



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

## **Trabajo Fin de Grado**

# ***Proyecto educativo: Conociendo el Impacto de la Dermatitis Atópica en la Calidad de Vida y la Salud Sexual***

Alumno: Nerea Hernández Lucas

Director: María del Carmen Águila Pollo

**Madrid, abril de 2025**

# Índice

Glosario de abreviaturas .....	5
Resumen.....	6
Abstract.....	7
1. Presentación.....	8
2. Estado de la cuestión .....	9
2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema .....	9
2.2. La piel.....	10
2.2.1. Funciones de la piel .....	11
2.2.2. Alteraciones de la piel .....	12
2.3. Dermatitis atópica .....	13
2.3.1 Antecedentes.....	13
2.3.2 Epidemiología .....	14
2.3.3. Diagnóstico.....	14
2.3.4 Tratamientos .....	15
2.3.5 Complicaciones.....	16
2.3.6. Calidad de vida en pacientes con DA .....	16
2.3.7. La sexualidad en pacientes con DA.....	19
2.4. Justificación .....	20
3. Población y captación.....	21
3.1. Población diana .....	21
3.2. Captación .....	22
4. Objetivos .....	22
4.1. Objetivo general .....	22
4.2. Objetivos específicos.....	22
4.2.1. Objetivos de conocimientos .....	22
4.2.2. Objetivos de habilidad .....	23
4.2.3. Objetivos de actitud.....	23

5.	Contenidos .....	23
6.	Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales .....	24
6.1.	Planificación general y cronograma .....	24
6.2.	Sesiones .....	25
	1ª SESIÓN: Introducción a la Dermatitis Atópica y su Impacto en la Calidad de Vida .....	26
	2ª SESIÓN: Evaluación y Diagnóstico de la Dermatitis Atópica .....	28
	3ª SESIÓN: Tratamientos y Adherencias Terapéuticas en la Dermatitis Atópica.....	30
	4ª SESIÓN: Dermatitis Atópica y Salud Sexual. ....	32
	5ª SESIÓN: Comunicación Efectiva y Atención Integral del paciente con Dermatitis Atópica.....	34
	6ª SESIÓN: Reflexión Final y Estrategias de Intervención en la Dermatitis Atópica.....	36
7.	Evaluación.....	38
7.1.	Evaluación de estructura y proceso .....	38
7.2.	Evaluación de los resultados .....	39
	BIBLIOGRAFÍA .....	41
	ANEXOS .....	54
	ANEXO I: EASI .....	54
	ANEXO II: SCORAD .....	56
	ANEXO III: SF – 36.....	58
	ANEXO IV: PedsQL .....	60
	ANEXO V: DLQI .....	61
	ANEXO VI: Correo institucional.....	63
	ANEXO VII: Cartel informativo .....	64
	ANEXO VIII: Boletín de inscripción. ....	65
	ANEXO IX: Publicación del curso en plataformas de formación y boletines ...	66
	ANEXO X: Técnicas de repaso de sesiones .....	67
	ANEXO XI: Cuestionario de conocimiento previo.....	69

ANEXO XII: Clase expositiva.....	70
ANEXO XIII: Casos ficticios.....	71
ANEXO XIV: Imágenes de pacientes con DA en diferentes grados. ....	72
ANEXO XV: Evaluación de la estructura y el proceso formativo.....	74
ANEXO XVI: Lista de cotejo para el observador .....	75
ANEXO XVII: Encuesta global de Satisfacción .....	76
ANEXO XVIII: Formularios pre y pos-taller para evaluar objetivos cognitivos .	77
ANEXO XIX: Evaluación para medir los objetivos de habilidad .....	79
ANEXO XX: Evaluación para medir los objetivos de actitud .....	80
ANEXO XXI: Encuestas de seguimiento.....	81
ANEXO XXII: Rúbrica para evaluar los casos clínicos .....	82

## Glosario de abreviaturas

ABREVIATURAS/SIGLAS	SIGNIFICADO
DA	Dermatitis Atópica
TFG	Trabajo de Fin de Grado
SNS	Sistema Nacional de Salud
UV	Ultravioleta
AVAD	Años de Vida ajustados por Discapacidad
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
EASI	Eccema Area Severity Index
SCORAD	Scoring Atopic Dermatitis
CV	Calidad de Vida
OMS	Organización Mundial de la Salud
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
SF – 36	Short Form – 36 Health Survey
PedsQL	Pediatric Quality of Life Inventory
DLQI	Dermatology Life Quality Index

## Resumen

**Introducción:** La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta tanto a niños como adultos, teniendo un impacto significativo no solo a nivel físico, sino también emocional, social y sexual. Esta patología está asociada a alteraciones inmunológicas y de la barrera cutánea. Su afectación en la calidad de vida y la salud sexual ha sido infravalorada, lo que ha motivado la creación de este proyecto educativo. Desde la perspectiva enfermera, se considera imprescindible una formación integral que permita mejorar el abordaje clínico y psicosocial de los pacientes con dermatitis atópica.

**Objetivos:** El objetivo principal de este proyecto es mejorar la concienciación, la autonomía profesional y la gestión multidimensional de casos de dermatitis atópica entre los profesionales de atención primaria.

**Metodología:** Proyecto educativo presencial compuesto por seis sesiones teórico-prácticas, dirigido a profesionales de enfermería de atención primaria adscritos al Hospital Universitario La Paz.

**Implicaciones para la práctica enfermera:** La enfermería juega un papel esencial como promotora de la salud, educadora y figura clave en la mejora de la calidad de vida. Este proyecto contribuye a empoderar a los profesionales sanitarios con herramientas prácticas y actualizadas que les permitan ofrecer una atención de calidad, empática y adaptada a las necesidades de las personas.

**Palabras clave:** Dermatitis atópica, calidad de vida, salud sexual, enfermería, atención primaria.

## **Abstract**

**Introduction:** Atopic dermatitis is a chronic inflammatory skin disease that affects both children and adults, having a significant impact not only physical level but also emotionally, socially, and sexually. This condition is associated with immunological and skin barrier alterations. Its impact on quality of life and sexual health has been underestimated, which has motivated the creation of this educational project. From a nursing perspective, comprehensive training is considered essential to improve the clinical and psychosocial approach to patients with atopic dermatitis.

**Objectives:** The main objective of this project is to improve awareness, professional autonomy, and the multidimensional management of atopic dermatitis cases among primary care professionals.

**Methodology:** In-person educational project consisting of six theoretical and practical sessions, aimed at primary care nursing professionals affiliated with La Paz University.

**Implications for nursing practice:** Nursing plays a key role as a health promoter, educator, and a central figure in improving quality of life. This project contributes to empowering healthcare professionals with practical and up-to-date tools that enable them to provide high-quality, empathetic, and patient-centered care.

**Keywords:** Atopic dermatitis, quality of life, sexual health, nursing, primary care.

# 1. Presentación

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad muy común, tanto en adultos como en niños, y las lesiones que esta provoca, además de afectar a la esfera física de la persona, afectan también a la mental y social.

La razón por la que he elegido este tema para realizar el TFG es mi propia enfermedad. Padezco de dermatitis atópica desde mi infancia, y al mudarme de ciudad y cambiar a un clima más árido, se acentuó, pasando a ser una DA grave. Además, empeora en las épocas estivales, donde el clima es más seco. En España, los veranos y los días son cada vez más largos, hecho que afecta directamente a la calidad de vida de las personas, empeorándola significativamente, pues hay más horas de luz. Como paciente, he notado que existe una gran falta de información sobre la dermatitis atópica y que muchos profesionales de la salud no son plenamente conscientes de cómo esta enfermedad puede llegar a limitar incluso las actividades más básicas de la vida diaria, como puede ser la higiene o el vestirse.

Así pues, Enfermería juega un papel imprescindible a la hora de tratar con este tipo de pacientes, pues es la responsable de proporcionar cuidados, desarrollar investigación, impartir docencia, fomentar la salud y prevenir enfermedades, entre otras. Por esto, es clave a la hora de realizar programas para mejorar la calidad de vida de los pacientes, además de contribuir a la disminución de los costos sanitarios, haciendo que el Sistema Nacional de Salud (SNS) sea más eficiente y efectivo.

Finalmente, quisiera aprovechar este espacio para expresar mi agradecimiento, en primer lugar, a mis padres, ya que sin ellos no sería posible haber llegado hasta donde estoy actualmente. A Sergio por ser mi apoyo diario y no soltarme nunca de la mano. A mis amigos por ayudarme cuando más lo he necesitado a pesar de estar en la distancia. Y sobre todo a mis abuelos, ya que soy quien soy gracias a ellos, por acompañarme y guiarme en cada paso de mi vida, especialmente a mi abuelo Jesús, que estés donde estés veas todo lo que estoy consiguiendo y ojalá pudiéramos celebrarlo juntos.

## 2. Estado de la cuestión

### 2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

Para la obtención de la documentación necesaria en el desarrollo del trabajo fin de grado (TFG) se han utilizado las palabras claves mostradas en la tabla 1 junto con los operadores booleanos AND, NOT y OR, realizando una búsqueda en las principales bases de datos, tales como Pubmed, Academic Search Complete, Medline, etc.

Lenguaje libre	Términos DeCS	Términos MeSH
Eccema atópico	Dermatitis atópica	Atopic dermatitis
Enfermería	Enfermería	Nursing
Salud Sexual	Salud sexual	Sexual Health
Microbiota	Microbiota	Microbiota
Calidad de vida	Calidad de vida	Quality of life
Adulto	Adulto	Adult
Joven	Adolescente	Adolescent
Niño	Niño, preescolar	Child, child preschool

Tabla 1: Tabla de términos. Elaboración propia.

#### Filtros de búsqueda:

Son artículos que están cribados por su relevancia en el tema. Además, los idiomas de los artículos están preferiblemente en inglés o en español.

En Pubmed, se han seleccionado como filtros aplicados, texto completo, ensayo clínico, metaanálisis y revisión sistemática. En Academic Search Complete, en base de datos se añadió eBook Nursing Collection, E-Journals, Family & Society Studies Worldwide, MEDLINE Complete y Psychology and Behavioral Sciences Collection.

Así, se han obtenido un total de 50 artículos entre los que se han seleccionado 27 que son los que más se adecúan a la información que se quiere obtener para desarrollar este TFG. Se han descartado muchos por población, pues tiene preferencia la población adulta joven (18-40 años), ya que en la edad infantil o durante la lactancia materna se puede asociar más a factores genéticos. Sin embargo, en la edad adulta se puede atribuir más a los estilos de vida. El resto de los artículos se han seleccionado porque tratan sobre tratamientos, métodos para valorar el índice de calidad de vida, definición de la patología, así como sus antecedentes o epidemiología.

Además, en la realización de este trabajo, se ha utilizado Inteligencia Artificial como herramienta de apoyo. En específico, se ha utilizado ChatGPT para mejorar la redacción, reformular frases y estructuración del trabajo (OpenAI, 2023).

## 2.2. La piel

El sistema tegumentario es el órgano más extenso del cuerpo humano y actúa como una barrera física que separa el medio externo del interno, el cual protege y lo mantiene en unas condiciones ideales (Harper, 2000). Es uno de los órganos más relevantes del cuerpo, tanto por su tamaño, con una superficie aproximada de 2 m<sup>2</sup> y un peso de 4 a 5 kg, como por sus múltiples funciones, que no solo lo capacitan para separar al organismo del entorno externo, sino también para permitir su interacción y facilitar la comunicación con este (J. García Dorado, 2021).

Su composición química está formada principalmente por: agua (70%); minerales como sodio, potasio, calcio, magnesio y cloro; carbohidratos, como la glucosa; lípidos, principalmente colesterol; y proteínas, como colágeno y queratina (M. Contreras & J. Ávila, 2016)

La piel es un órgano imprescindible para la vida animal (Eisman et al, 2018). Como se presenta en la figura 1, está formada por tres capas bien diferenciadas, que son la epidermis, dermis e hipodermis, en la que cada una realiza una serie de funciones, interrelacionadas entre sí (Eisman et al, 2018).

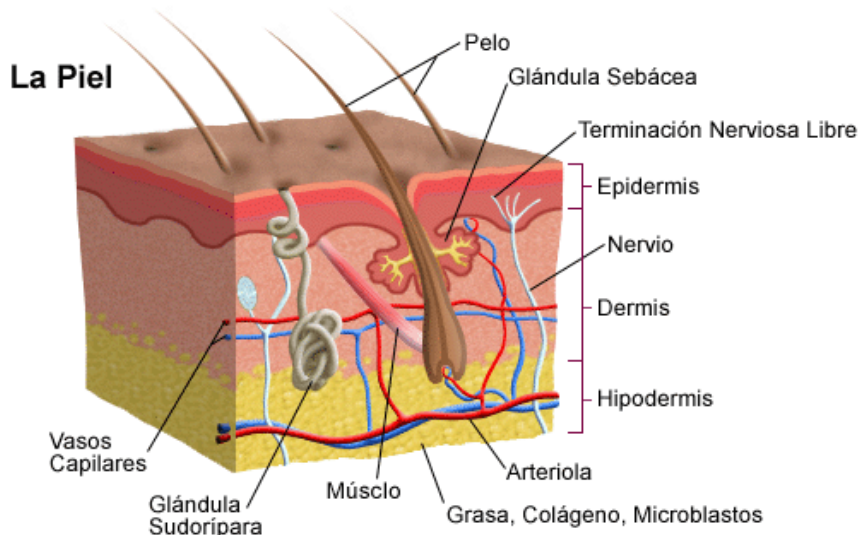


Figura 1: Capas de la piel. Imagen adaptada de Stanford Medicine (1995).

- **Epidermis:** Es la capa más externa, formada por queratinocitos que se desarrollan en la capa basal y ascienden hacia la superficie mientras se transforman progresivamente. Al llegar a la capa superior, se convierten en células queratinizadas que forman la capa córnea. En esta capa también están presentes melanocitos, que aportan pigmento a la piel; células de Langerhans, que participan en la respuesta inmune; y células de Merkel, relacionadas con funciones sensoriales (Eisman et al, 2018).
- **Dermis:** Situada bajo la epidermis y separada de ella por la unión dermoepidérmica. Es mucho más gruesa que la epidermis y está compuesta por fibras de colágeno y elásticas, además de células como fibroblastos, mastocitos e histiocitos. Esta capa proporciona soporte estructural y alberga vasos sanguíneos, terminaciones nerviosas y los apéndices cutáneos como glándulas y folículos pilosos (Eisman et al, 2018).
- **Hipodermis:** También llamada tejido celular subcutáneo, está formada principalmente por grasa, lo que le permite actuar como aislante térmico, amortiguador frente a golpes y reserva energética. También contiene vasos sanguíneos y nervios que conectan con las capas superiores (Eisman et al, 2018).

### 2.2.1. Funciones de la piel

La piel desempeña un papel clave en la protección, regulación y percepción (Eisman et al, 2018). En la tabla 2 se explican las principales funciones que realiza:

Función	Descripción
Protección	Actúa como barrera frente a traumas, radiación ultravioleta (UV), químicos y microorganismos
Termorregulación	Regula la temperatura mediante sudoración y control del flujo sanguíneo
Sensación	Percibe estímulos de tacto, dolor, temperatura y presión
Producción de vitamina D	Genera vitamina D3 en respuesta a la exposición solar
Función inmunológica	Protege mediante queratinocitos, péptidos antimicrobianos y células inmunes
Secreción y excreción	Elimina desechos y produce sustancias como sudor y sebo para hidratación

Tabla 2: Funciones de la piel. Elaboración propia a partir de Eisman et al (2018).

### 2.2.2. Alteraciones de la piel

A continuación, se analizarán las alteraciones más comunes en la piel debido a una combinación de factores evolutivos, biológicos y ambientales que hacen que sean más frecuentes en la población, y posteriormente el trabajo irá centrándose a tratar la dermatitis atópica (DA), enfermedad referente en el mismo.

