien-

tes, desde el ámbito académico y laboral hasta las decisiones económicas y las relaciones informales con las propias redes sociales (Antuña-Bernardo, García-Vega, González, Secades, Erraste, e Iglesias, 2000; Niemeier, Kupfer, Demmelbauer-Ebner, Stangier, Efendi, y Gieler, 1998). El impacto de la enfermedad dermatológica puede ser tan grande que afecte a aspectos centrales de la identidad de las personas como el autoconcepto y la autoestima (Zachariae, Zachariae, Ibsen, Mortensen, y Wulf, 2000).

Sin embargo, la investigación sobre la relación entre calidad de vida y enfermedades de la piel con baja expresión sintomatológica se caracteriza por la falta de convergencia en los resultados. De hecho hay distintos estudios que no encuentran relación entre las medidas físicas de la enfermedad y las medidas de calidad de vida. Por ejemplo, Nichol, Margolis, Lippa, Rower y Quell (1996) no encuentran diferencias en la calidad de vida de pacientes con psoriasis media-moderada y de la población general cuando se utilizan medidas generales de calidad de vida, mientras que sí observan diferencias cuando utilizan medidas específicas de calidad de vida relacionadas con la enfermedad. Asimismo, Sampogna, Sera, Aveni e IMPROVE (2004) encuentran una baja correlación entre las variables clínicas que definen la psoriasis y la calidad de vida. Concretamente, obtienen que medidas relacionadas entre sí como son la calidad de vida dermatológica y el impacto de la psoriasis, correlacionan poco con los indicadores clínicos de la enfermedad. Otros trabajos señalan que la severidad de la enfermedad correla-

ción negativamente con la calidad de vida en los ámbitos físico y psicológico, mientras que el impacto sobre las relaciones sociales no es significativo (Vardy, Besser, Amir, Gesthalter, Biton, y Buskila, 2002).

La falta de consistencia en los resultados puede deberse a que se han utilizado diferentes conceptualizaciones y medidas de la calidad de vida. Es posible que al entenderla unos en términos de su relación con la salud y otros en términos de bienestar y satisfacción con la vida se haya producido una confusión más conceptual que empírica. El propósito de esta investigación es contribuir a aclarar este escenario abordando simultáneamente distintas conceptualizaciones y medidas de calidad de vida relacionadas con la salud y analizando el impacto que la enfermedad dermatológica leve tiene sobre el repertorio de representaciones y medidas de la calidad de vida.

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 (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993).

En síntesis, los resultados contradictorios encontrados sobre el efecto de la enfermedad dermatológica de baja expresión en la calidad de vida pueden deberse a esta diferente conceptualización de la calidad de vida. De manera que en las patologías graves se deterioran todos los componentes de la calidad de vida, mientras que en las moderadas o leves sólo se ven afectados algunos de ellos.

Puesto que la relación de las enfermedades de la piel con alta expresión sintomatológica y la calidad de vida está relativamente bien establecida, este trabajo analiza el impacto de la enfermedad dermatológica leve sobre diferentes conceptualizaciones de calidad de vida. Concretamente, esperamos que la enfermedad dermatológica con expresión leve afecte a la calidad de vida relacionada con la salud, pero no a la calidad de vida entendida como bienestar y satisfacción con la vida.

Método

Participantes

Participaron en la investigación 299 personas con edades entre 17 y 82 años, con una media de 31.48 (d.t.= 14.42); siendo el 65.4% mujeres y el 34.6% varones. Los estudiantes universitarios representaron el 50.5% de la muestra, el 37.5% desempeñaba alguna actividad laboral y el 11.9% restante lo constituyeron desempleados, jubilados y amas de casa. En la tabla 1 se presenta la distribución de la muestra segmentada por edad y género.

Diseño

Atendiendo a los criterios de clasificación del método propuestos por Montero y León (2005), en esta investigación se ha utilizado un diseño ex post facto prospectivo simple. Se ha utilizado una variable independiente intergrupo y cuatro variables depen-

dientes. Concretamente, se analizó el efecto de la variable independiente clasificatoria Alteración dermatológica leve (Ausencia/Presencia), sobre dos medidas de impacto de la enfermedad dermatológica (Impacto psicológico e impacto psicosocial) y sobre dos medidas de calidad de vida (Satisfacción específica y Satisfacción general).

