



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Impacto psicológico y social del acné en adolescentes y adultos jóvenes

Estudiante: Celia Julián Adell

Tutelado por: Lucía Luisa Pérez Gallardo

Soria, 28 de mayo 2018

RESUMEN

Introducción: el acné es una enfermedad multifactorial con un 85% de casos entre 12 y 24 años. Se debe a un aumento de la producción de sebo, colonización por *P. acnés*, alteración en el proceso de queratinización folicular y liberación de mediadores de la inflamación. También influyen otros factores como la carga genética, las hormonas, el estrés o la alimentación. Al 22% de los jóvenes les afecta dicha enfermedad psicológicamente causando en ocasiones depresión, baja autoestima o trastornos psíquicos.

Objetivos: conocer, desde el punto de vista psicosocial, como afecta el acné a los adolescentes y adultos jóvenes.

Metodología: se han analizado 22 artículos tras realizar una búsqueda de la literatura científica en WOS y *Google Scholar*. También se ha llevado a cabo un estudio observacional a partir de una muestra de 120 voluntarios con problemas de acné, que acudieron a la consulta de dermatología del Hospital Santa Bárbara o eran estudiantes del Campus Universitario de Soria en el curso 2017-18. Los participantes en el estudio debían responder un cuestionario al que accedían a través de Google Formularios. El análisis de los resultados se ha realizado con Google Formularios y Excel.exe.

Resultados: la edad media de los participantes fue de $19,4 \pm 3,1$ años, el 80% eran del sexo femenino. La mayoría de los encuestados eran universitarios (58,8%); el 66,7% padecía acné desde hacía más de 2 años; el 53,3% tenía antecedentes familiares de acné; al 49,2% les molestaba las manchas causadas por el acné y en el 76,7% la zona más afectada era la cara; el 50,8% necesitaba mejorar su patrón alimentario para adecuarlo al de la dieta mediterránea; el 81,7% de los participantes se avergonzaban del estado de su piel y al 41,7% le había afectado de algún modo en sus relaciones sociales.

Conclusiones: el acné es una de las dermatitis que más influye en la calidad de vida de los adolescentes y adultos jóvenes. Como abordaje multidisciplinar, la enfermería debe atender a cada paciente de forma individualizada teniendo en cuenta sus preferencias y expectativas para que el tratamiento sea efectivo.

Palabras clave: adolescentes, acné, impacto psicológico, impacto psicosocial.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 FISIOPATOLOGÍA	1
1.2.FACTORES INFLUYENTES	2
1.3.CLASIFICACIÓN	3
1.4.INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL ACNÉ EN ESPAÑA	4
1.5.TRATAMIENTO	4
1.6.AFECTACIÓN PSICOLÓGICA DEL ACNÉ.	7
2. JUSTIFICACIÓN.....	7
3.OBJETIVOS.....	7
4. METODOLOGÍA.....	8
4.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	8
4.2.ESTUDIO DE CAMPO.....	8
4.2.1. OBTENCIÓN DE LA MUESTRA.....	9
4.2.2. CUESTIONARIO	9
5. RESULTADOS	10
5.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	10
5.2. ACTITUDES HACIA LA HIPERPIGMENTACIÓN POSTINFLAMATORIA	10
5.3. ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA.....	12
5.4. ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA Y DE DISCAPACIDAD DEL ACNÉ.....	12
6. DISCUSIÓN.....	15
6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	15
6.2. HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN.....	17
6.3. CUIDADOS ENFERMEROS QUE PERMITAN MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ACNÉ.....	17
7. CONCLUSIÓN	19
8. BIBLIOGRAFÍA	19
9. ANEXOS	21
Anexo I. Estrategia de búsqueda realizada utilizando distintos motores	
Anexo II. Diagrama de flujo utilizado para la selección de artículos	
Anexo III. Resumen de los artículos seleccionados	
Anexo IV. Consentimiento informado	
Anexo V. Cuestionario	

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Fases de desarrollo de las lesiones de acné.....	1
Figura 2. Porcentaje de sujetos encuestados según la duración de la enfermedad	10
Figura 3. Porcentaje de los encuestados según el tipo de molestia del acné	11
Figura 4. Porcentaje de encuestados según las zonas de aparición del acné	11
Figura 5. Distribución en porcentaje de la población encuestada según el grado de picazón, dolor continuo o punzante en la piel durante la última semana	12
Figura 6. Porcentaje de la población encuestada según el I. KIDMED obtenido	12
Figura 7. Distribución de los participantes en porcentaje según el sentimiento de vergüenza por el estado de su piel	13
Figura 8. Porcentaje de encuestados que prevenían su piel para ir a trabajar/estudiar	13
Figura 9. Distribución en porcentaje de participantes cuya piel ha sido un problema con sus amigos, familiares y relaciones sociales	14
Figura 10. Porcentaje de los participantes que les parece costoso el tratamiento.....	14
Figura 11. Distribución en porcentaje de las respuestas dadas por los participantes en el estudio a las afirmaciones contempladas en la cuestión	15
Tabla 1. Clasificación del acné	4
Tabla 2. Tratamientos farmacológicos, físicos y quirúrgicos utilizados para combatir las lesiones provocadas por el acné	5
Tabla 3. Algoritmo de tratamiento del acné de la Global Alliance	6
Tabla 4. Resultados de las cuestiones 2, 3, 4 y 5 del apartado 3 del cuestionario	13

1. INTRODUCCIÓN

El acné es una enfermedad multifactorial que afecta a todos los grupos de edad siendo más frecuente en la adolescencia con un 85% de casos entre los 12 y 24 años. Se caracteriza por una obstrucción e inflamación del folículo pilosebáceo crónica, ya que su curso es prolongado con episodios de remisión y empeoramiento. Se manifiesta con la formación de comedones, pápulas, pústulas, nódulos, quistes y cicatrices, y estas se localizan en la cara y parte superior del tronco. Esta enfermedad tiene un gran impacto social y psicológico lo que repercute en gran medida en el comportamiento del paciente. Factores como la secreción de andrógenos adrenales en relación con el estrés, el aumento de colonización del *Propionibacterium acnes*, antecedentes familiares y determinados subtipos de acné (conglobata, quelouideo, invertido o androgénico) se asocian a un curso más crónico de la enfermedad.

En cuanto a la evolución, el 60% de los casos son autolimitados y requieren únicamente un tratamiento temporal del brote seguido de una terapia de mantenimiento.

Los síntomas que puede provocar son ansiedad, depresión, aislamiento social, cicatrices persistentes o hiperpigmentación. Todos ellos son frecuentes y de difícil y costoso tratamiento^{1,2}.

1.1 FISIOPATOLOGÍA

Existen cuatro factores que interactúan entre sí para generar las lesiones características del acné, estos son:

- Producción de sebo por las glándulas sebáceas.
- Colonización folicular por *P. acnes*.
- Alteración en el proceso de queratinización folicular.
- Liberación de mediadores de la inflamación de la piel^{1,3-6}.

Como se refleja en la Figura 1 el proceso que lleva a la formación de la lesión se inicia con la formación del comedón por el acúmulo de queratina y sebo en el folículo, después la proliferación del *P.acnes* inicia el proceso inflamatorio, lo que se traduce clínicamente en pápulas y pústulas y por último se forma el nódulo o quiste si la inflamación es más intensa o profunda.

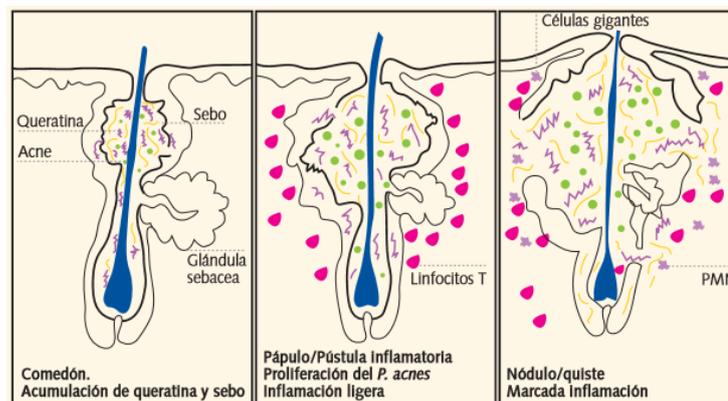


Figura 1. Fases de desarrollo de las lesiones de acné¹.

La inflamación es el fenómeno clave, el 28% de las lesiones aparecen sobre la piel aparentemente sana sin la formación previa del comedón, con lo cual los cambios inmunológicos e inflamatorios ocurren antes de la hiper proliferación de queratinocitos.

El *P. acnes* es una bacteria anaerobia gram-positiva que se encuentra en el folículo sebáceo. En los pacientes con acné aumenta el número de colonias de esta bacteria y disminuye a medida que la enfermedad mejora. Posee un factor soluble que induce la producción de citoquinas proinflamatorias como el Factor de necrosis tumoral-alfa o la interleuquina -1b. Además, las glándulas sebáceas contienen péptidos, lípidos antibacterianos y citoquinas proinflamatorias que son inducidas en los sebocitos en presencia de bacterias. La peroxidación de los lípidos del sebo también puede activar mediadores de la inflamación como la interleuquina-6, las lipoxigenasas y los leucotrienos. El *P.acnes* secreta un bioflim que favorece la formación del comedón o la inflamación.

Cabe destacar que las glándulas sebáceas actúan como un órgano endocrino en respuesta a cambios en los andrógenos y hormonas, regulado por neuropéptidos, similar al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal ¹.

1.2. FACTORES INFLUYENTES

Los factores que pueden propiciar la aparición de acné pueden ser modificables y no modificables. Entre estos últimos encontramos: ^{4,7}.

- La predisposición genética a la hora de padecer acné. Esta se ha demostrado con la existencia de concordancia en gemelos monocigotos disminuyendo en dicigotos. Además, es probable que los progenitores de los pacientes con acné moderado o severo tuvieran un acné intenso, ya que el número, tamaño y la actividad de las glándulas sebáceas son hereditarios. Sin embargo, no hay evidencia en cuanto al tipo de herencia, pero se cree que podría ser autosómica dominante con penetrancia variable de tipo poligénico, es decir están implicados varios genes entre los que cabe destacar: el gen para citocromo P-450-1 A1 y para la 21-hidroxilasa ¹.
- Trastornos hormonales, el 50% de las pacientes femeninas con acné presentan algún tipo de desequilibrio endocrinológico, evidenciado en ocasiones con signos de hirsutismo y amenorrea ².

Entre los factores influyentes, susceptibles de modificación se contemplan:

- La tensión emocional: el estrés produce la liberación de esteroides suprarrenales que estimulan la producción de sebo. Los sebocitos a su vez también pueden ser estimulados por diversos neuropéptidos como los que produce el *P.acnes* ^{1,2,8}.
- La alimentación: según Gilaberte ¹ parece existir controversia entre los autores que han estudiado este factor. Algunos en sus estudios no observaron relación directa entre el consumo de alimentos y el acné, mientras que otros sí observaron relación entre acné y dietas hiperglucémicas, el excesivo consumo de ácidos grasos omega-6 y omega-3, el consumo de azúcares refinados, los colorantes añadidos, la comida procesada, el chocolate o la leche desnatada ^{1,2,8}. La evidencia de esta relación es escasa, ya que estas relaciones se basan en estudios realizados con muestras de pequeño tamaño y de corta

duración para evitar los riesgos de la intervención ⁹. También se ha observado que existen nutrientes presentes en algunas dietas que pueden ayudar a mitigar el acné, según se demostró en el estudio epidemiológico realizado por Cabezón en el que se vio que al suplementar las dietas con ácidos grasos omega-3 mejoraba la clínica del acné vulgar y del inflamatorio ¹⁰.

