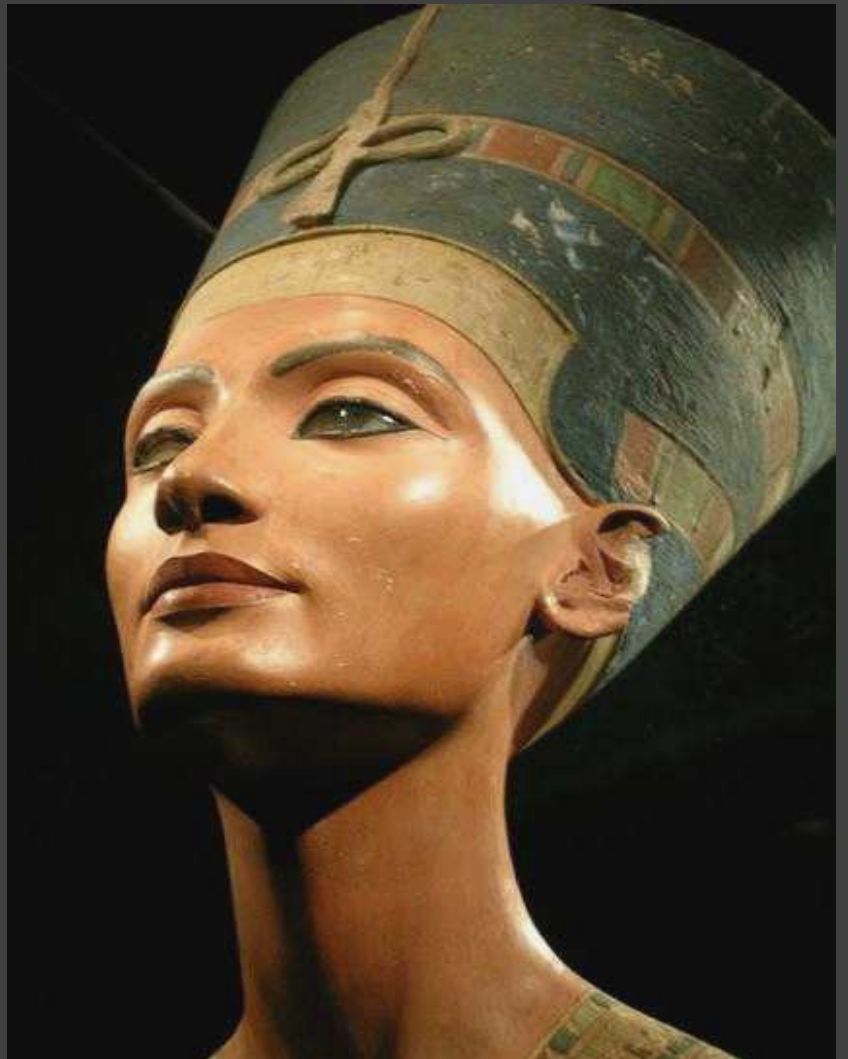




Universidad de Alcalá

Departamento de Especialidades Médicas

Maquillaje Terapéutico en personas con
lesiones desfigurantes



Tesis Doctoral
Ángeles de la Riva Grandal
2012

[Escriba texto]



**DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
FACULTAD DE MEDICINA.**

**MAQUILLAJE TERAPEUTICO EN
PERSONAS CON LESIONES
DESFIGURANTES**

Estudio prospectivo con mediciones antes-después

Tesis doctoral

Ángeles de la Riva Grandal

Director: Dr. Pedro Jaén

Codirectora: Montserrat Fernández Guarino

Madrid 2012

Índice general

1. Agradecimientos.....	8
2. Abreviaturas.....	9
3. Tablas.....	11
4. Figuras.....	12
5. Gráficos.....	13
6. Introducción.....	15
6.1. Justificación.....	15
6.2. Revisión bibliográfica.....	16
6.3. Autoconcepto. Autoimagen.....	18
6.4. Estigmas.....	19
6.5. Impacto psicosocial.....	21
6.6. Cuestionarios.....	23
6.7. Historia del maquillaje.....	30
6.7.1. Antecedentes históricos.....	30
6.7.2. Estado Actual.....	33
6.7.2.1. Acné.....	33
6.7.2.2. Vitíligo.....	39
6.7.2.3. Psoriasis.....	41
6.7.2.4. Dermatitis atópica.....	44
6.7.2.5. Melasma.....	46
6.7.2.6. Angioma.....	47

6.7.2.7. Cicatrices Desfiguraciones faciales.....	50
6.7.2.8. Alopecias.....	51
6.7.2.9. Quemaduras.....	52
6.7.3. Maquillaje Terapéutico.....	52
7. Hipótesis de Trabajo y Objetivos.....	63
7.1. Hipótesis de trabajo.....	63
7.2. Objetivos.....	64
7.2.1. Principal.....	64
7.2.2. Secundarios.....	64
8. Material y Métodos.....	65
8.1. Diseño del estudio.....	65
8.2. Periodo del estudio.....	65
8.3. Ámbito de estudio.....	65
8.4. Consideraciones éticas.....	65
8.5. Sujetos del Estudio.....	66
8.5.1. Criterios de inclusión.....	66
8.5.2. Criterios de exclusión.....	66
8.6. Variables de estudio.....	67
8.6.1. Sociodemográficas.....	67
8.6.2. Clínica.....	67
8.6.3. Diagnósticas.....	67
8.6.4. Terapéuticas.....	67
8.6.5. Evolutivas.....	67

Índice

8.7. Cuestionarios.....	68
8.8. Procedimiento.....	69
8.9. Análisis Estadístico.....	79
9. Resultados.....	80
9.1. Sociodemográficas.....	80
9.2. Diagnosticas.....	85
9.3. Clínicas.....	87
9.4. Terapéuticas.....	87
9.5. Evolutivas.....	88
9.5.1. Calidad de vida.....	89
9.5.2. Autoestima.....	89
9.5.3. Multifactorial SCL-90-R.....	89
10. Discusión.....	95
10.1. Sociodemográficas.....	96
10.2. Diagnosticas.....	97
10.3. Clínicas.....	97
10.4. Terapéuticas.....	98
10.5. Evolutivas.....	98
10.5.1. Calidad de vida.....	99
10.5.2. Autoestima.....	102
10.5.3. Multifactorial SCL-90-R.....	105
10.6. Limitaciones del estudio.....	110
11. Conclusiones.....	115
12. Resumen.....	116

Índice

12.1. Introducción.....	116
12.2. Hipótesis de trabajo y Objetivos.....	117
12.3. Material y Métodos.....	117
12.4. Resultados	118
12.4.1. Sociodemográficas.....	118
12.4.2. Diagnosticas.....	118
12.4.3. Clínicas.....	119
12.4.4. Terapéuticas.....	119
11.4.5. Evolutivas.....	119
12.6. Conclusiones.....	119
13. Abstract.....	120
13.1. Introducción	120
13.2. Working hypothesis and objectives	120
13.3. Material and methods.....	121
13.4. Results.....	122
13.4.1 Socio-demographic.....	122
13.4.2 Diagnostic.....	122
13.4.3 Clinic.....	122
13.4.4 Therapeutical.....	122
13.4.5 Evolutionary.....	123
13.5 Conclusiones.....	123
14. Bibliografía.....	124
15. Anexo 1 Aprobación del proyecto por el Comité Ético.....	133
16. Anexo 2 Hoja informativa para el paciente.....	134

Índice

17. Anexo 3	Consentimiento informado del paciente.....	137
18. Anexo 4	Cuestionario de calidad de vida.....	138
19. Anexo 5	Cuestionario de Autoestima.....	140
20. Anexo 6	Cuestionario multifactorial SCL-90.....	143
21. Anexo 7	Datos sociodemográficos.....	145

Dedicatoria

A mi madre, enfermera, quien fue un modelo de vida para mi, por su humanidad, integridad, inteligencia y profesionalidad

1. Agradecimientos

Al director de la Tesis, Dr. Pedro Jaén y Jefe de Servicio donde trabajo como enfermera, por todo el respaldo que me ha dado a lo largo de estos años.

A Montse Fernández Guarino, no olvidaré el día que se sentó conmigo y tuve conciencia de lo perdida que estaba con la tesis.

A Ana y Sandra Cano del Servicio de Bioestadística, por la ayuda prestada en el diseño estadístico de mi Tesis.

Al Dr. Sergio Vañó que al prestarme su Tesis me sirvió de modelo para la elaboración de la mía.

A Luis Quintanilla por sus ideas aportadas y por el tiempo dedicado a la corrección de mi Tesis de forma desinteresada.

Al Dr. Manolo Martín González, fue a la primera persona a la que pedí ayuda y siempre conté con él.

A la Dra. Ofelia Baniandres, por haberme invitado a la lectura de su Tesis y el apoyo que recibo siempre que me llama para preguntarme por el curso de mi Tesis.

Juan Luis Santiago por sus consejos en los primeros pasos de este proyecto.

A la Dra. Esther Martín por el optimismo y empuje que me infundió.

A mi amiga y compañera de Facultad, Araceli Marcos, por su valiosa ayuda.

A María Gómez Rubio por su inestimable ayuda con el inglés.

A Álvaro, mi profesor de inglés que sin su ayuda en la traducción de los artículos no hubiera sido posible la realización de esta Tesis.

A la Dra. Maite Garate, por dejarme la Tesis de Ofelia Baniandres, como guía.

A la Dra. Bibiana Pérez.

A Jacinto y Amparo por sus orientaciones en mis primeros pasos.

A mis amigas por todo lo que les he martirizado con mi monotema.

A Begoña Lechuga, quien a lo largo de todos estos años ha participado conmigo en la técnica del maquillaje y en el refuerzo que hemos intentado aportar a estas pacientes.

Por último no puedo olvidar a los pacientes de maquillaje que han participado voluntariamente en este estudio.

Ángeles de la Riva Grandal Mayo 2012

2. Índice de abreviaturas

ALLTAG: Cuestionario sobre la vida diaria

AQOL: Calidad de vida en acné

BASI: Medida para cuantificar la severidad de una mancha facial.

BDI: Beck's Depression Inventory. Valora diferentes síntomas depresivos.

BSHS: Escala de la salud específica

BSY: Brief Symptom Inventory. Mide síntomas psicológicos agrupados en 9 apartados

CdV: Calidad de vida

CSDQ: cuestionario de la enfermedad crónica de la piel

DA: Dermatitis atópica

DIDS: Índice de la severidad de la enfermedad

DLQI: Calidad de vida en dermatología

DLQI-J: Índice de calidad de vida en versión japonesa

DQOLS: Escala de la calidad de vida en dermatología

DSQL: Instrumento de calidad de vida específico en dermatología

EUROPSO: European Federation of Psoriasis

EUROQOL-5D: Medida de la calidad de vida de la salud en general

EQ-5D: Calidad de vida de 5 dimensiones

FNE: Escala de ansiedad social

FLQA-d: Calidad de vida en Friburgo para la dermatosis

GHQ: Escala de ansiedad y depresión

GHQ-28: Cuestionario detecta casos psiquiátricos dentro de la población general

GHQ30: Índice de estado de ansiedad

GHQ60: Cuestionario general de salud

HDRS: Hamilton Depression Rating-Scale

HAND: Cuestionario de ansiedad y depresión

HAQ: Cuestionario de discapacidad física

HRQL: Cuestionario sobre calidad de vida relativa a la salud

HRQOL: Cuestionario sobre calidad de vida relativa a la salud.

IMPAC: Escala de impacto de la enfermedad de la piel (Impact of Skin Disease Scale).

IPQ: Illness Perception Questionnaire: valoración de la opinión de los pacientes sobre su estado.

IPSO: Impact of Psoriasis on Quality of Life

Índice

ISOC: Internet Society

MELASQOL: Cuestionario sobre la vida diaria

MELASQoL –BP: versión corta del instrumento de QoL de la organización mundial de la Salud para determinar el grado de severidad del melasma

PAINAD: Escala de valoración del dolor

PDI: Psoriasis Disability Index. Mide la incapacidad funcional debida a la psoriasis.

PLSI: Psoriasis Life Stress Inventory. Mide la tensión asociada a la psoriasis.

PSWQ: Penn State Worry Questionnaire. Proporciona una valoración de la inquietud patológica.

QES: Cuestionario en experiencia con quejas de la piel

QLQ: Cuestionario de calidad de vida (Quality of life Questionnaire)

QOL: Calidad de vida.

QoLIAD: Cuestionario que mide la calidad de vida en dermatitis atópica

Q2, Q3, Q4, Q5: Cuestionarios de personalidad de Cattell. 16PF. Mide sentimientos, rutina diaria, ropa o aspectos sociales y ocio Sentimientos

SAHP: Attention-holding power. Teoría social

SCL-90-R: Symptom Check List-90: Cuestionario multidimensional auto administrado.

SF-36: Instrumento de calidad de vida relacionado con la salud. (CVRS)

SKINDEX: Instrumento de medida de la calidad de vida en pacientes con enfermedades cutáneas

SPSS: Paquete estadístico 15.0

STATA: software estadístico

WFUSM: Wake Forest University School of Medicine

WHO: Organización mundial de la salud

WHOQOL: Cuestionario sobre calidad de vida de la Organización de la salud

WHOQOL26: Evaluación de la ca

lidad de vida relativa a la salud genérica.

3. Índice de tablas

1. Tabla I. Instrumentos genéricos de medida de calidad de vida relacionados con la salud y bibliografía de referencia.....	24
2. Tabla II. Instrumentos de medida de la calidad de vida relacionados con la salud específicos en dermatología y bibliografía de referencia.....	25
3. Tabla II. Continuación.....	26
4. Tabla III. Otros instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud útiles en dermatología y relacionados con la bibliografía...	27
5. Tabla III. Continuación.....	28
6. Tabla IV. Propiedades de los maquillajes.....	72
7. Tabla V. Productos para realizar un maquillaje corrector.....	73
8. Tabla VI. Indicaciones, tipos y aplicación de los maquillajes correctores	75
9. Tabla VII. Lugar de nacimiento y residencia de los participantes.....	82
10. Tabla VIII. Vida laboral.....	84
11. Tabla IX. Nivel cultural.....	84
12. Tabla X. Zonas afectadas.....	86
13. Tabla XI. Tiempo de permanencia de la lesión.....	87
14. Tabla XII. Especialistas visitados.....	87
15. Tabla XIII. Uso del maquillaje normal y terapéutico.....	87
16. Tabla XIV. Resultados de los cuestionarios.....	88
17. Tabla XV. Publicaciones que evalúan la calidad de vida con los Cuestionarios DLQI.....	100
18. Tabla XVI. Publicaciones que evalúan los efectos del maquillaje terapéutico en la calidad de vida medida con el cuestionario DLQI.....	101
19. Tabla XVII. Interpretación de resultados de Autoestima.....	102
20. Tabla XVIII. Revisiones que evalúan los efectos que ejercen el maquillaje en la Autoestima y la calidad de vida, mediante diversos métodos	105
21. Tabla XIX. Publicación que describen alteraciones psicológicas asociadas a enfermedades dermatológicas.....	109
22. Tabla XX Publicación sobre el efecto del uso del maquillaje Terapéutico.....	110

4. Índice de figuras

1. Triángulo colorial.....	74
2. Ficha técnica.....	78
3. Foto de angioma antes y después del maquillaje.....	94
4. Foto de vitíligo antes y después del maquillaje.....	94
5. Foto de cicatriz postquirúrgica de cáncer de mama.....	94
6. Foto de lupus discoide antes y después del maquillaje.....	94

5. Índice de Gráficos

1. Gráfico 1. Pacientes participantes.....	80
2. Gráfico 2. Género.....	80
3. Gráfico 3. Clasificación de las edades según el ciclo de la vida.....	81
4. Gráfico 4. Estado civil.....	83
5. Gráfico 5. Área sanitaria.....	84
6. Gráfico 6. Tipo de afectación.....	85
7. Gráfico 7. Diagrama de caja del cuestionario DLQI.....	89
8. Gráfico 8. Diagrama de caja del cuestionario Autoestima.....	89
9. Gráfico 9. Diagrama de caja del índice global de gravedad del cuestionario SCL-90.....	89
10. Gráfico 10. Diagrama de caja del número total de síntomas del cuestionario SCL-90.....	90
11. Gráfico 11. Diagrama de caja indicador de la intensidad sintomática media del cuestionario SCL-90.....	90
12. Gráfico 12. Diagrama de caja de la dimensión sintomática “Somatización” del cuestionario SCL-90.....	90
13. Gráfico 13. Diagrama de caja de la dimensión sintomática “Obsesión-Compulsión” del cuestionario SCL-90.....	91
14. Gráfico 14. Diagrama de caja de la dimensión sintomática “Sensibilidad” del cuestionario SCL-90.....	91
15. Gráfico 15. Diagrama de caja de la dimensión sintomática “Depresión” del cuestionario SCL-90.....	91
16. Gráfico 16. Diagrama de caja de la dimensión sintomática “Ansiedad” del cuestionario SCL-90.....	92
17. Gráfico 17. Diagrama de caja de la dimensión sintomática “Hostilidad” del cuestionario SCL-90.....	92
18. Gráfico 18. Diagrama de caja de la dimensión sintomática “Ansiedad Fóbica” del cuestionario SCL-90.....	92
19. Gráfico 19. Diagrama de caja de la dimensión sintomática “Psicoticismo” del cuestionario SCL-90.....	93
20. Gráfico 20. Diagrama de caja de la dimensión sintomática “Ideación Paranoide” del cuestionario SCL-90.....	93

Índice

21. Gráfico 21. Diagrama de caja de los síntomas misceláneos del cuestionario SCL90.....	93
--	----

6. Introducción

6.1. Justificación

En dermatología es frecuente que el paciente demande atención por lesiones desfigurantes en zonas expuestas, como la cara o las manos, producidas bien por enfermedades estrictamente dermatológicas, bien por enfermedades sistémicas y procesos yatrógenos (cicatrices postquirúrgicas, radiodermatitis y efectos secundarios de inmunosupresores o quimioterápicos). En los últimos años, la literatura científica internacional evidencia una preocupación por los aspectos psico-sociales de pacientes con lesiones dermatológicas visibles. Diversos estudios reflejan el sufrimiento que conllevan estas enfermedades, exhortando de forma imperiosa a utilizar medidas terapéuticas para minimizar dicho impacto. Entre ellas, el empleo de maquillaje corrector en este tipo de lesiones se consolida como una herramienta terapéutica capaz de mejorar la calidad de vida de estas personas.

Ignorar estos problemas supone no tenerlos en cuenta a la hora de elaborar determinados programas de salud. El sentimiento de atender a la persona bajo esta perspectiva global ha llevado al sistema de Salud de la Comunidad de Madrid a plantearse como objetivo la inclusión de programas novedosos capaces de dar respuesta a las necesidades que plantean nuestros pacientes, a través de la creación de la Unidad de Maquillaje Terapéutico en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal¹. Mediante la valoración sanitaria y, particularmente, del personal de enfermería, podemos llegar a un conocimiento más amplio de la situación de salud de estos pacientes, que nos permitirá llevar a cabo estrategias terapéuticas para abordar estos problemas: planificar unos cuidados, ejecutar dichos planes y evaluar sus resultados.²

En esta tesis se pretende abordar los aspectos novedosos del uso del maquillaje terapéutico, entendido como la aplicación de productos cosméticos sobre lesiones cutáneas visibles con la intención de disimular estas imperfecciones y, al mismo tiempo, resaltar las cualidades estéticas del área anatómica tratada y cuantificar la mejoría de los aspectos psicosociales en pacientes con lesiones desfigurantes.

Introducción

La utilización de maquillajes cubrientes específicos para el camuflaje de estas patologías, puede tener una repercusión positiva en ellos y mejorar la calidad de vida sin interferir con el tratamiento ni con el curso de la enfermedad, con una buena tolerancia y sin producir ningún efecto secundario y esperando que enmascare totalmente la coloración indeseada de la piel y un mejoramiento significativo del aspecto. Se plantea la valoración objetiva de los cambios conseguidos con dichos maquillajes.

6.2. Revisión bibliográfica

En una búsqueda inicial fueron seleccionados todos aquellos artículos que describen preocupación por la repercusión en la calidad de vida, autoestima, ansiedad, depresión, relaciones sociales y vergüenza, de las personas que tienen diferentes tipos de lesiones dermatológicas permanentes en zonas visibles de la piel. El primer artículo encontrado es de 1985.

Las fuentes utilizadas fueron:

- Plataformas: Elsevier, OVID, ProQuest, Blackwell.
- Bases de datos consultadas: Psycinfo, Medline, Cochrane, Embase, Cinah, Cuidatge, Cuiden
- Portales: Fistera y PubMed.
- Catálogo: C17.net
- Monografías, libros y periódicos (existe una referencia detallada de los mismos en el apartado dedicado a la bibliografía).

Descriptores:

En Pub Med, fueron halladas 222.334 referencias con el término boleano “OR” y las palabras claves *Face* y *Facial*. Posteriormente, con los descriptores *Anxiety* “OR” *Qualityof life* “OR” *Psychological adaptation*, fueron encontrados 166.671. A continuación, con los descriptores *Acneiform eruptions* “OR” *Facial dermatoses* “OR” *Vitiligo* “OR” *Cicatrixkeloid* “OR” *Rosácea*

Introducción

- “OR” *Paniculitislupus erythematosus* “OR” *Discoidlupus erythematosus*, “OR” *Cutaneous lupus erythematosus* “OR” *Cu taneous tuberculosis* “OR” *Port-wine stain*, hemos hallado 36.962. Posteriormente, los descriptores *Anxiety*, *Quality of life* y *Psychological adaptation* los hemos cruzado con el término booleano “AND” y con otra serie de descriptores como: *Acneiform erupción*, *Vitíligo*, *Cicatriz*, *Rosácea*, *Paniculitis*, *Discoïd lupus erythematosus*, *Cutaneoutuberculosis*, *Port-wine*.
- En Psychoinfo usando los descriptores *Quality of life*, *Face* y *Cosmetic* con el término booleano “AND” hemos encontrado 50 referencias, de las que hemos seleccionado⁴, por ser estudios, que evalúan factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud con lesiones faciales visibles.
- En ISOC con los descriptores *Stress* “OR” *Stress management* “OR” *Stress reactions* “AND” *Facial* “OR” *Face* “AND” *Cosmetic*, hemos hallado 19 referencias. De ellas, fueron seleccionadas 6, porque son referencias que mencionan la ansiedad que sufren dichos pacientes.
- En periódicos: 8 referencias y se han seleccionado 2 porque son las que están más relacionadas con los parámetros de nuestra investigación. Cada vez que surge una noticia sobre este tema en cualquier diario o periódico científico, leemos el artículo, por si puede aportarnos documentación y más conocimiento. Actualmente, hay mayor preocupación por parte de los responsables de la administración sanitaria y de su personal, al comenzar a considerarlo una prioridad de primer orden.
- Monografías: 6 referencias sobre “Calidad de vida, psoriasis y eccema”. Seleccionadas 5 porque aportaban más información sobre la calidad de vida de los pacientes con estas enfermedades, aspecto básico de la presente investigación.

Se han incluido estudios con series amplias, cortas y descripción de casos aislados. Existe un amplio número de artículos interesados en cuantificar la tensión psicosocial en pacientes con desfiguraciones faciales. Se han incluido ocho artículos que trataban de encontrar los cuestionarios con mayor fiabilidad y validez para medir la calidad

Introducción

De vida de estas personas. Siete artículos son estudios comparativos entre un grupo control y un grupo experimental. Catorce eran diseños antes-después. Hallamos siete trabajos de investigación que comparan la afectación psicológica entre hombres y mujeres ante las diferentes patologías y dos estudios prospectivos. El número de personas elegidas para los estudios oscilaba entre 25 y 600 pacientes, que rellenaban diferentes baterías de test: sobre calidad de vida en dermatología (DLQI), Skindex (QOI), ansiedad y depresión (HAND), cuestionario en experiencia con quejas de la piel (QES), impacto del melasma sobre la calidad de vida (MELASQOL), cuestionario sobre la vida diaria (ALLTAG) y en algún estudio se midió previamente el miedo a la evaluación negativa (FNE).

6.3. Autoimagen /autoconcepto

La vida en sociedad implica cuidar nuestro aspecto físico, no sólo para satisfacer unas necesidades estéticas, sino para configurar nuestro aspecto en relación a unos códigos (diferentes para cada grupo) determinados por la sociedad en la que se habita. Esto nos ha conducido a un incremento de la conciencia sobre los efectos psicosociales asociados a una patología cutánea. Entre estos efectos se incluyen depresión, disminución de la imagen corporal y autoestima, dificultades en las relaciones sociales y sexuales y un deterioro general de la calidad de vida. Además la investigación ha demostrado que las personas con enfermedades de la piel, a diferencia de la población normal, experimentan mayores niveles de distrés social y psicosocial, empeoramiento de la imagen corporal, y baja autoestima, eludiendo las situaciones en las que su piel quede expuesta a los demás³.

Existe cierta confusión a la hora de definir los términos autoimagen y autoconcepto por separado, pues ambos hacen referencia al modo en que cada uno se percibe a sí mismo. La autoimagen se refiere al concepto que uno tiene de su imagen corporal, de cómo se percibe físicamente. El término autoconcepto engloba la concepción física y mental que cada persona tiene de sí misma. La autoimagen por tanto forma parte del autoconcepto. Ambos se forman y desarrollan en un proceso paralelo. La autoestima es un componente importante del autoconcepto y hace referencia al valor o estimación que cada persona tiene por y hacia sí misma⁴.

6.4. Estigmas

Los griegos, crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba. Los signos consistían en cortes o quemaduras en el cuerpo, y advertían que el portador era una persona deshonrada a quien debía evitarse, especialmente en los lugares públicos. Más tarde durante el cristianismo, se añadieron al término dos significados metafóricos: el primero hacía alusión a signos corporales de la gracia divina, que tomaban la forma de brotes eruptivos en la piel; el segundo, a los signos corporales de perturbación física.

En la actualidad, la palabra es ampliamente utilizada con un sentido bastante parecido al original. Los estudiosos, sin embargo, no se han esforzado demasiado por proporcionar una definición del concepto en sí. La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. Por consiguiente, “es probable que al encontrarnos frente a un extraño las primeras apariencias nos permitan prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir su identidad social. Es entonces, cuando advertimos que hemos estado concibiendo sin cesar determinados supuestos, y el carácter que atribuimos a esa persona debería considerarse como una imputación hecha con una mirada retrospectiva en potencia, una identidad social virtual. La categoría y los atributos que, de hecho, le pertenecen, se denominarán identidad social real. Mientras el extraño está presente ante nosotros puede demostrar ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente de los demás y lo convierte en alguien menos apetecible. De este modo, dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser menospreciado. Un atributo de esta naturaleza es un estigma, es especial cuando él estigmatizado produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio. El término estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador”⁵Dicho término y sus sinónimos presentan una doble perspectiva. Por un lado, el individuo estigmatizado supone que su calidad de diferente ya es evidente; en este caso, estamos frente a la situación del “desacreditado”. Por otro lado, cree que no es perceptible por quienes lo rodean y su situación es la del “desacreditable”.

Introducción

Esta es una diferencia importante, aunque es probable que todos los individuos estigmatizados hayan experimentado ambas situaciones en algún momento. Se pueden mencionar tres tipos de estigmas diferentes: las abominaciones del cuerpo, los fallos del carácter y las condiciones raciales o religiosas. Sin embargo, en todos se encuentran los mismos rasgos sociológicos. Un individuo, que podía haber sido aceptado en un intercambio social corriente, posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos, anulando sus restantes atributos. Son bien conocidas las actitudes que la mayoría, los “normales”, adoptamos hacia una persona que posee un estigma y las medidas que tomamos respecto de ella. Son precisamente estas respuestas las que la benevolente acción social intenta suavizar y mejorar. Creemos, por definición, que la persona que tiene un estigma “no es totalmente humana”. El rasgo central que caracteriza la situación vital del individuo estigmatizado está referido a lo que, a menudo y vagamente, se denomina “aceptación”. Las personas que tienen trato con él no logran brindarle el respeto y la consideración que él había previsto recibir; se hace eco del rechazo cuando descubre que algunos de sus atributos lo justifican. La respuesta del estigmatizado a esta situación será intentar corregir, siempre que le sea posible, lo que considera el fundamento de su deficiencia. En el caso por ejemplo de, las personas con deformidades físicas que las corrigen mediante cirugía plástica. Carente de la saludable realimentación del intercambio social cotidiano con los demás, la persona que se aísla puede volverse desconfiada, depresiva, hostil, ansiosa y aturdida. Tener conciencia de la inferioridad significa que uno no puede dejar de formularse conscientemente cierto sentimiento crónico del peor tipo de inseguridad, y eso trae como consecuencia ansiedad y, tal vez, algo aún más grave: temor a que los demás puedan faltarle al respeto por algo que exhibe. Esto significa que se sentirá siempre inseguro en su contacto con otra gente y ese sentimiento proviene de algo que ese individuo sabe que no puede arreglar de un modo fácil.

Los estudios que tienen una orientación psiquiátrica han señalado a menudo la consecuencia patológica de la autodenigración, señalando al mismo tiempo que el prejuicio contra un grupo estigmatizado puede constituir una forma de enfermedad⁵.

Cuando un estigma es inmediatamente perceptible sigue en pie el problema de determinar hasta qué punto interfiere en el flujo de esta interacción. La incertidumbre

Introducción

del estigmatizado surge no sólo porque ignora en qué categoría será ubicado, sino también, si esta ubicación le favorece. Reconoce en su fuero interno que los demás pueden definirlo por su estigma. El individuo estigmatizado vacila a veces entre el retraimiento y la bravata, saltando de uno a otro, y poniendo así de manifiesto una interacción cara a cara que puede volverse muy violenta. Los individuos estigmatizados pueden tener razones especiales para sentir que algunas situaciones sociales tienden a una interacción incontrolablemente ansiosa. Mientras que un defecto como la desfiguración facial puede alejar a un extraño, es probable que no ocurra lo mismo en su entorno más cercano. Un individuo con una deformidad facial esperará dejar de ser, en parte, una “sorpresa estremecedora” para los demás y obtener en ello una pequeña medida de aceptación⁵. La literatura internacional plasma una gran preocupación por los estigmas causados por alteraciones dermatológicas como acné, rosácea, angiomas, vitíligo, melasma lupus discoide, pacientes oncológicos con deterioro del aspecto físico y cicatrices quirúrgicas irreversibles.

6.5. Impacto psicosocial

Cualquier observador puede ver las lesiones cutáneas que están en la cara, las manos y las uñas. Si dichas lesiones aparecen en el tronco y las extremidades, pueden detectarse con facilidad en los lugares públicos como la playa, gimnasios, piscinas y vestuarios públicos. La presencia de lesiones en zonas visibles, como manos y cara, y su cronicidad influyen de manera negativa en la vida social y laboral, al hacer imposible que el paciente trabaje, en especial si la ocupación requiere interacciones directas con el público (revisado en la referencia⁶)⁷. Entre otras manifestaciones, hay ansiedad, vergüenza, frustración, ira, depresión, desesperanza y anticipación del rechazo. El impacto social da paso a la inhibición a la hora de asistir a actos sociales o a lugares públicos, dar la mano o usar determinadas prendas para ocultar las lesiones. La actividad sexual está reducida por la sensación de falta de atractivo físico que supone⁸.

La intensidad del efecto en la persona afligida depende de muchas variables, incluyendo la historia natural de la enfermedad, las características de los pacientes y su situación de la vida, así como la cultura y las actitudes. Los sentimientos sobre la en-

Introducción

fermedad de la piel, compartida tanto por los pacientes como por la sociedad, son de culpabilidad y de añoranzas perfeccionistas. También incluye distorsiones sobre el contagio, la suciedad y la sexualidad. La manera de ayudarles a manejar el impacto de su enfermedad incluye empatía, educación de pacientes y comunidad, y en algunos casos remisión a consulta psiquiátrica o psicológica⁷. El impacto en la calidad de vida de los adultos ha sido muchas veces investigado, por el contrario, este impacto, en adolescentes ha comenzado a ser estudiado de forma sistemática solo recientemente. La meta de este artículo⁹ era analizar la relación entre la calidad de vida relativa a la salud (HRQL) y tres tipos de enfermedades de la piel comunes entre los adolescentes: acné vulgaris, alopecia areata y dermatitis atópica. Los autores proponían a los médicos, estrategias de afrontamiento que permitieran a los adolescentes manejar con eficacia los componentes psicológicos de sus condiciones dermatológicas. Como acabamos de decir, son muchos los factores que influyen en el desarrollo psicológico y determinan el impacto emocional que la enfermedad crónica de la piel puede tener en la vida de los pacientes. Si la relación entre el niño y el cuidador no es buena, la estabilidad de la imagen corporal puede estar comprometida, la autoestima disminuida y el afecto mal manejado y surgir contenido emocional somático. La naturaleza de la enfermedad es importante al igual que lo es la capacidad de las familias y de la sociedad para adaptarse¹⁰. Hay muchos instrumentos para medir la calidad de vida relativa a la salud de los pacientes, pero no se ha desarrollado ninguna medida hasta ahora para cuantificar el impacto secundario en los miembros de la familia de los pacientes.

En la Universidad de Cardiff, Basra M K, Sue-Ho R, Finlay AY desarrollaron y validaron un instrumento para medir el impacto adverso en la calidad de vida relativa a la salud de los miembros de la familia de pacientes con enfermedades de la piel. Se seleccionaron para la muestra 132 familiares y 109 pacientes. Se encontró una fuerte correlación entre los resultados de índices de calidad de vida de dermatología en la familia y los de los pacientes y también entre los resultados del índice de calidad de vida en dermatología en la familia y la severidad de la enfermedad de los pacientes¹¹.

En la Universidad de Columbia (Revisado en la referencia¹²), se llevó a cabo un estudio con 100 pacientes afectados de psoriasis, para averiguar las consecuencias de estigmatización que estas personas sufren. Se les preguntó si en alguna ocasión se habían visto invitados a abandonar zonas públicas, como consecuencia de su psoriasis.