**Acné:** El acné vulgar es una enfermedad inflamatoria del folículo sebáceo, muy común en adolescentes debido a los cambios hormonales en la pubertad (N. Iglesias Pena., 2022). Aunque afecta principalmente a este grupo, también puede presentarse en adultos, siendo una enfermedad crónica que varía en severidad (N. Iglesias Pena., 2022). Su impacto influye cicatrices físicas y consecuencias psicológicas, como depresión o ansiedad (N. Iglesias Pena., 2022).

**Quemaduras:** Las quemaduras son heridas que afectan los tejidos vivos debido a la acción de distintos agentes, los cuales pueden agruparse en físicos (como el calor, la electricidad y la radiación), químicos y biológicos. Estos factores pueden causar desde daños leves y reversibles hasta la destrucción completa e irreversible del tejido. Dado que la piel es la principal barrera de contacto con el entorno, suele ser el órgano más afectado (Paulo Castillo D, 2003).

**Caspa:** La caspa y la dermatitis seborreica son trastornos frecuentes que pueden ser molestos y afectan a personas de cualquier género o grupo étnico (Bacon & Mizoguchi, 2014). Es una afección inflamatoria persistente que afecta principalmente al cuero cabelludo, la cara y el tronco (Cheong et al., 2016). Se manifiesta a través de descamación, enrojecimiento y picazón (Choi et al, 2019). En los bebés se conoce como costra láctea (J. Borda & C. Wikramanayake, 2015).

**Urticaria:** Es una afección caracterizada por la aparición rápida de ronchas en la piel, que pueden acompañarse de angioedema (hinchazón en las capas más profundas de la piel) (Dr. Torsten, 2003). Estas ronchas suelen ser de tamaño variable, con picazón o ardor, y tienen una duración fugaz (de 1 a 24 horas) (Dr. Torsten, 2003).

## **2.3. Dermatitis atópica**

La DA es una condición inflamatoria crónica de la piel caracterizada por eccema, piel seca y picazón intensa (Frazier & Bhardwaj, 2020). Es una de las enfermedades cutáneas más comunes y puede afectar a personas de todas las edades (Greener, 2024). La patología se asocia con una disfunción de la barrera cutánea, una respuesta inmunitaria desregulada y alteraciones en el microbioma de la piel (Leung, 2024).

Desde un punto de vista inmunológico, la DA se asocia con una activación predominante de las citoquinas Th2, en particular IL-4 e IL-13, que contribuyen a la inflamación y al deterioro de la barrera cutánea (Greener, 2024).

La severidad de la enfermedad varía de leve a grave, y se ha observado que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente, afectando el sueño, el bienestar emocional y la interacción social (Senra & Wollenberg, 2014).

### **2.3.1 Antecedentes**

La DA es una enfermedad crónica que afecta tanto a niños como adultos (Bieber, 2010). Su incidencia ha aumentado en los países industrializados en las últimas décadas (Lugović-Mihić et al., 2023), siendo una de las más investigadas en la actualidad debido a su alta prevalencia y complejidad neurológica (Lugović-Mihić et al., 2023). En este sentido, se han identificado varios factores clave en su desarrollo, incluyendo predisposición genética, alteraciones en la barrera epidérmica, factores ambientales y disbiosis del microbioma cutáneo (Greener, 2024).

Estudios recientes han destacado que la DA no solo es un problema dermatológico, sino que también se asocia con múltiples comorbilidades como asma, rinitis alérgica y trastornos psicológicos (depresión y ansiedad) (Lugović-Mihić et al., 2023).

La calidad de vida de los pacientes con DA puede verse significativamente afectada, en especial debido al picor persistente, interfiriendo en el sueño y generando estrés emocional (Figueras et al., 2024).

### **2.3.2 Epidemiología**

La DA afecta hasta el 30% de los niños y aproximadamente al 10% de los adultos (Lugović-Mihić et al., 2023). Su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas, especialmente en países industrializados (Lugović-Mihić et al., 2023).

Aunque en muchos casos la DA mejora con la edad, alrededor del 10-20% de los pacientes continúan con síntomas en la edad adulta (Lugović-Mihić et al., 2023).

Existen diferencias en la presentación de la enfermedad entre distintas regiones del mundo, o que sugiere que factores ambientales y genéticos desempeñan un papel clave en su desarrollo (Avena-Woods, 2017).

### **2.3.3. Diagnóstico**

El diagnóstico de la dermatitis atópica se basa principalmente en la evaluación clínica mediante criterios diagnósticos clínicos, no existiendo una prueba de laboratorio única para confirmarla (Jordaan & Visser, 2011).

#### **Criterios diagnósticos comunes:**

- Prurito intenso: Síntoma característico y persistente (Jordaan & Visser, 2011).
- Morfología y distribución típica de las lesiones (Pérez-Cotapos et al, 2011):
  - o En lactantes afecta a la cara, cuero cabelludo y superficies extensoras.
  - o En niños y adultos predomina en pliegues (codos, rodillas y cuello).
- Curso crónico o recurrente: Con periodos de exacerbación y remisión (Jordaan & Visser, 2011).
- Historia personal o familiar de atopia: Relación con asma, rinitis alérgica o alergias alimentarias (Jordaan & Visser, 2011).

#### **Herramientas diagnósticas:**

- Índices como el Eczema Area Severity Index (EASI) (Anexo I) y el Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) (Anexo II) se utilizan para evaluar la gravedad de la enfermedad (Ryan, 2019).
- Se pueden realizar pruebas de alergia para descartar factores desencadenantes en algunos casos, pero no son necesarias para el diagnóstico general de la DA (Jordaan & Visser, 2011).
- En casos atípicos, puede realizarse una biopsia de piel para descartar otras enfermedades dermatológicas (Jordaan & Visser, 2011).

### 2.3.4 Tratamientos

El tratamiento de la dermatitis atópica se basa en un enfoque multidisciplinario, combinando medidas generales, tratamientos tópicos y, en casos más severos, terapias sistémicas (Lugović-Mihić et al., 2023), dividiendo a continuación los tratamientos entre básicos, tópicos y sistémicos:

**Tratamientos básicos:** Cuidado de la piel y medidas generales (Jordaan & Visser, 2011).

- Uso de emolientes: Fundamentales para restaurar la barrera cutánea y prevenir brotes.
- Evitar factores desencadenantes: Jabones agresivos, cambios bruscos de temperatura, alérgenos y estrés.
- Baños cortos con agua tibia seguidos de la aplicación inmediata de cremas hidratantes.

**Tratamientos tópicos:**

- Corticoesteroides tópicos: Son la primera línea de tratamiento para controlar la inflamación durante los brotes (Noreen Heer, 2010).
- Inhibidores de la calcineurina (pimecrolimus y tacrolimus): Alternativas no esteroideas, especialmente útiles en zonas sensibles como la cara y los pliegues (Noreen Heer, 2010).

**Terapias sistémicas:** Casos moderados a severos (Lugović-Mihić et al., 2023)

- Inmunosupresores (ciclosporina y metotrexato): Para casos severos que no responden a terapias tópicas (Wollenberg et al., 2018).
- Nuevos tratamientos biológicos (Dupilumab): Anticuerpo monoclonal dirigido contra IL-4 o IL-13, efectivo en DA moderada-grave (Kojanova et al., 2022).
- Inhibidores de JAK (baricitinib, upadacitinib): Alternativa emergente para el control de la inflamación crónica (Lugović-Mihić et al., 2023).

**Fototerapia:** La terapia con luz ultravioleta B de espectro estrecho es una opción en pacientes que no responden bien a los tratamientos convencionales (Lugović-Mihić et al., 2023).

### 2.3.5 Complicaciones

Entre las complicaciones de la DA se encuentran:

**Infecciones cutáneas:** Los pacientes con DA tienen mayor riesgo de infecciones bacterianas (*Staphylococcus aureus*) y virales (herpes simple) debido a la alteración de la barrera cutánea (Nakamura et al., 2020).

**Impacto en la calidad de vida:** El picor constante y las lesiones visibles pueden generar estrés emocional, ansiedad y depresión (Arndt & Smith, 2008). En casos graves, la alteración del sueño puede afectar el rendimiento académico y laboral (Lugović-Mihić et al., 2023).

**Dermatitis de contacto y sensibilización de alérgenos:** La exposición crónica a irritantes puede llevar a una mayor susceptibilidad a desarrollar alergias cutáneas y sistémicas (Wollenberg et al., 2018).

**Eccema crónico y liquenificación:** El rascado repetitivo puede provocar engrosamiento de la piel (liquenificación) y mayor sensibilidad en la zona afectada (Lugović-Mihić et al., 2023).

**Asociación con otras enfermedades atópicas:** Se ha identificado un vínculo entre la DA y otras enfermedades alérgicas como el asma y la rinitis alérgica, lo que se conoce como la marcha atópica (Lugović-Mihić et al., 2023).

### 2.3.6. Calidad de vida en pacientes con DA

La **calidad de vida** (CV) es un concepto amplio que evalúa el bienestar general de las personas en función de su entorno, su percepción de felicidad y satisfacción en diversas áreas, como la salud, el trabajo, las relaciones sociales y el ocio (Roizen & Urzúa, 2010). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses” (OMS, 1995).

La **calidad de vida relacionada con la salud** (CVRS) es una subcategoría de la calidad de vida que se centra específicamente en el impacto del estado de salud, las condiciones médicas y se usa cada vez más en estudios clínicos y en la planificación de políticas sanitarias (Roizen & Urzúa, 2010).

La CVRS tiene un carácter (M. Bullinger, 1991):

- **Subjetivo:** Se basa en la percepción del propio individuo sobre su bienestar.
- **Multidimensional:** Abarca aspectos físicos, emocionales, sociales y psicológicos.
- **Dinámico:** Puede cambiar con el tiempo en función del estado de salud y otros factores.

La CVRS se mide a través de múltiples dimensiones (Roizen & Urzúa, 2010):

- **Bienestar físico:** Capacidad para realizar actividades diarias sin limitaciones por enfermedad o síntomas como dolor y fatiga.
- **Bienestar emocional y mental:** Impacto del estrés, ansiedad, depresión y el estado de ánimo en la salud.
- **Funcionamiento social:** Relaciones interpersonales, integración en la comunidad y capacidad de mantener una vida social activa.
- **Capacidad funcional:** Movilidad, independencia y posibilidad de realizar tareas sin restricciones por enfermedad.

La medición de la CVRS se realiza mediante instrumentos estandarizados, que pueden ser:

- **Genéricos:** Miden la calidad de vida en general, sin enfocarse en ninguna enfermedad específica (Rajmil et al., 2004).
- **Específicos:** Evaluación de la calidad de vida en relación con una enfermedad o condición particular, como la dermatitis atópica (Roizen & Urzúa, 2010).

Los cuestionarios más utilizados incluyen el Short Form-36 Health Survey (SF-36) (Anexo III), Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) (Anexo IV) y el Dermatology Life Quality Index (DLQI) (Anexo V), que han sido adaptados a diferentes poblaciones para evaluar el impacto de la salud en la vida de las personas (Roizen et al., 2008).

El estudio de la CVRS es clave para (Roizen & Urzúa, 2010):

- Medir el impacto de enfermedades crónicas en la calidad de vida de los pacientes.
- Evaluar la eficacia de tratamientos médicos y la percepción de los pacientes sobre su efectividad.
- Orientar políticas públicas para mejorar los servicios sanitarios y asignar recursos según las necesidades de la población.

En la práctica clínica, el uso de cuestionarios de CVRS ayuda a personalizar los tratamientos y mejorar la atención a los pacientes, considerando no solo los síntomas físicos sino también el bienestar emocional y social (Rajmil et al., 2004).

En pacientes con DA, este concepto se ve alterado debido a los síntomas persistentes y su impacto en la vida diaria (Figueras et al., 2024). La DA altera la calidad de vida en varios aspectos:

- **Síntomas físicos:** Picazón intensa que interfiere con el sueño, lesiones cutáneas que pueden ser dolorosas o sensibles y alteraciones en la barrera cutánea generando mayor sensibilidad a infecciones (Yasuda et al., 2023).
- **Impacto psicológico:** Aumento del estrés, ansiedad y depresión; reducción de la autoestima debido a la apariencia de la piel; estigma social y vergüenza por la visibilidad de las lesiones (Miniotti et al., 2022).
- **Alteraciones en el sueño:** La picazón interrumpe el descanso nocturno, generando fatiga crónica; disminución de la productividad en la vida laboral y académica; y el uso de dispositivos para monitorizar el sueño ha demostrado mejorar la calidad de vida en pacientes con DA (Yasuda et al., 2023).
- **Impacto en la productividad laboral:** Reducción de la eficiencia en el trabajo debido a la fatiga y síntomas físicos; pérdida de productividad debido a consultas médicas y crisis de la enfermedad; en algunos países los costos asociados con la DA en adultos son elevados principalmente debido a la pérdida de productividad (Ring et al., 2019).
- **Calidad de vida de los familiares:** Estrés y carga emocional en los familiares que cuidan a un paciente con DA; impacto en la dinámica familiar por el tiempo dedicado a tratamientos y consultas médicas (Snyder et al., 2023).

Diversas investigaciones han evaluado el impacto de la DA en la CVRS, encontrando que los pacientes con DA moderada a severa presentan un deterioro significativo en su bienestar, el cual mejora con un tratamiento adecuado (Coutanceau & Stalder, 2014). Además, esta enfermedad afecta a la función sexual y reproductiva de las mujeres, reduciendo el deseo sexual y generando inseguridades en torno a la maternidad (Rodríguez-Pozo et al., 2024). En relación con el sueño y el rascado, el uso de un dispositivo de monitorización ha demostrado mejorar la calidad de vida de los pacientes (Yasuda et al., 2023). Asimismo, un estudio sobre el tratamiento con Dupilumab evidenció mejoras en la calidad de vida, junto con una reducción de la ansiedad y depresión tras 32 semanas de uso (Miniotti et al., 2022). Finalmente, se ha identificado que la DA representa una carga económica debido a los gastos médicos y la pérdida de

productividad laboral (Beretzky & Koszorú, 2023).

### **2.3.7. La sexualidad en pacientes con DA**

La OMS define la **sexualidad** como un aspecto central del ser humano, que abarca el sexo biológico (hombre o mujer), roles e identidad de género, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción y fantasías, deseos, creencias y valores asociados a la expresión sexual (OMS, 2006).

Se enfatiza que la sexualidad no se reduce solo a la ausencia de enfermedad, sino que debe garantizarse en un estado de bienestar físico, mental y social, incluyendo el derecho a las relaciones sexuales seguras y placenteras (OMS, 2006).

Tal y como se ha afirmado anteriormente, los síntomas que provoca la DA afectan a la sexualidad de las personas que la padecen (Rodríguez-Pozo et al., 2024). La prevalencia de disfunción sexual en pacientes con DA oscila entre 6.7% y 57.9%, dependiendo del estudio y la gravedad de la enfermedad (Egeberg et al, 2017).

Dos estudios encontraron una asociación entre DA y disfunción eréctil (DE) en hombres, sugiriendo que la inflamación sistémica podría afectar la función vascular (Chung et al, 2012). En mujeres, la disfunción sexual se ha estudiado menos, pero se ha identificado una mayor incidencia de problemas como disminución del deseo y satisfacción sexual (Clayton & Juarez, 2019). Los pacientes con DA grave y afectación genital muestran una peor calidad de vida sexual (Sampogna et al., 2016).

Respecto a la evaluación de la disfunción sexual, no existe un consenso claro sobre cómo medir la disfunción sexual en pacientes con DA (Linares-Gonzalez et al., 2021). Se utilizan herramientas como el DLQI, pero este no está validado específicamente para evaluar la función sexual (Linares-Gonzalez et al., 2021). Algunos estudios incluyen cuestionarios específicos para la disfunción eréctil y sexual femenina, aunque son menos frecuentes (Linares-Gonzalez et al., 2021).