1.3. CLASIFICACIÓN

Las técnicas aplicadas a la clasificación de las lesiones del acné se remontan a 1931, año en el que Boch diferencio las lesiones en comedones, pápulas y pústulas en la cara, cuello, pecho y espalda. En 1950 Pillsbury estableció una escala del I a IV basada en los grados de severidad de las lesiones en cara, pecho y espalda. Kligman y Plewig en 1976 valoraron las características clínicas y la prevalencia de las lesiones, es decir, cantidad y calidad. Estos autores valoraban tres subtipos de acné facial: comedónico, pápulo-pustuloso y conglobata. Cook en 1979 propuso un sistema de seguimiento del curso clínico en el que evaluaban la severidad sobre la base de fotografías estándar que ilustraban los grados en escalas de 0, 2, 4, 6 y 8. Allen y Smith en 1982 añadieron el criterio de la palpación y modificaron los grados de la escala de 0-8. Debido a que no todos los dermatólogos podían acceder a las fotografías en 1984 Burke y Cunliffe diseñaron una clasificación basada en la inspección y la palpación de la piel. La *American Academy of Dermatology* en 1990 convocó a 14 expertos que consensuaron clasificar el acné en dos formas clínicas: no inflamatoria e inflamatoria y éste a su vez, según el grado de afectación o severidad, en leve, moderado o severo. Además, introdujeron el concepto de evaluación del impacto psicosocial y laboral.

Aunque la clasificación morfológica del acné es sencilla, estimar el grado de severidad, el impacto psicosocial y laboral es muy difícil, ya que depende del paciente. Debido a estas dificultades, el Grupo Latinoamericano de Estudio del Acné (GLEA) en 2007 amplió la clasificación existente basándose en las características morfológicas, la presencia de lesiones no inflamatorias (comedones abiertos y cerrados) e inflamatorias (pápulas, pústulas y nódulos), para posteriormente (entre junio de 2011 y abril de 2012) revisarla y precisarla en función del tipo de lesión predominante, la severidad en una hemicara y la edad de aparición ^{11,12}.

Clasificar el acné sirve para poder dar un tratamiento más específico a cada paciente. Hasta la fecha no hay un sistema de clasificación universalmente aceptado y los sistemas de clasificación pueden variar de un estudio a otro ¹³. La clasificación que se refleja en la Tabla 1 recoge las distintas clasificaciones analizadas ^{1,3,4,8,11,12}.

Tabla 1. Clasificación del acné ^{1,3,4,8,11,12}.

Según la edad de presentación	Neonatal (0- 30 días)		
	Del lactante (1-2 meses)		
	Infantil (2-7 años)		
	Preadolescente (8- 11 años)		
	Adolescente (11- 25 años)		
	Del adulto (> 25 años)		
Según tipo de lesión predominante	No inflamatorias	Comedones o espinillas/ comedónico	Abiertos o puntos negros Cerrados o puntos blancos
	Inflamatorias	Superficiales / papulo- pustuloso	Pápulas eritematosas Pústulas
		Profundas/ nódulo-quistico	Nódulos Quistes
			Abscesos
Según la severidad	Leve	< de 20 lesiones	
	Moderado	(20-50) lesiones	
	Severo	> de 50 lesiones	
Cicatrices	Por exceso de colágeno	Cicatrices hipertróficas	
		Queloides	
	Por defecto de colágeno	Cicatrices puntiformes en cabeza de alfiler o en pico de hielo	
		Cicatrices fibróticas profundas	
		Cicatrices blandas	
		Atrofia macular anetodérmica	
Pigmentaciones postinflamatorias			
Formas especiales: fulminans y conglobata			

1.4. INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL ACNÉ EN ESPAÑA

El acné es una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes con un 85% de casos durante la adolescencia y la juventud. La máxima prevalencia es entre los 12 y 24 años seguida de un 8% entre los 25 y 34 años y un 3% entre los 35 y 44 años. En España entre los 12 y 18 años, la prevalencia es de un 74% en ambos sexos, siendo máxima entre los 14 y 16 años y entre 18 y 24 años del 19%. Así pues, el acné supone del 10 al 30% de las visitas del dermatólogo ¹⁴.

En cuanto a la incidencia y prevalencia a padecer un tipo u otro de acné, esta es muy difícil de analizar ya que un mismo paciente tiene diferentes tipos de lesiones, siendo más común en la adolescencia con un 66,2% de casos y de tipo leve con un 50,2% ^{4,7}.

1.5. TRATAMIENTO

Según varios autores el tratamiento de elección (Tabla 2) debe ser individualizado y lo ideal es comenzarlo de forma temprana para así evitar las cicatrices físicas y las alteraciones psicológicas. Por ello, antes de iniciar el tratamiento deben ser tenidos en cuenta factores como son la edad, el sexo, la forma clínica y su severidad, las circunstancias sociales del paciente y la repercusión de la enfermedad en su calidad de vida. En este aspecto la relación profesional-paciente es muy importante ya que el acné es una dermatosis de curso prolongado con brotes y la adherencia al tratamiento es fundamental ^{1,3}.

Tabla 2. Tratamientos farmacológicos, físicos y quirúrgicos utilizados para combatir las lesiones provocadas por el acné ^{1,3}.

Tópicos	Peróxido de benzoilo	
	Retinoides	Adapaleno
		Isotretinoína
		Tazaroteno
	Ácidos alfa y beta hidroxiácidos	Ácido glicólico
	Ácido salicílico	
	Ácido azelaico	
	Nicotinamida	
	Antibióticos	Eritromicina
		Clindamicina
Nadifloxacino		
Sistémicos	Antibióticos	Tetraciclinas
		Macrólidos
		Trimetoprim sulfametoxazol
	Anovulatorios	Diane®, Yasmin®, Yasminelle®, Belara®, Yazz®
Isotretinoína		
Fototerapia y terapia fotodinámica		
Quirúrgico	Extracción de comedones	
	Drenaje y extirpación quirúrgica de lesiones quísticas.	
	Corticoides intralesionales	
Tratamiento de las lesiones residuales	Peelings químicos	
	Dermoabrasión quirúrgica	
	Láser resurfacing	
	Materiales de relleno	

A continuación, se describen las características de los tratamientos que más se utilizan actualmente.

Dentro del **tratamiento tópico** los más utilizados son el peróxido de benzoilo, los retinoides y los antibióticos:

El peróxido de benzoilo es un antimicrobiano que actúa destruyendo las bacterias y levaduras. Es el tratamiento más antiguo del acné, reduce tanto las lesiones inflamatorias como las no inflamatorias gracias a su acción bactericida frente al *P.acnés*. También es un seboestático y antiinflamatorio. Su combinación con retinoides y antibióticos aumenta su eficacia, tolerancia y disminuye la probabilidad de que existan resistencias bacterianas. Su preinscripción suele ser del 1- 2,5-5 y 10%.

En cuanto a los retinoides, su combinación con antimicrobianos tópicos se ha convertido en la primera línea de tratamiento para el acné de leve a moderado, el comedónico y la terapia de mantenimiento previniendo los brotes, cicatrices e hiperpigmentaciones postinflamatorias. Actúa sobre los microcomedones, precursores de casi todas las lesiones del acné. Las dos combinaciones existentes en la actualidad son: Adapaleno 0,1% + peróxido de benzoilo 2,5% e isotretinoína 0.05% + Eritromicina 2%. La administración conjunta aumenta la efectividad y la tolerancia y en el caso de no contener antibiótico desaparece el desarrollo de resistencias.

Los antibióticos son otra línea de tratamiento, se utilizan en acné inflamatorio de leve a moderado. Sin embargo, uno de los principales problemas del uso continuado es la aparición de resistencias a los antibióticos utilizados. Las resistencias de *P.acnes* a las tetraciclinas es del 11,8%, del 21% a la clindamicina y un 42% a la eritromicina. Existe una mayor tasa de resistencias en aquellos pacientes que han utilizado más antibióticos, por ello se recomienda el uso de antibióticos tópicos en acné leve o moderado combinados con peróxido de benzoilo, ya que reduce el desarrollo a resistencias bacterianas. También evitar el uso de tanto tópicos como sistémicos en monoterapia ya sea para brotes agudos como para mantenimiento, evitar el uso simultáneo de antibióticos orales y tópicos y no usarse durante más de tres meses ^{1,3}.

El tratamiento sistémico del acné se utiliza fundamentalmente en acnés inflamatorios moderados o graves y en todo aquel acné inflamatorio que no responda al tratamiento tópico. En él se engloban los antibióticos, la isotretinoína y el tratamiento hormonal en el caso de las mujeres.

Los antibióticos orales son la base del tratamiento del acné moderado y grave, los más utilizados son tetraciclinas, macrólidos y en menor medida el trimetoprim-sulfametaxazol.

El tratamiento hormonal está indicado en mujeres con acné que empeora en el periodo premenstrual, de aparición reciente en edad adulta, lesiones inflamatorias crónicas que no responden a antibióticos y manifestaciones de seborrea, acné, hirsutismo y alopecia (SAHA).

La isotretinoína oral es el único fármaco que actúa en los cuatro factores del acné vulgar. Sus indicaciones son en el acné noduloquístico, acnés inflamatorios en los cuales no ha sido efectivo el tratamiento, acnés con cicatrices y en aquellos con importante repercusión psicológica.

El protocolo aplicado mayoritariamente por los dermatólogos se describe en la Tabla 3.

Tabla 3. Algoritmo de tratamiento del acné de la *Global Alliance* ^{2,3,14}.

Severidad del acné	LEVE		MODERADO		SEVERO
	Comedónico	Papular/Pustular	Papular/Pustular	Nodular	Nodular/conglobata
Primera opción	Retinoide tópico	Retinoide tópico+ Antimicrobiano tópico	Antb oral + retinoide tópico +/- PB	Antb oral + retinoide tóp. +PB	Isotretinoína oral
Alternativas	Alt.Retinoide top o Acid. Azelaico o Ácido salicílico	Alt. Retinoide tópico A. antimicrobiano + Alt. Retinoide tóp. O Á. azelaico	Alt. Antb oral + Alt. Retinoide tópico +/-PB	Isotretinoína oral o Alt. Antb oral +Alt. Retinoide tópico	Altas dosis de antb oral + retinoide tópico + PB
Alternativas para mujeres	Ver primera opción	Ver primera opción	Antiandrógeno o oral + retinoide tópico/ Ac. Azelaico +/- antimicrobiano o tópico	Antiandrógeno oral + Retinoide tópico/ +/- antb oral +/- Alt. Antimicrobiano	Altas dosis de anti andrógeno oral + Retinoide top. +/- Alt. Antimicrobiano tópico
Terapia de mantenimiento	Retinoide tópico		Retinoide tópico +/- PB		

La **terapia fotodinámica** consiste en la administración tópica de ácido aminolevulínico o de su derivado metilaminolevulinato, ambas sustancias inducen a la acumulación de protoporfirina IX que mejora el acné. Este tratamiento es recomendado en acné inflamatorio, no comedoniano y debe de ser de 2-4 sesiones por semana durante de 2-4 semanas.

Por último, es muy importante resaltar el **tratamiento de mantenimiento**. Este se utiliza para que la mejoría obtenida sea más duradera y evitar así las recaídas o brotes. En este caso los retinoides tópicos son la mejor opción, ya que previene la aparición de comedones y lesiones inflamatorias. También se puede combinar con peróxido de benzoilo para obtener un efecto antimicrobiano ^{1,3}.

1.6. AFECTACIÓN PSICOLÓGICA DEL ACNÉ

Se ha observado que el 22% de los pacientes con acné, muestran diferentes problemas sociales y emocionales comparables a los pacientes que manifiestan enfermedades crónicas graves como epilepsia, asma, artritis y psoriasis. Estos problemas interpersonales, laborales o escolares pueden producir depresión, ansiedad, aislamiento social, baja autoestima y trastornos psíquicos sobre todo en la adolescencia, etapa en la que la persona está madurando. El impacto en la calidad de vida del paciente es proporcional a la gravedad de lesiones y de la enfermedad ^{8,13,15-17}.