La distribución de los participantes en los dos grupos de la variable independiente se realizó considerando tres criterios: haber consultado o no con un médico especialista en Dermatología, haber recibido tratamiento o no para la alteración, y la frecuencia de aparición de la alteración en el último mes.

También se utilizó una variable de control, Expresión de sintomatología cutánea, para validar la clasificación de los participantes en los dos niveles de la variable independiente.

Materiales

Se utilizó una batería compuesta por cinco instrumentos escalares. El primer instrumento fue diseñado para esta investigación con el objeto de identificar la sintomatología dermatológica y cuantificar el grado de expresión de las alteraciones dermatológicas y comportamientos relacionados con dichas alteraciones. Los otros cuatro instrumentos evalúan la calidad de vida con diferentes grados de especificidad: impacto psicológico de las condiciones de la piel, impacto psicosocial de las alteraciones cutáneas, calidad de vida entendida como satisfacciones específicas y satisfacción general con la vida. Se elaboraron tres versiones de la batería, que variaban en el orden de presentación de los instrumentos.

Escala de Identificación y Expresión de Sintomatología Cutánea

La escala estaba compuesta por un listado de 26 alteraciones dermatológicas que aparecen en la tabla 2. Para incluir las distintas alteraciones se tuvo en cuenta que fueran habituales, se tratara de descripciones sencillas que no requirieran de un conocimiento dermatológico previo para evaluar su presencia, no supusiesen necesariamente una patología grave, pero que cuando se presentan en su forma más agresiva pueden afectar la vida de las personas. 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».

Posteriormente, los participantes debían seleccionar aquella alteración que más condicionara su vida y 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?), alte-

Tabla 1
Distribución de la muestra por intervalos de edad y género

	Hombres	Mujeres	Total
Edad ≤21 años	4	63	67
Edad 22-25 años	39	53	92
Edad 26-40 años	31	36	67
Edad ≥ 41 años	27	46	73
Total	101	198	299

raciones 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 se estimó mediante la consistencia interna, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0.81. Todas las preguntas se respondían 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 obtuvo una puntuación media que indicaba el grado de expresión de la alteración seleccionada.

Escala de Impacto psicológico de las condiciones de la piel

Esta escala evaluaba 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 (Chren, Lasek, Quinn, Mostow, y Zyzanski, 1996; Jones-Caballero, Peñas, García-Díez, Chren, y Badía, 2002).

Para esta investigación se seleccionaron 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 enfadado con el estado de mi piel»). Los participantes debían 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). Cuanto 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 obtuvo un alfa de Cronbach de 0.90.

Escala de Impacto psicosocial de las alteraciones cutáneas

Esta escala de ocho ítems se diseñó con el propósito de medir el impacto psicosocial de la enfermedad. Las cuestiones planteadas hacían referencia a la medida en que la alteración seleccionada afectaba a las relaciones interpersonales (por ejemplo, ¿La alteración afecta a las relaciones afectivas con sus amigos?), a las actividades laborales (por ejemplo, ¿En qué medida cree que su alteración dermatológica podría dificultar en el futuro encontrar trabajo o promocionar en él?, y de ocio (¿La alteración afecta a actividades relacionadas con el ocio y el tiempo libre?). Todas las cuestiones se respondían en una escala tipo Likert de 5 puntos, variando las etiquetas de cada anclaje en función del tipo de pregunta. De esta manera, una puntuación alta refleja mayor impacto psicosocial de la alteración y, por lo tanto, una menor calidad de vida. El alfa de Cronbach de esta escala es 0.84.

Escala de calidad de vida entendida como satisfacciones específicas

La 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.