Veinte de ellos experimentaron 50 sucesos de este tipo. En estos casos el impacto es tan grande que suelen buscar ayuda profesional o derivan en el consumo de sustancias como el alcohol para disminuir la tensión y olvidar⁷.

6.6. Cuestionarios

Según los criterios de clasificación de Guerra Tapia A (2009...)¹³ estos cuestionarios han sido agrupados en 3 categorías.

- Instrumentos genéricos de medida de calidad de vida relacionados con la salud. (Tabla I).

Estos cuestionarios para ser útiles deben cubrir un amplio espectro, tanto en lo que se refiere a los objetivos como a la aplicabilidad. Deben comprender todos los aspectos de la calidad de vida y su potencial afectación de la enfermedad desde un punto de vista muy general.

- Instrumentos de medida de calidad de vida relacionados con la salud, específicos en dermatología. (Tabla II). Hacen referencia a características o aspectos de la piel.
- Otros instrumentos de medida de calidad de vida relacionados con la salud útil en dermatología y relacionados con la bibliografía. (Tabla III). Son cuestionarios de otras especialidades o enfermedades que pueden aportar datos referentes al dolor o aspectos psicológicos.

Todos estos cuestionarios son breves y en pocos minutos podemos obtener una información fiable sobre el posible impacto en la vida de los pacientes.

Introducción

CUESTIONARIOS	BIBLIOGRAFIA	UTILIDADES
EUROQOL-5D	The EuroQol Grop. EuroQol, a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. 1990;16:199-208.	Medida de la calidad de vida relativa a la salud.
HAQ <i>Evaluación de la salud</i>	Bruce B, Fries JF The Health Assessment Questionnaire (HAQ): Clin Exp Rheumatol. 2005;23.	
GHQ <i>Salud general, versión 28 ítems</i>	Cuestionario de salud general, versión 28 ítems. Psychol Med. 1979; 9.	
QOL <i>Quality of life Questionnaire</i>	Ruiz MA, Baca E. Design and validation of the Quality of Life Questionnaire: a generic health-related perceived quality of life instrument. Eur J Psychol Assess. 1993; 9:19-32.	Cuestionario de calidad de vida.
WHOQOL <i>Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud y su forma abreviada</i>	Skevington SM, Bradshaw J, Hepplewhite A, Dawkes K, Lovell Cr. How does psoriasis affect quality of life? Assessing an ilngram-regimen outpatient programme and validating the WHOQOL-100Br J Dermatol 2006; 154.	
SF-36 <i>Cuestionario de la salud</i>	Alonso J, Praetor L, Anton JM The Spanish version of the SF-36 Health Survey (The SF-36 health questionnaire: an instrument for measuring clinical results... Med Clin (Barc).1995; 104.	

Tabla I. Instrumentos genéricos de medida de calidad de vida relacionados con la salud y bibliografía de referencia¹³

Introducción

CUESTIONARIOS	BIBLIOGRAFÍA	UTILIDADES
AQOL	Gupta MA, Johnson AM, Gupta AK. The development of an Acne Quality of Life Scale. <i>Acta Derm Venereol.</i> 1998 Nov; 78(6):451-6.	Evalúa la relación entre la gravedad del acné y la calidad de vida.
DLQI <i>Índice de calidad de vida en dermatología</i>	Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. <i>Clin Exp Dermatol.</i> 1994;19.	Evalúa el impacto de la enfermedad dermatológica respecto a síntomas y percepciones, actividades diarias, actividades diarias, ocio, trabajo/estudios y actividades diarias.
DSQL <i>Dermatology-specific quality of life</i>	Anderson RT, Rajagopalan R. Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases. <i>J Am Acad Dermatol.</i> 1993; 37:41-50.	Instrumento de calidad de vida específico de dermatología.
DQOLS <i>Escalas de calidad de vida en dermatología</i>	Morgan M, McCreedy R, Simpson J, Hay RJ. Dermatology quality of life scales-a measure of the impact of skin diseases. <i>Br J Dermatol.</i> 1994; 19.	Evalúa síntomas físicos, como influye la enfermedad en las actividades cotidianas, en sus relaciones sociales (amistades, trabajo, escuela) la percepción de uno mismo y el bienestar emocional.
IPQ <i>Illnes Percepción Questionnaire:</i>	Broadbent E, Petrie K J, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. <i>Journal of Psychosomatic Research</i> 60 (2006) 631– 637.	Valoración de la opinión de los pacientes sobre su estado.
IMPAC: <i>Impact of Skin Disease Scale</i>	Morgan M, Mx Creedy R, Simpson J, Hay Rj. Dermatology quality of life scale-a measure of the impact of skin disease. <i>Fr J Dermatol.</i> 1997; 136:202-6.	Escala de impacto de la enfermedad de la piel.
IPSO <i>Impact of Psoriasis on Quality of Life</i>	Madhulika A, Gupta MD. Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. <i>International Journal of Dermatology</i> , 1995 vol. 34. Nov, 10, Oc.	Valora el impacto de la psoriasis sobre las funciones físicas, psicológicas y sociales del paciente.

Tabla II. Instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud, específica en dermatología y bibliografía de referencia¹³

Introducción

CUESTIONARIOS	BIBLIOGRAFÍA	UTILIDADES
PDI <i>Psoriasis Disability Index</i>	Finlay AY, Khan GK, Luscombe DK, Salek MS. Validation of Sickness Impact Profile and Psoriasis Disability Index in psoriasis. Br J Dermatol. 1990; 123.	Preguntas que hacen referencia a la incapacidad funcional debida a la psoriasis, indicando la afectación en las 4 semanas anteriores al cuestionario, agrupadas a las actividades diarias, al trabajo, las relaciones personales y el tratamiento.
PLSI <i>Psoriasis Life Stress Inventory</i>	Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM y otros. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress.	Tiene como finalidad medir la tensión asociada a la psoriasis y los problemas psicosociales derivados de esta.
QES <i>Cuestionario sobre la experiencia respecto a las quejas de la piel</i>	Schmid-Ott G, Kuensebeck HW, Jaeger B, Werfel T, Frahm K, Ruitman J, et al. Validity study for the stigmatization experience in atopic dermatitis and psoriatic patients. Acta Derm Venereol. 1999;79.	Experiencia del estigma en dermatitis atópico y pacientes psoriasisicos.
Skindex <i>The Spanish version of Skindex-29</i>	Jones-caballero M, Peñas PF, Garcia-Diez A, Cheb MM, Badía X. An instrument for measuring quality of life in patients with cutaneous diseases. Med Clinic (Barc). 2002;118:5-9.	Un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con enfermedades cutáneas.

Tabla II. Continuación

Introducción

CUESTIONARIOS	BIBLIOGRAFÍA	UTILIDADES
BDI <i>Inventario de depresión de Beck</i>	Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961;4.	Valora la sintomatología depresiva.
BSHS <i>Escala de salud específica de quemados</i>	Blades B, Mellis N, Munster AM. A burn specific health scale. J Trauma. 1982Oct;22 (10): 872-5. Salvador Sanz JF, Sanchez-Paya J, Rodriguez Marin J. Spanish version of the Burn-Specific Health Scale. J Trauma.1998;45.	Cuantifica la angustia a través de 6 ámbitos.
CBP <i>Psychological General Well-Being Index</i>	Badia X, Butiérrez F, Wiklund I, Alonso J. Validity and reliability of the Spanish version of the General Well-Being Index. Quality Life Res. 1996; 5:101-8.	Cuestionario de bienestar psicológico.
COPE	Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE J. Int. Med Mex. 1997; 4(1):92-100.	Incorpora medidas distintas de diferentes estrategias para enfrentarse a la enfermedad, valorando los problemas que suscita, las emociones que produce e incluso el hecho de evitar enfrentarse a ella.
28-item GHQ <i>Cuestionario de salud general</i>	Goldberg D. Manual del General Health Questionnaire. Windsor NFER Publishing, 1978.	Detecta casos psiquiátricos dentro de la población general.
HADS <i>Escala de ansiedad y depresión hospitalaria</i>	Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand.1983; 67.	Valora la intensidad de la ansiedad y la depresión.
HDRS <i>Hamilton Depression Rating Scale</i>	Hamilton, M. Una escala de calificación para la depresión. Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 1960; 23.	Evalúa la depresión.

Tabla III. Otros instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud útil en dermatología y relacionados con la bibliografía.¹³

Introducción

CUESTIONARIOS	BIBLIOGRAFÍA	UTILIDAD
IPQ <i>Illnes Percepción Questionnaire</i>	Broadbent E, Petrie K J, Main J, Weinman J, The Brief Illness Perception QuestionnaireJ Psychosom Res. 2006 Jun;60(6):631-7.	Proporciona una valoración sobre la opinión de los pacientes sobre su estado, valora la opinión sobre las causas, los cuidados, los síntomas asociados a la enfermedad, opiniones sobre cuánto tiempo durará su enfermedad y sobre la intensidad de las consecuencias.
PAINAD	Fries BE, Simon SE, Morris JN, Flodstrom C, Bookstein FL. Pain in U.S. nursing homes: validating a pain scale for the minimum data set. Gerontologist. 2001; 41:173-9.	Escala para valorar el dolor.
PSWQ <i>Penn State Worry Questionnaire</i>	Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD: Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behaviour Research and Therapy 28:487-495,1990.	Valora la inquietud patológica.
QLSDS <i>Scale for Quality of life in Depression</i>	Hunt SM, McKenna SP. The QLSDS: a scale for the measurement of quality of life in depression.Health Policy.1992 Oct; 22(3).	Mide la calidad de vida en la depresión.
SCL-90-R <i>El Symptom Check List-90</i>	Derogatis LR, Lipman, RS, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale preliminary report. Psychopharmacology Bulletin 1973;9.	Mide síntomas psicológicos, que se agrupan en nueve apartados que miden la somatización, los síntomas compulsivos, la sensibilidad para las relaciones personales, la depresión , la ansiedad, la hostilidad, la fobia, la paranoia y la psicosis.
<i>Valoración de sucesos vitales: Adaptación española de de la escala de Holmes y Rahe</i>	Rahe RH, Meyer M, Smith M, Kjaer G, Holmes TH J Psychosom Res. 1964 ;54. Gonzales de Rivera y Revuelta JL, Morera Fumero A. Psiquis 1983;4:7-11.	Instrumento de medida, desarrollado para la cuantificación de las respuestas subjetivas ante situaciones de estrés.
<i>Autoestima: autoexamen</i>	Toro Vargas C, Identification del nivel de autoestima ,Ph.D. (1994;Rev.2003).	Identificación del nivel de autoestima.

Tabla III. Continuación.^{13, 14, 15, 16, 17,18}

Introducción

La enfermedad y su tratamiento, tienen un efecto sobre la calidad de vida del paciente tal como es percibida por el mismo. Este concepto debe cuantificarse mediante cuestionarios¹⁹. Para realizar una buena exploración sobre el impacto de las lesiones desfigurantes de las personas que lo padecen, no es suficiente con contar el número de lesiones que tiene o el grado aparente de la gravedad de la enfermedad; es importante, también valorar la propia percepción que tiene el paciente, ya que incluso en casos moderados se pueden producir alteraciones del autoconcepto, la autoestima, las emociones, la imagen corporal, así como en las relaciones sociales, factores todos que contribuyen a la calidad de vida.

Otro aspecto importante de valorar es la calidad de vida del paciente. Existen varios instrumentos que valoran la calidad de vida específicos para cada paciente con enfermedades dermatológicas²⁰.

El cuestionario sobre el índice de calidad de vida en dermatología fue desarrollado y publicado originalmente en una clínica dermatológica en el hospital de la Universidad de Gales. En el departamento de dermatología de la Universidad de Indiana, administraron el cuestionario DLQI a 200 pacientes, con el fin de descubrir en qué medida sus resultados variaban con respecto a los resultados publicados por la Universidad de Gales. Además examinaron la validez del índice en términos de correlación entre los resultados del (DLQI) y la severidad de la enfermedad, que fue medida con la escala de índice de la severidad de la enfermedad (DIDS). Las conclusiones reflejaron que el DLQI es un instrumento fácil y eficiente para determinar la calidad de vida en pacientes dermatológicos. Los resultados hallados eran similares a los de los autores del DLQI, lo que demuestra aún mayor fiabilidad y validez del instrumento. Como conclusión, este estudio apoya aún más el uso del DLQI como instrumento de la calidad de vida útil para el uso en estudios internacionales²¹.

En el departamento de dermatología del Hospital Saudí, Shiraz de Irán realizaron un estudio para probar la fiabilidad y validez del cuestionario del índice de calidad de vida con 60 pacientes diagnosticados de vitíligo. Usaron la versión inglesa del cuestionario y la tradujeron al persa, por personal bilingüe. La edad media de los participantes fue de 28,3 años. Los resultados demostraron que la versión persa del

Introducción

cuestionario (DLQI) es un instrumento fiable, (coeficiente de fiabilidad de 0,7), válido y bien estructurado y para medir los efectos del vitíligo en la calidad de vida²².

En Turquía también probaron la validación lingüística de la versión turca del índice de calidad de vida dermatológico.(DLQI) para pacientes dermatológicos de habla turca. Ya hemos dicho con anterioridad que el índice de calidad de vida dermatológico es un índice específico de 10 ítems desarrollado originalmente en inglés. La metodología de este estudio consistió en cuatro secciones consecutivas: traducción, interrogación cognitiva, pruebas de campo y análisis estadístico. Realizaron dos traducciones independientes al turco, dichas traducciones fueron adaptadas por un dermatólogo. Se comparó el cuestionario original con la versión traducida. La interrogación cognitiva se realizó en varias sesiones con cinco pacientes de cada uno de los grupos de diagnósticos diferentes. La validez de la versión turca, fue aprobada por especialistas, en un estudio de campo llevado a cabo con un total de 79 pacientes hospitalizados y en régimen ambulatorio con diversos diagnósticos. En el análisis estadístico se utilizaron la α de Crombach para demostrar la coherencia interna y la correlación de Pearson para el análisis de fiabilidad. La edad promedio de los participantes fue de 30,77. La puntuación media del DLQI fue de 7,6. El coeficiente de correlación fue de 0,66. La consistencia interna fue de $\alpha=0,85$ y se halló una alta relación entre el DLQI y el SF-36²³.

6.7. Historia del maquillaje

6.7.1. Antecedentes históricos

El maquillaje está profundamente ligado a nuestra razón de existir, desde el principio de la humanidad. A través de las diferentes épocas y culturas ha ido adquiriendo diversas connotaciones, hasta llegar a nuestra sociedad, donde su papel fundamental ha sido moldear estéticamente nuestra imagen y personalidad²⁴. La historia del maquillaje facial se remonta a miles de años atrás, hasta llegar a los egipcios del siglo I, esto no significa que los egipcios fueran los primeros en utilizar el maquillaje, sino que se encuentran entre los primeros que documentaron la importancia

Introducción

del maquillaje facial como una parte fundamental de la cultura, tal como se puede ver en el descubrimiento de las pinturas en las tumbas del antiguo Egipto.

Según un estudio en el que participaron antropólogos españoles, portugueses y franceses, los neandertales ya utilizaban cosméticos, esta conclusión se basa en el análisis de conchas marinas que usaban como adornos y que fueron encontradas en la Cueva de los Aviones y la Cueva Antón, en la provincia española de Murcia. El análisis de las pigmentaciones rojas y amarillas de las conchas sugiere que fueron usadas como cosméticos. Según los científicos, en las cuevas de Murcia se encontraron conchas del molusco *Spondylus gaederopus* que contenía residuos de pigmentación roja hecha con lepidocrocita y mezclada con hematita y pirita. Señalan que los elementos que forman ese tipo de piedras son negros y reflectantes lo que sugiere que con su uso se buscaba un resultado cosmético.

En el antiguo Egipto²⁵ se vuelve a utilizar el pigmento de natrojarosita como cosmético. En esta cultura el uso de maquillaje siempre estuvo bien considerado, incluso tenían un mito explicando esta costumbre: cuando Horus peleó contra su tío Seth perdió un ojo, por lo que inventó el maquillaje para restablecer la perfección de su belleza: el uso de productos cosméticos para reparar los desperfectos del tiempo o maquillar los accidentes de la vida son por lo tanto legítimos. Utilizaban ingredientes naturales tales como colirios, rojo para los labios y las mejillas, ungüentos y khol para mejorar la piel y la apariencia, eran conscientes de la belleza de una piel suave y de unos ojos seductores. A menudo, se ha hallado en las tumbas egipcias, una cesta con todo lo necesario para la belleza.

En el mismo siglo, los romanos utilizan una mezcla de carbonato clásico de plomo como blanqueador de la piel y colorete. Las influencias grecorromanas y persas agregaron el uso de las tinturas de henna para el rostro y el cabello.

En la Edad Media, en las culturas europeas, la piel pálida se convirtió en signo de bienestar económico y categoría social. Las mujeres tomaban medidas extremas para lograr tener una piel blanca llegando incluso a provocarse hemorragias. La importancia de la piel blanca como signo de riqueza continuó hasta el Renacimiento italiano. Nuevamente, las mujeres recurrían a medidas extremas para lograr tener una posición social utilizando ingredientes mortales como el plomo y el arsénico. En la era isabelina

Introducción

el maquillaje facial comenzó a asociarse con una mala salud. Las mujeres utilizaban clara de huevo para dar un poco de brillo saludable al rostro. El maquillaje facial pesado era utilizado para esconder las enfermedades. Gracias a los franceses en el s. XVIII se agregó un poco de vida y vitalidad al rostro al incluir el color rojo en el maquillaje facial. Los labios y las mejillas rojas se convirtieron en un símbolo de salud y diversión²⁶

A mediados del s. XIX, se produce el inicio del maquillaje moderno. Se sigue llevando la cara pálida pero de manera exagerada. El ideal era parecer enfermo y ya no es suficiente con el uso de los polvos de arroz. Se pone de moda ingerir vinagre y limones para aclarar la piel, incluso se ingieren sustancias que contenían plomo o arsénico con el consiguiente riesgo de intoxicación e incluso de producir la muerte. La ojera se marca de azul, remarcando la profundidad de la mirada del rostro romántico. Los pómulos se sonrosan levemente con un rosa palo y los labios se maquillan en color carmesí en forma de corazón. Aparece por primera vez el rojo de labios, que consistía en una pomada compuesta por mantequilla fresca, cera de abeja, raíces de un colorante natural (orcaneta) y racimos de uvas negras sin pulpa, que colorea sin producir efectos secundarios²⁶. La idea era mostrar un aspecto frágil a través de una piel en apariencia sensible.

En los primeros años del siglo XX, las ideas y costumbres del pasado siguen estando vigentes. El tono de la piel sigue siendo distintivo social, ya que una piel blanca denota no estar expuesta al sol ni a la intemperie como están sometidas las clases menos favorecidas. La elaboración de los polvos de arroz para blanquear el rostro es cada vez más refinada. Hacia 1910 el maquillaje ya está muy extendido y se tiende a llevarlo de manera natural. Los avances científicos también favorecen el desarrollo del maquillaje. El descubrimiento de los estearatos colorantes revoluciona la fabricación de barras de labios, pudiendo obtener con ellos nuevas tonalidades. En 1924 aparece la laca de uñas con color y la máscara de pestañas resistente al agua^{27, 28}.

Durante la década de los 30, el maquillaje se democratiza, permitiendo a todas las capas sociales acceder a él, especialmente a la mujer, que intenta imitar a sus actrices favoritas y a los grandes mitos de la época^{26, 29}. En 1937 se lanza *pan-cake make-up*, un fondo de maquillaje que revolucionó la técnica del maquillaje cinematográfico ya que

Introducción

era impermeable al agua, inalterable bajo los focos y tenía una cobertura total y un acabado mate. En 1932 Lydia O'Leary, afectada de vitíligo en el rostro, lo que le hacía sentirse muy acomplejada, crea junto con su padre farmacéutico el maquillaje COVERMARK en EE.UU. Un día, entrando en la consulta de un médico, se cruzó con otra chica que padecía su misma enfermedad, de tal manera que al comentarle el médico la desesperación de dicha paciente, ella se decidió a contar su secreto, revelándole que padecía la misma enfermedad. Ante el asombro del médico, ella mandó a la enfermera que le trajera algo para desmaquillarse comprobándose así que también padecía el vitíligo³⁰. Por ello, podemos considerarla como una de las precursoras en la difusión del maquillaje corrector.

6.7.2. Estado actual

La literatura psicodermatológica presenta grandes diferencias de opiniones sobre si las enfermedades que afectan a la piel suponen un impacto negativo sobre la función psicológica y emocional de algunos pacientes. Diferentes estudios han aportado evidencias en las que se afirma que las enfermedades que afectan a la apariencia física externa pueden tener un impacto cognitivo, emocional y conductual en las personas que la padecen. La desfiguración estética y el consecuente estigma social producen efectos adversos sobre la calidad de vida y, como consecuencia, estrés³.

6.7.2. 1. Acné

Un factor relevante en acné es su alta incidencia en la adolescencia. Esta es una etapa de la vida muy significativa para el desarrollo físico, emocional y social, que puede promover complicaciones psiquiátricas y psicosociales en los jóvenes. Es lógico presuponer que en un periodo, como la adolescencia, de maduración emocional y en una sociedad que ensalza el cuerpo y la estética, el acné aporte sufrimiento y preocupación entre los adolescentes. Condiciona, en parte, el aspecto personal e índice tanto en la imagen que se tiene de sí mismo como en la que se muestra a los demás. Así pues, el manejo clínico del paciente con acné requiere, no solo una evaluación

Introducción

dermatológica, sino también, información de la calidad de vida, del estado psicológico y de presencia de síntomas de ansiedad y depresión.

La presencia de acné puede conllevar un retraimiento en situaciones sociales, ya sea en el ámbito profesional como en el de las relaciones afectivas. Esto es debido mayoritariamente a la presencia del rechazo social que produce el acné.

Kellett et al³¹(en 1999), estudiaron los posibles mecanismos psicológicos subyacentes a las reacciones emocionales que experimentan estos pacientes. El modelo descriptivo en el que se basa el trabajo es la teoría del *social attention-holding power* (SAHP), utilizada para describir los aspectos evolucionistas de la interacción actual entre los humanos. Existen dos tipos de SAHP: el privado, que se define como el juicio propio que tiene el individuo sobre su propio atractivo, y el SAHP, público, que son las creencias que tiene el individuo sobre la forma en que cree ser visto por los otros. El desajuste psicosocial producido por el impacto del acné se basa en la propia percepción del individuo y no siempre correlaciona con el criterio objetivo del médico ni con la mejoría clínica obtenida por el tratamiento³².

La prevalencia de la depresión y la ideación suicida en pacientes con acné ha sido evaluada en varios estudios. Gupta et al³³ en una muestra de 480 pacientes que presentaban enfermedades dermatológicas potencialmente desfigurativas, hallaron que existía mayor incidencia de depresión e ideación suicida en los pacientes con acné que en otros grupos con alopecia areata, dermatitis atópica o psoriasis Khan et al.³⁴ encontraron mayor prevalencia de alteraciones depresiva y ansiosas en sujetos con acné que en sujetos afectados de psoriasis.

El 5,6% de adolescentes que padecen acné han llegado a plantearse el suicidio, el 44% de los afectados sufre ansiedad y el 18%, depresión. A su vez, el 60% reconocen haber sido objeto de burla, el 40% ha renunciado a actos sociales y el 38% dice tener dificultades para relacionarse con el sexo opuesto³⁵. Es la alteración que se consulta con mayor frecuencia en los despachos de los dermatólogos. Dista mucho de ser una alteración trivial, debido a las cicatrices perennes que proporciona. Los pacientes se refieren a su acné como generador de vergüenza, inestético y también se quejan del tiempo necesario para intentar disimularlo. Condiciona el aspecto personal, modificando tanto la imagen de sí mismo como la que se ofrece a los demás, por ocurrir normalmente en

Introducción

la cara y durante la adolescencia. La cara es la parte del cuerpo más expuesta a la vista de los demás y es también el lugar más importante para la comunicación no verbal, determina si alguien parece agradable o, al contrario, repulsivo. El impacto psicológico del acné es impredecible y potencialmente intenso, y puede producir rechazo de ciertas situaciones socio-profesionales o afectivas, y un estado depresivo, más o menos grave, con dificultades de relación, aislamiento socio-afectivo y relaciones personales conflictivas³⁶. Hay diversas investigaciones interesadas en estudiar la relación que existe entre acné y calidad de vida, pero apenas en observar la relación con la ansiedad y depresión. Este estudio se centra en evaluar la relación existente entre acné y depresión, ansiedad y calidad de vida. Se incluyeron en el estudio 61 pacientes con acné y 38 personas sanas. Se evaluó la severidad del acné. Los pacientes completaron las escalas de calidad de vida en acné (AQOL), el índice de calidad de vida de dermatología (DLQI), y la escala de ansiedad y depresión (HAD). Los resultados indicaron que con independencia del grado de severidad, los pacientes con acné están en riesgo creciente para la ansiedad y la depresión comparado con la población normal. El acné afecta negativamente la calidad de vida, y cuanto mayor es la severidad del acné mayores son el nivel de ansiedad y depresión³⁷. Pocos artículos han evaluado si las pacientes con acné pueden ver reducida su calidad de vida (QOL) y sus actividades sociales, por un plan de tratamiento de acné, que restrinja el uso del maquillaje cosmético, puesto por los dermatólogos.

El maquillaje cosmético forma parte de la rutina diaria de la mayoría de las mujeres. Las mujeres afectadas de acné pueden sentirse molestas si se les restringe excesivamente su uso, ya que algunos dermatólogos consideran el maquillaje cosmético un factor de exacerbación para su acné.

Se llevó a cabo un estudio con 50 pacientes mayores de 16 años con acné. Las pacientes fueron tratadas y asesoradas en el departamento de dermatología de la Universidad de Kagawa desde abril de 2004 a noviembre de 2005. Antes de comenzar el estudio, los dermatólogos les informaron de todos los detalles y firmaron todas las participantes. Los afectados de acné conglobata fueron excluidos del estudio. Asignaron a las pacientes en dos grupos elegidos aleatoriamente, 25 recibieron tratamiento convencional del acné e instrucciones del dermatólogo sobre el uso y los cuidados de la piel y el maquillaje (grupo A), y las otras 25 recibieron tratamiento del

Introducción

acné sin instrucciones cosméticas (grupo B). El asesoramiento clínico y las evaluaciones sobre la calidad de vida de las pacientes se realizaron antes y después del estudio (4 semanas de duración). Las opciones del tratamiento en acné son múltiples, desde simples tratamientos tópicos al uso de antibióticos orales o vitaminas. La elección del tratamiento dependió de la interacción entre la severidad de la enfermedad, el impacto y la elección del paciente. Los dermatólogos evaluaron la severidad del acné en la línea base y al final de estudio, utilizando el método de graduación de Plewig y Kligman. Se clasificó mediante las características de la erupción en tipo comedonal y tipo papulopustular. El tipo tiene comedones predominantemente abiertos y cerrados. El tipo tiene pápulas miriadas y pústulas con una mezcla de comedones. La severidad del acné fue medida por el número de erupciones en grados del 1-4 en los lados izquierdo y derecho de la cara respectivamente. Combinando estos dos parámetros clasificaron la severidad en una escala analógica P1, P2, P3, P4 y C1, C2, C3, C4; según su intensidad. El cambio en la severidad del acné fue clasificado en 4 categorías: marcada mejoría, mejoría, sin cambios y exacerbado. Prepararon dos tipos de cuestionarios autoadministrados calidad de vida (QOL): la organización mundial de la salud (WHO) QOL26 y el índice de calidad de vida (DLQI). Todas las participantes completaron los cuestionarios al comienzo y a final del estudio.

La evaluación relativa a la salud genérica de la calidad de vida (WHOQOL26), mide la calidad de vida general (QOL) y cuatro campos independientes de salud, incluyendo la salud física, psicológica, las relaciones sociales y el medio ambiente. Cada pregunta oscila entre 1-5 puntos, cuanto más baja sea la puntuación, mayor será la incapacidad. El DLQI consta de 10 categorías con 6 campos: síntomas y reacciones a estos, actividades diarias, ocio, actividades escolares o laborales, relaciones personales y disconformidad con el tratamiento. Las puntuaciones totales oscila entre 0-30, a puntuación más alta, mayor incapacidad.

Los resultados obtenidos en el cuestionario WHOQOL26 muestran mejoras estadísticamente significativas en el ámbito psicológico y en la calidad de vida general en el grupo A. Sin embargo, en el grupo B solamente se observaron diferencias estadísticamente significativas en el QOL general. Cuando se compararon los dos grupos antes y después del estudio, mediante la prueba de Wilcoxon, la puntuación de QOL de WHOQOL26 no mostró diferencias significativas. Al inicio del estudio las

Introducción

puntuaciones obtenidas en el cuestionario WHOQOL26 por las 50 participantes fueron prácticamente equivalentes a las obtenidas por mujeres sanas en el rango de edad entre 20-29 años. Al final del estudio, sólo mejoraron las puntuaciones en el ámbito psicológico del WHOQOL26 del grupo A. Este resultado sugiere que las instrucciones para el cuidado de la piel y el uso de maquillaje pueden tener un efecto favorable en las condiciones psicológicas o las relaciones interpersonales de las pacientes de acné.

En los resultados obtenidos por los 25 pacientes del grupo A en el DLQI se observaron diferencias estadísticamente significativas en los campos de síntomas y sus reacciones, actividades diarias, ocio, relaciones personales, disconformidad con el tratamiento y la puntuación total. De los 25 del grupo B, se observaron diferencias en síntomas y sus reacciones, actividades diarias, ocio, trabajo/escuela, relaciones personales y la puntuación total.

Cuando se compararon los dos grupos antes del estudio, la puntuación de QOL de DLQI no fue significativamente diferente. En cambio, tras el estudio, las pacientes del grupo A obtuvieron una puntuación mayor que las del grupo B solo en el campo trabajo/escuela en la prueba de Wilcoxon.

La medida del DLQI fue más receptiva a los cambios que la medida genérica del WHOQOL26. Deberán tenerse en cuenta las siguientes consideraciones metodológicas en este estudio:

- Las conclusiones no pueden generalizarse, debido a que todas las pacientes eran japonesas y el tamaño de la muestra muy limitado.
- El otro inconveniente es que el método utilizado para evaluar la severidad del acné no ha sido validado en Japón.
- Para concluir, las instrucciones dadas por un dermatólogo, sobre el cuidado de la piel y el uso del maquillaje cosmético no deterioraron el tratamiento del acné e influyeron eficazmente en el QOL. Por lo tanto sugieren que es importante para los dermatólogos complementar instrucciones apropiadas en el uso del cuidado de la piel y de los productos cosméticos con medicación convencional para el acné. Muchas enfermedades de la piel se consideran menos severas que otras

Introducción

alteraciones orgánicas, sin embargo debido a que las lesiones cutáneas son visibles, pueden producir graves daños emocionales³⁸.

Lasek RJ, Chren MM³⁹ querían averiguar si el acné vulgaris afecta perceptiblemente a la calidad de vida de los pacientes, sin importar el grado de severidad de la enfermedad, y más a los adultos más mayores que a los más jóvenes. Estos resultados se obtuvieron a través de un estudio transversal y longitudinal con el cuestionario sobre calidad de vida Skindex, de 29 ítems. Se eligió una muestra de 60 pacientes diagnosticados de acné vulgaris. Los pacientes, además respondieron a una pregunta global sobre el grado de incomodidad del acné y los dermatólogos evaluaron la severidad de la enfermedad. Muchos pacientes con acné, después de haber visitado cirujanos plásticos, esteticistas y médicos de familia, están desilusionados por la persistencia de su enfermedad y restos de cicatriz. Los pacientes perciben que los expertos en el cuidado de la piel son los dermatólogos⁴⁰.

Aunque en estos últimos años ha aumentado el conocimiento sobre el impacto que el acné tiene sobre la calidad de vida, pocos estudios han determinado el efecto de un cambio en el aspecto psicosocial. Este fue investigado por los dermatólogos a través de cuestionarios y de evaluaciones clínicas en pacientes con acné. Observaron 50 mujeres con acné facial entre leve y moderado antes y después de un tratamiento de 9 meses con anticonceptivos orales. Los resultados demostraron una gran variabilidad en el deterioro psicosocial. Hubo una reducción significativa en la severidad clínica que no se relacionó con las mejoras significativas en autoestima y la aceptación del aspecto. Concluyeron que el deterioro psicosocial percibido es mayor en las mujeres, quienes sobrevaloran subjetivamente su acné y no se relaciona con la mejoría clínica³².

Se desarrolló una versión japonesa del índice de calidad de vida (DLQI-J)¹⁶, elaborada a partir de la versión original inglesa. Esta versión fue cumplimentada por 197 personas diagnosticadas de acné vulgaris, para examinar su validez y fiabilidad. Además rellenaron partes de cuestionario SF-36⁴¹ y aportaron datos sobre características demográficas y clínicas. La edad media de los participantes era de 24,8 años. 77,2% eran mujeres, 78,7% con acné vulgaris. Las correlaciones de los resultados del DLQI-J con el sexo o la edad eran muy pobres, pero estos con los resultados SF-36y con la severidad clínica eran altos. Concluyeron que el DLQI-J proporciona datos válidos y fiables a pesar de tener solamente una pequeña cantidad de ítems⁴². La

Introducción

mayoría de los artículos concluyen que los productos contribuyen a la eficacia del tratamiento anti-acneico, pero algunos de estos cosméticos pueden tener una eficacia limitada sobre la apariencia y las lesiones de acné. Se propone integrar en sus tratamientos, técnicas de camuflaje, apropiadamente aplicadas, siempre que los productos sean no comedogénicos y anti-acneicos⁴³.

6.7.2. 2. Vitiligo

El vitiligo es otra enfermedad visible que tiene una gran influencia en las relaciones interpersonales. En algunos casos los enfermos se sienten estigmatizados por temor a un supuesto contagio.

