

**DETERMINANTES SOCIALES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR.
ENRIQUE TEJERA”. ENERO 2013- OCTUBRE 2013.**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA



**DETERMINANTES SOCIALES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR.
ENRIQUE TEJERA". ENERO 2013- OCTUBRE 2013.**

Autora: Ligia González Villanueva C.I 16580199

Valencia, Mayo de 2014.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA



**DETERMINANTES SOCIALES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR.
ENRIQUE TEJERA". ENERO 2013- OCTUBRE 2013.**

(TESIS DE GRADO PRESENTADA ANTE LA COMISIÓN DE
POSTGRADO DE LA ILUSTRE UNIVERSIDAD DE CARABOBO, PARA
OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN: DERMATOLOGÍA)

Autora: Dra. Ligia González Villanueva C.I.:16580199

Tutora: Dra. Sandra Vivas Toro C.I: 9633364

Valencia, Mayo de 2014



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA



AVAL DEL TUTOR

Dando cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de Estudios del Postgrado de la Universidad de Carabobo en su Artículo 133, quien suscribe: Sandra Vivas Toro, Médico Internista, Dermatólogo, titular de la C.I N°: 9633364, en mi carácter de tutor del Trabajo de especialización Titulado: **“DETERMINANTES SOCIALES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. ENERO 2013- OCTUBRE 2013”**. Presentado por la ciudadana: Ligia González Villanueva, titular de la C.I N°: 16.580.199, para optar al título de especialista en Dermatología, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe.

En Valencia, Mayo del 2014

Sandra Vivas Toro
C.I N°: 9633364



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA**



AVAL DEL ASESOR METODOLÓGICO

Dando cumplimiento a lo establecido en el reglamentó de estudios del post grado de la Universidad de Carabobo en su Artículo 133, quien suscribe: **Dra. Sandra Vivas Toro**, titular de la C.I N° 9633364, en mi carácter de tutor metodológico del Trabajo de especialización Titulado: **“DETERMINANTES SOCIALES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. ENERO 2013- OCTUBRE 2013”**. Presentado por la Ciudadana: **Ligia González Villanueva**, titular de la C.I N° 16.580.199, para optar al título de especialista en Dermatología, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe.

En Valencia, Mayo de 2014

Sandra Vivas Toro

C.I. 9633364



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA



Especialización

VEREDICTO

Nosotros, miembros del jurado designados para la revisión y aprobación del trabajo de grado titulado:

**DETERMINANTES SOCIALES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN
 AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR.
 ENRIQUE TEJERA". ENERO 2013- OCTUBRE 2013**

Presentado por el (la) ciudadano (a) **LIGIA CLARIVEL GONZÁLEZ VILLANUEVA** para optar al título de especialista en Dermatología estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como:

Nombre y Apellido

Cédula de Identidad

Firma del Jurado

Valencia, Marzo de 2014

DEDICATORIA

A Dios, nuestro señor, por darme la sabiduría y fortaleza para seguir mi camino.

A mis padres, que dieron todo su amor y apoyo para ser de mí, la persona que soy hoy.

A mi novio y amigo, Carlos Delgado: Por ser alguien muy especial en mi vida y por demostrarme en todo momento que cuento con él.

A la Dra. Sandra Vivas, por mantenerme firme en el camino y nunca dejarme desistir.

AGRADECIMIENTOS

A la **Universidad**, por ofrecer sus recursos humanos y académicos.

A la **Dra. Sandra Vivas Toro**, por sus conocimientos académicos y su motivación para hacer posible este proyecto

A todos los **pacientes y personal del Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”**, quienes prestaron su ayuda y colaboración.

Y por último a todas aquellas personas que de una u otra forma prestaron su valiosa colaboración.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria.....	vii
Agradecimiento.....	viii
Índice General.....	ix
Índice de Cuadros.....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Introducción.....	1
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
Material y Métodos.....	10
Resultados.....	11
Discusión.....	27
Conclusiones.....	34
Recomendaciones.....	36
Referencias bibliográficas.....	37
Anexo A.....	41

INDICE DE CUADROS

1. Distribución de los pacientes según características socio demográficas	16
2. Distribución de los pacientes según status socioeconómico	17
3. Distribución de los pacientes según procedencia por estado y municipio	18
4. Distribución de los pacientes según diagnósticos dermatológicos	19
5. Distribución de los pacientes según status socioeconómicos: clase alta, clase media alta, clase media-media y diagnostico dermatológico	20
6. Distribución de los pacientes según status socioeconómico: pobreza relativa, pobreza extrema y diagnóstico dermatológico	21
7. Distribución de los pacientes según interacción social	22
8. Distribución de los pacientes según diagnóstico dermatológico y frecuencia familiar	23
9. Distribución de los pacientes según diagnóstico dermatológico y frecuencia de amigos	24
10. Distribución de los pacientes según diagnóstico dermatológico y frecuencia de contactos con familiares	25
11. Distribución de los pacientes según diagnóstico dermatológico y frecuencia de contactos con amigos.....	26

DETERMINANTES SOCIALES DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. ENERO-OCTUBRE 2013.

Autor: Ligia González Villanueva

Tutor: Dra. Sandra Vivas Toro

RESUMEN

Objetivo: Reconocer los determinantes sociales en los pacientes que acuden al Servicio de Dermatología **Material y Métodos:** se diseñó un estudio observacional, de nivel analítico, dentro del paradigma cuantitativo. Bajo la técnica de muestreo no probabilístico intencionado, se estudió una muestra de 700 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. La técnica de análisis estadístico fue descriptivo, (frecuencias absolutas y relativas), y análisis multivariado (MANOVA) significativamente a un nivel de error de azar menor al 5% ($P < 0,05$). **Resultados:** en cuanto a la edad de 700 pacientes estudiados, predominó el grupo entre 15 -34 años (34,7%), sexo femenino (71,9%) con respecto al masculino (28,1%). En cuanto a la escala de Graffar-Méndez Castellanos, el estrato más frecuente es la pobreza relativa (51%), seguido de clase media-media (31%). El acné representó la patología más frecuente (14,1%), psoriasis (11,1%) y dermatitis seborreica (8,4%). Al realizar el análisis de las dermatosis según el Graffar, se encontró una baja aparición dermatosis en la clase alta, los estratos de clase: media-alta a pobreza relativa, presentaron comportamiento similar en todos los individuos; a excepción del estrato pobreza extrema, el carcinoma baso-celular ocupa el segundo lugar (19,2%). Las interacciones sociales, el contacto personal y no personal diario con miembros de la familia que no cohabitan y amigos fueron predominantes en todos los pacientes con más 40%; al relacionarla estas con las dermatosis, las involucradas en el contacto directo con familiares y amigos, resultó similar en las dermatosis no estigmatizantes: onicomiosis, dermatitis seborreica y pitiriasis versicolor; a diferencia del vitíligo (enf. estigmatizante) presenta escasa interrelación con el ámbito familiar. En las interacciones sin contacto directo de familiares y amigos, enfermedades estigmatizantes como la psoriasis, vitíligo y acné presentan mayor grado de interacción. 97,9% de los pacientes se encuentran en el estado Carabobo, municipio Valencia (66,7%). **Conclusiones:** conociendo la enfermedad dermatológica como parte de la vida cotidiana pudiese ser valioso reconocer los determinantes sociales en estos servicios, para incorporar nuevas estrategias en la atención y seguimiento de los pacientes.

Palabras Claves: Determinantes sociales, interacciones sociales, enfermedades estigmatizantes.

SOCIAL DETERMINANTS OF PATIENTS ATTENDING THE SERVICE OF THE CITY HOSPITAL DERMATOLOGY "DR. ENRIQUE TEJERA ". JANUARY-OCTOBER 2013.

Author: Ligia González Villanueva

Tutor: Dra. Sandra Vivas Toro

Abstract

Objective: Objective: To recognize the social determinants in patients attending the Dermatology Service.

Materials and Methods: An observational, analytical study, within the quantitative paradigm design. Under the technique of intentional non-probability sampling, the study counted with a sample of 700 patients who met the inclusion criteria. The technique of statistical analysis was descriptive (absolute and relative frequencies) and multivariate analysis (MANOVA) to a significantly lower level of error random 5% ($P < 0.05$).

Results: Concerning to age of the 700 patients studied, the predominant group was 15 -34 years (34.7%), female (71.9%) compared to male sex (28.1%). As for the Méndez Castellanos Graffar scale, the most common is the relative poverty stratum (51%), followed by middle-middle (31%) class. Acne was the most frequent pathology (14.1%), psoriasis (11.1%) and seborrheic dermatitis (8.4%). When analyzing the dermatosis under Graffar scale a low occurrence dermatosis in upper class strata was found, and from medium-upper class to relative poverty showed similar behavior in all individuals; except extreme poverty, in which basal cell carcinoma ranks second (19.2%). Social interactions, and daily personal contact with staff, family members and friends who do not cohabit were predominant in all patients over 40%; to relate these findings with dermatoses, those involved in direct contact with family and friends, resulted in non-stigmatizing like dermatosis: onychomycosis, tinea versicolor and seborrheic dermatitis; unlike vitiligo (stigmatizing illness) has little interaction with the family. Interactions without direct contact from friends and family, stigmatizing diseases like psoriasis, vitiligo and acne have a higher degree of interaction. 97.9% of patients are in the state of Carabobo, Valencia municipality (66.7%).

Conclusions: Conclusions: knowing the skin disease as part of everyday life could be valuable to recognize the social determinants in these services, in order to incorporate new strategies in the treatment and monitoring of patients.

Keywords: Social determinants, social interactions, stigmatizing diseases.

