

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68iS1.10129>

Calidad de vida en pacientes adultos con acné y sus factores clínico-epidemiológicos asociados

Quality of life in adult patients with acne and its associated clinical-epidemiological factors.

Guadalupe Raquel Mitre Solórzano,¹ Elizabeth Guevara Gutiérrez,² Francisco Javier Salazar Torres,² Alberto Tlacuilo Parra³

Resumen

OBJETIVO: Evaluar la calidad de vida en pacientes adultos con acné y sus factores clínico-epidemiológicos asociados.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal analítico, en el que se determinó una muestra no probabilística de sujetos con acné y sujetos sanos en el Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio. Se utilizaron los instrumentos DLQI y SF-36. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

RESULTADOS: El puntaje promedio del DLQI fue 6.12 ± 5.57 ; el dominio más afectado fue el de síntomas y sentimientos; la mediana fue más baja en los sujetos que viven sin pareja (4 vs 10, $p = 0.01$) y hubo una correlación escasa con los siguientes factores: edad, tiempo de evolución, años de estudio, severidad y extensión del acné. El puntaje promedio del SF-36 fue menor en el grupo con acné (73.02 ± 16.50 versus 75.77 ± 15.80 , $p = 0.23$); en ambos el dominio más afectado fue el emocional (55.33 ± 44.24 versus 56.66 ± 41.97 , $p = 0.82$) con diferencia significativa en la función social (80.12 ± 22.12 versus 86.5 ± 18.85 , $p = 0.03$).

CONCLUSIONES: El acné afectó de manera leve la calidad de vida de los pacientes, sin diferencia significativa respecto al grupo sano. Los dominios más afectados fueron el emocional y la función social. Hubo menor afectación en los sujetos sin pareja.

PALABRAS CLAVE: Acné; calidad de vida; adulto.

Abstract

OBJECTIVE: To evaluate the quality of life in adult patients with acne and its associated clinical-epidemiological factors.

MATERIALS AND METHODS: Analytical cross-sectional study that determined a non-probabilistic sample of subjects with acne and healthy subjects at the Dermatological Institute of Jalisco Dr. Jose Barba Rubio. DLQI and SF-36 instruments were used. Descriptive and inferential statistics were used for data analysis.

RESULTS: The average DLQI score was 6.12 ± 5.57 ; the most affected domain was symptoms and feelings. The median was lower in subjects living without a partner (4 vs 10, $p = 0.01$) and there was little correlation with the following factors: age, time of evolution, years of study, severity and extent of acne. The mean score of the SF-36 was lower in the group with acne (73.02 ± 16.50 versus 75.77 ± 15.80 , $p = 0.23$); in both the most affected domain was the emotional (55.33 ± 44.24 versus 56.66 ± 41.97 , $p = 0.82$) with a significant difference in social function (80.12 ± 22.12 versus 86.5 ± 18.85 , $p = 0.03$).

¹ Dermatóloga egresada, práctica privada.

² Dermatólogo adscrito. Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Secretaría de Salud Jalisco, Zapopan, Jalisco, México.

³ Jefe de la División de Investigación, UMAE Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México.

Recibido: agosto 2024

Aceptado: octubre 2024

Correspondencia

Elizabeth Guevara Gutiérrez
albtlacuilo@yahoo.com

Este artículo debe citarse como: Mitre-Solórzano GR, Guevara-Gutiérrez E, Salazar-Torres FJ, Tlacuilo-Parra A. Calidad de vida en pacientes adultos con acné y sus factores clínico-epidemiológicos asociados. Dermatol Rev Mex 2024; 68 (Supl. 1): S14-S27.

CONCLUSIONS: Acne slightly affected the quality of life of the patients, with no significant difference with respect to the healthy group. The most affected domains were emotional and social function. There was less involvement in subjects without a partner.

KEYWORDS: Acne; Quality of life; Adult.

ANTECEDENTES

El acné es una enfermedad crónica cuya prevalencia varía del 23 al 30%.¹ En México, constituye el 59.2% de la consulta dermatológica privada y el 43.2% de la consulta dermatológica institucional.² Afecta, principalmente, áreas visibles como la cara³ y provoca un efecto negativo en la imagen corporal de los pacientes que no parece depender de su gravedad, sino de las características individuales y de factores biopsicosociales,⁴ lo que, a su vez, repercute en la calidad de vida.⁵⁻⁹

Esta última, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se define como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los cuales vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”.¹⁰ Es una percepción multidimensional y varía de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar.^{11,12} Para su medición existen instrumentos genéricos que permiten comparar la calidad de vida en un espectro de enfermedades y grupos de población diferentes;^{13,14} e instrumentos específicos, adecuados para comparar entre individuos con una misma enfermedad o entre distintas enfermedades de un mismo órgano o sistema.¹³⁻¹⁶

El efecto negativo en la calidad de vida de los pacientes que padecen acné se ha demostrado

en múltiples estudios.^{9,17-26} En una revisión sistemática sobre el tema se menciona que la barrera para disfrutar actividades con amigos, así como la fobia, retraimiento y aislamiento sociales, son reacciones negativas percibidas por los pacientes con acné.²⁷

Sin embargo, existen algunas discrepancias entre las publicaciones debido a los diferentes instrumentos utilizados, a aspectos culturales que modifican la autopercepción de los sujetos en estudio o, bien, a que no especifican los puntajes obtenidos ni su relación con las características epidemiológicas de los pacientes, y sólo encontramos dos, uno efectuado en Reino Unido y otro en Irán, que utilizaron un instrumento genérico y uno específico.^{17,24}

El objetivo de este artículo es evaluar la calidad de vida en pacientes adultos con acné atendidos en el Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio y sus factores clínico-epidemiológicos asociados: los relacionados con los sujetos (edad, sexo, estado civil, años de estudio y ocupación) y con la enfermedad (tiempo de evolución, localización y severidad).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal analítico en el que se determinó una muestra no probabilística que incluyó pacientes con diagnóstico de acné que

acudieron a la Consulta Externa del Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio (dependencia del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco) y sujetos sin acné clínicamente sanos. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección

Sujetos con acné. Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico de acné, mexicanos de nacimiento, de 18 años o mayores, cualquier sexo, que aceptaron participar de forma verbal en el estudio. No se incluyeron aquéllos con reacción acneiforme o alguna otra enfermedad dermatológica al momento del ingreso al estudio.