La disfunción sexual en pacientes con DA es un campo poco estudiado y necesita más investigación (Linares-Gonzalez et al., 2021). Es importante correlacionar esta afectación con la gravedad de la enfermedad, tratamientos previos y comorbilidades cardiovasculares (Linares-Gonzalez et al., 2021).

## 2.4. Justificación

La DA es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta a una parte significativa de la población, con una prevalencia que oscila entre el 10 y el 30%, dependiendo del grupo etario y la región geográfica (Lugović-Mihić et al., 2023).

Aunque se ha investigado su impacto en la piel, aún falta un enfoque integral en los estudios que analicen sus repercusiones en la calidad de vida y la salud sexual de los pacientes. (Rodríguez-Pozo et al., 2024).

Además, uno de los aspectos menos explorados en la literatura científica es el impacto de la DA en la salud sexual (Rodríguez-Pozo et al., 2024). La presencia de lesiones cutáneas en áreas íntimas, la inseguridad derivada de la apariencia física y el dolor o la incomodidad durante el contacto piel con piel pueden influir negativamente en la vida sexual de los pacientes (Arndt & Smith, 2008). Estudios recientes han demostrado una mayor incidencia de disfunción sexual en personas con DA, con una prevalencia que puede alcanzar el 57.9%, destacando la necesidad de incluir este aspecto en el abordaje clínico de la enfermedad (Egeberg et al, 2017).

Dado el carácter multidimensional de la DA y su influencia en la calidad de vida y la esfera sexual, este estudio busca aportar evidencia científica que permita comprender mejor estas interacciones y sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de una atención integral (Varni & Limbers, 2009a). Comprender el impacto de la DA más allá de sus manifestaciones físicas puede contribuir a diseñar estrategias terapéuticas más efectivas, incluyendo abordajes psicológicos y de apoyo emocional que mejoren la percepción de bienestar de los pacientes (Egeberg et al, 2017).

Asimismo, los tratamientos han evolucionado en los últimos años con la introducción de nuevas terapias biológicas y sistémicas, pero su conocimiento y uso adecuados aún pueden presentar barreras entre los profesionales de la salud. La falta de capacitación actualizadas puede influir negativamente en la adherencia al tratamiento y en la calidad de vida de los pacientes (Varni & Limbers, 2009a) .

Por todo ello, este proyecto educativo buscar dotar a los profesionales sanitarios de herramientas actualizadas y basadas en la evidencia para mejorar el diagnóstico, manejo y tratamiento de la DA, asegurando un abordaje integral que incluya no solo los aspectos médicos, sino también el impacto psicosocial de la enfermedad.

## **3. Población y captación**

### **3.1. Población diana**

Este proyecto educativo va dirigido a profesionales sanitarios de enfermería especializados en la atención primaria o que estén ejerciendo su labor profesional en ese sector, pues tienen un conocimiento profundo en las necesidades de salud comunitaria, intervienen directamente con los pacientes y son clave en la prevención y educación para la salud. Además, su trabajo en equipo con otros profesionales garantiza un enfoque integral y accesible para mejorar la salud de la población.

El lugar elegido para el desarrollo del programa es el Hospital Universitario La Paz, un hospital público de referencia en Madrid, ubicado en el Paseo de la Castellana, 261. Inaugurado en 1964, es uno de los centros sanitarios más importantes de España, reconocido por su labor en dermatología y atención multidisciplinar (Comunidad de Madrid, 2018). Además, tiene una fuerte estructura docente y múltiples vínculos con atención primaria a través de su área de influencia.

El hospital pertenece a la Dirección Asistencial Norte del Servicio Madrileño de Salud que engloba un total de 13 zonas básicas de salud, entre ellas Peñagrande, Fuencarral, Barrio del Pilar, La Paz y Tres Olivos, entre otras. En total, están adscritos aproximadamente 15 centros de salud, de los cuales se estima que el número de profesionales sanitarios (médicos, enfermería y otros perfiles) podría rondar entre 300 y 400.

Tras la aprobación de la dirección general del centro y de gerencia de atención primaria, se convoca al personal de los centros de salud adscritos a este. Las sesiones se llevarán a cabo en el aula de formación del Hospital, ubicado en la planta baja del edificio general que cuenta con una capacidad de aproximadamente 250 personas y contiene pantalla de proyección, sistema de sonido, micrófonos y conexión audiovisual, equipamiento muy útil para realizar las sesiones del proyecto.

El personal de enfermería que desempeñe sus funciones en centros de salud no adscritos a este Hospital será considerado un criterio de exclusión. No obstante, el tipo de contrato vigente durante el curso no será un impedimento, ya que el objetivo de la formación es proporcionar a los participantes herramientas aplicables en su práctica clínica actual y que sea de utilidad a lo largo de toda su carrera profesional.

## **3.2. Captación**

A continuación, se presenta una lista completa de estrategias para captar participantes en este proyecto dirigido al personal de enfermería sobre el impacto de la dermatitis atópica en la calidad de vida y salud sexual. Se incluyen métodos presenciales, digitales y de networking para maximizar la inscripción.

- Difusión interna en el hospital universitario La Paz: El objetivo es captar sanitarios activos dentro de los centros de salud adscritos a través de:
  - Correos institucionales. A través de la Gerencia Asistencial se enviará emails al personal de enfermería de los centros de salud adscritos al Hospital (Anexo VI).
  - Carteles informativos. Se colocarán en tableros de anuncios, salas de descanso, comedor del personal, pasillos de consulta y vestuarios de todos los centros de salud adscritos, así como publicar el evento en el portal interno de formación a través de la intranet del hospital y difusión en el boletín mensual dirigido a los profesionales a través del boletín informativo del hospital (Anexo VII).
  - Los carteles tendrán incorporados códigos QR para facilitar la inscripción mediante un formulario en línea (Anexo VIII).
- Colaboración con sociedades científicas y colegios profesionales: Publicar el curso en sus plataformas de formación y boletines (Anexo IX).

## **4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo general**

Actualizar el conocimiento de los profesionales sanitarios en el manejo integral de la dermatitis atópica mediante un enfoque multidimensional que abarque el diagnóstico, tratamiento y su impacto en la calidad de vida y la salud sexual.

### **4.2. Objetivos específicos**

#### **4.2.1. Objetivos de conocimientos**

- Los participantes comprenderán la fisiopatología, etiología y factores desencadenantes de la DA.
- Los participantes conocerán los criterios diagnósticos y herramientas de evaluación clínica utilizadas en la DA.
- Los participantes describirán la relación entre DA y otras enfermedades atópicas, así como sus comorbilidades psicológicas y sexuales.

#### **4.2.2. Objetivos de habilidad**

- Los participantes demostrarán la capacidad de utilizar herramientas de evaluación para medir la calidad de vida en pacientes con DA.
- Los participantes aplicarán estrategias de comunicación efectiva para abordar el impacto psicosocial y sexual de la DA con pacientes.
- Los participantes desarrollarán habilidades en el manejo del paciente con DA.

#### **4.2.3. Objetivos de actitud**

- Los participantes expresarán una actitud reflexiva y crítica sobre la necesidad de un abordaje multidisciplinario de la DA.
- Los participantes valorarán la importancia de considerar el impacto emocional y social de la DA en la práctica clínica.
- Los participantes verbalizarán su compromiso con la educación continua y la actualización en dermatología y salud sexual.

## **5. Contenidos**

El curso seguirá un enfoque dinámico e interactivo, combinando exposición teórica, casos clínicos (mediante simulación y role-playing), así como trabajo en grupos pequeños para fomentar el aprendizaje y la reflexión de los participantes.

Los contenidos que se tratarán en las sesiones serán:

- Introducción a la DA y su impacto en la calidad de vida.
- Diagnóstico y herramientas de evaluación clínica
- Opciones terapéuticas y estrategias para mejorar la adherencia
- Relación entre DA y salud sexual
- Comunicación efectiva y atención integral del paciente
- Reflexión final y diseño de estrategias de intervención

## **6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales**

### **6.1. Planificación general y cronograma**

Este programa educativo se realizará de manera presencial y a través de un enfoque multidisciplinario se trabajarán estrategias para mejorar la comunicación profesional – paciente, la adherencia terapéutica y la atención integral en consulta.

El curso se impartirá en el Aula de Formación del Hospital Universitario La Paz, con una capacidad adaptada para garantizar la interacción y el aprendizaje práctico de los participantes.

El curso se desarrollará a lo largo de tres semanas, con sesiones programadas los lunes (12, 19 y 26 de mayo) y miércoles (14, 21 y 28 de mayo), con una duración de 2 horas cada día y con un descanso de 10 minutos al finalizar la parte teórica.

- Turno de mañana: 10:00 – 12:00
- Turno de tarde: 17:00 – 19:00

Cada sesión combinará una parte teórica (45 min) y una práctica (75 min), permitiendo que los participantes no solo adquieran conocimientos, sino que también los apliquen en escenarios clínicos simulados.

Para garantizar una experiencia formativa más interactiva, el curso contará con 60 participantes por turno, divididos en grupos pequeños de 4 a 6 personas durante las actividades prácticas. Durante el proceso de inscripción se establecerá un número límite de plazas para cada turno (mañana y tarde).

## 6.2. Sesiones

- Número de sesiones: 6 sesiones
- Duración por sesión: 2 horas con 10 minutos de descanso entre medias.
- Periodicidad: Dos veces por semana (lunes y miércoles) durante 3 semanas.
- Docente: Una enfermera dermatológica hospitalaria y una enfermera de atención primaria con experiencia en enfermedades crónicas.

	Contenidos	Participantes	Horario
1ª sesión	Introducción a la dermatitis atópica y su impacto en la calidad de vida	Profesionales sanitarios. Máximo 60 por turno.	Lunes 12 de mayo Mañana: 10:00-12:00 Tarde: 17:00-19:00
2ª sesión	Evaluación y diagnóstico de la dermatitis atópica	Profesionales sanitarios. Máximo 60 por turno	Miércoles 14 de mayo Mañana: 10:00-12:00 Tarde: 17:00-19:00
3ª sesión	Tratamientos de la dermatitis atópica y adherencia terapéutica	Profesionales sanitarios. Máximo 60 por turno.	Lunes 19 de mayo: Mañana: 10:00-12:00 Tarde: 17:00-19:00
4ª sesión	Dermatitis atópica y salud sexual	Profesionales sanitarios. Máximo 60 por turno.	Miércoles 21 de mayo: Mañana: 10:00-12:00 Tarde: 17:00-19:00
5ª sesión	Comunicación y atención integral del paciente con dermatitis atópica	Profesionales sanitarios. Máximo 60 por turno.	Lunes 26 de mayo: Mañana: 10:00-12:00 Tarde: 17:00-19:00
6ª sesión	Reflexión final y estrategias de intervención	Profesionales sanitarios. Máximo 60 por turno.	Miércoles 28 de mayo: Mañana: 10:00-12:00 Tarde: 17:00-19:00

Tabla 3: Cronograma de las sesiones. Elaboración propia.

Estas sesiones constan de una estructura basada en un objetivo, desarrollo de la sesión (parte teórica, descanso y parte práctica) y evaluación. Además, a partir de la primera sesión se añade un apartado para repasar el contenido de la sesión anterior (Anexo X).

## **1ª SESIÓN: Introducción a la Dermatitis Atópica y su Impacto en la Calidad de Vida**

OBJETIVO: Los participantes comprenderán la fisiopatología, etiología y factores desencadenantes de la DA, valorando la importancia de considerar el impacto emocional y social en la práctica clínica.

DESARROLLO DE LA SESIÓN: 2 horas

- Presentación de los participantes y del curso. 10 minutos:
  - o Técnica: El Ovillo de Lana
    - Se entrega un ovillo de lana a un participante, quien debe decir su nombre, por qué se ha apuntado y qué espera del curso antes de lanzar el ovillo a otro compañero.
    - Se repite hasta que todos participen, formando una red simbólica que representa la colaboración interdisciplinaria.
    - Se hace una breve reflexión sobre la importancia del trabajo en equipo para mejorar la calidad de vida de los pacientes con DA.
  - o El material necesario es un ovillo de lana.
- Evaluación de conocimientos previos. 10 minutos:
  - o Técnica: Cuestionario anónimo en papel.
    - Se realiza un test rápido de 5 preguntas en papel (Anexo XI).
    - Se analizan respuestas en grupo para identificar mitos y realidades de la DA.
  - o Material: Cuestionarios en papel
- Explicación teórica: Introducción a la DA y su impacto en la calidad de vida. 45 minutos:
  - o Técnica: Clase expositiva con apoyo visual (Anexo XII)
    - ¿Qué es la DA? Definición y prevalencia
    - Mecanismos inmunológicos y factores desencadenantes (genéticos, ambientales y microbiota)
    - Diferenciación con otras enfermedades dermatológicas
    - Impacto en la calidad de vida: Bienestar físico, emocional y social
    - Consecuencias psicológicas (estrés, ansiedad y depresión)
  - o Material: Presentación en PowerPoint y pizarra digital.
- Descanso. 10 minutos
- Parte práctica: Actividad Mapa del Impacto. 35 minutos:
  - o Técnica: Trabajo en grupos con análisis de caso.

- Se forman grupos de 4-6 personas, cada uno recibe un caso clínico ficticio con un paciente con DA de distinta gravedad (Anexo XIII).
- El grupo tiene que identificar las principales dificultades del paciente (físicas, emocionales y sociales), relacionarlas con su calidad de vida y proponer tres estrategias de mejora.
- Cada grupo expone sus conclusiones en 5 minutos.
- Material: Fichas con casos clínicos detallados, papel y rotuladores para dibujar el mapa del impacto en cada caso y proyector y pizarra para la puesta en común.
- Evaluación final y puesta en común. 10 minutos:
  - Técnica: Rueda de reflexión.
    - Cada participante dice una frase de algo que ha aprendido, algo que le ha sorprendido y algo que aplicará en su práctica clínica.

Actividad	Técnica	Duración	Material
Presentación de participantes	Ovillo de Lana	10 minutos	Ovillo de lana
Evaluación de conocimientos previos	Cuestionario en papel (Anexo XI)	10 minutos	Cuestionarios impresos
Explicación teórica	Clase expositiva (Anexo XII)	45 minutos	PowerPoint y pizarra digital
Descanso		10 minutos	
Actividad práctica	Trabajo en grupos con casos clínicos (Anexo XIII)	35 minutos	Fichas de casos, papeles y rotuladores.
Evaluación final	Rueda de Reflexión	10 minutos	

## 2ª SESIÓN: Evaluación y Diagnóstico de la Dermatitis Atópica

OBJETIVO: Los participantes conocerán los criterios diagnósticos y herramientas de evaluación clínica utilizadas en la DA y describirán la relación entre esta y otras enfermedades atópicas, así como sus comorbilidades psicológicas y sexuales.