Escala de Satisfacción general con la vida

La Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction With Life Scale –SWLS–) es una medida global de satisfacción en términos de bienestar subjetivo (Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985). Se trata de un factor general que no evalúa satisfacción con dominios específicos. La escala presenta buena convergencia con otras escalas, adecuada estabilidad temporal y sensibilidad a los cambios (Pavot y Diener, 1993). Consta de cinco ítems que se contestan en 7 puntos de anclaje (por ejemplo, «En general mi vida se acerca bastante a mi ideal», «Mis condiciones de vida son buenas»).

En esta investigación se introdujeron dos modificaciones a la versión original. Por un lado, las respuestas se realizaban en términos de frecuencia y no de intensidad y, por otro lado, los participantes evaluaban la frecuencia en una escala de respuesta con cinco puntos de anclaje (1= Nunca; 5= Muchas veces). Una puntuación alta en esta escala refleja una calidad de vida alta. Esta escala obtuvo un alfa de 0.85 calculada mediante consistencia interna.

Procedimiento

En una actividad práctica se solicitó a estudiantes de Psicología que cumplimentaran el cuestionario (n= 108). Además, entrevistadores entrenados aplicaron el cuestionario individualmente a personas no universitarias siguiendo un muestreo incidental de cuotas por género e intervalos de edad (n= 194). Se eliminaron tres casos por no haber respondido adecuadamente.

Resultados

Las respuestas de los participantes a la Escala de Identificación y Expresión de Sintomatología Cutánea se presentan en la tabla 2, donde se incluyen frecuencias de elección de la alteración por sexos y media en expresión sintomatológica de cada alteración para cada sexo. Los valores medios de expresión sintomatológica oscilan desde 1.11 a 2.20. Teniendo en cuenta que la escala de respuesta es de 1 a 5, las medias obtenidas ponen de manifiesto que se trata de alteraciones leves. Entre estas alteraciones, aquellas que condicionaban la vida en mayor medida son la presencia de granos o espinillas en la cara, la sensibilidad de la piel al sol y la celulitis.

Del total de la muestra se seleccionaron y agruparon los participantes en los dos niveles de la variable independiente, «Alteración dermatológica leve» (Ausencia/Presencia), atendiendo a los

tres criterios señalados anteriormente. Así, el grupo de Ausencia de la alteración quedó formado por 67 personas que no habían acudido a un dermatólogo, que no recibían tratamiento para la alteración y ésta había aparecido con muy poca frecuencia en el último mes. El grupo de Presencia de la alteración estaba formado por 39 participantes que sí habían consultado a un dermatólogo y habían recibido tratamiento para su alteración, cuya prevalencia durante el último mes había sido alta.

Para verificar la bondad teórica de la segmentación de la muestra en dos grupos extremos se realizó una prueba T para muestras independientes que resultó estadísticamente significativa ($t(48)=$

5.69, $p \leq .01$). El grupo de Ausencia de la alteración mostró menor expresión de la alteración ($M= 1.33$) que el grupo de Presencia ($M= 1.95$). Además, se comprobó si existían o no diferencias en las variables sexo y edad entre ambos grupos. La *t* de Student mostró que la edad media para los dos grupos no difería significativamente y la prueba χ^2 mostró que la distribución de los sexos en ambos grupos era equivalente.

Para contrastar la hipótesis formulada se realizaron dos análisis de varianza multivariante, uno para las medidas dependientes calidad de vida relacionada con la salud (Impacto psicológico e Impacto psicosocial), y otro para las medidas calidad de vida como

Tabla 2
Frecuencia de elección de la alteración por sexos y media de expresión sintomatológica por sexos en función de la alteración de la piel señalada como la que más afecta su vida