Además, el resto de la sociedad los ve como personas tímidas, friquis, estresados, solitarios, aburridos, descuidados, enfermos e introvertidos ⁶.

Por ello es muy importante el uso de herramientas psicológicas para su curación y prevención teniendo en cuenta tanto los aspectos biológicos, como psicológicos y sociales ⁸.

2. JUSTIFICACIÓN

Actualmente, son muchos los adolescentes que padecen acné, esta enfermedad les afecta psicosocialmente en una etapa en la que la persona está madurando y creando su verdadera identidad. A pesar de ello muchos profesionales de la salud la ven como una manifestación más de la adolescencia y no valoran su impacto social, psicológico y en definitiva la repercusión que tiene en la calidad de vida del paciente.

Por ello con este trabajo se pretende conocer el efecto que tiene padecer acné en la calidad de vida de los adolescentes y adultos jóvenes para así poder plantear medidas de ayuda desde la función enfermera.

3. OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es conocer, mediante la realización de un estudio observacional en una muestra de adolescentes y adultos jóvenes con acné, cómo les afecta esta enfermedad desde el punto de vista psicosocial.

Como objetivos secundarios se plantean:

- Conocer las características de una muestra de adolescentes y adultos jóvenes con acné.
- Conocer los hábitos de alimentación mediante el índice de adhesión la dieta mediterránea.
- Proponer medidas que puedan abordarse desde una consulta de enfermería que permitan mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

4. METODOLOGÍA

En este apartado se describen las dos metodologías utilizadas en el desarrollo de este trabajo que responden a la realización de una revisión bibliográfica y de un estudio observacional.

4.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

En un principio se realizó una revisión bibliográfica cuyo propósito fue analizar, comparar y sintetizar los aspectos más relevantes sobre el tema, existentes en la bibliografía actual. La búsqueda de artículos se efectuó entre noviembre de 2017 a abril de 2018 en *Web of Science* (WOS) y Google Académico. Se utilizaron las palabras clave: *Adolescentes/Teenagers*; *Acné/Acne*; *Impacto psicológico/Psychological impact*; *Cambios/Changing*; *Impacto psicosocial/Psychosocial impact*; *Hábitos alimenticios/Feedings habits*; *Cuidados piel/ skin care*; *Dieta mediterránea* con el operador booleano “*And*”, siguiendo la estrategia de búsqueda que se indica en el Anexo I.

Los criterios de inclusión para la selección de los artículos fueron:

- Artículos publicados en los diez últimos años (entre 2008-2018).
- Idioma castellano, inglés o portugués.
- Estudios descriptivos, experimentales, revisiones bibliográficas y guías.
- Estudios realizados en humanos con edades comprendidas entre 13 y 31 años.

El diagrama de flujo seguido en la selección de los 22 artículos queda reflejado en el Anexo II, mientras que los datos más relevantes sobre dichos artículos se pueden ver en el Anexo III.

Para organizar las referencias seleccionadas se ha utilizado el gestor bibliográfico Mendeley.

4.2. ESTUDIO DE CAMPO

Se realizó un estudio descriptivo transversal, ya que busca describir una situación en un momento determinado sin un seguimiento en el tiempo, sobre la afectación psicosocial del acné en los adolescentes y adultos jóvenes. La recogida de datos se llevó a cabo entre los meses de diciembre de 2017 y marzo de 2018.

4.2.1. OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra se obtuvo a partir de sujetos diagnosticados de acné que acudieron a las consultas externas de Dermatología del Hospital Santa Bárbara de Soria, durante el mes de

febrero y marzo del 2018, remitidos desde las consultas de Atención Primaria y de estudiantes universitarios matriculados en el Campus de Soria durante el curso 2017-18. Los sujetos debían cumplimentar un cuestionario que les facilitaba la enfermera de la consulta, en el caso de la consulta de Dermatología, o a través de correo electrónico o teléfono móvil mediante el siguiente enlace de una aplicación de Google Drive llamada Google Formularios versión 1.15.6430.6825: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdnKsn9kThMVn-RRzXfi_UAvVgOCVDYtWBbX9Uouu1bHzUdHg/viewform?usp=sf_link en el caso de los estudiantes.

Se incluyeron todos los individuos que bien ellos y/o sus padres o tutores firmaron o aceptaron el consentimiento informado para participar en el estudio (Anexo IV). En él se respetaron los principios éticos de todos los participantes, como la autonomía de poder abandonar el estudio si fuera preciso con total libertad y sin represalias, la beneficencia explicando en qué consistía el estudio, la no maleficencia garantizando que no iba a provocar ningún daño físico o psicológico y por último la justicia manteniendo la igualdad de los participantes.

4.2.2. CUESTIONARIO

El cuestionario que debían cumplimentar los participantes en el estudio consta de 4 apartados que se adaptaron a partir del cuestionario validado en el trabajo de França y Keri ¹⁶. El primero con 3 preguntas cerradas y 1 abierta sobre sus actitudes hacia la hiperpigmentación postinflamatoria, el segundo contempla las 14 cuestiones del test de adhesión a la dieta mediterránea (DM) validado en el estudio ENKID ¹⁸, el tercero con 11 preguntas cerradas basado en el *Dermatology Life Quality Index* (DLQI), índice de calidad de vida dermatológica ¹⁶ y en el *Cardiff Acne Disability Index* (CADI), índice de discapacidad del acné ¹⁵ y por último el cuarto con aspectos sociodemográficos para caracterizar a la población del estudio Anexo V.

Las variables estudiadas fueron: duración, molestia, zona del cuerpo afectada y dolor del acné; adherencia a la dieta mediterránea; repercusión del acné en su vida (estudios, relaciones, actividades, etc.); sexo, edad, peso, talla, antecedentes y nivel de estudios. Las variables cuantitativas se describirán con la media más la desviación estándar y las cualitativas mediante porcentajes.

Para el análisis y la presentación de los datos se utilizó una aplicación de Google Drive llamada Google Formularios versión 1.15.6430.6825 y Excel.exe versión 16.0.9001.2080.

5. RESULTADOS

A continuación, se van a enunciar los resultados obtenidos a partir de los 120 cuestionarios cumplimentados.

5.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Al analizar los cuestionarios se observó que de los 120 participantes el 80% eran del sexo femenino, de las cuales el 78,6% (66) había presentado menarquía, y el 20% del masculino. La edad media era de 19,46 años (DS = 3,1). El 10,8% (13) tenía de 10-15 años, de 16-19 años el 35,9% (43) y de 20-39 años el 53,3% (64). El peso medio fue de 60,9 kg (DS =10,5) y la talla media de 167,57 cm (DS = 8,1). El 58,8% (70) de los participantes eran universitarios, el 17,6% (21) estudiantes de bachillerato, el 11,8% (14) estudiantes de la E.S.O., el 9,2% (11) estudiantes de grado medio/superior y el 2,5% (3) alumnos de primaria. Además, el 53,3% (64) respondió afirmativa a la cuestión de si tenían antecedentes familiares con acné.

5.2. ACTITUDES HACIA LA HIPERPIGMENTACIÓN POSTINFLAMATORIA

Al analizar las respuestas se observó que de los 120 participantes 80 (65 mujeres y 15 hombres) padecía acné desde hacía más de 2 años; 22 (15 mujeres y 7 hombres) desde hacía 1-2 años; 6 (4 mujeres y 2 hombres) desde hacía 4-11 meses, 5 (mujeres) entre 1-3 meses y 7 (mujeres) desde hacía menos de un mes (Figura 2).

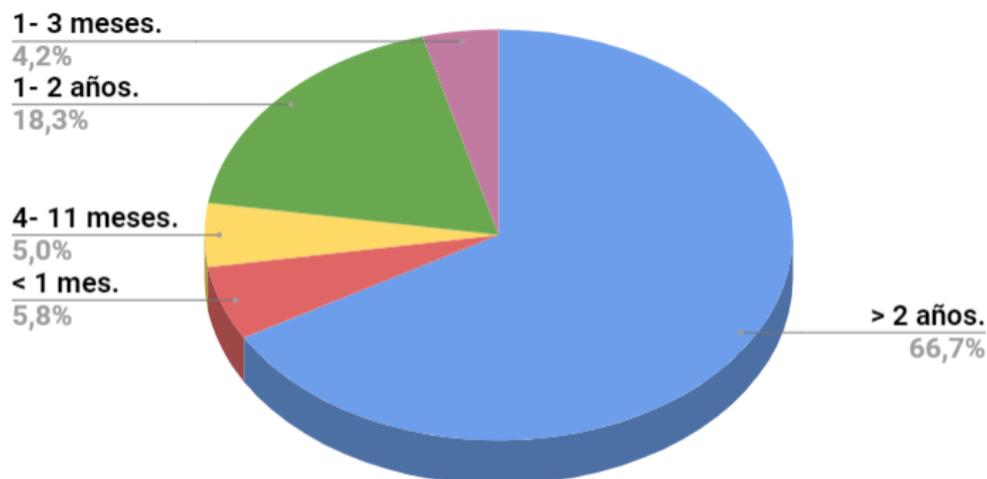


Figura 2. Porcentaje de sujetos encuestados según la duración de la enfermedad (n= 120).

En cuanto a ¿Qué es lo que más les molesta del acné? 59 personas (48 mujeres y 11 hombres) respondieron que las manchas causadas por el acné, 53 (42 mujeres y 11 hombres) las lesiones del acné como son pápulas o pústulas y a 8 (6 mujeres y 2 hombres) no les molestaba la condición de su piel (Figura 3).

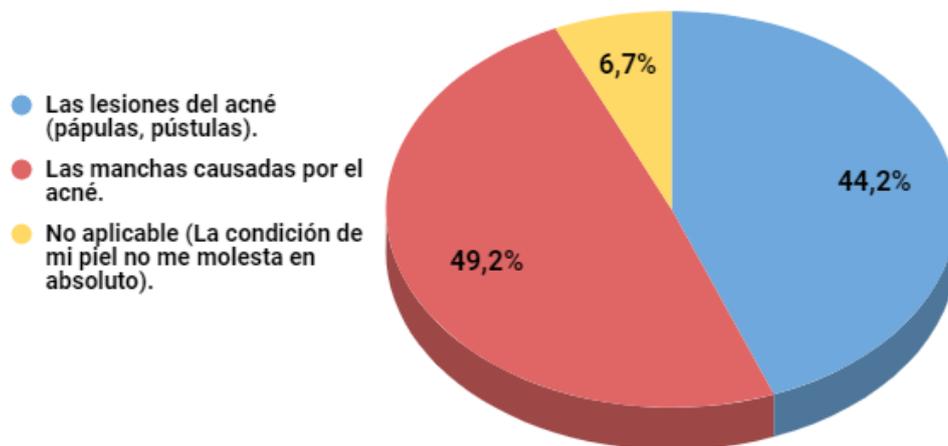


Figura 3. Porcentaje de los encuestados según el tipo de molestia del acné. (n=120)

Las zonas más frecuentes de aparición del acné en la muestra encuestada fueron en orden decreciente la cara en 92 casos (77 mujeres y 15 hombres), la espalda en 15 (9 mujeres y 6 hombres), la cara y la espalda en 4 (todas ellas mujeres), los brazos en 2 (1 mujer y 1 hombre) y otras zonas como la cara, cuello, espalda, brazos, escote, pecho y piernas con 1 repuesta cada una, haciendo un total de 7 (5 mujeres y 2 hombres) (Figura 4).