Sujetos sin acné. Se incluyeron sujetos clínicamente sanos, sin diagnóstico actual o previo de alguna enfermedad dermatológica, mexicanos de nacimiento, pareados con el grupo con acné por sexo y edad (± 2 años), que aceptaron participar de forma verbal en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron: sujetos con diagnóstico previo de enfermedades sistémicas, crónicas o ambas, enfermedades psicológicas, psiquiátricas o ambas, con algún tipo de tratamiento psicológico, psiquiátrico o ambos o sujetos con consumo de drogas. Se eliminaron aquéllos con instrumentos de evaluación incompletos o con más de una respuesta para la misma pregunta.

A los sujetos que cumplían con los criterios de selección se les explicaron detalladamente los objetivos, riesgos y beneficios de la investigación, y se les solicitó su consentimiento verbal para participar.

En ambos grupos se investigaron las variables: edad, sexo, estado civil, años de estudio y ocupación. En el grupo de sujetos con acné se averiguaron, además, el tiempo de evolución, la localización y la severidad del acné. Esta última

se evaluó de acuerdo con la cantidad de lesiones observadas en una hemifacia y se dividió con base en la clasificación propuesta por el Grupo Ibero-Latinoamericano para el Estudio del Acné (GILEA), que divide al acné en: leve (menos de 20 lesiones), moderado (20 a 50 lesiones) y severo (más de 50 lesiones).²⁸

Para evaluar la calidad de vida, a los sujetos con acné se les entregaron los instrumentos *36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) y el *Dermatology Life Quality Index* (DLQI); mientras a los sujetos clínicamente sanos se les entregó únicamente el instrumento SF-36. Ambos grupos contestaron y entregaron los instrumentos el mismo día que se les proporcionaron. Los puntajes finales se obtuvieron y compararon entre ambos grupos.

Los resultados fueron informados, de manera verbal, a todos los participantes. En el caso de los sujetos con acné se entregaron también a los médicos tratantes para que valoraran el envío de los pacientes a un servicio especializado en Psicología o Psiquiatría. En cuanto a los sujetos clínicamente sanos, cuando se requirió, se sugirió la interconsulta a un servicio especializado en Psicología o Psiquiatría.

Instrumentos de evaluación

Se utilizaron dos instrumentos traducidos y validados al español. Uno específico, el DLQI, que consta de 10 preguntas o ítems, el cual valora seis dominios: síntomas y sentimientos, actividades diarias, ocio, trabajo-escuela, relaciones personales y tratamiento. Su puntuación va de 0 a 30, donde a menor puntuación mejor calidad de vida.^{16,29} Y otro genérico, el SF-36, que consta de 36 preguntas o ítems e incluye ocho dominios: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; con una puntuación de 0 a 100, donde a mayor puntaje mejor calidad de vida. Los puntajes finales se

clasificaron en: nada saludable (0 a 20), poco saludable (21 a 40), regularmente saludable (41 a 60), buena salud (61 a 80) y excelente salud (81 a 100).^{30,31}

Análisis estadístico

Para la captura de datos y la elaboración de las pruebas estadísticas se utilizó el programa Excel de Microsoft y el programa estadístico IBM SPSS *Statistics* versión 20.0 (IBM® Company, Estados Unidos). Para el análisis de la información se hizo estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central (promedio o mediana) y las medidas de dispersión (desviación estándar o rangos). Para comparar las variables cualitativas se utilizó estadística inferencial a través de la prueba χ^2 o la prueba exacta de Fisher, según fue el caso. Para analizar las variables cuantitativas se utilizó la prueba t de Student, la de U de Mann-Whitney o la de Kruskal-Wallis, según la distribución de la población. Los resultados con valor $p < 0.05$ se consideraron con diferencia estadísticamente significativa. Para la correlación entre variables cuantitativas se realizó la prueba de correlación de Pearson (r), que se interpretó de acuerdo con lo especificado en el **Cuadro 1**.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación y por el Comité de Investigación del Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio.

Cuadro 1. Prueba de correlación de Pearson

Intervalo	Relación
0-0.25	Escasa o nula
0.26-0.50	Débil
0.51-0.75	Entre moderada y fuerte
0.76-1.00	Entre fuerte y perfecta

RESULTADOS

Características clínico-epidemiológicas

De los 100 sujetos incluidos, la edad promedio fue de 22 ± 4 años (límites: 18 y 37 años). Al sexo masculino correspondieron 33 (33%) sujetos y al femenino 67 (67%). De ellos, el estado civil soltero se consignó en 89 (89%), el casado en 7 (7%), la unión libre en 3 (3%) y el divorciado en 1 (1%). El tiempo de estudios fue, en promedio, de 13 ± 2 años (límites: 6 y 22 años). Respecto a la ocupación, 93 (93%) sujetos mencionaron que tenían una sola ocupación y 7 (7%), que tenían dos.

El tiempo de evolución de la enfermedad fue, en promedio, de 4 ± 4 años (límites: 1 mes y 18 años). Las lesiones se manifestaron en una sola localización en 45 (45%) pacientes y en dos o más localizaciones en 55 (55%). La severidad del acné se clasificó como leve en 62 (62%) sujetos, moderado en 28 (28%) y severo en 10 (10%).

Calidad de vida medida con el instrumento DLQI

El puntaje promedio fue de 6.12 ± 5.57 (límites: 0 y 27). En 60 (60%) sujetos, el acné tuvo ninguno o poco efecto en la calidad de vida de los pacientes (**Figura 1**). El dominio con mayor afección fue el de síntomas y sentimientos con un puntaje promedio de 2.51 ± 1.62 . **Cuadro 2**

La correlación entre los puntajes del DLQI y los diferentes factores epidemiológicos fue positiva escasa: tiempo de evolución ($r = 0.155$), edad de los sujetos ($r = 0.141$) y años de estudio ($r = 0.046$). La mediana del DLQI fue más baja en los pacientes solteros o divorciados que en los sujetos casados o en unión libre (4 vs 10, $p = 0.01$). En el resto de los factores asociados con el paciente no encontramos diferencias estadísticamente significativas. **Cuadro 3**

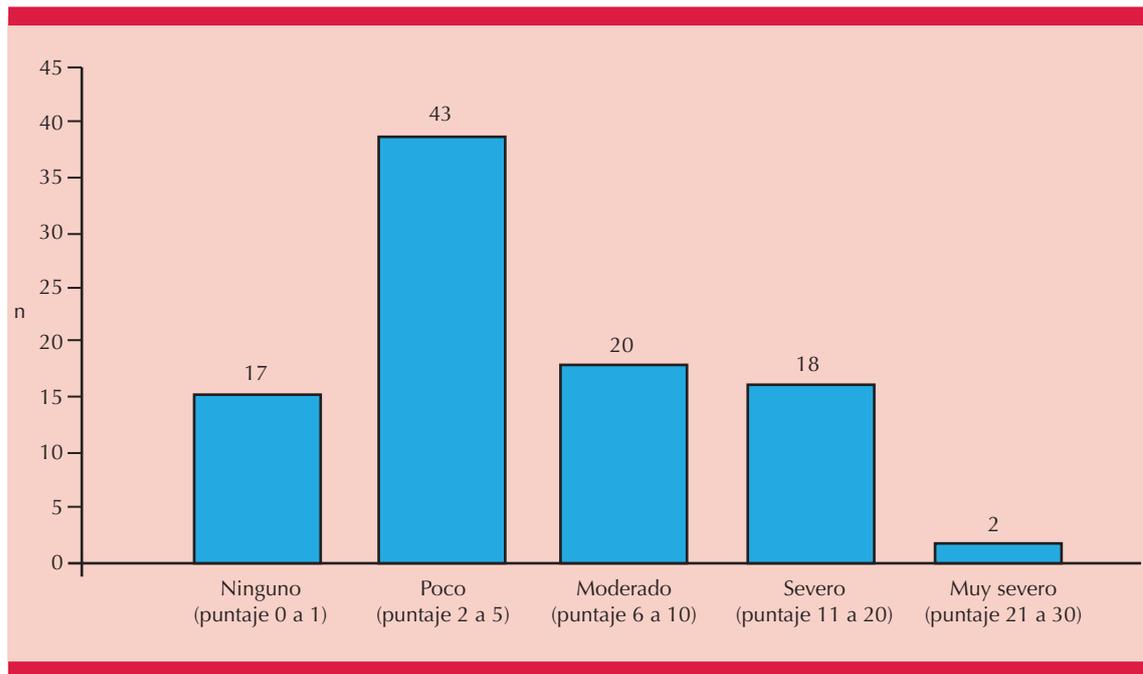


Figura 1. Distribución de los pacientes con acné de acuerdo con el grado de afectación en la calidad de vida medida con el instrumento DLQI (n = 100). La minoría de los pacientes con acné mostraron afección severa o muy severa en su calidad de vida, con el 20% de los casos. La mayoría refirió tener poca o ninguna afectación.

Cuadro 2. Puntaje obtenido en cada dominio del instrumento DLQI en pacientes con acné (n = 100)

Dominios	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Promedio ± DE
Síntomas-sentimientos	0	6	2.51 ± 1.62
Actividades diarias	0	6	1.07 ± 1.43
Ocio	0	6	1.18 ± 1.51
Trabajo-escuela	0	5	0.3 ± 0.68
Relaciones personales	0	6	0.73 ± 1.33
Tratamiento	0	2	0.33 ± 0.53

La correlación del puntaje del DLQI con la extensión del acné fue negativa escasa ($r = -0.009$) y con la severidad de la enfermedad fue positiva escasa ($r = 0.151$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje promedio del DLQI y la localización o la severidad del acné. **Cuadro 4**

Calidad de vida medida con el instrumento SF-36

El puntaje promedio fue de 73.02 ± 16.50 (límites: 36.37 y 99.12). En 79 (79%) sujetos la percepción de la calidad de vida se calificó como buena o excelente (**Cuadro 5**). El dominio con mayor afección de la calidad de vida fue el rol emocional con un puntaje promedio de 55.33 ± 44.24 . **Cuadro 6**

Encontramos una correlación negativa escasa entre el puntaje del SF-36 y el tiempo de evolución ($r = -0.209$) y la edad de los sujetos ($r = -0.064$) y positiva escasa con los años de estudio ($r = 0.114$). La mediana del SF-36 fue más alta en los pacientes solteros o divorciados que en los sujetos casados o en unión libre (76.66 vs 67.74 , $p = 0.01$). En el resto de los factores no hubo diferencia estadística significativa. **Cuadro 7**

Cuadro 3. Relación entre la calidad de vida medida con el instrumento DLQI y los factores epidemiológicos relacionados con el paciente (n = 100)

Variable	DLQI			
	Mínima	Máxima	Mediana	p
Sexo				
Masculino (n = 33)	0	18	5 ± 4.89*	0.13**
Femenino (n = 67)	0	27	6.67 ± 5.83*	
Estado civil				
Soltero-divorciado (n = 90)	0	21	4	0.01**
Casado-unión libre (n = 10)	2	27	10	
Escolaridad				
Primaria o secundaria (n = 11)	1	13	2	0.40***
Bachillerato (n = 57)	0	27	4	
Licenciatura o posgrado (n = 32)	0	20	4.5	
Ocupación				
Estudiante (n = 53)	0	20	4	0.11***
Hogar (n = 12)	1	27	7	
Empleado (n = 31)	0	21	4	
Profesionista (n = 11)	1	20	6	

* Promedio ± desviación estándar.

** Prueba U de Mann-Whitney.

*** Prueba de Kruskal-Wallis.

Cuadro 4. Relación entre la calidad de vida medida con el instrumento DLQI y los factores epidemiológicos relacionados con el acné (n = 100)

Variable	DLQI			
	Mínima	Máxima	Promedio ± DE	p*
Localización				
Cara (n = 45)	0	27	6 ± 6.4	0.17
Cara, tronco, extremidades superiores (n = 55)	0	20	6.2 ± 4.8	
Severidad				
Leve (n = 62)	0	21	5.35 ± 4.70	0.17
Moderado-severo (n = 38)	0	27	7.36 ± 6.63	

DE: desviación estándar.

* Prueba U de Mann-Whitney.

Cuadro 5. Clasificación de la calidad de vida medida con el instrumento SF-36 entre sujetos con acné y sujetos sanos

Clasificación	Grupo con acné (n = 100)	Grupo sin acné (n = 100)	p
Puntaje promedio \pm DE	73.02 \pm 16.50	75.77 \pm 15.80	0.23*
Nada saludable, n (%)	0	1 (1)	1.0**
Poco saludable, n (%)	4 (4)	0	0.12**
Regularmente saludable, n (%)	17 (17)	15 (15)	0.69***
Buena salud, n (%)	39 (39)	41 (41)	0.77***
Excelente salud, n (%)	40 (40)	43 (43)	0.66***

DE: desviación estándar.

* Prueba t de Student.

** Prueba exacta de Fisher.

*** Prueba χ^2 .

Cuadro 6. Dominios de la calidad de vida medida con el cuestionario SF-36 entre sujetos con acné y sujetos sanos

Dominio*	Grupo con acné (n = 100)	Grupo sin acné (n = 100)	p**
Salud general	69.46 \pm 17.06	74.01 \pm 18.94	0.07
Función física	95.15 \pm 8.57	96.75 \pm 5.91	0.12
Rol físico	66.00 \pm 35.97	69.25 \pm 36.21	0.52
Rol emocional	55.33 \pm 44.24	56.66 \pm 41.97	0.82
Función social	80.12 \pm 22.12	86.50 \pm 18.85	0.03
Dolor corporal	77.53 \pm 20.70	78.49 \pm 22.53	0.75
Vitalidad	67.55 \pm 20.57	67.70 \pm 22.13	0.96
Salud mental	73.08 \pm 19.37	76.84 \pm 19.49	0.17

* Promedio \pm desviación estándar.

** Prueba t de Student.

El puntaje del SF-36 tuvo una correlación negativa escasa con la extensión del acné ($r = -0.038$) y con la severidad de la enfermedad ($r = -0.047$). El puntaje promedio del SF-36 fue mayor cuando el acné afectaba sólo una zona y cuando fue leve, aunque sin significación estadística. **Cuadro 8**

Comparación entre sujetos con acné y sujetos sanos

Las características clínico-epidemiológicas entre grupos sólo mostraron diferencia estadísticamente significativa en los años de estudio

(**Cuadro 9**). En el grupo de sujetos con acné el puntaje promedio del SF-36 fue menor que en el grupo clínicamente sano (73.02 ± 16.50 versus 75.77 ± 15.80 , $p = 0.23$).

Las categorías en que se clasificó la calidad de vida no mostraron diferencias significativas entre grupos ($p = 0.55$, prueba χ^2), en ambos predominó la calidad de vida clasificada como excelente, con 40 (40%) y 43 (43%) sujetos, respectivamente (**Cuadro 5**). El dominio más afectado fue el rol emocional (puntaje promedio de 55.33 ± 44.24 versus 56.66 ± 41.97 , $p = 0.82$). Encontramos

Cuadro 7. Relación entre los puntajes del instrumento SF-36 y los factores epidemiológicos relacionados con el paciente (n = 100)

Variable	SF-36			
	Mínima	Máxima	Mediana	p
Sexo				
Masculino (n = 33)	36.37	96.37	73.21 ± 17.32*	0.88**
Femenino (n = 67)	37.43	99.12	72.93 ± 16.22*	
Estado civil				
Soltero o divorciado (n = 90)	36.37	99.12	76.66	0.01**
Casado o unión libre (n = 10)	37.43	81.25	67.74	
Escolaridad				
Primaria o secundaria (n = 11)	38.5	89.5	73.12	0.57***
Bachillerato (n = 57)	37.37	97	75.43	
Licenciatura o posgrado (n = 32)	46.31	99.12	78.6	
Ocupación				
Estudiante (n = 53)	36.37	97	75.43	0.63***
Hogar (n = 12)	37.43	89.5	70.29	
Empleado (n = 31)	38.5	99.12	75.18	
Profesionista (n = 11)	46.31	95.87	77	

* Promedio ± desviación estándar.

** Prueba U de Mann-Whitney.

*** Prueba de Kruskal-Wallis.

Cuadro 8. Relación entre la calidad de vida medida con el instrumento SF-36 y los factores epidemiológicos relacionados con el acné (n = 100)

Variable	SF-36			
	Mínima	Máxima	Promedio ± DE	p*
Localización				
Cara (n = 45)	37.43	99.12	74.87 ± 16.96	0.23
Cara, tronco, extremidades superiores (n = 55)	36.37	97	71.51 ± 16.12	
Severidad				
Leve (n = 62)	38.5	99.12	74.31 ± 15.70	0.44
Moderada-severa (n = 38)	36.37	97	70.92 ± 17.75	

DE: desviación estándar.

* Prueba U de Mann-Whitney.

una diferencia estadísticamente significativa en la función social, con un puntaje promedio menor en el grupo con acné (80.12 ± 22.12 *versus*

86.50 ± 18.85, p = 0.03). En los demás dominios no observamos diferencias con significación estadística. **Cuadro 6**

Cuadro 9. Comparación de las características epidemiológicas entre sujetos con acné y sujetos clínicamente sanos

Variable	Grupo con acné (n = 100)	Grupo sin acné (n = 100)	p
Edad y sexo			
Edad (promedio ± DE)	22.14 ± 4.42	22.28 ± 3.82	0.81*
Masculino, n (%)	33 (33)	33 (33)	1.00**
Femenino, n (%)	67 (67)	67 (67)	
Estado civil			
Soltero-divorciado, n (%)	90 (90)	96 (96)	0.09**
Casado-unión libre, n (%)	10 (10)	4 (4)	
Años de estudio			
Promedio ± DE	12.79 ± 2.49	15.7 ± 3.34	< 0.01*

DE: desviación estándar.

* Prueba t de Student.

** Prueba χ^2 .

DISCUSIÓN

El acné es una enfermedad crónica que afecta todos los grupos de edad; su mayor pico de prevalencia ocurre entre 12 y 24 años.²⁸ Por ello, no es de extrañar que la edad promedio en nuestro estudio fue de 22 años, mismo promedio de edad que observaron Tan y colaboradores²¹ en población canadiense. Respecto al sexo, en este estudio hubo un predominio del femenino (67%), lo que coincide con la mayor parte de las publicaciones, con cifras que varían del 58% en Canadá²¹ al 94% en Japón.¹⁸

El tiempo de evolución promedio del acné fue de 4 años, semejante al promedio de 4.9 años reportado en Turquía.⁴ La localización más común fue la cara, que se afectó en el 100% de los casos, prevalencia similar a la reportada en población de Estados Unidos (92%)⁴ y de India (99.3%).³² Respecto a la severidad, predominó el acné leve en el 62% de los sujetos, similar a lo encontrado en un estudio efectuado en Malasia, donde fue del 58.5%.³³

Calidad de vida medida con el instrumento DLQI

En el 60% de los pacientes el acné tuvo ninguno o poco efecto en la calidad de vida, proporción mayor al 42.1% encontrado en pacientes indios²⁶ o al 43.3% observado en población paquistaní.³⁴ Por el contrario, la afectación severa tuvo menor prevalencia en la población de este estudio (18% *versus* 25.4%).²⁶

La puntuación promedio del instrumento DLQI fue de 6.12, muy semejante al promedio de 6.14 obtenido en el estudio llevado a cabo en pacientes de Monterrey, Nuevo León.³⁵ Estos puntajes en sujetos mexicanos traducen un menor efecto en la calidad de vida que el observado en población iraní, en la que el promedio fue de 8.18,²⁴ o en población paquistaní, donde fue de 7.59,³⁴ pero muestra peor calidad de vida que la percibida en sujetos turcos,⁴ donde el puntaje promedio fue de 4.43. Estas diferencias podrían atribuirse a las características socio-culturales propias de cada país.

Este puntaje promedio del DLQI que encontramos en población mexicana con acné es mayor al observado en otras enfermedades dermatológicas, como el síndrome de Behçet (5.7), la enfermedad de Darier (5.89) y la enfermedad de Hailey-Hailey (6.06),²⁵ lo que nos sugiere que el acné repercute más negativamente en la calidad de vida que estas otras dermatosis. Por el contrario, cuando se compara el acné con otras enfermedades crónicas no dermatológicas, como asma, epilepsia, diabetes, dolor lumbar, artritis y enfermedad coronaria, se encontró que la repercusión en la calidad de vida fue menor en las personas con acné, quienes no se percibieron a sí mismas como personas enfermas, mientras los pacientes con esas otras enfermedades crónicas definitivamente sí lo hicieron.¹⁷

En cuanto a los dominios que califica el instrumento DLQI, el más afectado fue el de síntomas y sentimientos, con un puntaje promedio de 2.51, mismo dominio que se vio más afectado en el estudio de sujetos mexicanos con un puntaje promedio de 2.12³⁵ y en el de pacientes turcos, aunque en este último no especifican el puntaje promedio.⁴ Este resultado es importante si consideramos que el dominio de síntomas y sentimientos califica la coexistencia de picor, dolor o escozor en la piel afectada y si el paciente se ha sentido incómodo o inhibido por el problema del acné. Es decir, hay mayor repercusión en los aspectos emocionales que en el desarrollo de las actividades de ocio, donde los puntajes promedio fueron menores: hacer deporte (1.18), ir de compras (1.07) y actividades de trabajo o en la escuela (0.3).

Al investigar la correlación entre la calidad de vida medida con el DLQI y los factores relacionados con el paciente, se observó que, a mayor edad, mayor tiempo de evolución y más años de estudio, hubo peor calidad de vida, aunque esta correlación fue escasa. Esta afectación negativa a la calidad de vida a mayor edad también se reportó en India, donde se observaron puntajes

del DLQI más altos en mayores de 25 años,²⁶ y en Estados Unidos, donde el puntaje total del instrumento Skindex-29 se incrementó un 20% con cada década de la vida;¹⁹ aunque en población de Turquía los autores no encontraron relación con la edad ni con el sexo.³⁶

Las mujeres tuvieron mayor afectación en su calidad de vida al obtener promedios mayores de DLQI que los hombres y, aunque no hubo significación estadística, es un hallazgo semejante al de Law y colaboradores,²³ en China, quienes mostraron que el sexo femenino es un predictor positivo de discapacidad producida por el acné. Tan y su grupo,²¹ en Canadá, comentan que este mayor efecto es independiente de la severidad de la enfermedad.

El estado civil afectó, de manera estadísticamente significativa, la percepción que los pacientes con acné tienen sobre su calidad de vida, pues fue peor en los sujetos que viven en pareja, situación semejante a la encontrada en población india, donde la afectación fue mayor en los sujetos casados.³² Uno de los puntajes más altos del DLQI se encontró en las personas dedicadas al hogar, aunque, al igual que en población iraquí,²⁰ esta diferencia no fue significativa.

En cuanto a los factores relacionados con el acné, los pacientes con afección exclusiva en la cara tuvieron peor calidad de vida, aunque la correlación fue escasa y el puntaje promedio no mostró diferencia significativa cuando se les comparó con los que también tenían afectación en el tronco o las extremidades superiores. A pesar de esto, nuestro resultado podría sugerir que, al ser la cara un sitio más visible, repercute más en la calidad de vida, por lo que sería interesante hacer un estudio para determinar la calidad de vida entre sujetos cuyo acné sólo afecte la cara y compararlos con un grupo de sujetos con afección sólo del tronco y las extremidades. En pacientes japoneses se observó que, aunque el acné se manifieste únicamente con pocos

comedones, cuando afecta la cara repercute de igual forma que si fuera más severo, pues los pacientes desean no tener ningún tipo de lesión en esa localización.¹⁸

Como era de esperarse, al investigar la severidad de la enfermedad, los sujetos con acné leve tenían mejor calidad de vida que aquéllos con acné moderado-severo, aunque esta correlación también fue escasa. Los puntajes promedio del DLQI mostraron diferencia entre los pacientes con acné leve y con acné moderado-severo, aunque, quizá por el tamaño de la muestra, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Esta asociación entre la severidad del acné y mayor afectación a la calidad de vida también se ha encontrado en japoneses,¹⁸ árabes,^{22,37} chinos,²³ iraquíes,²⁰ indios,²⁶ bangladesíes³⁸ y estadounidenses.¹⁹ En este último estudio los autores observaron que el puntaje total del Skin-dex-29 se incrementó un 28% por cada grado de severidad del acné.

Calidad de vida medida con el instrumento SF-36

En nuestro estudio la puntuación promedio del instrumento genérico SF-36 fue de 73.02. Este efecto en la calidad de vida es menor que el observado en el estudio de Ghaderi y colaboradores,²⁴ en población iraní, donde el promedio fue de 67.59. Con ese puntaje promedio, no sorprende que el 79% de los pacientes de este estudio hayan calificado su calidad de vida como buena o excelente, lo que contrasta con lo encontrado en el estudio de Al Robaee,²² llevado a cabo en Arabia Saudita, donde sólo el 18.5% la calificó como buena o muy buena y ninguno como excelente. Estas diferencias podrían atribuirse a las características socio-culturales propias de cada país.

Respecto a los dominios, el más afectado fue el emocional con un puntaje promedio de 55.33, al igual que en población de Irán con un puntaje de

58.33.²⁴ Este dominio cuestiona al paciente si el acné produjo sentimientos de tristeza, depresión o nerviosismo que condicionaran una reducción en el tiempo o en el cuidado dedicado a su trabajo o a sus actividades cotidianas. Por el contrario, la enfermedad no produce dolor que dificulte el trabajo habitual, ni impide el desarrollo de una actividad física. El dominio menos afectado fue precisamente el que evalúa la función física con un promedio de 95.15. Otros estudios difieren de lo encontrado en este estudio, pues en población de Arabia Saudita el dominio más afectado fue el rol físico con un puntaje de 52.31²² y, en sujetos de la Ciudad de México, la salud mental con 64.13 puntos.¹¹

Al determinar la correlación entre la calidad de vida medida con el instrumento SF-36 y los factores relacionados con el paciente, observamos que, a menor edad y menor tiempo de evolución, hubo mejor calidad de vida y, aunque esta correlación fue escasa, concuerda con lo encontrado en Irak, donde una menor edad también tuvo un efecto positivo,²⁰ y en Arabia Saudita, donde reportan mejor salud general en el acné de corta evolución.²² Respecto a la repercusión de los años de estudio, los pacientes con mayor escolaridad tuvieron mejor calidad de vida, a diferencia de lo observado por Al Robaee,²² quien encontró, en pacientes árabes, que a mayor educación, peor percepción de su calidad de vida.

En cuanto al sexo, las mujeres mostraron mayor afección en su calidad de vida que los hombres y, aunque las medianas entre ambos grupos no tuvieron significación estadística, nuestros resultados son similares a los reportados por Law y colaboradores²³ en China, por Tan y su grupo²¹ en Canadá y por Santamaría y Valdés¹¹ en la Ciudad de México, quienes mencionan que las mujeres con acné tienen mayor efecto negativo en su calidad de vida. También encontramos que los pacientes solteros o divorciados tuvieron mejor calidad de vida que los casados

o en unión libre, lo que corrobora que, en nuestra población, la calidad de vida es peor en los sujetos con pareja. Este resultado contrasta con lo reportado en pacientes de Arabia Saudita, donde las personas casadas calificaron mejor su calidad de vida que los pacientes solteros.²² En cuanto a la ocupación, ésta no influyó en la percepción de la calidad de vida, semejante a lo mencionado por Santamaría y Valdés¹¹ en población mexicana.

Los pacientes con acné en una sola localización o con acné leve tuvieron mejor calidad de vida, aunque en ambos casos la correlación fue escasa. Esto es similar a lo encontrado en India, donde no hubo asociación entre la calidad de vida y el hecho de que el acné se encontrara sólo en la cara o conjuntamente en la cara y el tronco,³² y a lo reportado en la Ciudad de México, donde no hubo relación estadística entre la percepción de la calidad de vida y la severidad del acné.¹¹ En otros países, como India,³² Estados Unidos¹⁹ o Irak,²⁰ también se observó este efecto negativo de la severidad de la enfermedad, aunque en esos estudios sí hubo diferencias significativas.

Comparación entre sujetos con acné y sujetos sanos

Las características epidemiológicas en ambos grupos fueron similares respecto a la edad ($p = 0.81$), el sexo ($p = 1.00$) y el estado civil ($p = 0.09$). Es decir, fueron grupos homogéneos que sólo difirieron en los años de estudio, lo que permitió disminuir sesgos al hacer comparaciones entre ellos.

Los promedios del SF-36 fueron discretamente menores en el grupo con acné, donde, además, hubo mayor proporción de sujetos en las categorías poco saludable (4 vs 0%) y regularmente saludable (17 vs 15%) y menor proporción en las categorías buena salud (39 vs 41%) y excelente salud (40 vs 43%), aunque en ningún caso las diferencias fueron estadísticamente significativas.

En cuanto a los dominios evaluados, la función social se vio estadísticamente más afectada en los sujetos con acné que en los clínicamente sanos. Es decir, los pacientes experimentan dificultad para la práctica de actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas. En el resto de los dominios no observamos diferencias significativas entre grupos.

A pesar de que múltiples estudios han investigado la repercusión del acné en la calidad de vida, la mayor parte de éstos se han efectuado en otros países, por lo que sus resultados no pueden ser válidos del todo en la población mexicana, debido, principalmente, a las diferencias culturales que afectan la percepción de los pacientes. Consideramos que los resultados expuestos podrían ser de utilidad para que los protocolos de atención a los pacientes con acné incluyan una valoración de la calidad de vida y, en caso necesario, el apoyo médico adecuado, sobre todo en el aspecto emocional.

CONCLUSIONES

En la población de estudio el efecto del acné en la calidad de vida y los factores que influyen en la misma fueron similares a los de otras investigaciones publicadas. Los pacientes con acné mostraron peor calidad de vida que los clínicamente sanos, con mayor prevalencia de sujetos en las categorías poco saludable y regularmente saludable. Tal efecto fue leve y recayó principalmente en los aspectos emocionales, lo que denota mayor dificultad para desarrollar actividades sociales habituales. Los factores que repercutieron negativamente en la calidad de vida fueron: el sexo femenino, mayor edad, vivir en pareja, mayor tiempo de evolución y mayor severidad de la enfermedad. La principal debilidad de este estudio radica en que la mayor parte de los resultados no alcanzaron diferencias estadísticamente significativas, por lo que es deseable llevar a cabo investigaciones con mayor cantidad

de pacientes. Además, al existir múltiples instrumentos para evaluar la calidad de vida, también hay variación en la cantidad de preguntas y en los aspectos que evalúan cada uno de ellos, lo que dificulta la comparación adecuada entre nuestros resultados y los reportados previamente. Sin embargo, debemos resaltar que son pocos los estudios que investigan la calidad de vida con dos instrumentos, uno específico y otro genérico, como se hizo en este estudio, lo que permite identificar el verdadero efecto de la enfermedad. La información obtenida puede sentar las bases que justifiquen la asignación de profesionales de la salud mental en los centros que atienden a pacientes con acné, que requieren ser tratados con un enfoque multidisciplinario que permita integrar los conocimientos, no sólo del campo de la Dermatología, sino también de la Psicología y la Psiquiatría.

REFERENCIAS

- Perkins AC, Cheng CE, Hillebrand GG, Kimball AB, et al. Comparison of the epidemiology of acne vulgaris among Caucasian, Asian, Continental Indian and African American women. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011; 25: 1054-1060. doi: 10.1111/j.1468-3083.2010.03919.x
- Gómez M, Vidaurri LM. Importancia epidemiológica del acné. Resultados preliminares de un estudio epidemiológico de las principales dermatosis. *Dermatol Rev Mex* 2003; 47: 95-97.
- Goulden V, Stables GI, Cunliffe WJ. Prevalence of facial acne in adults. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 577-580.
- Ilgen E, Derya A. There is no correlation between acne severity and AQOLS/DLQI scores. *J Dermatol* 2005; 32: 705-710. doi: 10.1111/j.1346-8138.2005.tb00829.x
- Duman H, Topal IO, Kocaturk E, Ali-Duman M. Evaluation of anxiety, depression, and quality of life in patients with acne vulgaris, and quality of life in their families. *Dermatológica Sinica* 2016; 34: 6-9. doi.org/10.1016/j.dsi.2015.07.002
- Barnes LE, Levenson MM, Fleischer AB, Feldman SR. Quality of life measures for acne patients. *Dermatol Clin* 2012; 30: 293-300. doi: 10.1016/j.det.2011.11.001
- Hull PR, D'Arcy C. Acne, depression, and suicide. *Dermatol Clin* 2005; 23: 665-674. doi: 10.1016/j.det.2005.05.008
- Koo J. The psychosocial impact of acne: patients' perceptions. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32: S26-30. doi: 10.1016/0190-9622(95)90417-4
- Yazici K, Baz K, Yazici AE, V Buturak, et al. Disease-specific quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18: 435-439. doi: 10.1111/j.1468-3083.2004.00946.x
- World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. (1997). WHOQOL: measuring quality of life. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/63482>
- Santamaría GV, Valdés RL. Acné juvenil inflamatorio. Evaluación de calidad de vida con la encuesta SF-36. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2007; 16: 1-7.
- Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Mex* 2002; 44: 448-463.
- Finlay AY. Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. *Br J Dermatol* 1997; 136: 305-314.
- 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: 2726-2739. doi: 10.1038/sj.jid.5701142
- Klassen AF, Newton JN, Mallon E. Measuring quality of life in people referred for specialist care of acne: comparing generic and disease-specific measures. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 229-233. doi: 10.1067/mjd.2000.105507
- Jones M, Peñas PF. Calidad de vida (II). Calidad de vida en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr* 2002; 93: 481-489.
- Mallon E, Newton JN, Klassen A, Finlay AY, et al. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol* 1999; 140: 672-676. doi: 10.1046/j.1365-2133.1999.02768.x
- Hayashi N, Higaki Y, Kawamoto K, Kawashima M, et al. A cross-sectional analysis of quality of life in Japanese acne patients using the Japanese version of Skindex-16. *J Dermatol* 2004; 31: 971-976. doi: 10.1111/j.1346-8138.2004.tb00639.x
- Lasek RJ, Chren MM. Acne vulgaris and the quality of life of adult dermatology patients. *Arch Dermatol* 1998; 134: 454-458. doi: 10.1001/archderm.134.4.454
- Ismail KH, Mohammed-Ali KB. Quality of life in patients with acne in Erbil city. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10: 60. doi: 10.1186/1477-7525-10-60
- Tan JK, Li Y, Fung K, Sebaldt RJ, et al. Divergence of demographic factors associated with clinical severity compared with quality of life impact in acne. *J Cutan Med Surg* 2008; 12: 235-242. doi: 10.2310/7750.2008.07053
- Al Robaee AA. Assessment of general health and quality of life in patients with acne using a validated generic questionnaire. *Acta Dermatovenereol Alp Pannonica Adriat* 2009; 18: 157-164.
- Law MP, Chuh AA, Lee A, Molinari N. Acne prevalence and beyond: acne disability and its predictive factors among Chinese late adolescents in Hong Kong. *Clin Exp Dermatol* 2010; 35: 16-21. doi: 10.1111/j.1365-2230.2009.03340.x

24. Ghaderi R, Saadatjoo A, Ghaderi F. Evaluating of life quality in patients with acne vulgaris using generic and specific questionnaires. *Dermatol Res Pract* 2013; 2013. doi:10.1155/2013/108624
25. Chuah SY, Goh CL. The impact of post-acne scars on the quality of life among young adults in Singapore. *J Cutan Aesthet Surg* 2015; 8: 153-158. doi: 10.4103/0974-2077.167272
26. Hazarika N, Rajaprabha RK. Assessment of life quality index among patients with acne vulgaris in a suburban population. *Indian J Dermatol* 2016; 61: 163-168. doi: 10.4103/0019-5154.177758
27. Smith H, Layton AM, Thiboutot D, Eady A, et al. Identifying the impacts of acne and the use of questionnaires to detect these impacts: A systematic literature review. *Am J Clin Dermatol* 2021; 22: 159-171. doi: 10.1007/s40257-020-00564-6
28. Kaminsky A, Flores-White M. Acné: un enfoque global. 2ª ed. Buenos Aires: Alfaomega Grupo Editor Argentino; Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología. 2012: 59-62.
29. García A, Mercadal J, Badía X, Lozano R, et al. Adaptación transcultural al español del cuestionario Dermatology Life Quality Index (DLQI): el índice de calidad de vida en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr* 1998; 89: 692-700.
30. Brazier JE, Harper R, Jones NMB, Westlake J, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* 1992; 305: 160-164. doi: 10.1136/bmj.305.6846.160
31. Zuniga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Medina-Moreno MR, et al. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública Mex* 1999; 41: 110-118.
32. Durai PC, Nair DG. Acne vulgaris and quality of life among young adults in South India. *Indian J Dermatol* 2015; 60: 33-40. doi: 10.4103/0019-5154.147784
33. Yap FB. Cardiff Acne Disability Index in Sarawak, Malaysia. *Ann Dermatol* 2012; 24: 158-161. doi: 10.5021/ad.2012.24.2.158
34. Haroon MZ, Alam A, Ullah I, Raza K, et al. Quality of life and depression among young patients suffering from acne. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2019; 31 (3):436-440
35. De la Fuente GA, Garza GJ, Gómez FM, Ocampo CJ. Acné: evaluación de la calidad de vida y su impacto con el cuestionario DQLI. *Dermatología Rev Mex* 2009; 53: 316-317.
36. Yıldırım F, Mert B, Çağatay EY, Aksoy B. Predictors of quality of life in adults and adolescents with acne: A cross-sectional study. *Indian J Dermatol* 2022; 67 (3): 239-246. doi: 10.4103/ij.d.IJD_781_20
37. Al-Shidhani A, Al-Rashdi S, Al-Habsi H, Rizvi S. Impact of acne on quality of life of students at Sultan Qaboos University. *Oman Med J* 2015; 30: 42-47. doi: 10.5001/omj.2015.08
38. Morshed ASM, Noor T, Uddin Ahmed MA, Uddin MB, et al. Understanding the impact of acne vulgaris and associated psychological distress on self-esteem and quality of life via regression modeling with CADL, DLQI, and WHOQoL. *Sci Rep* 2023; 13 (1): 21084. doi: 10.1038/s41598-023-48182-6