La visibilidad del síntoma, a su vez, interfiere en la vida social del individuo, ya que su apariencia física se ve dañada, y ello afecta en la participación de las actividades sociales. Características demográficas como la edad y el género juegan un importante papel. Para las mujeres, por razones socioculturales, tiene mayor relevancia la apariencia física. Es por ello que estas acuden al médico con mayor frecuencia. El diagnóstico de la enfermedad provoca distintas reacciones emocionales. En estudios realizados en niños, se ha comprobado la presencia de ansiedad, depresión, agresividad e irritabilidad. Hay tendencia al aislamiento, a sentirse rechazados, y como consecuencia, tienen dificultades en las relaciones interpersonales y en particular en las relaciones sexuales⁴⁴. En un estudio de índice de la calidad de vida, 614 pacientes con vitiligo, completaron dicho cuestionario por correo postal. Los resultados apoyaron la validez del DLQI y se relacionaron con el estigma percibido, las experiencias recientes, autoestima y angustia personal, sugiriendo que estos niveles de incapacidad se podían reducir con intervenciones sobre estas variables⁴⁵.

La mayoría de los estudios sobre el impacto psicológico del vitiligo han sido realizados en EEUU e Inglaterra. El objetivo de este estudio, llevado a cabo en la población belga de habla holandesa, es cuantificar el efecto del vitiligo en la calidad de vida de la población belga de habla holandesa, comparada con el nivel de invalidez causado en una población semejante diagnosticada de psoriasis. Se incluyeron 119 pacientes con vitiligo y 162 pacientes con psoriasis. Se utilizó el índice de la calidad de

Introducción

vida de la dermatología (DLQI), un cuestionario extensamente validado. Los resultados más altos de la media individual de vitíligo fueron encontrados en sentimientos (Q2), ropa (Q4), aspectos sociales y ocio (Q5) y rutina diaria (Q3). Los resultados del DLQI eran altamente significativos entre la interacción de la enfermedad y el sexo. El estudio cuantifica el impacto del vitíligo sobre la calidad de vida e indica áreas específicas de los pacientes que están más afectadas por la enfermedad. La disminución en la calidad de vida es igual tanto en mujeres afectadas de vitíligo como de psoriasis. Estos resultados que muestran las secuelas estéticas que arrastran estas patologías, deben despertar el interés de los médicos. El tratamiento apropiado puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes⁴⁶.

Existen dos investigaciones llevadas a cabo en dos países árabes sobre la calidad de vida en pacientes con vitíligo. Uno se realizó en Irán en el año 2006. Su objetivo era explorar y comparar la calidad de vida (QOL) en pacientes masculinos y femeninos con vitíligo. Se utilizó un cuestionario compuesto por 17 ítems y múltiples opciones basado en el índice de calidad de vida de dermatología (DLQI). Fueron incluidos 77 pacientes musulmanes con vitíligo (53 mujeres y 24 hombres) de 29,3 años de edad media. El resultado medio de la calidad de vida en dermatología (DLQI) fue de 42,9 para las mujeres y 51,6 para los hombres. Las mujeres experimentaron mayor déficit de salud general, psicológica y de relaciones sociales y actividad sexual que los hombres⁴⁷. El otro realizado en Arabia Saudí pretendía determinar que variables podían influir en su calidad de vida (DLQI). Se contó para el estudio con 109 pacientes afectados de vitíligo, de los cuales 61 eran hombres y 47 mujeres, de edades comprendidas entre 18 y 47 años. La calidad de vida fue valorada usando el cuestionario DLQI y relacionado con las variables: edad, sexo, estado civil y grado de extensión cutánea. Los pacientes con terapia de luz y con vitíligo generalizado tenían significativamente más altas puntuaciones en calidad de vida (DLQI) que los pacientes con tratamientos tópicos y afectación cutánea localizada. Se concluyó que las mujeres se sienten más avergonzadas y tienen mayor conciencia de enfermedad con más deterioro de su vida social, relaciones interpersonales, actividades sexuales y están más influidas en la elección de ropa que los hombres⁴⁸.

Introducción

El vitíligo es una enfermedad de la piel desfigurante que afecta al 1% de la población general. Es importante que las enfermeras entiendan el impacto psicológico y las implicaciones del cuidado en esta enfermedad desfigurante⁴⁹.

En algunos casos sienten que se les mira fijamente, que se murmura de ellos, incluso en casos muy extremos sufren insultos, por lo que acaban aislándose. La naturaleza crónica de la enfermedad, la falta de una terapia eficaz y el curso imprevisible de esta suele ser desmoralizante. Es importante reconocer y ocuparse de los componentes psicológicos de esta enfermedad para mejorar su calidad de vida⁵⁰. Se llevó a cabo una encuesta, para averiguar que alteraciones emocionales causa el vitíligo y que factores influyen en que unos pacientes afronten el estrés mejor que otros.

Se comparó a los pacientes de vitíligo con un grupo control sin alteración. Los resultados indicaron que los que mejor afrontan la desfiguración, son aquellos que tienen una autoestima más alta que el grupo control. Esto sugiere que la respuesta a estas enfermedades desfigurantes depende del nivel de autoestima. Pacientes más jóvenes e individuos de clases socioeconómicas más bajas demostraron peor afrontamiento⁵¹.

6.7.2. 3. Psoriasis

No cabe duda de que en la psoriasis, existe el concepto de variabilidad emocional, ya que cuando hablamos de emociones hablamos de reacciones subjetivas de cada persona; es por ello que no todos los afectados vivirán de la misma manera, sino que experimentarán esta realidad en función de sus propias características de personalidad y de sus variables psicológicas. Es percibida, por algunos pacientes, como una enfermedad deformante, que altera el modo en que una persona se ve a sí misma y cómo piensa que le ven los demás. Nos encontramos con un paciente que sufre una alteración en su imagen, lo que puede producir un aumento de la inseguridad ante el mundo que le rodea, provocando una disminución de su autoestima y altos niveles de autoexigencia que pueden favorecer la aparición de conductas no adecuadas y presencia de ansiedad y depresión. La repercusión a nivel personal y relacional está

Introducción

vinculada a los cambios producidos en la vida cotidiana del paciente. Cambios que van desde los relacionados con los comportamientos de ocultación del diagnóstico, que se manifiesta en la forma de vestir para esconder las lesiones, hasta sentimientos de inseguridad en el ámbito sexual debido al rechazo del propio cuerpo y al miedo del rechazo del otro. También se encuentran con dificultades en el tema laboral a la hora de encontrar nuevos trabajos, tienen la percepción de incapacidad para puestos de trabajo en los que el contacto personal es necesario, ya que el paciente o los empleados perciben su físico como desfavorable por diferentes causas como pérdida de días laborables a causa de los brotes de la enfermedad, baja productividad por la necesidad de seguir tratamientos extensos en el tiempo, miedo al rechazo de los compañeros y dificultades de interacción con el entorno laboral debido a la psoriasis y por supuesto altos niveles de ansiedad y depresión que repercuten en una disminución de la eficacia y de la motivación⁵².

Según Moreno Giménez la pérdida de calidad de vida es mayor en el sexo femenino, y sobre todo en las más jóvenes. Establece que existe una relación directa entre la superficie corporal afectada y el descenso en el nivel de calidad de vida y afirma que los pacientes con psoriasis sienten tal vergüenza y rechazo social que puede llegar incluso a sensación de humillación cuando acceden a lugares públicos como piscinas, playas, gimnasios, etc., pudiendo, incluso, repercutir en sus relaciones íntimas y su actividad social. Secundariamente a la sensación de vergüenza el paciente se siente limitado, de forma real o no, en su oportunidad de acceder a puestos de trabajo y grupos sociales, lo que le conduce progresivamente al establecimiento de una pérdida de seguridad en sí mismo. Estas son las bases del aislamiento socio-familiar y el posible inicio de otros hábitos poco saludables como la ingesta de alcohol o el consumo de drogas. En relación a la idea de suicidio, algunos autores piensan que no es raro este pensamiento en pacientes con enfermedades dermatológicas, concretamente psoriasis y acné, siendo el sexo femenino un grupo con un riesgo particular debido al estrés social que soportan. Aquellos que padecen la psoriasis desde la niñez, la han integrado en mayor o menor medida en su día a día. Pero a los que les aparece en la adolescencia o en la juventud puede significar un auténtico trauma. Su vida ha cambiado física y moralmente. Su carácter y su humor se alteran cuando están en brote, hasta el extremo de sentirse como personas diferentes

Introducción

según la fase de la enfermedad. La vergüenza a exhibirse en público y la pérdida de autoestima existen, aunque se disimulen⁵³

En un estudio llevado a cabo por el Dr. Finzi et al. Con 158 sujetos de edades comprendidas entre 13 y 44 años, afirmaron que uno de cada 4 pacientes psoriásicos presenta malestar psicológico y uno de cada 5 comorbilidad psiquiátrica (revisado en la referencia⁵⁴). La prevalencia de depresión entre los pacientes psoriásicos oscila entre un 10 y un 58% y es más frecuente en las mujeres que en los hombres. El alcoholismo, además de ser un factor causal de la psoriasis, también es una consecuencia de la enfermedad debido a la afectación de su estado psicoafectivo. Gran número de enfermedades de la piel como la psoriasis pueden influenciar profundamente en la autoimagen, la autoestima y el sentido de bienestar de cada paciente. Afecta todos los componentes de calidad de vida; incluyendo factores psicológicos, sociales, sexuales y/o laborales. El estrés, la depresión, la ansiedad y las dificultades para funcionar en el trabajo, así como las oportunidades limitadas, fricciones familiares e inhibiciones sexuales, pueden estar asociadas a la psoriasis⁵⁵.

El Dr. Miquel Ribera y colaboradores⁵⁵ publicaron un estudio realizado a 289 pacientes pertenecientes a Acción Psoriasis sobre el impacto de la Psoriasis en la calidad de vida (CdV). Utilizando un cuestionario modificado del estudio EUROPSO (European Federation of Psoriasis) en la calidad de vida, tanto en la esfera emocional como en la esfera laboral y social. Al final del estudio aseguraban que la psoriasis repercute mucho en la esfera psicoemotiva, social y laboral, que le limita considerablemente en ciertas actividades físicas y sociales.

Para determinar la sensación de estigmatización y la calidad de vida de pacientes afectados de psoriasis y dermatitis atópica, Schmid-Ott G y colaboradores validaron la forma corta del cuestionario en experiencia con quejas de la piel (QES) y el índice de calidad de vida de dermatología (DLQI), con una muestra de 463 pacientes hospitalizados con psoriasis y dermatitis atópica. Se concluyó que la forma corta de QES con 23 ítems es un instrumento válido para examinar los aspectos sociales y psíquicos de estos pacientes. La sensación de estigmatización y la calidad de vida determinan diferentes aspectos de la tensión relacionada con la enfermedad⁵⁶. En el condado de Jönköping, Suecia⁵⁷, realizaron un cuestionario sobre el índice calidad de vida (DLQI), durante 6 semanas, a 50 pacientes afectados de psoriasis y dermatitis

Introducción

atópica. 9 de ellos fueron entrevistados sobre los factores que pueden afectar su calidad de vida. Los resultados del cuestionario antes del tratamiento indicaron una baja calidad de vida y mayor afectación en las mujeres que en los hombres. Las respuestas de los entrevistados indicaron motivos de preocupación tales como retiro de lugares públicos, adopción hábitos especiales de ropa y preocupación por las relaciones personales. En Turquía se llevó a cabo un estudio para desarrollar un instrumento sobre calidad de vida en personas turcas con enfermedades de la piel. La validez y fiabilidad del instrumento fueron probadas en los datos recopilados a partir de 278 pacientes ambulantes y 49 sujetos normales. Los análisis factoriales encontraron que la enfermedad de la piel afectaba a seis dimensiones separadas de QOL: vida social, vida emocional, actividad diaria, síntomas, vida cognoscitiva y vida sexual.

Se apreciaron diferencias significativas entre los grupos. Se encontró mayor afectación emocional entre los pacientes con psoriasis, urticaria y acné que los que tienen eczema. En cambio estos presentaban mayor afectación en la vida sexual que el resto. Se concluye que el instrumento proporciona validez y fiabilidad de QOL en pacientes turcos con enfermedades de la piel⁵⁸.

6.7.2. 4. Dermatitis atópica

La descripción de las diferencias de género en la morbilidad de la enfermedad de la piel entre hombres y mujeres puede proporcionar datos relevantes. La meta de este estudio fue examinar las diferencias de género en la morbilidad de pacientes con “dermatitis atópica (DA)”, con respecto a la edad, sexo, duración, severidad de la enfermedad y localización. Fueron analizados los resultados de 112 pacientes (88 mujeres y 24 hombres) de 34 años de media de edad. Se encontró una correlación positiva significativa en las mujeres con el grado de severidad y entre el índice de calidad de vida y las zonas visibles afectadas por la enfermedad, estas correlaciones no se encontraron entre los hombres.

No se encontró ninguna diferencia significativa entre los hombres y las mujeres en relación con la edad, la duración de la enfermedad, la severidad o la calidad de vida usando el índice de calidad de vida (DLQI). Concluye el estudio⁵⁹ que la morbilidad divulgada por el propio paciente es constante entre mujeres con DA, pero no tanto

Introducción

entre hombres. Las áreas normalmente visibles de la DA parecen afectar considerablemente más a mujeres que a hombres.

Debido a que hay un número considerable de instrumentos disponibles para medir los resultados de las condiciones dermatológicas, pero ninguno específico de la dermatitis atópica. Y que además, la mayoría miden síntomas y el funcionamiento diario, pero no la autoestima. Se diseñó un instrumento para medir la calidad de vida en adultos con dermatitis atópica, sobre el modelo basado en la necesidad de la calidad de vida y elaborado en varios países simultáneamente. La versión inicial fue elaborada en el Reino Unido⁶⁰, y se hicieron traducciones para los Países Bajos, Italia, Alemania, Francia y los Estados Unidos.

Concluido el instrumento, fue desarrollada una versión española. Su contenido fue derivado a partir de 65 entrevistas profundas con los pacientes. La versión inicial del (QoLIAD) tenía 56 ítems, que reflejaban en las entrevistas cualitativas, la forma en que la dermatitis atópica afectaba sus necesidades: estabilidad física y emocional, seguridad, autoestima, desarrollo personal y realización. Tras comentarios con los pacientes, el cuestionario quedó con 42 ítems. Concluyen que el instrumento es práctico, fiable, válido y culturalmente aplicable para medir el impacto de la dermatitis atópica y de su tratamiento en ensayos clínicos o en la práctica clínica rutinaria.

En Friburgo (Alemania)⁶¹ realizaron un estudio comparativo entre 4 cuestionarios sobre calidad de vida para comprobar su fiabilidad y validez. Eligieron. Eligieron 228 pacientes afectados de psoriasis y dermatitis atópica, 148 padecían psoriasis, las 80 restantes dermatitis atópica. La evaluación fue realizada antes y después del tratamiento. Los cuestionarios comparados fueron, la evaluación de la calidad de vida Freiburg para la dermatosis (FLQA-d) ,índice de calidad de vida de la dermatología(DLQI), cuestionario de la enfermedad crónica de la piel(CSDQ) y el cuestionario sobre la vida diaria (ALLTAG). Todos los cuestionarios fueron capaces de discriminar reducciones significativas de la calidad de vida en psoriasis y dermatitis atópica en comparación con el grupo control. También todos demostraron sensibilidad al cambio. Concluyen que todos los cuestionarios fueron válidos y fáciles de manejar, para determinar la calidad de vida de pacientes con psoriasis y dermatitis atópica.

6.7.2. 5. Melasma

Alteraciones en la pigmentación, tales como el melasma influyen mucho en la calidad de vida de los individuos afectados. Varios instrumentos se han desarrollado con éxito para evaluar QoL. Sin embargo deben ser adaptados a la población blanca en referencia a la lengua y diversidad cultural. El primer cuestionario específico para el melasma (melasQoL) fue desarrollado para los pacientes de habla inglesa. El objetivo era evaluar la versión portuguesa brasileña del cuestionario y determinar el impacto del tratamiento con una crema de triple combinación (hidroquinona, acetona de flucinalona y tretinoína) en el QoL de pacientes con melasma moderado a severo. Trescientos individuos de las cinco regiones geográficas brasileñas participaron en este estudio multicéntrico. Su edad media era de 42 años. Se utilizaron el índice de severidad (masi) y melasQoL –BP y la versión corta del instrumento de QoL de la organización mundial de la Salud para determinar el grado de severidad. Fueron traducidos previamente y adaptados de la versión inglesa culturalmente, con la participación de los autores y según los estándares de la organización mundial de la salud. De la muestra original fueron aleatorizados 150 voluntarios a tratar con melasma y repetida la evaluación 8 semanas después. Este estudio demostró que melasQoL es un instrumento válido y se puede utilizar para evaluar la calidad de vida y la respuesta al tratamiento del melasma en pacientes brasileños. Produjeron resultados significativos con respecto a la severidad clínica y a la calidad de vida⁶². En este caso el objetivo fue desarrollar y evaluar un instrumento específico de la calidad de vida para identificar qué áreas de la vida de los pacientes con melasma están más deterioradas (MELASQOL). Eligieron una muestra al azar de 102 mujeres afectadas de melasma. Se les examinó con el cuestionario SKINDEX-16, la escala del miedo, la evaluación negativa, el índice de calidad de vida de dermatología (DLQI), un cuestionario de la evaluación de la decoloración de la piel y una medida de la diferencia percibida de la calidad de vida sin melasma. Concluyeron que el (MELASQOL) se puede utilizar para evaluar objetivamente el efecto del melasma en la calidad de vida. La alta correlación con el DLQI, el SKINDEX-16 y el cuestionario de la decoloración de la piel sugiere que la escala nueva es un instrumento válido, que se puede utilizar para supervisar el nivel de deterioro de los individuos debido a su melasma. Los resultados de MELASQOL pueden ayudar a guiar los métodos de tratamiento así como seguir la mejoría de la calidad de vida de los pacientes⁶³.

6.7.2. 6. Angiomas

A menudo las alteraciones pigmentarias son más sobresalientes en piel negra, razón por la que estos pacientes pueden padecer consecuencias más severas en su autoimagen. Aunque también, pueden influir aspectos culturales y étnicos. Los defectos faciales pueden conducir a sensaciones de aislamiento y soledad. Varios estudios han investigado el impacto psicosocial de los angiomas. En los pacientes con angiomas se ha apreciado un impacto negativo en sus interacciones profesional y social. Otros efectos que las personas con angiomas notaron es evitación de contacto sexual, envidia de la gente con la piel normal y sensaciones de vergüenza, ansiedad, o depresión. Semejantemente, los estudios también han investigado el impacto psicosocial del vitíligo. Los pacientes de vitíligo tienen la autoestima reducida comparada con el grupo control, y es similar en magnitud a la de los pacientes con psoriasis. El malestar social, la dificultad en relaciones sexuales y la vergüenza son evidentes constantemente en estos pacientes.

La calidad de vida relativa a la salud (HRQOL) es una medida usada para describir el bienestar físico, psicológica, social y para determinar la carga de la enfermedad en la vida diaria. Se han desarrollado varias medidas generales del impacto de la enfermedad de la piel (HRQOL) como el Skindex16 y el índice de la calidad de vida de dermatología. Las lesiones faciales desfigurantes pueden afectar el bienestar emocional de una persona y puede contribuir a disminuir las relaciones sociales, la productividad en el trabajo o en el colegio y la autoestima.

Se examinó una muestra elegida al azar de 73 mujeres, con una edad media de 37.2 años diagnosticados de acné, papulosis, hipopigmentación, lentigos, melasma, rosácea, proliferaciones vasculares y otras cicatrices faciales, para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL). El 56% de las mujeres eran blancas mientras que casi el 40% eran negras, el 39% padecían melasma, el 24% cicatrices faciales, el 14% acné, el 12% hiperpigmentación y una pequeña cantidad sufrían otros tipos de manchas faciales, como angiomas. Los cuestionarios se llevaron a cabo en Wake Forest University School of Medicine (WFUSM), Winston-Salem, Carolina del Norte.

Los participantes fueron reclutados a través de folletos, anuncios y de médicos de la clínica WFUSM, que derivaron pacientes para participar en el estudio. Solo se

Introducción

requirió una visita de cada uno, excluyendo a aquellos incapaces o poco dispuestos a terminar el estudio. Se utilizó el BASI para cuantificar el área de la mancha facial, puntuación que oscila entre 0 y 40 y abarca cuatro dominios cada uno calificada en una escala análoga visual. Vascularmente se midió de normal a violácea; la textura se midió de normal a severa; la superficie se midió en una escala bidireccional con tres puntos: atrofia, normal e hipertrofia; la pigmentación se midió en una escala bidireccional con tres puntos: hipopigmentado, normal e hiperpigmentado.

El dermatólogo también observó el porcentaje de la cara cubierta por la lesión en tantos por ciento. En la encuesta se les hizo preguntas sobre la historia clínica, dermatológica, condiciones de comorbilidad, medicaciones actuales y el impacto de la enfermedad de piel.

Se utilizó el Skindex-16 y el miedo a la evaluación negativa. Cada ítem del Skindex-16 fue clasificado de 1-7, para un resultado total de 16-112, indicando el resultado más alto mayor carga de la enfermedad y cada ítem de la escala del miedo a la evaluación negativa, fue clasificado de 0-5, para un resultado total de 0-60, indicando mayor miedo el resultado más alto. Además se creó una medida de las estimaciones de los participantes sobre su opinión sobre su calidad de vida (QOL). Los pacientes primero clasificaban la calidad de vida global con la mancha facial y después sin la mancha facial con respecto a su , trabajo, relaciones familiares, vida social, relaciones sexuales, ocio, salud física, dinero y bienestar emocional. Para cada paciente la diferencia entre la calidad de vida con o sin el defecto facial proporcionó su percepción en el cambio de la calidad de vida sin el defecto facial. Se realizaron análisis descriptivos (frecuencias, porcentajes) y análisis bivariantes (correlaciones y Anova). Variables estadísticas significativas en los análisis bivariate fueron conservados para el modelo multivariante (análisis de regresión múltiple). La variable dependiente en el bivariate y las valoraciones multivariantes fueron la medida del Skindex-16.

Los resultados de la mediana de severidad de la mancha (BASI) y los resultados en calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL) fueron distribuidos normalmente. Una mancha facial fue asociada con un deterioro significativo en la calidad de vida relacionada con la salud global según lo que evidenció el Skindex-16.

Introducción

Los resultados de la evaluación negativa del miedo y la percepción de una mejor calidad de vida sin la alteración en la pigmentación fueron también de una magnitud considerable. La presencia de un defecto facial también fue asociada a muchos comportamientos del paciente con la intención de aliviar el impacto de la enfermedad. Se usó un ANOVA bivalente para examinar las correlaciones de los predictores potenciales con la calidad de vida relacionada con la salud global.

Las correlaciones más significativas incluyeron una percepción mejor de la calidad de vida (QOL) sin la enfermedad y un aumento de la evaluación negativa del miedo, asociada a una calidad de vida relacionada con la salud peor. Los pacientes que usaban base de maquillaje tenían una calidad de vida relacionada con la salud perceptiblemente pero que los pacientes que no lo utilizaban. Tampoco encontraron relación entre los resultados de la severidad de la mancha facial (BASI) y la calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL). No había diferencias significativas en la calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL) por el tipo de mancha facial. Los pacientes que usaron la base de maquillaje aumentaban los resultados del Skindex-16 en casi 20 puntos. Finalmente, con cada incremento del punto en la diferencia de percepción en la calidad de vida entre tener y no tener la mancha facial, la calidad de vida relacionada con la salud empeoró 1,6 puntos ($P < 0,001$).

Las manchas faciales tienen un impacto significativo en la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres afectadas. Se hallan correlaciones entre el miedo de percepciones negativas y de una calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL) pero además, la percepción de una calidad de vida mejor sin la mancha facial era un predictor fuerte de la calidad de vida relacionada con la salud global (HRQOL). No encuentran ninguna diferencia en la calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL) por el tipo de mancha facial, así como ningún efecto debido al tamaño del área afectada en la calidad de vida relacionada con la salud. Esto apoya la afirmación que la mera presencia de la mancha facial más que el tipo o el tamaño es lo que conlleva a una calidad de vida relacionada con la salud reducida en los pacientes. Se halló que las mujeres que usaban base de maquillaje mostraban una calidad de vida relacionada con la salud pero que aquellas que no usaban la base de maquillaje. Esto les lleva a interpretar que los pacientes afectados más severamente por la mancha facial, es más probable que intenten ocultar la deformidad con una base de maquillaje inadecuada.

Introducción

Algunas de las bases de maquillaje disponibles en el mercado pueden no producir los resultados satisfactorios esperados. El maquillaje que combina y camufla fácilmente su lesión requiere más estudios.

Las limitaciones del estudio fueron que al ser realizado en un centro médico, pudo haber un cierto sesgo en la selección de la muestra, sin embargo la muestra tenía una distribución variada de los factores de riesgo y de los factores demográficos y fue derivada sobretudo de un anuncio. Si hubiéramos usado una muestra procedente solo de una clínica, se podría generalizar solo que los pacientes que buscan el cuidado dermatológico para su defecto facial hubieran tenido una calidad de vida reducida (QOL). Resumiendo, los resultados de estos análisis exploratorios demostraron correlaciones distintas de calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con manchas⁶⁴.

A otros autores⁶⁵ les ha preocupado examinar la naturaleza de la angustia y la estigmatización que sufren estos pacientes. Los estudios de los cuestionarios rebelaron una angustia psicológica considerable. Hoy en día estos pacientes pueden recibir tratamiento para mejorar perceptiblemente su mancha de nacimiento.

6.7.2. 7. Cicatrices y Desfiguraciones faciales

El queloide y la cicatriz hipertrófica representan desfiguraciones dermatológicas crónicas. Este estudio⁶⁶ trataba de determinar por primera vez la calidad de vida de pacientes con cicatrices hipertróficas y queloide, debido a que estas personas, al igual que otras con enfermedades crónicas de la piel, sufren un empeoramiento de la calidad de vida. Se crearon varios ítems modificando y supliendo los ítems del cuestionario sobre las quejas de la piel. Este cuestionario fue distribuido a 100 pacientes ambulantes, con queloides y cicatrices hipertróficas. Utilizaron un análisis factorial para identificar las dimensiones subyacentes, establecieron dos escalas del cuestionario (disminución psicológica y física) con 9 y 5 ítems, respectivamente. La escala psicológica fue asociada al dolor con restricción de la movilidad aunque las correlaciones eran más bajas. Este estudio demuestra por primera vez una disminución de la calidad de vida. En Fachklinik Hornheide, una clínica de Alemania, especializada en el tratamiento de

Introducción

tumores y reconstrucción facial, entrevistaron a 25 pacientes con desfiguraciones faciales, para evaluar la tensión psicosocial a la que están sometidos.

En muchas ocasiones su enfermedad, implicaba la pérdida de parte de su cara, con los problemas de autoestima que ello arrastra. Estas experiencias negativas, en muchos casos dan lugar a problemas de comportamiento, aislamiento, repercusiones en la vida laboral o a crisis emocionales severas. El grado de superación depende de la respuesta y el grado de involucración de sus familiares y amigos. Es durante la terapia cuando hay que considerar estas condiciones, para mejorar la integración social⁶⁷. Aunque las lesiones faciales de menor importancia son relativamente comunes, su impacto psicológico es un área descuidada en la literatura. Este estudio investigó el impacto psicológico en relación con el grado de timidez y de ansiedad del paciente y de su cicatriz. En 2001 se seleccionaron 63 pacientes con lesiones visibles de más de 1,5 centímetros que habían sido tratadas de forma ambulatoria. Una semana después de ser tratados de la lesión, les administraron la escala de aspecto de Derriford, con las subescalas generales y sociales de timidez y el inventario de ansiedad Estado-Rasgo. A 50 pacientes, seis meses después se les volvió a administrar los cuestionarios. Los resultados indicaron que los factores que más afectaban en los niveles de ansiedad y timidez de los pacientes eran, vivir solo, la causa de la lesión y el tamaño de la cicatriz y en cambio no encontraron relación con el género, la edad, el grupo socioeconómico, la localización y el número de cicatrices y la satisfacción con su aspecto. La timidez general mejoró a los 6 meses, pero la ansiedad social continuaba igual. Los pacientes no tenían conciencia a través del tiempo de los cambios en general. En el estudio concluyen que las cicatrices faciales leves pueden tener un impacto psicológico significativo para algunas personas. Se recomienda información, conocimiento y entrenamiento en habilidades sociales tanto para los profesionales de la salud como para los afectados⁶⁸.

6.7.2. 8. Alopecias

La alopecia es otra alteración de la imagen corporal, cuyas causas pueden ser dermatológicas, como la alopecia areata, cicatrizal, postraumática y debido a los tratamientos oncológicos. Meril-Kieny⁶⁹ llevó a cabo un estudio con 90 pacientes con

Introducción

cáncer tratados con quimioterapia que tenían alopecia de cejas, cambios de complexión, contorno irregular labio o sequedad de labios.

Estos pacientes fueron tratados por esteticistas, encontrando que el maquillaje medico correctivo puede mejorar la calidad de vida con muy buena tolerancia. Rodríguez Marín⁷⁰, en su tratado *Psicología Social de la Salud* recoge como factores estresantes de la persona, el deterioro corporal y la alteración de la personalidad, tales como la pérdida del cabello y la cirugía mutilante.

6.7.2. 9.Quemaduras

Este es el testimonio de una trágica experiencia personal, por una persona de treinta y cuatro años de edad, que sufre quemaduras profundas en el 80% de su cuerpo. Su preocupación comienza con el alta hospitalaria, teme el rechazo de sus hijos al verla. Su hándicap más grave a los ojos de los demás es la imagen. Su cara es lo que más impacta de su aspecto La cirugía ya no puede mejorar mucho más su situación. Le informan sobre la existencia de maquillajes terapéuticos. Estos maquillajes tienen un alto poder cubriente y consiguen camuflar las imperfecciones de la piel, aunque no totalmente, si de forma bastante aceptable. Son realizados por personal especializado. La propia protagonista refiere que no es un una técnica fácil de realizar, por lo que era necesario la enseñanza del procedimiento. Comenzó, como todos a los que no les gusta su aspecto, con un periodo de ocultamiento, enmascaramiento de sus lesiones, uso de gorras, uso de gafas oscuras y amplias para ocultar lo más posible su rostro, vestimenta estrafalaria, ropajes largos para tapar su cuerpo. Considera que el maquillaje del rostro ha sido de gran ayuda⁷¹.

6.7.3. Maquillaje terapéutico

La búsqueda de una mejor imagen ha afectado los pensamientos y acciones de la humanidad desde el comienzo de los tiempos. Gran parte de nuestro éxito en las relaciones interpersonales se basa en la apariencia personal y muchos de nosotros percibimos el valor, el carácter, la honestidad, la capacidad la sociabilidad y la

Introducción

sexualidad de una persona con respecto a su apariencia. La belleza se refleja a través de los rasgos faciales y del cabello de la persona.

La autoimagen también determina en gran medida como pensamos que otros no perciben. Nuestra autoimagen es un elemento vital en como interactuamos en la sociedad. El uso del maquillaje para mejorar nuestra imagen comenzó en los albores de la civilización. Aunque su uso ha variado en todas las sociedades, el maquillaje siempre ha sido utilizado en forma de máscaras primitivas para el embellecimiento.

Se llevó a cabo un estudio para comprobar si la aplicación de cosméticos correctivos puede aumentar la calidad de vida, en cuanto a las relaciones sociales, la autoimagen y la autoestima de pacientes afectadas de dermatosis. Se eligieron 20 pacientes femeninas de edades comprendidas entre 16-69 años, todas ellas con afectación en la cara, 8 padecían acné, 9 rosácea, 2 lupus eritematoso discoide y 1 vitíligo. Un maquillador dio instrucciones en el uso de cosméticos correctivos (Unifiance, La Roche Posay, Francia). Rellenaron un cuestionario de calidad de vida (DLQI) antes de la primera aplicación y 2 semanas después. Se documentó el curso clínico por fotografía estandarizada. Todos los pacientes toleraron el maquillaje sin ningún efecto secundario y este enmascaró perfectamente la coloración indeseada. El uso de cosméticos correctivos en lesiones desfigurantes de la piel es una medida eficaz, bien tolerada que aumenta la calidad de vida de los pacientes. Se sugiere la aplicación de cosméticos correctivos como tratamiento complementario de las enfermedades desfigurantes⁷².

Muchas alteraciones de la pigmentación, malformaciones vasculares, acné y cicatrices desfigurantes pueden angustiar a los pacientes y causar alteraciones psicológicas, como depresión, pérdida de autoestima, deterioro de la calidad de vida, angustia, etc. El uso de un camuflaje correctivo resistente al agua, con variedad desde muy fluido a muy opaco, puede ayudar a cubrir irregularidades cutáneas y proporcionar una cobertura eficaz y natural. Este camuflaje correctivo fue utilizado en 15 niños y adolescentes, entre 7-16 años de edad en plan experimental. La mayoría eran chicas. De la muestra, 6 pacientes tenían acné vulgaris; 4 tenían vitíligo; 2 tenían nevus de Becker, además de tener dermatitis de contacto, y cicatrices posquirúrgicas. El maquillaje correctivo resultó ser una terapia bien recibida para un tratamiento a largo plazo, para quienes la terapia convencional es ineficaz⁷³. Hay dermatólogos que

Introducción

Es aconsejable el uso de maquillaje en los pacientes con acné, porque consideran que los cosméticos decorativos agravan el proceso de la enfermedad.