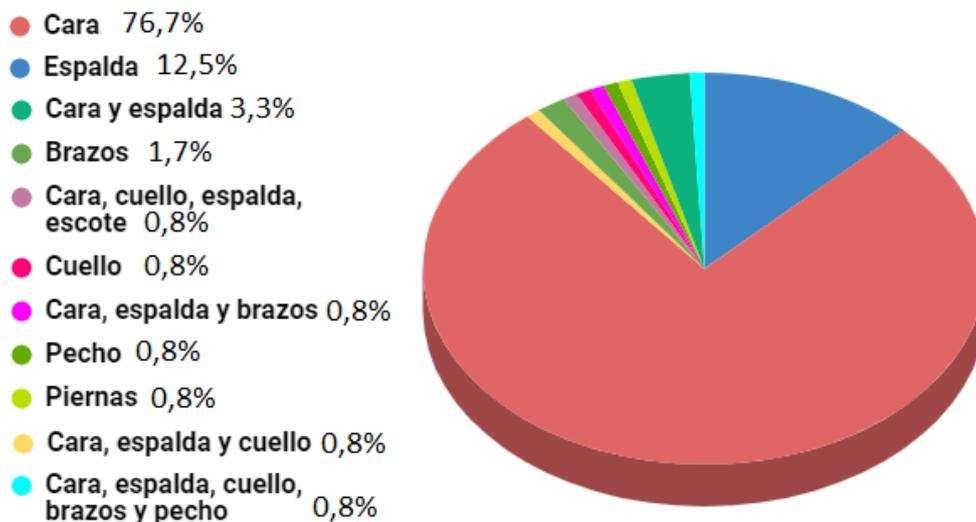


Figura 4. Porcentaje de encuestados según las zonas de aparición del acné (n=120)

A la cuestión ¿Durante la última semana ha sentido en la piel picazón, un dolor continuo o punzante? 80 sujetos (64 mujeres y 16 hombres) manifiestan que no habían sentido nada, 33 (25 mujeres y 8 hombres) que habían sentido un poco, 2 que mucho y 5 que bastante. En estos dos últimos se apreció que todas las respuestas fueron dadas por mujeres (Figura 5).

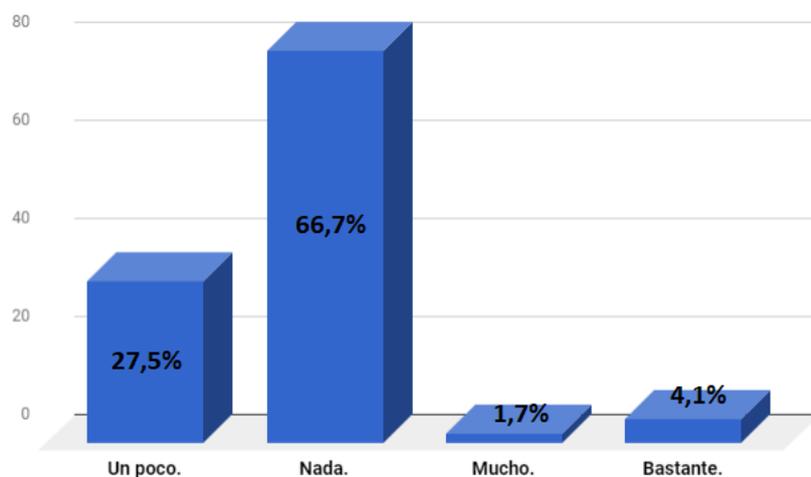


Figura 5. Distribución en porcentaje de la población encuestada según el grado de picazón, dolor continuo o punzante en la piel durante la última semana (n=120).

5.3. ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA (DM)

Según el valor obtenido en el índice de adhesión a la DM (18) se observó que 61 de los participantes en el estudio (46 mujeres y 15 hombres) necesitaban mejorar sus hábitos de alimentación para adecuarlos al patrón de la DM, 49 (43 mujeres y 6 hombres) presentaban un índice que indicaba una adecuada adherencia a la DM y 10 (7 mujeres y 3 hombres) llevaban una dieta alejada del patrón correspondiente a la DM (Figura 6).

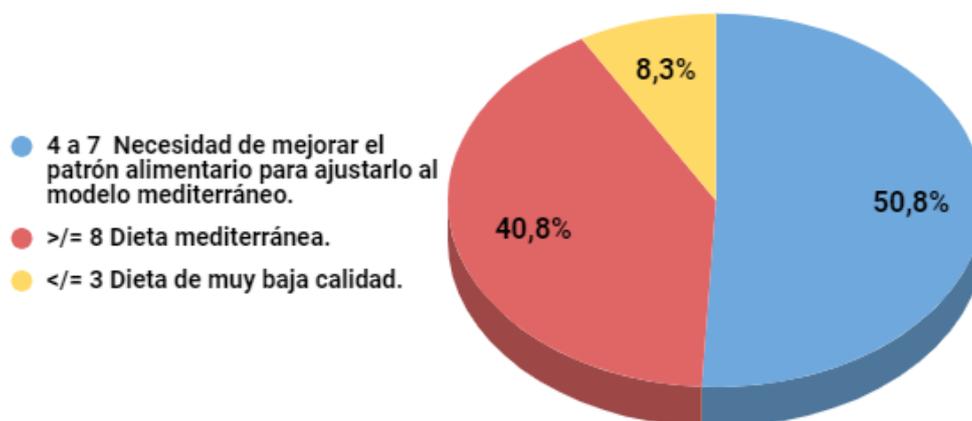


Figura 6. Porcentaje de la población encuestada según el I. KIDMED obtenido (n=120)

5.4. ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA Y DE DISCAPACIDAD DEL ACNÉ

En él se formulaban 11 preguntas cerradas basadas en el Dermatology Life Quality Index (DLQI) (16) y en el Cardiff Acne Disability Index (CADi) (15), analizándolas se observó que 31 (25 mujeres y 6 hombres) de los participantes se habían sentido bastante avergonzados por el estado de su piel, 17 (15 mujeres y 2 hombres) mucho, 50 (42 mujeres y 8 hombres) un poco y 22 (14 mujeres y 8 hombres) nada (Figura 7).

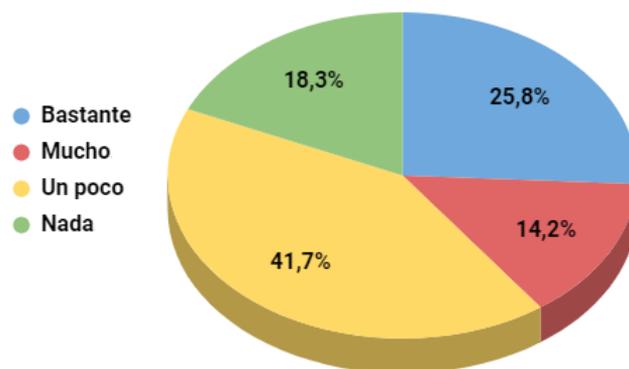


Figura 7. Distribución de los participantes en porcentaje según el sentimiento de vergüenza por el estado de su piel (n=120)

La Tabla 4 recoge los resultados dados por los encuestados a las cuestiones 2, 3, 4 y 5 del apartado 3 del cuestionario que cumplimentaron.

Tabla 4. Resultados de las cuestiones 2, 3, 4 y 5 del apartado 3 del cuestionario, expresados como porcentaje (%) del total de las encuestas.

	2.¿Interfirió el estado de tu piel para ir a pasear, de compras, etc.?			3.¿Ha influido el estado de tu piel a la hora de elegir la ropa?			4.¿Ha afectado el estado de tu piel para realizar actividades de ocio?			5.¿Te afecta el estado de tu piel para realizar deporte?		
	Total	M	H	Total	M	H	Total	M	H	Total	M	H
Nada	53,3	44	9,3	58,3	45,8	12,5	58,3	46,6	11,7	69,2	55,8	13,4
Un poco	27,5	20	7,5	20	16,7	7,3	21,7	17,5	4,2	15	11,7	3,3
Irrelevante	5,8	4,1	1,7	13,3	10,8	2,5	5,8	4,9	0,9	9,2	7,5	1,7
Mucho	4,2	4,2	-	3,3	1,6	1,6	6,7	5,8	0,9	3,3	2,5	0,8
Bastante	9,2	7,5	1,7	5	5	-	7,5	5	2,5	3,3	2,5	0,8

A la hora de ir a trabajar o estudiar 54 de los encuestados (46 mujeres y 8 hombres) prevenían su piel, 51 (36 mujeres y 15 hombres) no la prevenían y 15 (14 mujeres y 1 hombre) les resultaba irrelevante (Figura 8). De los que no la prevenían el 85,9%, 61 personas (48 mujeres y 13 hombres) respondieron que su piel no había sido un problema para trabajar o estudiar, el 12,7%, 9 (4 mujeres y 5 hombres) un poco y para el 1,4% (1 mujer) mucho.

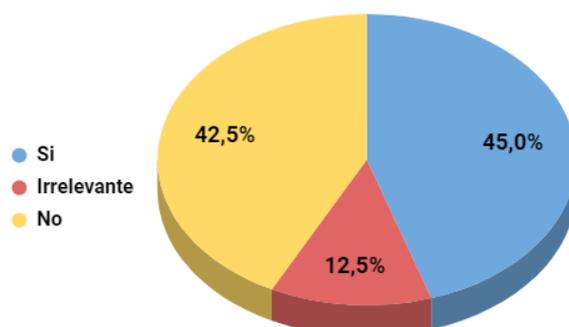


Figura 8. Porcentaje de encuestados que prevenían su piel para ir a trabajar/estudiar (n=120)

Para los que sí había sido un problema con sus amigos, familiares y relaciones sociales el estado de su piel 8 (7 mujeres y 1 hombre) respondieron que bastante, 4 (3 mujeres y 1 hombre) que mucho, 38 (32 mujeres y 6 hombres) que un poco, 63 (49 mujeres y 14 hombres) que nada y 7 (5 mujeres y 2 hombres) irrelevante (Figura 9). Y para los que sí había sido un problema para mantener relaciones sexuales el 0,8%, es decir 1 persona respondió mucho (1 hombre), el 4,2%, 5 (3 mujeres y 2 hombres) bastante, el 16,7%, 20 (19 mujeres y 1 hombre) un poco, el 62,5%, 75 (58 mujeres y 17 hombres) nada y el 15,8%, 19 (16 mujeres y 3 hombres) irrelevante.

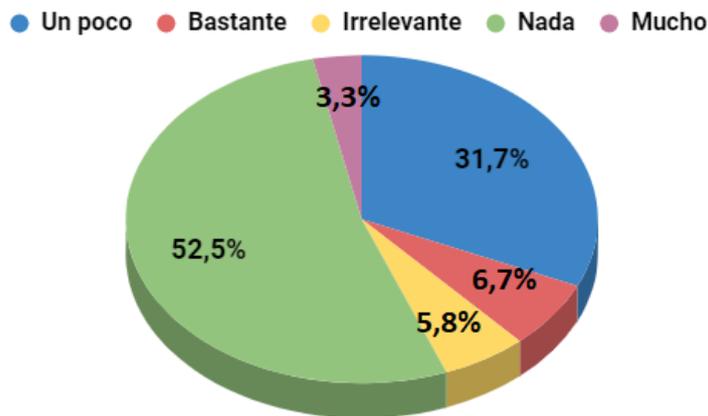


Figura 9. Distribución en porcentaje de participantes cuya piel ha sido un problema con sus amigos, familiares y relaciones sociales (n=120)

A la cuestión, ¿El tratamiento de su piel le parece costoso, ya que pierde tiempo de realizar otras tareas y tiene que ser constante? 13 de los participantes respondió que mucho (11 mujeres y 2 hombres), 22 que bastante (19 mujeres y 3 hombres), 52 que un poco (43 mujeres y 9 hombres) y 33 que nada (23 mujeres y 10 hombres) (Figura 10). Y a la cuestión ¿Usa maquillaje para cubrir sus manchas? 48,3% respondió algunas veces, el 31,7% no, nunca y el 20% si, todos los días.