DESARROLLO DE LA SESIÓN: 2 horas

- Repaso de la sesión anterior. 15 minutos:
  - o Técnica: Tormenta de ideas guiada
    - Se proyectan en la pizarra digital tres preguntas clave sobre la sesión anterior. Las preguntas realizadas serán: ¿Cuáles son los principales mecanismos inmunológicos de la DA?, ¿cómo afecta la DA a la calidad de vida de los pacientes? y ¿qué factores pueden empeorar la enfermedad?
    - Los participantes responden en grupos pequeños de 4-6 personas y anotan sus respuestas en tarjetas adhesivas.
    - Se realiza una puesta en común con ayuda del docente para reforzar los conceptos clave.
  - o Material: Pizarra digital, tarjetas adhesivas y rotuladores.
- Explicación teórica: Criterios diagnósticos y escalas de evaluación. 35 minutos:
  - o Técnica: Clase expositiva con imágenes de casos reales.
    - Diagnóstico clínico
    - Diagnóstico diferencial
    - Escalas de evaluación: EASI, SCORAD y DLQI (Anexos I, II y V).
  - o Material: Presentación con imágenes de casos clínicos, fichas de escalas diagnósticas y pizarra digital.
- Descanso. 10 minutos.
- Parte práctica: Actividad diagnóstico interactivo. 40 minutos.
  - o Técnica: Trabajo en grupos con casos clínicos reales.
    - Grupos de 4-6 personas reciben imágenes y descripciones de pacientes con DA en diferentes estadios.
    - Cada grupo debe aplicar EASI, SCORAD y DLQI a su caso, explicar por qué eligieron esa puntuación y justificar si se trata de DA o una enfermedad diferencial.
    - Cada grupo expone su caso en 5 minutos y se discuten dudas con el docente.
  - o Material: Imágenes de pacientes con DA en diferentes grados (Anexo

XIV), fichas con escalas diagnósticas y pizarra digital para comparar evaluaciones.

- Evaluación final y puesta en común. 20 minutos:
  - o Técnica: Autoevaluación con preguntas clave
    - Cada participante responde tres preguntas rápidas sobre el uso de escalas diagnósticas en una tarjeta individual. Se reflexiona en grupo sobre la importancia de la evaluación estandarizada para un mejor tratamiento.
  - o Material: Tarjetas con preguntas.

Actividad	Técnica	Duración	Material
Repaso de la sesión anterior	Tormenta de ideas guiada	15 minutos	Pizarra digital, tarjetas adhesivas y rotuladores
Explicación teórica	Clase expositiva	35 minutos	PowerPoint, fichas de escalas diagnósticas y pizarra digital
Descanso		10 minutos	
Actividad práctica	Diagnóstico interactivo con casos clínicos	40 minutos	Imágenes de pacientes y fichas de escalas
Evaluación final	Autoevaluación con preguntas clave	20 minutos	Tarjetas con preguntas

### **3ª SESIÓN: Tratamientos y Adherencias Terapéuticas en la Dermatitis Atópica**

OBJETIVO: Los participantes comprenderán las diferentes opciones terapéuticas para la DA, sus mecanismos de acción y su aplicación clínica y desarrollarán habilidades en el manejo del paciente con DA.

DESARROLLO DE LA SESIÓN: 2 horas.

- Repaso de la sesión anterior. 15 minutos:
  - o Técnica: Juego Verdadero o Falso con justificación.
    - Se presentan 6 afirmaciones sobre la evaluación y diagnóstico de la DA en la pizarra digital.
    - Los participantes, en grupos de 4-6 personas, deben clasificar cada afirmación como verdadera o falsa y justificar su respuesta en menos de 30 segundos.
    - Se discuten las respuestas y se resuelven dudas en conjunto.
  - o Material: Presentación en pizarra digital y tarjetas para responder.
- Explicación teórica: Opciones terapéuticas en la DA. 35 minutos:
  - o Técnica: Clase expositiva con apoyo visual y ejemplos clínicos.
    - Tratamientos tópicos
    - Tratamientos sistémicos
    - Factores que afectan a la eficacia del tratamiento
    - Impacto de la adherencia terapéutica en la evolución de la enfermedad.
  - o Material: Presentación en PowerPoint, vídeos cortos de aplicación de tratamientos y fichas individuales de los tratamientos.
- Descanso. 10 minutos.
- Parte práctica: Actividad caso clínico dinámico. 40 minutos
  - o Técnica: Trabajo en grupos para diseñar un plan de tratamiento personalizado.
    - Grupos de 4-6 personas reciben un caso clínico detallado con un paciente ficticio con DA, incluyendo historial clínico, hábitos y barreras para la adherencia.
    - El grupo tiene que seleccionar el tratamiento adecuado según la gravedad de la DA, identificar posibles obstáculos para la adherencia terapéutica y diseñar estrategias para mejorar la adherencia, considerando la educación del paciente y su entorno.

- Cada grupo expone su caso en 5 minutos y recibe retroalimentación del docente y del resto de los participantes.
  - Material: Fichas con casos clínicos personalizados, fichas de tratamiento y pizarra digital para el debate de estrategias propuestas.
- Evaluación final y puesta en común. 20 minutos:
  - Técnica: Debate dirigido sobre adherencia terapéutica.
    - Se plantea la pregunta: ¿Cuál es el principal desafío en la adherencia terapéutica de los pacientes con DA?
    - Cada grupo comparte su conclusión en 1 minuto y se abre el debate.
    - El docente refuerza conceptos clave y aporta recomendaciones basadas en la evidencia
  - Material: Pizarra digital para anotar ideas clave.

Actividad	Técnica	Duración	Material
Repaso de la sesión anterior	Juego Verdadero o Falso con justificación	15 minutos	Pizarra digital y tarjetas de respuesta
Explicación teórica	Clase expositiva con apoyo visual y ejemplos clínicos	35 minutos	Presentación en PowerPoint, vídeos cortos de aplicación de tratamientos y fichas individuales de los tratamientos
Descanso		10 minutos	
Actividad práctica	Caso clínico dinámico con diseño de plan de tratamiento	40 minutos	Fichas con casos clínicos personalizados, fichas de tratamiento y pizarra digital para el debate de estrategias propuestas
Evaluación final	Debate sobre adherencia terapéutica	20 minutos	Pizarra digital

## **4ª SESIÓN: Dermatitis Atópica y Salud Sexual.**

**OBJETIVO:** Los participantes comprenderán el impacto de la DA en la salud sexual y aplicarán estrategias de comunicación efectiva para abordar el impacto psicosocial y sexual en pacientes con DA.

**DESARROLLO DE LA SESIÓN:** 2 horas

- Repaso de la sesión anterior. 15 minutos:
  - Técnica: Cadena de reflexión con tarjetas de color.
    - Se entregan tarjetas de tres colores diferentes a los participantes.
      - Verde: ¿Qué concepto clave recuerdas sobre los tratamientos de la DA?
      - Azul: ¿Qué barreras en la adherencia terapéutica identificaste en la última sesión?
      - Roja: ¿Qué estrategia efectiva para mejorar la adherencia te pareció más útil?
    - Cada participante escribe su respuesta en la tarjeta y la coloca en la pizarra digital.
    - Se hace una discusión breve con el docente organizando las ideas y reforzando conceptos clave.
  - Material: Tarjetas de colores y pizarra digital.
- Explicación teórica: Impacto de la DA en la salud sexual. 35 minutos:
  - Técnica: Clase expositiva con análisis de testimonios reales.
    - Impacto físico y emocional
    - Factores psicológicos asociados
    - Abordaje en consulta
  - Material: Presentación en PowerPoint con testimonios en vídeo.
- Descanso. 10 minutos:
- Parte práctica: Actividad Consulta Simulada. 40 minutos.
  - Técnica: Role-playing en parejas con observadores.
    - Se forman parejas de participantes (enfermero-paciente) y un tercer participante como observador.
    - Cada paciente recibe un perfil ficticio con DA y un problema de salud sexual relacionado.
    - El enfermero debe realizar preguntas adecuadas para explorar el problema, brindar apoyo emocional y estrategias para mejorar la salud sexual y explicar posibles soluciones terapéuticas.

- Al final de cada consulta, el observador evalúa cómo fue la comunicación y se hace una puesta en común.
  - Material: Fichas con perfiles de pacientes ficticios, pautas para la simulación de consulta y pizarra digital para compartir reflexiones clave.
- Evaluación y puesta en común. 20 minutos.
  - Técnica: Rueda de sensaciones.
    - Se coloca una imagen en una rueda con emociones.
    - Cada participante selecciona cómo se sintió durante la simulación y explica brevemente su experiencia.
    - Se concluye con estrategias clave para mejorar la atención en salud sexual de pacientes con DA.
  - Material: Imagen impresa de la rueda de emociones y pizarra digital.

Actividad	Técnica	Duración	Material
Repaso de la sesión anterior	Cadena de reflexión con tarjetas de color	15 minutos	Tarjetas de colores y pizarra digital
Explicación teórica	Clase expositiva con análisis de testimonios reales	35 minutos	PowerPoint y testimonios en videos.
Descanso		10 minutos	
Actividad práctica	Consulta simulada con role-playing	40 minutos	Fichas de pacientes, pautas para la simulación y pizarra digital
Evaluación final	Rueda de sensaciones	20 minutos	Imagen de la rueda de emociones y pizarra digital

## **5ª SESIÓN: Comunicación Efectiva y Atención Integral del paciente con Dermatitis Atópica**

OBJETIVO: Los participantes expresarán una actitud reflexiva y crítica sobre la necesidad de un abordaje multidisciplinario de la DA y desarrollarán habilidades en el manejo del paciente con DA.

DESARROLLO DE LA SESIÓN: 2 horas

- Repaso de la sesión anterior. 15 minutos:
  - o Técnica: Método de los 3 puntos clave:
    - Los participantes comparten en grupos pequeños tres puntos clave que recuerdan de la sesión anterior sobre la relación entre DA y salud sexual: Un desafío principal que enfrentan los pacientes, una estrategia efectiva para abordar este desafío y una sensación o reflexión personal que surgió durante la simulación de consulta.
    - Cada grupo comparte las conclusiones con el resto de la clase y el docente refuerza los conceptos clave de la sesión anterior.
  - o Material: Pizarra digital
- Explicación teórica: Estrategias de comunicación efectiva en consulta. 35 minutos:
  - o Técnica: Clase expositiva con análisis de ejemplos prácticos.
    - Principios de la comunicación efectiva
    - Identificación de barreras en la comunicación con pacientes con DA
    - Estrategias para mejorar la relación enfermero-paciente.
  - o Material: Presentación en PowerPoint y vídeos breves que muestren entrevistas de enfermería efectivas.
- Descanso: 10 minutos.
- Parte práctica: Actividad resolviendo conflictos en consulta. 40 minutos:
  - o Técnica: Role-playing con observadores.
    - Grupos de 4 personas, donde dos participantes hacen el role-playing de una consulta enfermera (enfermero-paciente) y los otros dos observan.
    - Caso clínico: Un paciente con DA que ha dejado de seguir su tratamiento debido a efectos secundarios o frustración con la enfermedad. El enfermero debe escuchar sin juzgar los motivos

del paciente, identificar las barreras emocionales y psicológicas que afectan su adherencia al tratamiento y aplicar estrategias de comunicación efectiva para fortalecer la confianza y promover la adherencia terapéutica.

- Cambio de roles al final de la actividad para que todos participen en el ejercicio.
- El grupo observador analiza la interacción y ofrece retroalimentación constructiva.
- Material: Fichas de casos clínicos con perfiles de pacientes ficticios, pautas de comunicación y pizarra digital.
- Evaluación y final y puesta en común. 20 minutos:
  - Técnica: Círculo de reflexión
    - Los participantes se sientan en un círculo y, uno por uno, comparten un aprendizaje clave sobre comunicación que aplicarán en su práctica, una dificultad que enfrentan al tratar con pacientes con DA en términos de comunicación y una estrategia que consideran útil para mejorar la relación enfermero-paciente.
    - El docente resume los puntos más importantes, proporcionando recursos adicionales para mejorar la comunicación.
  - Material: Pizarra digital para registrar puntos clave.

Actividad	Técnica	Duración	Material
Repaso de la sesión anterior	Método de los 3 puntos clave	15 minutos	Pizarra digital
Explicación teórica	Clase expositiva con análisis de ejemplos prácticos	35 minutos	PowerPoint y vídeos breves
Descanso		10 minutos	
Actividad práctica	Role-playing con observadores	40 minutos	Fichas de casos, pautas de comunicación y pizarra digital.
Evaluación final	Círculo de reflexión	20 minutos	Pizarra digital

## **6ª SESIÓN: Reflexión Final y Estrategias de Intervención en la Dermatitis Atópica**

OBJETIVO: Los participantes reflexionarán sobre los aprendizajes adquiridos durante el curso y diseñarán estrategias de intervención interdisciplinarias para mejorar la atención integral de los pacientes con DA.

DESARROLLO DE LA SESIÓN: 2 horas.

- Repaso de la sesión anterior. 15 minutos.
  - o Técnica: Ronda de Ideas con Palabras Clave.
    - Se le pide a cada participante que comparta una palabra clave o concepto que recuerde sobre la comunicación efectiva con los pacientes con DA.
    - Los participantes escriben su palabra clave en un papel y la colocan en una tabla de reflexión proyectada en la pizarra digital.
    - El docente recoge las palabras clave y las organiza en temas comunes, haciendo un resumen final de los puntos más importantes sobre cómo mejorar la relación enfermero-paciente.
  - o Material: Pizarra digital, papeles y bolígrafos para los participantes.
- Explicación teórica: Diseño de estrategias de intervención. 35 minutos:
  - o Técnica: Clase expositiva con ejemplos prácticos y discusión interactiva.
    - Estrategias de intervención en pacientes con DA
    - Adaptación a contextos socioculturales.
    - Cómo integrar el conocimiento interdisciplinario en la práctica clínica diaria.
  - o Material: Presentación en PowerPoint con ejemplos de casos clínicos y recursos educativos.
- Descanso. 10 minutos.
- Parte práctica: Actividad Plan de Acción Interdisciplinario. 40 minutos.
  - o Técnica: Trabajo en grupos interdisciplinarios con análisis de caso
    - Grupos de 4-6 personas, cada grupo recibirá un caso clínico de un paciente con DA que requiere atención de diferentes disciplinas.
    - El grupo tiene que diseñar un plan de intervención integral, establecer estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento y crear un protocolo de seguimiento para el paciente con objetivos a corto, medio y largo plazo.

- Cada grupo presentará su plan de acción en 5 minutos y recibirá retroalimentación del docente y del resto de los participantes.
  - Material: Fichas con casos clínicos, plantillas para elaborar el plan de acción y pizarra digital.
- Evaluación final y puesta en común. 20 minutos:
  - Técnica: Círculo de reflexión
    - Los participantes se colocan en un círculo y por turnos comparten lo que más les ha impactado de las sesiones del curso, una estrategia clave que implementarán en su práctica diaria y una dificultad que aún consideran un desafío en el tratamiento de la DA y cómo planean abordarlo.
    - El docente resume las ideas principales, proporciona recursos adicionales y agradece la participación activa durante el curso.
  - Material: Pizarra digital para registrar puntos clave.

Actividad	Técnica	Duración	Material
Repaso de la sesión anterior	Ronda de Ideas con Palabras Clave	15 minutos	Pizarra digital, papeles y bolígrafos
Explicación teórica	Clase expositiva con ejemplos prácticos y discusión interactiva	35 minutos	PowerPoint con ejemplos de casos clínicos y recursos educativos.
Descanso		10 minutos	
Actividad práctica	Plan de Acción Interdisciplinario	40 minutos	Fichas con casos clínicos, plantillas para elaborar el plan de acción y pizarra digital
Evaluación final	Círculo de reflexión	20 minutos	Pizarra digital

## **7. Evaluación**

La evaluación del proyecto busca ver si hay coincidencias entre lo que enseñan los trabajadores de la salud y lo que aprenden las personas en las sesiones. Además, incluye aspectos como el lugar donde se llevaron a cabo las actividades, el tiempo empleado, las dinámicas usadas y las destrezas con técnicas utilizadas por los docentes.

Este proceso se puede ver desde dos enfoques complementarios: la evaluación de la estructura y del proceso y la evaluación de los resultados.

### **7.1. Evaluación de estructura y proceso**

Para hacer la evaluación de la estructura y el proceso del proyecto educativo, se creará un sistema para recopilar información durante el desarrollo de cada sesión formativa. Esta evaluación será tarea del equipo docente, que utilizarán herramientas creadas especialmente para apuntar aspectos importantes con la planificación, la logística, la forma de enseñanza y la participación (Anexo XV).