INTRODUCCIÓN

Hablar de la historia de la Dermatología es referirse a la historia de la humanidad, las enfermedades dermatológicas han acompañado hechos trascendentales. En el caso de la Lepra, enfermedad que data del siglo XVI A.C y cuyas descripciones las encontramos en el libro sagrado de la India (1). Igualmente en la Biblia relatan episodios de encuentros de los actores con esta entidad, como el de Jesús con Lázaro. En la Edad Media, donde el cristianismo era el poder ejecutor y mentor de la sociedad, se atribuían valores mágico-religiosos; al padecimiento de la Lepra, “un castigo de Dios” en los enfermos que la padecían; no está claro la evolución histórica de otras enfermedades de presentación clínica similar a la Lepra (2), como es en el caso de la Psoriasis, de tal forma que los enfermos también eran estigmatizados y víctimas del rechazo social (3,4). Debido a la trascendencia de la Lepra en la calidad de vida de los pacientes y de la sociedad, motivó el interés de muchos investigadores, como el caso del Dr. Jacinto Convit, en Venezuela, quién en el año 1938, crea el Centro de Internacional de Investigación y Adiestramiento de la Lepra y enfermedades afines de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), para descubrir avances en cuanto al tratamiento y creación de una vacuna contra la Lepra (5).

A excepción de la Lepra y la Psoriasis, las enfermedades dermatológicas son consideradas por muchos como condiciones superficiales, sin embargo en esta inmersa trivialidad se atenta contra la posibilidad de vida de relación de los actores que la presentan; es el caso del acné, la dermatitis seborreica, la escabiosis, entre otras, las cuales han estado asociadas a bajas condiciones socioeconómicas (6,7). Estas enfermedades nos ejemplifican la continúa segregación y rechazo social sufrido por los pacientes dermatológicos a lo largo de la historia.

La piel y la historia se encuentran relacionadas tanto en el contexto sociológico como en lo biológico, es por ello que en este siglo es importante resaltar estos valores y estudiarlos en forma conjunta con la finalidad de lograr una aproximación a las mejoras de las condiciones de salud de los afectados. De tal manera, nos atrevemos a referir a la sociología como una de las aristas, que abandonó el concepto de salud y que actualmente está resurgiendo para un enfoque enmarcado en el “holos” del paciente. Por lo anteriormente expuesto, se puede señalar a las desigualdades sociales en salud como las oportunidades de vida o de muerte de una población por su influencia directa sobre el estilo de vida y las tasas de morbi-mortalidad (10). Representan un desafío e invitan a su estudio en el mundo actual (8,9).

Entre los factores más influyentes o determinantes sobre las condiciones de vida de una población y su entorno se encuentra el factor socioeconómico, el cual suele garantizar la elevación o descenso de la esperanza de vida y el estado de salud a nivel mundial.

Es por ello que la influencia negativa de este factor, se traduce en desigualdades físicas y mentales; y disminución de las oportunidades de educación en la población general, modificando en consecuencia las condiciones sociales y disminuyendo la calidad de vida (8, 10, 11).

La inequidad (desigualdad) social es una entidad que puede considerarse como un problema de salud pública; atendiendo a esta premisa la dirección general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), crea la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) (10,12) atendiendo a los factores políticos, económicos y sociales, quienes reflejan *“las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”* (8). La visión de la comisión es un mundo donde todas las personas tengan el derecho de tener salud, siendo una cuestión de justicia social (8, 10,12).

Constituyendo la salud y sus determinantes claves un asunto de derechos humanos, como se expresó en la declaración de Alma-Ata de 1978, reitera el concepto de salud de la OMS declarado en el año 1946; en donde se

define la salud, “*es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no sólo la ausencia de enfermedad*”; es un derecho humano fundamental y la obtención del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario mundial, cuya realización requiere la acción multi – inter y transdisciplinaria (12, 13).

La calidad de vida es un importante indicador de salud, definida por la OMS en el foro Mundial de la Salud en Ginebra (1966), como: “*la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive, y con respecto a su objetivos, expectativas, e intereses*”. Se trata de un concepto muy amplio dimensionado en: la salud física del sujeto, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (14).

Otra visión de la calidad de vida, se refleja en el Buen Vivir; un concepto evoca vida saludable, se reconoce como una nueva concepción paradigmática de la calidad de vida y nace de la observación de la cultura indígena andina de los Aymara (Ecuador). La forma de vida de los habitantes de esta etnia, ha estado presente desde sus ancestros hasta la actualidad, siendo una de las poblaciones más longevas del mundo con un promedio de vida de 120 años. El fundamento de esta comunidad, se deriva de la frase Sumak Kawsay (vida o existencia plenitud), es lo equivalente en la cultura occidental al “Buen Vivir”; basándose esta en el cultivo: de relaciones de reciprocidad con todos los seres vivos, de relaciones comunitarias y de una vida equilibrada. Siendo por lo tanto este paradigma, el principal protagonista en la nueva visión de salud y de calidad de vida. Esta integración reafirma la necesidad de agregar las interacciones sociales en el estudio y diseño de estrategias de planes dirigido a hacia la políticas de salud (15).

En este orden de ideas la CSDH, integrada por 19 miembros y presidida por el profesor Sir Michael Marmot del University College de Londres, con el apoyo de la Secretaría de la OMS, creó cuatro grupos de trabajo sobre los temas como colaboración con los estados miembros, sociedad civil, redes mundiales de expertos y OMS (10,12). En septiembre de 2007 la Comisión hizo pública una declaración provisional y en agosto de 2008 el informe final, donde resaltan tres principales aspectos: a) Adoptar una función rectora, facilitando el desarrollo de medios de acción y promoviendo la coherencia entre las políticas de los organismos asociados del sistema multilateral; b) prestar apoyo a la fijación de objetivos en materia de equidad sanitaria y hacer un seguimiento de los progresos realizados al respecto en cada país y entre los países, como objetivo básico de desarrollo y por conducto de un sistema mundial de vigilancia de la equidad sanitaria; c) Fortalecer la capacidad del conjunto de la OMS en relación con los determinantes sociales de la salud (10,16).

La declaración refleja la preocupación por las desigualdades sociales, que constituyen uno de los factores desencadenantes en las alteraciones de la salud de los individuos, afecta el equilibrio bio-psico-social, componentes de la calidad de vida. Al producirse el desequilibrio de estos componentes, comienzan a surgir enfermedades de todo tipo, muchas de ellas relacionadas al medio en el que vive la población, pues es ahí donde existen innumerables factores negativos que repercuten sobre el binomio cuerpo-mente (9,17).

Como es en el caso de diversas enfermedades consecuencia de la ausencia de agua, electricidad, servicios de disposición de excretas, recolección y disposición de la basura, viviendas dignas y también, de oportunidades de trabajo y justa remuneración. Aún más, se sabe que los determinantes sociales en salud presentan múltiples facetas, desde la biológica a la conductual (12). La inseguridad social y económica, como factores sociales, constituyen una dupla causante del estrés, pues propicia la depresión del sistema hormonal, neurológico e inmune. En consecuencia la vulnerabilidad

del individuo a agentes patógenos, causantes de enfermedades infecciosas (18,19).

Por otra parte, aún bajo las mismas circunstancias en la vida, no todas las personas sometidas a factores ambientales desfavorables o estresantes como los mencionados sufren por igual los efectos de éstos. El individuo como ser humano es complejo, está dentro de entornos culturales que lo hacen reaccionar de diferentes formas en una misma sociedad ante los embates de los virus, bacterias y otros agentes causantes de enfermedades (20). En la actualidad existe información sobre las etiologías de muchas enfermedades, de igual modo hay desconocimiento preciso de cómo los factores sociales intervienen activamente en la aparición de enfermedades, y el impacto en la salud funcional (20).

En consecuencia, uno de los principales intereses es el diagnóstico clínico, parte del paradigma biologicista de la enfermedad y escasamente se toma interés por la investigación social, que puede explicar cómo los factores sociales, por estar presentes en la dinámica salud-enfermedad, dan razón de la aparición de variadas patologías, en especial las subvaloradas por el equipo de salud como en las enfermedades dermatológicas, las cuales propician un desenlace de incapacidad física o mental, o fatal para el enfermo (20,21).

Los factores sociales y la enfermedad dermatológica condicionan el aislamiento progresivo del paciente, debido a que las lesiones de piel son evidentes en la mayoría de los casos, producen segregación y como resultado final la muerte social del individuo (22). El interés de estudiar esta problemática se centra en los argumentos expuestos, específicamente dirigido a establecer la relación entre los factores sociales presentes en un conjunto de enfermedades que constituyen alteraciones en el segundo órgano más extenso del cuerpo como es la piel. El propósito anteriormente referido es indispensable llevarlo a cabo, pues en el abordaje con

enfermedades dermatológicas han experimentado cambios a través del tiempo (21).

Actualmente es insuficiente abordar al enfermo dermatológico bajo la óptica biomédica, resultando interesante ampliar el espectro de estudio complementándolo con la ayuda de la sociología y la epidemiología. Con ello se lograría conocer los aspectos relacionados a la urbanidad, vida de relación (interacción) y sus consecuencias psicológicas; 30-70% de las dermatosis pueden relacionarse con factores psicológicos. Las psicodermatosis comprenden trastornos psiquiátricos, psicofisiológicos y manifestaciones por exageración de la función normal de la piel (18,19, 21). Es preciso para el dermatólogo identificar las condiciones de vida que predisponen a las enfermedades de piel en los pacientes y no limitarse a la exploración solamente con fines de diagnóstico clínico (22,23).

