

# Preprueba para la adaptación cultural de la versión española del instrumento de calidad de vida dermatológico Skindex-29, en Colombia

*Pre-test for the cross cultural adaptation of the Spanish version of the quality of life instrument Skindex-29 in Colombia*

**Gloria Sanclemente<sup>1,2</sup>, Luz Helena Lugo<sup>3</sup>, Leonardo Medina<sup>1,2</sup>, María Jones- Caballero<sup>4</sup>, Héctor Iván García<sup>5</sup>**

1. Grupo de Investigación Dermatológica, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
2. IPS Universitaria, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
3. Grupo de Rehabilitación en Salud, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
4. University of Sydney, Australia
5. Grupo Académico de Epidemiología Clínica, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

## Resumen

**ANTECEDENTES.** La investigación clínica, y en especial los ensayos clínicos, debe involucrar la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud como una de las maneras de medir los desenlaces subjetivos de las intervenciones sobre las personas.

**OBJETIVO.** Evaluar la comprensión e interpretación de la versión española del Skindex-29 entre colombianos.

**PACIENTES Y MÉTODOS.** El cuestionario fue administrado a adultos colombianos que consultaron por cualquier enfermedad dermatológica a la consulta externa de la Institución Prestadora de Salud (IPS) Universitaria de la Universidad de Antioquia o a un consultorio dermatológico particular, y a individuos sanos que no presentaban ningún trastorno cutáneo. Cada uno de los sujetos manifestaba la comprensión o no de cada pregunta y sugería la posibilidad de cambiar su redacción.

**RESULTADOS.** Se encuestaron 21 individuos: 9 sanos y 12 con algún problema dermatológico. La edad promedio fue de 41,7 años y 66,7% eran mujeres. De los 29 ítems, cuatro requirieron traducción y "retrotraducción". Entre estos, en el ítem 25 se continuaron presentando dificultades en la comprensión, por lo que se requirió utilizar otra versión traducida y "retrotraducida" del ítem, con lo cual se logró su comprensión completa en una nueva prueba en 20 individuos.

**CONCLUSIÓN.** Se obtuvo una versión colombiana preliminar del Skindex-29. Se requirió la traducción y "retrotraducción" de cuatro ítems antes de aplicar dicho cuestionario a una población colombiana. En un paso siguiente, se evaluarán las propiedades sicométricas del cuestionario final y la determinación de su validez de constructo, su fiabilidad y su sensibilidad al cambio.

**PALABRAS CLAVE:** adaptación cultural, Skindex-29, Colombia, pre-prueba.

## Correspondencia:

Gloria Sanclemente

Email: sanclementegloria@gmail.com

*Recibido: 14 de junio de 2011.*

*Aceptado: 17 de agosto de 2011.*

No se reportan conflictos de intereses.

## Summary

**BACKGROUND:** Clinical research, and particularly clinical trials, should involve the assessment of quality of life in health care as one of the means to measure subjective endpoints among people, after the use of an intervention.

**AIM:** To evaluate the comprehension and interpretation of the Spanish version of Skindex-29 among Colombians.

**PATIENTS AND METHODS:** The test was administered to adults in an outpatient dermatological clinic and to individuals attending a dermatology private practice. Two groups of people were studied: healthy individuals and patients with any skin condition. Each subject made comments on the comprehension of each item, and suggested changes that could be made to the item.

**RESULTS:** Responses of 21 individuals (9 healthy individuals and 12 patients with any skin condition) were analyzed. Mean age was 41.7 years and 66.7% were females. Four out of 29 items required translation and back-translation. Among these four, item 25 required another translation and back-translation due to difficulties on its comprehension.

**CONCLUSION:** We have developed a preliminary Colombian version of Skindex-29. The next step is the evaluation of measurement properties of the final questionnaire and the full assessment of construct validity, reliability and responsiveness.

**KEY WORDS:** Cross cultural adaptation, Skindex-29, Colombia, Pre-test.

## Introducción

La investigación clínica, y en especial los ensayos clínicos, debe involucrar la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud como uno de los desenlaces subjetivos de las intervenciones sobre las personas. Para ello se requieren mediciones válidas, reproducibles y confiables, que permitan comparar los resultados obtenidos en diferentes países y culturas<sup>1,2</sup>.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida relacionada con la salud es "la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de los valores en que se vive, y en relación con sus metas, expectativas, normas y preocupaciones", y se ha definido como el componente de la calidad de vida que se debe a las condiciones de salud de las personas y que se refiere a las experiencias subjetivas de los pacientes sobre su salud global<sup>3</sup>. La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional que incluye componentes físicos, emocionales y sociales, asociados con la enfermedad o el tratamiento<sup>4</sup>. Para evaluarla, se elaboraron cuestionarios constituidos por ítems, los cuales se agrupan en dimensiones, dominios o escalas. Existen medidas generales y específicas, según si se evalúa la calidad de vida en relación con una enfermedad o especialidad médica concreta, o se hace independientemente de ella<sup>5</sup>.

Las características que hacen de este tipo de escala un buen instrumento, incluyen: su validez, que el instrumento mida lo que realmente sugiere medir; su consistencia, que sea reproducible en diversas condiciones; que tenga una buena capacidad de discriminación; y que incluya las dimensiones de la calidad de vida importantes

para el ser humano, tales como el autocuidado, la actividad física, la comunicación, la interacción social, el descanso, las actividades recreativas y las repercusiones emocionales<sup>2</sup>.

En dermatología, los instrumentos universales más usados han sido el *Cuestionario de calidad de vida en salud SF-36* y el *WHOQOL Bref* de la OMS<sup>6</sup>, pero, por su carácter universal, en los pacientes con problemas dermatológicos proporcionan apenas una idea global de la calidad de vida, y carecen de sensibilidad y especificidad para evaluar el impacto que tienen las enfermedades de la piel<sup>7,8</sup>. Por esta razón, se han diseñado instrumentos específicos como el DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) y el Skindex<sup>7-10</sup>. El DLQI fue el primer instrumento específico de medición de la calidad de vida y ha sido el más usado en dermatología<sup>11-13</sup>.

La versión original del DLQI fue publicada en 1994 por Finlay y Khan, con el objetivo de evaluar el impacto en las actividades diarias de las enfermedades inflamatorias dermatológicas, tales como el acné, el eccema, la psoriasis y la urticaria<sup>10</sup>. No obstante, las deficiencias en la validez de contenido y construcción<sup>9,11,12</sup> en pacientes con enfermedades no sintomáticas, un efecto basal sustancial y una falta de sensibilidad al cambio, son algunas de las principales limitaciones que esta escala presenta en el ámbito de la dermatología.

Tomando en consideración las falencias que tiene el DLQI para medir la calidad de vida en algunas enfermedades dermatológicas, como las no inflamatorias, Chren, et al.<sup>14</sup>, propusieron otra escala denominada Skindex, la cual fue diseñada en Estados Unidos para medir el impacto de las enfermedades dermatológicas en la calidad de vida de los pacientes y fue construida para diferen-

ciarla tanto transversalmente entre pacientes, como longitudinalmente en los pacientes<sup>9,14,15</sup>.

El Skindex original se componía de 61 ítems y requería unos 15 minutos para responderse. Dicho cuestionario fue acortado hasta obtener una versión abreviada de 29 ítems para ser resuelta en cinco minutos, con mayor capacidad de discriminación y de evaluación longitudinal de los individuos<sup>14</sup>.

El Skindex-29, en su versión en inglés, ha probado ser internamente coherente ( $\alpha$  de Chronbach: 0,87 a 0,96) y reproducible ( $r=0,88$  a  $0,92$ ); además, ha demostrado validez de constructo y de contenido. En el año 2000 se hizo la adaptación cultural del Skindex-29 en España<sup>9</sup> y, posteriormente, se demostró su fiabilidad, validez y sensibilidad en 318 pacientes españoles<sup>8</sup>.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la comprensión de los ítems de la versión en español del Skindex-29 que fue adaptada culturalmente en España, en pacientes dermatológicos de la consulta externa de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de la Universidad de Antioquia, como una fase inicial del proceso de adaptación cultural de esta escala en Colombia.

## Materiales y métodos

### Población

Se incluyeron personas colombianas de habla hispana, mayores de 18 años, residentes en Medellín y su área metropolitana, con las siguientes características: pacientes con cualquier enfermedad dermatológica que hubieran consultado a la IPS Universitaria de la Universidad de Antioquia o a un consultorio dermatológico particular, e individuos sanos captados en estos mismos lugares, que no presentaran ningún trastorno cutáneo. La versión española del Skindex-29 se probó con 21 individuos, 12 de los cuales padecían una enfermedad dermatológica, y 9 que fueron catalogados como sanos por no presentar ningún trastorno cutáneo. La recolección de la información se llevó a cabo en la IPS Universitaria y en un consultorio dermatológico particular ubicado en la Clínica El Rosario, sede El Tesoro.

### Instrumento

Se empleó el mismo instrumento utilizado por Jones-Caballero, dermatóloga que adaptó la versión inglesa original del SKINDEX-29 al español, en España<sup>16</sup>. En este instrumento se consignaron las variables demográficas y lo expresado por cada uno de los individuos en cada ítem evaluado, teniendo en cuenta la comprensión o falta de ella de cada pregunta y la sugerencia de cambiar la forma de redactarlas. Las encuestas fueron aplicadas en Medellín por dos investigadores especialistas en dermatología.

Todas las encuestas se aplicaron mediante entrevista dirigida. Posteriormente, los investigadores evaluaron los resultados de la prueba e hicieron los ajustes del caso.

### Análisis de la información

Se determinaron las características sociodemográficas, la frecuencia de respuesta a cada ítem, la duración de la aplicación y la comprensión de la escala.

El estrato socioeconómico se definió según las definiciones establecidas por el Congreso de la República de Colombia, en el artículo 102, de la Ley 689 de 2001<sup>17</sup>, así: estrato 1, bajo-bajo; estrato 2, bajo; estrato 3, medio-bajo; estrato 4, medio; estrato 5, medio-alto, y estrato 6, alto.

Se identificaron las preguntas que requerían aclaración, el motivo para hacerlo y las dificultades en la aplicación de la encuesta. Se estableció que los ítems con un porcentaje de comprensión menor de 95% debían ser sometidos a traducción y "retrotraducción". Una vez traducidos y "retrotraducidos", se revisaron con la ayuda de una licenciada en filología y sicología, buscando no alterar ni alterar en lo más mínimo la estructura de los ítems o de la escala. Posteriormente, se hizo otra prueba en 20 individuos con los ítems traducidos y "retrotraducidos", para evaluar su comprensión. En esta otra etapa del estudio, si algún ítem nuevamente presentaba una comprensión menor de 95%, se seleccionaba otra opción sugerida por los traductores y "retrotraductores", y se hacía nuevamente otra prueba en otros 20 individuos con los ítems que habían presentado alguna dificultad en la comprensión.

## Resultados

La edad promedio de la población que se incluyó en la preprueba piloto del Skindex-29, fue de 41,7 años. Catorce encuestados eran mujeres (66,7%) y 7 eran hombres (33,3%). El total de sanos fueron 9, 7 mujeres y 2 hombres. Los diagnósticos dermatológicos fueron: acné vulgar, 2 (9,5%); dermatitis seborreica, 1 (4,8%), melasma, 1 (4,8%), psoriasis plantar, 1 (4,8%), psoriasis vulgar 1(4,8%), queratosis actínica facial, 1 (4,8%), verruga periungular, 1 (4,8%), y vitiligo, 3 (14,3%).

El tiempo promedio de evolución de los trastornos cutáneos fue de 5,54 años. Con respecto al nivel socioeconómico de los encuestados, 5 eran de estrato bajo, 3 de estrato medio y 13 de estrato alto.

El nivel educativo de los encuestados fue: primaria completa, 1 (4,8%), bachillerato parcial, 3 (14,3%), tecnológico completo, 3 (14,3%), universitario parcial, 1 (4,8%), universitario completo, 6 (28,6%), y posgrado, 7 (33,3%).

En la TABLA 1 se describen los ítems originales de la versión española y los porcentajes de comprensión de las preguntas. Los ítems con porcentajes de comprensión menores de 95% (ítems 7, 20, 25 y 29), los tradujeron

Ítem (Versión española skindex-29)	Comprensión del ítem		Decisión
1. La piel me duele.	Sí No	20 (95,2 %) 1 (4,8 %)	No se hicieron cambios.
2. Mi enfermedad de la piel afecta a mi sueño.	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
3. Me preocupa que mi enfermedad de la piel pueda ser algo grave.	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
4. Mi enfermedad de la piel dificulta mi trabajo o aficiones.	Sí No	20 (95,2 %) 1 (4,8 %)	No se hicieron cambios.
5. Mi enfermedad de la piel afecta a mi vida social.	Sí No	20 (95,2 %) 1 (4,8 %)	No se hicieron cambios.
6. Mi enfermedad de la piel me deprime.	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
7. Mi enfermedad de la piel quema o escuece.	Sí No	6 (28,6 %) 15 (71,4 %)	Traducción y "retrotraducción"
8. Tiendo a quedarme en casa debido a mi enfermedad de la piel.	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
9. Me preocupa que me queden cicatrices por mi enfermedad de la piel.	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
10. La piel me pica.	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
11. Mi enfermedad de la piel afecta a mi relación con las personas queridas.	Sí No	20 (95,2 %) 1 (4,8 %)	No se hicieron cambios.
12. Me avergüenzo de mi enfermedad de la piel.	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
13. Me preocupa que mi enfermedad de la piel empeore.	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
14. Tiendo a hacer cosas en solitario por culpa de mi enfermedad de la piel.	Sí No	20 (95,2 %) 1 (4,8 %)	No se hicieron cambios.
15. Estoy enfadado por mi enfermedad de la piel.	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
16. El agua empeora mi enfermedad de la piel (baño, lavado de manos).	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
17. Mi enfermedad de la piel me dificulta mostrar mi afecto.	Sí No	20 (95,2 %) 1 (4,8 %)	No se hicieron cambios.
18. Mi piel está irritada.	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
19. Mi enfermedad de la piel afecta mi relación con los demás	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
20. Mi enfermedad de la piel me produce situaciones embarazosas.	Sí No	19 (90,5 %) 2 (9,5 %)	Traducción y "retrotraducción"
21. Mi enfermedad de la piel es un problema para las personas que quiero.	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
22. Estoy frustrado por mi enfermedad de la piel.	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.

Ítem (Versión española skindex-29)	Comprensión del ítem		Decisión
23. Mi piel está sensible.	Sí No	20 (95,2 %) 1 (4,8 %)	No se hicieron cambios.
24. Mi enfermedad de la piel afecta a mi deseo de estar con gente.	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
25. Encuentro humillante mi enfermedad de la piel.	Sí No	19 (90,5 %) 2 (9,5 %)	Traducción y "retrotraducción"
26. Mi enfermedad de la piel sangra.	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
27. Me enoja mi enfermedad de la piel.	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
28. Mi enfermedad de la piel interfiere con mi vida sexual.	Sí No	21 (100 %) 0 (0 %)	No se hicieron cambios.
29. Mi enfermedad de la piel me produce cansancio.	Sí No	16 (76,19 %) 5 (23,80 %)	Traducción y "retrotraducción"

TABLA 1. Comprensión y cambios de los ítems originales de Skindex-29

dos traductores oficiales con experiencia en la traducción de ítems de escalas de calidad de vida, y por otros dos sin este tipo de experiencia. Por otra parte, la "retrotraducción" la hicieron otros dos traductores diferentes, sin experiencia en la traducción de ítems de escalas de calidad de vida. Teniendo en cuenta la escasa comprensión de los entrevistados del ítem 29 y que en una de las traducciones del inglés al español el "cansancio" se interpretó como "estar cansado de sufrir la enfermedad", se consultó directamente a Margaret Chren, autora original del Skindex, quien sugirió agregar la palabra "físico", con el objeto de evitar la mala interpretación y mejorar la comprensión de dicho ítem.

En la TABLA 2, se describen los ítems que requirieron traducción y "retrotraducción", y su adaptación semántica y lingüística. Todos ellos se sometieron nuevamente a prueba en 20 individuos con enfermedad dermatológica. Entre ellos, los ítems 7, 20 y 29 presentaron una comprensión del 100%, pero el ítem 25 continuó presentando un nivel de comprensión inferior al 95% (85%).

Por lo anterior, el ítem 25 se sometió nuevamente a prueba en otros 20 individuos con enfermedad cutánea, utilizando la siguiente versión traducida y "retrotraducida": "Mi enfermedad de piel me hace sentir humillado", con la que se logró obtener su comprensión completa.

## Discusión

Con la adaptación al español de medidas de la calidad de vida se ahorran recursos, se obtiene un instrumento com-

parable al utilizado en otros países, lo que permite participar en estudios internacionales, y se logran instrumentos de medida del resultado sanitario aplicable en la investigación, en la práctica clínica y en la toma de decisiones sanitarias<sup>18,19</sup>. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la adaptación cultural de estos instrumentos debe hacerse de forma rigurosa y siguiendo los estándares científicos aceptados internacionalmente<sup>18</sup>; además, como en este estudio, la publicación del proceso de adaptación cultural de los instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud, permite conocer los instrumentos, justificar los cambios hechos al cuestionario y comparar el cuestionario resultante con la escala original<sup>18</sup>.

En dermatología se han descrito diferentes instrumentos específicos, como el DLQI y el Skindex<sup>7,9-12</sup>. El DLQI fue diseñado con el objetivo de evaluar el impacto en las actividades diarias de enfermedades inflamatorias dermatológicas, como el acné, el eccema, la psoriasis y la urticaria<sup>10</sup>. No obstante, una de sus limitaciones es su poca capacidad de evaluar la salud mental y emocional en las enfermedades cutáneas<sup>6</sup>. Es así como se ha descrito que este índice presenta importantes deficiencias en la validez de la apariencia en las enfermedades cutáneas con poco compromiso o en las que afectan principalmente el dominio mental, tales como la alopecia y el vitiligo<sup>7</sup>. Por otra parte, la consistencia interna del DLQI es entre buena y excelente, e incluso, tiene altos coeficientes de correlación de Spearman en su evaluación de fiabilidad test-retest<sup>10</sup>. Aunque se han encontrado correlaciones altas entre el DLQI y otros instrumentos de

Ítems originales (versión española Skindex-29)	Ítems traducidos, retro-traducidos y adaptados semántica y lingüísticamente
7. Mi enfermedad de la piel quema o escuece.	Mi enfermedad de la piel quema o arde.
20. Mi enfermedad de la piel me produce situaciones embarazosas.	Mi enfermedad de la piel me produce situaciones incómodas.
25. Encuentro humillante mi enfermedad de la piel.	Mi enfermedad de la piel me humilla.
29. Mi enfermedad de la piel me produce cansancio.	Mi enfermedad de la piel me produce cansancio físico.

TABLA 2. Descripción de los ítems que inicialmente requirieron traducción y retro-traducción y su adaptación semántica y lingüística.

calidad de vida en salud, dicha correlación ha sido pobre en los aspectos mentales y emocionales<sup>6</sup>, por lo que se ha sugerido que debe acompañarse de instrumentos universales, como el SF-36, que complementen las falencias del cuestionario específico<sup>6</sup>.

Además, el DLQI ha presentado un efecto basal sustancial y una falta de sensibilidad al cambio, que en la práctica se traducen en la dificultad que tiene la escala para detectar mejorías en los pacientes y en su incapacidad para detectar los cambios en la calidad de vida cuando se producen cambios clínicos en su estado de gravedad.

Asimismo, a pesar de que el DLQI se ha traducido a varias lenguas, la información publicada sobre el proceso de traducción de esta escala es pobre. De hecho, una reciente evaluación de la equivalencia cultural en pacientes con psoriasis sugiere que las puntuaciones son influenciadas de forma importante por la nacionalidad del paciente<sup>20</sup>.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, y el hecho de que Skindex-29 ha demostrado poseer buenas propiedades de medición en pacientes con enfermedades cutáneas<sup>9,14,15,11</sup>, en este estudio se describe la fase inicial del proceso de adaptación cultural del Skindex-29, correspondiente a la preprueba necesaria para determinar la equivalencia del cuestionario en su versión española con la anglosajona original.

El Skindex-29 incluye preguntas específicas sobre el efecto en la salud que son inherentes a las enfermedades dermatológicas<sup>7</sup> y, globalmente, se centra en tres dimensiones: la funcional, vida social, aislamiento, sexualidad, trabajo y aficiones; la emocional, vergüenza, molestia, depresión y frustración; y la sintomática, prurito, dolor e irritación.

Cada ítem tiene una escala de respuesta de tipo Likert con posibles opciones que van desde 0 (nunca) a 4 (todo el tiempo)<sup>7</sup>. Las preguntas se refieren al período de cuatro semanas anteriores a la aplicación de la escala. A mayor puntuación, peor es la calidad de vida; se puede obtener una puntuación entre 0 y 100, ya sea global, ob-

tenida a partir de la suma de los puntos de todos los ítems multiplicados por una constante que nos da una cifra porcentual, o individual por cada dominio, obtenida de la suma de puntos de cada dominio multiplicada por la constante respectiva de cada uno de estos dominios. Es de anotar que las constantes sólo pueden usarse si se han respondido todos los ítems; en caso contrario, hay que hacer ajustes para que los ítems no contestados no aparezcan con valor 0.

Específicamente en este estudio, llama la atención que, a pesar de que a simple vista el cuestionario de la versión española del SKINDEX-29 parecía no tener dificultades en su comprensión, fue necesario traducir, "retrotraducir" y adaptar semánticamente cuatro ítems y, de ellos, el número 25 continuaba presentando dificultades para su comprensión. Los anteriores resultados refrendan la importancia que tiene la verificación de que un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud sea entendible para las personas que evalúa, ya que el lenguaje de la escala por sí mismo no asegura su comprensión por los entrevistados, debido a diferencias culturales, o a diferencias en las palabras o en el lenguaje coloquial utilizados<sup>1</sup>.

Además, se debe tener en cuenta que cualquier adaptación cultural al español de una escala de calidad de vida, debe ser comparable y comparada con la original<sup>18</sup>, lo cual se obtiene siguiendo la misma metodología y métodos de validación que se usaron en el cuestionario original. Con la versión española del Skindex-29 se han dado dichos pasos de forma estructurada, logrando obtener una versión válida y fiable, lo que proporciona un sustento científico importante para la selección de dicha escala. Una fortaleza adicional de este estudio, tanto en esta etapa inicial como en las siguientes, es contar con la participación activa de quien validó el Skindex-29 en España, lo cual asegura aún más la obtención de una versión colombiana fiable y válida.

Por último, cabe destacar que ésta es la fase inicial del

proceso de adaptación cultural del Skindex-29. El paso siguiente será determinar las propiedades psicométricas de esta nueva escala, en lo que respecta a su validez de criterio, validez de constructo, fiabilidad y sensibilidad al cambio, con el fin de obtener un instrumento equivalente a la versión original que permita comparar las respuestas con las de otras culturas.

## Agradecimientos

Agradecemos a la Dra. Mary Margaret Chren por su colaboración en la mejor comprensión de algunos ítems de la versión en inglés del Skindex-29.

## Referencias

- Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol*. 1995;24:61-3.
- Velarde-Jurado E, Vila-Figueroa C. Evaluation of the quality of life. *Salud Pública Mex*. 2002;44:349-61.
- World Health Organization. WHO meeting on the assessment of quality of life in health care. Report No.: MNH/PSF/91.4. Geneva: WHO; 1991.
- O'Connor R. Development of the health effects scales. Report No.: Working Paper 43. Melbourne: National Centre for Health Program Evaluation; 1995.
- Spilker B, Revicki DA. Taxonomy of quality of life. In: Spilker B, editor. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Second edition. Philadelphia: Lippincott - Raven; 1996. p. 25-36.
- Both H, Essink-Bot ML, Busschbach J, Nijsten T. Critical review of generic and dermatology-specific health-related quality of life instruments. *J Invest Dermatol*. 2007;127:2726-39.
- Abeni D, Picardi A, Pasquini P, Melchi CF, Chren MM. Further evidence of the validity and reliability of the Skindex-29: An Italian study on 2,242 dermatological outpatients. *Dermatology*. 2002;204:43-9.
- Jones-Caballero M, Penas PF, García-Diez A, Chren MM, Badia X. The Spanish version of Skindex-29. An instrument for measuring quality of life in patients with cutaneous diseases. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:5-9.
- Chren MM, Lasek RJ, Flocke SA, Zyzanski SJ. Improved discriminative and evaluative capability of a refined version of Skindex, a quality-of-life instrument for patients with skin diseases. *Arch Dermatol*. 1997;133:1433-40.
- Lewis V, Finlay AY. 10 years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2004;9:169-80.
- Basra MK, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: A comprehensive review of validation data and clinical results. *Br J Dermatol*. 2008;159:997-1035.
- Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19:210-6.
- Zuluaga A. Calidad de vida en psoriasis. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2009;17:S21-8.
- Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, Mostow EN, Zyzanski SJ. Skindex, a quality-of-life measure for patients with skin disease: Reliability, validity, and responsiveness. *J Invest Dermatol*. 1996;107:707-13.
- Chren MM, Lasek RJ, Quinn LM, Covinsky KE. Convergent and discriminant validity of a generic and a disease-specific instrument to measure quality of life in patients with skin disease. *J Invest Dermatol*. 1997;108:103-7.
- Jones-Caballero M, Penas PF, García-Diez A, Badia X, Chren MM. The Spanish version of Skindex-29. *Int J Dermatol*. 2000;39:907-12.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 689 de 2001. República de Colombia: Diario Oficial: 44.537, 1-32. 31-8-2001.
- Badia X. Transcultural measurements of quality of life in relation to health, for adaptation by Spain. *Med Clin (Barc)*. 1995;105:56-8.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25:3186-91.
- Nijsten T, Meads DM, de Korte J, Sampogna F, Gelfand JM, Ongenaes K, et al. Cross-cultural inequivalence of dermatology-specific health-related quality of life instruments in psoriasis patients. *J Invest Dermatol*. 2007;127:2315-22.