Antes de empezar el curso, se mirará si el lugar es el adecuado, si hay equipos disponibles (como pizarra digital y proyector) y si se cumple el calendario programado. Durante las sesiones, habrá un observador que estudiará cómo va todo con una lista de control (Anexo XVI).

Cuando acabe el curso, se tomará la visión del grupo con una pequeña encuesta de satisfacción (Anexo XVII) que valorará aspectos como la organización, la ayuda de los materiales, la calidad del aprendizaje y el lugar para aprender. Esta información se sumará con apuntes del equipo docente, donde se escribirán eventos, notas sobre el ritmo del grupo e ideas para cambiar en las siguientes sesiones.

## 7.2. Evaluación de los resultados

El objetivo principal de este taller es mejorar la concienciación, la autonomía profesional y la gestión multidimensional de casos de DA entre los profesionales de atención primaria. El taller podría considerarse exitoso si los participantes comprenden la importancia del enfoque multidimensional para el tratamiento de la DA e implementan en su práctica clínica las recomendaciones clínicas, los fundamentos del diagnóstico y las estrategias de prestación de servicios aprendidos en las sesiones.

Los objetivos educativos basados en las áreas de conocimiento, habilidades y actitudes se identifican a continuación:

- **Objetivos de conocimiento o cognitivos:** Para evaluar estos objetivos, se emplearán herramientas del aula tales como tormentas de ideas, conversaciones dirigidas y formularios pre-taller y post-taller (Anexo XVIII). Dichos instrumentos facilitarían determinar si los asistentes han abordado correctamente conceptos críticos, tales como la fisiopatología de la DA, los desencadenantes, las escalas de medición y las medidas de tratamiento disponibles en la atención primaria.
- **Objetivos de habilidad:** Se pretende evaluar la efectividad de los objetivos a través de la observación del desempeño en las actividades prácticas, tales como casos clínicos, la simulación de consultas o la redacción de planes de intervención interdisciplinarios, donde el docente dispondrá de una rúbrica de evaluación (Anexo XIX). También se considerará si los asistentes relacionan el conocimiento en el desarrollo de estrategias adecuadas en la atención primaria con el manifiesto de habilidades en la selección y aplicación de tratamientos según la gravedad de la DA.
- **Objetivos de actitud:** Serán evaluados por el observador a través del análisis de la implicación en la sesiones, la disposición al trabajo en equipo, la actitud ante la educación del paciente y la empatía con las dinámicas de role-playing o consulta simulada. El docente dispondrá de un documento de recogida de datos (XIX). Se contabilizan además las conclusiones y manifestaciones espontáneas de compromiso para mejorar el abordaje de la DA en el espacio laboral.

Para evaluar la formación y el aprendizaje de conocimientos a medio y largo plazo se enviarán a los participantes, a través de los datos proporcionados en la inscripción, encuestas de seguimiento (Anexo XXI) para indagar sobre conceptos que recuerden y apliquen con regularidad y herramientas o escalas que estén utilizando. Además, a los 3-6 meses del taller, se solicitará a los participantes que presenten uno o dos casos clínicos reales que hayan atendido tras la formación, relacionados con la DA, con el objetivo de evaluar a través de una rúbrica (Anexo XXII) si aplican las escalas de valoración, el enfoque multidimensional y las estrategias de tratamiento aprendidas.

# BIBLIOGRAFÍA

## References

- Alonso & Prieto. (1995). The spanish version of the SF-36 health survey (the SF-36 health questionnaire): An instrument for measuring clinical results. *Medicina Clínica*, 104(20), 771–776.
- Arndt & Smith. (2008). Stress and atopic dermatitis. *Current Allergy and Asthma Reports*, 8(4), 312–317. doi:10.1007/s11882-008-0050-6
- AskMayoExpert. (2023). *Mayo clinic*.
- Avena-Woods, C. (2017). Overview of atopic dermatitis. *The American Journal of Managed Care*, 23(8 Suppl), S115–S123.
- Ayuso-Mateos et al. (1999). Measuring health status in psychiatric community surveys: Internal and external validity of the spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 26–32.
- Bacon & Mizoguchi. (2014). Assessing therapeutic effectiveness of scalp treatments for dandruff and seborrheic dermatitis, part 2: The impact of gender and ethnicity on efficacy. *The Journal of Dermatological Treatment*, 25(3), 237–240. doi:10.3109/09546634.2012.719077
- Beretzky & Koszorú. (2023). Societal costs and health related quality of life in adult atopic dermatitis. *BMC Health Services Research*, 23(1), 859. doi:10.1186/s12913-023-09840-7
- Bieber, T. (2010). Atopic dermatitis. *Annals of Dermatology*, 22(2), 125–137. doi:10.5021/ad.2010.22.2.125

- Božek, A., & Reich, A. (2017). Assessment of intra-and inter-rater reliability of three methods for measuring atopic dermatitis severity: EASI, objective SCORAD, and IGA. *Dermatology*, 233(1), 16–22.
- Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Lepège, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., et al. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The IQOLA project approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 913–923.
- Celakovská, T., & Bukač, J. (2016a). The severity of atopic dermatitis evaluated with the SCORAD index and the occurrence of bronchial asthma and rhinitis, and the duration of atopic dermatitis. *Allergy & Rhinology*, 7(1), ar.2016.7.0144. doi:10.2500/ar.2016.7.0144
- Celakovská, T., & Bukač, J. (2016b). The severity of atopic dermatitis evaluated with the SCORAD index and the occurrence of bronchial asthma and rhinitis, and the duration of atopic dermatitis. *Allergy & Rhinology*, 7(1), ar.2016.7.0144. doi:10.2500/ar.2016.7.0144
- Cheong, W. K., Yeung, C. K., Torsekar, R. G., Suh, D. H., Ungpakorn, R., Widaty, S., et al. (2016). Treatment of seborrheic dermatitis in asia: A consensus guide. *Skin Appendage Disorders*, 1(4), 187–196. doi:10.1159/000444682
- Choi et al. (2019). Topical ketoconazole: A systematic review of current dermatological applications and future developments. *The Journal of Dermatological Treatment*, 30(8), 760–771. doi:10.1080/09546634.2019.1573309
- Chopra, R., Vakharia, P. P., Sacotte, R., Patel, N., Immaneni, S., White, T., et al. (2017). Severity strata for eczema area and severity index (EASI), modified EASI, scoring atopic dermatitis (SCORAD), objective SCORAD, atopic dermatitis severity index

- and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 177(5), 1316–1321.
- Chung et al. (2012). Association of erectile dysfunction with atopic dermatitis: A population-based case-control study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(3), 679–685.
- Clayton, A. H., & Juarez, E. M. V. (2019). Female sexual dysfunction. *Medical Clinics*, 103(4), 681–698.
- Comunidad de Madrid. (2018). *Localización y acceso*. Retrieved Mar 15, 2025, from <https://www.comunidad.madrid/hospital/lapaz/ciudadanos/localizacion-acceso>
- Coutanceau, C., & Stalder, J. (2014). Analysis of correlations between patient-oriented SCORAD (PO-SCORAD) and other assessment scores of atopic dermatitis severity and quality of life. *Dermatology*, 229(3), 248–255. doi:10.1159/000365075
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334.
- De Ayala, R. J. (2013). *The theory and practice of item response theory* Guilford Publications.
- Dermatólogo. (2022, -03-31). El dermatólogo responde – dermatologo.net. Message posted to <https://dermatologo.net/category/el-dermatologo-responde/>
- Dr. Torsten. (2003). Urticaria. *Allergy*, 58, 1224–1234. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1398->
- Egeberg et al. (2017). Erectile dysfunction in male adults with atopic dermatitis and psoriasis. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(3), 380–386.

- Eisman et al. (2018). Manual de dermatología, 2.<sup>a</sup> edición. In J. Conejo-Mir, J. C. Moreno, F. M. Camacho, pp (Ed.), *Manual de dermatología, 2.<sup>a</sup> edición* (pp. 1–26)  
Retrieved from [https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20DE%20DERMATOLOGIA%E2%80%9A%202%20Vols.%20\(Tapa%20Dura\)/9788478856282](https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20DE%20DERMATOLOGIA%E2%80%9A%202%20Vols.%20(Tapa%20Dura)/9788478856282)
- Figueras, I., Feito, M., García-Bustinduy, M., Monte-Boquet, E., Ros, S., Zaragoza, V., et al. (2024). A qualitative tool to guide in the interpretation of the numerical rating scale for pruritus intensity in patients with atopic dermatitis. *Acta Dermato-Venereologica*, 104, adv18255. doi:10.2340/actadv.v104.18255
- Frazier, W., & Bhardwaj, N. (2020). Atopic dermatitis: Diagnosis and treatment. *American Family Physician*, 101(10), 590–598. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/>
- Fritz & Morris. (2012). Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2.
- Gil, R. (2024). *¿Picor por todo el cuerpo? puede ser dermatitis atópica y estas son las recomendaciones para evitarla.* Retrieved Apr 13, 2025, from <https://www.lne.es/salud/guia/2024/09/14/dermatitis-atopica-evitar-desesperante-picor-75418580.html>
- Girabent-Farrés et al. (2018). Traducción y validación al español del módulo neuromuscular de la escala pediatric quality of life inventory (PedsQL): Evaluación de la calidad de vida percibida por padres de niños de 2-4 años con enfermedades neuromusculares. *Rev Neurol*, 66(3), 81–88.
- Greener, M. (2024). Atopic dermatitis: New insights into a common condition. *British Journal of Community Nursing*, 29(10), 490–492. doi:10.12968/bjcn.2024.0113

- Hanifin, J. M., Thurston, M., Omoto, M., Cherill, R., Tofte, S. J., Graeber, M., et al. (2001). The eczema area and severity index (EASI): Assessment of reliability in atopic dermatitis. *Experimental Dermatology*, *10*(1), 11–18.
- Hanifin, J. M., Baghoomian, W., Grinich, E., Leshem, Y. A., Jacobson, M., & Simpson, E. L. (2022). The eczema area and severity index—a practical guide. *Dermatitis*, *33*(3), 187–192.
- Harper, J. (2000). Textbook of pediatric dermatology. (*No Title*),
- Hays & Morales. (2000). Item response theory and health outcomes measurement in the 21st century. *Medical Care*, *38*(9), II–42.
- Hu, J., Jiang, L., Hong, S., Cheng, L., Kong, M., & Ye, Y. (2013). Reliability and validity of the chinese version of the pediatric quality of life inventory™ (PedsQL™) 3.0 neuromuscular module in children with duchenne muscular dystrophy. *Health and Quality of Life Outcomes*, *11*, 1–9.
- Iannaccone, S. T., Hynan, L. S., Morton, A., Buchanan, R., Limbers, C. A., & Varni, J. W. (2009). The PedsQL™ in pediatric patients with spinal muscular atrophy: Feasibility, reliability, and validity of the pediatric quality of life inventory™ generic core scales and neuromuscular module. *Neuromuscular Disorders*, *19*(12), 805–812.
- J. Borda & C. Wikramanayake. (2015). Seborrheic dermatitis and dandruff: A comprehensive review. *Journal of Clinical and Investigative Dermatology*, doi:10.13188/2373-1044.1000019
- J. García Dorado, P. A. F. (2021). Anatomía y fisiología de la piel.XXIV (3): 156.e1–156.e13 Retrieved from [https://pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2021/xxv03/07/n3-156e1-13\\_RB\\_JesusGarcia.pdf](https://pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2021/xxv03/07/n3-156e1-13_RB_JesusGarcia.pdf)

- Je, W. (1993). SF-36 health survey: Manual and interpretation guide. *Health Institute*,
- Jordaan, H. F., & Visser, W. I. (2011). The diagnosis and management of atopic dermatitis. *Professional Nursing Today*, 15(6), 16–23. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=ccm&AN=73345459&authtype=sso&custid=s9288343&lang=es&site=ehost-live&scope=site&custid=s9288343>
- Jorge, M. F., Sousa, T. D., Pollo, C. F., Paiva, B. S., Ianhez, M., Boza, J. C., et al. (2020). Dimensionality and psychometric analysis of DLQI in a Brazilian population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 268.
- Karger AG, B. (2009). Severity scoring of atopic dermatitis: The SCORAD index: Consensus report of the European task force on atopic dermatitis. *Dermatology*, 186(1), 23–31. doi:10.1159/000247298
- Kojanova, M., Tanczosova, M., Strosova, D., Cetkovska, P., Fialova, J., Dolezal, T., et al. (2022). Dupilumab for the treatment of atopic dermatitis: Real-world data from the Czech Republic BIOREP registry. *Journal of Dermatological Treatment*, 33(5), 2578–2586. doi:10.1080/09546634.2022.2043545
- Leshem & Hajar. (2015). What the eczema area and severity index score tells us about the severity of atopic dermatitis: An interpretability study. *British Journal of Dermatology*, 172(5), 1353–1357.
- Leung, D. Y. (2024). Evolving atopic dermatitis toward precision medicine. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 132(2), 107–108.
- Linares-Gonzalez, L., Lozano-Lozano, I., Gutierrez-Rojas, L., Lozano-Lozano, M., Rodenas-Herranz, T., & Ruiz-Villaverde, R. (2021). Sexual dysfunction and atopic dermatitis: A systematic review. *Life*, 11(12), 1314. doi:10.3390/life11121314

- Liu et al. (2016). Rasch analysis holds no brief for the use of the dermatology life quality index (DLQI) in chinese neurodermatitis patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 1–9.
- Lugović-Mihić, L., Meštrović-Štefekov, J., Potočnjak, I., Cindrić, T., Ilić, I., Lovrić, I., et al. (2023). Atopic dermatitis: Disease features, therapeutic options, and a multidisciplinary approach. *Life (2075-1729)*, 13(6), 1419. doi:10.3390/life13061419
- M. Bullinger. (1991). Quality of life definition conceptualization and implications a methodologists view. *Theoretical Surgery*, 6(3), 143–148. Retrieved from <https://eurekamaq.com/research/033/050/033050320.php>
- M. Contreras & J. Ávila. (2016). The skin: An integral approach, beyond the barrier function. *Dermatología Cosmética, Médica Y Quirúrgica*, 14(4) Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2016/dcm164i.pdf>
- Mazzotti et al. (2005). Psychometric properties of the dermatology life quality index (DLQI) in 900 italian patients with psoriasis. *Acta Dermato-Venereologica*, 85(5)
- Miniotti, M., Lazzarin, G., Ortoncelli, M., Mastorino, L., Ribero, S., & Leombruni, P. (2022). Impact on health-related quality of life and symptoms of anxiety and depression after 32 weeks of dupilumab treatment for moderate-to-severe atopic dermatitis. *Dermatologic Therapy*, 35(5), e15407. doi:10.1111/dth.15407
- N. Iglesias Pena. (2022). Acné en la adolescencia. *ADOLESCERE • Revista De Formación Continuada De La Sociedad Española De Medicina De La Adolescencia*, X Retrieved from [https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-X-n1-2022/2022-n1-05-14\\_Tema-de-revision-Acne-en-la-adolescencia.pdf](https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-X-n1-2022/2022-n1-05-14_Tema-de-revision-Acne-en-la-adolescencia.pdf)
- Nakamura, Y., Takahashi, H., Takaya, A., Inoue, Y., Katayama, Y., Kusuya, Y., et al. (2020). Staphylococcus agr virulence is critical for epidermal colonization and

associates with atopic dermatitis development. *Science Translational Medicine*, 12(551), eaay4068. doi:10.1126/scitranslmed.aay4068

Nauffal, D., Domenech, R., Garcia, M. M., Compte, L., Macian, V., & Perpina, M. (2002). Noninvasive positive pressure home ventilation in restrictive disorders: Outcome and impact on health-related quality of life. *Respiratory Medicine*, 96(10), 777–783.