Es indudable al hablar de factores sociales la presencia de un gran número de ellos que pueden afectar a la piel, pues son elementos que existen alrededor de los individuos. Es difícil hacer una categorización de ellos, pues al hacerla se debe tener en cuenta la cultura de cada comunidad, pueblo, ciudad o país. En alguna forma el estudio de los factores sociales, tanto la presencia como la influencia de ellos en las enfermedades dermatológicas, será una aproximación que no constituirá un estudio definitivo y concluyente. Considérese, por lo tanto, lo complejo de la referencia social.

Los factores sociales provienen de la familia, del ambiente, de la escuela, de los medios informativos, de los partidos políticos u organizaciones políticas, de las instituciones, del marco legal, de la historia nacional o local, del trabajo, del círculo social en que se desenvuelven los individuos, de la raza; en fin, hay un sinnúmero de ellos, en consecuencia en esta investigación no fue posible abarcarlos a todos, para poder establecer la presencia e influencia en el campo de las patologías dermatológicas.

Además, de los factores sociales, hay que considerar los psicológicos también presentes en los individuos y pueden asociarse a patologías de la

piel. De igual manera, es muy difícil abarcar toda la complejidad del aspecto psicológico de cada persona. En el grupo de enfermedades de la piel el apartado de la psicodermatosis ha sido bien estudiado, (18) en comparación con los otros factores sociales.

En un contexto general las enfermedades dermatológicas se encuentra en nuestro país, entre las veinticinco primeras causas de consulta a nivel de atención primaria y en el Sistema de Salud del Ministerio del Poder Popular para la Salud ocupa el séptimo lugar al presentarlo por aparatos y sistemas (24)

En países desarrollados, las dermatosis representan el mayor porcentaje de atención en medicina ocupacional y tienen alta tasa de discapacidad parcial o temporal en el sector industrial (25). Es por ello que la dermatología amplía su rango de acción. Sin embargo, en Venezuela no disponemos de estudios publicados sobre la materia.

El Postgrado de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, es uno de los centros de atención clave en la zona centro occidental de Venezuela, sus principales metas están orientadas hacia el contexto social y psicológico de las dermatosis; a través de la realización de estudios de carácter epidemiológico para actualizar las estadísticas en relación con la morbilidad, lo que ha permitido conocer cuáles son las diez causas más frecuentes de consulta de enfermedades dermatológicas. En función de lo señalado se ha logrado establecer cierto patrón de demanda de atención solicitada por los pacientes que ahí acuden.

En este estudio se analizaron los determinantes sociales de los pacientes que acuden al Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Enero 2013- Octubre 2013.

Con esta investigación pretendemos explorar o caracterizar la situación socioeconómica de los pacientes que acuden a la consulta de dermatología con la expresión de los determinantes sociales.

Los resultados obtenidos de la investigación confirman la necesidad de reconocer los determinantes sociales de las enfermedades dermatológicas. Por otra parte, los enfermos que acuden al servicio constituyen el principal objeto de motivación de este estudio, dado que son los sujetos a los que se podrá aplicar las recomendaciones que den a lugar los conocimientos conseguidos.

Objetivo General:

Analizar los determinantes sociales de los pacientes que acuden al Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Enero 2013-octubre 2013.

Objetivos Específicos:

- Describir las características socio demográficas de los pacientes.
- Clasificar a los pacientes según status socioeconómico.
- Distribuir a los pacientes según procedencia.
- Determinar los primeros diez diagnósticos dermatológicos.
- Relacionar el status socioeconómico y diagnóstico dermatológicos de los pacientes
- Distribuir los pacientes según las interacciones sociales.
- Establecer los tipos de interacciones sociales según el diagnóstico dermatológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio de tipo descriptivo, transversal dentro del paradigma cuantitativo.

El diseño de la investigación es transversal, de carácter observacional y de nivel analítico, dentro del paradigma cuantitativo.

El universo estuvo constituido por 6216 pacientes que acudieron al Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia – Edo. Carabobo, durante el período Enero 2013- Octubre 2013. Bajo la

técnica de muestreo no probabilístico intencionado, se estudio una muestra de 700 pacientes.

Para ingresar al estudio, los pacientes cumplieron con los criterios de inclusión: edad mayor de 15 años y ser pacientes de la consulta del servicio de Dermatología.

La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario diseñado por la autora, el cual se dividió en 4 dimensiones: socio demográficas (edad, nivel de instrucción, estado civil), status socioeconómico (Graffar y status laboral), interacción social (frecuencia familiar, contacto familiar, frecuencia de amigos, contactos de amigos y participación en actividades fuera del trabajo) y patrón dermatológico (enfermedad dermatológica) (Anexo A).

Una vez conformada la base de datos de 700 pacientes, se inició el procesamiento estadístico computarizado de la información con el programa Epi Info 3.4.5 y Excel versión 10 para Windows 8. Se realizó análisis estadístico de tipo descriptivo, (frecuencias absolutas y relativas), se toma análisis multiavariado (MANOVA) significativamente a un nivel de error de azar menor al 5% ($P < 0,05$).

RESULTADOS

De los 700 casos estudiados el promedio de edad encontrado fue de $43 \pm 17,2$ años, con una edad mínima de 15 y máxima de 86 años; predominando los grupos entre 15 -34 años en 34,7%, y los de 50-59 años en 19,7%. En cuanto al sexo 71,9% son mujeres y 28,1% son hombres. Con respecto a la orientación sexual el mayor porcentaje correspondió a los heterosexuales 97,0%, seguidos de los homosexuales 2,6%, y las otras en forma conjunta apenas llegan 0,4%.

En cuanto al estado civil, predominan los solteros 47,6%, seguidos de los casados en 26,3%, concubinos con 16,0%, divorciados 5,1% y viudos 5,0% (ver tabla 1)

De acuerdo al Graffar-Méndez Castellanos aplicado, se halló que los estratos IV (pobreza relativa) y III (clase media-media), predominaron en 46,1% y 36,0% respectivamente; siendo menores los estratos: I (clase alta) 1,7%, II (clase media-alta) y V (pobreza extrema) representados por 12,3% y 3,7% respectivamente (ver tabla 2).

El grado de instrucción predominante fue la educación secundaria con 48,4%, a continuación la primaria con 28,3% y técnica superior completa con 11,7%. Los demás tienen una representación inferior al 10% (ver tabla 2).

El status laboral empleado 34,3% fue predominante con respecto a la ocupación del hogar 22,9%, estudiante 14,3% y desempleado 11,4%, siendo las otras categorías inferiores al 10% (ver tabla 2).

En la procedencia por estado fue dominante el estado Carabobo, con la representación 97,9%, seguido por el estado Cojedes con 1,7%, Yaracuy, Aragua y Falcón presenta 0,1% en los estados donde viven los pacientes. La distribución por municipios en el estado Carabobo, sobresale Valencia con 65,96%, seguido por municipios Libertador con 11,7% y Los Guayos con 6,1%, respecto al total de pacientes investigados (ver tabla 3).

En cuanto o relacionado a las patologías más frecuentes se encontró el acné en 14,1%, la psoriasis 11,1%, la dermatitis seborreica 8,4% y 37,6% otros diagnósticos (ver tabla 4)

Al examinar las dermatosis según Graffar se halló una baja aparición de los diagnósticos dermatológicos en la escala I, sin predominio de las dermatosis más frecuente del servicio, solo 25,0% de pacientes presentaron acné y 16,7% dermatitis seborreica de los doce pacientes de este estrato. Para el Graffar II, acné 15,1% y psoriasis 14,0% resultaron los diagnósticos de mayor frecuencia y 50,0% restante se dividieron entre 39,5% otras causas, 4,7% onicomicosis, carcinoma baso celular 3,5% y pitiriasis versicolor 2,3%.

Nuevamente, el acné, la psoriasis y la dermatitis seborreica figuran como los tres diagnósticos de mayor representación, con 14,3%, 11,1% y 8,7% respectivamente en la escala III del Graffar y con menor porcentaje se encuentran la pitiriasis versicolor 1,6% y vitíligo 1,2% (ver tabla 5).

En la categoría de Graffar IV, el acné, la psoriasis y la dermatitis seborreica vuelven a posicionarse en los tres primeros lugares como diagnósticos de mayor presencia con 13,0%, 11,4% y 8,3% respectivamente, los diagnósticos de reacción por medicamentos 2,8% y vitíligo 1,9% se encuentran por debajo del 5% de representación en este grupo. Y el estrato de pobreza extrema (Graffar V), aparece el acné, el carcinoma basocelular y la reacción por medicamentos con más de un caso, con porcentajes respectivos de 19,2, 11,5 y 7,7 con respecto a los otros diagnósticos (ver tabla 6).

Las interacciones sociales, el contacto personal diario o semanal con miembros de la familia que no vivan en casa fue predominante (frecuencia familiar 1) (69,0%), mientras que la frecuencia familiar 2 (varias veces al mes) representó 20,9% del grupo y sólo 10,1% menor a una vez al mes (frecuencia familiar 3).

La frecuencia de amigos fue similar al contacto con los familiares, ya que 64,1% lo hacía diario o semanal, también siendo predominante, al mes varias veces o mensual 23,2% y menos de una vez o nunca 12,7%.

Para el contacto no personal diario o semanal con familiares (contacto familiar 1) siguió el patrón de la frecuencia familiar 1, pues con una regularidad diaria o semanal 66,8%, varias veces al mes (contacto familiar 2) 21,4% y menos de una vez al mes o nunca 11,8%. El contacto no personal con amigos fue diario o semanal (contacto de amigos 1) responde al 41,3%, varias veces al mes o mensual (contacto de amigos 2) 33,3% y menos de una vez al mes o nunca (contacto de amigos 3) 25,7%.