ALTERACIÓN	Frecuencia		Expresión sintomatológica	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Granos, espinillas o quistes en cara	13	32	1.42	1.50
Piel sensible al sol	8	21	1.75	1.96
Celulitis	1	25	1.11*	1.34
Caída de pelo en cuero cabelludo	11	12	1.22	1.42
Sequedad de la piel	6	16	1.33	1.52
Caspa y/o grasa en cuero cabelludo	11	10	1.51	1.55
Piel velluda	8	10	1.27	1.41
Estrías	4	9	1.19	1.17
Sudor en exceso	5	7	1.26	1.29
Picor en la piel	5	7	2.20	2.20
Cicatrices o marcas en cuerpo	8	2	1.35	1.43
Varices	1	9	1.33*	2.02
Cicatrices u otras marcas en cara	4	5	1.25	1.66
Herpes	4	3	1.77	1.92
Placas rojas con escamas	4	2	2.27	2.33
Manchas blancas	0	6	–	1.79
Manchas oscuras	1	4	1.50*	1.50
Verrugas	1	2	1.66*	1.27
Piel sensible a ropas y/o cosméticos	0	2	–	1.83
Lunares	0	2	–	1.33
Pecas	1	1	1.00*	1.22*
Hongos	1	1	1.55*	2.75*
Otras	4	10	1.22	2.11
Total	101	198	1.47	1.60

* El valor corresponde a la puntuación de un único participante

Tabla 3
Medias, errores típicos y desviaciones típicas de impacto psicológico, impacto psicosocial, satisfacción específica y satisfacción general para el total de participantes, y para los grupos extremos Ausencia y Presencia de la alteración

	Total participantes (n= 299)		Grupo ausencia (n= 67)		Grupo presencia (n= 39)	
	M	DT	M	DT	M	DT
Impacto psicológico	1.52	0.58	1.32	0.43	2.08	0.72
Impacto psicosocial	1.41	0.52	1.30	0.54	1.53	0.53
Satisfacción específica	3.40	0.51	3.42	0.54	3.42	0.57
Satisfacción general	3.52	0.82	3.64	0.78	3.36	0.76

satisfacción (Satisfacción específica y Satisfacción general), empleando como variable independiente Presencia vs. Ausencia de la alteración en ambos análisis. En la tabla 3 se presentan las medias y desviaciones típicas de las medidas dependientes para el total de la muestra y en cada grupo.

Efecto de la presencia de la alteración dermatológica sobre las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud

La prueba M de Box sobre la igualdad de las varianzas fue estadísticamente significativa ($F(3, 209227) = 5.36, p \leq .01$), por lo que se utilizó el estadístico Traza de Pillai para determinar la significación estadística de las diferencias. Se obtuvo un efecto significativo de la variable Presencia de la alteración sobre las dos variables dependientes ($F(2, 103) = 22.85, p \leq .01; \eta^2 = .307$). Los contrastes univariados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en Impacto psicológico ($F(1, 104) = 45.55, p \leq .01; \eta^2 = .30$) y en Impacto psicosocial ($F(1, 104) = 4.34, p \leq .05; \eta^2 = .04$). El grupo de Presencia de la alteración valoró de forma más negativa que el grupo de Ausencia de la alteración su calidad de vida relacionada con la salud, tanto en la valoración del impacto psicológico como en la evaluación del impacto psicosocial.

Efecto de la presencia de la alteración dermatológica sobre las medidas de calidad de vida como satisfacción

En este análisis, la prueba M de Box sobre la igualdad de las varianzas no fue estadísticamente significativa ($F(3, 209227) = 0.74, n.s.$). El contraste multivariado mostró que no existe efecto significativo de la variable Presencia de la alteración sobre las dos variables dependientes ($F(2, 103) = 2.48, n.s.$). Los contrastes univariados tampoco mostraron diferencias significativas entre los grupos de Ausencia y Presencia de la alteración en las medidas globales de calidad de vida, Satisfacción específica ($F(1, 104) = 0.003, n.s.$) y Satisfacción general ($F(1, 104) = 3.39, n.s.$).

Discusión y conclusiones

Las condiciones de la piel son elementos relevantes en la autoimagen, la autoestima y las relaciones sociales, llegando incluso a ser activadoras de los procesos de categorización social y discriminación (Granfield, Thompson, y Turpin, 2005; Taylor, Fiske, Etoff, y Ruderman, 1978). De manera que es razonable esperar que cuando este órgano está dañado el impacto sobre el bienestar será importante.