Noreen Heer. (2010). Efficacy and safety considerations in topical treatments for atopic dermatitis. *Dermatology Nursing*, 22(3), 2–10. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=ccm&AN=105049153&authtype=sso&custid=s9288343&lang=es&site=ehost-live&scope=site&custid=s9288343>

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*, 3rd ed., McGraw-hill, New York, NY.

OMS. (1995). *Calidad de vida*. <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/spanish-spain-whoqol-bref>

OMS. (2006). *Sexualidad*. Retrieved 9 febrero, 2025, from [https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)

OpenAI. (2023). *ChatGPT.*, 2023, from <https://chat.openai.com/chat>

Oranje et al. (1997). Clinical validation and guidelines for the SCORAD index: Consensus report of the European task force on atopic dermatitis. *Dermatology*, 195(1), 10–19.

- Oranje et al. (2007). Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: The SCORAD index, objective SCORAD and the three-item severity score. *The British Journal of Dermatology*, 157(4), 645–648. doi:10.1111/j.1365-2133.2007.08112.x
- Paulo Castillo D. (2003). Quemaduras. conceptos para el médico general. 17, 58–63. Retrieved from <http://revistas.uach.cl/pdf/cuadcir/v17n1/art10.pdf>
- Pérez-Cotapos et al. (2011). Atopic dermatitis. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(2), 197–203. doi:10.1016/S0716-8640(11)70413-8
- Rajmil, L., Herdman, M., Fernandez de Sanmamed, M., Detmar, S., Bruil, J., Ravens-Sieberer, U., et al. (2004). Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: A qualitative analysis of content. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 34(1), 37–45. doi:10.1016/s1054-139x(03)00249-0
- Ricci, G., Patrizi, A., Giannetti, A., Dondi, A., Bendandi, B., & Masi, M. (2010). Does improvement management of atopic dermatitis influence the appearance of respiratory allergic diseases? A follow-up study. *Clinical and Molecular Allergy*, 8, 1–12.
- Ring, J., Zink, A., Arents, B. W. M., Seitz, I. A., Mensing, U., Schielein, M. C., et al. (2019). Atopic eczema: Burden of disease and individual suffering - results from a large EU study in adults. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 33(7), 1331–1340. doi:10.1111/jdv.15634
- Rodríguez-Pozo, J., Montero-Vílchez, T., Diaz Calvillo, P., Sanabria de la Torre, R., Ureña Paniego, C., Ramirez-Muñoz, A., et al. (2024). The impact of atopic dermatitis on sexual function and reproductive desires in women. *Acta Dermatovenereologica*, 104, adv35107. doi:10.2340/actadv.v104.35107

Roizen & Urzúa. (2010). Quality of life and health in childhood and adolescence. *Tipica, Boletín Electrónico De Salud Escolar*, 6(2) Retrieved from [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/37851160/20\\_2010\\_separata\\_CV\\_Infancia\\_y\\_Adolescencia-libre.pdf?1433724543=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRajmil L Roizen M Urzua A Calidad de vida.pdf&Expires=1738614204&Signature=WVqYm3q6-xtJYLU1oN0EvFmqi-NGx6NAy3THxbvD4XcQ3y5Z8wty8cvxI9R4t32Y3m6C2RKjz3HYJQD84rJnLNy2P9EzQ0R52xP3eYKVB4~gpDF5c-rH63s7as4Zp4EJs9zgUdUsmFTkchuxVhPx-Syp6Ort3~5UvHa7sAl4aoodIzpMneCgErze2~Sc57IDeL-QI-HDuoG6QNxmRbJyy7jAbCrg5QIAnAnSmhjtW8y4FTVmlLRQwO7gwbj69QBpNm~hg5go0H4CJELkS5twW1HE3KTEapdcpptF4TnStTLuUDSusjDfl0hz00BmWLDosB~xrGSGqH07HPUeHcLQ &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/37851160/20_2010_separata_CV_Infancia_y_Adolescencia-libre.pdf?1433724543=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRajmil L Roizen M Urzua A Calidad de vida.pdf&Expires=1738614204&Signature=WVqYm3q6-xtJYLU1oN0EvFmqi-NGx6NAy3THxbvD4XcQ3y5Z8wty8cvxI9R4t32Y3m6C2RKjz3HYJQD84rJnLNy2P9EzQ0R52xP3eYKVB4~gpDF5c-rH63s7as4Zp4EJs9zgUdUsmFTkchuxVhPx-Syp6Ort3~5UvHa7sAl4aoodIzpMneCgErze2~Sc57IDeL-QI-HDuoG6QNxmRbJyy7jAbCrg5QIAnAnSmhjtW8y4FTVmlLRQwO7gwbj69QBpNm~hg5go0H4CJELkS5twW1HE3KTEapdcpptF4TnStTLuUDSusjDfl0hz00BmWLDosB~xrGSGqH07HPUeHcLQ &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

Roizen, M., Rodríguez, S., Bauer, G., Medin, G., Bevilacqua, S., Varni, J. W., et al. (2008). Initial validation of the argentinean spanish version of the PedsQL™ 4.0 generic core scales in children and adolescents with chronic diseases: Acceptability and comprehensibility in low-income settings. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 1–15.

Ryan, S. (2019). Easi made easy. *Dermatological Nursing*, 18(2), 10–14. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=ccm&AN=137186729&authtype=sso&custid=s9288343&lang=es&site=ehost-live&scope=site&custid=s9288343>

Sampogna, F., Abeni, D., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Titeca, G., Lien, L., et al. (2016). Impairment of sexual life in 3,485 dermatological outpatients from a multicentre study in 13 european countries. *Acta Dermato-Venereologica*, 97(4), 478.

- Sancllemente et al. (2025). Análisis rasch del índice de calidad de vida en dermatología. *Actas Dermo-Sifiliográficas*,
- Sanidad, 2. (2019). *La dermatitis atópica grave se asocia con trastornos neuropsiquiátricos*. Retrieved Apr 13, 2025, from <https://isanidad.com/141338/la-dermatitis-atopica-grave-se-asocia-con-posibles-trastornos-neuropsiquiatricos/>
- Schmitt, J., Langan, S., Deckert, S., Svensson, A., von Kobyletzki, L., Thomas, K., et al. (2013). Assessment of clinical signs of atopic dermatitis: A systematic review and recommendation. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 132(6), 1337–1347.
- Senra, M. S., & Wollenberg, A. (2014). Psychodermatological aspects of atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 170(s1), 38–43. doi:10.1111/bjd.13084
- Silverberg, J. I., Lei, D., Yousaf, M., Janmohamed, S. R., Vakharia, P. P., Chopra, R., et al. (2021). What are the best endpoints for eczema area and severity index and scoring atopic dermatitis in clinical practice? A prospective observational study. *British Journal of Dermatology*, 184(5), 888–895.
- Snyder, A. M., Brandenberger, A. U., Taliercio, V. L., Rich, B. E., Webber, L. B., Beshay, A. P., et al. (2023). Quality of life among family of patients with atopic dermatitis and psoriasis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 30(3), 409–415. doi:10.1007/s12529-022-10104-7
- Sonja Ständer. (2022). *Dermatitis atópica*. Retrieved Apr 13, 2025, from <https://www.intramed.net/content/99654>
- Stanford Medicine. (1995). *Anatomy of the skin*. Retrieved Mar 15, 2025, from <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=anatomy-of-the-skin-85-P04436>

- Tofte, S., Graeber, M., Cherill, R., Omoto, M., Thurston, M., & Hanifin, J. M. (1998). Eczema area and severity index (EASI): A new tool to evaluate atopic dermatitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, (11), S197.
- Twiss et al. (2012). Can we rely on the dermatology life quality index as a measure of the impact of psoriasis or atopic dermatitis? *Journal of Investigative Dermatology*, 132(1), 76–84.
- Varni & Seid. (1999). The PedsQL™: Measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical Care*, 37(2), 126–139.
- Varni, J. W., & Limbers, C. A. (2009a). The pediatric quality of life inventory: Measuring pediatric health-related quality of life from the perspective of children and their parents. *Pediatric Clinics of North America*, 56(4), 843–863.
- Varni, J. W., & Limbers, C. A. (2009b). The PedsQL™ 4.0 generic core scales young adult version: Feasibility, reliability and validity in a university student population. *Journal of Health Psychology*, 14(4), 611–622.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., et al. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135–150. doi:10.1157/13074369
- Visoso-Salgado, Á. (2017). Dermatitis atópica severa e hiper-IgE. *Revista Alergia México*, 64(4), 487–492. doi:10.29262/ram.v64i4.281
- Ware et al. (2001). SF-36 physical and mental health summary scales. *A User's Manual*, 1994
- Ware Jr, J. E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), 3130–3139.

- Ware, J. E. (2001). How to score and interpret single-item health status measures: A manual for users of the SF-8™ health survey. (*No Title*),
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220–233.
- Wollenberg, A., Barbarot, S., Bieber, T., Christen-Zaech, S., Deleuran, M., Fink-Wagner, A., et al. (2018). Consensus-based european guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: Part I. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 32(5), 657–682.
- Yasuda, K., Ishiiji, Y., Ebata, T., Kogure, T., Kondo, E., Ota, A., et al. (2023). Monitoring sleep and scratch improves quality of life in patients with atopic dermatitis. *Acta Dermato-Venereologica*, 103, adv11922. doi:10.2340/actadv.v103.11922

# ANEXOS

## ANEXO I: EASI

El índice de Área y Severidad del Eccema (EASI) es una herramienta validada para evaluar la severidad de la DA en estudios clínicos (Chopra et al., 2017). Se desarrolló en 1998 y ha sido ampliamente adoptado por su precisión y reproducibilidad (Tofte et al., 1998).

### Proceso de evaluación del EASI:

- Área de afectación: Se estima visualmente la extensión de la lesión en cada una de las cuatro regiones del cuerpo, es decir, cabeza y cuello, extremidades superiores, tronco y extremidades inferiores (Hanifin, Jon M. et al., 2022). Cada una recibe una puntuación de 1 a 6, dependiendo del porcentaje afectado (Hanifin, Jon M. et al., 2022).
- Intensidad de las lesiones: Se evalúan cuatro signos clínicos en cada región, con una puntuación de 0 a 3 (Hanifin, Jon M. et al., 2022). Valora el eritema, edema, excoriación y liquenificación (Hanifin, Jon M. et al., 2022). Se pueden usar medios puntos (por ejemplo, 1.5 o 2.5, pero no 0.5) (Hanifin, J. M. et al., 2001).
- Cálculo de la puntuación por región: Se multiplica la suma de la intensidad de los signos por la puntuación del área afectada y por un multiplicador según la región del cuerpo (Hanifin, Jon M. et al., 2022).
- Puntuación final del EASI: Se suman las puntuaciones de las cuatro regiones, obteniendo un valor de 0 a 72 (Hanifin, Jon M. et al., 2022).

### Interpretación de los valores del EASI:

Una puntuación baja indica una afectación leve o casi ausente, mientras que una puntuación alta refleja una DA más extensa y severa, tal y como se observa en la Tabla 4 (Leshem & Hajar, 2015).

Puntuación EASI	Gravedad del eccema
0	Sin eccema
0.1 – 1.0	Casi claro
1.1 – 7.0	Leve
7.1 – 21.0	Moderado
21.1 – 50.0	Severo
>50.0	Muy severo

Tabla 4: Puntuación EASI y gravedad del eccema. Elaboración propia a partir de Leshem & Hajar (2015).

**Factores que considerar:**

- Eritema en piel oscura: Puede subestimarse. Se recomienda aumentar la puntuación en 1 grado si es necesario (Hanifin, Jon M. et al., 2022).
- Liquefacción y nódulos pruriginosos: Se consideran signos de afectación crónica y deben incluirse en la evaluación (Hanifin, Jon M. et al., 2022)
- Puntuación estática: Cada evaluación debe hacerse de forma independiente, sin considerar evaluaciones previas (Božek & Reich, 2017).
- Método de cálculo del área: Específico del EASI y diferente a otras escalas como SCORAD (Hanifin, Jon M. et al., 2022).

**Limitaciones del EASI:**

- Puede haber variabilidad entre observadores. Se recomienda que el mismo evaluador haga el seguimiento en estudios clínicos (Schmitt et al., 2013).
- La escala no diferencia entre distintos patrones de afectación con la misma puntuación (Chopra et al., 2017).
- En pieles muy pigmentadas, el eritema puede ser difícil de evaluar con precisión (Silverberg et al., 2021).

## ANEXO II: SCORAD

El Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) es un índice utilizado para evaluar la gravedad de la DA (Celakovská & Bukač, 2016a). Fue desarrollado por el Grupo Europeo de Trabajo en DA y permite una evaluación estandarizada de la enfermedad (Oranje et al, 1997).

### Componentes del SCORAD:

- El SCORAD se calcula combinando tres parámetros principales (Oranje et al, 1997):
- Extensión de la lesión (A): Se mide la superficie afectada en porcentaje del área total del cuerpo utilizando la Regla de los 9% de Wallace (Oranje et al, 1997).
- Intensidad de los signos clínicos (B): Evaluación de seis signos clínicos es una escala de 0 a 3 donde 0 es ausente, 1 es leve, 2 es moderado y 3 es severo. Valora el eritema, edema, excoriaciones, liquenificación, exudación y sequedad de la piel (Oranje et al, 1997).
- Síntomas subjetivos (C): Prurito y trastornos del sueño, valorados por el paciente en una escala de 0 a 10 (Oranje et al, 1997).

### Cálculo del SCORAD:

La fórmula del SCORAD es:  $SCORAD = A/5 + 7B/2 + C$  (Oranje et al, 2007).

- A es la extensión (% de área corporal afectada).
- B es la suma de la intensidad de los signos clínicos
- C es la suma de los síntomas subjetivos.

### Interpretación de la puntuación SCORAD:

En la tabla 5 se observa que la puntuación se divide en tres niveles de gravedad y estos valores ayudan a clasificar la severidad de la DA, permitiendo un mejor seguimiento y tratamiento del paciente (Karger AG, 2009).

Puntuación SCORAD	Gravedad de la DA
0 – 24	Leve
25 – 50	Moderada
> 50	Severa

Tabla 5: Puntuación SCORAD. Elaboración propia a partir de Karger AG (2009).

**Importancia del SCORAD:**

- Permite evaluar la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento (Celakovská & Bukač, 2016b).
- Relaciona la gravedad de la DA con otras enfermedades atópicas como asma y rinitis alérgica (Ricci et al., 2010)
- Se utiliza en estudios clínicos y en la práctica diaria para valorar la efectividad de las terapias (Celakovská & Bukač, 2016b).

### **ANEXO III: SF – 36**

El SF-36 es un cuestionario de CVRS ampliamente utilizado para evaluar la percepción del estado de salud en la población general y en pacientes con diversas enfermedades (Vilagut et al., 2005).

**Componentes del SF – 36:** El cuestionario consta de 36 preguntas agrupadas en 8 dimensiones (Vilagut et al., 2005):

- Función física (10 ítems): Evalúa la capacidad para realizar actividades físicas cotidianas.
- Rol físico (4 ítems): Impacto de la salud en el desempeño laboral y actividades diarias.
- Dolor corporal (2 ítems): Intensidad y limitaciones causadas por el dolor.
- Salud general (5 ítems): Percepción global de la salud y expectativas futuras.
- Vitalidad (4 ítems): Niveles de energía y fatiga.
- Función social (2 ítems): Impacto de la salud en las relaciones sociales
- Rol emocional (3 ítems): Impacto de los problemas emocionales en el trabajo y actividades diarias
- Salud mental (5 ítems): Estados emocionales como ansiedad, depresión y bienestar psicológico.

También incluye un ítem de transición sobre el cambio en la salud en el último año, aunque no se usa en el cálculo de las puntuaciones (Je, 1993).