La participación en actividades no organizadas por el trabajo predominó la falta participación en 70,6% (ver tabla 7).

Entre las tres categorías de frecuencia familiar, la pitiriasis versicolor presentó como diagnóstico dermatológico la mayor presencia de en contacto personal diario o semanal con miembros de su familia que no vivan en la misma casa (frecuencia familiar 1) al aparecer con 76,5%, seguido por la onicomicosis 73,0%, dermatitis seborreica 71,2% y el vitíligo con 50,0% representó el grupo con menos contacto familiar directo (ver tabla 8).

Para la frecuencia familiar de contacto personal varias veces al mes o mensual con su familia (frecuencia familiar 2) predominó en los pacientes con psoriasis 32,1%, seguido de carcinoma basocelular 24,1%, melasma y reacción por medicamentos con porcentaje igual de 20,8%; la pitiriasis versicolor 17,6% y otras causas con 18,3% resultaron las menos representadas (ver tabla 8).

La enfermedad predominante para la categoría de contacto personal menos de una vez al mes o nunca con su familia (frecuencia familiar 3) resultó el vitíligo con 30,0%, luego dermatitis de contacto 16,7% y melasma 14,6% al

contrario de los porcentajes obtenidos por las entidades como onicomicosis 8,1 y pitiriasis versicolor (ver tabla 8).

Cuatro diagnósticos con 70,0% o más de incidencia aparecen en la categoría de contacto personal diario o semanal con amigos de frecuencia de amigos (frecuencia de amigos 1), siendo la dermatitis seborreica 71,2%, reacción por medicamentos 70,8%, pitiriasis versicolor 70,6% y vitiligo 70,0% a diferencia de la dermatitis de contacto con 58,3% (ver tabla 9).

Para la siguiente categoría, contacto personal varias veces al mes o mensual (frecuencia de amigos 2) con 20,0% o más de incidencia aparece dermatitis de contacto (25,0%), onicomicosis (24,3%) y menor proporción la reacción por medicamentos 16,7%. En contacto personal menos de una vez al mes o nunca con amigos (frecuencia de amigos 3), a excepción de la pitiriasis versicolor, todos los diagnósticos presentan porcentajes del 10,0% o más (ver tabla 9).

En contacto familiar en la categoría que expresa "su familiar tiene contacto no personal con usted a diario o semanal" (contacto familiar 1), aparecen en ésta, seis diagnósticos con 70,0% o más de incidencia, que son dermatitis seborreica y melasma con porcentaje idéntico de 72,9%, luego con 70,8% reacción por medicamentos, seguido de acné (70,7%), onicomicosis (70,3%) y vitiligo (70,0%), la psoriasis con 57,7% representó el menor porcentaje (ver tabla 10).

En la siguiente categoría, que dice "su familia tiene contacto no personal con usted varias veces al mes o mensual" (contacto familiar 2), el vitiligo con 30,0% resultó predominante a diferencia de la reacción por medicamento 12,5%. En la tercera categoría que dice si su familia tiene contacto no personal con usted menos de una vez al mes o nunca (contacto familiar 3), la

psoriasis representó el mayor porcentaje con 17,9 y la pitiriasis versicolor el menor porcentaje con 5,9 (ver tabla 10).

En contacto con amigos para la categoría referida al contacto no personal diario o semanal (contacto de amigos 1), predominaron el carcinoma basocelular con 55,5% y la onicomycosis 51,4%, a diferencia de la pitiriasis versicolor 23,5% (ver tabla 11).

Para la categoría de frecuencia siguiente, sus amigos tienen contacto no personal con usted varias veces al mes o mensual (contacto de amigo 2), predominó la pitiriasis versicolor 52,9% y dermatitis de contacto con 41,7%, entre las menos predominante se encontraron la onicomycosis 16,2% y el carcinoma basocelular 20,7%. Para la última categoría, sus amigos tienen contacto no personal con usted menos de una vez o nunca (contacto de amigo 3), aparecen con mayoría porcentual en esta categoría onicomycosis con 32,4%, acné (29,3%) y melasma (27,1%) y el menor porcentaje resulto para el vitíligo 10,0 (ver tabla 11).

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES
SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA C.H.E.T. ENERO-OCTUBRE 2013.

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS	f (%)*
15 – 34	243 (34,7)
35 – 44	127 (18,1)
45 – 49	60 (8,6)

EDAD (AÑOS)	50 – 59	138 (19,7)
	60 – 74	109 (15,6)
	75 O MAS	23 (3,3)
GÉNERO	FEMENINO	503 (71,9)
	MASCULINO	197 (28,1)
ORIENTACIÓN SEXUAL	HETEROSEXUAL	679 (97,0)
	HOMOSEXUAL	18 (2,6)
	BISEXUAL	2 (0,3)
	TRANSEXUAL	1 (0,1)
EDO CIVIL	SOLTERO(A)	333 (47,6)
	CASADO (A)	184 (26,3)
	CONCUBINO (A)	112 (16,0)
	DIVORCIADO (A)	36 (5,1)
	VIUDO (A)	35 (5,0)

*PORCENTAJES EN BASE A SETECIENTOS PACIENTES
FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES
SEGÚN STATUS SOCIOECÓMICO
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA C.H.E.T. ENERO-OCTUBRE 2013.

STATUS SOCIOECÓMICO		f (%)*
GRAFFAR (ESTRATOS)	I	12 (1,7)
	II	86 (12,3)
	III	252 (36,0)
	IV	324 (46,1)

	V	26 (3,7)
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	ANALFABETA	22 (3,1)
	PRIMARIA	198 (28,3)
	SECUNDARIA	339 (48,4)
	TECNICA SUPERIOR COMPLETA	82 (11,7)
	UNIVERSITARIA COMPLETA	48 (6,9)
STATUS LABORAL	EMPLEADO	240 (34,3)
	DEL HOGAR	160 (22,9)
	ESTUDIANTE	100 (14,3)
	DESEMPLEADO	80 (11,4)
	JUBILADO	54 (7,7)
	INCAPACITADO (A)	26 (3,7)
	OTRA SITUACION DE INACTIVIDAD	40 (5,7)

PORCENTAJES EN BASE A SETECIENTOS PACIENTES
FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN PROCEDENCIA
POR ESTADO Y MUNICIPIO CORRESPONDIENTE
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA C.H.E.T. ENERO-OCTUBRE 2013.

ESTADO	MUNICIPIO	f (%)*
--------	-----------	--------

CARABOBO 685 (97,9%)	VALENCIA	463 (65,96)
	BEJUMA	11 (1,6)
	CARLOS ARVELO	21 (3,0)
	DIEGO IBARRA	7 (1,0)
	GUACARA	14 (2,0)
	JUAN JOSÉ MORA	5 (0,7)
	LIBERTADOR	80 (11,7)
	LOS GUAYOS	42 (6,1)
	MIRANDA	2 (0,3)
	MONTALBÁN	2 (0,3)
	NAGUANAGUA	17 (2,5)
	PUERTO CABELLO	4 (0,6)
	SAN DIEGO	13 (1,9)
SAN JOAQUÍN	4 (0,6)	
COJEDES 12 (1,7%)	SAN CARLOS TINAQUILLO	6 (0,9) 6 (0,9)
YARACUAY 1 (0,1%)	NIRGUA	1 (0,1)
ARAGUA 1 (0,1%)	MARACAY	1 (0,1)
FALCON 1 (0,1)	TUCACAS	1 (0,1)

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA 4
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN
DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA C.H.E.T. ENERO-OCTUBRE 2013

DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO	f (%)*
ACNÉ	99 (14,1)
PSORIASIS	78 (11,1)
DERMATITIS SEBORREICA	59 (8,4)

MELASMA	48 (6,9)
ONICOMICOSIS	37 (5,3)
DERMATITIS DE CONTACTO	36 (5,1)
C CARCINOMA BASOCELULAR	29 (4,1)
R REACCIÓN POR MEDICAMENTOS	24 (3,4)
P PITIRIASIS VERSICOLOR	17 (2,4)
V VITILIGO	10 (1,4)
OTROS	263 (37,6)
T TOTAL	700 (100)

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA 5
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN STATUS
SOCIOECONÓMICO: CLASE ALTA, CLASE MEDIA ALTA, CLASE MEDIA-
MEDIA Y DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO.
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA C.H.E.T. ENERO-OCTUBRE 2013.

GRAFFAR	DIAGNÓSTICOS DERMATOLÓGICOS	f (%)*
	ACNÉ	3 (25,0)

CLASE ALTA (n = 12)	DERMATITIS SEBORREICA	2 (16,7)
	DERMATITIS DE CONTACTO	1 (8,3)
	MELASMA	1 (8,3)
	PITIRIASIS VERSICOLOR	1 (8,3)
	OTROS	4 (33,3)
CLASE MEDIA ALTA (n = 86)	ACNÉ	13 (15,1)
	PSORIASIS	12 (14,0)
	DERMATITIS SEBORREICA	7 (8,1)
	MELASMA	6 (7,0)
	DERMATITIS DE CONTACTO	5 (5,8)
	ONICOMICOSIS	4 (4,7)
	CARCINOMA BASOCELULAR	3 (3,5)
	PITIRIASIS VERSICOLOR	2 (2,3)
	OTROS	34 (39,5)
CLASE MEDIA-MEDIA (n = 252)	ACNÉ	36 (14,3)
	PSORIASIS	28 (11,1)
	DERMATITIS SEBORREICA	22 (8,7)
	MELASMA	19 (7,5)
	DERMATITIS DE CONTACTO	14 (5,6)
	REACCIÓN POR MEDICAMENTOS	13 (5,2)
	ONICOMICOSIS	10 (4,0)
	CARCINOMA BASOCELULAR	6 (2,4)
	PITIRIASIS VERSICOLOR	4 (1,6)
	VITILIGO	3 (1,2)
	OTROS	97 (38,5)

*PORCENTAJES EN BASE A NÚMERO DE PACIENTES SEGÚN ESTRATIFICACIÓN DE GRAFFAR MENDEZ-CASTELLANOS: CLASE ALTA (GRAFFAR I), CLASE MEDIA ALTA (GRAFFAR II), CLASE MEDIA-MEDIA (GRAFFAR III).