Sin embargo, 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. En este trabajo se ha postulado que estas diferencias de resultados pueden deberse a la diferente conceptualización de

la calidad de vida, que en ocasiones se estudia en términos globales, mientras que en otras se analiza en relación con la salud.

Esta investigación ha demostrado que las enfermedades cutáneas leves afectan a la calidad de vida relacionada con la salud, pero no al bienestar entendido como satisfacción con la vida. En este sentido, se ha encontrado que las personas con enfermedades dermatológicas leves tienen mayores puntuaciones en las escalas de impacto psicológico y psicosocial que las personas en las que la enfermedad no está presente. Por otro lado, en las medidas de satisfacción con la vida, tanto específica como general, las puntuaciones obtenidas por ambos grupos son similares.

Los resultados muestran que, de acuerdo con la hipótesis de partida, la presencia de las alteraciones dermatológicas de baja expresión impactan sobre la calidad de vida de las personas que las padecen. No obstante, este efecto, en línea de los resultados obtenidos por Nichol et al. (1996), sólo se constata cuando se utiliza como indicadores de calidad de vida medidas específicas que incidan en emociones, sentimientos y autoimagen.

Estas conclusiones se sustentan en unos procedimientos que han mostrado niveles adecuados de fiabilidad y validez. Así, la identificación de las personas con alteraciones de baja expresión sintomatológica se ha realizado en base a autovaloraciones de la alteración. Los estudios sobre la fiabilidad y validez de los autoinformes de enfermedades de la piel han puesto de manifiesto la adecuación de este procedimiento como instrumento para el diagnóstico y la investigación. También se ha comparado las estimaciones realizadas por los pacientes con el examen clínico posterior, obteniéndose un alto porcentaje de coincidencia, independientemente del procedimiento de autoevaluación, del tipo de alteración y de las características de los pacientes (Feldman et al., 1996; Löffler, Dickel, Kus, Diepgen, y Effendy, 2001; Mazzoti et al., 2003; Rapp, Cottrell, y Leary, 2001). Asimismo, los instrumentos utilizados para evaluar la calidad de vida poseen amplia tradición en el campo de estudio y han mostrado índices de fiabilidad adecuados, características que junto al hecho de ser cortos y de fácil administración los hace útiles para la práctica clínica.

Otra característica de este estudio es que el efecto diferencial de la enfermedad leve sobre la calidad de vida se ha producido en dos medidas convergentes, es decir, la enfermedad leve influye en las dos medidas de calidad de vida relacionadas con la salud, y no tiene efecto en las dos medidas de calidad de vida entendidas como bienestar. Este hecho apoya la validez de los resultados obtenidos. Asimismo, es factible generalizar las conclusiones de esta investigación al conjunto de las alteraciones cutáneas de baja expresión ya que no se ha estudiado un único tipo de alteración como suele ser habitual.

En conclusión, la utilización de medidas globales puede llevar a entender que la calidad de vida no se ve influida por este tipo de alteración cutánea, cuando realmente existe un impacto psicológico y psicosocial importante. Por lo tanto, en la práctica clínica psicológica y dermatológica es necesario prestar atención al impacto de este tipo de alteraciones.