**Cálculo y escala de puntuación:** Cada dimensión se puntúa en una escala de 0 a 100, donde 0 representa el peor estado de salud y el 100 el mejor (Ware et al, 2001). Además, las dimensiones se agrupan en dos componentes sumarios (Vilagut et al., 2005).

- Componente físico (PCS): Incluye función física, rol físico, dolor corporal y salud general (Vilagut et al., 2005).
- Componente mental (MCS): Incluye vitalidad, función social, rol emocional y salud mental (Vilagut et al., 2005).

El SF – 36 permite calcular puntuaciones individuales para cada dimensión y obtener estos dos componentes globales (Ware Jr, 2000).

**Propiedades métricas:**

- Fiabilidad: Tiene una alta consistencia interna con coeficientes de Cronbach superiores a 0.7 en la mayoría de las escalas, lo que lo hace un instrumento fiable (Vilagut et al., 2005).
- Validez: Demuestra buena discriminación entre grupos de gravedad y alta correlación con otros cuestionarios de calidad de vida (Nunnally & Bernstein, 1994).
- Sensibilidad al cambio: Puede detectar mejorías tras intervenciones como angioplastia coronaria, cirugía de próstata o ventilación domiciliaria (Nauffal et al., 2002).

**Importancia y aplicaciones del SF – 36:**

- Se utiliza en investigación clínica, estudios epidemiológicos y evaluaciones de políticas de salud (Bullinger et al., 1998).
- Permite comparar diferentes enfermedades y poblaciones (Ayuso-Mateos et al, 1999).
- Es útil para medir el impacto de tratamientos médicos y cambios en la salud a lo largo del tiempo (Ware Jr, 2000).
- Se ha validado en múltiples idiomas, incluida una versión española adaptada culturalmente (Alonso & Prieto, 1995).

**Nuevas versiones y adaptaciones:** Existen versiones más cortas del SF – 36 que buscan facilitar su aplicación en diferentes contextos (Vilagut et al., 2005):

- SF – 12: Versión reducida de 12 ítems (Ware, Kosinski, & Keller, 1996).
- SF – 8: Versión ultracorta con 8 ítems (Ware, 2001)

## **ANEXO IV: PedsQL**

El PedsQL es un cuestionario diseñado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños y adolescentes, incluyendo la percepción tanto del paciente como de sus cuidadores (Varni & Seid, 1999).

**Componentes del PedsQL:** El cuestionario está estructurado en tres dimensiones principales (Varni & Limbers, 2009b):

- Problemas relacionados con la enfermedad neuromuscular (17 ítems): Evalúa el impacto físico de la enfermedad, como movilidad, fuerza muscular, fatiga y dolor (Iannaccone et al., 2009).
- Comunicación (3 ítems): Se centra en dificultades de comunicación entre el niño, su familia y el entorno sanitario (Varni & Limbers, 2009a).
- Recursos familiares (5 ítems): Analiza el impacto de la enfermedad en la familia y el acceso a recursos para el cuidado del niño (Varni & Limbers, 2009a).

Las respuestas se valoran en una escala de Likert de 5 puntos donde 0 es nunca, 1 es casi nunca, 2 es a veces, 3 significa frecuentemente y 4 es casi siempre (Varni & Seid, 1999). Para la puntuación final, las respuestas se transforman a una escala de 0 a 100, donde 100 indica la mejor calidad de vida posible (Varni & Seid, 1999).

### **Importancia y aplicaciones del PedsQL:**

- Es un instrumento validado y ampliamente utilizado en niños con enfermedades crónicas y neuromusculares (Hu et al., 2013).
- Evalúa tanto la percepción del niño como la del cuidador, proporcionando una visión integral del impacto de la enfermedad (Varni & Limbers, 2009a).
- Tiene excelente fiabilidad y consistencia interna, con coeficientes de Cronbach superiores a 0.8 (Cronbach, 1951)
- Se utiliza en estudios clínicos para medir la efectividad de tratamientos y la progresión de enfermedades neuromusculares (Girabent-Farrés et al, 2018).

## ANEXO V: DLQI

El DLQI es un cuestionario ampliamente utilizado para medir el impacto de las enfermedades dermatológicas en la calidad de vida de los pacientes (Hays & Morales, 2000).

**Componentes del DLQI:** El cuestionario consta de 10 ítems, divididos en 6 dimensiones (Sanclemente et al, 2025).

- Síntomas y sentimientos: Evalúa el impacto de la enfermedad en la picazón, dolor y molestias emocionales (Sanclemente et al, 2025).
- Actividades diarias: Dificultades en tareas cotidianas como vestirse o realizar labores domésticas (Sanclemente et al, 2025)
- Ocio y actividades sociales: Limitaciones en actividades recreativas, deportes y vida social (Sanclemente et al, 2025).
- Trabajo y estudios: Evaluación de cómo la enfermedad afecta la vida laboral y académica (Sanclemente et al, 2025).
- Relaciones personales: Impacto en la vida afectiva y sexual (Sanclemente et al, 2025)
- Tratamiento: Problemas derivados del uso de medicamentos o terapias dermatológicas (Sanclemente et al, 2025).

**Puntuación e interpretación:** Esta escala permite clasificar el impacto de enfermedades dermatológicas en la vida diaria del paciente, ayudando a los profesionales a determinar la gravedad del impacto psicológico y funcional de la enfermedad (De Ayala, 2013). Se observan las puntuaciones y su interpretación en la tabla 6.

Puntuación DLQI	Interpretación
0 – 1	Sin impacto en la calidad de vida
2 – 5	Impacto leve
6 – 10	Impacto moderado
11 – 20	Impacto importante
21 – 30	Impacto extremo

Tabla 6: Puntuación e interpretación DLQI. Elaboración propia a partir de De Ayala (2013).

**Importancia del DLQI:**

- Herramienta validada internacionalmente y utilizada en ensayos clínicos (Fritz & Morris, 2012).
- Permite evaluar el impacto emocional y funcional de enfermedades como psoriasis, dermatitis atópica y acné (Twiss et al, 2012).
- Útil para medir la efectividad de los tratamientos (Fritz & Morris, 2012).
- Existen versiones adaptadas a diferentes culturas e idiomas (Mazzotti et al, 2005).

**Limitaciones del DLQI:**

- Seso cultural en algunas preguntas, especialmente en temas como la vida sexual (Liu et al, 2016).
- Algunas respuestas pueden ser ambiguas o difíciles de interpretar, afectando la precisión del resultado (Jorge et al., 2020).

## **ANEXO VI: Correo institucional**

Estimado/a compañero/a,

Nos ponemos en contacto con usted para invitarle a participar en un proyecto formativo dirigido a profesionales de **enfermería de atención primaria**, centrado en el **abordaje integral de la dermatitis atópica** desde la consulta de enfermería, pues es una patología de alta prevalencia en la población y con impacto directo en la calidad de vida de quienes la padecen. Desde el rol enfermero, podemos mejorar significativamente su seguimiento mediante una atención individualizada, educación para el autocuidado y coordinación con dermatología.

Este curso tiene como objetivo:

- Actualizar los conocimientos sobre el abordaje enfermero de la dermatitis atópica en atención primaria
- Dotarte de herramientas prácticas para el manejo, seguimiento y educación de pacientes y familias
- Favorecer la colaboración entre atención primaria y especializada en el cuidado de esta patología

El curso será impartido por una enfermera dermatológica hospitalaria y una enfermera de atención primaria con experiencia en enfermedades crónicas.

Se desarrollará a lo largo de tres semanas, con 6 sesiones programadas en formato presencial y con posibilidad de acreditación como formación continuada en el Hospital Universitario La Paz, los siguientes días:

- **Fechas y horarios:**
  - o Lunes 12, 19 y 26 de mayo
  - o Miércoles 14, 21 y 28 de mayo
  - o Duración: 2 horas por sesión (con descanso de 10 minutos)
  - o Turno de mañana: 10:00-12:00
  - o Turno de tarde: 17:00-19:00
- **¿A quién va dirigido?:** A enfermeras/os de los centros de salud adscritos al Área de Influencia del Hospital La Paz interesados en actualizar conocimientos sobre dermatitis atópica.
- **Lugar de realización:** Hospital Universitario La Paz – Aula de Formación

Puedes solicitar tu plaza escribiéndonos a: [formacion.enf.derma@salud.madrid.org](mailto:formacion.enf.derma@salud.madrid.org)

O llamando al teléfono **91 123 45 78**, en horario de 9:00 a 14:00 y de 15:00 a 20:00

**¡Te esperamos!**

Un saludo cordial

# DERMATITIS ATÓPICA EN AP

**¡Inscríbete y mejora tus habilidades en el manejo de pacientes con dermatitis atópica!**



- **FORMACIÓN ÚTIL Y ENFOCADA AL DÍA A DÍA EN CONSULTA: CUIDA, EDUCA, ACOMPAÑA**

**FECHAS:** 12, 14, 19, 21, 26 Y 28 DE MAYO  
**TURNOS:** MAÑANA 10:00-12:00  
TARDE 17:00-19:00  
**DURACIÓN:** 2 H POR SESIÓN CON DESCANSO INCLUIDO.



- **LUGAR:** AULA DE FORMACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ

**ENVÍA UN CORREO E INSCRIBETE**



✉ [formacion.enf.derma@salud.madrid.org](mailto:formacion.enf.derma@salud.madrid.org)

☎ 91 123 45 78

**12  
HORAS**

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

**CURSO  
DERMATITIS  
ATÓPICA EN  
AP**

## INFORMACIÓN PERSONAL:

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN IMPORTANTE:

Centro de Salud en el que trabajas: \_\_\_\_\_

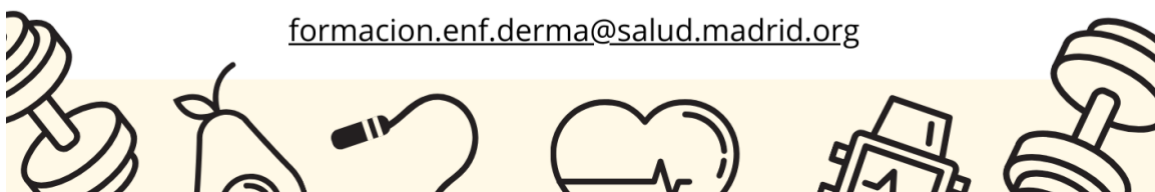
Marca la casilla que se relacione con tu horario preferente:

MAÑANAS 10:00-12:00

TARDES 17:00-19:00

Fecha y firma:

Puedes enviar este formulario al correo:  
[formacion.enf.derma@salud.madrid.org](mailto:formacion.enf.derma@salud.madrid.org)



📢 ¡NUEVO CURSO DISPONIBLE!

# DERMATITIS ATÓPICA EN AP

Formación especializada en el manejo de pacientes con dermatitis atópica

 **Fechas:** 12, 14, 19, 21, 26 y 28 de mayo

 **Turnos:** Mañana 10:00-12:00 | Tarde 17:00-19:00

 **Duración:** 2 horas por sesión con descanso incluido

 **Lugar:** Aula de formación del Hospital Universitario La Paz

 **Dirigido a:** Personal de enfermería de AP adscrito al Hospital

## ✅ Qué aprenderás:

- Diagnosticar la dermatitis atópica
- Manejar el tratamiento adecuado
- Educar al paciente y su familia

## CONTÁCTANOS

✉ Inscripción:  
[formacion.enf.derma@salud.madrid.org](mailto:formacion.enf.derma@salud.madrid.org)

☎ Teléfono: 91 123 45 78

## **ANEXO X: Técnicas de repaso de sesiones**

SESIÓN 2: Tormenta de ideas guiada. Se proyectan tres preguntas clave sobre la sesión anterior. Las preguntas realizadas serán:

- ¿Cuáles son los principales mecanismos inmunológicos de la DA?
- ¿Cómo afecta la DA a la calidad de vida de los pacientes?
- ¿Qué factores pueden empeorar la enfermedad?

SESIÓN 3: Juego Verdadero o Falso. Se presentan 6 afirmaciones sobre la evaluación y diagnóstico de la DA y deben clasificarlas como verdaderas o falsas, así como justificar sus respuestas. Estas afirmaciones son:

- El diagnóstico de la DA se basa únicamente en pruebas de laboratorio específicas.
- El SCRAD es una escala que valora tanto la extensión como la intensidad de las lesiones, además de síntomas subjetivos como el prurito.
- El EASI permite evaluar la calidad de vida del paciente con DA.
- El diagnóstico diferencial de la DA incluye psoriasis, dermatitis seborreica y sarna, entre otras enfermedades.
- El DLQI es útil para evaluar el impacto emocional, social y funcional de la DA en la vida del paciente.
- Para confirmar que un paciente tiene DA, es obligatorio aplicar al menos dos escalas diagnósticas.

SESIÓN 4: Cadena de reflexión con tarjetas de color. Se entregan tarjetas de tres colores diferentes (verde, azul y roja) a los participantes. Cada participante escribe su respuesta en la tarjeta y la coloca en la pizarra digital.

- Verde: ¿Qué concepto clave recuerdas sobre los tratamientos de la DA?
- Azul: ¿Qué barreras en la adherencia terapéutica identificaste en la última sesión?
- Roja: ¿Qué estrategia efectiva para mejorar la adherencia te pareció más útil?

SESIÓN 5: Método de los 3 puntos clave. Los participantes comparten en grupos pequeños tres puntos clave que recuerdan de la sesión anterior sobre la relación entre DA y salud sexual:

- Un desafío principal que enfrentan los pacientes
- Una estrategia efectiva para abordar este desafío
- Una sensación o reflexión personal que surgió durante la simulación de consulta.

SESIÓN 6: Ronda de Ideas con Palabras Clave. Se le pide a cada participante que comparta una palabra clave o concepto que recuerde sobre la comunicación efectiva con los pacientes con DA. Escriben su palabra clave en un papel y la colocan en una tabla de reflexión proyectada en la pizarra digital.

## ANEXO XI: Cuestionario de conocimiento previo.

Sesión 1: Introducción a la Dermatitis Atópica y su Impacto en la Calidad de Vida

Duración estimada: 10 minutos

Instrucciones: Responde de forma anónima marcando la opción que consideres correcta. Solo se permite una respuesta por pregunta.

1. ¿Cuál de los siguientes factores está más directamente implicado en la fisiopatología de la dermatitis atópica?
  - a. Infección bacteriana crónica
  - b. Déficit de vitamina D
  - c. Disfunción de la barrera cutánea e inflamación inmunológica
  - d. Trastornos hormonales
  
2. ¿Cuál de los siguientes síntomas **NO** es típico en pacientes con dermatitis atópica?
  - a. Prurito
  - b. Lesiones eccematosas
  - c. Dolor intenso articular
  - d. Sequedad de la piel
  
3. ¿Cuál de estas afirmaciones sobre el impacto psicosocial de la DA es correcta?
  - a. La DA solo afecta físicamente, no emocionalmente.
  - b. La mayoría de los pacientes no experimentan impacto social.
  - c. La DA puede afectar el sueño, la autoestima y las relaciones sociales.
  - d. El impacto emocional es irrelevante si el tratamiento es correcto.
  
4. ¿Qué grupo etario puede verse afectado por la dermatitis atópica?
  - a. Exclusivamente niños menores de 5 años
  - b. Solo adolescentes y adultos jóvenes
  - c. Personas de cualquier edad
  - d. Solo adultos con antecedentes alérgicos
  
5. ¿Qué papel tiene el equipo interdisciplinario en el manejo de la dermatitis atópica?
  - a. Es innecesario, ya que el tratamiento solo requiere un dermatólogo.
  - b. Su función se limita a realizar pruebas diagnósticas.
  - c. Es clave para abordar las múltiples dimensiones de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente.
  - d. Solo se involucra en casos hospitalarios graves.