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA 6
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN STATUS
SOCIOECONÓMICO: POBREZA RELATIVA, POBREZA EXTREMA Y
DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO.
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA C.H.E.T. ENERO-OCTUBRE 2013.

GRAFFAR	DIAGNÓSTICOS DERMATOLÓGICOS	f (%)*
---------	--------------------------------	--------

POBREZA RELATIVA (n = 324)	ACNÉ	42 (13,0)
	PSORIASIS	37 (11,4)
	DERMATITIS SEBORREICA	27 (8,3)
	MELASMA	22 (6,8)
	ONICOMICOSIS	22 (6,8)
	CARCINOMA BASOCELULAR	17 (5,2)
	DERMATITIS DE CONTACTO	16 (4,9)
	PITIRIASIS VERSICOLOR	10 (3,1)
	REACCIÓN POR MEDICAMENTOS	9 (2,8)
	VITILIGO	6 (1,9)
	OTROS	116 (35,8)
POBREZA EXTREMA M (n = 86)	ACNÉ	5 (19,2)
	CARCINOMA BASOCELULAR	3 (11,5)
	REACCIÓN POR MEDICAMENTOS	2 (7,7)
	PSORIASIS	1 (3,8)
	DERMATITIS SEBORREICA	1 (3,8)
	ONICOMICOSIS	1 (3,8)
	VITILIGO	1 (3,8)
	OTROS	12 (46,2)

* PORCENTAJES EN BASE A NÚMERO DE PACIENTES SEGÚN ESTRATIFICACIÓN DE GRAFFAR MENDEZ-CASTELLANOS: POBREZA RELATIVA (GRAFFAR IV) Y POBREZA EXTREMA (GRAFFAR V).
FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA 7
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN INTERACCIÓN SOCIAL.
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA C.H.E.T. ENERO-OCTUBRE 2013

INTERACCIÓN SOCIAL	PREGUNTA	f (%)*
-----------------------	----------	--------

FRECUENCIA FAMILIAR	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Presenta usted contacto personal diario o semanal con miembros de su familia que no vivan en la misma casa? 2. ¿Presenta usted contacto personal varias veces al mes o mensual con su familia? 3. ¿Presenta usted contacto personal menos de una vez al mes o nunca con su familia? 	<p>483 (69,0)</p> <p>146 (20,9)</p> <p>71 (10,1)</p>
FRECUENCIA DE AMIGOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Presenta usted contacto personal diario o semanal con miembros de su familia que no vivan en la misma casa? 2. ¿Presenta usted contacto personal varias veces al mes o mensual con su familia? 3. ¿Presenta usted contacto personal menos de una vez al mes o nunca con su familia? 	<p>49 (64,1)⁴</p> <p>162 (23,2)</p> <p>9 (12,7)⁸</p>
CONTACTO FAMILIAR	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Su familiar tiene contacto no personal con usted a diario o semanal? 2. ¿Su familia tiene contacto no personal con usted varias veces al mes o mensual? 3. ¿Su familia tiene contacto no personal con usted menos de una vez al mes o nunca? 	<p>467 (66,8)</p> <p>150 (21,4)</p> <p>83 (11,8)</p>
CONTACTO DE AMIGOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Sus amigos tienen contacto no personal con usted a diario o semanal? 2. ¿Sus amigos tienen contacto no personal con usted varias veces al mes o mensual? 3. ¿Sus amigos tienen contacto no personal con usted menos de una vez al mes o nunca? 	<p>289 (41,3)</p> <p>231 (33,0)</p> <p>180 (25,7)</p>
PARTICIPANTE	¿Usted participa en alguna actividad no organizada por el trabajo?	206 (29,4)

*PORCENTAJES EN BASE A SETECIENTOS PACIENTES

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN DIAGNÓSTICO

DERMATOLÓGICO Y FRECUENCIA FAMILIAR

SERVICIO DE DERMATOLOGÍA C.H.E.T. ENERO-OCTUBRE 2013

FRECUENCIA FAMILIAR

DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO	FRECUENCIA FAMILIAR 1	FRECUENCIA FAMILIAR 2	FRECUENCIA FAMILIAR 3	TOTAL (%)
ACNÉ	70 (70,7)	20 (20,2)	9 (9,1)	99 (14,1)
PSORIASIS	44 (56,4)	25 (32,1)	9 (11,5)	78 (11,1)
DERMATITIS SEBORREICA	42 (71,2)	12 (20,3)	5 (8,5)	59 (8,4)
MELASMA	31 (64,6)	10 (20,8)	7 (14,6)	48 (6,9)
ONICOMICOSIS	27 (73,0)	7 (18,9)	3 (8,1)	37 (5,3)
DERMATITIS DE CONTACTO	23 (63,9)	7 (19,4)	6 (16,7)	36 (5,1)
CARCINOMA BASOCELULAR	20 (69,0)	7 (24,1)	2 (6,9)	29 (4,1)
REACCIÓN POR MEDICAMENTOS	17 (70,8)	5 (20,8)	2 (8,3)	24 (3,4)
PITIRIASIS VERSICOLOR	13 (76,5)	3 (17,6)	1 (5,9)	17 (2,4)
VITILIGO	5 (50,0)	2 (20,0)	3 (30,0)	10 (1,4)
OTROS	191 (72,6)	48 (18,3)	24(9,1)	263 (37,6)
TOTAL	483 (69,0)	146 (20,9)	71 (10,1)	700 (100)

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA 9
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN
DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO Y
FRECUENCIA DE AMIGOS

SERVICIO DE DERMATOLOGÍA C.H.E.T. ENERO-OCTUBRE 2013

FRECUENCIA DE AMIGOS

DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO	FRECUENCIA DE AMIGOS 1	FRECUENCIA DE AMIGOS 2	FRECUENCIA DE AMIGOS 3	TOTAL (%)
ACNÉ	64 (64,6)	20 (20,2)	15 (15,2)	99 (14,1)
PSORIASIS	53 (67,9)	17 (21,8)	8 (10,3)	78 (11,1)
DERMATITIS SEBORREICA	42 (71,2)	11 (18,6)	6 (10,2)	59 (8,4)
MELASMA	32 (66,7)	9 (18,8)	7 (14,6)	48 (6,9)
ONICOMICOSIS	22 (59,5)	9 (24,3)	6 (16,7)	37 (5,3)
DERMATITIS DE CONTACTO	21 (58,3)	9 (25,0)	6 (16,7)	36 (5,1)
CARCINOMA BASOCELULAR	20 (69,0)	6 (20,7)	3 (10,3)	29 (4,1)
REACCIÓN POR MEDICAMENTOS	17 (70,8)	4 (16,7)	3 (12,5)	24 (3,4)
PITIRIASIS VERSICOLOR	12 (70,6)	4 (23,5)	1 (5,9)	17 (2,4)
VITILIGO	7 (70,0)	2 (20,0)	1 (10,0)	10 (1,4)
OTROS	159 (60,5)	71 (27,0)	33 (12,5)	263 (37,6)
TOTAL	449 (64,1)	162 (23,1)	89 (12,7)	700 (100)

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA 10

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO Y FRECUENCIA DE CONTACTO FAMILIAR
SERVICIO DE DERMATOLOGÍA C.H.E.T. ENERO-OCTUBRE 2013**

CONTACTO FAMILIAR

DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO	CONTACTO FAMILIAR 1	CONTACTO FAMILIAR 2	CONTACTO FAMILIAR 3	TOTAL (%)
ACNÉ	70 (70,7)	21 (21,2)	8 (8,1)	99 (14,1)
PSORIASIS	45 (57,7)	19 (24,4)	14 (17,9)	78 (11,1)
DERMATITIS SEBORREICA	43 (72,9)	11 (18,6)	5 (8,5)	59 (8,4)
MELASMA	35 (72,9)	8 (16,7)	5 (10,4)	48 (6,9)
ONICOMICOSIS	28 (70,3)	6 (16,2)	5 (13,5)	37 (5,3)
DERMATITIS DE CONTACTO	22 (61,1)	8 (22,2)	6 (16,7)	36 (5,1)
CARCINOMA BASOCELULAR	20 (69,0)	5 (17,2)	4 (13,8)	29 (4,1)
REACCIÓN POR MEDICAMENTOS	17 (70,8)	3 (12,5)	4 (16,7)	24 (3,4)
PITIRIASIS VERSICOLOR	11 (64,7)	5 (29,4)	1 (5,9)	17 (2,4)
VITILIGO	7 (70,0)	3 (30,0)	0 (0,0)	10 (1,4)
OTROS	171 (65,0)	61 (21,2)	8 (8,1)	263 (37,6)
TOTAL	467 (66,7)	150 (21,4)	83 (11,9)	700 (100)

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TABLA 11

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO Y FRECUENCIA DE CONTACTO CON AMIGOS SERVICIO DE DERMATOLOGÍA C.H.E.T. ENERO-OCTUBRE 2013.