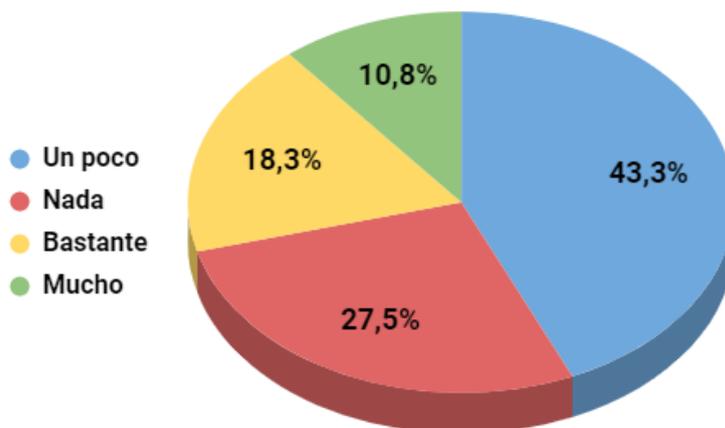


Figura 10. Porcentaje de los participantes que les parece costoso el tratamiento. (n=120)

A la afirmación: “Mis manchas me hacen sentir avergonzado”, 22 individuos (16 mujeres y 6 hombres) respondieron estar muy en desacuerdo, 27 (21 mujeres y 6 hombres) en desacuerdo, 25 (18 mujeres y 7 hombres) indiferentes, 34 (30 mujeres y 4 hombres) de acuerdo y 11 (10 mujeres y 1 hombre) totalmente de acuerdo. A la de “el uso de protector solar previene la aparición de manchas” 13 (9 mujeres y 4 hombres) respondieron estar muy en desacuerdo, 17 (13 mujeres y 4 hombres) en desacuerdo, 20 (11 mujeres y 9 hombres) indiferente, 40 (35 mujeres y 5 hombres) de acuerdo y 29 (27 mujeres y 2 hombres) totalmente de acuerdo. En cuanto a si “dan estilo a su cabello de una manera diferente para cubrir las manchas del acné” 45 (35 mujeres y 10 hombres) respondieron estar muy en desacuerdo, 34 (27 mujeres y 7 hombres) en desacuerdo, 19 (14 mujeres y 5 hombres) indiferente, 16 (15 mujeres y 1 hombre) de acuerdo y 5 (4 mujeres y 1 hombre) totalmente de acuerdo. Y a la afirmación de “traté de usar productos blanqueadores de venta libre para mejorar mis manchas” 46 (35 mujeres y 11 hombres) respondieron que muy en desacuerdo, 28 (22 mujeres y 6 hombres) en desacuerdo, a 19 (15 mujeres y 4 hombres) indiferente, 20 (17 mujeres y 3 hombres) de acuerdo y 6, todas mujeres, totalmente de acuerdo (Figura 11).

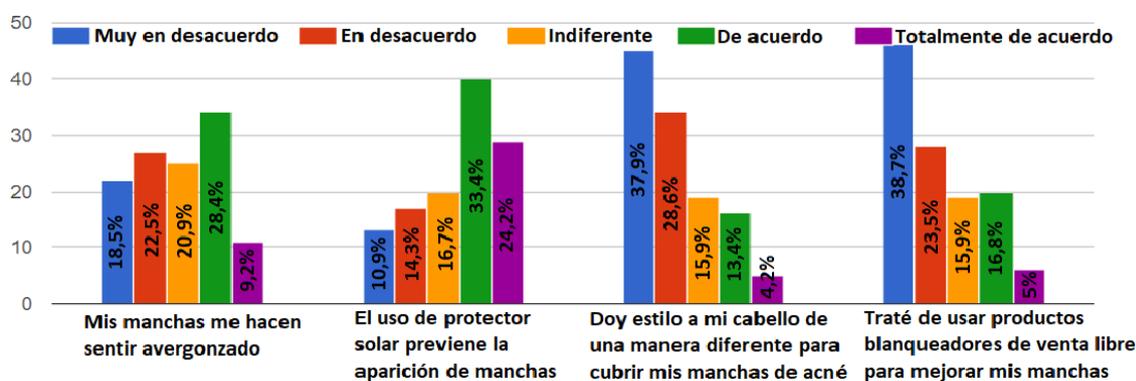


Figura 11. Distribución en porcentaje de las respuestas dadas por los participantes en el estudio a las afirmaciones contempladas en la cuestión 11 (n=119).

6. DISCUSIÓN

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Analizando los datos obtenidos en este estudio se observa que el porcentaje de mujeres que ha participado supera al de hombres (80%). Este dato es similar al aportado en el estudio de França y Keri ¹⁶ en el que las mujeres suponían el 76% de la muestra total, sin embargo, hay que tener en cuenta que la muestra total del mismo fue inferior (n= 50) a la de este estudio (n=120). Bravo y col. ⁸ por su parte realizaron un estudio en 60 sujetos de los cuales también más de la mitad fueron mujeres (62,9%). Aunque estos datos puedan sugerir que el acné afecta a mayor número de mujeres que de hombres no se han encontrado datos que lo corroboren e incluso estudios como el de Tasoula y col ¹⁷ afirman que el acné afecta a ambos sexos por igual. Esta participación mayoritaria de mujeres, tanto en los estudios analizados como en el nuestro, puede indicar que las mujeres son más conscientes de su apariencia que los hombres y buscan atención médica con más frecuencia ¹⁶. Por otro lado, sí hay evidencias de que el acné suele ser más prevalente y grave en varones que presentan la enfermedad de manera más rápida y severa, mientras que las mujeres la padecen más tempranamente ⁴.

La edad media de las personas que han participado en este estudio es de 19 años con un rango de edad entre 13 y 31 años (n=120), este dato es diferente al de otros estudios como el de Tasoula y col.¹⁷ cuyos participantes tenían una edad media de 15,7 años y un rango de edad entre 11 y 19 años (n=1531) o a el de França y Keri¹⁶ con una edad media de 26 años y un rango de edad entre 18 y 44 años (n=50). A pesar de estas diferencias, los datos sugieren que el acné no es característico de un grupo etario determinado, aunque suele ser más frecuente en la adolescencia y jóvenes adultos^{4,7}. Así al analizar la distribución de los encuestados según rangos de edad, en este estudio más del 50% de los afectados tenía entre 20-39 años. En la revisión realizada por Zemba Vieytes¹⁹ la mayoría de los afectados (70-87%) tenían entre 15-25 años, en el de Ribera y col.¹⁴ la mayoría tenían entre 12-24 años y en el estudio de Acim²⁰, el 60% de los participantes tenían entre 16-18 años. Se debe valorar que este último estudio estaba realizado a una muestra muy pequeña (n=14), por lo que se podría considerar que el rango de edad común en todos los casos sería de los 20-24 años.

Son varios los estudios analizados que, como en éste, los encuestados manifiestan tener familiares directos (padres, hermanos) que también padecen o han tenido acné y lo asocian a factores hereditarios^{1,4,7}. Sólo en uno de los estudios revisados²⁰ la mayoría de los participantes no lo atribuye a factores genéticos, aunque este dato no es muy representativo al tratarse de un estudio realizado con sólo 14 pacientes.

En cuanto al grado de formación que tienen los participantes, en este estudio y también en los realizados por otros autores predominan los que tienen nivel universitario^{8,16}. Esta observación elimina uno de los factores a tener en cuenta, el nivel educativo, a la hora de comparar los resultados obtenidos en distintos estudios y facilita la elaboración de conclusiones extrapolables a la población con las mismas características.

Tanto en nuestro estudio como en los realizados por Acim²⁰ y Poli y col.⁷ gran parte de los encuestados padecían acné desde hacía más de un año. Lo que sugiere que al tratarse de una enfermedad crónica puede perjudicar la calidad de vida de los afectados en mayor grado que una enfermedad aguda, es decir, puede afectar a su autoestima y repercutir en la relación de los demás.

El 81,7% de los participantes en este estudio se avergonzaba de algún modo del estado de su piel. Porcentajes similares a los aportados por otros autores como Ritvo y col.⁶ refieren que el 64% de los participantes se sentían avergonzados y França y Keri¹⁶ un 54%.

Al 41,7% de los encuestado le había afectado de algún modo el estado de su piel a la hora de sus relaciones sociales con amigos y familiares, y al 21,7% en sus relaciones sexuales. Este porcentaje se encuentra entre el observado por França y Keri¹⁶ que afirman que al 12% de sus encuestados les afectaba o el de Ritvo y col.⁶ realizado a 1.002 sujetos, que afectaba al 24% de los participantes para hacer amigos, al 21% en la escuela y al 7% en el trabajo. También Taborda y col.²¹ refieren que al 78,5% de los participantes les afectaba la enfermedad en su calidad de vida. Así pues, aunque el número de casos en los estudios varíen de uno a otro se debe tener en cuenta que es un aspecto que afecta negativamente a buena parte de los sujetos que padecen acné.

En cuanto a qué era lo que más les molestaba del acné, en nuestro estudio la mayoría respondió que las manchas y en cambio en el estudio de França y Keri¹⁶ respondieron que las pápulas o pústulas. Sin embargo, las respuestas obtenidas sobre las zonas más frecuentes de

aparición fueron la cara con un 76,7%, seguido de la espalda y cara y espalda con 18,8%. Estos datos son similares a los referidos en otros estudios ^{4,12,14,16,20}, lo que podría justificarse por el hecho de que las glándulas sebáceas son más densas en las zonas referidas ¹⁶.

La mayoría de los participantes en este estudio creen que la protección solar ayuda a evitar la aparición de manchas al igual que entre los sujetos que participaron en el estudio de França y Keri ¹⁶. La exposición solar de forma responsable es beneficiosa para la salud ya que permite que nuestra piel sintetice vitamina D. Se ha comprobado que esta vitamina mejora la resistencia a la insulina y contribuye a mejorar los niveles de glucosa en sangre y así el acné. Sin embargo, hay que tener precaución en aquellos casos que se estén tomando medicamentos para el acné que presenten fotosensibilidad, en cuyo caso debería recurrirse a suplementos.

Algunos de los participantes en este estudio, también indican que han cortado su cabello de alguna manera para tapar las lesiones y han comprado productos blanqueadores de venta libre aspectos que no se mencionan entre los participantes del estudio realizado por França y Keri ¹⁶.

6.2. HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

La alimentación parece influir en gran medida en la aparición y síntomas del acné ¹⁹. Por ello se recomienda llevar una dieta rica en verduras y frutas que aporten beta-carotenos y vitamina C, pobre en grasas saturadas, alimentos procesados y azúcares añadidos y que proporcione ácidos grasos esenciales. Es decir, una dieta saludable como la DM. En este trabajo se ha valorado la adherencia de los participantes a la DM y se observó que casi el 60% necesitaba mejorar su dieta para acercarse a los parámetros de la DM. La observación de que los adolescentes presentan desviaciones de lo que se consideran hábitos de alimentación saludable también la ponen de manifiesto Carbonell Rodón y col. ² que vieron como el 100% de la muestra de adolescentes de la ciudad de Quito que participó en su estudio presentaba alteraciones en sus hábitos alimentarios. Valoraciones del índice de la DM realizadas en población española, como las de Ayechu y Durá ¹⁸ observaron también un deterioro progresivo de la adherencia a la DM, ya que el 49,5% de los alumnos de primer curso de la E.S.O. obtuvieron una valoración compatible con una buena adherencia a la DM y apenas el 37,2% de cuarto curso la mantenía.

6.3. CUIDADOS ENFERMEROS QUE PERMITAN MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ACNÉ

La etapa de la adolescencia está caracterizada por diferentes cambios físicos y psicológicos en los cuales se padecen frecuentemente alteraciones dermatológicas como el acné. Esta enfermedad puede persistir hasta los 22-24 años afectando al 79-95% de la población ¹².