## ANEXO XII: Clase expositiva

### ¿Qué es la dermatitis atópica?

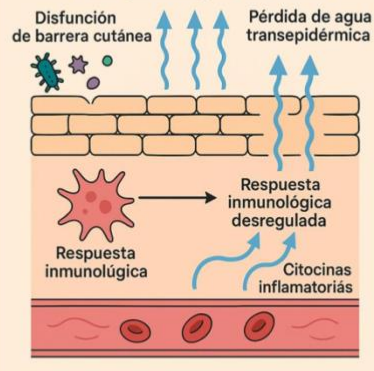
- Enfermedad inflamatoria crónica de la piel
- Cursa con brotes de eccema y prurito
- Afecta a niños y adultos



### INTRODUCCIÓN A LA DERMATITIS ATÓPICA (DA) Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA



### Fisiopatología de la DA



### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DERMATITIS ATÓPICA

DERMATITIS ATÓPICA	PSORIASIS	DERMATITIS DE CONTACTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eccema crónico y pruriginoso</li> <li>• Excoriaciones, liquenificación</li> <li>• Localización flexural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placas eritematoescamosas</li> <li>• Escamas plateadas</li> <li>• Placas bien delimitadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eccema eritematoso</li> <li>• Rash localizado al área de contacto</li> <li>• Historia de exposición</li> </ul>

Diapositivas de las parte expositiva. Elaboración propia.

## **ANEXO XIII: Casos ficticios**

Lee atentamente el caso que se propone a continuación y contestad a las preguntas planteadas posteriormente.

### **CASO 1. Marta, 34 años – DA severa y crónica**

**AP:** Mujer de 34 años, trabaja como informática y vive sola. Fue diagnosticada de DA en la infancia, pero en los últimos 3 años ha empeorado significativamente. Ha probado diferentes tratamientos con resultados parciales.

**Situación actual:** Presenta lesiones extensas en brazos, cuello, rostro y espalda, con picor intenso, grietas y exudado. El dolor y el malestar le dificultan dormir y trabajar. Ha tenido infecciones cutáneas recurrentes. Actualmente está en evaluación para tratamiento con terapia biológica.

Ha desarrollado ansiedad y síntomas depresivos. Evita los encuentros sociales y ha dejado de mostrar su cara en las videollamadas laborales. Siente que la enfermedad domina su vida y afecta su autoestima. No tiene una red de apoyo cercana.

### **CASO 2. Joaquín, 68 años – Da leve**

**AP:** Varón de 68 años, recién jubilado y vive solo en un piso con ascensor. Diagnosticado hace unos meses con DA leve, tras consultar por sequedad y picor leve en brazos y piernas. Tiene una vida activa, camina a diario y participa en un grupo de lectura.

**Situación actual:** La piel seca le provoca molestias ocasionales, especialmente por la noche o en épocas estivales. A veces, el picor le impide dormir bien. Ha empezado a evitar el uso de ciertos tejidos o perfumes. Aunque la DA es leve, le preocupa que empeore y no sabe bien cómo cuidarse la piel de forma eficaz.

Se siente algo inseguro en cuanto a su imagen cuando tiene brotes visibles. Ha comentado que ciertas personas le han preguntado si tiene “alguna alergia”. Le incomoda no tener suficiente información clara sobre su enfermedad. No ha hablado mucho del tema con su entorno, ya que lo considera “algo menor”, aunque sí le afecta en su día a día.

## **PREGUNTAS PARA EL GRUPO**

- ¿Qué dificultades físicas, emocionales y sociales presenta? ¿Cómo impactan en su calidad de vida y autonomía?
- Proponer tres estrategias de mejora adaptadas a su situación:

**ANEXO XIV: Imágenes de pacientes con DA en diferentes grados.**



Figura 2: Paciente con DA. Imagen adaptada de Sonja Ständer (2022).



Figura 3: Paciente con DA. Imagen adaptada de Sanidad (2019).



Figura 4: Paciente con DA. Imagen adaptada de AskMayoExpert (2023).



Figura 5: Paciente con DA. Imagen adaptada de Visoso-Salgado (2017)



Figura 6: Paciente con DA. Imagen adaptada de Gil (2024)



Figura 7: Paciente con DA. Imagen adaptada de Dermatólogo (2022)

**ANEXO XV: Evaluación de la estructura y el proceso formativo.**

Sesión: N° \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del/la docente observador/a: \_\_\_\_\_

Aspectos que han funcionado bien:

---

---

---

Dificultades encontradas:

---

---

---

Nivel de participación del grupo (Alta / Media / Baja):

---

---

Propuestas de mejora para futuras sesiones:

---

---

---

**Buzón de retroalimentación interna (opcional, tras cada sesión)**

Espacio breve (oral o escrito) para que el equipo docente comparta impresiones inmediatas tras cada sesión.

Puede usarse papel para recoger ideas clave que ayuden a mejorar las siguientes sesiones.

Comentarios / Observaciones del equipo docente:

---

---

---

---

---

## ANEXO XVI: Lista de cotejo para el observador

Sesión n.º: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Observador/a: \_\_\_\_\_

Categoría	Criterio por valorar	S í	No	Observaciones
Planificación y tiempos	La sesión comenzó y finalizó en el horario previsto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Se cumplió el cronograma y la distribución del tiempo por bloques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Espacio y recursos	El lugar de realización fue adecuado y cómodo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	El material didáctico (digital o impreso) estuvo disponible y fue apropiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Se usaron correctamente los recursos audiovisuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desarrollo metodológico	Las técnicas aplicadas fueron adecuadas a los objetivos de la sesión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Hubo un equilibrio entre teoría, práctica y reflexión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Participación de asistentes	La mayoría de los participantes se involucró activamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Se promovió la interacción entre los asistentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Actuación del equipo docente	Se ofrecieron espacios para expresar dudas, reflexiones o experiencias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	El/la docente mostró dominio del tema y claridad expositiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Se adaptó al ritmo y necesidades del grupo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Mantuvo una actitud accesible y facilitadora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Elaboración propia

Comentarios generales del observador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO XVII: Encuesta global de Satisfacción

Nombre (opcional): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Marca con una X la opción que mejor refleje tu opinión.

(1 = Muy en desacuerdo / 5 = Muy de acuerdo)

Ítem	1	2	3	4	5
El curso cumplió con mis expectativas generales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los contenidos abordados fueron pertinentes y actualizados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La duración y distribución de las sesiones fue adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las metodologías utilizadas favorecieron mi aprendizaje (actividades prácticas, dinámicas, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El equipo docente mostró preparación, claridad y disposición para resolver dudas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El material proporcionado fue útil y comprensible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me sentí cómodo/a y motivado/a durante el desarrollo del curso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considero que lo aprendido es aplicable en mi práctica clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. ¿Qué aspectos del curso destacarías positivamente?:
2. ¿Qué aspectos crees que se podrían mejorar?:
3. Menciona uno o más aprendizajes que aplicarás en tu entorno profesional:
4. ¿Te gustaría recibir formación complementaria en este tema o relacionados?  
¿Sobre qué específicamente?:

## ANEXO XVIII: Formularios pre y pos-taller para evaluar objetivos cognitivos

### FORMULARIO PRE-TALLER

1. ¿Qué entiendes por fisiopatología de la Dermatitis Atópica?
  - a. Proceso infeccioso cutáneo
  - b. Alteración inmunológica y barrera cutánea
  - c. Acumulación de bacterias en la piel
  - d. No lo sé
  
2. Menciona al menos dos factores desencadenantes comunes de la Dermatitis Atópica: \_\_\_\_\_
  
3. ¿Conoces alguna escala clínica utilizada para medir la severidad de la Dermatitis Atópica?
  - a. Sí (especificar): \_\_\_\_\_
  - b. No
  
4. ¿Qué medidas terapéuticas conoces para el tratamiento de la DA en atención primaria?: \_\_\_\_\_
  
5. Indica si esta afirmación es verdadera o falsa: “La Dermatitis Atópica se puede curar completamente con tratamiento tópico.”
  - a. Verdadero
  - b. Falso

## FORMULARIO POST-TALLER

1. Explica brevemente los mecanismos fisiopatológicos implicados en la Dermatitis Atópica: \_\_\_\_\_

2. Señala tres factores desencadenantes frecuentes de brotes de DA:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál de las siguientes escalas se utiliza comúnmente para medir la severidad de la Dermatitis Atópica?

- a. GINA
- b. SCORAD
- c. APGAR
- d. Barthel

4. Relacione cada tratamiento con su finalidad:

<b>Tratamiento</b>	<b>Finalidad</b>
Emolientes	a) Disminuir la inflamación
Corticoides tópicos	b) Restaurar la barrera cutánea
Antihistamínicos orales	c) Controlar el prurito
Inhibidores de calcineurina	d) Acción inmunomoduladora

5. Enumera dos indicaciones que justificarían la referencia al segundo nivel de atención:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## ANEXO XIX: Evaluación para medir los objetivos de habilidad

<b>Criterio</b>	<b>Excelente (4)</b>	<b>Bueno (3)</b>	<b>Aceptable (2)</b>	<b>Insuficiente (1)</b>
Aplicación del conocimiento teórico en situaciones clínicas	Aplica de manera precisa y completa los conocimientos sobre DA en los casos prácticos.	Aplica adecuadamente los conocimientos en la mayoría de los casos.	Aplica parcialmente los conocimientos, con algunos errores o imprecisiones.	Muestra dificultades claras para aplicar el conocimiento en contextos clínicos.
Simulación de consulta enfermera	Demuestra habilidades comunicativas, clínicas y empáticas excelentes; identifica y prioriza correctamente problemas.	Buena comunicación y habilidades clínicas; identifica los problemas principales con precisión.	Comunicación aceptable; identifica los problemas, pero con cierta dificultad.	Comunicación limitada y errores relevantes en la identificación de problemas.
Desarrollo de estrategias de intervención en atención primaria	Propone estrategias integrales, factibles y bien fundamentadas según el contexto de la DA.	Propone estrategias adecuadas y aplicables, con fundamentos razonables.	Estrategias algo vagas o poco contextualizadas; requieren mejora.	Estrategias inadecuadas o poco realistas para el manejo de la DA.
Selección y aplicación del tratamiento según gravedad	Selecciona y justifica de forma excelente el tratamiento apropiado para distintos grados de severidad.	Selección adecuada con justificación correcta en la mayoría de los casos.	Selección parcialmente adecuada, con justificación limitada.	Selección incorrecta del tratamiento; falta de justificación.
Elaboración de planes de intervención interdisciplinarios	Crea planes completos, coordinados y con enfoque biopsicosocial.	Elabora planes adecuados, incluyendo componentes de varias disciplinas.	Planes incompletos o con integración limitada de otros profesionales.	No integra adecuadamente a otros profesionales o los planes son poco viables.

Escala de Evaluación Total (20 puntos posibles):

- 17-20 puntos: Dominio excelente de las habilidades.
- 13-16 puntos: Buen desempeño, con aspectos a reforzar.
- 9-12 puntos: Desempeño básico, requiere orientación adicional.
- <9 puntos: Bajo desempeño, necesita intervención formativa intensiva.

## ANEXO XX: Evaluación para medir los objetivos de actitud

<b>Criterio</b>	<b>Excelente (4)</b>	<b>Bueno (3)</b>	<b>Aceptable (2)</b>	<b>Insuficiente (1)</b>
Implicación en las sesiones	Participa activamente en todas las sesiones, mostrando interés constante.	Participa frecuentemente, con actitud positiva.	Participa de forma esporádica o pasiva.	No muestra implicación o desinterés evidente.
Disposición al trabajo en equipo	Colabora con iniciativa, escucha activamente y favorece el trabajo grupal.	Colabora y se comunica adecuadamente en el grupo.	Colabora mínimamente o con dificultades de comunicación.	Presenta resistencia al trabajo colaborativo o genera conflictos.
Actitud ante la educación del paciente	Muestra gran motivación por educar al paciente, con lenguaje claro y actitud comprensiva.	Demuestra actitud positiva hacia la educación, con algunas áreas a mejorar.	Muestra poco interés o dificultad para adaptar la información al paciente.	Desinterés evidente o actitud inadecuada para la educación del paciente.
Empatía en dinámicas de role-playing o consulta simulada	Muestra empatía genuina, escucha activa y respuesta emocional adecuada.	Muestra empatía funcional, aunque mejorable en la expresión emocional.	Empatía limitada o forzada, con escasa conexión emocional.	No muestra empatía o actitudes inapropiadas hacia el paciente simulado.
Compromiso manifiesto con la mejora del abordaje de la DA	Expresa espontáneamente compromisos claros y concretos de mejora en su entorno laboral.	Muestra intención de mejorar, con propuestas generales o poco definidas.	Compromiso poco evidente o solo tras ser estimulado.	No manifiesta compromiso o lo hace de forma superficial.

Escala de Evaluación Total (20 puntos posibles):

- 17-20 puntos: Actitud destacada y altamente comprometida.
- 13-16 puntos: Buena actitud, con aspectos mejorables.
- 9-12 puntos: Actitud aceptable, necesita refuerzo en algunas áreas.
- <9 puntos: Actitud insuficiente, requiere intervención formativa.

## **ANEXO XXI: Encuestas de seguimiento**

### 1. Aplicación de conocimientos en la práctica clínica:

- ¿Has aplicado en tu práctica diaria los conocimientos adquiridos en el taller? (Sí /No)
- Si es así, ¿qué aspectos has aplicado con más frecuencia?
- ¿Qué conceptos recuerdas con mayor claridad?
- ¿Utilizas actualmente escalas de valoración como SCORAD o EASI? (Sí / No)  
¿Con qué frecuencia?

### 2. Cambios en la atención a pacientes con DA:

- ¿Ha cambiado tu forma de abordar a los pacientes con dermatitis atópica desde la formación? ¿Cómo?
- ¿Has implementado estrategias educativas con los pacientes? Describe algún ejemplo.
- ¿Has detectado mejoras en los resultados o en la satisfacción del paciente?

### 3. Barreras y necesidades:

- ¿Qué dificultades has encontrado para aplicar lo aprendido?
- ¿Qué recursos adicionales considerarías útiles para continuar mejorando tu atención a pacientes con DA?
- ¿Qué temas te gustaría que se abordaran en futuras formaciones?

### 4. Compromiso y reflexión:

- ¿Qué cambios profesionales has notado a raíz de la formación?
- ¿Sientes que tu compromiso con la mejora del abordaje de la DA se ha mantenido o incrementado? ¿Por qué?
- ¿Te gustaría participar en actividades formativas complementarias o de seguimiento?

## ANEXO XXII: Rúbrica para evaluar los casos clínicos

Ítem	Excelente (4)	Bien (3)	Aceptable (2)	Insuficiente (1)
Diagnóstico	Diagnóstico correcto, bien explicado y con otros diagnósticos descartados.	Diagnóstico correcto, con una explicación clara.	Diagnóstico algo confuso o con poca explicación.	Diagnóstico incorrecto o mal planteado.
Uso de escalas (EASI, SCORAD, DLQI)	Usa bien las 3 escalas y explica cada resultado.	Usa al menos 2 escalas correctamente.	Usa solo 1 escala o hay errores en la aplicación.	No usa escalas o lo hace mal.
Tratamiento	Tratamiento bien adaptado al paciente y basado en guías clínicas.	Tratamiento adecuado, aunque algo general.	Tratamiento poco claro o no bien ajustado.	Tratamiento inadecuado o sin base clínica.
Enfoque integral (biopsicosocial)	Incluye factores emocionales, sociales y trabajo con otros profesionales.	Menciona factores psicosociales y propone acciones.	Solo menciona estos factores, pero sin mucha profundidad.	No tiene en cuenta nada más allá de lo médico.
Presentación del caso	Muy claro, bien estructurado y con lenguaje técnico apropiado.	Claro y organizado, fácil de seguir.	Poco claro o algo desorganizado.	Confuso, desorganizado o difícil de entender.