CONTACTO DE AMIGOS

DIAGNÓSTICO DERMATOLÓGICO	CONTACTO DE AMIGOS 1	CONTACTO DE AMIGOS 2	CONTACTO DE AMIGOS 3	TOTAL (%)
ACNÉ	39 (39,4)	31 (31,3)	29 (29,3)	99 (14,1)
PSORIASIS	34 (43,6)	28 (35,9)	16 (20,5)	78 (11,1)
DERMATITIS SEBORREICA	25 (42,4)	20 (33,9)	14 (23,7)	59 (8,4)
MELASMA	16 (33,3)	19 (39,6)	13 (27,1)	48 (6,9)
ONICOMICOSIS	19 (51,4)	6 (16,2)	12 (32,4)	37 (5,3)
DERMATITIS DE CONTACTO	13 (36,1)	15 (41,7)	8 (22,2)	36 (5,1)
CARCINOMA BASOCELULAR	16 (55,2)	6 (20,7)	7 (24,1)	29 (4,1)
REACCIÓN POR MEDICAMENTOS	11 (45,8)	7 (29,2)	6 (25,0)	24 (3,4)
PITIRIASIS VERSICOLOR	4 (23,5)	9 (52,9)	4 (23,5)	17 (2,4)
VITILIGO	5 (50,0)	4 (40,0)	1 (10,0)	10 (1,4)
OTROS	107 (40,7)	86 (32,7)	70 (26,6)	263 (37,6)
TOTAL	289 (41,3)	231 (33,0)	180 (25,7)	700 (100)

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DISCUSIÓN

De la muestra estudiada se observó predominio del grupo entre 15 -34 años (34,7%), y el promedio de edad fue de 43 años, con desviación estándar de

17,2 años y error estándar 0,65 años; la edad mínima de 15 años y máxima de 86 años; a diferencia de los resultados de Dalgard et al en el 2005, en la caracterización de la asociación entre la morbilidad de las enfermedades dermatológicas y los factores psicosociales en la población general de Oslo-Noruega, obtuvieron como grupo de edad predominante de 40-45 años (35,2%), seguido de 59-60 años y de 30 años (26). Nuevamente este autor en el año 2007, insiste estudiar esta relación pero asociada al prurito, al describir la prevalencia, gravedad y su relación a factores psicosociales a través de la aplicación de un cuestionario a 40.888 adultos: 27% reportaron prurito de los cuales 36,7% correspondieron al grupo de 40-45 años, seguido de 30 años (27). En Valencia -Venezuela, Vivas et al 2012, realizan un estudio descriptivo de los pacientes del Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" sobre la calidad de vida en pacientes con reciente diagnóstico de psoriasis; la edad promedio de los pacientes estudiados fue 35,70 años \pm 1,09, con una dispersión de 11,12 años, una edad mínima de 16 años, una máxima de 73 años y un coeficiente de variación de 31% (28).

En cuanto la prevalencia en el sexo, varios autores como: Dalgard et al en sus estudios de los años 2005 y 2007, reportaron mayor prevalencia en el sexo femenino 55% y 49,9%, respectivamente (26,27); Mattered et al (2013), en el estudio de incidencia y determinantes del prurito crónico observaron predominio del sexo femenino con 58% sobre masculino 42% (29). Resultados similares se encontró en la presente investigación, predominio el sexo femenino (71,9%) mientras el sexo masculino tuvo una prevalencia de 28,1%, al analizar estos valores podemos observar una gran diferencia porcentual, con una relación de 3:1(f:m). Según resultados del censo 2011 la población del estado Carabobo es de 2.245.744 habitantes, la distribución por sexo de esta población es 48,7% hombres y 51,3% mujeres (30).

Los estudios acerca de las orientaciones sexuales y las dermatosis no se han realizado; la literatura reporta la influencia del género sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Nureña et al en el 2013, refieren a los hombres homosexuales, transgéneros y trabajadoras sexuales, unas de las poblaciones con mayor conocimiento de Virus de Papiloma Humano (VPH) (31); pero también unas de las más propensas al padecimiento de la mismas, por las conductas sexuales riesgosas descritas en el estudio de Abu-Raddad et al en el 2010, sobre las infecciones de Herpes Humano tipo 2, como marcador de riesgo de HIV en el Medio Oriente y África del Norte (32). En nuestro estudio el mayor porcentaje correspondió a los heterosexuales (97,0%), seguido de los homosexuales 2,6%, y los restantes géneros apenas llegan 0,4% en forma conjunta, esta tendencia se pudiera deber al predominio del sexo femenino.

En cuanto al estado civil, Dalgard et al en el 2005, determinaron el estatus marital de acompañado (refiere termino a los pacientes que cohabitan en pareja o grupo familiar), representó 55,2% de los pacientes, a diferencia de los solteros(as) 49,8%, presentaban mayor asociación entre la morbilidad de las enfermedades dermatológicas y los factores psicosociales en la población general de Oslo, Noruega (26). A diferencia del presente estudio donde los solteros(as) 47,6% resultó la población más afectada a las enfermedades dermatológicas, seguido de los estados de: casado(a) (26,3%), concubino(a) (16,0%), divorciado(a) (5,1%) y viudo(a) (5,0%).

Las enfermedades dermatológicas afectan a individuos pertenecientes a todos los estratos socioeconómicos, esta afirmación se observa en el estudio de Vivas et al 2013, donde la pobreza relativa (Graffar IV) estuvo representada por 47,12%, seguida de la clase media-media (Graffar III) 31,73%, pobreza relativa 11,54% (Graffar V), clase media alta (Graffar II) 8,56% y clase alta 0,96% (Graffar I); resultados similares a los obtenidos en

la presente investigación, debido a las características del centro (Hospital tipo IV) y con una cobertura del área centro occidental del país, pudiese explicar la frecuencia de estrato IV (46,3%) y III (36%).

Sin duda alguna el nivel de instrucción de una población es uno de los determinantes de salud más importantes. Dalgard et al (2005), determinaron que los pacientes con educación primaria 37,5% presentaban mayor morbilidad de enfermedades dermatológicas que los pacientes con formación universitaria 29,3% (26); a diferencia de Matteredne et al 2013, donde el nivel de educación no juega un papel fundamental como determinante en el prurito crónico por presentar resultados similares en la educación primaria 37%, educación secundaria avanzada 37,6% y la secundaria ordinaria 24,6% (29).

En nuestro estudio, el grado de instrucción predominante fue la educación secundaria con 48,4%, a continuación la primaria con 28,3% y técnica superior completa con 11,7%; demostrando que las barreras educacionales cada día son superadas y representan un determinante social de la población venezolana.

Otra característica sociodemográfica, es el status laboral, en la investigación de Matteredne et al (2013), sobre los determinantes del prurito crónico, describen el estado empleado (50,6%) como el de mayor predominancia, seguido de los jubilados 37% y otros status 12,3% (29); a diferencia de los resultados de Jones et al 2007, donde la mayoría de los pacientes con acné eran estudiantes 72,1%, seguido de los empleados 25,1% y desempleado 2,8% (33). Los resultados de los primeros resultados expuestos, coinciden con nuestra investigación por la predominancia del status laboral empleado (34,3%) con respecto a la ocupación del hogar (22,9%), estudiante (14,3%) y desempleado (11,4%), siendo las otras categorías inferiores al 10%.

Al analizar el lugar de procedencia de los pacientes, Vivas et al 2013 encontraron 54% de los pacientes pertenecían al municipio Valencia, seguido por el municipio Libertador 16%, municipio Carlos Arvelo 8%, los Guayos 6%, otros estados 5%. Bastidas et al 2012, en la distribución de los pacientes con linfoma cutáneos, Valencia nuevamente se posiciono en 1er lugar con 50%, a continuación municipio Libertador (16,6%), Carlos Arvelo 10%, Guacara 6,6%, San Diego 3,3% y otros municipios 6,6%. Para el año 2013 en este trabajo, la distribución del servicio se mantuvo: Valencia (65,96%), Libertador (11,7%), Los Guayos (6,1%), a excepción del Municipio Carlos Arvelo 3,0%. Estos resultados se deben al punto de vista geopolítico del estado Carabobo, cuenta con 14 municipios y 38 parroquias. Valencia es el municipio con mayor densidad poblacional, según el [INE \(2013\)](#) (30).

En el informe de gestión del año 2012-2013 del servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, la psoriasis, acné y la dermatitis seborreica se encuentran dentro de las tres primeras causas de consulta; entre las últimas diez causas: la dermatofitosis, verrugas vulgares, vitíligo y pitiriasis versicolor (34,35). Esta tendencia se mantuvo el periodo de la investigación, a diferencia del acné que ocupó el primer lugar.

Al analizar la asociación de los pacientes según la escala socioeconómica y enfermedades dermatológicas, en el estudio de Sauaia et al 2009, reportaron las desigualdades de orden social en el cáncer de piel tipo melanoma, debido a las barreras de salud, alfabetización e idioma presentadas por algunos habitantes en la población de los Estados Unidos entre los años 2001-2005, estos hallazgos sugieren que los esfuerzos para disminuir las diferencias en las tasas de supervivencia deben dirigirse a el diagnóstico de cáncer de piel entre las minorías en las primeras etapas (36); al realizar el análisis de esta asociación en nuestro servicio de dermatología, se encontró una baja aparición de los diagnósticos dermatológicos en la clase alta, siendo el acné y la dermatitis seborreica, patologías

dermatológicas principales de este estrato, a diferencia de los siguientes estratos clase media-alta, clase media-media y pobreza relativa, presentando un comportamiento similar en todos los individuos pertenecientes a los '0 estratos socioeconómicos anteriormente mencionado; a excepción del estrato pobreza extrema, donde el carcinoma basocelular ocupa el segundo diagnostico, debido a las condiciones de vivienda y la falta de educación con respecto a esta patología.