El uso de herramientas psicológicas es primordial en el tratamiento, así como en la prevención. Poli y col. ⁷ afirman que de los 852 encuestados en su estudio dos tercios querían ayuda e información sanitaria. Para llevar a cabo estas tareas desde la enfermería se debe realizar una valoración integral del paciente en la cual se estudien los aspectos biológicos,

psicológicos y sociales ya que a menudo los jóvenes que padecen acné tienen numerosas dudas, mitos, trastornos psicológicos y desinformación ⁸.

El objetivo de la enfermería es mejorar la salud del paciente, minimizar las complicaciones y resolver los problemas específicos para así tener unos mejores resultados clínicos, aumentar la calidad de vida del paciente y su satisfacción, ya que se ha observado que un tratamiento multidisciplinario tiene mayor eficacia que el farmacológico ².

Así pues, la enfermera en primer lugar debería realizar una anamnesis del paciente, en la cual se valoren sus datos personales, enfermedades actuales y antecedentes personales y familiares. Después hacer una valoración en la cual se estudien tanto los aspectos físicos como los psicológicos del paciente, para así poder trabajar sobre aquellos aspectos que se vean alterados. Es muy importante tener una posición empática con el paciente, realizar una escucha activa y favorecer un ambiente cercano en el cual el paciente pueda sentirse cómodo. Más tarde se le deberían resolver todas las dudas que presente acerca de su enfermedad y su tratamiento y se debe valorar su adherencia al mismo. En caso de no haber una buena adherencia la enfermera le dará consejos y trucos para realizar un adecuado tratamiento como realizar una rutina o asociar actividades básicas de la vida diaria con él para que así haya menos olvidos. También es muy importante aclarar y romper los mitos relacionados con el acné, ya que la mayoría de la información que reciben es de internet o de anuncios comerciales, mucha de ella sin sentido científico ⁵.

Algunos de estos mitos están relacionados con:

- La dieta: frecuentemente se prohíben alimentos como chocolate, mayonesa, mantequilla o alimentos con abundante grasa, esto es erróneo, ya que no existen evidencias científicas en las cuales estas restricciones modifiquen la evolución del acné. En cambio, sí que se pueden dar consejos para que el paciente pueda seguir una DM rica en verduras y frutas que aporten beta-carotenos y vitamina C, pobre en grasas saturadas, alimentos procesados y azúcares añadidos y que proporcione ácidos grasos esenciales ¹².
- La higiene: el lavado frecuente y vigoroso del área lesionada no es correcto, ya que la obstrucción que causa el acné se produce en el canal folicular y el lavado vigoroso es incapaz de eliminarlo. Estas medidas provocan más perjuicios que beneficios, ya que resecan la piel y pueden incluso agravar el acné. Lo recomendado es el lavado suave 2-3 veces al día con jabones neutros o medicamentosos, usar champú antiseborreico, antisépticos y la aplicación de un tónico. Se deben evitar cosméticos grasos, recomendando productos libres de aceite, la hidratación debe de ser con geles o cremas no comedogénicas. Y la exposición controlada a radiaciones ultravioletas con protección solar mejora el aspecto de las lesiones, aunque puede existir efecto rebote ^{2,12,22}.
- Sexualidad: las creencias de asociar el acné con la frecuencia de las relaciones sexuales o la masturbación no tienen base científica.
- Manipulación de las lesiones: el manipular las lesiones buscando acelerar el proceso de curación es erróneo, ya que puede complicar el acné aumentando la inflamación y empeorando la cicatrización ¹².

7. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. El acné sin ser una enfermedad que se pueda atribuir a un grupo etario en particular sí se da con mayor frecuencia entre los adultos jóvenes y los adolescentes.
2. El acné es una patología que suele ser más prevalente y grave en varones mientras que las mujeres la padecen más tempranamente.
3. Las manifestaciones del acné predominan en cara y espalda.
4. El acné es una de las dermatitis que más influye en la calidad de vida de los adolescentes y adultos jóvenes.
5. La mayor participación de las mujeres en los estudios realizados para observar la repercusión psicosocial que tiene el acné, puede ser un indicador del mayor interés sanitario que muestra este colectivo.
6. Existen factores modificables (alimentación, estrés) que permiten realizar desde varias áreas de conocimiento procedimientos que contribuyan a paliar los efectos del acné.
7. Disponemos en la actualidad de herramientas multidisciplinares efectivas para tratar a los pacientes con acné.
8. Como abordaje multidisciplinar, la enfermería debe atender a cada paciente de forma individualizada teniendo en cuenta sus preferencias y expectativas para que el tratamiento sea efectivo.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Gilaberte Y. Dermatología pediátrica: ¿qué hay de nuevo en el acné? Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 11 (Supl 17): 303-316.
2. Carbonell Rondón A, González Martínez C, Arencibia Moreno R. Intervención terapéutica multidisciplinaria en el acné moderado de una población universitaria de Quito entre 2014-2015. Qualitas 2016; 11: 22-40.
3. Gómez Flores G, Molina Morice W. Tratamiento del acné. Rev Med Costa Rica y Centroam. 2012; 69 (600): 91-97.
4. Dréno B. The changing faces of acne. British Journal of Dermatology. 2015; 172 (Suppl. 1): 1-2.
5. Gebauer K. Acne in adolescents. Australian Family Physician. 2017; 46(12): 892-895.
6. Ritvo E, Del Rosso JQ, Stillman MA, La Riche C. Psychosocial judgements and perceptions of adolescents with acne vulgaris: A blinded, controlled comparison of adult and peer evaluations. Biopsychosocial Medicine. 2011; 5(11).
7. Poli F, Auffret N, Beylot C y col. Acne as seen by Adolescents: results of questionnaire study in 852 French individuals. Acta Derm Venereol. 2011; 91: 531-536.

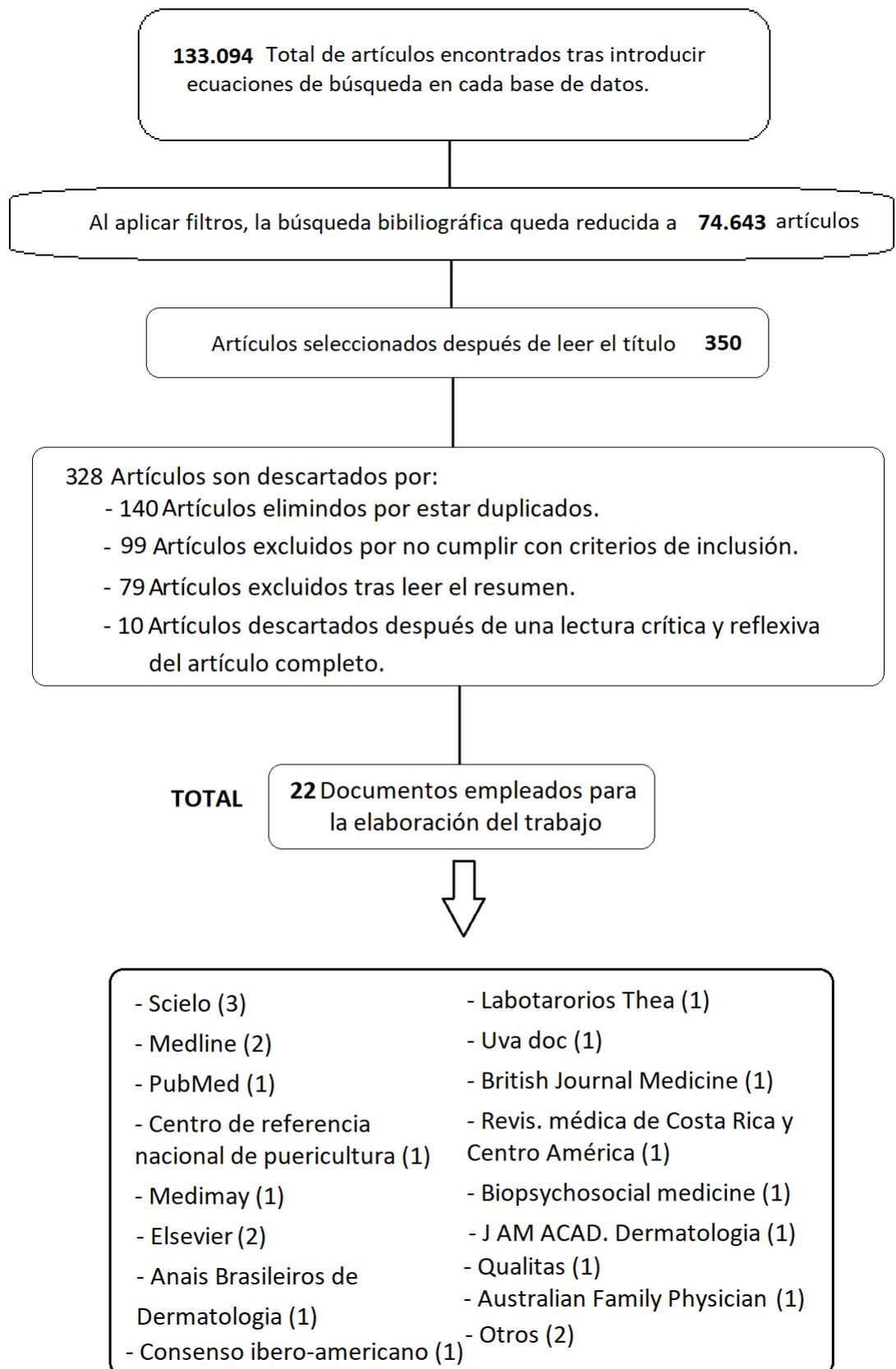
8. Bravo A, Camarero O, Martinez O. Repercusión psicológica en el acné juvenil. *Rev cienc méd. Medimay*. 2009; 15(2).
9. Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. *The Lancet*. 2012; 379(9813): 361-372.
10. Cabezón Villalba G. Estudio epidemiológico sobre la patología dermatológica del adolescente en el área oeste de Valladolid [tfg]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2017. 22 p.
11. Kaminsky A, Florez-White M, Arias MI, Bagatin E. Clasificación del acné: Consenso Ibero-Latinoamericano, 2014. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2015; 43(1): 18-23.
12. Acuña Aguilarte PM, Izquierdo Izquiero ME. El cuidado de la piel de niños y adolescentes sanos. *Adolescencia y acné vulgar* [en internet]. 2009 [citado 20 Nov 2017]: [aprox. 19 p.]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias\(pdf/sitios/puericultura/adolescencia_y_acne_vulgar.pdf](http://www.sld.cu/galerias(pdf/sitios/puericultura/adolescencia_y_acne_vulgar.pdf)
13. Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, Alikhan A, Baldwin HE, y col. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 2016; 74(5): 945-973.
14. Ribera M, Guerra A, Moreno Giménez JC, De Lucas R, Pérez López M. Treatment of acne in daily clinical practice: An opinion poll among Spanish dermatologists. *Actas Dermosifiliogr*. 2011; 102:121-131.
15. Yap FBB. Cardiff Acne Disability Index in Sarawak, Malaysia. *Ann Dermatol*. 2012; 24(2):158-161.
16. França K, Keri J. Psychosocial impact of acne and postinflammatory hyperpigmentation. *An Bras Dermatol*. 2017; 92(4):505-509.
17. Tasoula E, Gregoriou S, Chalikias J, Lazarou D, Danopoulou I, Katsambas A, y col. The impact of acne vulgaris on quality of life and psychic health in young adolescents in Greece. Results of a population survey. *An Bras Dermatol*. 2012; 87(6): 862-9.
18. Ayechu A, Durá T. Dieta mediterránea y adolescentes. *Nutr Hosp*. 2009; 24(6):759-760.
19. Zemba Vieytes C. Acné y dieta. *Laboratorios Thea*. 2009; 1-48
20. Aciem AA. El acné. Patrones de consumo, estado nutricional y presencia de antecedentes hereditarios en jóvenes [tfg]. Mar del Plata: Universidad de fasta; 2016. 67 p.
21. Taborda ML, Weber MB, Teixeira KAM, Lisboa AP, Welter EQ. Avaliação da qualidade de vida e do sofrimento psíquico de pacientes com diferentes dermatoses em um cntro de referencia em dermatologia no sul do país. *An Bras Dermatol*. 2010;85:52-6.
22. Miret MA. Cuidado e higiene de la piel del Niño. *Australian Family Physician* [en internet]; 2009. [citado 25 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.cilad.org/archivos/Rodon/Rodon2009/cuidados-nino.pdf>

9. ANEXOS

Anexo I. Estrategia de búsqueda realizada utilizando distintos motores

Palabras clave	BÚSQUEDA REALIZADA EN GOOGLE ACADÉMICO				BÚSQUEDA REALIZADA EN WEB OF SCIENCE (W.O.S.)			
	N.º artículos encontrados	N.º artículos tras inserción de filtros (idioma y año)	Base de datos/Revista	N.º artículos finales	N.º artículos encontrados	N.º artículos tras inserción de filtros (idioma y año)	Base de datos/Revista	N.º artículos finales
Adolescentes [and] acné	11.600	7.810	Centro de referencia nacional de puericultura	1	21	16	Medline	1
			Revista de ciencias médica de Mayabeque	1			Scielo	1
			Laboratorios Thea	1				
			Uva doc	1				
Impacto psicológico [and] acné	4.750	3.750	Revista médica de Costa Rica y Centroamérica	1	4	4	Scielo	1
Cambios [and] acné	9.690	6.730	Consenso Ibero-Americano	1				
Changing [and] acne	45.200	17.000	British Journal of Dermatology	1				
			Scielo	1				
			Biopsychosocial Medicine	1				
			PubMed	1				
Psychosocial impact [and] acne [and] teenagers	17.500	15.300	Elsevier	2				
			Anais Brasileiros de Dermatología	1				
			J AM ACAD. Dermatología	1				
Hábitos alimenticios [and] acné [and] adolescentes	1.600	1.220	Qualitas	1				
			TFG	1				
Cuidados piel [and] adolescentes	33.500	15.900	Australian Family Physician	1				
Skin care [and] teenagers					159	123	Medline	1
Dieta mediterránea [and] adolescentes	9.070	6.790	Nutrición hospitalaria	1				

Anexo II. Diagrama de flujo utilizado para la selección de artículos



Anexo III. Resumen de los artículos seleccionados

Autor y año	Propósito	Tipo de estudio	Muestra	Medición	Resultados	Hallazgos
Gilaberte Calzada, Y. / 2009	Revisar los avances del acné	Revisión bibliográfica	32 artículos	Eficacia de los tratamientos y valorar la calidad de vida en adolescentes.	Factores desencadenantes o agravantes del acné: Tensión emocional y alimentación. El tratamiento debe ser individualizado valorando la edad, sexo, forma clínica, intensidad, circunstancias sociales del paciente y repercusión. Existen novedades como el uso de antibióticos oral, tratamiento hormonal, isotretinoína oral y las combinaciones basadas en retinoides.	La inflamación es el fenómeno clave. Aspectos novedosos son el empleo de antibióticos, uso de la fototerapia, la importancia del tratamiento de mantenimiento y las nuevas terapias para las lesiones cicatriciales.
França, K; Jonette, K. / 2017	Investigar el impacto psicosocial y la hiperpigmentación del acné	Descriptivo	50 pacientes	Aspectos sociodemográfica, actitudes de hiperpigmentación, el CADI y el DLQI	<u>Características sociodemográficas:</u> 76% mujeres y 24% hombres. La edad promedio 26 años. 74% tenía título universitario. <u>Actitudes hacia la hiperpigmentación:</u> al 58% les molestaba las pápulas o pústulas y 22% las manchas. Ubicación el 42% cara. El 54% se siente avergonzado por las manchas y el 24% querían apoyo psicológico. <u>CADI:</u> a el 22% de los casos se vio afectada su calidad de vida. <u>DLQI:</u> A el 88% de los casos les provoco un efecto en su vida.	El acné no es más común en mujeres, pero estas son más conscientes de su apariencia y buscan atención médica. La mayoría se sienten avergonzados. Un 10% de los pacientes piden asistencia psicológica. El 22% de los pacientes vio su calidad de vida gravemente afectada.
Dréno, B. / 2015	Valorar las características del acné	Revisión bibliográfica	7 artículos	Incidencia, lugar y tratamiento del acné	Más incidencia en adolescentes; prevalente y grave en varones y persistente en mujeres. Las causas son los factores genéticos, las hormonas, la dieta y el estilo de vida. Se produce una alteración en la queratinización, aumento de sebo y la colonización de <i>P. acnés</i> . Provoca un impacto psicoemocional. Los tratamientos sistémicos más utilizados son tetraciclinas, hormonal e isotretinoína.	El acné es una enfermedad crónica. La intervención temprana es importante para reducir la respuesta inflamatoria y las cicatrices. Las cicatrices son provocadas por la sobreproducción del colágeno.
Andrea, L. y col. / 2016	Realizar una guía basada en la administración del tratamiento	Revisión bibliográfica	315 artículos.	Analizar la administración de los tratamientos y la clasificación	Afecta al 85% de los adolescentes. La prevalencia en mujeres adultas es del 12%. Existe una morbilidad física y psicológica además de cicatrices permanentes, depresión, ansiedad y baja autoestima. El clasificar el acné sirve para poder dar un tratamiento más específico, teniendo en cuenta diversos factores (tipo, gravedad, cantidad, ubicación, calidad de vida)	El coste que supone la enfermedad del acné excede los 3 millones por año. Hasta le fecha no hay un sistema de clasificación universalmente acordado y los sistemas pueden variar de un estudio a otro.
Tasoula, E y col. / 2012	Impacto y gravedad en la calidad de vida	Descriptivo	1531 encuestas.	Impacto en la calidad de vida	Prevalencia del 51,2%, afectando a ambos sexos por igual. Acné leve en el 71,2%, moderado-severo en 28,8%. La edad media de 15,7 años. El impacto en la calidad de vida se asocia a la gravedad del acné. Los síntomas y el tratamiento también afectan en la calidad de vida, además del acné.	El acné afecta la calidad de vida de los jóvenes adolescentes. El impacto es proporcional a la gravedad, afecta en la calidad de vida (autoestima, imagen corporal y las relaciones con los demás).

Anexo III (continuación). Resumen de los artículos seleccionados

Autor y año	Propósito	Tipo de estudio	Muestra	Medición	Resultados	Hallazgos
Poli, F y col. / 2011	Impacto psicológico del acné	Descriptivo	852 personas	Prevalencia e impacto del acné	El 66,2% de los adolescentes con acné, el 50,2% leve y el 16% severo. El 49,6% hace más de un año. El 80,8% no lo consideraban enfermedad, pero el 69,3% pensaban que tenía que tratarse. La mayoría preferían los tratamientos tópicos. Dos tercios de los encuestados querían ayuda e información sanitaria.	Un 38,6% no acudían al médico. Se pensaba que comer chocolate y bocadillos, fumar, sudar, no lavar, tocar los granos, usar maquillaje, polución y menstruación empeoraba el acné.
Taborda, M.L y col. / 2010	Evaluar la calidad de vida de los pacientes	Descriptivo. Transversal	1000 pacientes	Calidad de vida de pacientes con dermatosis	Al 34,2% tiene un poco de efecto en su calidad de vida, al 21,6% efecto moderado, el 19,3% gran efecto y el 3,4% extremo. No hubo una relación entre el estado de la piel y el sufrimiento psíquico, pero sí entre el sufrimiento psíquico y una peor calidad de vida.	Las enfermedades dermatológicas causan un impacto en la calidad de vida y en el estado psíquico de los individuos.
Boon-Bin Yap, F. / 2012	Impacto del acné y severidad	Descriptivo. Transversal	200 pacientes	CADI y gobal acné grading system	El 59,5% tenían un deterioro leve del CADI. Las mujeres y los pacientes con educación terciaria tendieron a tener un deterioro más severo. La correlación entre el CADI y la gravedad leve del acné fue baja, pero sí que fue significativa en el acné moderado y grave.	El deterioro del acné es moderado y deber ser visto como una enfermedad que afecta psicológicamente y requiero una gestión optima con los recursos necesarios.
Ritvo, E. y col. / 2011	Evaluar la visión de las personas que padecen acné	Experimental	1.002 personas	Impresión social hacia los adolescentes que padecen acné	39% veían a los adolescentes con acné tímidos, el 24% estresados, el 23% solitarios, el 15% aburridos y el 13% descuidados. El 64% de los adolescentes con acné se sentían avergonzados y el 55% lo veían como el aspecto más feo de la pubertad. El 71% sentían poca confianza en sí mismos, el 24% tenían problemas para hacer amigos, el 21% en la escuela y el 7% en el trabajo.	Observan que el acné tiene un efecto negativo en la manera en la que unas personas ven a otras. En la mayoría de los casos en lo que primero se fijaban era en el acné. Y se ven como tímidos o socialmente menos activos.
Williams, H. C. y col. / 2012	Valorar características y tratamiento	Revisión bibliográfica	141 artículos	Incidencia y comparación de diferentes tratamientos	El acné es una enfermedad crónica que afecta a los adolescentes, pero puede persistir hasta la edad adulta. Causa una morbilidad psicológica. La posible asociación entre la dieta y el acné parece incierta. Los antibióticos de uso prolongado producen resistencia.	Para aumentar la efectividad del tratamiento se debe investigar comparando las diferentes opciones terapéuticas para la iniciación y el mantenimiento.
Acuña Aguilarte, P.M. e Izquierdo M. E. / 2009	El cuidado de la piel en niños y adolescentes con acné	Revisión bibliográfica	15 artículos	Cuidados del acné	El acné es más severo en varones. Etiología multifactorial, causada por: aumento de las secreciones de sebo y andrógenos, alteración del epitelio folicular, influencia bacteriana e inflamación. Las lesiones pueden ser no inflamatorias, inflamatorias, superficiales y profundas y según la intensidad pueden ser de grado I, II, III o IV.	El tratamiento centrado en amortiguar y revertir las secuelas físicas y psicológicas. Se deben romper los mitos. En acné leve y moderado suficiente con tratamiento local, en severos es necesario fármacos orales con tópico.