Referencias

- Antuña-Bernardo, S., García-Vega, E., González, A., Secades, R., Errasti, J., e Iglesias, C. (2000). Perfil psicológico y calidad de vida en pacientes con enfermedades dermatológicas. *Psicothema*, 12 (suplemento 2), 30-34.
- Burckhardt, C.S., y Anderson, K.L. (2003). The quality of life scale (QOLS): Reliability, validity and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 60.
- Chren, M.M., Lasek, R.J., Quinn, L.M., Mostow, E.N., y Zyzanski, S.J. (1996). Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: Reliability, validity and responsiveness. *Journal of Investigative Dermatology*, 107, 707-713.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dijkers, M. (2005). Quality of life of individuals with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement and research findings. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 42(3), 87-110.
- Feldman, S., Behnam, S.M., Behnam, S.E., y Koo J.Y. (2005). Involving the patient: impact of inflammatory skin disease and patient-focused care. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 53(1), Suplemento 1, 78-85.
- Feldman, S., Fleischer, A.B., Reboussin, D.M., Rapp, S., Exum, M.L., Clark, A.R., et al. (1996). The self-administered psoriasis area and severity index is valid and reliable. *Journal of Investigative Dermatology*, 106(1), 183-186.
- Flanagan, J.C. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33, 138-147.
- Granfield, T.A., Thompson, A.R., y Turpin, G. (2005). An attitudinal study of responses to a range of dermatological conditions using the implicit association test. *Journal of Health Psychology*, 10(6), 821-829.
- Gupta, M.A., Gupta, A.K., y Watteel G.N. (1997). Stress and alopecia areata: A psychodermatologic study. *Acta Dermato-Venereologica*, 77(4), 296-8.
- Horne, D.J., White, A.E., y Varigos, G.A. (1989). A preliminary study of psychological therapy in the management of atopic eczema. *British Journal of Medical Psychology*, 62(3), 241-248.
- Jones-Caballero, M., Peñas, P.F., García-Díez, A., Chren, M.M., y Badía, X. (2002). La versión española de Skindex-29. Un instrumento de medida de la calidad de vida en pacientes con enfermedades cutáneas. *Medicina Clínica*, 118(1), 5-9.
- Löffler, H., Dickel, H., Kus, O., Diepgen, T.L., y Effendy, I. (2001). Characteristics of self-estimated enhanced skin susceptibility. *Acta Dermato Venereologica*, 81, 343-346.
- Mazzotti, E., Picardi, A., Sampogna, F., Sera, F., Pasquini, P., Abeni, D., y The IDI multipurpose psoriasis research on vital experiences (improve) study group (2003). Sensitivity of the dermatology life quality index to clinical change in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 149, 318-322.
- Montero, I., y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Nichol, M.B., Margolis, J.E., Lippa, E., Rower, M., y Quell, J. (1996). The application of multiple quality of life instruments in individuals with mild-to-moderate psoriasis. *Pharmacoeconomics*, 10, 644-653.
- Niemeier, V., Kupfer, J., Demmelbauer-Ebner, M., Stangier, U., Effendy, I., y Gieler, U. (1998). Coping with acne vulgaris. *Dermatology*, 196, 108-115.
- Pantiga, C., López, L., Pérez, M., Rodríguez, M., Linares, A., Dieguez, L.G., Alonso, P., Hernández-Mejía, R., y Rodrigo, L. (2005). Quality of life in cirrhotic patients and liver transplant recipients. *Psicothema*, 17(1), 143-147.
- Pavot, W., y Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Rapp, S.R., Cottrell, C.A., y Leary, M.R. (2001). Social coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients. *British Journal of Dermatology*, 145, 610-616.
- Rodríguez Marín, J., Pastor, A., y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, Suplemento, 349-372.
- Rubino, I.A., Sonnino, A., Pezzarossa, B., Ciani, N., y Bassi, R. (1995). Personality disorders and psychiatric symptoms in psoriasis. *Psychological Reports*, 77(2), 547-553.
- Sampogna, S., Sera, F., Aveni, D., e IMPROVE (2004). Measures of clinical severity, quality of life and psychological distress inpatients with psoriasis: A cluster analysis. *Journal of Investigative Dermatology*, 122(3), 602-607.
- Taylor, S.E., Fiske, S.T., Etcoff, L., y Ruderman, A. (1978). Categorical and contextual bases of person memory and stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 778-93.
- Vardy, D., Besser, A., Amir, M., Gesthalter, B., Biton, A., y Buskila, D. (2002). Experiences of stigmatization play of role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *British Journal of Dermatology*, 147(4), 736-742.
- Velanovich, V. (2000). Quality of life and severity of symptoms in gastroesophageal reflux disease: A clinical review. *European Journal of Surgery*, 166, 516-525.
- Zachariae, R., Zachariae, C., Ibsen, H., Mortensen, J.T., y Wulf, H.C. (2000). Dermatology life quality index: Data from Danish inpatients and outpatients. *Acta Dermato-Venereologica*, 80, 272-276.