En respuesta a esto se ha realizado un estudio con 18 pacientes con acné que fueron entrenados por un maquillador y aconsejados a aplicarse los cosméticos correctores básicos, durante 2 a 4 semanas, a la vez que su acné era tratado. Se evaluó la severidad del acné y la calidad de vida (QOL) antes y después del estudio. Los resultados revelaron que disminuyó el número de erupciones de acné, aunque los pacientes se aplicaban el maquillaje. Los resultados de la calidad de vida (QOL de Skindex) y el índice del estado de ansiedad (GHQ30) mejoraron enormemente. Estos resultados sugieren que los dermatólogos deberían animar a los pacientes con acné que utilicen el maquillaje cosmético⁷⁴. Para conocer el efecto que ejercen los cosméticos correctivos en mujeres con alteraciones faciales severas (acné, dermatosis, papulosis, hipopigmentación, lentigo, melasma rosácea, proliferaciones vasculares y cicatrices faciales). En la primera visita se aplicó a 73 mujeres el cosmético correctivo, se les proporcionó el producto y se les dio instrucciones sobre el modo de aplicación. Las siguientes evaluaciones fueron realizadas al comienzo del estudio, en la semana 2, en la semana 4 y revisión a los 3 meses. Se les aplicó el cuestionario Skindex-16. El cosmético correctivo fue bien tolerado. A los 3 meses, los pacientes mostraron una mejoría en el 30% de los resultados del Skindex-16 ($p < 0,001$)⁷⁵.

Pocos estudios han prestado atención a los efectos del tratamiento con respecto a las consecuencias psicosociales del vitíligo. Ongena K, Dierckxsens L, Brochez L y et al. Cuantificaron y analizar la ventaja psicosocial del uso del maquillaje en pacientes con vitíligo. Se eligieron 78 pacientes con vitíligo que completaron el índice de calidad de vida de la dermatología (DLQI) y un cuestionario adaptado de estigmatización, 62 de ellos completaron el (DLQI) después de usar durante un mes el maquillaje corrector. Los resultados iniciales de la media total del DLQI fue 6,9 y la media de los resultados globales de la estigmatización fue el 38%. El grado y la severidad de la enfermedad son fuertes predictores del DLQI ($p < 0,0001$). El vitíligo en la cara, cabeza y cuello afecta sustancialmente al DLQI, independientemente del grado de implicación. El resultado medio del DLQI antes y después del uso del maquillaje fue 7,3 y 5,9 respectivamente. Los ítems con más alta puntuación como sensación de vergüenza, timidez y elección de ropa, mejoraron. Concluyeron que el camuflaje es recomendable preferentemente en

Introducción

pacientes con puntuaciones más altas del (DLQI) o mayor severidad de la enfermedad, aunque también se pueden beneficiar las personas con menor afectación pero localizada en la cara⁷⁶.

Para evaluar el efecto de la calidad de vida percibida (QoL) sobre el asesoramiento del cosmético de camuflaje Holme Beattie y Fleming, del Departamento de Dermatología del Hospital Universitario de Cardiff, Swansea y Dundee, invitaron a 135 personas con edades superiores a 16 años a participar en un estudio multicéntrico en una clínica cosmética. Antes de asistir a la clínica, se les pidió que completaran un cuestionario sobre calidad de vida, previamente validado. Dicho cuestionario costaba de 10 preguntas, cada una con cuatro respuestas posibles y con un resultado máximo de 30 puntos. Participaron en el estudio aquellos que presentaron el cuestionario completado, sin intentar contactar con los que no respondieron. Un mes después de la asistencia a la clínica, se les envió otro cuestionario idéntico de DLQI, junto con uno general que pedía, edad, sexo, diagnóstico y duración de la enfermedad. Completados ambos cuestionarios los devolvieron por correo postal, enviando una carta recordatoria a aquellos que no lo habían devuelto. El primer cuestionario lo completaron 82 individuos y 56 cuestionarios fueron recibidos por correo postal, representando una tasa de respuestas del 68%. De los 26 individuos que no habían completado el cuestionario por correo postal, 6 habían omitido anotar su dirección en el cuestionario inicial, impidiendo el envío de los segundos cuestionarios. Las respuestas de 8 individuos que no terminaron su primer cuestionario hasta después de su cita en la clínica, también fueron eliminadas. La edad media de los pacientes era de 50 años. Las tres categorías de diagnósticos principales eran desordenes de la pigmentación, como melasma, lentigo, máculas, vitíligo, cicatrices posquirúrgicas y enfermedades vasculares como arañas vasculares, telangiectasias y angiomas. La duración media de las enfermedades era de 15 años. No se hallaron diferencias significativas entre los resultados iniciales del cuestionario DLQI de los individuos del estudio y los que no rellenaron el segundo cuestionario DLQI. Se comparó el resultado medio de DLQI antes y después del aprendizaje del maquillaje entre las tres categorías de diagnósticos principales: cicatrices, alteraciones de la pigmentación y desordenes vasculares. Se encontró un cambio significativo en los resultados de las tres categorías diagnósticas.

Introducción

Los humanos son seres sociales por naturaleza y el desarrollo de la autoimagen y de la identidad personal está influenciado por la interacción con otros miembros de la sociedad. La presencia de una lesión visible, percibida como anormal puede dar lugar a una alteración psicológica significativa, por ejemplo, los individuos con angiomas sentían que sus lesiones influían negativamente un 64% sobre su autoestima, un 36% sobre las relaciones sociales, un 53% sobre las relaciones sexuales, un 33% sobre la educación y un 17% sobre la capacidad para encontrar trabajo. De estas personas el 64% usaron productos de maquillaje. El uso de productos cosméticos ha demostrado que mejora el bienestar social y psicológico. Es de esperar que los individuos derivados a las clínicas de cosmética logren algún beneficio a través del maquillaje corrector. Sin embargo, no hay documentación en la literatura médica que haya examinado su efecto sobre la calidad de vida, incluso hay autores que creen que puede tener efectos negativos en la calidad de vida, incluso sugieren que el pacientes puede sentir vergüenza al tener que recurrir a un maquillaje para ocultar su verdadera condición y continuar experimentando el miedo al rechazo y la estigmatización percibida. Aunque este estudio demuestra que el resultado medio del DLQI disminuyó tras la aplicación del maquillaje, hay que tener en cuenta un número de limitaciones del estudio. La tasa de respuesta total era baja, solamente el 61% de los participantes enviaron el DLQI inicial. No se ha podido demostrar claramente que la población que ha respondido y la que no ha respondido era similar en otros aspectos, porque los datos demográficos fueron buscados en el momento del segundo cuestionario. En un estudio reciente que además de aplicar el maquillaje terapéutico, empleaban técnicas de orientación psicológica demostró a los 4 meses mejores parámetros, aunque no eran significativos debido al tamaño de la muestra. Este estudio, a pesar de las limitaciones, sugiere que las clínicas de maquillaje cosmético aportan un excelente recurso a los pacientes con lesiones desfigurantes⁷⁷.

En España, actualmente, el Servicio de Dermatología del Hospital Sant Pau de Barcelona, está realizando un asesoramiento de maquillaje dermatológico corrector a pacientes con este tipo de patología dermatológica, en sus conclusiones evidencia que el uso de maquillaje no sólo ayuda en el plano estético, sino que es un complemento indispensable que favorece las relaciones interpersonales⁷⁸. La asociación de “Acción Psoriasis” organizó una demostración de maquillaje para voluntarios. Relata una afectada en primera persona que al sufrir en ese momento una gran afectación en la

Introducción

cara, se ofreció como voluntaria, aunque ya lo había probado por su cuenta. Hoy en día las lesiones se pueden disimular estéticamente. *“Primero te aplican corrector en aquellos puntos más fuertes y luego el maquillaje. Poder disimular un poco los brotes es un respiro para momentos puntuales. Con el maquillaje sabes que si llevar una manga corta o las piernas al aire algo te puede tapar”*⁷⁹.

Marvin G. Westmore⁸⁰ trabajó maquillando a actores del mundo del espectáculo durante 32 años. Dicho trabajo le proporcionó descubrir el efecto del maquillaje sobre la autoimagen. Comenzó a trabajar en el área de los Ángeles, con pacientes derivados, como un favor a varios médicos. Se introdujo en el campo de las técnicas de cosmética paramédica, estas técnicas implican el uso de maquillaje como una intervención terapéutica para normalizar la apariencia de una persona que tiene alguna forma de desfiguración facial a causa de una anomalía congénita, trauma, o enfermedad. *“Nuestra cara define nuestra identidad debido a que define la reacción de los demás”*. El uso oportuno de maquillaje en la rehabilitación de los pacientes promueve el bienestar psicológico, mayor autoestima y mayor aceptación social en la sociedad. Los productos utilizados por el especialista en maquillaje médico no deben tener ninguna limitación de género o raza. Trabajar con solo una línea de productos obstaculiza la capacidad del especialista de maquillaje para crear texturas, colores, matices necesarios para lograr una apariencia normal.

Hay varias marcas de maquillaje de camuflaje, todas tienen el mismo objetivo: ocultar y disfrazar decoloraciones de la piel antiestéticas, cicatrices desfigurantes, cloasma, problemas de hiperpigmentación, acné, lupus, telangiectasias, tatuajes, hemangiomas, esclerodermia, nevo, vitíligo u otro problema de hipopigmentación, rosácea etc. La lista es casi ilimitada. Debido a las necesidades del cliente derivado por el médico, existen requisitos específicos que los productos de maquillaje deben proporcionar: colores, coincidiendo con todos los tonos de piel étnica, matices de piel y colores del labio; opacidad que tengan la capacidad de enmascarar todo tipo de decoloración de la piel; resistencia al agua para asegurar una larga duración, proporcionando seguridad a lo largo de todo el día; facilitar la aplicación, deben ser maquillajes de moda, incluyendo bases líquidas estándar, color y brillos de labios, colorete, polvos compactos y sueltos, “eyeliners”, lápices de cejas, sombras de ojos, mascarillas, pestañas postizas, desmaquillantes en lociones y en cremas, tónicos,

Introducción

cremas hidratantes y una gama amplia de todos los productos para el cuidado de la piel. Dentro de la industria cosmética hay confusión acerca de alguna terminología cosmética y funciones de productos. Se confunden los términos encubridor/iluminador y sombras/contorno. El encubridor está diseñado para ocultar la decoloración (debajo de los ojos) y deberán coincidir con el tono de piel, no es un iluminador. El iluminador, refleja la luz y se utiliza en las zonas donde los planos faciales arrojan una sombra (bajo los ojos, a lo largo de los pliegues labiales). El contorno es un principio que incluye sombra y reflejos, esto no significa solo sombreado y sombra, absorbe la luz y se utiliza para disminuir la apariencia de las facciones. Usar productos hipoalergénicos. En las técnicas de aplicación y configuración lo que queremos es que el cliente tenga resultados consistentes positivos. Para obtener un buen maquillaje, hay que limitar el número de productos a solo lo absolutamente necesario. Simplicidad es la clave. El último elemento que hace el maquillaje eficaz es la instrucción en un entorno privado, empático y bien planificado. Existe el mito con respecto a los contornos que pueden cambiar las facciones de la cara o que ciertos colores de maquillaje pueden neutralizar coloraciones de la piel. Cualquier maquillador que conoce las tres dimensiones de color: tono, intensidad y grado, sabe que cuando se hace cualquier mezcla de dos colores, el resultado es un tercer color. Si en una rueda de colores se mezclan colores opuestos, tales como el naranja y el azul, rojo y verde, o amarillo y morado, se obtendrá un color verde marrón grisáceo poco atractivo. La industria cosmética lo llama neutralizador. Los maquillajes neutralizadores que se ofrecen son: verde para neutralizar el enrojecimiento, malva para neutralizar el aspecto amarillento demacrado, es decir crean un tercer color que no es el tono de la piel. Este tercer color se debe ocultar con un tono que coincida con el tono de la piel, agregando un maquillaje adicional.

En el campo del maquillaje paramédico no se trata de maquillar al paciente dentro de un estereotipo de moda preconcebido. El maquillaje deberá ajustarse a la persona, estilo de vida, situación socioeconómica y la imagen que ella desea proyectar para percibirla de la forma que ella quiere.

El maquillaje es considerado por nuestra sociedad como un artículo femenino de embellecimiento, razón por la que los hombres no lo utilizan. Sin embargo, un hombre si tiene una decoloración de la piel deformante, una vez que se le demuestre que el

Introducción

maquillaje puede ocultar coloraciones y normalizar su apariencia puede convencerse que el maquillaje no tienen género y así se convierte en una ayuda aceptable y viable en el restablecimiento de la autoimagen. Normalizar la apariencia de un hombre, implica técnicas y productos que no es frecuente encontrar en las líneas de cosméticos de moda y rara vez en las líneas especiales diseñadas para este fin. Los hombres normalmente tienen una textura de piel más áspera, más colorada, con apariencia moteada, capilares rotos y textura de barba. Por ejemplo, si un hombre tiene una cicatriz o una mancha de nacimiento debajo del parpado hasta la línea de la mandíbula, ocultado esta decoloración con solo un corrector dejaría un parche en su cara. Para normalizar su apariencia, color y textura de su piel colorada, tendría que aplicarse el corrector, utilizando el lado opuesto de su rostro como guía, habría que añadir una textura de barba con coincidencia de color, para completar el aspecto. Instruir a los hombres en las técnicas de maquillaje no resulta tan difícil, pues al no contar con ninguna experiencia previa, generalmente, no hay malos hábitos adquiridos.

Los niños son directos en sus observaciones y comunicaciones. Es difícil para un niño con una desfiguración facial soportar las observaciones de sus compañeros o de adultos incongruentes que destruyen su estima. Si el problema no puede corregirse dermatológicamente, el uso del maquillaje puede normalizar su apariencia y aliviar mucho el problema. Cuanto más joven es el niño, mayor será la motivación de los padres para que el niño use maquillaje. Cuanto mayor es el niño, más fuerte es la motivación que proviene de la presión de sus compañeros o un mayor deseo de parecer uno más. En el trabajo con niños hay varios elementos a considerar: la edad, su periodo de atención y su género. Desde el nacimiento hasta los 9 años, debido a que el periodo de atención del niño es bajo, se requiere la presencia de otra persona en la observación y entrenamiento de las técnicas de aplicación del maquillaje y de esta forma poder posteriormente ayudar al niño en su aplicación.

Los niños de 10 años a la adolescencia, si están debidamente motivados, pueden aprender fácilmente las técnicas, pero por otro lado cuanto mayor sea el chico, más reacio será a aceptar el maquillaje como ayuda a su imagen, porque está aprendiendo que el maquillaje no es considerado un elemento masculino socialmente aceptable. Por el contrario, las niñas están deseando, porque se les permite jugar a “ser adulto”. Los

Introducción

colores de maquillaje utilizados deben coincidir con los colores del niño, textura de piel y apariencia facial.

El especialista del maquillaje médico debe ser un complemento médico y comunicarse dermatólogos, cirujanos plásticos y oncólogos para determinar las necesidades de cosméticos del paciente.

La mejor manera de describir al especialista del maquillaje médico, es que combine talentos y habilidades de varias profesiones, debe ser un artista en habilidades técnicas, requiere un conocimiento de las dimensiones del color, línea, forma equilibrio y simetría para lograr que el maquillaje coincida con el tono de piel, recomendar limpiadores de piel, acondicionadores y protectores solares. Conocer el trabajo con pelucas, donde encontrarlas y como esterilizarlas; tener sensibilidad y habilidades en el campo de la enfermería, ser un experto en escucha activa, tener un profundo conocimiento en las relaciones humanas y madurez psicológica para ayudar a algunos pacientes con dificultades en asimilar una imagen alterada, debe ser un educador versátil, de tal forma que el paciente pueda asimilar fácilmente la información y pueda maquillarse en su día a día. Debe estar preocupado por el bienestar, proveer ayuda psicoterapéutica a la propia imagen de la persona. Su papel es evaluar, diseñar, consultar, instruir y realizar un seguimiento de las necesidades y deseos del cliente. El maquillaje de camuflaje aplicado por un buen especialista entrenado puede ser de gran ayuda para los pacientes en la obtención de su objetivo de disimular su desfiguración facial o estéticamente mejorar su apariencia.

El dermatólogo debe conocer y entender claramente la filosofía básica subyacente de la terapia de camuflaje, para aportar información fiable a determinado tipo de pacientes y satisfacer sus necesidades. Es una terapia, que pretende crear nuevas formas en las que se normalice la apariencia de los pacientes con anomalías que, hasta ahora, no han tenido ninguna otra opción, sino vivir con sus deformidades.

El atractivo no es simplemente una cuestión personal y psicológica, es también social. En ocasiones, el médico se encontrará con un paciente abrumado por su desfiguración, que solicita algo más que los servicios limitados de un maquillador de un salón de estética. Un enfoque equivocado podría dar lugar a una experiencia negativa y puede dejar al paciente más traumatizado que antes.

Introducción

Cuando el trabajo del dermatólogo, cirujano plástico y oncólogo se ha terminado, empieza el trabajo del terapeuta de camuflaje, usando un conocimiento del manejo del paciente y una extraordinaria habilidad en la aplicación del maquillaje. Un terapeuta de camuflaje altamente cualificado no intentará tratar al paciente, en su lugar, intentará educarle proporcionándole la información y habilidades necesarias para superar sus problemas y que funcione de forma independiente.

El terapeuta registra la historia del paciente, identifica las necesidades, hace una evaluación física, evalúa la habilidad del paciente para autocuidarse y diseña un plan de tratamiento adecuado de cosméticos.

La terapia de maquillaje terapéutico está indicada en lesiones congénitas, adquiridas, traumáticas o quirúrgicas, alteraciones de la pigmentación, y pacientes que están en tratamiento con quimioterapia. Antes de comenzar la terapia, es importante tener una pequeña historia clínica, reflejando la alteración, su ubicación y la duración. Conocer si esta tiene sensibilidad a cualquier cosmético, si está tomando en la actualidad algún medicamento que pueda interferir en el color de la piel. En la entrevista que mantengamos, debemos averiguar sus capacidades de comunicación, de comprensión y de realización de la técnica, actividad social y estilo de vida del paciente, su experiencia previa al maquillaje, sus habilidades.

El maquillaje terapéutico difiere del tradicional en que es opaco, impermeable, no absorbente y formulado para adherirse a tejido cicatricial. El tamaño de la lesión no es importante, tiene la misma dificultad disimular una lesión grande que una pequeña.

En cambio, si merece prestar atención a la textura de la cicatriz, pues las cicatrices ásperas son más difíciles de ocultar, ya que la irregularidad es a menudo más exagerada.

Hay diferentes maneras para enmascarar una desfiguración con cosméticos:

- Cobertura sutil: implica una aplicación ligera que cubre moderadamente, se limita estrictamente a la irregularidad.
- Ocultamiento total: es una cobertura completa, parecido a una máscara

Introducción

- Fusión de pigmento: consiste en seleccionar una crema cubriente que coincida con el pigmento de la base de maquillaje del paciente. Se administra utilizando la mano, pincel o esponja.

Se recomienda que la persona elija el más adecuado a su tipo de piel.

- Para una piel seca o madura, se emplea la crema cubriente, cinco minutos después se aplica el polvo y tras otros cinco minutos se retira el exceso con un pincel.
- Para una piel normal o ligeramente grasa, aplicar cremas cubrientes, empolver y esperar cinco minutos, hasta que se absorba, retirar el exceso de polvo con un pincel.

Los correctores de color deben ser aplicados sobre la zona afectada, debajo de la base de maquillaje para neutralizar la decoloración. Los correctores de color malva contrarrestan connotaciones amarillentas, correctores de color verde compensan enrojecimientos.

Normalizar la apariencia de hombres y niños es algo más complejo. Hay que tratar de evitar la apariencia de máscara. Los poros grandes de las esponjas son una excelente herramienta para imitar las irregularidades de superficies, como el crecimiento de la barba, las telangiectasias. El lápiz de cejas suele ser útil para crear una apariencia de no afeitado, o para rellenar pecas. Son trucos que nos ayudan a dar una apariencia de naturalidad⁸¹.

Según Deshayes P. el uso del maquillaje correctivo debe incluirse en la receta de los dermatólogos para los cuidados con enfermedades desfigurantes de la piel, ya que mejora la calidad de vida sin interferir en el tratamiento⁸².

Hoy en día, el maquillaje adquiere una nueva dimensión, como coadyuvante, en el tratamiento de diversas enfermedades o lesiones de la piel, más o menos graves, y es una herramienta de gran utilidad en la práctica dermatológica, ya que ayuda a disimular imperfecciones, secuelas pasajeras o permanentes y proporciona al paciente un encuentro consigo mismo y con la sociedad⁸³.

7. Hipótesis de trabajo y objetivos

7.1. Hipótesis de trabajo

La aplicación del maquillaje corrector mejora significativamente el aspecto de personas con lesiones dermatológicas visibles en el rostro. En los últimos años, hay evidencia en la literatura científica internacional de la preocupación por los aspectos psicológicos de personas con lesiones dermatológicas visibles. Cada vez se hace más uso de nuevas técnicas, como el láser y la cirugía reparadora, para la disminución de lesiones que afectan a la imagen corporal. A su vez, hay diferentes estudios realizados por dermatólogos que abogan por el uso de técnicas de camuflaje como tratamiento complementario en pacientes con enfermedades de la piel que desfiguran⁷. El maquillaje corrector permite disimular un defecto permanente o pasajero y es una alternativa para personas que no quieren someterse a otras técnicas, o para atenuar secuelas entre diferentes sesiones de un tratamiento.

Entre las múltiples indicaciones del maquillaje corrector, las más frecuentes son: trastornos de la pigmentación, dermatosis eritematosas, quemaduras, cicatrices hundidas o hipertróficas y alopecias posquimioterapia.

Las personas con lesiones en la cara sufren diversas alteraciones que les afectan física, psico y socialmente, lo que repercute en su calidad de vida, autoestima y relaciones interpersonales. Estas personas tienen un comportamiento retraído en su vida cotidiana, debido al complejo que padecen por su aspecto físico.

Estas alteraciones psicológicas se describen como un conjunto de manifestaciones tales como ansiedad, depresión, estrés, baja autoestima o conductas de evitación.

- Ansiedad: estado de aprensión, inseguridad, temor o terror causado por una amenaza anticipada real o imaginaria⁸⁴.
- Depresión: trastorno psicológico caracterizado por tristeza y dificultades para comer, dormir y concentrarse⁸⁵.
- Estrés: de acuerdo con Selye, es una respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier exigencia que se le realiza⁸⁴.

Hipótesis de trabajo y objetivos

- Autoestima: valor personal, competencias, que un individuo asocia a la imagen de sí mismo⁸⁶.
- Evitación: forma de comportamiento por el cual la persona reacciona antes de que un estímulo nocivo les alcance⁸⁶.

La Unidad de Maquillaje terapéutico del Hospital Ramón y Cajal pretende enseñar a estas personas a maquillarse con maquillajes especiales que cubran sus lesiones. La utilización de maquillajes cubrientes, específicos para el camuflaje de estas patologías, puede tener una repercusión positiva en estos enfermos. Se plantea la valoración objetiva de los cambios conseguidos con dichos maquillajes.

7.2. Objetivos

7.2.1. *Principal:*

Determinar la relación que existe tras la aplicación del maquillaje terapéutico y el nivel de autoestima en personas con lesiones dermatológicas visibles.

7.2.2. *Secundarios:*

- 2.2.2.1. Evaluar si la técnica del maquillaje corrector introduce cambios en la calidad de vida de estos pacientes.
- 2.2.2.2. Evaluar si la técnica del maquillaje cubriente modifica las relaciones interpersonales de las personas con lesiones visibles.
- 2.2.2.3. Evaluar si la técnica del maquillaje corrector varía el grado de ansiedad de las personas con lesiones dermatológicas visibles.
- 2.2.2.4. Evaluar si la técnica del maquillaje cubriente produce cambios en la depresión de los pacientes con lesiones faciales.

8. Material y métodos

8.1. Diseño del estudio

Estudio prospectivo con mediciones antes-después.

8.2. Periodo del estudio

El estudio fue llevado a cabo entre el 28 septiembre del 2008 hasta septiembre de 2011 en la Unidad de maquillaje terapéutico del Servicio de Dermatología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Los pacientes fueron incluidos de manera prospectiva en el estudio, siendo seguidos durante un periodo de tres años.

8.3. Ámbito de estudio

Todos aquellos pacientes que solicitaron asistir al taller de maquillaje terapéutico del Servicio de Dermatología del Hospital Ramón y Cajal, procedentes del área 4 de la Comunidad de Madrid, de otras áreas de la Comunidad, derivados por su dermatólogo de zona y los de cualquier Comunidad Autónoma canalizados a través de una Orden de Ámbito Nacional.

8.4. Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo de acuerdo a las recomendaciones para investigación clínica, que figuran en la Declaración de Helsinki (apéndice A), última revisión Seúl de 2008 en la actual legislación Española de materia de investigación clínica. La investigadora se atuvo estrictamente a lo dispuesto en este protocolo. Todos los sujetos participantes antes de iniciar el estudio, fueron informados, dieron su consentimiento por escrito y se les entregó una hoja con la descripción del estudio.

La información difundida y obtenida por la puesta en marcha del presente estudio se consideró confidencial y se trató en todo momento como tal. Los sujetos del estudio se identificarán sólo con su código de sujeto en el estudio. El tratamiento de los datos se realizó de acuerdo a lo establecido en la ley orgánica de protección de datos 15/1999.

8.5. Sujetos del estudio

8.5.1. Criterios de inclusión

La población de estudio fue seleccionada entre aquellas personas que presenten acromías y tonalidades descompensadas como acné, rosácea, angiomas, vitíligo, melasma, lupus discoide, psoriasis y eczema, cicatrices postquirúrgicas irreversibles y pacientes con enfermedades oncológicas que sufren deterioro del aspecto físico.

Los pacientes tenían edades comprendidas entre 18-70 años, debían solicitar aprender la técnica de la aplicación del Maquillaje corrector y otorgar su consentimiento a participar en este estudio.

8.5.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que aunque padecían una desfiguración facial presentaron una Patología psiquiátrica o dismorfofobia.
- Personas con deficiencia física o mental incapaces de aprender la técnica.
- Aquellos que presentaron otras patologías que influían en la calidad de vida.
- Menores de 18 años sin consentimiento paterno.
- Pacientes con dificultad en la movilidad en el que ningún cuidador pueda hacerse cargo de su traslado.
- Aquellos que no se comprometían a asistir a las 2-3 sesiones imprescindibles para el aprendizaje del automaquillaje.

8.6. Variables del estudio

Todos los pacientes fueron registrados en una base de datos incluyendo las siguientes variables.

8.6.1. Sociodemográficas

- Participantes
- Género y edad
- Lugar de nacimiento
- Lugar de residencia
- Estado civil
- Tipo de trabajo que desempeña
- Nivel cultural
- Área sanitaria

8.6.2. Diagnósticas

- Tipo de afectación

8.6.3. Clínicas

- Área de afectación
- Tiempo de permanencia de la lesión
- Número de especialistas visitados

8.6.4. Terapéuticas

- Hábitos de maquillaje

8.6.5. Evolutivas

- Calidad de vida.
- Autoestima.
- SCL-90-R: Dimensiones o perfiles psicopatológicos: somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ira-hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Se realizaron asimismo fotografías digitales de todos los pacientes.

8.7. Cuestionarios.

- Para la recogida de los datos sociodemográficos se utilizó un cuestionario de elaboración propia.
- Las variables Clínicas se recogieron mediante el cuestionario de datos sociodemográficos, confirmados con el informe facultativo y con la observación directa de la lesión.
- Las variables diagnósticas, se definen mediante el informe del facultativo.
- Terapéuticas. Se recogen en el cuestionario de datos sociodemográficos elaborado y tras la intervención de taller de maquillaje con corrector “touche pro”, maquillaje convencional “Toleriane” (de La Roche Posay).
- Las variables evolutivas se abordaron con los siguientes cuestionarios específicos:

- a. La Calidad de Vida: Es un cuestionario sencillo y breve. Útil para la práctica clínica rutinaria. Es aplicable a cualquier enfermedad dermatológica.
- b. Cuestionario de Autoestima: Es un autoexamen, útil para determinar el nivel de autoestima de una persona en un momento determinado. El cuestionario se compone de 40 ítems, con una escala en orden de valor descendente donde 4= siempre, 3= casi siempre, 2= algunas veces, 1= nunca. La puntuación total se calcula como la suma de las anteriores puntuaciones en cada uno de los ítems.

SCL-90-R: cuestionario que mide la autoevaluación de un amplio rango de problemas psicopatológicos que pudiera ser utilizado tanto en pacientes médicos, psiquiátricos o en población general y tanto como método de *screening* como para valoración de cambios sintomáticos inducidos por el tratamiento. Es más interesante todavía como medida multidimensional de psicopatología, sobre todo si uno está interesado en los trastornos de depresión y ansiedad.

8.8. Procedimiento

Podemos definir el maquillaje corrector como el conjunto de productos y técnicas de maquillaje encaminados a neutralizar y disimular diferentes problemas, fundamentalmente de color, que pueden aparecer en la piel como consecuencia de diversas patologías. Este tipo de maquillaje tiene un interés primordial en dermatología, no solamente como enmascarador de imperfecciones importantes, sino por el papel decisivo que tiene sobre la psicología de la persona afectada. El objetivo del maquillaje no es maquillar por maquillar, ni buscar solamente la noción de belleza clásica, sino conseguir que la persona obtenga una imagen más positiva de sí misma y pueda establecer sus relaciones con los demás, sin sentirse diferente⁸³.

Dado el papel relevante que tiene el maquillaje, tanto en el aspecto estético como en el psicológico de la persona, la labor del dermatólogo es informar a su paciente de cómo integrar esta rutina en el tratamiento, los beneficios que va a obtener y las limitaciones.

Aunque las técnicas profesionales de maquillaje son a veces complejas, lo que queremos conseguir es aportar una serie de conocimientos básicos que nos puedan servir tanto para realizar un maquillaje, como para enseñar a nuestros pacientes a realizarlo en casa. Es, por tanto, una herramienta que coadyuva el éxito de la práctica dermatológica. Las enfermeras debidamente entrenadas pueden enseñar al paciente técnicas sencillas que le permitan no solo salir maquilladas de la consulta, sino poder hacerlo en su casa de forma sencilla. Por este motivo en el Hospital de la Seguridad Social como el Ramón y Cajal se ha instaurado” un taller de autocorrección terapéutica” donde los pacientes pueden recibir varias sesiones de entrenamiento en la práctica del maquillaje corrector. Por tanto, creemos que este tipo de maquillaje represente hoy en día una herramienta fundamental dentro de la práctica dermatológica destinada a garantizar el bienestar físico y psíquico de los pacientes que repercute sobre su calidad de vida, su autoestima y su relación con el entorno.

8.8.1. Metodología aplicada a todos los pacientes de la Unidad de maquillaje:

Este estudio se realizó en dos fases. Unos cuestionarios iniciales que recogieron información sobre la identidad e historia de los pacientes a través de unos datos

Material y métodos

sociodemográficos, unos cuestionarios sobre autoestima, calidad de vida y un amplio rango de problemas psicopatológicos experimentados durante la última semana y una segunda batería de cuestionarios que contenían las mismas preguntas, completado dos meses después.

La enfermera recibió y enseñó la Unidad de maquillaje terapéutico a los pacientes que llegaban por primera vez, les explicó en qué consistía la técnica e informó verbalmente sobre el estudio realizado, les invitó a intervenir en él mismo. Aclaró que aquellos pacientes que no desearan participar en la investigación eran admitidos igualmente en el taller de maquillaje.

8.8.1.1. Se realizó una valoración identificando el tipo de lesión, tono y textura de la piel, expectativas y aspectos psicológicos de cada paciente como⁸⁷.

8.8.1.1.1. “Trastorno de la imagen corporal”: confusión en la imagen mental del yo físico. Características: sentimientos negativos sobre el propio cuerpo, sentimientos de desamparo, desesperación.

8.8.1.1.2 “Aislamiento social”: soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros. Características: expresa tristeza, retraimiento, incomunicación con los demás.

8.8.1.1.3. Ansiedad”: vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica, cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

8.8.1.1.4. “Baja autoestima situacional”: desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual. Características: manifestación de vergüenza, hipersensibilidad a las críticas.

8.8.1.1.5. “Deterioro de la integridad cutánea”: alteración de la epidermis,

Material y métodos

dermis o ambas “deterioro de la interacción social. Características: interrupción de la coloración y la continuidad de la piel.

8.8.1.2. Planificación de cuidados: consistieron

8.8.1.2.1 Se enseñó a los asistentes la técnica del maquillaje corrector.

8.8.1.2.2. Se consiguió disimular y neutralizar las imperfecciones a la vez que naturalidad.

8.8.1.2.3. Se Adaptó el maquillaje a la naturaleza de la lesión y a la autosatisfacción de la persona.

8.8.1.2.4. Y se mejoró su autoimagen personal.

8.8.1.3. Ejecución de los planes de cuidados:

Se llevó a cabo una intervención protocolizada basada en la aplicación y enseñanza de la técnica del maquillaje corrector para cubrir las imperfecciones.

8.8.1.4. Evaluación de los resultados:

8.8.1.4.1. Se evaluaron los beneficios derivados del empleo de una intervención Integral protocolizada, que consiste en la aplicación de maquillaje cubriente en personas que sufren baja autoestima, ansiedad, depresión, baja calidad de vida y déficit en sus relaciones sociales como consecuencia de las alteraciones de su físico.

8.8.1.4.2. En el grado de satisfacción que expresó el paciente maquillado.

8.8.1.4.3. Mediante la demostración del aprendizaje de la técnica por parte del paciente.

8.8.2 Confirmada su participación, se les proporcionó un informe pormenorizado sobre el contenido del estudio, se les pidió la firma del consentimiento informado, aclarándoles todas las dudas que pudieran surgir respecto al estudio y se les dio instrucciones previas sobre los cuestionarios que debían completar. Complimentados los cuestionarios se hizo una fotografía al/la paciente sin maquillaje y se comenzó con el proceso del maquillaje. Los productos básicos para conseguir un acabado de piel

Material y métodos

uniforme y homogénea fueron “*bases correctoras, fondos de maquillaje y polvos libres*”. (Tabla IV) Esta es la base sobre la que luego aplicaremos los productos de color (ojos, pómulos, labios) en función de gustos y criterio.

Maquillajes	Propiedades
Fondo de maquillaje corrector fluido	Textura libre de grasas. Disponible en 4 tonos luminosos
Fondo de maquillaje corrector compacto.	Unifica el tono de pieles sensibles e intolerantes. Corrige perfectamente imperfecciones. Garantiza un acabado de maquillaje natural sin sobrecarga en una aplicación suave que preserva el confort cutáneo. Disponible en 3 tonos
Fondo de maquillaje crema satinado	Atenúan las irregularidades sin marcarla. Aseguran un tono liso y luminoso. Formulado para las pieles secas y sensibles, se funde con la piel sin tirantez, ni efecto graso. Acabado delicadamente satinado. Disponible en 5 tonos
Fondo de maquillaje fotorregulador	Resultado natural y larga duración. Alisa difumina las imperfecciones del rostro: arrugas, granitos cicatrices. Efecto alisado óptico. Textura “oil free” hidratante, no grasa, pieles normales y mixtas.
Textura crema ligera acabado polvo-mate	Cubre las imperfecciones. Suaviza la piel. Disponible en 5 tono
Textura compacta anti-desecante	Acabado crema-polvo que homogeneiza sin efecto sobrecarga. No oclusivo, permite homogeneizar y matificar el tono de piel de forma duradera y con un acabado natural. Disponible en 3 tonos.

Tabla IV. Propiedades de los maquillajes⁸⁸

Material y métodos

Producto	Características	Formulación	Formas	Indicaciones
Bases correctoras	Elevado poder cubriente Neutralizan tonalidades descompensadas Pueden ser de diversos colores	Gran concentración de pigmentos y cargas entre un 25% y un 50% de pigmentos	Líquidas (emulsiones en pinceles, tubos, etc.) anhidas: sticks, barras	Correcciones localizadas: ▫ ojeras, ▫ manchas (léntigos, melasma, etc.) ▫ Granos ▫ Discromías
Fondos de maquillajes correctores	buena relación entre poder cubriente y luminosidad aportan color uniforme y luminoso al rostro y corrigen	25%-60% de pigmento blanco: dióxido de titanio Pigmentos con color: óxidos de hierro/azul Ultramar	Líquidas: Emulsiones en crema (acuoleosa) Anhidas: sticks, compactos	Solos : Correcciones de gran extensión: vitíligo, acné, peelings químicos, etc. Después de las bases correctoras
Polvos libres	Matifican , unifican y fijan el color del fondo de maquillaje	Talco, caolín , almidón modificado, óxido de cinc, óxidos de hierro	Polvos sueltos o semiprensados	Después del fondo de maquillaje para prolongar su duración

Tabla V. Productos para realizar un maquillaje corrector⁸⁹

La primera condición fue que la lesión estuviese inactiva. Se limpió y se hidrató la zona, para una mejor penetración del maquillaje, se aplicó una base correctora para neutralizar imperfecciones concretas y localizadas, e iluminar el aspecto de algunas pieles, en función de su color y textura. Este producto se aplicó en la zona a corregir y antes del fondo de maquillaje⁸⁸.

Cuando nos encontramos imperfecciones localizadas tanto de color como de relieve es necesario utilizar una base correctora. Estos productos se aplican solo en la zona a corregir y antes del fondo de maquillaje. Si la corrección presenta un color muy marcado, realizamos este paso varias veces, para que se fundiera con la piel y se fijara

Material y métodos

esta. Una vez fijado seguimos aplicando capas sucesivas, hasta que conseguimos el resultado deseado, esperamos unos instantes antes de aplicar el fondo de maquillaje, pues si aplicamos todos los productos muy seguidos, lo que conseguimos es mezclarlos sin obtener resultados satisfactorios.

Para las discromías de color violetas, como ojeras, hematomas, angiomas, varices, utilizamos el corrector amarillo. Las discromías rojas, como ciertos angiomas, granos inflamados, cuperosis, cicatrices recientes, manchas de nacimiento, rosácea, rojeces post intervenciones, las neutralizamos con el Sick verde y para las discromías de tonalidades marrones, más o menos intensas, recurrimos a una base correctora beige “*tono sobre tono*” de un color lo más parecido posible a la piel o ligeramente más claro. Para las ojeras aplicamos una pequeña cantidad de producto en toda la zona periorbicular inferior, comenzando en el lagrimal y acabando en la zona externa del ojo, difuminando con los dedos mediante ligeros toques (*Figura 1*)⁸⁹.

TRIANGULO COLORIAL

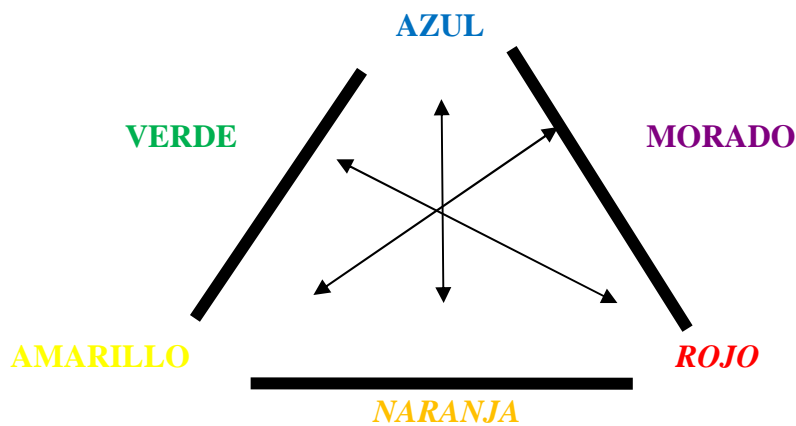


Fig.1: Triangulo colorial.

Una vez que neutralizamos las imperfecciones comenzamos con la aplicación del fondo de maquillaje. Cuando hablamos de este tipo de maquillaje nos referimos a los productos destinados a dar color y uniformidad a la piel, fundamentalmente del rostro, aunque estos maquillajes pueden usarse también en otras zonas del cuerpo (manos, piernas) maquillando la zona que queramos cubrir, hasta igualar el color con el resto

Material y métodos

de la piel. Estas zonas son más difíciles de maquillar que el rostro y necesitan de la aplicación posterior de un fijador que los haga resistente a los lavados y al roce.

El objetivo de los fondos de maquillaje es aportar un color uniforme y luminoso al rostro, así como corregir imperfecciones, tanto de relieve como de color, de mayor a menor intensidad, dependiendo del tipo de productos que utilicemos. La elección del maquillaje variaba, en unos casos elegimos un maquillaje compacto, en otros la presentación fluida o en emulsión. Todo esto dependió del tipo de lesión que se pretendía cubrir.

Problema	Tipo de corrector	Modo de empleo
cicatrices Dermatitis eritematosas Amplia extensión. Dermatitis eritematosas Trastornos de pigmentación Secuelas pos tratamientos dermatológicos	fondo de maquillaje corrector de alto poder cubriente	Aplicar con esponja o con los dedos Extender desde el centro del rostro hacia los laterales Matizar con polvos libres
Pieles amarillentas Elastosis solar Pieles cetrinas	bases correctoras malvas	Aplicar con esponja o con los dedos Utilizar a continuación un fondo de maquillaje.
cicatrices atróficas Zonas hundida	Base correctora beige claro o marfil	Aplicar sobre el corrector del tono Difuminar suavemente
Cicatrices hipertróficas Zonas rugosas	base correctora marrón	Aplicar sobre el corrector del tono Difuminar suavemente
Discromías rojizas Cicatrices recientes, Cuperosis	bases correctoras verdes	Aplicar directamente en la zona concreta Difuminar suavemente Aplicar fondo de maquillaje
Discromías azuladas Hematomas Ojeras de componente azulado	stick corrector amarillo o beige	Aplicar directamente en la zona concreta Difuminar suavemente Aplicar fondo de maquillaje

Tabla VI. Indicaciones, tipos y aplicación de los maquillajes correctores (datos tomados de la referencia⁸⁹)

El éxito del maquillaje corrector fue trabajar la piel para devolver su uniformidad. Fue la parte más importante para obtener resultados más satisfactorios. La aplicación de los productos de color fue secundaria y resaltó mucho más si esta primera parte se realizó a conciencia. Los maquillajes fluidos o en crema se agitaron antes de su

Material y métodos

aplicación para homogenizar el producto, ya que los pigmentos más densos tienden a depositarse en el fondo. Con el fin de obtener la máxima similitud posible con el tono de la piel, se extendió una pequeña muestra de la base del maquillaje sobre la parte inferior de la mandíbula. El producto se aplicó con las yemas de los dedos o con una esponja de látex, mediante toques ligeros, sin arrastrarlo, desde el centro del rostro hasta el exterior, difuminándolo bien, hasta conseguir una buena uniformidad. La particularidad de los maquillajes correctores es que suelen tener un alto poder cubriente y algunos pacientes pueden sentir la sensación de llevar una máscara. Por ello fue necesario explicar adecuadamente para qué servía un maquillaje corrector y como aplicarlo correctamente, resaltando las zonas más agraciadas⁸³. Esto nos permitió desviar la atención sobre las lesiones y atraer la atención sobre una zona, permitiendo disimular otras. De este modo conseguimos los resultados más satisfactorios, así como que el paciente integrara el maquillaje dentro de sus hábitos⁸⁹.

Para obtener los mejores resultados los productos debieron reunir unas características específicas:

- a. Poder cubriente: poseen una elevada concentración de pigmentos, que les aporta su capacidad de corrección.
- b. Modulable: en función de la mayor o menor cantidad de producto que apliquemos se puede modificar el poder cubriente pero no se modifica el tono del producto. Estas dos características marcan la diferencia entre el maquillaje corrector y el convencional.
- c. Acabado natural: el maquillaje no debe ser nunca una máscara ni resultar pesado o cuartearse con el tiempo. Las cargas y pigmentos deben formularse adecuadamente para que haya una buena relación entre poder cubriente y luminosidad.
- d. No oclusividad: sus componentes no deben impedir la transpiración de la piel.
- e. Sustantividad: es muy importante la afinidad con la piel. El maquillaje debe adherirse a esta de forma homogénea y sin espesor.
- f. Remanencia: una característica muy apreciada de estos productos es su

Material y métodos

resistencia al agua, al sudor y al calor. De este modo pueden mantener perfecto el aspecto de la piel en cualquier circunstancia y de forma prolongada. Finalmente se aplicaron polvos traslucidos, con una borla, presionando ligeramente, hasta conseguir fijarlos, dichos polvos son indispensables para matizar, unificar, mantener el maquillaje a lo largo del día y dar estabilidad. Por su elevado poder de absorción eliminan los brillos, la grasa de la sudoración o la humedad ambiental.

Maquillada la paciente se realizó una segunda fotografía, se le mostraron ambas fotografías para que apreciara gráficamente la diferencia antes del maquillaje y después del maquillaje. Estas fotografías permanecieron en un archivo de fotos con un sistema de protección de datos, ubicado en un ordenador del servicio de Dermatología de la Planta 8º centro control B. Finalizada esta primera sesión se le ofreció la posibilidad de ser maquillado en miércoles por el personal de voluntariado de la Asociación contra el Cáncer, el cual colaboraba con nosotras, formado en el maquillaje terapéutico por personal técnico del laboratorio de la Roche Posay. Se le informó que debía citarse en secretaria de dermatología para una tercera cita.

En esta visita se mantuvo una charla con la paciente para conocer su grado de satisfacción, como se ha sentido, con qué tipo de maquillaje se ha encontrado más natural y mejor, si con el aplicado por la voluntaria de la Asociación contra el Cáncer o con el que el empleado por nosotras, que opiniones ha recibido de sus allegados. Se invitó a la paciente a la aplicación del automaquillado. Se valoró si la técnica fue aprendida para su realización en la práctica diaria, confirmado el aprendizaje se le dio de alta, en caso contrario continuó las veces que precisó, hasta un máximo de cinco visitas. En el momento del alta se anotaron en una ficha técnica (*Figura 2*) los productos aplicados y seleccionados consensuadamente y se les convocó a los dos meses de la segunda visita, para que rellenaran las baterías de la segunda parte.

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE PHARMACEUTIQUE

TIPO DE PIEL:
 Normal - Mixta
 Seca - Muy seca
 Grasa con brillos
 Grasa con imperfecciones

SENSIBILIDAD:
 Irritante
 Reactiva
 Sensible
 Sin Problemas

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO DEL ROSTRO:
HIGIENE: Mañana y noche _____

TRATAMIENTO:
Mañana: _____
Noche: _____

MAQUILLAJE:
ROSTRO
Correctores: _____
Fondo de Maquillaje: _____
Colorido: _____

OJOS
Delimitador: _____
Sombra: _____
Máscara: _____

LABIOS
Tratador: _____
Bajo de Labios: _____

UÑAS
Tratamiento: _____
Laca de uñas: _____

Fig.: 2. Ficha técnica.

Posteriormente al apreciar los problemas de desplazamiento en algunos pacientes, se decidió cambiar el sistema de convocatoria. El día de alta se les entregó los cuestionarios re-test indicando por escrito la fecha en la que debían ser completados, en un sobre con sello y dirección donde debían ser remitidos. En caso de que no se recibieran en la fecha esperada se les hizo una llamada telefónica recordatoria.

Finalizada la recogida de datos y analizados los resultados. Se queda abierta la posibilidad de completar el estudio con una investigación cualitativa, a través de entrevistas individualizadas grabadas, analizadas por tres enfermeros especialistas y estudiosos del tema, entre los participantes del estudio, elegidos al azar. Pretendemos encontrar entre sus respuestas indicadores de motivos de preocupación, tales como retiro de lugares públicos, costumbres especiales en la elección de ropa y preocupación por las relaciones personales.

8.9. Análisis Estadístico

Análisis descriptivo: las variables cuantitativas se expresaron en medias y desviación estándar (DS) si cumplían criterios de normalidad o como mediana y recorrido intercuartílico (RI) si no lo hacían. Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencia absoluta y relativa n (%).

Las asunciones de normalidad se comprobaron mediante el test de Kolmogorov Smirnof y de manera gráfica mediante histogramas.

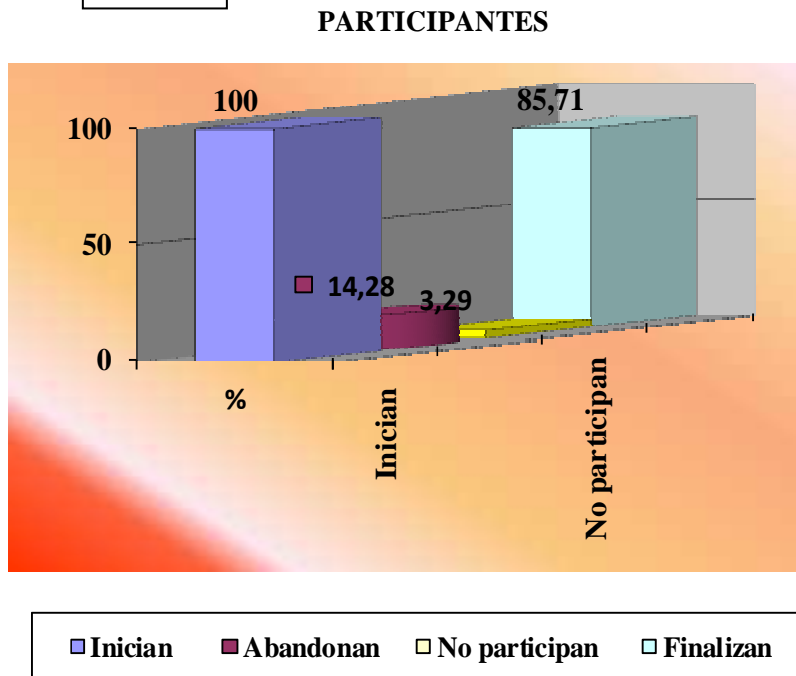
Análisis bivariante: para ver los cambios antes y después en los instrumentos de medida, se compararon mediante el estadístico de Wilcoxon ya que no siguieron criterios de normalidad. Los valores de “ p ” inferiores a 0,05 se consideraron estadísticamente significativos.

Para todo el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.0 (SPSS, Chicago).

9. Resultados

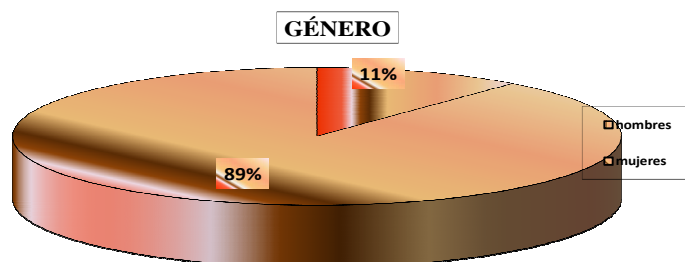
9.1. Sociodemográficos

Grafico 1



Nº de pacientes que se les pregunta si quieren participar en el estudio 94. No participan en el estudio 3, abandonas 13. Finalizan el estudio 78.

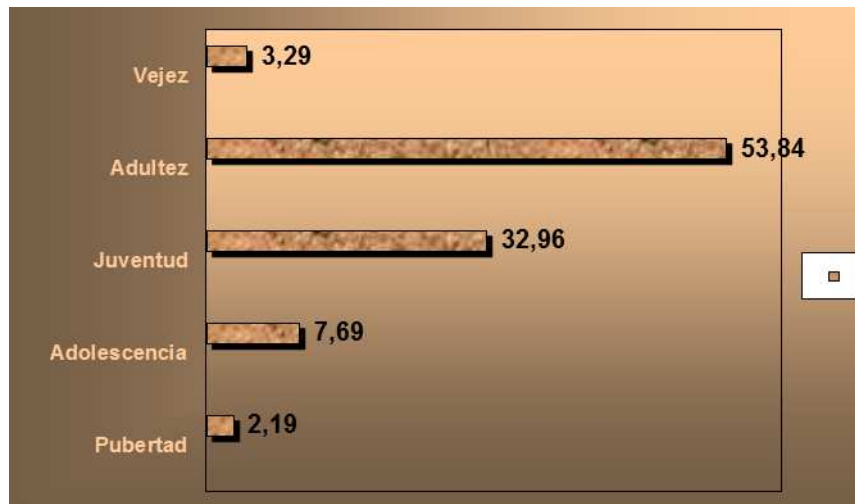
Grafico 2



Un 11,11% de las personas que asistieron al taller de maquillaje fueron hombres mientras que un 89% fueron mujeres.

Grafico 3

LAS EDADES SEGÚN EL CICLO DE LA VIDA



Las edades fueron agrupadas según el ciclo de la vida:

- Pubertad (12-14) 2
- Adolescencia (15-20) 7
- Juventud (21-40) 30
- Adultez (41-65) 49
- Vejez (66-78) 3

La media de edad fue de 43,9 y la desviación típica fue de 15,704. Siendo la media del grupo que completó el estudio 39,76

Resultados

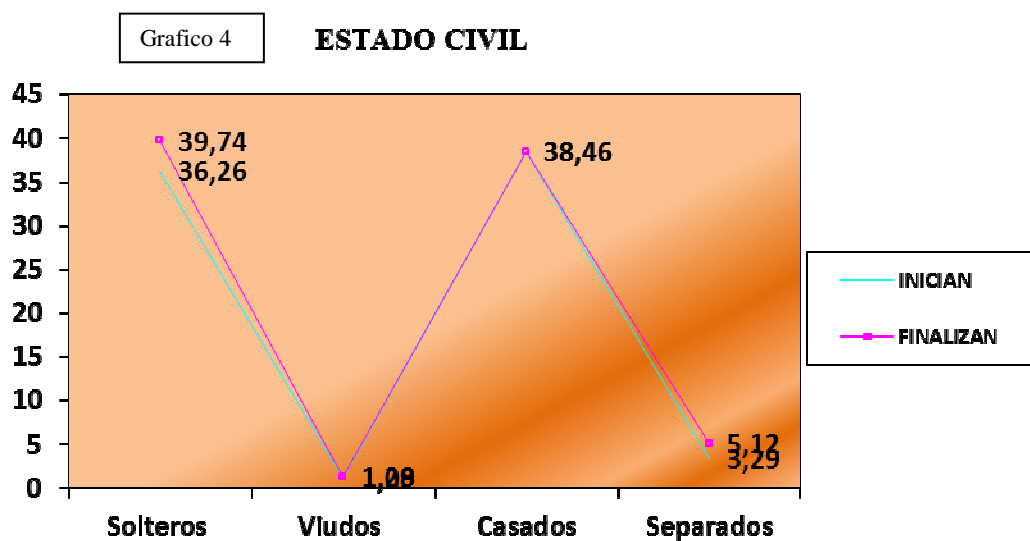
MUESTRA	INICIAN		FINALIZAN	
COMUNIDADES	NACIDOS	RESIDENTES	NACIDOS	RESIDENTES
ANDALUCIA	4(4,39%)		4(5,12%)	
ARAGON	2(2,19%)			
ASTURIAS	0			
CANARIAS	1(1,09%)			
CANTABRIA	2(2,19%)		1(1,28%)	
CASTILLA-LEON	11(12%)	2(2,19%)	11(14,10%)	2(2,56%)
CASTILLA-LA MANCHA	9(9,89%)	4(4,39%)	6(7,69%)	3(3,84%)
EXTREMADURA	2(2,19%)	1(1,09%)	2(2,56%)	1(1,09%)
GALICIA	1(1,09%)		1(1,09)	
MADRID	43(47,25%)	81(89%)	37(47,43%)	64(82,05%)
MURCIA	1(1,09%)		1(1,09%)	
NAVARRA	1(1%)		1(1,09%)	
PAIS VASCO	2(2,19%)	1(1,09)		1(1,09%)
VALENCIA				1 (1,09%)
EUROPEOS	1(2,17%)		1(2,56%)	
LATINOAMERICANOS	10(10,98%)		6(7,69%)	

Tabla VII. Lugar de nacimiento y de residencia..

En el taller de maquillaje el mayor número de pacientes que participaron en el comienzo del estudio fueron los nacidos en la Comunidad de Madrid, seguidos de la Comunidad de Castilla la Mancha y de latinoamericanos. No hubo ningún paciente nacido en la Comunidad de Valencia.

Resultados

De los 78 pacientes que terminaron el estudio fueron los nacidos en la Comunidad de Madrid seguidos de los nacidos en Castilla León y posteriormente de los de Castilla la Mancha. El mayor número de residentes los residentes de la Comunidad de Madrid seguidos de los de Castilla la Mancha. Y tuvimos pacientes residentes en las Comunidades de Castilla la Mancha, Castilla León, Canarias, Extremadura, País Vasco y Valencia.



En la variable “estado civil” Al comienzo del estudio 33(36,26%) eran solteros, 1(1,09%) viudos, 35 (38,46%) casados y 3 (3,29%) separados. En el estudio completado participaron 31(39,74%) solteros, 1 (1,28%) viudo, 30(38,46%) casados y 4(5,12%) separados.

Resultados

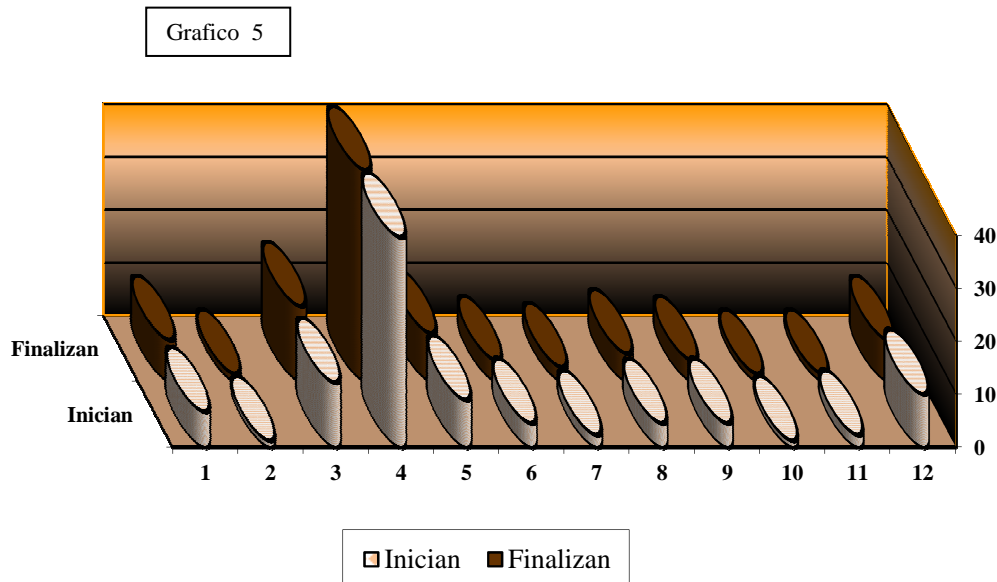
		INICIAN 91	FINALIZAN 78
TRABAJA FUERA	Si	55(60,43%)	41(52,56%)
	No	36(39,56%)	25(32,01%)

Tabla VIII. Vida laboral

		INICIAN 91	FINALIZAN 78
TIPO DE ESTUDIOS	Básicos	25(27,42%)	20(25,64%)
	Medios	29(31,86%)	24(30,76%)
	Superiores	37(40,65%)	28(35,89%)

Tabla IX. Nivel cultural

ÁREA SANITARIA

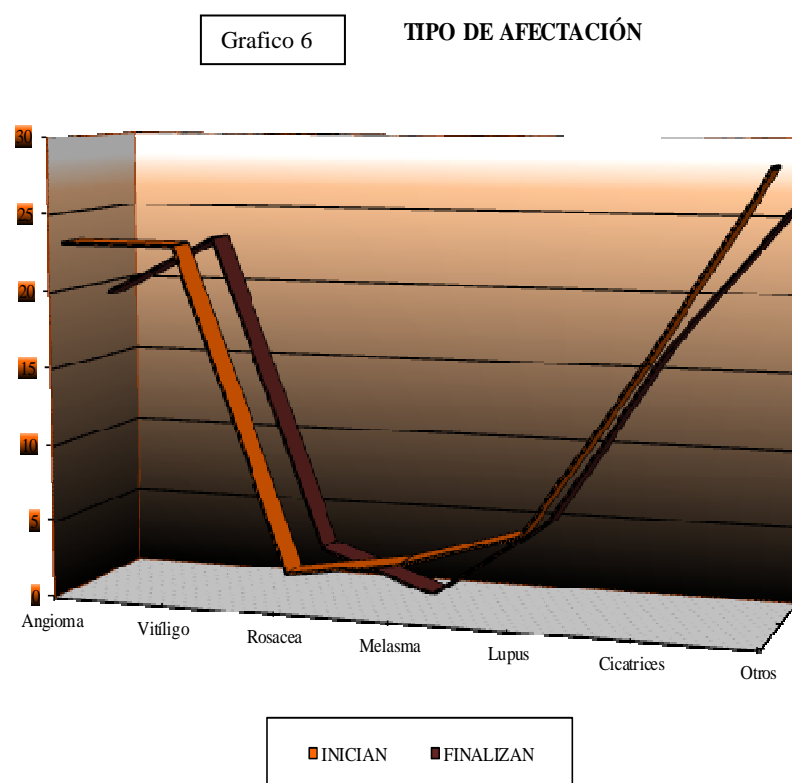


El mayor número de pacientes que participaron al inicio del estudio pertenecían al área sanitaria 4 con 36 (39,56%) pacientes, seguidos del área 12 con 12 (13,18%) pacientes, a continuación el área 3 con 11 ((12,08%) luego el área 5 con 8 (8,79%) posteriormente el área 1 con 6 (6,59%), área 6 con 4 (4,39%). Seguidos del resto de

Resultados

áreas de Madrid en disminución progresiva. Y entre los que finalizaron el estudio, los más participativos fueron los correspondientes al área 4 con 30 (38,46%), luego los del área 12 con 9 (11,5%), seguidos del área 3 con 7(8,97%), a continuación área 1 con 6 (7,69%), el área 5 con 5 (6,41%). El resto de áreas no terminaron el estudio.

9.2. Diagnosticas



Entre los que comenzaron el estudio 21 (23,07%) padecían angioma, 21 (23,07%) vitíligo, 2 (2,19%) rosácea, 3 (3,29%) melasma, (5) 5,49% lupus discoide, (15) 16,48% estaban afectados de cicatrices postquirúrgicas y (26) 28,57% de otras afecciones (nevus de ota, esclerosis tuberosa, linfoma, cáncer de mama, xantelasma, cáncer de colón, porfiria, siringomas y sarcoma).

Resultados

Y entre los que terminaron el estudio se encuentran (15) 19,23% angiomas, (18) 23,07 vitíligos, (2) 2,56% rosáceas, 0% Melasmas, (4) 5,12% Lupus, (13) 16,66% cicatrices y en el apartados de otros, terminaron el estudio (20) 25,64%.

En este ultimo grupo incluyeron diferentes diagnósticos debido al pequeño número de afectados, entre ellos, 6 personas estaban diagnosticadas de cáncer de mama, 3 padecían nevus de Ota, 2 esclerosis tuberosa, 2 melasma, 2 linfomas cutáneos, 1 cáncer de colon, xantelasma, 1 cuperosis, 1 dermatitis liquenoide, 2 psoriasis, 1 queratosis actínica, 1 porfiria, 1 siringomas, 1 sífilis y 1 sarcoma de tabique nasal.

ÁREA DE AFECTACIÓN	INICIAN	FINALIZAN
Solo cara	57(62,63%)	47(60,25%)
Tronco +EESS+EEII	1(1,09%)	
Solo tronco	1(1,09%)	1(1,28%)
Solo EESS	1(1,09%)	
Solo EEII	2(2,19%)	1(1,28%)
Cara +EESS	2(2,19%)	2(2,56%)
Cara+EEII		1(1,28%)
Cara+EESS+EEII	1(1,09%)	
Cara+ Tronco	4(4,39%)	1(1,28%)
Cara+Tronco+EESS	2(2,19%)	2(2,56%)
Todo el cuerpo	19(20,87%)	17(21,79%)
Cara+Tronco+EESS	2(2,19%)	2(2,56%)
Todo el cuerpo	19(20,87%)	17(21,79%)

Tabla X. Zonas afectadas

9.3. Clínicas

TIEMPO DE PERMANENCIA DE LA LESIÓN			
		Inician 91	Finalizan 78
Menos de 1 año		11 (12,08%)	8 (10,25%)
De 1-5 años		17 (18,68%)	15 (19,23%)
Más de 5 años		63 (62,23%)	49 (62,82%)

Tabla XI. Tiempo con la lesión

NºESPECIALISTAS VISITADOS	INICIAN	FINALIZAN
1	13(14,28%)	8(10,25%)
2	27(29,6%)	17(21,79%)
Más de 2	51(56,09%)	46 (58,97%)

Tabla XII. Número de especialistas visitados

9.4. Terapéuticas

MAQUILLAJE (%)				
nunca	En acontecimientos	1 vez/semana	Diario	Cubriente
4,16	37,5	13,88	44,44	81,94

Tabla XIII. Uso del maquillaje normal y cubriente

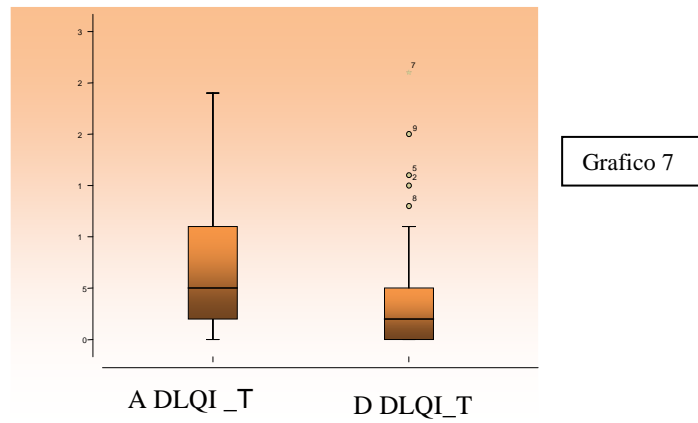
Resultados

9.5. Evolutivas

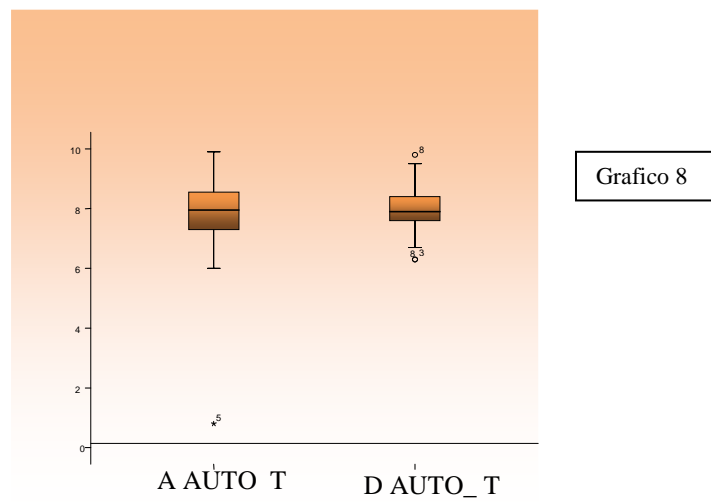
C	INICIAN			FINALIZAN			P
	N			N			
DLQI [£]	89	6,56	6,30	71	4,01	5,04	,00
DLQI*		5 (2-11)			2 (0-6)		
AUT [£]	90	80	11,52	72	79,60	6,89	0,46
GSI [£]	90	0,82	0,58	72	0,52	0,47	,00
GSI*					0,40 (0,18-0,66)		
PST	90	40,85	23,60	72	31,43	20,67	,003
PSDI [£]	90	1,771,32		72	1,27	0,70	,001
PSDI*		1,61 (1,2-1,9)			1,27 (1,05-1,68)		
SOM [£]	90	1	0,75	72	0,73	0 ,69	,002
SOM*					0,6 (0,2-0,91)		
O/C [£]	90	1	0,75	72	0,73	0,69	,000
O/C*					69 (0,2-1)		
SEN [£]	90	0,96	0,76	72	0,60	0,58	,000
SEN* [£]					0,33(0,11-1)		
DEP	90	1,02	0,78	72	0,68	0,62	,000
DEP					0,61 (0,30-0,84)		
AN [£]	90	0,75	0,67	72	0,37	0,50	,000
AN* [£]		0,55 (3-1,1)			0,2(0,002-0,57)		
HO [£]	90	0,52	0,60	71	0,27	0,31	,006
HO* [£]		0,33 (0,14-0,83)			0,16(0-0,50)		
A.F [£]	90	0,50	0,60	72	0,28	0,38	,004
A.F* [£]		0,28 (0-0,85)			0,14(0-0,42)		
I.P. [£]	90	0,70	0,60	72	0,46	0,05	,00
I.P.* [£]		0,50 (0,17-1)			0,33(0,16-0,66)		
Ps	89	0,47	0,51	72	0,28	0,43	,006
Ps		0,30(0,10-0,80)			0,1(0-0,30)		
SD [£]	90	1	0,87	71	0,71	0,71	,004
SD [£]					0,43 (0,14-1,14)		

Tabla XIV. Resultados de los cuestionarios (variables continuas) [£]X, [£]Me (P₂₅; P₇₅)

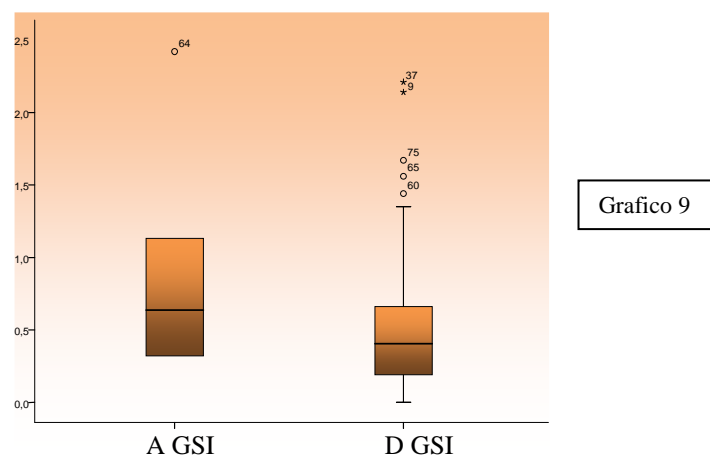
Resultados



En la calidad de vida hay diferencia significativa.



En Autoestima no hay diferencia significativa



En Índice global de gravedad o severidad o Índice sintomático general (GSI) si hay diferencia significativa.

Resultados

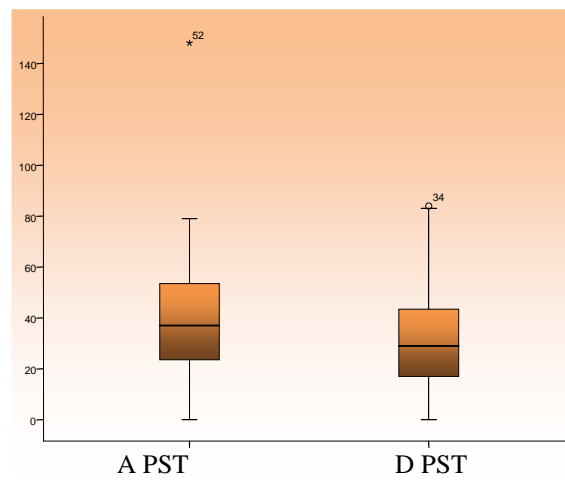


Grafico 10

El número total de síntomas presentes informa sobre la amplitud y diversidad de la psicopatología (PST) hay diferencia significativa.

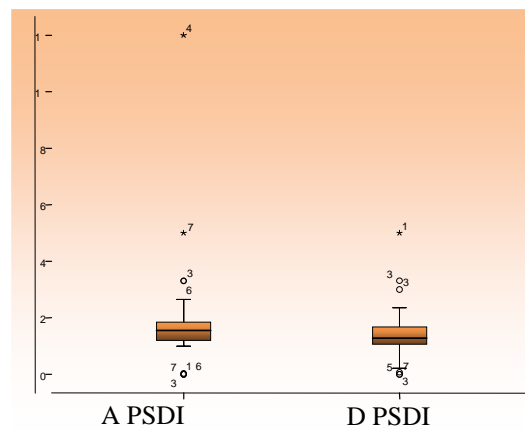


Grafico 11

El (PSDI) es el indicador de la intensidad sintomática media, relaciona el sufrimiento o distrés global con el número de síntomas, hay una diferencia significativa.

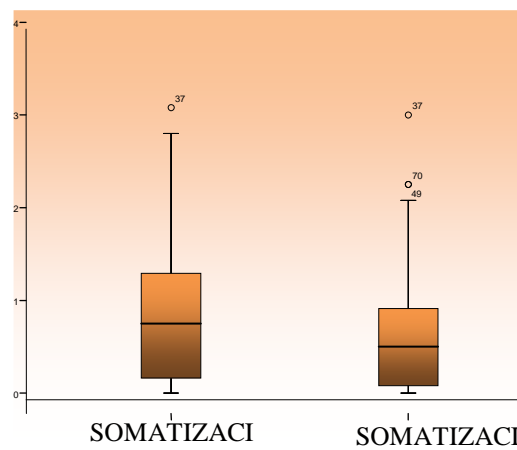


Grafico 12

En la dimensión “somatización”, también hay

Resultados

Una diferencia significativa.

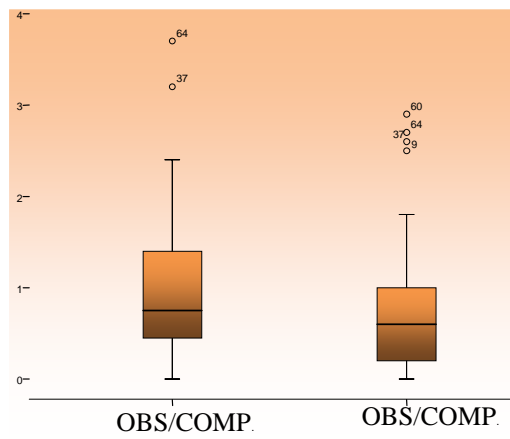


Grafico 13

En la dimensión “obsesión/compulsión, también hay diferencia significativa

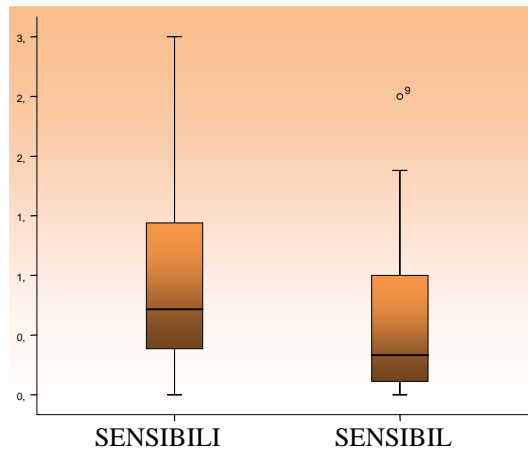


Grafico 14

En la dimensión “sensibilidad”, hay diferencia significativa.

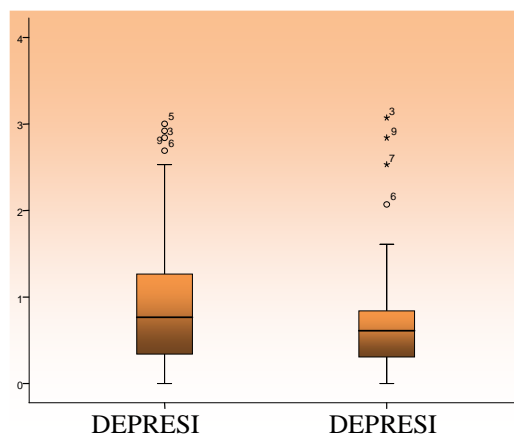


Grafico 15

En la dimensión “Depresión” hay diferencia significativa.

Resultados

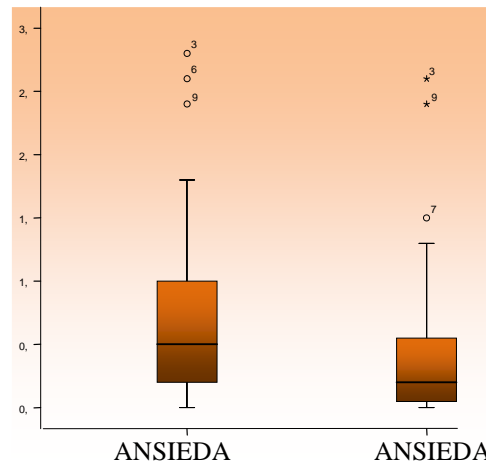


Grafico 16

En la dimensión “*Ansiedad*” hay diferencia significativa.

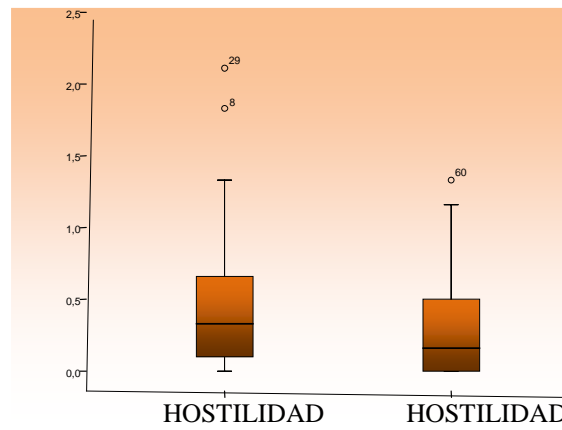


Grafico 17

En la dimensión “*Hostilidad*”, no hay diferencia significativa.

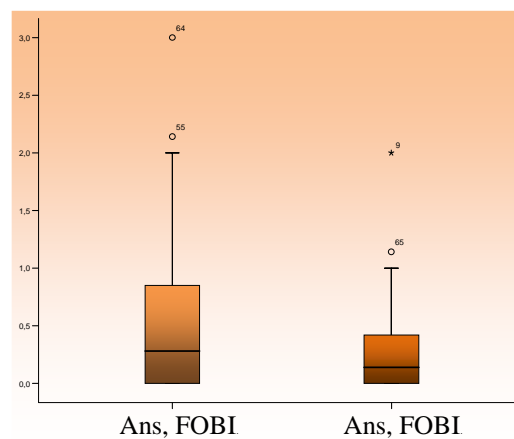


Grafico 18

En la dimensión “*Ansiedad fóbica*”, si hay diferencia significativa.

Resultados

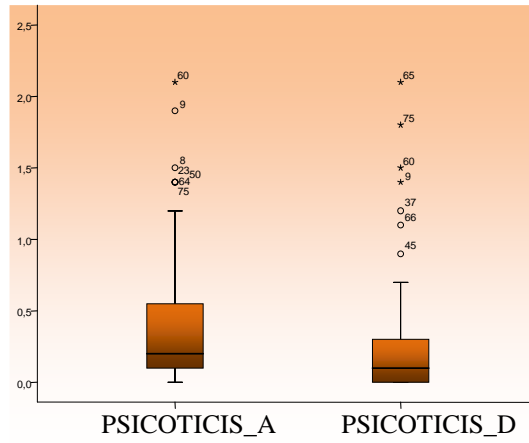


Grafico 19

En la dimensión “*Psicoticismo*”, no hay diferencia significativa.

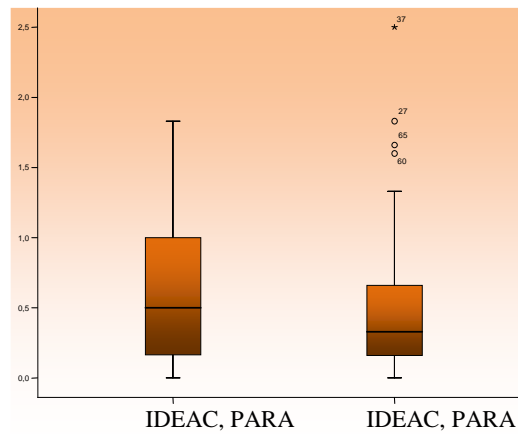


Grafico 20

En la dimensión “*Ideación paranoide*”, si hay diferencia significativa

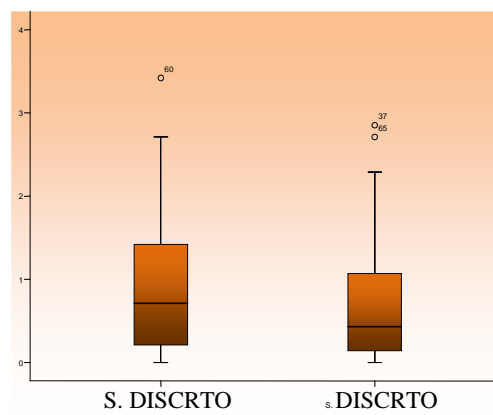


Grafico 21

En la dimensión “*síntomas discretos*”, si hay diferencia significativa.

Resultados



Fig. 3 Angioma antes del maquillaje



Angioma después del maquillaje



Fig. 4. Vitíligo antes del maquillaje



Vitíligo después del maquillaje



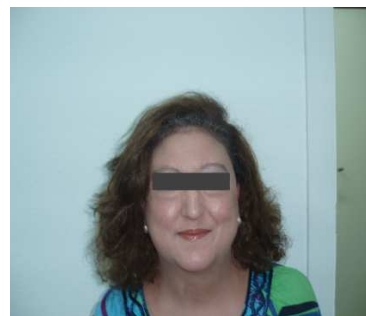
Fig.5. Cicatriz de cea de mama antes del maquillaje



Cicatriz después del maquillaje



Fig. 6 lupus antes del maquillaje



Lupus después del maquillaje

10. Discusión

La apariencia desempeña un papel importante al determinar la calidad de nuestros encuentros con las personas, sirve como una fuente disponible de información acerca del sexo, edad, cultura, clase, ocupación, rol social, pertenencia al grupo, personalidad, actitudes interpersonales y sensaciones.

El haber escuchado diversas voces, provenientes tanto de pacientes como de médicos, clamando por una solución a los problemas de alteraciones del color de la piel (acromías, tonalidades descompensadas), cicatrices postquirúrgicas y deterioro de la imagen causado por tratamientos isostáticos. Promovió el sentimiento de atender a estas personas desde una perspectiva global y llevó al Servicio de Dermatología del Hospital Ramón y Cajal, a la creación de una Unidad de maquillaje terapéutico, con la aprobación del Sistema de Salud de la Comunidad de Madrid.

La creación de dicha Unidad, facilitó la posibilidad de investigar sobre el efecto que el maquillaje terapéutico producía en la imagen de estas personas. El primer planteamiento en la investigación fue llevar a cabo un diseño doble ciego, pero inmediatamente, se consideró que las/los pacientes distinguirían perfectamente la diferencia entre el maquillaje normal y el maquillaje terapéutico de gran cobertura. Entonces, se decidió un diseño prospectivo con mediciones antes-después del aprendizaje del maquillaje terapéutico.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Ramón y Cajal con el fin de proteger la privacidad del paciente. La participación de los pacientes en el estudio ha sido de forma voluntaria. Se consideró la exclusión de algunas personas por presentar ciertas dificultades en su aprendizaje, como aquellas con problemas cognitivos, otras por padecer de antemano el trastorno dismorfofóbico. Las cuales precisarían tratamientos específicos psiquiátricos/psicológicos; niños pequeños, al no estar estos productos testados para ellos; personas con dificultad en la movilidad por su falta de independencia y aquellos que no se comprometían a cumplir los requisitos de la investigación.

Discusión

Las personas acudían a la consulta en busca de asesoramiento una vez a la semana, siempre por la mañana, hasta un máximo de cuatro veces. La coincidencia del horario con su jornada laboral ha dificultado su asistencia, que ha originado tener la investigación abierta durante un periodo prolongado de tres años, para poder disponer de una muestra suficiente.

10.1. Sociodemográficas

En las variables sociodemográficas, la variable género tuvo mayor presencia femenina (89%) que masculina (11%). Sobre estos resultados se pueden hacer varias hipótesis. Antropológicamente se conoce que en las tribus primitivas que aún existen en el mundo, es el hombre el que se adorna más que la mujer. A través de la historia se detecta la preocupación del hombre por la belleza, esto nos lleva a teorizar que quizá el menor número de asistentes del género masculino a la Unidad de maquillaje terapéutico, sea debido a un pudor del hombre a mostrar ante la sociedad su interés por la estética. A medida que la inteligencia fue desarrollándose, el hombre puso como paradigma de la belleza a la mujer. Esta fue apartada de las responsabilidades sociales y se instauró que su función era tener hijos y cazar marido. Desde la adolescencia tuvo que acicalarse para gustar a los hombres. En la actualidad las mujeres se sienten más presionadas y se ven juzgadas por los cánones estéticos que con el tiempo son más exigentes, esta puede ser la justificación de que hayan asistido al aprendizaje del maquillaje mayor número de mujeres que de hombres.

Otras variables incorporadas en los datos sociodemográficos fueron lugar de nacimiento, cuyo mayor porcentaje se hallaba entre los nacidos en la Comunidad de Madrid con 37(47,43%). También se recogió el lugar de residencia que, como es lógico, procedían de la Comunidad de Madrid con 64 (82,05%) seguidos de la Comunidad de Castilla la Mancha y de Castilla León. Un dato curioso a destacar es la gran afluencia de sudamericanos, residentes en Madrid que han acudido a esta consulta con 10 (10,98%). En las conversaciones mantenidas se pudo captar el valor y la importancia que le dan al aspecto físico. Se consideró que estas variables podían ayudar a dibujar un perfil sobre el tipo de personas más afectadas y sobre quienes el maquillaje terapéutico ejerció efectos más positivos.

Discusión

En la variable estado civil el mayor número de asistentes eran casados 30 (38,46%), desempeñaban un trabajo fuera de casa 41 (52,56%) y poseían estudios superiores 28 (35,89%). El desempeño que un trabajo fuera de casa obliga a estas personas socialmente a presentar un aspecto correcto. Ello y el mayor poder adquisitivo, ya que habitualmente tienen sus necesidades básicas cubiertas, les impulsa a dedicar tiempo al cuidado de su estética y cubrir aquellas imperfecciones que les desagradan que estén visibles.

El Hospital Ramón y Cajal es un centro de ámbito nacional en toda España y el único que cuenta con una Unidad de Maquillaje en la Sanidad pública. Pacientes procedentes de todas las Áreas sanitarias de Madrid y de diferentes Comunidades Autónomas han solicitado consulta en esta Unidad. Esta diversidad de pacientes puede dar testimonio de la extendida presencia en la muestra de población general, de la preocupación sobre la importancia que las personas le atribuyen a la apariencia física. La mayor afluencia de asistentes por Comunidades, como es lógico y esperado se encontraba en la Comunidad de Madrid con 43 (47,25%)

10.2. Diagnósticas

Como variable diagnóstica se eligió el tipo de afectación, conocerlo aporta mucha información al estudio y es un dato imprescindible para saber que tipo de maquillaje cubriente se debe utilizar. Las patologías se han agrupado por diagnósticos y la mayor demanda se ha producido en pacientes afectados/as de cicatrices y angiomas. Cuando la Unidad de maquillaje terapéutico comenzó esta actividad, los pacientes llegaban derivados solo de dermatología, a medida que el resto de especialistas han conocido esta prestación, las patologías atendidas han aumentado en diversidad.

10.3. Clínicas

Entre las variables clínicas se evaluó la zona del cuerpo afectada. El mayor número de los que habían acudido a la unidad, tenían el área de la cara afectada 47 (60,25%). También se controló el tiempo de permanencia con la lesión, siendo 49 (62,82%)

Discusión

que llevaban más de cinco años con la lesión y se les preguntó el número de especialistas visitados, siendo los que habían consultado más de dos especialistas un 46 (58,97%). Estos datos nos aportan la importancia que le atribuye cada paciente al estigma y la mejor o peor aceptación de la lesión.

10.4. Terapéuticas

Entre las variables terapéuticas, la gran pregunta es sobre si tenían práctica diaria con el maquillaje normal y el tipo de uso adquirido tras el aprendizaje del maquillaje corrector. Los datos son gratificantes, ya que los resultados indican que un 81,94% usan el maquillaje terapéutico a diario.

Hay un gran número de autores que exponen en sus publicaciones, las quejas expresadas en sus consultas por los pacientes aquejados de desfiguraciones. El uso de cosméticos proporciona una sencilla y poderosa manera de manipular la apariencia y los mensajes que enviamos sobre nosotros mismos

En España en el Servicio de Dermatología del Hospital San Pau de Barcelona están realizando un asesoramiento de maquillaje corrector⁷⁸. El Dr. Alomar, jefe del servicio de Dermatología, explica que muchos trastornos del color de la piel tienen consecuencias importantes en la salud mental y emocional de los pacientes y pueden generar cuadros de depresión, fobia social y desórdenes de ansiedad. Alega que el uso de cosméticos correctivos constituye la única alternativa para reparar estos cuadros psiquiátricos.

10.5. Evolutivas

En las variables evolutivas el estudio seleccionó la calidad de vida, la autoestima y la batería multidimensional SCL-90.

10.5.1. Calidad de vida

En las publicaciones revisadas, los autores refirieron haber hallado entre estas personas, ansiedad, depresión, inhibición, baja autoestima, estrés y escasas relaciones sociales. Estos síntomas han sido medidos con los cuestionarios (DLQI), Skindex 16 o Skindex 29, todos ellos instrumentos dermatológicos de calidad de vida. Otras baterías empleadas han sido cuestionarios específicos de dermatología para medir el índice de discapacidad de psoriasis (PDI), Impacto del psoriasis (IPSO) y estrés en la psoriasis (PLSI). En algunos casos los síntomas ansiedad y depresión han sido evaluados con las baterías de cuestionarios Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD-A) (*Ver tabla XV*). También se han encontrado publicaciones de autores que han evaluado el efecto beneficioso que el maquillaje terapéutico ejerce sobre las personas con lesiones (*Ver tabla XVI*).

Este estudio intentó ahondar en los aspectos psicosociales que limitaban la vida diaria de los afectados. La calidad de vida fue evaluada, al igual que el resto de autores con el cuestionario específico de calidad de vida en dermatología (DLQI)(*Anexo 1*). Este cuestionario consta de 10 preguntas con 4 posibles respuestas cada una de ellas, puntuadas de 0 a 3, que hacen referencia a los últimos 7 días de la vida del paciente. Se calcula como la suma de estas puntuaciones hasta un máximo de 30. Cuanta más alta es la puntuación mayor es la afectación por la enfermedad. Esta escala de calidad de vida en dermatología de Finlay AY y Khan G.K¹⁶ 1994, ha sido validado en población española por Badia X et al.⁹¹ en 1999 con una correlación de 0,26, $P < 0,001$ y un coeficientes de Cronbach de 0,83. Han mostrado fiabilidad y validez satisfactoria en la población española.

La calidad de vida de los pacientes mejoró a los dos meses del aprendizaje de latécnica del maquillaje terapéutico con respecto a la evaluación realizada dos meses antes.

Discusión

Objetivo	Mtdo	Conclusiones	Autores
Determinar la calidad de vida en pacientes sauditas con vitiligo.	En 109 pacientes de vitiligo (61 hombres y 48 mujeres con edad entre 17-48 años) fue valorada la calidad de vida utilizando el (DLQI) relacionado con edad, sexo, estado civil y extensión cutánea.	El vitiligo está relacionado con el deterioro grave de la calidad de vida entre pacientes sauditas.	AlRobaee AA
Cuantificar la carga del vitiligo relacionado con la calidad de vida comparada con el nivel de incapacidad causado por la psoriasis en población belga.	En 119 pacientes con vitiligo y 162 con psoriasis se midió la calidad de vida utilizando el cuestionario de calidad de vida en dermatología (DLQI).	La disminución de la calidad de vida en las mujeres afectadas con vitiligo se iguala a la disminución causada por psoriasis en la población estudiada.	Ongena K,
Describir la calidad de vida en pacientes con diferentes tipos clínicos de la psoriasis utilizando el cuestionario SF36.	Estudio transversal de 380 pacientes con psoriasis. Se utilizó el SF-36. La calidad de vida se midió con el DLQI y con Skindex29. El psoriasis se midió con instrumentos específicos: (PDI) índice de discapacidad del psoriasis. (IPSO) impacto de la psoriasis. (PLSI) de estrés en el psoriásico. Se utilizó un genérico para medir la salud general con (GHQ12).	El SF36 proporciona información complementaria a los cuestionarios dermatológicos y evalúa la severidad de la psoriasis.	Sampogna F
Evaluar la calidad de vida (CVRS) en mujeres con lesiones en la cara.	Setenta y tres mujeres con lesiones faciales (acné, dermatosis papulosas, hipopigmentación, lentigos, melasma, rosácea, proliferaciones vasculares y otras cicatrices faciales) Se utilizó el (Skindex 16) Y se evaluó el miedo a la evaluación negativa con el (FNE)	Los defectos faciales severos de cualquier causa tienen un impacto significativo en la calidad de vida de las mujeres, y el efecto de estas lesiones se debe en parte a características psicológicas relacionadas con la autopercepción y la autopresentación.	Balkrishnan R,
Validar la versión portuguesa brasileña del cuestionario MelasQoL que evalúa la calidad de vida en pacientes con melasma.	Estudio multicéntrico de 300 brasileños de media de edad de 42 años (MelasQoL	Este estudio demuestra que MelasQoL-BP es un instrumento válido y se puede utilizar para evaluar la calidad de la vida y la respuesta al tratamiento del melasma en pacientes brasileños.	Cestari TF

Tabla XV: Publicaciones que investigan la calidad de vida con los cuestionarios DLQI, Skindex, FNE, y MelasQoL.^{48, 46, 92, 63, 62,}

Objetivo	Método	Conclusiones	Autores
Evaluar los efectos asesoramiento del camuflaje cosmético en la calidad de vida en trastornos de pigmentación, vasculares y cica-trices (CdV).	En un estudio multi-centrico, 135 personas rellenaron el DLQI antes y después del asesoramiento del camuflaje cosmético.	Parece mejorar la calidad de vida un mes después del aprendizaje del maquillaje.	Holme SA.
Averiguar si la aplicación de cosméticos podría aumentar la calidad de vida.	Veinte mujeres con enfermedades de la piel que afecta a la cara entre 16 y 69 años de edad con (acné, rosácea, lupus discoide, vitiligo) fueron instruidos por un esteticista en el uso de un cosmético decorativo y aplicados diariamente durante 2 semanas. El cuestionario de calidad de vida (DIQI) lo realizaron antes de la primera aplicación y dos semanas después.	El uso de cosméticos decorativos en enfermedades de la piel desfigurante es una medida eficaz, tolera bien aumentar la calidad de vida de los pacientes.	Boehncke WH.
Cuantificar y analizar el beneficio sicosocial del uso del camuflaje en pacientes con vitiligo.	Setenta y ocho pacientes con vitiligo completaron el índice de la calidad de vida de la dermatología (DLQI) y un cuestionario sobre la estigmatización adaptada, y 62 de ellos completaron el DLQI tras al menos un mes usando el camuflaje.	El camuflaje puede ser recomendable, en pacientes con altas puntuaciones en DLQI o severidad de la enfermedad.	Ongena K.
Estudiar el impacto del camuflaje en pacientes con vitiligo.	Se evaluaron los efectos psicológicos en pacientes con vitiligo antes y 1 mes después del maquillaje con el cuestionario DLQI.	Cubrir el aspecto con los cosméticos promueve bienestar psicológico y social.	Tanioka M.
Investigar si el cuidado de la piel y el uso del maquillaje podrían influir en la calidad de vida de los pacientes afectados, sin deteriorar los tratamientos convencionales del acné.	Seleccionaron 50 pacientes 25 recibieron instrucciones sobre el uso del maquillaje, mientras que los otros 25 pacientes, no. Siguiendo ambos grupos con su medicación convencional. Todos los pacientes completaron dos cuestionarios de calidad de vida antes del maquillaje y 4 semanas después.	El uso del maquillaje no deterioró la eficacia del tratamiento convencional e influyó efectivamente en la calidad de vida.	Matsuoka Y.

Tabla XVI. Publicaciones que evalúan los efectos que ejercen el maquillaje en la calidad de vida medida con el cuestionario DLQI ^{77, 72, 76, 97, 99,38}.

10.5.2. Autoestima

Freedman⁹⁰ se pregunta: ¿por qué un aspecto atractivo es tan esencial para el papel del género femenino? La búsqueda de la belleza causa problemas especiales de ajuste en las jóvenes adolescentes. Sufren psicológicamente y tienen una baja autoestima por una imagen negativa del cuerpo. Su salud se ve minada físicamente por las normas actuales de la belleza.

En otras investigaciones también han querido conocer el nivel de autoestima de las personas con lesiones y el efecto que el maquillaje terapéutico ejerce sobre ellas. Pero, al contrario que estos autores que han estimado la autoestima con la batería sobre calidad de vida (DLQI)(*ver tabla XVIII*). En este estudio también se ha querido incluir este parámetro, pues investigaciones previas han demostrado que nuestra apariencia puede afectar a lo que los otros piensen de nosotros, también a como nos vemos a nosotros mismos y a como atraemos a los demás hacia nosotros, pero aquí se ha medido con un cuestionario específico de autoestima validado en población de habla española, con auténtica fidelidad. Esta escala ha sido diseñada por Cirilo del Toro¹⁸. La interpretación de los resultados se determina mediante el uso de la siguiente tabla (*tabla XVII*).

160-104	Autoestima alta (negativa)
103-84	Autoestima alta (positiva)
83-74	Autoestima baja (positiva)
73-40	Autoestima baja (negativa)

Tabla XVII.

Autoestima: nuestra autoimagen, o sea, cómo nos sentimos sobre nosotros mismos. La misma se compone de pensamientos y sentimientos sobre cómo somos y actuamos.

- 1.1. Autoestima alta (negativa)- la persona puede presentar varias de las siguientes características: manipulación de sus pares, poco aprecio o ninguno las reglas y normas en el hogar o sociedad en general, ego inflado, narcisista hasta cierto punto podría sentirse temeroso ante personas o situaciones, pero su yo

interno no le permite aceptar el hecho. Puede afectar a otros negativamente al influir sobre ellos conscientemente o inconscientemente.

- 1.2. Autoestima alta (positiva) –la persona posee una confianza razonable en su capacidad para resolver problemas, aun cuando el concepto no esté claro para sí misma. Tiende a ser más abierta en sus relaciones con sus pares y otros adultos. Usualmente disfruta diversas actividades como trabajar, jugar, descansar, caminar, estar con amigos, etc. Respeta las normas y reglas impuestas en el hogar y en la sociedad en general.
- 1.3. Autoestima baja (positiva)- la persona presenta unas características bastante similares a los que tienen una autoestima alta (positiva). Tienden a bajar la guardia cuando se presentan problemas momentáneos de salud, o de comentarios indebidos de sus pares o de otros adultos, etc. Si se les enseña a trabajar sus estados de ánimo pueden mejorar su autoestima favorablemente.
- 1.4. Autoestima baja (negativa)- la persona carece de confianza en sí misma. Usualmente ha sido comparada con sus pares injustamente. Necesita desarrollar su personalidad. Tiende a ser manipulada por sus padres y otros adultos. Podría la persona sentirse temerosa ante sus pares y otros adultos y tiende a concentrarse en sí misma, usualmente sin buscar ayuda, pues piensa que es culpable de lo que sucede a su alrededor. Por lo regular es silenciosa en su comportamiento, aunque podría presentarse como una revoltosa para llamar la atención al sentirse insegura.

Validado para su uso en español. La prueba tiene un nivel de fiabilidad alto, de 0,98722. Otras puntuaciones del análisis son, una Media de 85, Promedio 85,76% y una Desviación Estándar de 9,35 y una Curva Normal de 0.53.
(*Escala de autoestima Anexo 2*)

En los resultados obtenidos en el parámetro de autoestima. Hay que resaltar que una vez aprendidas las técnicas del maquillaje corrector y completados los cuestionarios de autoestima antes del aprendizaje de la técnica y dos meses después, su autoestima no mejoró. No cabe duda que es un dato sorprendente, pero antes hay contestar que se entiende por autoestima. Este concepto varía en función del paradigma

Discusión

psicológico que lo aborde. Los psicoanalistas dicen que la autoestima está relacionada con el desarrollo del “ego”. Los conductistas se centran en conceptos como “estímulo”, “respuesta”, “refuerzo”, “aprendizaje”, con lo cual el concepto holístico de autoestima no tiene sentido. La escuela humanista de Carl Rogers, lo aborda como un derecho inalienable de toda persona, sintetizado en el siguiente axioma “*todo ser humano merece estimarse a sí mismo y que le estimen*”. Quiles y Espada⁹³ dicen que La autoestima es un constructo dinámico, que se modifica a lo largo del desarrollo, fruto de las nuevas experiencias e interacciones con los otros significativos. Tiene una dimensión social, ya que se adquiere a partir de las experiencias del sujeto y de sus interacciones interpersonales (revisado en la referencia)⁹⁴. No es algo que nos venga dado desde el nacimiento, sino que se va formando y consolidando a partir de nuestras relaciones con los demás y de la imagen que los demás nos proyectan en estas interacciones. Otros autores⁹⁵ la definen como una encrucijada, la del juicio que realiza uno mismo con respecto a sí mismo y el juicio del yo bajo la mirada de los demás, ya que la autoestima sólo tiene sentido en el ámbito de las relaciones sociales. Las personas que se encuentran bien consigo mismas suelen sentirse a gusto en la vida., son capaces de afrontar y resolver con seguridad los retos y las responsabilidades de ésta les plantea. Por el contrario, la baja autoestima es una fuente permanente de inseguridad e insatisfacción personal y se considera como un importante factor de riesgo para el desarrollo de numerosos problemas psicológicos, tales como trastornos de la alimentación, depresión, ansiedad, etc. Por lo tanto, se puede afirmar que todas las personas, y en todas las edades de la vida necesitan un mínimo de autoestima. Esta descripción expuesta justifica porque no mejora la autoestima en las personas que han intervenido en el estudio tras la enseñanza del maquillaje corrector. Primero: dos meses después de la enseñanza de la aplicación del maquillaje terapéutico es muy pronto para ver modificado este constructo, suponiendo que todos hayan usado el maquillaje terapéutico y segundo: que hay algunos que cuando han completado los cuestionarios a los dos meses han contestados no haber utilizado el maquillaje terapéutico. No obstante, sugiero continuar este estudio durante más tiempo e incluso realizar una investigación cualitativa.

Objetivo	Método	Conclusiones	Autores
Evaluar el grado de tolerancia y satisfacción de los pacientes necesitados de maquillaje para ocultar los efectos cutáneos inducidos por la quimioterapia y mejorar la autoestima.	Noventa pacientes con cáncer afectados de alopecia en cuero cabelludo y cejas, delgadez, irregularidad del contorno labial, fueron incluidos en un estudio multicéntrico. Rellenaron tres preguntas sobre autoestima y calidad de vida.	El maquillaje corrector aplicado en pacientes con cáncer tratados con quimioterapia muestra buena tolerancia y mejora la calidad de vida.	Merial-Kieny C
Investigar los efectos del uso de cosméticos: - en la percepción de los demás, -en la atracción y - en la autopercepción.	-Valoración de fotografías de mujeres maquilladas y sin maquillar por 32 jueces. - Se evaluó el atractivo con el uso de los cosméticos en situaciones sociales diurnas y nocturnas. -Entrevista de investigación para identificar los efectos psicológicos del uso de maquillaje en la autoevaluación.	El uso de los cosméticos tendrá como consecuencia una mejora en la percepción personal (y aceptación social) que alimentará el nivel de autoestima (y autoaceptación).	Graham JA

Tabla XVIII. Revisiones que evalúan los efectos que ejercen el maquillaje en la Autoestima y la calidad de vida, mediante diversos métodos.^{69, 98}

10.5.3. Multifactorial SCL-90-R

Dado que estas personas estaban afectadas psicológicamente, se decidió investigar si se producían cambios en el estado anímico, después de haber aprendido la técnica del maquillaje corrector y conocer si en su vida cotidiana se lo estaban aplicando.

Con el fin de abarcar la mayor información posible sobre los aspectos psicológicos que afectan a estas personas con alteraciones en el aspecto. Se decidió incluir una batería multidimensional SCL90-R, diseñado en la Universidad Johns Hopkins de Baltimore¹⁷ con la finalidad de disponer de un amplio rango de problemas psicopatológicos que pudiera ser utilizado tanto en pacientes médicos psiquiátricos como en población general y tanto como método de *screening* como para valoración de cambios sintomáticos inducidos por el tratamiento. Es un cuestionario multidimensional autoadministrado que posteriormente ha sido validado en población española⁹⁶.

Discusión

El paciente tiene que seleccionar mediante una escala tipo Likert de cinco grados, hasta qué punto se ha sentido molesto, durante los últimos siete días, por una serie de 90 problemas (o no le ha molestado en absoluto y 4 le ha molestado de manera extrema) el cuestionario explora 9 dimensiones o perfiles psicopatológicos: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ira-hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.

Se obtuvieron diferencias significativas en los síntomas globales y en todas las dimensiones sintomáticas excepto en psicoticismo y hostilidad que ambas rallan los márgenes de la diferencia significativa. Es probable que en una muestra mayor también se aprecien en estas dos dimensiones sintomáticas diferencias significativas. No obstante la hostilidad es un sentimiento que puede llevar mucho tiempo enconado en estas personas que han vivido largos periodos de su vida con un estigma, que les ha limitado la relación con la sociedad. No obstante, la investigación no queda cerrada y el tema debe seguir estudiándose para sacar conclusiones más claras.

Propiedades psicométricas: El cuestionario ha sido validado en la población española. La fiabilidad la consistencia interna de la subescala fue buena, oscilando la α de Crombach de 0,78 a 0,90. La validez, en cuanto a la validez predictiva, para un punto de corte de 0,5 en el GSI, ofrece una sensibilidad del 0,83, especificidad del 0,80, VPP 0,91 y VPN 0,66. Para una muestra de pacientes que acuden a las consultas de atención primaria, con el mismo punto de corte, la sensibilidad es del 0,64, la especificidad del 0,74, VPP 0,58 y VPN 0,77. En el mismo análisis se confirma, mediante ROC, la adecuada validez de los índices dimensionales de ansiedad y depresión.

La corrección de SCL-90-R comienza por la suma simple de los valores asignados a cada uno de los diferentes ítems, en donde el valor mínimo posible es cero y el máximo 360. A partir de esta suma total se calculan los tres índices globales y las nueve dimensiones sintomáticas. Existe una décima dimensión sintomática de interés clínico, pero sin validez factorial, es la llamada Escala miscelánea o adicional.

El primer síntoma global se denomina Índice Global de Gravedad o Severidad (GSI, Global Severity Index), es una medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global. El segundo síntoma global

Discusión

es el Total de Respuestas Positivas (PST), contabiliza el número total de síntomas presentes, o sea, informa sobre la amplitud y diversidad de la psicopatología y el tercer síntoma global (PSDI), relaciona el sufrimiento o distrés global con el número de síntomas y por lo tanto es un indicador de la intensidad sintomática media. Por otra parte se encuentran 90 síntomas que se distribuyen en 10 grupos o “Dimensiones Sintomáticas”, cada una de las cuales mide un diferente aspecto de la psicopatología. Estas dimensiones son: somatización obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ira-hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo y la escala adicional o síntomas misceláneos. Los 7 ítems considerados como adicionales lo son porque su peso factorial en diferentes subescalas no permite asignarlos a ninguna de ellas en particular. Desde un punto de vista estrictamente psicométrico podrían ser eliminados, pero su relevancia clínica es tan grande que han sido conservados. Derogatis¹⁷ considera que, aunque son indicadores de la gravedad del estado del sujeto, no constituyen una dimensión sintomática específica. Sin embargo, aun aceptando que los criterios psicométricos no permitan asignarlos a ninguna dimensión en particular, para un clínico normal constituye un claro referente de depresión melancólica.

Hay personas de peso intelectual que consideran que lo mejor es aceptarse como uno es, sin necesidad de taparse con maquillajes. Señala el sociólogo Goffman⁵ que el individuo estigmatizado puede llegar a sentir que debería estar por encima del encubrimiento, que si se acepta y respeta a sí mismo no sentirá necesidad de ocultar su defecto. Las personas que están dispuestas a admitir la posesión de un estigma pueden, no obstante, hacer un gran esfuerzo para que ese estigma no destaque demasiado. El objetivo del individuo es reducir la tensión, es decir, por una parte, evitar que el estigma sea, para él mismo y para los demás, objeto de un estudio disimulado, y por otra parte, mantener una participación espontánea en el contexto oficial de la interacción. El individuo estigmatizado no debería sentir amargura, resentimiento o autoconmiseración. Debe cultivar una manera de ser alegre y espontánea. Puede tratar de romper el hielo adoptando una actitud que demuestre que es capaz de enfrentarlo con soltura. Además de la naturalidad se recomienda también cierta ligereza y de esta forma puede demostrarse a sí mismo que ejerce control de la situación. Pero también dice Goffman⁵ que aprender a encubrirse constituye una de las fase de la socialización de la persona estigmatizada y un momento decisivo de su carrera espontánea en el

Discusión

contexto oficial de la interacción. Se ha señalado que el hombre viene maquillándose desde los tiempos prehistóricos, que la función del maquillaje es embellecer, pero en personas con estigmas resulta justificado e imprescindible con el objetivo de impedir que sean el foco de atención de miradas curiosas en la interacción social. Aprender a encubrirse constituye una de las fases de la socialización de la persona estigmatizada y un momento decisivo de su carrera moral espontánea en el contexto oficial de la interacción.

Como bien dice Goffman⁵, lo ideal sería que la persona se sintiera lo suficientemente segura, que su aspecto no la cohibiera en su interacción social, pero esto en la mayoría de los casos es algo inalcanzable. La realidad suele ser que desordenes psiquiátricos secundarios se asocian con desfiguraciones cutáneas que van a provocar alteraciones psicológicas secundarias, como la disminución de la autoestima, la depresión o la fobia social, como demostraron estos autores en el siguiente cuadro. En el siguiente cuadro se presentan publicaciones que refieren diversas alteraciones psicológicas asociada a la enfermedad dermatológica.

Discusión

Objetivo	Método	Conclusiones	Autores
Evaluar las relaciones entre y la severidad del acné, la calidad de la vida, la ansiedad, la depresión.	Se cumplimentó la escala de calidad de vida en acné (AQOL, el índice de la calidad de vida DLQI y la escala de ansiedad y depresión. los controles sanos solo tenían que rellenar la escala de ansiedad (HAH).	Independientemente del grado de severidad los pacientes con acné están con un mayor riesgo de ansiedad y depresión que la población normal.	Yazici K
Valorar los niveles de ansiedad de los distintos grupos dermatológicos y contrastarlos con los sujetos sanos.	Investigación descriptiva con 132 pacientes que mostraron patología dermatológica y 20 sujetos sanos.	Los sujetos con patología dermatológica mostraban mayores niveles, estadísticamente significativas de ansiedad estado y ansiedad rasgo, que los sujetos sanos. Entre las distintas patologías los sujetos con dermatitis atópica mostraron los niveles mas altos en ansiedad estado, siguiendo los pacientes con psoriasis. Los investigadores se plantean si los niveles de ansiedad estado podrían tratarse de una consecuencia de la enfermedad y no de una forma de ser del sujeto atópico.	Vargas Laguna

Tabla XIX. Publicación que describen alteraciones psicológicas asociadas a enfermedades dermatológicas.^{37,101}

A continuación se exponen alguno de los estudios que dermatólogos, asesorados por expertos en estética, realizaron con pacientes con el fin de comprobar si el maquillaje terapéutico mejoraba su salud psicológica (*Tabla XX*).

Objetivo	Método	Conclusiones	Autores
Uso experimental de material de cobertura en Vitiligo, angioma, acné y tejido cicatricial de angioma tratado con laser, ojeras y dermoabrasión.	Seis casos de estudio han sido seleccionados de un total de 52. La mayoría de los Pacientes fueron derivados por dermatólogos y cirujanos plásticos, y unos pocos eran pacientes referenciados todos ellos estaban ansiosos por someterse al uso experimental del material de cobertura.	Un camuflaje efectivo podría transformar a una persona infeliz e insatisfecha en un individuo completamente diferente que podría regresar a la vida normal.	Roberts NC

Tabla XX. Publicación sobre el efecto del uso del maquillaje terapéutico.⁹⁷

10.6. Limitaciones del estudio

1. La existencia de la Unidad de Maquillaje es una puerta de entrada abierta para atender a personas con lesiones visibles y que desean cubrir sus desfiguraciones, pero en nuestro país el desconocimiento de facultativos y usuarios de su existencia, junto con el escaso valor adjudicado por parte de algunos médicos de familia como de especialistas (dermatólogos, oncólogos y cirujanos plásticos) que lo llegan a considerar un tema meramente estético, han influido en la baja afluencia de pacientes al estudio. En cambio en las consultas americanas muchos dermatólogos como Draelos¹⁰⁰ considera, que ante la demanda de una solución por parte de los afectados, los cosméticos son una parte importante del complemento dermatológico, puesto que su uso permite camuflar las alteraciones tanto del contorno como del pigmento y proporcionarles un sentimiento de bienestar.
2. Hay personas de peso intelectual que consideran que lo mejor es aceptarse como uno es, sin necesidad de taparse con maquillajes. Señala el sociólogo Goffman⁵ que el individuo estigmatizado puede llegar a sentir que debería estar por encima del encubrimiento, que si se acepta y respeta a sí mismo no sentirá necesidad de ocultar su defecto. Las personas que están dispuestas a admitir la posesión de un estigma pueden, no obstante, hacer un gran esfuerzo para que ese estigma no destaque demasiado. El objetivo del individuo es reducir la tensión, es decir, por una parte, evitar que el estigma sea, para él mismo y para los demás, objeto de un estudio disimulado, y por otra parte, mantener una participación espontánea en el contexto

Discusión

oficial de la interacción. El individuo estigmatizado no debería sentir amargura, resentimiento o autoconmiseración. Debe cultivar una manera de ser alegre y espontánea. Puede tratar de romper el hielo adoptando una actitud que demuestre que es capaz de enfrentarlo con soltura. Además de la naturalidad se recomienda también cierta ligereza y de esta forma puede demostrarse a sí mismo que ejerce control de la situación. Pero también dice Goffman⁵ que aprender a encubrirse constituye una de las fase de la socialización de la persona estigmatizada y un momento decisivo de su carrera espontánea en el contexto oficial de la interacción.

3. Se ha señalado que el hombre viene maquillándose desde los tiempos prehistóricos, que la fundición del maquillaje es embellecer, pero en personas con estigmas resulta justificado e imprescindible con el objetivo de impedir que sean el foco de atención de miradas curiosas en la interacción social. Aprender a encubrirse constituye una de las fases de la socialización de la persona estigmatizada y un momento decisivo de su carrera moral espontánea en el contexto oficial de la interacción. Como bien dice Goffman⁵, lo ideal sería que la persona se sintiera lo suficientemente segura, que su aspecto no la cohibiera en su interacción social, pero esto en la mayoría de los casos es algo inalcanzable. La realidad suele ser que desordenes psiquiátricos secundarios se asocian con desfiguraciones cutáneas que van a provocar alteraciones psicológicas secundarias, como la disminución de la autoestima, la depresión o la fobia social, como demostraron en un diseño Vargas Laguna, Peña Payero y Vargas Marquez¹⁰¹, en una investigación descriptiva con una muestra de 152 sujetos, de los que 132 mostraron patología dermatológica y 20 eran sujetos sanos. Su objetivo fue valorar los niveles de ansiedad de los distintos grupos dermatológicos y contrastarlos con los sujetos sanos. Se demostró que los sujetos con patología dermatológica mostraban mayores niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo que los sujetos sanos. Estos datos les plantean si el estado ansioso, tan característico de estos pacientes, podría tratarse de una consecuencia de la propia enfermedad y no de una forma de ser del sujeto.
4. Todas las personas que han acudido a la unidad de maquillaje en busca de asesoramiento, se les informó sobre la investigación y se les invitó a participar. Un pequeño grupo no quiso participar. Con el fin de evitar presiones no se pidieron aclaraciones. Han sido los propios pacientes los que la acudir consecutivamente a sus

Discusión

citas en el taller de maquillaje, han explicado sus motivos. Unos han alegado que no querían aparecer en fotos mostrando sus lesiones por un motivo de vergüenza, otros celosos de su intimidad no deseaban no contestar a los cuestionarios. Ha habido otro grupo que si querían participar, pero han dejado de asistir a las sesiones por incompatibilidad con su horario laboral o por que la técnica no cumplía las expectativas han terminado abandonando.

5. En alguna ocasión han acudido a la unidad de maquillaje, madres angustiadas pidiendo maquillar a sus hijos, con el fin de cubrir las lesiones que presentaban sus hijos de meses, en la cara. En estos casos, no se ha podido prestar esta ayuda solicitada, ya que los maquillajes utilizados a pesar de ser antialérgicos, no están testados en bebés. Este sufrimiento de la madre generalmente es una ansiedad anticipada, al pensar que la sociedad va a marginar a su hijo por este estigma, ya que el bebé aun no es consciente de su defecto
6. Por todos es conocido que cuando un miembro de la familia padece una enfermedad la sufre toda la familia. En al Universidad de Cardiff consideraron que de todas las publicaciones revisadas ninguna había medido el impacto de la enfermedad dermatológica en la familia. Este fue el objetivo de Basra MK, Sue-Ho R, Finlay AY¹¹, desarrollaron un instrumento dermatológico específico, para medir las consecuencias en la vida de los familiares de los pacientes con alteraciones en el aspecto físico. Autores como Koblenzer¹⁰, uno de los que más investigaciones han realizado sobre el tema, señalan la influencia que la familia ejerce en la evolución del desarrollo psicológico y en el impacto emocional de las personas que padecen alteraciones dermatológicas. Este es una de las carencias que presenta este estudio. Aquí sí que sería importante haber investigado sobre el apoyo que la familia presta a la persona avergonzada de su imagen y lo que a la vez puede significar el comportamiento de dichas personas con baja autoestima, alta ansiedad, sentimiento de rechazo, etc. en la familia.
7. En los casos que la persona se encuentra en un proceso agudo de su enfermedad, el maquillaje no se ha aplicado por indicación facultativa, ante el temor que interfiera con el tratamiento convencional. Aunque Deshayes⁸² ratifica que muchos investigadores han confirmado que los cosméticos de camuflaje no interfieren con el

Discusión

tratamiento y mejora la calidad de vida. No obstante con el fin de evitar toda posible adversidad, se suspendió la aplicación del maquillaje hasta que las lesiones estuvieran cicatrizadas y hubiera una buena tolerancia sin producir efectos secundarios. Este estudio no ha podido investigar sobre el impacto psicológico que este tipo de lesiones produce en población árabe de piel oscura y en población africana de piel negra. Todavía la industria cosmética no ha considerado la rentabilidad en España igual que en Francia, donde disponen de estos colores desde hace tiempo. En ocasiones, ha habido dificultad en maquillar algunas personas sudamericanas o españolas de piel oscura que estaban afectadas de vitiligo, pues se dispone de un abanico limitado de tonalidades.

8. Por las características de este estudio hubiera sido de utilidad haber dispuesto de la Escala de Derriford⁶⁸, (DAS59). Evalúa de forma fiable y válida, la angustia y dificultades de convivencia con los problemas de apariencia, aceptable para población clínica y no clínica. Cubre una gama amplia de disfunciones y dificultades que surgen de los problemas del aspecto de los pacientes. Es, además, sensible al cambio terapéutico y discrimina bien entre los grupos de pacientes cuyas vidas están dominadas por el autoconcepto que tiene de su propio aspecto. Se derivó de la experiencia de vivir los pacientes post-operados con su aspecto, además permite a las personas sin ninguna preocupación acerca de su aspecto, responder con eficacia y no obtener de ellos ninguna respuesta perceptible, pero esta escala ha sido imposible poder utilizarla al no estar validada en población española.
9. Lo ideal al concluir este estudio hubiera sido que todas las dimensiones que se han medido, hubieran mejorado, pues la apariencia desempeña un papel importante al determinar la calidad de los encuentros con personas y es una fuente disponible de información acerca del sexo, edad, cultura, clase, ocupación, rol social, pertenencia al grupo, personalidad y actitudes interpersonales.
10. Este estudio carece de tal comparación, pues lo que aquí se trataba era de ver el efecto psicológico que aportaba el maquillaje terapéutico en personas con lesiones. Hubiera sido interesante comparar los niveles de ansiedad y el resto de parámetros medidos en este estudio con un grupo de sujetos sanos. En este estudio se ha considerado que, comparar sujetos maquillados con maquillaje terapéutico con sujetos

Discusión

maquillados con un maquillaje normal, no era factible, pues se piensa que fácilmente se puede apreciar la diferencia, aunque si puede ser válido si otras personas plantean una alternativa mejor en estudios posteriores. En cambio, sí se ha podido valorar que aspectos psicológicos mejoraban después de cubrir con el maquillaje terapéutico aquella alteración que empeoraba su aspecto.

Una vez discutidos los puntos mas importantes de la investigación cuantitativa. Se abre una segunda posibilidad de continuar y completar el estudio con investigación cualitativa, realizado por enfermeros especializados en este tipo de investigación a través de Entrevistas individualizadas o a través de grupos de discusión, elegidos aleatoriamente entre las personas que han participado en la investigación cuantitativa.

11. Conclusiones

1. La aplicación del maquillaje en pacientes con lesiones desfigurantes mejora la calidad de vida de estas personas.
2. Se ha producido mejoría significativa en las tres índices globales del multifactorial SCL-90-R (índice sintomático general, diversidad de la psicopatología e indicador de la intensidad sintomática media) y en siete de las nueve dimensiones sintomáticas, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y síntomas discretos. No se ha observado mejoría en hostilidad y psicoticismo.
3. No se ha observado mejoría en la autoestima.

12. Resumen

12.1. Introducción

La Unidad de maquillaje Terapéutico fue creada por el Servicio de Dermatología del Hospital Ramón y Cajal, con el apoyo del Sistema de Salud de la Comunidad de Madrid, debido a las frecuentes demandas de pacientes que sufren lesiones desfigurantes en zonas expuestas, como la cara o las manos, causadas por enfermedades dermatológicas, oncológicas o procesos iatrogénicos. A través de una valoración sanitaria y psicológica se puede llegar a un conocimiento de su situación bio-psico-social, que nos permitirá llevar a cabo estrategias terapéuticas para abordar estos problemas: planificar unos cuidados, ejecutar dichos planes y evaluar sus resultados.

En los últimos años, la literatura científica internacional evidencia una preocupación por los aspectos psico-sociales de pacientes con lesiones dermatológicas visibles. Diversos estudios reflejan el sufrimiento que conllevan estas enfermedades, exhortando de forma imperiosa a utilizar medidas terapéuticas para minimizar dicho impacto.

En la literatura internacional existen algunos estudios realizados en pacientes con estigmas en zonas visibles, reclamando la utilidad de este tratamiento complementario. Aunque en la actualidad solo funciona una unidad de maquillaje corrector en Francia con pacientes que han sufrido quemaduras. Esta tesis pretende abordar los aspectos novedosos del uso del maquillaje terapéutico, entendido como la aplicación de productos cosméticos sobre lesiones cutáneas visibles con la intención de disimular estas imperfecciones y, al mismo tiempo, resaltar las cualidades estéticas del área anatómica tratada y cuantificar la mejoría de los aspectos psicosociales en pacientes con lesiones desfigurantes.

12.2. Hipótesis de trabajo y objetivos

El maquillaje corrector permite disimular un defecto permanente o pasajero y es una alternativa ante procesos que no tienen otra vía de solución, para aquellos que no quieren someterse a otras técnicas, o para atenuar secuelas entre diferentes sesiones de un tratamiento.

Las personas con lesiones en la cara sufren diversas alteraciones que les afectan física, psíquica y socialmente, lo que repercute en su calidad de vida, autoestima y relaciones interpersonales. Estas personas tienen un comportamiento retraído en su vida cotidiana, debido al complejo que padecen por su aspecto físico. Estas alteraciones psicológicas se describen como un conjunto de manifestaciones tales como ansiedad, depresión, estrés, baja autoestima o conductas de evitación.

El objetivo de trabajo es determinar la relación que existe tras la aplicación del maquillaje terapéutico y el nivel de autoestima en personas con lesiones dermatológicas visibles.

12.3. Material y Métodos

Es un estudio prospectivo multicéntrico con mediciones antes-después llevado a cabo entre septiembre de 2008 y octubre de 2011 en la Unidad de Maquillaje Terapéutico del Servicio de Dermatología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Se incluyeron pacientes de cualquier área de la Comunidad de Madrid y de todas las Comunidades Autónomas a través de una orden de Ámbito Nacional de edades comprendidas entre 18-80 años. La población de estudio ha sido seleccionada entre aquellas personas que presenten acromías y tonalidades descompensadas como acné, rosácea, angiomas, vitíligo, melasma, lupus discoide, psoriasis y eczema, cicatrices postquirúrgicas irreversibles y pacientes con enfermedades oncológicas que sufren deterioro del aspecto físico.

El estudio se lleva a cabo de acuerdo a las recomendaciones para investigación clínica, que figuran en la Declaración de Helsinki (apéndice A), última revisión Seúl de

Resumen

2008 en la actual legislación Española de materia de investigación clínica. La investigadora se atuvo estrictamente a lo dispuesto en este protocolo.

Todos los pacientes son registrados en una base de datos incluyendo variables sociodemográficas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas, evolutivas (calidad de vida, autoestima y un amplio rango de problemas psicopatológicos) medidos mediante unos cuestionarios de autoestima, calidad de vida dermatológica y SCL-90: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ira-hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Se realizaron asimismo fotografías digitales de todos los pacientes.

12.4. Resultados

12.4.1. Sociodemográficos

Nº de pacientes que se les pregunta si quieren participar en el estudio 94. No participan en el estudio 3, abandonan 13. Finalizan el estudio 78.

Un 11,11% de las personas que asistieron al taller de maquillaje fueron hombres. Mientras que un 89% fueron mujeres. La media de edad de los que completaron el estudio fue 39,76. Siendo el mayor numero de asistentes los nacidos en la Comunidad de Madrid y los residentes de la Comunidad de Madrid. Completaron el estudio 31(39,74%) solteros, 1 (1,28%) viudo, 30(38,46%) casados y 4(5,12%) separados. Correspondían al área 4 con 30 (38,46%), seguidos del área 12 con 9 (11,5%),

12.4.2. Diagnosticas

La patología más frecuente fueron (15) 19,23% angiomas, (18) 23,07 vitíligos, (2) 2,56% rosáceas, 0% Melasmas, (4) 5,12% Lupus, (13) 16,66% cicatrices y en el apartado de otros, terminaron el estudio (20) 25,64%. En este ultimo grupo se incluyeron diferentes diagnósticos debido al pequeño número de afectados, entre ellos, 6 personas estaban diagnosticadas de cáncer de mama, 3 padecían nevus de Ota, 2 esclerosis tuberosa, 2 melasma, 2 linfomas cutáneos, 1 cáncer de colon, xantelasma, 1 cuperosis, 1 dermatitis.

12.4.3. Clínicas

En cuanto al área afectada se contabilizaron 47 ((60,25%) con afectación en al cara, seguido de 17(21,79%9 con afectación en todo el cuerpo. 49 (62,82%) llevaban más de cinco años con las lesiones y habían consultado 46 (58,97%) con más de dos especialistas.

12.4.4. Terapéuticas

Solo habían utilizado maquillaje normal en acontecimientos 37,5% y una vez aprendida la técnica del maquillaje por la unidad empleaban el maquillaje terapéutico el 81,94%.

12.4.5. Evolutivas

12.4.5.1. En la calidad de vida se produjo una diferencia significativa.

12.4.5.2. En el multifactorial SCL-90-R se ha producido diferencia significativa en todos los índices globales y en todas las dimensiones menos en hostilidad y psicoticismo.

12.4.5.3. En la autoestima no se produjo diferencia significativa

12.5. Conclusiones

1. La aplicación del maquillaje en pacientes con lesiones desfigurantes mejora la calidad de vida de estas personas.
2. Se ha producido mejoría significativa en las tres índices globales del multifactorial SCL-90-R (índice sintomático general, diversidad de la psicopatología e indicador de la intensidad sintomática media) y en siete de las nueve dimensiones sintomáticas, somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y síntomas discretos. No se ha observado mejoría en hostilidad y psicoticismo.
3. No se ha observado mejoría en la autoestima.

13. Abstract

13.1. Introducción

The Therapeutic Make-up Unit was created by the Dermatology Department at Ramón y Cajal Hospital, with the support of the Health System of the Community of Madrid, due to the frequent demands from patients suffering disfiguring lesions in exposed areas, such as the face or hands, caused by dermatological or oncological illnesses or iatrogenic processes. Knowledge of their bio-psychosocial situation can be acquired through a health and psychological assessment. This will allow carrying out therapeutic strategies to tackle these problems: planning care, implementing these plans and evaluating their results.

In the last few years, international scientific literature has shown concern for the psycho-social aspects of patients with visible dermatological lesions. Several studies reflect the suffering that these illnesses entail, urging to use therapeutic measures to minimize this impact.

International literature presents some studies carried out in patients with stigmas in visible areas, claiming the usefulness of this complementary treatment. However, nowadays, there is only one operative unit of correcting make-up in France, for patients who have suffered burnings. This thesis intends to deal with new aspects of the use of therapeutic make-up, understood as the application of cosmetic products on visible skin lesions with the intention of hiding these blemishes and, at the same time, enhancing the aesthetic qualities of the anatomic area treated and to quantify the improvement of the psychosocial aspects in patients with disfiguring lesions.

13.2 Working hypothesis and objectives.

Correcting make-up allows hiding a permanent or temporary defect. It is an alternative to processes which do not have any other solution, for those who do not want to undergo other techniques or to lessen effects between the different sessions of a treatment.

People with injuries on their faces, suffer from several alterations which affect them physically, psychically and socially, having repercussions on their quality of life, self-esteem and interpersonal relationships. These psychological alterations are described in a serie of signs such as anxiety, depression, stress, low self-esteem or avoidance behaviours.

The aim of this project is to determine the relationship between the application of therapeutic make-up and the level of self-esteem in people with visible dermatological lesions

13.3 Material and methods.

This is a prospective multi-center study with before and after measuring, conducted between September 2008 and October 2011 in the Therapeutic Make-up Unit of the Dermatology Department at Hospital Ramón y Cajal in Madrid. It included patients from all the areas of the Community of Madrid, and from all the autonomous regions, thanks to an order at national level. The range of age was between 18 and 80 years old. The study population was selected among people presenting achromias and unbalanced tonalities such as acne, rosacea, angiomas, vitiligo, melasma, discoid lupus, psoriasis, eczema or irreversible post-surgical scars, and patients with oncological illnesses suffering deterioration of their physical aspect.

The study was conducted following the recommendations for clinical investigation in the Declaration of Helsinki (appendix A), last revised in Seoul 2008, in the current Spanish legislation in terms of clinical investigation. The researcher strictly abided by the procedures stated in this protocol.

All the patients were registered in a database, including sociodemographic, clinical, diagnostic, therapeutic and evolutionary (quality of life, self-esteem and a wide range of psychopathologic problems) variables. They were measured through questionnaires on self-esteem, quality of dermatological life and SCL-90: somatimization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, wrath hostility, phobic

anxiety, paranoid ideation and psychoticism. Furthermore, digital photographs of all the patients were taken.

13.4 Results

13.4.1 Socio-demographic

94 patients were asked if they wanted to take part in the study. 3 did not take part in the study, 13 left it and 78 finished it. 11,11 % of the people who attended the make-up workshop were men, while 89 % were women. The average age of those who completed the study was 39,76. Most of them were born in the Comunidad of Madrid or lived there. Of all the people who completed the study 31 (39,74 %) were single, 1 (1,28 %) widowed, 30 (38,46 %) married and 4 (5,12 %) separated. The most represented hospital area was number 4 with 30 patients (38,46 %) followed by area 12 with 9 (11,5 %).

13.4.2 Diagnostic

The most frequent pathologies were (15) 19,23 % angiomas, (18) 23,07 % vitiligo, (2) 2,56 % rosaceas, 0 % melasma, (4) 5,12 % lupus, (13) 16,66 % scars and (20) 25,64 % others. This group includes different diagnosis due to the small number of people suffering them. Among them, 6 people had been diagnosed with breast cancer, 3 suffered from Nevus of Ota, 2 tuberous sclerosis, 2 melasmas, 2 cutaneous lymphomas, 1 colorectal cancer, xanthelasma, 1 cuperosis, and 1 dermatitis.

13.4.3 Clinic

Regarding the affected area, 47 (60,25 %) cases were counted affecting the face, followed by 17 (21,79 %) affecting the whole body. 49 (62,82 %) patients had suffered these lesions for more than five years and 46 (58,97 %) had consulted more than two specialist doctors.

13.4.4 Therapeutical

Only 37,5 % of the patients had used normal make- up in special events. After learning the technique in the unit, 81,94 % of the patients used the therapeutic make-up.

13.4.5 Evolutionary

13.4.5.1 There was a significant difference in quality of life.

13.4.5.2 There has been a significant different in all the global indices and dimensions of the multifactorial SCL-90-R, except for hostility and psychoticism.

13.4.5.3 There was not any significant difference in self-esteem.

13.5 Conclusions

1. The application of make-up to patients with disfiguring injuries improves their quality of life.
2. There has been a significant improvement in the three global indices of the multifactorial SCL-90-R (Global Severity Index, Positive Symptom Total and Positive Symptom Distress Index) and seven out of its nine symptom dimensions: somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, phobic anxiety, paranoid ideation and discreet symptoms. No improvement has been observed in hostility and psychoticism.
3. No improvement has been observed in self-esteem.

14. Bibliografía

- [1] <http://www.diariomedico.com/rec-templates/diario>.
- [2] Benavente Garcés MA, Ferrer Ferrándiz E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería, juicio diagnóstico: Valoración y Diagnóstico enfermería, juicio diagnóstico: Valoración y Diagnóstico Pág. 239-244, Juicio y acción Terapéutica: planificación, ejecución, evaluación. Pág. 277-305, Editorial DAE, Madrid 2001.
- [3] Guerra. A; de Lucas Laguna R; Feito M, et al. Calidad de vida relacionada con la salud. Sanidad y Ediciones, S.L. Madrid 2006.
- [4] Novel G, Llunch M. T, y Miguel M.D. Enfermería psicosocial. Salvat Editores Barcelona 1991; 39-45
- [5] Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. 1º Ed. 10ª reimp. Amorrortu. Buenos Aires, 2006; 11-13.
- [6] Scher RK. Onychomycosis is more than a cosmetic problem. Br J Dermatol 1994; 130 Suppl 43:15.
- [7] Ginsburg I.H. The psychosocial impact of skin disease. An overview. Dermatol Clin. 1996; 14:473-84.
- [8] García Rodríguez J. Trastornos depresivos y enfermedades físicas, Formación continuada, Madrid Médico, Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Depresiones ocultas -1, nº 116; 2008; 1-16.
- [9] Smith J.A. The impact of skin disease on the quality of life of adolescents. Med 2001; 12: 343-53.
- [10] Koblenzer C.S. The emotional impact of chronic and disabling skin disease: a psychoanalytic perspective: Dermatol Clin 2005; 23: 619-27.
- [11] Basra MK, Sue-HoR, Finlay Ay. The family Dermatology life Quality Index: measuring the secondary impact of skin disease. Br J Dermatol 2007 Mar; 156:528-38.

Abstract

- [12] Ginsburg IH, Link BG. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *Int J Derm* 1993; 32:587-91.
- [13] Guerra Tapia A, Lucas Laguna R, García Bustiduy MC, et al. *Dermatología psiquiátrica: De la piel a la mente*. Barcelona: Editorial Glosa, S.L. 2009.110 p. ISBN: 978-84-7429-427-9 Volumen 2.
- [14] Barranchina Coll J, Soler Ribaudi J, Guerra Tapia A, Aizpún Ponzán M, Álvarez Martínez E. Vivir el acné. Impacto psicológico en el paciente con acné. *Permanyer Barcelona* 2004; 17.
- [15] Rahe RH, Meyer M, Smith M, Kjaer G, Holmes TH. Escala del estrés J. *Psychosom Res*. 1964; 54:35-44.
- [16] Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI): a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*.1994;19.
- [17] Derogatis LR, Lipman, RS, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin* 1973; 9:13 28.
- [18] Toro Vargas C, Identificación del nivel de autoestima, 1994; *Rev*.2003.
- [19] Martín Ezquerro G, Turroja Serra M. *Psoriasis Impacto psicosocial*. Edika Med Barcelona 2007. ISB: 978-84-7877-472-2.
- [20] Sánchez Carazo J.L, Mahiques Santos L, Oliver Martínez V. Breve Manual en Psoriasis. Prous Science. España, S. A. 2006; 67-71.
- [21] Hahn HB, Melfi Ca, Chuang Ty, Lewis CW, Gonin R, Hanna Mp, Farmer ER. Use of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in a Midwestern US urban clinic *J. Am Acad Dermatol* 2001; 45:44-8.
- [22] Aghaei S, Sodaifi M, Jafari P, Mazharinia N, Finlay AY. DLQI scores in vitiligo: reliability and validity of the Persian version. *BMC Dermatol* 2004 4; 4
- [23] Oztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E, Sahin MT. Cross validation of the Turkish version of dermatology life quality index: *Int J Dermatol* 2006; 45:1300-7.

Bibliografía

- [24] Castillo Arana C. Departamento de formación de laboratorios Avene. “El maquillaje corrector: una gran ayuda. *Acció Psoriasis Barcelona* 2006 nº 47.
- [25] www.madrimasd.org/Notiweb. Boletín de noticias de I+D. Joao Zilhao, Diego E. Angeluci, Ernestina Badal-Garcia y otros: Symbolic use of marine shells and mineral pigments by Iberian Neandertals. *PNAS* 2010 107:1023-1028; published Online before print January 11, 2010, doi:10.1073/pnas.0914088107.
- [26] <http://perso.wanadoo.es/maquillajeprofesional/historiamaquillaje.html>.
- [27] <http://es.wikipedia.org/wiki/Indumentaria>.
- [28] [http://es.Maquillaje\descripcion\Historiadel Maquillaje Facial y Consejos del Maquillaje Moderno.htm](http://es.Maquillaje\descripcion\Historiadel%20Maquillaje%20Facial%20y%20Consejos%20del%20Maquillaje%20Moderno.htm).
- [29] <http://www.maquillarme.com/historia.html>
- [30] [http://www.uymaholdings.com/.Maquilleje y cosmético Covermark/ no ved.htm](http://www.uymaholdings.com/.Maquilleje%20y%20cosm%C3%A9tico%20Covermark/%20no%20ved.htm).
- [31] Kellet SC, Gawkrödger DJ The psychological and emotional impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. *Br J Dermatol* 1999; 140:273-82.
- [32] Mulder MM, Sigurdson V, Van Zuuren EJ et al. Psychosocial impact of acne vulgaris, evaluation of the relation between a change in clinical acne severity and psychosocial state. *Dermatology* 2001; 203: 124-1030.
- [33] Gupta MA, Johnson A M, Gupta AK. The development of an Acne Quality of Life Scale: reliability, validity, and relation to subjective acne severity in mild to moderate acne vulgaris. *Acta Derm Venereol* 1998; 32:50-5.
- [34] Khan Mz, Naeem A, Mufti KA. Prevalence of mental health problems in acne patients. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2001;13:7.
- [35] Redacción Barcelona. El 5,6% de los adolescentes que padecen acné se han llegado a plantear el suicidio: El Grupo Foracné celebra su primer acto público en Barcelona. En: *Diario Medico: Dermatología* Junio 2008 pag.13.
- [36] F.Grimalt. *Dermatología global. Piel saludable: Aspectos psicológicos del acné*. Ediciones Aula Médica. S.A.Madrid 2002.

Bibliografía

- [37] Yazici K, Baz K, Yazici AE, Köktürk A, Tot S, Demirseren D, Buturak V. Disease specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18:435-9.
- [38] Marsuoka Y, Yoneda K, Sadahira C, et al. Effects of skin care and makeup under instructions from dermatologists on the quality of life female patients with acne vulgaris. *J Dermatol* 2006; 745-52.
- [39] Lasek RJ, Chren MM. Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. *Arch Dermatol* 1998 Apr; 134:454-8.
- [40] Toombs EI. Cosmetic in the treatment of acne vulgaris. *Dermatol Clin* 2005; 23:575-81. Review.
- [41] Fukuhara S, Bito S, Green J, Hsiao A, Kurokawa K. Translation, adaptation, and validation of the SF-36 for use in Japan. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(11):1037-44.
- [42] Takahashi N, Suzukamo Y, Nakamura M, Miyachi Y, Green J, Ohya Y, Finlay Ay, Fukuhara S; Japanese version of the Dermatology Life Quality Index: validity and reliability in patients with acne. *Health Qual Life Outcomes* 2006 3; 4:46.
- [43] Poli F : Cosmetic treatments and acne *Rev Prat*. 2002 15; 52:859-62.
- [44] López González V: Determinantes psicosociales en la aparición y curso del vitiligo. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000; 16:171-6.
- [45] Kent G, al-Abadie M. Factors affecting responses on Dermatology Life Quality Index items among vitiligo sufferers. *Clin Exp. Dermatol* 1996; 21:330-3.
- [46] Ongenaes K, Van Geel N, De Schepper S, Naeyaert JM. Effect of vitiligo on self-reported health-related quality of life. *Br J Dermatol* 2005; 152:1165.
- [47] Borimnejad L, Parsa Yekta Z, Nikbakht-Nasrabadi A, Firooz A: Quality of life with vitiligo: comparison of male and female muslim patients in Iran. *Gend Med* 2006; 3:124-30.
- [48] Al Robaee AA. Assessment of quality of life in Saudi patients with Vitiligo in a medical School in Qassim province. *Saudi Arabia Saudi Med J* 2007; 28:1414-7.

Bibliografía

- [49] Mason PJ: Vitiligo: the psychosocial effects. *Medsurg Nurs* 1997; 6:216-8, 232.
- [50] Parsad D, Dogra S, Kanwar AJ. Quality of life in patients with vitiligo *Health. Qual Life Outcomes* 2003; 23; 1:58.
- [51] Porter J, Beuf AH, Nordlund JJ, Lerner AB: Psychological reaction to chronic skin disorders: a study of patients with vitiligo. *Gen Hosp Psychiatry* 1979; 1:73-7.
- [52] Ros S. Factores psicológicos implicados en la psoriasis. *Épica Derma* 2010; 2:9-12.
- [53] Moreno Giménez J.C. Comorbilidad en psoriasis. Editores Médicos, S.A. EDIMSA 2009 Julio 2009 Rev. *Épica*. Programa Educativo para pacientes con inflamación Crónica Autoinmune pág. 4-6.
- [54] Finzi A, Colombo D, Caputo A, et al. Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: the psychae study. Department of Dermatology, Maggiore Hospital, University of Milano, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21:1161-9.
- [55] Tribó Boixareu M.J. Repercusiones psicosociales y el impacto en la calidad de vida en la psoriasis. *Rev. Informativa Psoriasi Ed. Accio Psoriasi Barcelona* nº 57 2009 pag.8-11.
- [56] Schmid-Ott G, Burchard R, Niederauer HH, Lamprecht F, Künsebeck H.W. Stigmatization and quality of life of patients with psoriasis and atopic dermatitis *Hautarzt* 2003; 54:852-7.
- [57] Maroti M, Ulf E, Wijma B.: Quality of life before and 6 weeks after treatment in a dermatological outpatient treatment unit. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20:1081-5.
- [58] Gurel MS, Yanik M, Simsek Z, Kati M, Karaman A. Quality of life instrument for Turkish people with skin diseases. *Int J Dermatol* 2005; 44:933-8.
- [59] Holm EA, Esmann S, Jemec GB. Does visible atopic dermatitis affect quality of life more in women than in men. *Gend Med* 2004; 1:125.

Bibliografía

- [60] Whalley D, McKenna SP, Dewar AL, Erdman RA, Kohlmann T, Niero M, Cook SA, Crickx B, Herdman MJ, Frech F, Van Assche D. A new instrument for assessing quality of life in atopic dermatitis: international development of the Quality of Life Index for Atopic Dermatitis (QoLIAD). *Br J L. Dermatol* 2004; 150:274-83.
- [61] Augustin M, Zschocke I, Lange S, Seidenglanz K, Amon U. Quality of life in skin diseases: methodological and practical comparison of different quality of life questionnaires in psoriasis and atopic dermatitis. *Hautarzt* 1999, 50:715-22.
- [62] Cestari TF, Hexsel D, Viegas ML, Azulay L, Hassun K, Almeida AR, Rêgo VR, Mendes AM, Filho JW, Junqueira H.: Validation of a melasma quality of life questionnaire for Brazilian Portuguese language: the MelasQoL-BP study an improvement of QoL of melasma patients after triple combination therapy. *Br J Dermatol* 2006 ; 156 1:13-20.
- [63] Balkrishnan R, McMichael AJ, Camacho FT, Saltzberg F, Housman TS, Grummer S, Feldman SR, Chren MM. Development and validation of a health-related quality of life instrument for women with melasma *Br J Dermatol* 2003; 149:572-7.
- [64] Balkrishnan R, McMichael AJ, Hu JY, Camacho FT, Bouloc A, Rap SR, Feldman SR. Correlates of health-related quality of life in women with severe facial blemishes. *Int J Dermatol*. 2006; 45:111-5.
- [65] Lanigan S: The stigma of port-wine stains. *Br J Hosp Med* 1991; 45:274, 276.
- [66] Bock O, Schmid-Ott G, Malewski P, Mrowietz U: Quality of life of patients with keloid and hypertrophic scarring *Arch Dermatol Res* 2006; 297:433-8.
- [67] Sommerfeld S, Drepper H.: Experience of their environment and disease by facially disfigured patients--recognition of the handicap as a prerequisite for rehabilitation *Rehabilitation (Stuttg)*. 1985; 24:151-6.
- [68] Tebble NJ, Adams R, Thomas DW, Price P. Anxiety and self-consciousness in patients with facial lacerations one week and six months later *Br J Oral Maxillofac Surg* 2006; 44:520-5. 2005.

Bibliografía

- [69] Merial-Kieny, C, Norcera T, Mery S Medical corrective make-up in posthemotherapy. *Dermatol Ann Dermatol Venereol*. 2008; Spec No 1:25- 8.
- [70] Rodríguez Marín J. *Psicología Social de la Salud*. Editorial Síntesis, S.A Madrid1995.
- [71] Allue M, *Perder la piel*. 1ª Ed. Seix Barral Barcelona 1996; 1-240
- [72] Boehncke WH, Ochsendorf F, Paeslack I, Kaufmann R, Zollner TM: Decorative cosmetics improve the quality of life in patients with disfiguring skin diseases.*Eur J Dermatol*. 2002; 12:577-80.
- [73] Tedeschi A, Dall'Oglio F, Micali G, y et al. Corrective camouflage in pediatric dermatology. *Cutis* 2007; 79:119-2.
- [74] Hayashi N, Imori M, Yanagisawa M, Seto Y, Nagata O, Kawashima M Make-up improves the quality of life of acne patients without aggravating acne eruptions during treatments. *Eur J Dermatol* 2005; 15:284-7.
- [75] Balkrishnan R, McMichael AJ, Hu JY, Camacho FT, y et al. Corrective cosmetics are effective for women with facial pigmentary disorders.*Cutis*. 2005; 75:181- 7
- [76] Ongenaes K, Dierckxsens L, Brochez L y et al. Quality of life and stigmatization profile in a cohort of vitiligo patients and effect of the use of camouflage. *Dermatology*2005; 210:279-85.
- [77] Holme SA, Beattie PE, Fleming CJ. Cosmetic camouflage advice improves quality of life.*Br J Dermatol*. 2002; 147:946-9.
- [78] Alcalde Lorca, I, Casos clínicos. Maquillaje dermatológico corrector. Nº 5 *Enfermería Dermatológica* 2008. 36-37.
- [79] López Estebanz J.L, Gomá Quintillá H. Vivir con psoriasis: Ponte en mí piel. *Acció Psoriasis*.2004; pág.56-57.
- [80] Westmore MG. Make-up as an adjunct and aid to the practice of dermatology. *Dermatol Clin* 1991; 9:81-8.

Bibliografía

- [81] Rayner VL. Camouflage therapy *Dermatol Clin.* 1995; 13:467-72.
- [82] Deshayes P. Cosmetic camouflage for a better quality of life n°2 *Ann Dermatol Venereol*, 2008; 135 suppl 3: S208-10.
- [83] Avene .El maquillaje corrector: una gran ayuda. *Acció Psoriasis. Barcelona* 2006 n° 47 pag12-13.
- [84] Diane E. Papalia y Rally Wendkos Olds .*Psicología McGraw-Hill México, S.A. de C.V.* 1190 Pag.376-378,692.
- [85] Diane E. Papalia y Rally Wendkos Olds .*Psicología McGraw-Hill México, S.A. de C.V.* 1190; 695,560.
- [86] Bloch H., Chemama R., Gallo A, y et al. Edición española adaptada por Carboles J.A., Palomo T, Blanco Abarca A., y otros. *Gran Diccionario de Psicología. Ediciones del Prado Madrid* 1996 pág. 93.
- [87] Rodrigo ML. Versión española de la obra original en inglés. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Elsevier España S.A Madrid* 2006).
- [88] Prieto L. *Dermatología Cosmética Cap. 12 Cosméticos de mantenimiento y decorativos Laboratoire Pharmaceutique La Roche Posay. Curso Avanzado de Maquillaje Corrector.*
- [89] Prieto cabeza L. *Maquillaje corrector: una herramienta en la práctica clínica. Mas Dermatología Actualidad y Avances n° 10 Enero/Abril 2010 ISSN 1887-5181.*
- [90] Freedman RJ. Reflections on beauty as it relates to health in adolescent Females *Women Health* 1984; 9:29-45.
- [91] Badia X; Mascaró JM, Lozano R, Measuring health-related quality of life in patients with mild to moderate eczema and psoriasis: clinical validity, reliability and sensitivity to change of the DLQI. The cavide Research Group.Br *J Dermtol.*1999Oct; 141(4):698-702.

Bibliografía

- [92] Sampogna F, Tabolli S, Söderfeldt B, Axtelius B, Aparo U, Abeni D; IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) investi Gators. Measuring quality of life of patients with different clinical types of psoriasis using the sf-36. *Br J Dermatol*. 2006 May; 154:844-9.
- [93] Quiles Sebastián M^a J, Espada Sánchez J P, Educar en la autoestima: Propuestas para la escuela y el tiempo libre. Editorial CCS 2004, Alcalá. Pag. 12-13.
- [94] Mestre V y Frías D, La mejora de la autoestima en el aula. Aplicación de un programa para niños en edad escolar. *Revista de Psicología General y Aplicada* 1996 49, 279-290.
- [95] ChistopheA, Parte I. Prácticas de autoestima. Ed. Kairós 2007.
- [96] de las Cuevas C, González de la Rivera JL, Henry Benítez et al, Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general. *An. Psiquiatría* 1991 Vol. 7 n°3:93-96.
- [97] Roberts NC. Corrective cosmetics adjunctive to the fields of ophthalmology and plastic surgery. *Ophthalmic Surg*. 1988 Feb; 19:107-11.
- [98] Graham JA, Jouhar AJ. The importance of cosmetic in the psychology of Appearance. *Int J Dermatol*. 1983 Apr; 22:153-6. Review.
- [99] Tanioka M, Yamamoto Y, Kato M, Miyachi Y. Camouflage for patients with vitíligo vulgaris improved their quality of life. *J Cosmet Dermatol*. 2010 Mar; 9:72-5.
- [100] Draelos ZD. Colored facial cosmetics: *Dermatol Clin*. 2000; 18:621-31.
- [101] Vargas Laguna E, Peña Payero M.L., et al. Estudios Clínicos de laboratorio: Influencia de la ansiedad en diversas patologías dermatológicas. Hospital Clínico De San Carlos, IECR Madrid. Doyma, Barcelona Espagne (1909) *Revue* 2006, vol. 97, n°10, pp. 637-643 [7 page(s) (article)] (13)

Anexo I



Dra. M^a. ANGELES GALVEZ MÚGICA, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Ramón y Cajal

CERTIFICA

Que el Comité Ético de Investigación Clínica, ha evaluado el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

Título:

EXPERIENCIA DEL MAQUILLAJE EN LESIONES DERMATOLÓGICAS VISIBLES

Investigador Principal: Dña. ANGELES DE LA RIVA GRANDAL

Servicio: Dermatología

Y ha decidido su **APROBACIÓN.**

Lo que firmo en Madrid a 26 de Diciembre de 2008



Fdo.: Dra. M^a. Ángeles Gálvez Múgica
Secretaria del CEIC

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Experiencia del maquillaje en lesiones dermatológicas visibles.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ángeles de la Riva Grandal. Enfermera del Servicio de Dermatología de la Unidad de Maquillaje del Hospital Ramón y Cajal.

Teléfono de contacto: 91-336-8847

CENTRO DE REFERENCIA: Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

CENTROS COLABORADORES: Centro de Especialidades de San Blas y Emigrantes.

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello, lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con las enfermeras y el resto del equipo, ni se produzca perjuicio alguno en sus cuidados y su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El maquillaje cubriente es una técnica pionera en el manejo de lesiones cutáneas que afectan a localizaciones sensibles bajo un punto de vista cosmético (cara, brazos, cuello, etc.) y que se realiza desde mayo de 2008 en el Hospital Ramón y Cajal.

El paciente puede solicitar voluntariamente el aprendizaje de la técnica del maquillaje. El médico especialista (cirujano plástico, oncólogo o dermatólogo) valorará en función del tipo de lesión y grado de afectación psicológica si deriva a dicho paciente a la Unidad de maquillaje del Hospital Ramón y Cajal.

Con frecuencia, el paciente admitido en la Unidad de maquillaje ha sufrido una enfermedad de curso prolongado que ha deteriorado su calidad de vida en mayor o menor medida y que puede generar situaciones socialmente limitantes.

El objetivo de la Unidad de maquillaje es que el paciente mejore su autoestima, su calidad de vida y aliviar el sufrimiento psíquico o grado de distrés global derivados de la alteración de la imagen corporal que producen sus lesiones.

Bibliografía

Resulta de gran interés poder conocer la experiencia vivida por los pacientes antes de la utilización del maquillaje cubriente, durante el aprendizaje y dos meses después de estar aplicándose. Por esa razón, el propósito de este estudio es profundizar en cómo viven los pacientes esta experiencia en las diferentes etapas y como afecta todo esto a su autoestima, calidad de vida y su grado de sufrimiento psicológico.

Los candidatos para el estudio son todos los pacientes que pertenezcan al Área 4 de la Comunidad de Madrid, y de otras Áreas de la Comunidad que sean derivados por su médico especialista. También son admitidos aquellos que procedan de otras Comunidades Autónomas mediante canalización

PROCEDIMIENTO DE ESTUDIO

Para poder conocer la eficacia del maquillaje cubriente es necesaria la cumplimentación de una serie de cuestionarios

A todos los pacientes que firmen el consentimiento informado y decidan participar en el estudio tendrán que rellenar diversos cuestionarios: sobre calidad de vida, conocido con el nombre de **DLOL**, una escala de Datos Sociodemográficos, la prueba **SCL-90-R** y un cuestionario de autoestima. El estudio tendrá una duración de dos años. Los primeros cuestionarios serán rellenados en la primera cita en la Unidad de Maquillaje y antes de la aplicación del maquillaje. A las dos semanas, que coincidirá con la segunda cita, deberán rellenar los mismos cuestionarios. Transcurridos 2 meses desde la cita, se les citará para una revisión y de nuevo completarán la tanda de cuestionarios. El proceso de aprendizaje del automaquillaje finalizará a los 18 meses donde deberá de nuevo rellenar la batería de cuestionarios, con el fin de apreciar si han existido cambios

El cuestionario no le llevará más de 30 minutos y lo puede hacer mientras espera a que le atiendan en la consulta. Es fácil de responder y se puede cumplimentar sólo. En caso de dificultad la enfermera le aclarará las dudas

Se realizarán fotos antes y después de la aplicación del maquillaje con el fin de que los propios pacientes aprecien objetivamente los cambios. Estas fotografías permanecerán en un archivo de fotos con un sistema de protección de datos, ubicado en un ordenador del servicio de Dermatología de la Planta 8º centro control B

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es posible que no obtenga ningún beneficio para su salud por participar en este estudio. Al igual que no se deriva ningún riesgo de su participación.

El interés de este estudio es poder comprobar la eficacia del maquillaje cubriente en personas que sufren cada día con su imagen corporal

Aportar unos cuidados enfermeros a través de la enseñanza del maquillaje y apoyo psicológico a personas que por su patología, la medicina ya no puede aportarles más. Y de esta forma mejorar la calidad de vida de los mismos. Se considera una herramienta para la futura edición de protocolos de cuidados en enfermería y multidisciplinarios.

Bibliografía

ambién los resultados pueden servir para mostrar deficiencias en algunas áreas de cuidado y poder planificar soluciones que den respuesta a estas carencias detectadas. Todo esto ayudará a que aumente la confianza de los pacientes en el equipo de salud y mejore la adhesión a tratamientos y programas de salud.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo los investigadores del podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica.

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

TÍTULO DEL ESTUDIO: Experiencia del maquillaje en lesiones dermatológicas visibles.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Ángeles de la Riva Grandal Enfermera del Hospital de Día de -Dermatología del Hospital Ramón y Cajal.

Teléfono de contacto: 91-336-8847

CENTRO DE REFERENCIA: Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

CENTROS COLABORADORES: Consultas de Dermatología del Centró de Especialidades de San Blas y Emigrantes

Yo nombre y apellidos).....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con:
(nombre del investigador/colaborador)
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1º Cuando quiera.
 - 2º Sin tener que dar explicaciones.
 - 3º Sin que esto repercuta en mis cuidados.

Por consiguiente:

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del paciente:

Firma del investigador/colaborador:

Nombre:

Fecha:

Anexo 4

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA - DERMATOLOGIA*

Nº de Centro: |_|_|_|_|

Fecha: |_|_|_|_|

Nº del paciente: |_|_|_|_|

d / m / a

Iniciales del paciente: |_|_|_|_|

Diagnóstico: _____

DLQI

Puntuación

--

El objetivo de este cuestionario consiste en determinar cuánto le han afectado sus problemas de piel en su vida DURANTE LOS ULTIMOS 7 DIAS. Señale, por favor, con una “X” un recuadro de cada pregunta.

1.	Durante los últimos 7 días, ¿ha sentido picor, dolor o escozor en la piel?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Durante los últimos 7 días, ¿se ha sentido incómodo/a o cohibido/a debido a sus problemas de piel?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel para hacer la compra u ocuparse de la casa (o del jardín)?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
4.	Durante los últimos 7 días, ¿han influido sus problemas de piel en la elección de la ropa que lleva?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
5.	Durante los últimos 7 días, ¿han influido sus problemas de piel en cualquier actividad social o recreativa ?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>

Anexos

6.	Durante los últimos 7 días, ¿ha tenido dificultades para hacer deporte debido a sus problemas de piel?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
7.	Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han impedido totalmente trabajar o estudiar ?	Sí No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
	Si la respuesta es "No": Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel en su trabajo o en sus estudios ?	Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares ?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
9.	Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel en su vida sexual ?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>
10.	Durante los últimos 7 días, ¿el tratamiento de su piel le ha ocasionado problemas, por ejemplo ocupándole demasiado tiempo o ensuciando su domicilio?	Mucho Bastante Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin relación <input type="checkbox"/>

Compruebe, por favor, que ha contestado a CADA pregunta. Muchas gracias.

© A.Y. Finlay, G.K. Khan, Abril de 1992. Este documento no debe ser copiado sin el permiso de los autores.

* Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) - A simple practical measure for routine clinical use. Clinical and Experimental Derm 1994;

AUTOESTIMA: AUTOEXAMEN

© Cirilo Toro Vargas, Ph.D., 1994
 Revisión: 2003

El autor de esta prueba, el Dr. Cirilo Toro Vargas, posee derechos reservados sobre la misma. Aun así ha querido compartir su prueba con todos los interesados para diagnóstico individual o para investigaciones de diversa naturaleza académica y psicológica. Se pide encarecidamente el correspondiente crédito a su autor. Copiar la prueba sin incluir el nombre del autor constituye plagio de acuerdo con todas las leyes de propiedad intelectual.

La autoestima es nuestra autoimagen, o sea, cómo nos sentimos sobre nosotros mismos. La misma se compone de pensamientos y sentimientos sobre cómo somos y actuamos. Mientras más positivos seamos, mayor será nuestra autoestima. Mientras más negativos nos mantengamos, menor será la misma.

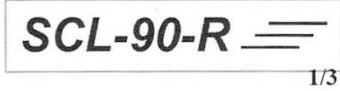
A partir de una evaluación personal lo más objetiva posible indique con una marca de cotejo en la columna provista a la derecha el número aplicable a su respuesta de acuerdo con la siguiente escala:

4 Siempre	3 Casi Siempre	2 Algunas Veces	1 Nunca			
			4	3	2	1
1. Me siento alegre.						
2. Me siento incómodo con la gente que no conozco.						
3. Me siento dependiente de otros.						
4. Los retos representan una amenaza a mi persona.						
5. Me siento triste.						
6. Me siento cómodo con la gente que no conozco.						
7. Cuando las cosas salen mal es mi culpa.						
8. Siento que soy agradable a los demás.						
9. Es bueno cometer errores.						
10. Si las cosas salen bien se deben a mis esfuerzos.						
11. Resulto desagradable a los demás.						
12. Es de sabios rectificar.						
13. Me siento el ser menos importante del mundo.						
14. Hacer lo que los demás quieren es necesario para sentirme aceptado.						

Anexos

4 Siempre	3 Casi Siempre	2 Algunas Veces	1 Nunca			
			4	3	2	1
15. Me siento el ser más importante del mundo.						
16. Todo me sale mal.						
17. Siento que el mundo entero se ríe de mí.						
18. Acepto de buen grado la crítica constructiva.						
19. Yo me río del mundo entero.						
20. A mí todo me resbala.						
21. Me siento contento(a) con mi estatura.						
22. Todo me sale bien.						
23. Puedo hablar abiertamente de mis sentimientos.						
24. Siento que mi estatura no es la correcta.						
25. Sólo acepto las alabanzas que me hagan.						
26. Me divierte reírme de mis errores.						
27. Mis sentimientos me los reservo exclusivamente para mí.						
28. Yo soy perfecto(a).						
29. Me alegro cuando otros fracasan en sus intentos.						
30. Me gustaría cambiar mi apariencia física.						
31. Evito nuevas experiencias.						
32. Realmente soy tímido(a).						
33. Acepto los retos sin pensarlo.						
34. Encuentro excusas para no aceptar los cambios.						
35. Siento que los demás dependen de mí.						
36. Los demás cometen muchos más errores que yo.						
37. Me considero sumamente agresivo(a).						
38. Me aterran los cambios.						
39. Me encanta la aventura.						
40. Me alegro cuando otros alcanzan el éxito en sus intentos.						
TOTALES DE CADA COLUMNA						
TOTAL						

Anexo 6



Identificación Fecha

A continuación hay un listado de problemas que en ocasiones tienen las personas. Por favor, léalo cuidadosamente y seleccione, en cada caso su respuesta, marcando la letra que mejor describa HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR ESE PROBLEMA DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS INCLUIDO HOY. No olvide que debe contestar todas las cuestiones planteadas.

¿HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR?:
Utilice los siguientes criterios:

A: nada B: un poco C: moderadamente D: bastante E: mucho

	A	B	C	D	E
1. Dolores de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nerviosismo o agitación interior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se le van de su mente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sensaciones de desmayo o mareo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Pérdida del deseo o del placer sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El hecho de juzgar a otras personas crítica o negativamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. La idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Dificultad para recordar las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Preocupaciones acerca del desaseo, el descuido o la desorganización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sentirse fácilmente irritado o enfadado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Dolores en el corazón o en el pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o de la calle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sentirse bajo de energías o decaído	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Pensamientos o ideas de acabar con su vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Oír voces que otras personas no oyen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Temblores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. La idea de que no se puede fiar de la mayoría de las personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Falta de apetito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Llorar fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Timidez o incomodidad con el sexo opuesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. La sensación de estar atrapado o como encerrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Tener miedo de repente y sin razón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Miedo a salir de casa solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Culparse a sí mismo de lo que pasa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Dolores en la parte baja de la espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Sentirse incapaz de lograr cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Sentirse solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Sentirse triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Preocuparse demasiado por las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. No sentir interés por las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Sentirse temeroso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. La impresión de que la gente es poco amistosa o que usted no les gusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Identificación **Fecha**

39. Que el corazón le palpita o le vaya muy deprisa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Náuseas o malestar en el estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Sentirse inferior a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Dolores musculares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Sensación de que otras personas le miran o hablan de usted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Dificultad para conciliar el sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Tener que comprobar una y otra vez lo que hace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Encontrar difícil el tomar decisiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Sentir temor a viajar en coches, autobuses, metro, trenes, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Sentir calor o frío de repente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades por que le dan miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Que se le quede la mente en blanco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Sentir un nudo en la garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Tener dificultad para concentrarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Sentirse tenso o agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. Pesadez en los brazos o las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. El comer demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. Sentirse incomodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. Tener pensamientos que no son suyos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. Despertarse de madrugada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, contar, lavar, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. Sueño inquieto o desvelarse fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. Tener fuertes deseos de romper algo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. Sentirse muy cohibido entre otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. Sentirse muy incómodo entre mucha gente, p.ej. en el cine, en las tiendas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72. Ataques de terror o pánico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. Tener discusiones frecuentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. Sentirse nervioso cuando se encuentra solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76. El que otros no reconozcan adecuadamente sus logros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77. Sentirse solo aunque esté con más gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79. La sensación de ser inútil o de no valer nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80. Pensamientos de que va a pasar algo malo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81. Tener deseos de gritar o de tirar cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82. Tener miedo de desmayarse en público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si les dejara ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86. Pensamientos o imágenes estremecedoras que le dan miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87. La idea de que algo anda mal en su cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88. No sentirse cercano o íntimo con nadie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89. Sentimientos de culpabilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90. La idea de que algo anda mal en su mente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Identificación Fecha

<i>GSI:</i>	<input type="text"/>
<i>PSDI:</i>	<input type="text"/>
<i>PST:</i>	<input type="text"/>
<i>Somatización:</i>	<input type="text"/>
<i>Obsesión-compulsión:</i>	<input type="text"/>
<i>Sensibilidad interpersonal:</i>	<input type="text"/>
<i>Depresión:</i>	<input type="text"/>
<i>Ansiedad:</i>	<input type="text"/>
<i>Hostilidad:</i>	<input type="text"/>
<i>Ansiedad fóbica:</i>	<input type="text"/>
<i>Ideación paranoide:</i>	<input type="text"/>
<i>Psicoticismo:</i>	<input type="text"/>
<i>SÍNTOMAS DISCRETOS:</i>	<input type="text"/>

Anexos

Anexo 7

Datos socio demográficos

Marque con una Cruz la opción seleccionada. Rellene donde hay un espacio libre

Edad: _____	
Género	(1) <input type="checkbox"/> Mujer (0) <input type="checkbox"/> Hombre
Lugar de nacimiento _____	
(0) <input type="checkbox"/> Soltero /a	(1) <input type="checkbox"/> Viudo/a
Estado civil	(2) <input type="checkbox"/> casado /a
	(3) <input type="checkbox"/> Separado /a
Trabaja fuera de casa	(0) <input type="checkbox"/> SI
	(1) <input type="checkbox"/> No
Ciudad de residencia _____	
Área sanitaria: _____	
(0) <input type="checkbox"/> Básicos	
Tipo de estudios(1) <input type="checkbox"/> Medios	
(2) <input type="checkbox"/> Superiores.	
(0) <input type="checkbox"/> Angioma	
(1) <input type="checkbox"/> Vitíligo	
Tipo de afección	(2) <input type="checkbox"/> Rosácea
	(3) <input type="checkbox"/> Melasma
	(4) <input type="checkbox"/> Lupus
	(5) <input type="checkbox"/> Cicatrices
	(6) <input type="checkbox"/> Otros: _____

Anexos

	Cara (1) <input type="checkbox"/> SI / (0) <input type="checkbox"/> NO
Área de afectación	tronco (1) <input type="checkbox"/> SI / (0) <input type="checkbox"/> NO
	Extremidades inferiores(1) <input type="checkbox"/> SI / (0) <input type="checkbox"/> NO
	Extremidades superiores(1) <input type="checkbox"/> SI / (0) <input type="checkbox"/> NO
	(0) <input type="checkbox"/> Menos de 1 año
Tiempo de permanencia de la lesión	(1) <input type="checkbox"/> 1-5 años
	(2) <input type="checkbox"/> Más de 5 años
	(0) <input type="checkbox"/> 1
Especialistas visitados	(1) <input type="checkbox"/> 2
	(2) <input type="checkbox"/> más de 2
	(0) <input type="checkbox"/> nunca
se maquilla	(1) <input type="checkbox"/> en acontecimientos
	(2) <input type="checkbox"/> 1 vez por semana
	3) <input type="checkbox"/> diario
*Contestar solamente a los 2 meses	
Utiliza el maquillaje cubriente	(0) <input type="checkbox"/> NO
	(1) <input type="checkbox"/> SI