En la distribución de los pacientes según interacción social, nos demostró la necesidad del hombre del ser un ente biológico aislado para interrelacionarse con su entorno: familia, trabajo, comunidad y entorno ecológico, como un individuo social diferenciado (9,37). El contacto personal diario o semanal con miembros de la familia que no vivan en casa fue predominante (frecuencia familiar 1) (69,0%); representando la familia como un ente representativo de la comunidad, siendo un pilar fundamental para la canalización las inquietudes del grupo familiar, contribuye a la formación de sus miembros para su futuro. Las demás interacciones sociales parten del fundamento anteriormente expuesto.

Conceptos como la estigmatización, segregación o rechazo han sido perfectamente entendidos cuando se estudia las enfermedades dermatológicas en el contexto social.

Las enfermedades de piel y el concepto de estigma, han generado la permanencia de la entidad dermatológica en el contexto histórico; enfermedades como el vitíligo, la psoriasis y la lepra (por ejemplo), al momento del análisis de las integraciones de los sujetos enfermos a los grupos de actividad social o de trabajo, en los cuales cualquier ser humano debería desenvolverse (2-5).

La interacción social es un tema de máximo interés para algunas áreas, sobre todo para el área de las especialidades médicas como la dermatología cuyas implicaciones sociales han sido ampliamente estudiadas e incorporadas en los fenómenos biológicos relacionados a cada dermatopatías. Desde el año 1994 (Enhlers et al) relacionan las interacciones sociales como factores estresantes en la historia natural de la dermatitis atópica (38).

En nuestro análisis, lo podemos dividir en dos grandes planos, desde el punto de vista de interacción social: las llamaremos estigmatizantes, aquellas enfermedades que provocan rechazo de cualquier grupo, en que haya permanecido el sujeto en cuestión; y no estigmatizantes, aquellas dermatosis que aun conociendo el grupo social y el diagnóstico de enfermedad del sujeto que la padece no genera rechazo.

El comportamiento de las interacciones sociales involucradas en el contacto directo con familiares y amigos, resulto similar en las dermatosis como: onicomycosis, dermatitis seborreica, pitiriasis versicolor y reacción por medicamentos (enfermedades no estigmatizantes) debido al mayor acercamiento con el entorno; a diferencia del vitíligo (enfermedad estigmatizante) presenta escasa interrelación con el ámbito familiar.

En las interacciones sin contacto directo de familiares y amigos, enfermedades como la psoriasis, vitíligo y acné (enfermedades estigmatizantes) presentan mayor grado de interacción por este medio de comunicación a diferencia del contacto cara-cara.

Refiere Goffman en su libro de identidad deteriora "En el plano laboral hay características que no deben tener ningún efecto sobre idoneidad para realizar tareas solitarias, claro está, establecemos esta discriminación en perjuicio de dicho individuo, simplemente por los sentimientos que nos producen al mirarlo, en este paradigma entra la imagen corporal como una

de las aristas de las interacciones sociales. Siendo la fealdad, un estigma en el desenvolvimiento social de los individuos afectados por esta condición” (39). Nos preguntamos: ¿La enfermedad dermatológica es un defecto?

Al hablar sobre el “defecto” en los pacientes dermatológicos, se considera como un concepto de orden social; el análisis de “defecto” es la representación de las características de piel, encontrada fuera de lo “normal”, resulta “defectuoso” y “rechazo”; de allí el interés de participar en el conocimiento de las actitudes de los sujetos al relacionarse con aquellos que reconocemos como pacientes dermatológicos.

Al hablar de visibilidad hay que distinguirla, entonces de otros problemas, el conocimiento atribuible, la fuerza con que se imprime y su foco de percepción (39).

Cuando un estigma es perceptible o percibido, es necesario realizar un análisis profundo para determinar cuánto puede influir en la interacción.

Por ejemplo al participar en una reunión familiar o de amigos, no pasara inadvertido aquel que tenga toda su piel despigmentada o simplemente a dar la mano deje sus costras en la del otro, puede ser difícil de ignorar. Agregar planteamiento, será los pacientes con enfermedades estigmatizantes se excluyen.

CONCLUSIONES

En la distribución de los pacientes según las características socio demográficas, se observó predominio del grupo entre 15 -34 años, de sexo

femenino y con respeto al género, el mayor porcentaje correspondió a los heterosexuales.

Al aplicar la escala de Graffar-Méndez Castellanos, señala como principales estratos: IV (pobreza relativa) y III (clase media-media). La mayoría de la población presenta el estado civil de soltero(a), con un grado de instrucción de secundaria, de estatus laboral empleado.

En la procedencia por estado fue dominante el estado Carabobo, municipio Valencia.

El acné resultó el primer motivo de consulta, seguido de la psoriasis y de la dermatitis seborreica. Al realizar el análisis de las dermatosis según el Graffar, se encontró una baja aparición de los diagnósticos dermatológicos en la escala I, sin predominio de las dermatosis más frecuente del servicio, los estratos clase media-alta, clase media-media y pobreza relativa, presentaron comportamiento similar en todos los individuos; a excepción del estrato pobreza extrema, donde el carcinoma basocelular ocupa el segundo diagnóstico.

Las interacciones sociales, el contacto personal y no personal diario con miembros de la familia que no cohabitan y amigos fueron predominantes en todos los pacientes.

Al interrelacionar las interacciones sociales con principales dermatosis del servicio, las involucradas en el contacto directo con familiares y amigos, resultó similar en las dermatosis como: onicomiosis, dermatitis seborreica, pitiriasis versicolor y reacción por medicamentos (enfermedades no estigmatizantes); a diferencia del vitíligo (enfermedad estigmatizante) presenta escasa interrelación con el ámbito familiar.

En las interacciones sin contacto directo de familiares y amigos, enfermedades como la psoriasis, vitíligo y acné (enfermedades estigmatizantes) presentan mayor grado de interacción.

No hay conflictos de intereses para la presente investigación, declara la autora.

RECOMENDACIONES

Realizar estudios que permitan valorar la dimensión bio-psico-social de los pacientes atendidos para plantear políticas de estados desde las bases.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Hossein M, Bahadori M. A history of leprosy in Iran during the 19th and 20th centuries. Arch Iran Med. 2011 Nov; 14(6):425-30.

- (2) Reyes O. Lepra y afecciones relacionadas. Primera Edición. 2010; (21-58)
- (3) Brajac I, Gruber F. 2012. History of Psoriasis, Psoriasis – A systemic disease, Dr. Jose O'Daly (Ed.), ISBN: 978-953-51-0281-6, InTech, DOI: 10.5772/27640. Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/psoriasis-a-systemic-disease/psoriasis-history-definition-and-treatment-through-centuries>.
- (4) Buzzi A. Historia de la Psoriasis. Revista Latinoamericana de Psoriasis y Artritis Psoriásica 2011, 4: 1-3.
- (5) Torres V. Jacinto Convit. Un medico en la calle. 2002 Feb. [citado 15 de octubre de 2013]. Disponible en URL: <http://www.analitica.com/cyberanalítica/icono/6780247.asp>
- (6) [Heukelbach J](#), [Mazigo H](#), [Ugbomoiko U](#). Impact of scabies in resource-poor communities. [Curr Opin Infect Dis](#). 2013 Apr;26(2):127-32.
- (7) Breunig J, [de Almeida H](#), [Duquia R](#), [Souza P](#), [Staub H](#). Scalp seborrheic dermatitis: prevalence and associated factors in male adolescents. [Int J Dermatol](#). 2012 Jan;51(1):46-9.
- (8) Clarke C, Niederdeppe J, Lundell H. Narratives and images used by public communication campaigns addressing social determinants of health and health disparities. [Int. J. Environ. Res. Public Health](#) 2012, 9: 4254-4277.
- (9) Urbanos-Garrido R. Social inequalities in health: measuring the contribution of housing deprivation and social interactions for Spain. [Int J Equity Health](#). 2012 Dec 14; 11:77.
- (10) OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. [Subsanar las desigualdades](#) en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen Analítico del Informe Final, 2008.
- (11) Rajmil L, Díez E, Peiró R. Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SEPAS 2010. [Gac Sanit](#). 2010; 24(Suppl 1):42–48.
- (12) OMS. (CSDH). Desigualdades en materia de salud, inequidades y determinantes sociales de la salud, en: Lograr la equidad en salud desde las causas iniciales a los resultados justos. P. 6 a 13. 2007.

- (13) Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata, 1978. (en línea) .Citado el 2 de septiembre de 20013) .Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- (14) Gómez E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de documentos de la OMS. TOG (A Coruña) [revista en internet]. 2009 [10 de julio de 2013]; 6(9):[10p]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>
- (15) Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 ISBN-978-9942-07-448-5. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo – Senplades, 2013. Quito, Ecuador. 1era edición.
- (16) Krieger N. Glosario de epidemiología social. Pan Am J Public Health. 2002; 11(5/6).
- (17) Méndez H. Ecosistema de la salud; morbilidad y mortalidad según estrato social. Gac Méd Caracas 1996; 104(2):112-121.
- (18) Panconesi G. Dermatología psicosomática: pasado y futuro. Int Journal of Dermatology. 2000; 39: 732-734.
- (19) Honeyman J. Psiquis, inmunidad y piel. Más Dermatol. 2008;6:2-3.
- (20) Contandriopoulos A. La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales. 1999. 77:17-33.
- (21) Antuña S, García E, González A, Secades R, Errasti J, Curto J. R. Perfil psicológico y calidad de vida pacientes con enfermedades dermatológicas. Psicothema. 2000; 12(2):30-34.
- (22) Dalgard F, Svensson A, Sundby J, Dalgard OS. Self-reported skin morbidity and mental health. A population survey among adults in a Norwegian city.
- (23) Sauaia A, Dellavalle R. Health care inequities: an introduction for dermatology providers. Dermatol Clín. 2009. April; 27(2): 103-v. doi:10.1016/j.det. 2008.12.001.
- (24) Anuario de morbilidad 2011. Ministerio Popular para la Salud. Gobierno Bolivariano de Venezuela. 2011:41-44.
- (25) Sasseville D. Occupational Contact Dermatitis. Allergy, Asthma, and Clinical Immunology. 2008;4(2):59–65.