Anexo III (continuación). Resumen de los artículos seleccionados

Autor y año	Propósito	Tipo de estudio	Muestra	Medición	Resultados	Hallazgos
Bravo Hernandez, A y col. / 2009	Evaluar la repercusión psicológica del acné juvenil	Descriptivo. Transversal	60 pacientes	Edad, sexo, escolaridad, criterios y repercusión del acné	Sexo femenino 62,9%, sexo masculino 37%. Nivel de escolaridad la mayoría son universitarios (38,9%). El 64,8% tienen información inadecuada sobre la relación entre el acné y los alimentos, el deterioro de la imagen social, la mala higiene y conducta sexual. El 54,4% manifiestan una afectación con el grupo, lo que conlleva a la presencia de complejos y problemas de autoestima.	Causa depresión, anorexia, promiscuidad sexual y drogadicción. El stress crónico, la sobrecarga emocional y la pobre comunicación afectan para afrontar la enfermedad.
Gómez Flores, G. y Molina Morice, W./ 2012	Tratamiento del acné	Revisión bibliográfica	16 artículos	Opciones terapéuticas según la Alianza global	El tratamiento debe ser utilizado entre 6 a 8 meses antes de buscar un tratamiento alternativo o adicionar otro medicamento. Tratamiento tópico del acné: retinoides tópicos, antimicrobianos y ácido salicílico. Tratamiento sistémico: antibióticos, retinoides, hormonas, antiinflamatorios no esteroideos y esteroides.	El ibuprofeno puede inhibir el desarrollo de las lesiones inflamatorias del acné al ser un antiinflamatorio no esteroideo. Los resultados no se ven hasta las 4 semanas.
Carbonell-Rondón, A. y col. / 2016	Mejorar los protocolos del acné gracias a la comparación de 2 grupos	Experimental	12 personas	Eficacia del abordaje multidisciplinar y un tratamiento de métodos tradicionales	El origen del acné pudiera estar relacionado con trastornos hormonales, el 50% de las pacientes femeninas tienen algún tipo de alteración en el ciclo menstrual. El 100% de las pacientes femeninas están en tratamientos hormonales. La baja respuesta farmacológica se debe al uso inadecuado de medicamentos. El 50% de ellos no han recibido medicación prescrita por un especialista. El 100% tiene alteraciones en sus hábitos alimentarios	Importancia del tratamiento de mantenimiento complementado con una rutina de aseo. Las situaciones de estrés aumentan la cronicidad. Más eficacia en el tratamiento multidisciplinario que en el farmacológico.
Aciem, A.A. / 2016	estado nutricional y herencia de los jóvenes con acné	Descriptivo. Transversal	14 personas	Patrón alimentario mediante la frecuencia de consumo y el IMC	El 60% de los participantes tenían entre 16-18 años, 50% sexo femenino y 50% sexo masculino. El 72% tenían un estado nutricional normal y el 28% leve sobrepeso. En cuanto a los antecedentes hereditarios el 20% posean padres con acné y el 80% no. El 42% de los participantes sufrieron acné hace 1 año y solo el 7% fueron derivados a nutricionista.	Es muy importante la enseñanza de nuevo hábitos alimenticios y promover las dietas equilibradas. Eliminando los ácidos grasos ya que presentan una acción negativa en la proliferación del acné.
A.Ayechu Díaz, A. y Durá Travé, T. / 2009	Valorar la dieta en adolescentes	Descriptivo	1956 alumnos	Encuesta test KIDMED	El 57,1% presentaban una adherencia media/ baja a su patrón alimentario. El 39,8% apenas tomaba una segunda pieza de fruta al día, el 26,7% apenas toman al día verduras y hortalizas, pasta y arroz el 41,5% lo tomaban casi a diario, el 19% desayunaba bollería industrial y el 17,4% tomaban dulces diariamente. El 9,8% frecuenta establecimientos de comida rápida y el 17,3% no desayunan con regularidad.	Se observa un deterioro progresivo de la adherencia a la dieta mediterránea. El 49,5% de los alumnos de primer curso tienen una valoración óptima del test y apenas 37,2% de cuarto curso.

Anexo III (continuación). Resumen de los artículos seleccionados

Autor y año	Propósito	Tipo de estudio	Muestra	Medición	Resultados	Hallazgos
Miret, M.A. / 2008	Cuidado e higiene	Revisión bibliográfica	7 artículos	Cuidados de la piel	Usar sustitutivos de jabón o jabones alcalinos, usar champú comético o antiséborreico, antisépticos y/o tratamientos para el acné, emolientes a diario y el uso de protección solar.	
Kaminsky, A. y col. / 2015	Definir la clasificación del acné	Revisión bibliográfica	25 artículos	Distintas clasificaciones del acné	El acné ha tenido muchas clasificaciones. En 1990 la American Academy of Dermatology clasificó el acné en no inflamatoria e inflamatoria, y a su vez en leve, moderado y severo. Finalmente, entre junio 2011 y abril 2012 la GILEA hizo la clasificación definitiva.	Clasificación según edad, lesión predominante, grado de severidad y formas especiales.
Zemba Vieytes, C. / 2009	Examinar la relación entre dieta y acné	Revisión bibliográfica	128 artículos	Argumentos y evidencias del acné	El acné es una enfermedad que afecta al 70-87% de los casos (15-25 años). Los mecanismos patogénicos del acné son la queratinización anormal, el aumento del sebo, la colonización microbiana y la inflamación. Existen otros factores como la herencia, el estrés o la influencia de la dieta.	La dieta inadecuada, junto a la inactividad física y el tabaco constituyen importantes factores en el desarrollo de una amplia gama de enfermedades.
Gebauer, K. / 2017	Patogénesis, fisiología y opciones terapéuticas del acné	Revisión bibliográfica	20 artículos	Características y tratamientos del acné	El acné afecta a más del 90% de adolescentes entre 16-18 años y les provoca un fuerte impacto de autoestima, estado de ánimo y psicológicamente. El cumplimiento deficiente del paciente al tratamiento provoca un resultado pobre, es por ello importante explicar la duración del tratamiento. Las lesiones del acné se clasifican en comedones, pápulas, nódulos, quistes y cicatrices. Estas pueden ser de picadura de hielo, hipertróficas, y atróficas.	El lavado excesivo, el frotamiento y el uso de agentes tópicos hacen problemático el uso de terapias de prescripción, especialmente retinoides. La mayoría de la información que reciben los pacientes es de internet o de anuncios comerciales y que esta no tiene sentido médico.
Ribera, M. y col. / 2010	Conocer los hábitos del tratamiento del acné	Descriptivo. Transversal	1.247 encuestas	Valoración de distintos tratamientos	Para el acné grave el 55% utilizaron anticonceptivos orales más retinoides tópicos o más peróxido de benzoilo /antibióticos tópicos. Para el acné comedoniano retinoides tópicos y para el acné moderado papulopustuloso el 68% utilizaron antibióticos sistémicos más peróxido de benzoilo.	Los dermatólogos españoles tratan el acné de acuerdo con el algoritmo de la Global Alliance.
Cabezón Villalba, G y Giménez García, R.M. / 2017	Patologías más frecuentes en adolescentes	Descriptivo	77 pacientes	Hábitos, patologías y frecuencia en el uso de antibióticos	Patología más frecuente el acné con un 46,8% de casos. El 54,8% de estos pacientes habían utilizado previamente antibióticos tópicos, dato que infiere en el abuso de estos fármacos. No se obtuvo una relación significativa entre el acné y los hábitos alimenticios.	Necesidad de crear estrategias de educación para la salud y formación continuada en Atención Primaria.

Anexo IV. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Es importante que lea esta información detenidamente. Por favor, firme al final de la página, indicando así que la ha leído y comprende su información. Es importante que pregunte y aclare sus dudas, ya que la firma del consentimiento informado implica que libre y voluntariamente participa en este estudio, pudiendo abandonarlo en cualquier momento. Los datos recogidos serán tratados y custodiados de acuerdo con la vigente normativa de protección de datos.

El objetivo que se pretende en esta investigación es estudiar las características de la población con acné, valorar los factores más frecuentes a la hora de padecerlo y conocer cómo afecta a los adolescentes desde el punto de vista psicosocial.

La prueba que se realizará será un cuestionario formado por 4 apartados y diferentes items.

Formar parte de este estudio no supone ningún riesgo; todos los dispositivos utilizados para las mediciones son inocuos y no tienen ningún tipo de efecto secundario.

Yo,con DNI declaro que: He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento:

Firma de participante o tutor legal:

Fecha:

He explicado al Sr(a) la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a sus preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Firma del investigador

Fecha:

Anexo V. Cuestionario

Apartado 1

1. ¿Desde hace cuánto tiempo tiene acné?
 - < 1 mes.
 - 1-3 meses.
 - 4-11 meses.
 - 1-2 años.
 - > 2 años.
2. ¿Qué es lo que más le molesta del acné?
 - Las lesiones de acné (pápulas, pústulas).
 - Las manchas causadas por el acné.
 - No aplicable (La condición de mi piel no me molesta en absoluto).
3. ¿En qué zona del cuerpo presenta acné?
 - Cara.
 - Espalda.
 - Cuello.
 - Brazos.
 - Otra- Por favor especifique: _____
4. ¿Durante la última semana ha sentido en la piel picazón, un dolor continuo o punzante?
 - Mucho.
 - Bastante.
 - Un poco.
 - Nada.

Apartado 2

CUESTIONARIO KIDMED

Adherencia a la DIETA MEDITERRÁNEA en la infancia	Puntos
Toma una fruta o un zumo natural todos los días.	1
Toma una 2ª pieza de fruta todos los días.	1
Toma verduras frescas (ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día.	1
Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de una vez al día.	1
Consume pescado con regularidad (por lo menos 2-3 veces a la semana).	1
Acude una vez a más a la semana a un centro de comida rápida (fast food) tipo hamburguesería.	-1
Le gustan las legumbres y las toma más de 1 vez a la semana.	1
Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana).	1

Desayuna un cereal o derivado (pan, etc.).	1
Toma frutos secos con regularidad (al menos 2-3 veces a la semana).	1
Se utiliza aceite de oliva en casa.	1
No desayuna.	-1
Desayuna un lácteo (yogurt, leche, etc.).	1
Desayuna bollería industrial, galletas o pastelitos.	-1
Toma 2 yogures y/o 40g. De queso cada día.	1
Toma golosinas y/o caramelos varias veces al día.	-1

- ≤ 3 : Dieta de muy baja calidad.
- 4 a 7: Necesidad de mejorar el patrón alimentario para ajustarlo al modelo mediterráneo.
- ≥ 8 : Dieta mediterránea óptima

Apartado 3

Durante la última semana:

1. ¿Has estado avergonzado por el estado de tu piel?
 - Mucho
 - Bastante
 - Un poco
 - Nada
2. ¿Interfirió el estado de tu piel para ir a pasear, de compras, a parque, etc.?
 - Mucho
 - Bastante
 - Un poco
 - Nada
 - Irrelevante
3. ¿Ha influido el estado de tu piel a la hora de elegir la ropa?
 - Mucho
 - Bastante
 - Un poco
 - Nada
 - Irrelevante
4. ¿Ha afectado el estado de tu piel para realizar actividades de ocio?
 - Mucho

- Bastante
- Un poco
- Nada
- Irrelevante

5. ¿Te afecta el estado de tu piel a la hora de realizar alguna clase de deporte?

- Mucho
- Bastante
- Un poco
- Nada
- Irrelevante

6. ¿Has prevenido tu piel para ir trabajar o estudiar?

- Si
- No
- Irrelevante

Si respondió "No" "¿Ha sido tu piel un problema para trabajar o estudiar?"

- Mucho
- Un poco
- Nada

7. ¿Ha sido tu piel un problema con tus amigos, familiares y relaciones sociales?

- Mucho
- Bastante
- Un poco
- Nada
- Irrelevante

8. ¿Ha sido el estado de tu piel un problema para tus relaciones sexuales?

- Mucho
- Bastante
- Un poco
- Nada
- Irrelevante

9. ¿El tratamiento de su piel le parece costoso, ya que pierde tiempo de realizar otras tareas, tiene que ser constante, etc.?

- Mucho.

- Bastante
- Un poco
- Nada

10. ¿Usa maquillaje para cubrir sus manchas?

- Sí, todos los días.
- Algunas veces.
- No, nunca.

11. En las siguientes afirmaciones seleccione: Muy en desacuerdo/En desacuerdo/ Indiferente/ De acuerdo/ Totalmente de acuerdo:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Mis manchas me hacen sentir avergonzado					
El uso de protector solar previene la aparición de manchas.					
Doy estilo a mi cabello de una manera diferente para cubrir mis manchas de acné.					
Traté de usar productos blanqueadores de venta libre para mejorar mis manchas.					

Apartado 4

- Edad:
- Sexo: Masculino
Femenino: Menarquía: No: Si(edad):
- Peso:
- Talla:
- Antecedentes familiares de acné: Si No
- Nivel de estudios:
 - Primaria.
 - E.S.O.
 - Bachillerato.
 - Grado medio/ superior
 - Universitarios.