- (26) [Dalgard F](#), [Svensson A](#), [Sundby J](#), [Dalgard OS](#). Self-reported skin morbidity and mental health. A population survey among adults in a Norwegian city. [Br J Dermatol](#). 2005 Jul; 153(1):145-9.
- (27) [Dalgard F](#), [Lien L](#), [Dalen I](#). Itch in the community: associations with psychosocial factors among adults. [Br J Dermatol](#). 2007 Oct; 21(9):1215-9.
- (28) Vivas S, Lizama D, Nizar R, Rivas D, Figueredo F. Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de psoriasis. Servicio de Dermatología, Ciudad Hospitalaria “Enrique Tejera”, Valencia, Venezuela 2011. *Comunidad y Salud*. Ene-Jun. 2012; 11(1): 29-34.
- (29) [Matterne U](#), [Apfelbacher C](#), [Vogelgsang L](#), [Loerbroks A](#), [Weisshaar E](#) Incidence and determinants of chronic pruritus: a population-based cohort study. [Acta Derm Venereol](#). 2013 Sep 4; 93(5):532-7.
- (30) XIV Censo nacional de población y vivienda. Resultados por Entidad Federal y Municipio del Estado Carabobo. 2011.
- (31) [Nureña C](#), [Brown B](#), [Galea J](#), [Sánchez H](#), [Blas M](#). HPV and genital warts among Peruvian men who have sex with men and transgender people: knowledge, attitudes and treatment experiences. [PLoS One](#). 2013;8(3):e58684.
- (32) Abu-Raddad L, [Schiffer J](#), [Ashley R](#), [Mumtaz G](#), [Alsallaq R](#), [Akala F](#) et al. HSV-2 serology can be predictive of HIV epidemic potential and hidden sexual risk behavior in the Middle East and North Africa. [Epidemics](#). 2010 Dec;2(4):173-82.
- (33) Jones-Caballero M, Chren M, Soler B, Pedrosa E, Peñas F. Quality of life in mild to moderate acne: relationship to clinical severity and factors influencing change with treatment. *JEAIVE* 2007; 21:219-226.
- (34) Informe de Gestión 2012 del Servicio de Dermatología. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia, Venezuela.
- (35) Informe de Gestión 2013 del Servicio de Dermatología. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia, Venezuela.

- (36) Sauaia A, Dellavalle R. Health care inequities: An introduction for dermatology providers. *Dermatol Clin*. 2009. Apr; 27(2):103-v.
- (37) Barona D, Álvarez L. El proceso de salud-enfermedad: Un fenómeno social. *Formas precisas*, 1991. 535 p.
- (38) Salaman A, and Hewitt N. Factores biológicos y psicológicos de la dermatitis atópica. *Psychol. av. discip.* [online]. 2011; 5(1): 47-58.
- (39) Goffman E. *Estigma: La identidad deteriora*. Buenos Aires, Argentina, Amorrortu. 2006. 172 p. ISBN 10 950-518-016-0.

ANEXO A

Consentimiento Informado para Encuestas

Título del estudio: Determinantes Sociales de los pacientes que acuden al Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Enero 2013- Octubre 2013.

Autores: Dra. Ligia González Villanueva/ Dra. Sandra Vivas Toro.

Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia – Edo. Carabobo, Venezuela.

a) Hoja de Información:

Se le está pidiendo que conteste unas preguntas para nos recolectar datos sobre usted y su salud. La información del cuestionario consiste en 11 preguntas de selección y completación, la información es confidencial. Este tipo de estudio se realiza con la finalidad de conocer más sobre los determinantes sociales de su enfermedad y así poder incentivar la instauración de mejores políticas de salud. Su participación es completamente voluntaria, si no desea hacerlo su médico continuara con su atención habitual y su negativa no le traerá ningún inconveniente.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite al investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión.

Firma:

Cédula de Identidad: _____

Huella:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° _____

Cédula de Identidad: _____

- 1) **Edad:** _____
- Favor marcar con una X**
- 2) **Sexo:** 2.1) Femenino () 2.2) Masculino ()
- 3) **Genero**

3.1- Heterosexual ()	3.2- Homosexual ()	3.3- Bisexual ()
3.4-Travesti ()	3.5-Transgénero ()	3.6- Transexual ()
- 4) **Estado Civil**

4.1) Soltero(a) ()	4.2) Casado(a) ()	4.3) Divorciado(a) ()
4.4) Viudo(a) ()	4.5) Concubino (a) ()	
- 5) **Nivel de Instrucción**

5-1- Analfabeta ()	5.2- Primaria ()	5.3- Secundaria ()	5.4- Técnica superior completa ()
5.5- Universitaria completa () 5.6- Otros ()			
- 6) **Graffar-Méndez Castellanos:**
 - a) **Profesión del Jefe de familia**
 - (1) Profesión Universitaria, alto comerciante.

- (2) Profesión Técnica o mediano comerciante.
- (3) Empleado sin profesión universitaria, pequeño comerciante.
- (4) Obrero especializado.
- (5) Obrero no especializado.

b) Nivel de Instrucción de la Madre:

- (1) Enseñanza Universitaria.
- (2) Enseñanza secundaria completa o Técnica Superior.
- (3) Enseñanza secundaria incompleta o Técnica Inferior.
- (4) Enseñanza Primaria.
- (5) Analfabeta.

c) Fuente de Ingresos:

- (1) Fortuna Heredada.
- (2) Honorarios profesionales.
- (3) Sueldo mensual.
- (4) Salario semanal por tarea a destajo.
- (5) Donaciones de origen público.

d) Condiciones de Alojamiento:

- (1) Vivienda con óptimas condiciones sanitarias.
- (2) Vivienda con óptimas condiciones sin lujo.
- (3) Buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos.
- (4) Ambientes reducidos y falta de condiciones sanitarias.
- (5) Rancho o vivienda con una habitación.

Total _____

Estrato social	Puntaje
I	4-6
II	7-9
III	10-12
IV	13-16
V	17-20

7) Status Laboral

7.1- Empleado () 7.2- Desempleado () 7.3- Estudiante () 7.4-
 Jubilado () 7.5 Incapacitado () 7.6- Del hogar () 7.7- Otra situación de
 actividad () _____

8) Interacciones Sociales

8.1) Frecuencia familiar 1: ¿Presenta usted contacto personal diario o semanal con miembros de su familia que no vivan en la misma casa?
Si () No ()

8.2) Frecuencia familiar 2: ¿Presenta usted contacto personal varias veces al mes o mensual con su familia? Si
() No ()

8.3) Frecuencia familiar 3: ¿Presenta usted contacto personal menos de una vez al mes o nunca con su familia? Si
() No ()

8.4) Frecuencia de amigos 1: ¿Presenta usted contacto personal diario o semanal con amigos?
Si () No ()

8.5) Frecuencia de amigos 2: ¿Presenta usted contacto personal varias veces al mes o mensual con amigos? Si
() No ()

8.6) Frecuencia de amigos 3: ¿Presenta usted contacto personal menos de una vez al mes o nunca con amigos?
Si () No ()

8.7) Contacto familiar 1: ¿Su familiar tiene contacto no personal con usted a diario o semanal?
Si () No ()

8.8) Contacto familiar 2: ¿Su familia tiene contacto no personal con usted varias veces al mes o mensual?
Si () No ()

8.9) Contacto familiar 3: ¿Su familia tiene contacto no personal con usted menos de una vez al mes o nunca?
Si () No ()

8.10) Contacto de amigos 1: ¿Sus amigos tienen contacto no personal con usted a diario o semanal?
Si () No ()

8.11) Contacto de amigos 2: ¿Sus amigos tienen contacto no personal con usted varias veces al mes o mensual? Si () No ()

8.12) Contacto de amigos 3: ¿Sus amigos tienen contacto no personal con usted menos de una vez al mes o nunca? Si () No ()

8.13) Participante: ¿Usted participa en alguna actividad no organizada por el trabajo? Si () No ()

9) Dirección:

10) Marque con una X, la presencia o ausencia, de las siguientes enfermedades:

- | | |
|------------------------------|---------------|
| 10.1) Psoriasis | Presencia () |
| Ausencia () | |
| 10.2) Acné | Presencia () |
| Ausencia () | |
| 10.3) Dermatitis Seborreica | Presencia () |
| Ausencia () | |
| 10.4) Carcinoma basocelular | Presencia () |
| Ausencia () | |
| 10.5) Onicomicosis | Presencia () |
| Ausencia () | |
| 10.6) Dermatitis de contacto | Presencia () |
| Ausencia () | |
| 10.7) Melasma | Presencia () |
| Ausencia () | |

10.8) Reacción por medicamentos Presencia ()
Ausencia ()

10.9) Vitiligo Presencia ()
Ausencia ()

10.10) Pitiriasis Versicolor Presencia ()
Ausencia ()

10.11) Otra:

11) Referido:
